

16. Wahlperiode

Mitteilung – zur Kenntnisnahme –

**3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin
(Würde in der letzten Lebensphase)**

Drs 16/2902 und 16/3246

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses können über die Internetseite

www.parlament-berlin.de (Startseite>Parlament>Plenum>Drucksachen) eingesehen und abgerufen werden.

Der Senat von Berlin
IntArbSoz – I E 21 –
9028 (928) 2782

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei – G Sen –

Mitteilung

- zur Kenntnisnahme –

über

3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin

(Würde in der letzten Lebensphase)

- Drucksachen Nrn. 16/2902 und 16/3246 -

Der Senat von Berlin legt nachstehende Mitteilung dem Abgeordnetenhaus zur Besprechung vor.

Das Abgeordnetenhaus hat in seiner 67. Sitzung am 17.06.2010 Folgendes beschlossen:

„Der Senat wird aufgefordert, das Hospizkonzept von 1998 – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin – und den im 2006 vorgelegten Bericht zur Fortschreibung des Hospizkonzeptes (Drs 15/3581 und 15/3855) fortzuschreiben.

Ziel soll sein,

- über die rechtlichen und strukturellen Entwicklungen sowie die finanziellen Rahmenbedingungen seit der letzten Fortschreibung (2005) zu berichten,
- die Themen Sterben, Tod und Trauer weiterhin zu enttabuisieren und im Bewusstsein der Öffentlichkeit noch tiefer zu verankern,
- in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege eine Sterbe- und Abschiedskultur zu etablieren, die der Würde der sterbenden Menschen entspricht und Angehörige mit einbezieht,
- unter Moderation des Senats gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen, der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung, den Interessenvertretungen, den ambulanten ehrenamtlichen Hospizdiensten, stationären Hospizen sowie palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Strukturen, den Verbänden (ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern), den Berufsverbänden sowie Weiterbildungseinrichtungen eine würdige Sterbe- und Abschiedskultur entsprechend den Bedürfnissen der betroffenen schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren nahestehenden Bezugspersonen zu sichern,
- die Vernetzung zwischen den bestehenden Strukturen zu optimieren und
- das Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen sowie Angehörigen im Rahmen der Sterbebegleitung unabhängig vom Sterbeort durch geeignete Maßnahmen zu befördern.

Eine besondere Bedeutung kommt hierbei den Pflegeheimen zu.

Darüber hinaus wird der Senat aufgefordert, bei den Krankenkassen darauf hinzuwirken, dass in die Vertragsverhandlungen zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung die Verbände der Träger der auf diesem Gebiet bereits tätigen und spezialisierten Pflegedienste einbezogen werden, damit neben der palliativärztlichen Versorgung auch die palliativpflegerische Versorgung sichergestellt wird. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass auch die Bewohner/-innen in Pflegeheimen in die spezielle Palliativversorgung einbezogen werden.

Dem Abgeordnetenhaus ist bis zum 31. März 2011 zu berichten.“

Hierzu wird berichtet:

Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales hat unter Mitwirkung der einschlägigen Verbände der Hospiz- und Palliativstrukturen in Berlin und weiterer Institutionen sowie in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz die Bilanz der bisherigen Hospiz- und Palliativentwicklung seit 2006 gezogen sowie zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin vorgeschlagene Maßnahmen bzw. Empfehlungen abgestimmt.

Der Bericht ist als Anlage beigefügt.

Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung

Über die Finanzierbarkeit wird im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2012/2013 unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen zu entscheiden sein.

Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

keine

Wir bitten, den Beschluss damit als erledigt anzusehen.

Berlin, den 12. April 2011

Der Senat von Berlin

Klaus W o w e r e i t
Regierender Bürgermeister

Carola B l u h m
Senatorin für Integration,
Arbeit und Soziales

3. HOSPIZ- und PALLIATIVKONZEPT für das Land Berlin

Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998 (Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin) - Drs. 15/3581 – und des im Jahr 2006 vorgelegten Berichts zur Fortschreibung des Hospizkonzeptes (Drs. 15/3581 und 15/3855)

Gliederung

ZUSAMMENFASSUNG	4
1 EINLEITUNG	9
2 DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGEN AUF DER BUNDESEBENE SEIT 2006.....	10
2.1 SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG.....	10
2.2 PFLEGE-WEITERENTWICKLUNGSGESETZ.....	14
2.3 NEUORDNUNG DER FINANZIERUNG STATIONÄRER UND AMBULANTER HOSPIZLEISTUNGEN	15
2.4 ÄRZTLICHE APPROBATIONSORDNUNG UND MUSTER-WEITERBILDUNGSORDNUNG	16
2.5 GESETZ ZUR REGELUNG DER PATIENTENVERFÜGUNG.....	16
2.6 CHARTA DER RECHTE HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN.....	17
2.7 CHARTA ZUR BETREUUNG SCHWERSTKRANKER UND STERBENDER MENSCHEN.....	17
3 ENTWICKLUNG SEIT 2006 IN BERLIN.....	18
3.1 BILANZ DER ERSTEN FORTSCHREIBUNG DES HOSPIZKONZEPTEES - HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IM LAND BERLIN - 2005 -	21
3.2 HOSPIZENTWICKLUNG FÜR DAS ERWACHSENENALTER	22
3.2.1 <i>Ambulante Hospizdienste</i>	22
3.2.2 <i>Stationäre Hospize</i>	32
3.3 HOSPIZ- UND PALLIATIVENTWICKLUNG FÜR DAS KINDER- UND JUGENDALTER.....	34
3.3.1 <i>Ambulante Kinderhospizdienste</i>	34
3.3.2 <i>Stationäres Kinderhospiz</i>	36
3.3.3 <i>Tageshospiz in Planung</i>	37
3.3.4 <i>Schwerpunktzentren und angegliederte Projekte</i>	38
3.3.5 <i>Niedergelassene Pädiater</i>	38
3.3.6 <i>Ambulante Pflegedienste</i>	38
3.3.7 <i>Einrichtungen zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege</i>	39
3.3.8 <i>Koordinierungsstelle MenschenKind</i>	39
3.3.9 <i>Spezielle Trauerangebote für Kinder</i>	40
3.4 KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE GERIATRIE	40
3.5 STERBEBEGLEITUNG IN VOLLSTATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN	41
3.6 ENTWICKLUNG NEUER VERSORGUNGSFORMEN.....	44
3.7 STERBEBEGLEITUNG IN BEHINDERTENEINRICHTUNGEN	44
3.8 ZENTRALE ANLAUFSTELLE HOSPIZ.....	45
3.9 ENTWICKLUNG DER PALLIATIVSTRUKTUREN	46
3.9.1 <i>Allgemeine ambulante Palliativversorgung</i>	46
3.9.2 <i>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</i>	47
3.9.3 <i>Sterben im Krankenhaus</i>	48
3.10 VERBANDS- UND NETZWERKSTRUKTUREN.....	51
3.10.1 <i>Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V.</i>	51
3.10.2 <i>Home Care Berlin e.V.</i>	53
3.10.3 <i>SAPV-Netzwerk Pflege</i>	53
3.10.4 <i>PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.</i>	54
3.10.5 <i>Arbeitskreis Palliative Pflege</i>	54
3.10.6 <i>Palliativnetz Berlin</i>	55
3.10.7 <i>Wohlfahrtsverbände</i>	55
3.11 VERNETZUNG UND KOOPERATION	56
3.12 FORT- UND WEITERBILDUNG.....	60
3.13 RUNDER TISCH HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	62
3.14 FINANZIELLE FÖRDERUNG DURCH SENAT UND EINSATZ VON DRITTMITTELN	62
4. WEITERENTWICKLUNG DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IN BERLIN.....	63
4.1 ENTTABUISIERUNG DER THEMEN STERBEN, TOD UND TRAUER	64
4.1.1 <i>Hospizwoche</i>	65
4.1.2 <i>Broschüren</i>	65
4.1.3 <i>Informationsplattform</i>	65
4.1.4 <i>Initiierung eines Fernseh-Thementages</i>	66
4.1.5 <i>Fachtagungen und Veranstaltungen einzelner Träger</i>	66

3. Hospiz- und Palliativkonzept im Land Berlin - 2011

4.2	STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE	67
4.3	VERBESSERUNG DER ALLGEMEINEN UND SPEZIALISIERTEN AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG ...	67
4.3.1	<i>Verbesserung der Sterbebegleitung und Palliativversorgung im ambulanten Bereich.....</i>	68
4.3.2	<i>Etablierung einer Sterbe- und Abschiedskultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen</i>	69
4.3.3	<i>Verbesserung der Sterbebegleitung in Einrichtungen der Behindertenhilfe</i>	72
4.3.5	<i>Verbesserung der Sterbebegleitung und Palliativversorgung im Krankenhaus.....</i>	72
4.4	STÄRKUNG DER BESTEHENDEN HOSPIZ- UND PALLIATIVSTRUKTUREN	72
4.5	EHRUNG DES BÜRGERSCHAFTLICHEN ENGAGEMENTS	74
4.6	OPTIMIERUNG DER VERNETZUNG.....	75
4.7	FORTSETZUNG DES RUNDEN TISCHES HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	75
4.8	BEDARFSGERECHTE AUSGESTALTUNG DER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG	75
4.8.1	<i>Alten- und Krankenpflegeausbildung.....</i>	76
4.8.2	<i>Medizinstudium</i>	76
4.8.3	<i>Fort- und Weiterbildungen.....</i>	76
4.9	FORSCHUNG	77
ANHANG.....		79
A	GLOSSAR	79
B	LISTE DER VERWENDETEN ABKÜRZUNGEN.....	81
C	HOSPIZ- UND PALLIATIVSTRUKTUREN IM LAND BERLIN	83
D	REGIONALE VERTEILUNG DER HOSPIZSTRUKTUREN.....	87

Zusammenfassung

Mit diesem Bericht wird das 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin vorgelegt. Es ist die Fortschreibung der Hospizkonzepte aus den Jahren 1998 und 2005. Grundlage bildet ein Berichtsauftrag des Abgeordnetenhauses unter dem Titel „Würde in der letzten Lebensphase“. Die Landesregierung von Berlin hatte die gesellschaftspolitischen Herausforderungen, die mit den Themen Sterben, Tod und Trauer verbunden sind, frühzeitig erkannt und sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit der Akteuren der Berliner Hospizbewegung die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Sterben im Land Berlin zu verbessern. Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben. Einen entscheidenden Einfluss haben gesellschaftliche Wertevorstellungen und soziale Gegebenheiten, die sich u.a. auch in juristischen Regelungen widerspiegeln.

In der Einleitung wird folgende gesellschaftspolitische Zielstellung vorangestellt: Schwerkranke und sterbende Menschen in unserem Land sollen darauf vertrauen können, dass sie in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht allein gelassen werden, Pflege, Geborgenheit, Fürsorge und Zuwendung erhalten, ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden, sie möglichst bis zum Lebensende in der gewohnten und vertrauten Umgebung, ihrem Zuhause, bleiben und ihr Leben in Frieden und Würde beschließen können.

Wie in kaum einem anderen Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik haben sich in Bezug auf Sterben und Tod in den letzten beiden Jahrzehnten in Deutschland sowie auch in Berlin dynamische und tiefgreifende Veränderungen vollzogen. Großen Anteil daran hat die Hospizbewegung, die, aus einer Bürgerbewegung entstanden, auf der Grundlage der Hospizidee ihre Wirkung eindrucksvoll im Sinne der schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen entfaltet und zur wesentlichen Verbesserung der Betreuung, Versorgung und Begleitung Sterbender beigetragen sowie den gesellschaftlichen Diskurs immer wieder angeregt hat.

Die Enquête-Kommission - **"Ethik und Recht in der modernen Medizin": Versorgung Schwerstkranker und Sterbender** – hat trotzdem im Jahr 2006 kritisch Bilanz über die bisherige Situation in Deutschland gezogen und Maßnahmen empfohlen, die Rahmenbedingungen für Menschen am Lebensende spürbar zu verbessern:

- Eine gesetzliche Regelung zur Absicherung des Anspruches auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung
- Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung
- Ausbau der ambulanten Pflege am Lebensende
- Stärkung der Hospizarbeit
- Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen.

Unter 2 werden die wichtigsten Entwicklungen und finanziellen Rahmenbedingungen auf der Bundesebene seit 2006 beschrieben, die in vielen Punkten den o.g. Empfehlungen entsprechen:

- §§ 37b und 132d SGB V - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- § 39a SGB V – Neuordnung der Finanzierung stationärer und ambulanter Hospizleistungen
- Ärztliche Approbationsordnung und Musterweiterbildungsordnung
- Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Unter 3 - Entwicklung seit 2006 in Berlin – folgen die Auswirkungen dieser veränderten Rahmenbedingungen; es wird Bilanz über die letzten fünf Jahre Hospiz- und Palliativarbeit

gezogen. Einführend werden ausgewählte Daten der Mortalitätsstatistik vorgestellt und die bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen in Berlin mit denen in der Bundesrepublik Deutschlands verglichen. Berlin verfügt derzeit über insgesamt 25 ambulante Hospizdienste (davon 22 durch die Krankenkassen förderfähig), darunter 3 eigenständige und 2 nicht eigenständige Kinderhospizdienste, 12 stationäre Hospize mit insgesamt 175 Betten, davon 1 Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit 12 Betten. Insgesamt sind in diesem Bereich ca. 1.300 Ehrenamtliche tätig. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gibt es auf der Grundlage eines kassenartenübergreifenden Rahmenvertrages 82 zugelassenen SAPV-Ärzte und 19 angegliederte SAPV-Leistungserbringer Pflege. Im Krankenhausbereich gibt es 7 Palliativstationen mit 55 ordnungsbehördlich genehmigte Betten (+ 10 bei Bedarf). Berlin verfügt mit der Zentralen Anlaufstelle Hospiz über ein spezifisches Beratungsangebot, hat aber keinen Lehrstuhl für Palliativmedizin.

Die Akteure der Berliner Hospiz- und Palliativversorgung selbst haben in den letzten Jahren maßgeblich dazu beigetragen, dass die Themen Sterben, Tod und Trauer aus der gesellschaftlichen Tabuzone herausgetreten und umfassende Hilfs- und Versorgungsangebote für schwerstkranken und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen entstanden sind. Im Berichtszeitraum sind sechs ambulante Hospizdienste und vier stationäre Hospize für das Erwachsenenalter neu entstanden sowie vier ambulante Kinderhospizdienste.

Bewusst wird in diesem Konzept zwischen Hospiz- und Palliativstrukturen unterschieden, da sich in Deutschland die Hospizbewegung und die Palliativmedizin zunächst getrennt entwickelten, wobei die Palliativmedizin auf den Grundsätzen der Hospizbewegung aufbaut. Im Zentrum aller Bemühungen steht jeweils der schwerstkranken Mensch mit seinen spezifischen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Problemen – seiner Identität, seinem Umfeld, seiner Würde und selbstverständlich auch seinen Rechten. Erst in den letzten Jahren gab es vielfältige Bestrebungen, das Zusammenführen beider Richtungen zu befördern. Ihren Niederschlag hat dies beispielweise in der Gesetzgebung (§ 37b SGB V) gefunden und zu Namensänderungen bei den die Interessen der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen vertretenden Verbänden geführt.

Des Weiteren erfolgt die Darstellung der ambulanten und stationären Hospizentwicklung unter Berücksichtigung der Forderungen des Berichtsauftrages, u.a. mit der Schwerpunktsetzung der Maßnahmen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen, aber auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Zielgruppen. Standen zunächst vorrangig onkologische Patienten mit ihren besonderen Bedürfnissen und der defizitären Versorgungssituation im Fokus der Aufmerksamkeit, so wendet man sich heute mehr und mehr auch anderen Zielgruppen zu: Alte Menschen, Kinder- und Jugendliche, behinderte Menschen, Menschen mit AIDS und Menschen mit Migrationshintergrund.

Beim Resümee der quantitativen und qualitativen Entwicklung wird erstmalig zwischen den Hospizstrukturen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche unterschieden. Auch dieses ist der dynamischen Entwicklung in den letzten Jahren auf der gesetzgebenden und der Landesebene geschuldet. Aber auch vor dem Hintergrund, dass zurzeit die so genannte spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) in Berlin noch nicht umgesetzt ist, werden die bestehenden Versorgungsstrukturen für eine umfassende interdisziplinäre Versorgung lebenslimitierend schwerstkranken und sterbender Kinder und Jugendlicher als ein weiterer Schwerpunkt beschrieben. Diese werden zukünftig das Netzwerk für die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung bilden.

Dank der freiwilligen Zuarbeit fast aller Hospizdienste und stationären Hospize war es möglich, ausgewählte Leistungsdaten in diesen Bericht aufzunehmen und eine grobe Bedarfschätzung vorzunehmen. Für das Jahr 2008 ergibt sich dabei hochgerechnet eine Zahl von etwa 4.000 hospizlich begleiteten Menschen. Stellt man diese Zahl der Gesamtzahl der in Berlin im Jahr 2008 32.000 Verstorbenen gegenüber, so wurden ca. 12,5% aller Verstorbenen allein durch hospizliche Angebote (nicht palliative) erreicht. Unter Berücksichtigung, dass noch mehr Menschen, vor allem in vollstationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in Krankenhäusern und in Behinderteneinrichtungen sowie in Einrichtungen der Kinder- und

Jugendhilfe, hospizlich begleitet werden sollen, liegt der Bedarf deutlich höher und wird hinsichtlich der demografischen Entwicklung weiter steigen.

Die positive Leistungsbilanz im ambulanten Hospizbereich war vor allem durch die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen möglich. Seit 2002 sind insgesamt von den Krankenkassen ca. 7,5 Mio. Euro verausgabt worden, um insbesondere die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen durch die geschulten Ehrenamtlichen sowie die palliativpflegerische Beratung durch die hauptamtlichen Fachkräfte der Hospizdienste zu gewährleisten.

Geht man bei stationären Hospizen von einem Bedarf von ca. 50 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner aus, wobei die Zahl der Hospiz- und Palliativbetten in Krankenhäusern addiert wird, so verfügt Berlin bei aktuell fast 3.500.000 Einwohnern allein nur mit seinen 175 Hospizbetten über eine gute Versorgungssituation. Trotzdem gibt es regionale Lücken, die zum Teil durch bekannte Hospizplanungen geschlossen werden können. Der weitere Bedarf an stationären Hospizbetten wird im Wesentlichen von der Entwicklung der spezialisierten aber auch der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung abhängen. Zurzeit liegt die Auslastung in Hospizen noch weit über der vertraglich vereinbarten. Die Verweildauer der Patienten hat sich stark verkürzt. Insgesamt haben sich stationäre Hospize zu nicht mehr weg zu denkenden Einrichtungen im Versorgungssystem etabliert.

Erstmals wird über das so genannte Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie berichtet, da schwerstkranke, hochbetagte Menschen, häufig auch demenzkranke, die Gesellschaft in besonderer Weise brauchen und ihre Sterbebegleitung neuer Konzepte bedarf. Es folgt die Beschreibung der besonderen Situation der Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In Berlin gibt es aktuell 310 Einrichtungen mit insgesamt 32.905 Plätzen. U.a. wird das Projekt Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin vorgestellt.

Vor dem Hintergrund der §§ 37b und 39a Abs. 2 SGB V, in denen erstmals auch ein Anspruch auf hospizliche und palliative Leistungen für Menschen in Einrichtung der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe formuliert wurde, wird das Thema Sterbebegleitung in Behinderteneinrichtungen erstmals aufgegriffen.

Der Leistungsbilanz der Zentralen Anlaufstelle Hospiz folgt die Darstellung der Entwicklung der ambulanten und stationären Palliativstrukturen. Hintergrund ist die Forderung, dass jeder schwerstkranke und sterbende Mensch ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung hat, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Schwerpunkt bildet dabei folgerichtig die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Berlin, die zwar seit 2007 gesetzlich eingeführt, aber erst ab 01.07.2010 in Berlin durch einen kassenartenübergreifenden Rahmenvertrag umgesetzt wird.

Die Situation der palliativen Versorgung in Krankenhäusern wird auf der Grundlage des Krankenhausplans 2010, die Verantwortung der Krankenhäuser bei der Begleitung des Sterbeprozesses von Patientinnen und Patienten auf der Basis des Entwurfs des novellierten Berliner Landeskrankenhausgesetzes beschrieben.

Da die Verbände, das sind der Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V., Home Care Berlin e.V. und das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V., sowie die von ihnen gebildeten Netzwerke einen maßgeblichen Anteil an der dargestellten Bilanz der Entwicklung haben, wird ihnen ein gesondertes Kapitel gewidmet. Außerdem wird die Arbeit der Wohlfahrtsverbände gewürdigt.

Es folgen Beispiel, wie die notwendige Vernetzung und Kooperation zurzeit gelingt, aber auch, wo sie noch verbesserungswürdig ist, denn ohne eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten kann keine Versorgungskontinuität und die entsprechende Qualität gewährleistet werden. Des Weiteren wird Bilanz der in Berlin durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gezogen und über den Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung - als wichtigste Maßnahme des letzten Hospizkonzeptes - und seine Arbeitsgruppen

berichtet. Die Bilanz endet mit einer kurzen Darstellung der finanziellen Förderung durch den Senat und des Einsatzes von Drittmitteln.

Unter 4. wird das Hospiz- und Palliativkonzept, aufbauend auf dem bisher realisierten Stand seit 2006, fortgeschrieben. Dabei wird von folgenden Ansätzen zur Erreichung einer integrativen palliativen Versorgung ausgegangen:

- Öffentlichkeitsarbeit zu leisten
- Die Selbstbestimmung des Menschen zu respektieren und ihn zu befähigen, für sich selbst zu entscheiden
- Eine flächendeckende hospizliche sowie palliativmedizinische und palliativpflegerische übergreifende Versorgung im Land Berlin zu gewährleisten
- eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität zu sichern
- Krisenintervention Rund-um-die-Uhr (Pflege und Medizin) sicherzustellen, um mehr Menschen als bisher ein Sterben zu Hause zu ermöglichen
- Beratung und Konsiliarität, z.B. für Hausärzte, Pflegedienste u.a. anzubieten
- Das Familiensystem zu unterstützen und zu stärken
- Die ehrenamtliche Hospizarbeit zu würdigen und weiterhin stärker zu fördern
- Netzbildung, d.h. Kooperation und Integration verschiedener Institutionen untereinander bzw. in einer bestimmten Region, zu fördern
- Koordinierungszentren, -teams, bestehend aus erfahrenen Personen, z.B. aus der Pflege, Medizin, Sozialarbeit u.a., und regionale Netzwerke der bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen zu bilden.

Zu diesen Ansätzen werden in neun Handlungsfeldern Maßnahmen festgelegt bzw. Empfehlungen ausgesprochen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Einflussnahmemöglichkeiten des Landes aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen begrenzt sind, da viele der Selbstverwaltung obliegen. Aber insbesondere im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, durch begrenzte Fördermaßnahmen zur Stärkung von Strukturen und Fortentwicklung von Schwerpunktaufgaben sowie durch seine moderierende Rolle im Rahmen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung nimmt das Land Berlin Einfluss auf die Fortentwicklung und Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Dabei wird weiterhin darauf hingewirkt, dass Theorie und Praxis der Hospiz- und Palliativversorgung integraler Bestandteil im gesamten Versorgungssystem wird und sich an der Lebensqualität und Würde des sterbenden Menschen orientiert.

Um die Themen Sterben, Tod und Trauer weiterhin zu enttabuisieren und im Bewusstsein der Menschen noch tiefer zu verankern, nimmt die Öffentlichkeitsarbeit einen wichtigen Platz ein. Das Land Berlin sieht hier einen Schwerpunkt seiner Unterstützungsmöglichkeiten, denn die öffentliche Kommunikation über die mit Sterben und Tod verbundenen sozialen Fragen ist besonders wichtig. Die Hospizwoche soll wie bisher über Sondermittel unterstützt werden; die Herausgabe einer Broschüre, die Entwicklung einer Informationsplattform im Internet sowie die Initiierung eines Fernsehthementages sind geplant. Des Weiteren werden von einzelnen Trägern geplante Maßnahmen, wie Fachtagungen, Kongresse und Infobörse, vorgestellt.

Die Stärkung der Patientenrechte wird insbesondere vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Patientenverfügung betont. Der sterbende Mensch muss darauf vertrauen können, dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Am Ende des Lebens kann auch der mutmaßliche Wille des Patienten entscheidend sein.

Das Handlungsfeld Verbesserung der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung wird mit Maßnahmen bzw. Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung im ambulanten Bereich, in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Behinderteneinrichtungen sowie im Krankenhaus untersetzt. Es folgen Maßnahmen zur Stärkung der bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen, wie Zentrale Anlaufstelle Hospiz und Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V., die beide seit 2000 vom Land Berlin finanziell gefördert werden.

Ehrung des bürgerschaftlichen Engagements ist ein weiteres Handlungsfeld, da der Arbeit ehrenamtlich Tätiger in den ambulanten Hospizdiensten aber auch stationären Hospizen eine besondere Bedeutung zukommt. Es werden deshalb Maßnahmen der Anerkennungskultur auf verschiedenen Ebenen beschrieben.

Es folgen Maßnahmen zur Optimierung der Vernetzung sowie zur Fortsetzung des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung. U.a. wird durch eine Arbeitsgruppe die systematische Weiterentwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen verfolgt.

Die beiden letzten Handlungsfelder beschäftigen sich mit der weiteren bedarfsgerechten Ausgestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der notwendigen Forschungstätigkeit. Hier wird u.a. die beabsichtigte Evaluation in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschrieben, die eine Grundlage für die dortige Verbesserung von Hospizkultur und Palliativkompetenz bildet.

Im Anhang folgen Glossar, eine Liste der verwendeten Abkürzungen und Adressenlisten der Hospiz- und Palliativstrukturen in Berlin sowie die bildliche Darstellung der Hospizstrukturen, d.h. ihre regionale Verteilung.

Danksagung

Das 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin wurde unter Mitwirkung der im Hospiz- und Palliativbereich tätigen Verbände und Vereine sowie weiterer Institutionen, die u.a. Mitglieder des Runden Tisches sind, erarbeitet. Nur durch die freiwillig zur Verfügung gestellten Daten und Beiträge konnte die eindrucksvolle Bilanz und Entwicklung seit 2006 so differenziert dargestellt werden. Da es bis auf die Mortalitätsstatistik und den Sterbeort Krankenhaus keine gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung statistischer Daten in diesem Versorgungssektor gibt, ist das freiwillige Engagement hoch zu schätzen. Dafür gilt allen Beteiligten ein ganz besonderer Dank.

Ebenso wird der Dank für die äußerst fruchtbare und konstruktive Zusammenarbeit aller am Runden Tisch Versammelten der entsprechenden Verbände, Institutionen und Einzelpersonen ausgesprochen. Durch sie ist es gelungen, Strukturen zu verändern, Einfluss auf die Integration der Hospizidee in die verschiedenen Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems zu nehmen und die Umsetzungsprozesse neuer gesetzlicher Regelungen zu befördern.

Die besonderen Verdienste der ca. 1.300 Ehrenamtlichen, die wesentlich zu einem veränderten Selbstverständnis im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden bei einem zunehmend größer werdenden Teil der Bevölkerung beigetragen haben, sollen an dieser Stelle ebenfalls gewürdigt werden.

1 Einleitung

Mit diesem Bericht wird das 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin vorgelegt. Es ist die Fortschreibung der Hospizkonzepte aus den Jahren 1998 und 2005. Die Grundlage dieser Fortschreibung bildet ein von allen Fraktionen einstimmig beschlossener Berichtsauftrag des Abgeordnetenhauses unter dem Titel „Würde in der letzten Lebensphase“.

Die Auseinandersetzung mit den existenziellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Bedeutung chronisch unheilbarer Erkrankungen sowie sich ändernder gesellschaftlicher Strukturen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Schwerkranken und sterbende Menschen in unserem Land sollen darauf vertrauen können, dass

- sie in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht allein gelassen werden,
- Pflege, Geborgenheit, Fürsorge und Zuwendung erhalten,
- ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden,
- sie möglichst bis zum Lebensende in der gewohnten und vertrauten Umgebung, ihrem Zuhause, bleiben und ihr Leben in Frieden und Würde beschließen können.

Wie in kaum einem anderen Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik haben sich in Bezug auf Sterben und Tod in den letzten beiden Jahrzehnten in Deutschland sowie auch in Berlin dynamische und tiefgreifende Veränderungen vollzogen. Großen Anteil daran hat die Hospizbewegung, die, aus einer Bürgerbewegung entstanden, auf der Grundlage der Hospizidee ihre Wirkung eindrucksvoll im Sinne der schwerkranken und sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen entfaltet und zur wesentlichen Verbesserung der Betreuung, Versorgung und Begleitung Sterbender beigetragen sowie den gesellschaftlichen Diskurs immer wieder angeregt hat. So kam es im Jahr 1997 zur gesetzlichen Verankerung von stationären Hospizen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahre 2002 folgte die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen. Beide Maßnahmen beschleunigten den Entwicklungsprozess und führten zu einer wesentlichen Nachhaltigkeit.

Anders als in England, wo insbesondere durch das Wirken von Dame Cicely Saunders ein ganzheitlicher Ansatz gepflegt wurde, indem der schwerstkranken Mensch mit seinen spezifischen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Problemen – seiner Identität, seinem Umfeld, seiner Würde und selbstverständlich auch seinen Rechten - im Zentrum der umfassenden palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung und Begleitung stand, entwickelten sich Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland parallel. Erst in den letzten Jahren haben sich beide Strömungen langsam angenähert und mit der Einführung der so genannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Jahr 2007 wurde die Zusammenarbeit beider Strömungen erstmals auf gesetzlicher Ebene gefordert: Palliativmedizin, Palliativpflege und die hospizlichen Strukturen sollen demnach in einem so genannten Palliative Care-Team zum Wohle der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen eng zusammenarbeiten.

Trotz der sich abzeichnenden und im letzten Bericht – Hospizkonzept aus dem Jahr 2005 - dargestellten positiven Gesamtentwicklung wurde im Jahr 2006 im Zwischenbericht der Enquête-Kommission - **"Ethik und Recht in der modernen Medizin": Versorgung Schwerstkranker und Sterbender** - kritisch Bilanz über die bisherige Situation in Deutschland gezogen und Maßnahmen empfohlen, um die Rahmenbedingungen für Menschen am Lebensende spürbar zu verbessern:

- Eine gesetzliche Regelung zur Absicherung des Anspruches auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung
- Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung
- Ausbau der ambulanten Pflege am Lebensende
- Stärkung der Hospizarbeit

- Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen.

Die wesentlichsten Forderungen wurden von der Politik aufgegriffen und in der letzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages durch umfangreiche gesetzliche Regelungen, die unter 2. näher beschrieben werden, untermauert.

Eine im Jahr 2010 erstmalig weltweit durchgeführte Studie zur „Sterbequalität“ kommt zu dem Schluss, dass Sterbende in Großbritannien so gut wie in keinem anderen Land der Welt betreut werden. Deutschland kommt auf Platz 8 von 40 Ländern. Initiator der Studie war die Lien-Stiftung, die der "Economist Intelligence Unit" den Auftrag erteilte. In der Studie wurde in Anlehnung an Tabellen zur Lebensqualität die "Sterbequalität" in verschiedenen Ländern untersucht, u.a. auch, welche staatlichen Hilfen es für Hospize zur Pflege Sterbender gibt und ob die Regierungen Standards für die Versorgung in den letzten Lebensmonaten entwickelt haben. Berücksichtigt wurden auch die Höhe der Gesundheitsausgaben und die Lebenserwartung.

2 Die wichtigsten Entwicklungen auf der Bundesebene seit 2006

Wesentliche Forderungen der Enquête-Kommission sind durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und durch Änderungen der Finanzierung ambulanter und stationärer Hospizleistungen umgesetzt worden.

Aber auch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung und die Aktualisierung der Muster-Weiterbildungsordnung, das Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung und die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sowie die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen hatten Einfluss auf den gesamten, positiven Entwicklungsprozess.

2.1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber zum 01. April 2007 einen Rechtsanspruch auf Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für gesetzlich Krankenversicherte nach dem SGB V eingeführt. Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben gemäß § 37b SGB V Anspruch auf SAPV. Schätzungen von Experten gehen davon aus, dass wahrscheinlich ca. 10% aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf haben. Die Krankenkassen sind nach § 132d Abs. 1 SGB V zur Umsetzung der SAPV durch entsprechende Vertragsschlüsse mit geeigneten Leistungserbringern verpflichtet, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

In der Begründung des Gesetzentwurfs führt der Bundesgesetzgeber aus:

„Es ist ein anerkanntes Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.“ (BT-Drucksache 16/3100, S. 105)

Die gesetzlichen Regelungen im SGB V werden durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von SAPV sowie durch die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die SAPV, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

festlegt, konkretisiert. Die SAPV-Richtlinie ist am 20. Dezember 2007 vom G-BA beschlossen worden und am 12. März 2008 in Kraft getreten. Die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V wurden am 23. Juni 2008 erlassen. Die wesentlichen Inhalte dieser konkretisierenden Regelungen werden im Folgenden dargestellt:

Die SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Die SAPV wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung oder
- vollständige Versorgung

erbracht.

Anspruchsvoraussetzung für die SAPV ist der Bedarf nach einer besonders aufwendigen Versorgung. Ein solcher Bedarf besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie gegebenenfalls die Leistungen der ambulanten Hospizdienste nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die genannte Zielsetzung zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße, abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die SAPV erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörige und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche mit ein.

Die spezialisierten Palliativärzte müssen über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (grundsätzlich 160 Stunden) und über Erfahrung in der Palliativbehandlung verfügen. Die spezialisierten Palliativpflegefachkräfte müssen über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger/in / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in im Umfang einer dreijährigen Ausbildung nach landesrechtlichen Vorschriften, über den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme (mindestens 160 Stunden) sowie Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten verfügen. Für weitere Fachkräfte (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Psychologinnen und Psychologen) gelten diese personellen Anforderungen entsprechend.

Die SAPV ist abzugrenzen von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die Bestandteil der Regelversorgung ist. In der AAPV wird die ärztliche Leistung von den Krankenkassen nicht extra bezahlt, sondern ist in der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung inbegriffen. Die AAPV erfolgt durch (Haus-)Ärzte und Pflegedienste, die bestenfalls eine palliativmedizinische Basisqualifikation durch Fortbildungen erworben haben. Eine gute Zusammenarbeit aller an der AAPV und SAPV beteiligten Leistungserbringer ist Voraussetzung dafür, dass hohe Versorgungsqualität sowie der Übergang von der einen Versorgungsform in die andere im Sinne der Patienten gewährleistet wird. Die Koordination von SAPV und AAPV wurde in einigen Bundesländern auch vertraglich geregelt.

Die 25. Sitzung der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) im März 2010 stellt unter TOP 13.4 fest, dass es bisher fast keine Verträge über die Erbringung und Vergütung einer spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung

(SAPPV) gibt und fordert, dass der G-BA die SAPV-Richtlinie im Hinblick auf die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zeitnah konkretisiert.

Entwicklung der SAPV 2006 – 2011

Die vertragliche Umsetzung der SAPV ist nach der Einführung der gesetzlichen Grundlagen im Jahr 2007 aus unterschiedlichen Gründen bundesweit nur zögerlich erfolgt. So lagen die SAPV-Richtlinie des G-BA erst im Dezember 2007 und die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V erst Ende Juni 2008 vor. Die anschließenden Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gestalteten bzw. gestalten sich schwierig. Die erforderliche Koordination aller an der Komplexleistung SAPV beteiligten Leistungserbringer und die Schaffung neuer bzw. Anpassung bestehender Strukturen nahm ebenso Zeit in Anspruch wie die Verständigung mit den Krankenkassen, die bei neuen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung immer auch an die Wirtschaftlichkeit der Versorgung denken (müssen).

Die folgende Zusammenfassung der Berichte des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Stand der Umsetzung der SAPV und die einschlägigen Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenzen (GMK) sollen einen Überblick über die Entwicklung von 2006 bis heute vermitteln:

Bericht des BMG vom 30. Dezember 2008

Nach Angaben des BMG sei - soweit ersichtlich - bisher lediglich ein echter SAPV-Vertrag nach § 132d SGB V abgeschlossen worden. In einem Gespräch mit Vertretern der Krankenkassen und Leistungserbringer habe man erörtert, dass bestehende Strukturen in den Regionen berücksichtigt und zielorientiert weiterentwickelt werden müssen, um die vertragliche Umsetzung der SAPV sicherzustellen.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich grundsätzlich darüber verständigt, dass die SAPV auch die Verordnung von veranlassten Leistungen, insbesondere Arzneimitteln, umfassen muss.

Bericht des BMG vom 7. September 2009

Zusammenfassend seien bis zum 1. August 2009 bundesweit rund 30 Verträge nach § 132d SGB V geschlossen worden, weitere 65 befänden sich in Verhandlung. In der Regel erfolge der Abschluss von Verträgen kassenartenübergreifend, entsprechend der Absicht der Krankenkassen, dieses sensible Leistungssegment nicht ins Zentrum des Wettbewerbs zu stellen. Bei kassenindividuellen Abschlüssen bestehe nach Aussage des GKV-Spitzenverbands für andere Krankenkassen regelmäßig die Möglichkeit des Beitritts. In einigen Regionen werde die Versorgung mit SAPV über Verträge zur integrierten Versorgung (§§140 ff. SGB V) oder über Strukturverträge (§ 73a SGB V) geregelt.

Bericht des BMG vom 22. Januar 2010

In der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. September 2009 wurden nach der Erhebung des G-BA 2.614 Leistungsfälle gemeldet, von denen 777 über Kostenerstattung abgerechnet wurden. Die Anzahl der Leistungsfälle bei Kinder und Jugendlichen betrug 53, davon wurden 10 Leistungsfälle im Wege der Kostenerstattung übernommen.

Der G-BA zieht das Fazit, dass aufgrund des kurzen Berichtszeitraums und der im Aufbau befindlichen Strukturentwicklung nur eine grobe Einschätzung gegeben werden könne. Demnach sei die SAPV in weiten Teilen noch nicht fester Bestandteil der Palliativversorgung. Ungeachtet dessen zeige der erreichte Stand jedoch, dass die Versorgung in Gang zu kommen scheine; von einer flächendeckenden Versorgung sei das deutsche Gesundheitswesen dabei allerdings noch weit entfernt. Aufgrund andauernder Verhandlungen geht das BMG von einer positiven Weiterentwicklung der Vertragssituation aus und davon, dass der Auf- und Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen voranschreitet. Zudem weist das BMG ausdrücklich darauf hin, dass sich Versicherte, deren Krankenkassen noch keine SAPV-

Verträge anbieten, die Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V geltend machen können.

Bericht des BMG vom 25. Oktober 2010

Zum Stichtag 30.06.2010 lagen insgesamt 179 Verträge zur Umsetzung der SAPV vor, davon 104 kassenartenübergreifende Verträge nach § 132d SGBV. Eine detaillierte Darstellung, wie viele Versicherte von den Verträgen erfasst werden bzw. wie hoch der jeweilige regionale Versorgungsgrad ist, sei anhand der vorliegenden Daten nicht möglich. Die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung von Kindern sei derzeit regional noch sehr unterschiedlich entwickelt.

Es werde deutlich, dass der Aufbau der SAPV von Seiten der Krankenkassen nicht als Wettbewerbsfeld angesehen, sondern weitestgehend kassenartenübergreifend umgesetzt werde.

79. GMK (2006): TOP 9.3 Aufbau einer sektorenübergreifenden, insbesondere ambulanten, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung

Die GMK beschließt einstimmig, dass es notwendig sei, eine ambulante und sektorenübergreifende palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung baldmöglichst aufzubauen. Neben den Belangen Erwachsener seien auch die Bedürfnisse von Kindern zu berücksichtigen.

Befürwortet wird insbesondere die Schaffung der Voraussetzungen für eine angemessene Vergütung einer qualifizierten ambulanten Palliativversorgung. Die GMK spricht sich diesbezüglich für eine Änderung des SGB V aus, durch welche u.a. eine rechtliche Verortung der ambulanten „Palliative Care-Teams“ erreicht werden soll. Dabei sei nicht nur deren Vergütung sondern auch der ausreichenden Arzneimittelversorgung zur Umsetzung der SAPV Rechnung zu tragen.

Es besteht Einigkeit darüber, dass die ehrenamtliche Hospizarbeit eine wesentliche Säule der Sterbebegleitung darstellt. Die Kooperation der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung mit ambulanten Hospizdiensten wird befürwortet, um eine aktive Zusammenarbeit des Haupt- und Ehrenamts zu fördern.

Den Gefahren einer nicht vertretbaren Kostensteigerung sei entgegenzuwirken. Die GMK spricht sich vorrangig dafür aus, die gezielte Förderung eines effektiven Zusammenwirkens bereits bestehender Strukturen und Professionen zu entwickeln.

80. GMK (2007) → Erfolgskontrolle der Beschlüsse der 79. GMK 2006: TOP 9.3 Aufbau einer sektorenübergreifenden, insbesondere ambulanten, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung

Allen Forderungen des Beschlusses sei durch das GKV-WSG vollständig Rechnung getragen worden, die jeweiligen Ziele wurden erreicht:

§§ 37b, 132d SGB V ermöglichen den Aufbau einer sektorenübergreifenden, insbesondere ambulanten, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung. Das Gesetz sieht dabei die Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen vor.

§§ 37b, 132d SGB V haben die Voraussetzungen für eine angemessene Vergütung der qualifizierten ambulanten Palliativversorgung geschaffen. Zur Verbesserung und Kosteneinsparung im Rahmen der Arzneimittelversorgung sei § 5b der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung geändert worden. Betäubungsmittel können unter bestimmten Umständen von dem Arzt für einen Patienten desselben Alten- und Pflegeheims oder Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder Hospiz zurückgegeben werden.

Der Gesetzgeber geht von einer Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit ehrenamtlichen Hospizdiensten in der SAPV aus und überträgt dem G-BA das Nähere zu regeln.

Das Gesetz sieht in § 37b Abs. 3 Nr. 2 SGB V die Berücksichtigung der gewachsenen Versorgungsstrukturen vor. Hierdurch soll ein effektives Zusammenwirken bereits bestehender Strukturen und Professionen gefördert und dazu beigetragen werden, einer nicht vertretbaren Kostensteigerung vorzubeugen.

82. GMK (2009) TOP 11.1 Situation der sektorübergreifenden palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Begrüßt werden die mit der Gesundheitsreform 2007 neu eingefügten Regelungen zur SAPV (§§ 37b, 132d SGB V), mit denen die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Verbesserung der häuslichen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen geschaffen wurden und damit eine wesentliche Forderung des Beschlusses der 79. GMK erfüllt wurde.

Die Krankenkassen werden aufgefordert, zügig Verträge nach § 132d SGB V zu schließen, um ein flächendeckendes Angebot zur SAPV zu etablieren.

Die GMK sieht weiteren Handlungsbedarf und bittet das BMG, dafür Sorge zu tragen, dass die Palliativmedizin zeitnah als Pflichtlehr- oder Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert wird.

83. GMK (2010) → Erfolgskontrolle der Beschlüsse der 82. GMK 2009: TOP 11.1 Situation der sektorübergreifenden palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Der GKV-Spitzenverband hat dem Vorsitzland auf Anfrage mitgeteilt, dass die Versorgungsstrukturen im Bereich SAPV seit April 2009 konsequent aufgebaut würden, ihm jedoch keine detaillierten Daten zur Beurteilung vorlägen, in welchen Regionen bereits von einem flächendeckenden Angebot ausgegangen werden kann. Bis zum 01.08.2009 seien bundesweit rund 30 Verträge nach § 132d SGB V abgeschlossen worden. Die Versorgung scheine in Gang zu kommen, von einer flächendeckenden Versorgung sei das deutsche Gesundheitswesen allerdings weit entfernt. Das Ziel eines flächendeckenden SAPV-Angebots wurde somit nur zum Teil erreicht.

Der an das BMG gerichteten Bitte der GMK, dafür Sorge zu tragen, dass Palliativmedizin zeitnah als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert werde, wurde entsprochen.

2.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Aus der Pflegereform, die zum 01. Juli 2008 in Kraft getreten ist, werden an dieser Stelle nur vier wesentliche Schwerpunkte hervorgehoben, die zu einer Verbesserung der häuslichen und der stationären Betreuung und Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen, die in der Regel auch pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, beitragen sollen bzw. die finanziellen Rahmenbedingungen für die Pflegepersonen verbessern.

Der Forderung der Enquête-Kommission, eine Freistellung von Angehörigen für die Sterbegleitung gesetzlich zu regeln, kommt das PfWG mit der Einführung der so genannten Pflegezeit nach. Tritt bei einem nahen Angehörigen eine akute Pflegesituation auf, hat ein Beschäftigter seit Juli 2008 die Möglichkeit, sich kurzfristig – bis zu zehn Arbeitstagen – von der Arbeit befreien zu lassen.

Durch das Pflegezeitgesetz wird darüber hinaus auch eine längere Arbeitsfreistellung ermöglicht, die bis zu sechs Monaten dauern kann.

Nach der Einführung so genannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b SGB XI im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes - 2002) sind mit der Pflegereform 2008 folgende Regelungen zu ehrenamtlichem Engagement sowie der Selbsthilfe hinzugekommen:

§ 45d SGB XI – Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe,

§ 82b SGB XI – Ehrenamtliche Unterstützung in der vollstationären Pflege,

§ 92c Abs. 2 SGB XI – u.a. Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, sowie ehrenamtlichen und

sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen in die Pflegestützpunkte.

Erhöhung der Leistungen bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 39 und 42 SGB XI)

Bei der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege handelt es sich um getrennte Leistungsansprüche, deren Leistungsbeträge mit der Pflegereform erhöht wurden und jeweils

ab dem 01.07.2008: 1.470 Euro,

ab dem 01.01.2010: 1.510 Euro und

ab dem 01.01.2012: 1.550 Euro kalenderjährlich betragen und wesentlich zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen können.

Mit der Pflegereform wurde u.a. der § 119b SGB V - Ambulante Behandlung in stationären Einrichtungen – eingeführt. Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner/innen wird ein Anspruch auf Ermächtigung des Pflegeheims zur Einstellung eines geriatrisch qualifizierten Heimarztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt. Dies ist möglich, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bewohner/innen nicht durch niedergelassene Ärzte – auch in verschiedenen besonderen Versorgungsformen (§§ 73b, 73c, 140a SGB V) sichergestellt werden kann. In der Praxis greift diese Regelung jedoch nicht.

2.3 Neuordnung der Finanzierung stationärer und ambulanter Hospizleistungen

Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 hat der Deutsche Bundestag im Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990) eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizleistungen im § 39a SGB V verabschiedet.

Im stationären Hospiz sind Versicherte gemäß § 39a Abs. 1 SGB V von der Übernahme eines Eigenanteils befreit. Im Gesetz wurde ferner verankert, dass stationäre Hospize nur mit 10% (Kinderhospize nur mit 5 %) Eigenanteil belastet bleiben. Der kalendertägliche Mindestzuschuss, den die Krankenkassen für die stationäre Hospizversorgung zu leisten haben, wurde von 6 % der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 Abs. 1 SGB IV auf 7 % angehoben.

In § 39a Abs. 2 SGB V - Ambulante Hospizleistungen - wurde statt eines pro Versicherten zur Verfügung zu stellenden Betrages durch die Krankenkasse ein völlig neuer Leistungsbezug eingeführt. Ambulante Hospizdienste erhalten nun einen festen Zuschuss zu den Personalkosten. Dieser beträgt 11% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (281 Euro in 2010). Für die Berechnung des Zuschusses ist dabei die so genannte Leistungseinheit – das Verhältnis der Sterbebegleitungen zu den ehrenamtlich Tätigen – maßgeblich. Die Festlegung einer Gesamtfördersumme, wie zuvor, ist entfallen.

Durch diese Gesetzesnovelle wird die Hospizarbeit stabilisiert und zukunftsorientierte Weiterentwicklungen ermöglicht, wobei die besonderen Belange der Kinder berücksichtigt werden. Außerdem werden nun neben den in der eigenen Häuslichkeit sowie in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Sterbebegleitungen auch die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbrachten Begleitungen bei der Berechnung der Förderung berücksichtigt.

Für den Sozialhilfeträger bedeuten die Neuregelungen im stationären Hospizbereich, dass er sich nicht mehr nachrangig an den Hospizkosten beteiligen muss (bis auf Nichtversicherte). Das hat zur Folge, dass das Land nicht mehr an den Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und stationären Hospizträgern beteiligt ist. Dass heißt, diese sind nur noch Aufgabe der Selbstverwaltung.

Die beiden Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V bzw. § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der stationären bzw. der ambulanten Hospizarbeit wurden nach der Gesetzesnovelle neu verhandelt und sind zum 01.01.2010 in Kraft getreten.

2.4 Ärztliche Approbationsordnung und Muster-Weiterbildungsordnung

Ebenfalls am 23. Juli 2009 hat der Deutsche Bundestag eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung beschlossen, die die Ausbildung der Ärzte in der Palliativmedizin verbessern soll. Palliativmedizin ist Pflichtfach geworden.

Menschen sterben lassen zu können und sie dabei medizinisch zu begleiten, fällt vielen Ärzten schwer. Auch weil sie bisher in ihrem Medizinstudium darüber nichts gelernt haben. Das wird nun anders. Ab 2014 ist für die 2. Ärztliche Prüfung ein Leistungsnachweis erforderlich.

In dem Gesetz wird anerkannt, dass eine adäquate Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Aufgabe aller Ärztinnen und Ärzte ist und Voraussetzung für eine wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase. Fehlendes Wissen hatte vielfach unnötiges Leiden durch wohlgemeinte, aber fachlich nicht indizierte Therapien in der letzten Lebensphase verursacht. Deshalb sollen die ausbildenden Universitäten künftig sicherstellen, dass die angehenden Ärzte Fachkenntnisse in der Versorgung Schwerstkranker erlangen und sensibilisiert werden für die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Nur so macht auch die Stärkung der Patientenrechte durch die neuen Beschlüsse zur Patientenverfügung Sinn. Die Frage nach der Behandlung am Lebensende ist nicht nur medizinischer, sondern auch gesellschaftlicher, moralischer, finanzieller und somit politischer Natur.

Den Unterricht sollen langfristig eigene Lehrstühle für Palliativmedizin sichern. Bis zu diesem undefinierten Zeitpunkt sollen Lehrbeauftragte - wie auch im Fach Allgemeinmedizin - die geforderten Inhalte vermitteln, um Menschen kompetent und würdevoll medizinisch zu betreuen, auch wenn keine Aussicht mehr auf Heilung besteht. Bisher gibt es insgesamt nur sechs Lehrstühle für Palliativmedizin (Aachen, Bonn, Göttingen, Köln, München, Witten/Herdecke). Berlin gehört leider nicht dazu.

In 2010 hat die Bundesärztekammer die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 aktualisiert und auch die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin geregelt.

2.5 Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung

Nach jahrelanger Diskussion hat der Deutsche Bundestag am 19.06.2009 das Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung (Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtÄndG) v. 29.07.2009 BGBl. I S. 2286 (Nr. 48); Geltung ab 01.09.2009 beschlossen. Damit wurde eine wegweisende Entscheidung getroffen und Patientenverfügungen eine klare rechtliche Grundlage gegeben. Patientenverfügungen schaffen in einer schwierigen Phase des Lebens Sicherheit für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte und Betreuerinnen und Betreuer. Die Patientenverfügung hilft, dass der freiverantwortlich gefasste Wille des Menschen bis zuletzt beachtet werden kann - auch und gerade dann, wenn der Mensch nicht mehr entscheidungsfähig ist.

Beispielgebend ist dazu die Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur Sterbehilfe vom 25.06.2010, die Rechtssicherheit bei einer grundlegenden Frage im Spannungsfeld zwischen zulässiger passiver und verbotener aktiver Sterbehilfe schafft. Es geht um das Selbstbestimmungsrecht des Menschen und damit um eine Kernfrage menschenwürdigen Lebens bis zuletzt. Der Abbruch lebenserhaltender Behandlungen ist künftig nicht mehr strafbar, wenn ein Patient dies in einer Verfügung festgelegt hat.

2.6 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die Charta ist ein allgemein verständlicher Katalog, der in acht Artikeln die wichtigsten in der Bundesrepublik bestehenden Rechte und Ansprüche Pflegebedürftiger zusammengefasst, transparent macht und die Betroffenen dazu ermuntert, sie wahrzunehmen. Dazu gehört das Recht auf Selbstbestimmung, Information und Beratung, aber auch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Artikel 8 beschäftigt sich mit der palliativen Betreuung, dem Sterben und dem Tod.

Hier heißt es einleitend: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“ Des Weiteren werden die Themen: Individuelle Sterbebegleitung, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Selbstbestimmung am Lebensende, Vorausverfügungen, Abschiednahme, Bestattung und Verfügbarkeit über den Körper ausgeführt.

Mit der Pflege-Charta soll die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen verbessert und ihre Position als Verbraucherinnen und Verbraucher gestärkt werden. Erarbeitet wurde sie am "Runden Tisch Pflege" (2003-2005). Neben dem Bundesfamilienministerium waren daran unter anderem Länder und Kommunen, Träger von Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, private Träger sowie Pflegekassen beteiligt.

Hilfebedürftigen und ihren Angehörigen bietet die Charta einen Maßstab zur Beurteilung der Qualität der Pflegeleistungen. Einrichtungen oder ambulante Dienste können sie als Instrument der Selbstbewertung und Selbstreflexion nutzen (ethischer Kodex für Pflegeinstitutionen).

Die Quintessenz ist, wie ein pflegebedürftiger Mensch behandelt wird, hängt in erster Linie von Haltung und Werten ab und nicht von Zeit und Geld. Das bedeutet, wenn Pflegeeinrichtungen die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beherzigen und im täglichen Betreuungsprozess anwenden, haben sie bereits viel getan, um Menschen mit Respekt zu behandeln und ihre Würde – auch am Lebensende - zu bewahren.

2.7 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Entstanden ist dieses nationale Projekt der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Bundesärztekammer vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, die als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde.

Mit dem Ziel, die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, sollen fünf Bereiche weltweit fokussiert und in ihrer Entwicklung gefördert werden: Aus-/Fort- und Weiterbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement und allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln.

Die drei Initiatoren haben gemeinsam im Rahmen eines Konsensusprozesses die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ unter Beteiligung aller gesellschaftlich und gesundheitspolitisch relevanten Organisationen in Deutschland entwickelt. Zur Auftaktveranstaltung waren am 03. September 2008 rund 130, vornehmlich auf der Bundesebene operierende Institutionen und Organisationen eingeladen. Am Prozess der Entwicklung haben sich ca. 200 Expertinnen und Experten beteiligt.

Ziele des Chartaprozesses waren:

- die Förderung des Dialogs aller gesellschaftlichen und gesundheitspolitisch relevanten Gruppen,
- die Förderung der Auseinandersetzung mit dem Thema und Verankerung im öffentlichen Bewusstsein,
- die Orientierung und Perspektiven für die Zukunft,

- die Verständigung auf gemeinsame Ziele und gemeinsames Handeln,
- die Ergebnisse zu tragfähigen Entwicklungen in der Zukunft zu führen.

Im Zentrum steht der schwerstkranke Mensch mit seinen spezifischen körperlichen, seelischen, sozialen, und spirituellen Problemen – seiner Identität, seinem Umfeld, seiner Würde und selbstverständlich auch seinen Rechten. **Mehr als die Hälfte der über 800.000 jährlich versterbenden Menschen in Deutschland benötigen palliative Maßnahmen am Lebensende.**

Nach der Auftaktveranstaltung wurde der so genannte „Letter of Intent“ versandt. Berlin hat wie auch die anderen Bundesländer diesen offiziell begrüßt. Auf den Gesundheitsministerkonferenzen wurde der Chartaprozess ebenfalls von den Ministerinnen und Ministern bzw. Senatorinnen und Senatoren der Länder begrüßt und unterstützt.

Am 17. August 2010 wurde die Charta verabschiedet und am 08. September 2010 in Berlin präsentiert. Weitere Informationen zu den Charta-Dokumenten gibt es unter <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/aktuelles-charta-dokumente.html>.

3 Entwicklung seit 2006 in Berlin

Einführend werden ausgewählte statistische Daten für Berlin vorangestellt, dabei wird auf Ausführungen zur Lebenserwartung und Bevölkerungsprognose verzichtet.

In der nachfolgenden Tabelle erfolgt die Darstellung der Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbener vollstationärer Behandlungsfälle in Berlin (nur Berliner) 2006 – 2009 nach Altersgruppen¹.

Alter in Jahren	Gestorbene Berliner											
	insgesamt				darunter: in einem Berliner Krankenhaus				Anteil der im Krankenhaus Ge- storbenen (in %)			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
	ohne Stundenfälle											
0	108	109	108	124	61	42	/	56	56,5	38,5	/	45,2
1 - 4	16	25	23	21	4	8	/	6	25,0	32,0	/	28,6
5 - 9	6	15	6	14	2	5	/	6	33,3	33,3	/	42,9
10 - 14	18	11	11	18	6	3	4	5	33,3	27,3	36,4	27,8
15 - 19	47	38	44	28	13	7	12	17	27,7	18,4	27,3	60,7
20 - 24	96	74	80	75	15	14	22	19	15,6	18,9	27,5	25,3
25 - 29	104	114	85	121	29	32	35	21	27,9	28,1	41,2	17,4
30 - 34	153	116	131	142	44	33	36	42	28,8	28,4	27,5	29,6
35 - 39	306	215	186	204	104	67	72	51	34,0	31,2	38,7	25,0
40 - 44	525	469	488	419	189	175	188	143	36,0	37,3	38,5	34,1
45 - 49	691	675	788	755	246	240	292	304	35,6	35,6	37,1	40,3
50 - 54	1.080	1.020	1.022	1.006	439	439	417	397	40,6	43,0	40,8	39,5
55 - 59	1.398	1.425	1.443	1.451	616	591	616	610	44,1	41,5	42,7	42,0
60 - 64	2.194	1.902	1.941	1.710	1.035	881	807	789	47,2	46,3	41,6	46,1
65 - 69	3.223	3.379	3.398	3.146	1.502	1.629	1.645	1.506	46,6	48,2	48,4	47,9
70 - 74	3.539	3.568	3.865	4.013	1.757	1.806	1.867	1.967	49,6	50,6	48,3	49,0
75 - 79	3.920	3.940	3.862	3.867	1.971	1.984	1.992	1.999	50,3	50,4	51,6	51,7
80 - 84	4.345	4.346	4.541	4.769	2.144	2.252	2.168	2.365	49,3	51,8	47,7	49,6
85 - 89	4.039	4.303	4.767	4.938	1.868	1.996	2.209	2.269	46,2	46,4	46,3	45,9
90 - 94	3.716	3.158	2.916	2.625	1.484	1.317	1.102	1.026	39,9	41,7	37,8	39,1
95 und älter	1.999	2.078	2.206	2.267	617	650	619	704	30,9	31,3	28,1	31,1
insgesamt	31.523	30.980	31.911	31.713	14.146	14.171	14.194	14.302	44,9	45,7	44,5	45,1

¹ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGesUmV - I A -

Die folgende Tabelle zeigt die Sterbefälle 2009 nach Bezirken und Geschlecht²:

Bezirk	insgesamt	männlich	weiblich
Mitte	2.630	1.312	1.318
Friedrichshain-Kreuzberg	1.670	825	845
Pankow	2.881	1.317	1.564
Charlottenburg-Wilmersdorf	3.207	1.392	1.815
Spandau	2.557	1.157	1.400
Steglitz-Zehlendorf	3.325	1.369	1.956
Tempelhof-Schöneberg	3.115	1.396	1.719
Neukölln	2.839	1.333	1.506
Treptow-Köpenick	2.439	1.153	1.286
Marzahn-Hellersdorf	2.004	978	1.026
Lichtenberg	2.367	1.147	1.220
Reinickendorf	2.679	1.206	1.473
Berlin	31.713	14.585	17.128

Nach Altersgruppen und Geschlecht stellt sich 2009 folgende Situation dar:

Alter von...bis unter...Jahren	Berlin	Berlin	weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 1	124	0,4	48	0,3
1 – 5	21	0,1	8	-
5 – 10	14	-	6	-
10 – 15	18	0,1	4	-
15 – 20	28	0,1	10	0,1
20 – 25	75	0,2	18	0,1
25 – 30	121	0,4	33	0,2
30 – 35	142	0,4	37	0,2
35 – 40	204	0,6	78	0,5
40 – 45	419	1,3	138	0,8
45 – 50	755	2,4	241	1,4
50 – 55	1.006	3,2	314	1,8
55 – 60	1.451	4,6	525	3,1
60 – 65	1.710	5,4	620	3,6
65 – 70	3.146	9,9	1.176	6,9
70 – 75	4.013	12,7	1.647	9,6
75 – 80	3.867	12,2	1.845	10,8
80 – 85	4.769	15,0	2.801	16,4
85 – 90	4.938	15,6	3.548	20,7
90 u.ä.	4.892	15,4	4.031	23,5
	31.713	100	17.128	100

Nach der Todesursachenstatistik nehmen die Krankheiten des Kreislaufsystems den ersten Rang ein: 12.265 Gestorbene (männlich: 4.974, weiblich: 7.291), gefolgt von den bösartigen Neubildungen: 8.217 Gestorbene (männlich: 4.240, weiblich: 3.977) und den Krankheiten des Atmungssystems: 2.449 Gestorbene (männlich: 1.143, weiblich: 1.306).

² Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht A II 1 – j/09, S. 12

Von den im Jahr 2009 insgesamt 31.713 Verstorbenen sind 14.302 **im Krankenhaus³** (45,1%) verstorben. D.h. fast jede zweite Berlinerinnen oder jeder zweite Berliner stirbt in einem Krankenhaus. Zehn Jahre früher, im Jahr 1999, waren es noch 47,5 Prozent.

Bis auf den Sterbeort Krankenhaus gibt es auf Bundesebene keine Daten zum Sterbeort. Die Enquête-Kommission hatte deshalb bereits im Jahr 2006 gefordert, eine Sterbeortstatistik einzuführen.

In Berlin wurde deshalb im Rahmen der von der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung durchgeführten Zusatzerhebungen in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen u.a. der Sterbeort der Bewohnerinnen und Bewohner ermittelt. Seit der Zusatzerhebung 2004 liegt der **Anteil der im Heim verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner konstant bei 64%, d.h. 36% - ca. ein Drittel - aller Bewohnerinnen und Bewohner verstirbt demzufolge im Krankenhaus.**

Zu ähnlichem Ergebnis gelangte eine Untersuchung des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie (KPG) in den vollstationären Pflegeeinrichtungen der UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gGmbH. **Ca. die Hälfte aller im Jahr 2005 Verstorbenen verbrachte die letzte Lebenszeit im Krankenhaus.** Allerdings konnte mit der Implementierung von Palliativer Geriatrie diese Zahl in den darauf folgenden Jahren gesenkt werden.

Eine Gegenüberstellung der Hospiz- und Palliativstrukturen in der Bundesrepublik und Berlin ermöglicht den Vergleich und eine Einschätzung des Entwicklungsstandes in Berlin:

Strukturen	Bundesrepublik Deutschland	Land Berlin (s. Anhang C)
ambulante Hospizdienste	1.500 unterschiedlicher Struktur, davon ca. die Hälfte Krankenkassen gefördert	25, davon 22 Krankenkassen geförderte
Davon Kinderhospizdienste	80	3 eigenständige und 2 nicht eigenständige
stationäre Hospize	180	12 mit 175 Betten, davon 1 Kinderhospiz mit 12 Betten
Palliativstationen	230 (wobei der Bedarf nicht gedeckt ist)	7 mit 55 ordnungsbehördlich genehmigte Betten (+ 10 bei Bedarf)
SAPV-Verträge	145	1 SAPV-Rahmenvertrag mit 82 zugelassenen SAPV-Ärzten und 19 angegliederten SAPV-Leistungserbringern Pflege
Lehrstühle für Palliativmedizin	6	0
Ehrenamtliche	ca. 80.000	ca. 1.300

Eine Studie zum Ehrenamt des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V. besagt, dass 50 Prozent der Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten, 20 Prozent in stationären Hospizen und 30 Prozent in anderen Einrichtungen tätig sind, 78 Prozent der Ehrenamtlichen sind weiblich und durchschnittlich 56 Jahre alt, 57 Prozent sind ohne Beruf oder bereits im Rentenalter, männliche Ehrenamtliche sind in der Regel höher gebildet.

Für Berlin liegen leider keine detaillierten Daten zur Altersstruktur und zum Geschlecht der Ehrenamtlichen vor. Insgesamt kann aber die Tendenz bestätigt werden. Das weibliche Eh-

³ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Grunddaten der Krankenhäuser

renamt überwiegt. Hospizdienste achten bei der Akquise auf eine gute Durchmischung von Männern und Frauen. Ganz besonders wichtig ist dies bei den Hospizdiensten im Kinder- und Jugendalter, denn schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sollten jüngere Menschen zur Seite stehen. Ein schwerstkranker Jugendlicher sollte nach Möglichkeit von einem jüngeren Mann begleitet werden, wenn z.B. der Wunsch nach einem Konzertbesuch oder einer Sportveranstaltung besteht.

3.1 Bilanz der ersten Fortschreibung des Hospizkonzeptes

- HOSPIZ- und PALLIATIVVERSORGUNG im Land Berlin - 2005 -

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich in den letzten fünf Jahren eine beeindruckende, dynamische Entwicklung der Hospiz- und Palliativstrukturen vollzogen hat. Grundlage dafür waren einerseits die von der Politik gestalteten neuen bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen und andererseits das bemerkenswerte Engagement der in diesem Bereich tätigen Haupt- und Ehrenamtlichen sowie Vereine und Verbände, nicht zu vergessen die konstruktive Zusammenarbeit untereinander und mit der administrativen Ebene im Land. Ausgehend von den im Hospizkonzept aus dem Jahr 2005 geplanten Maßnahmen, ist mehrheitlich eine positive Entwicklung zu verzeichnen, lediglich drei Maßnahmen wurden nicht umgesetzt:

- Etablierung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin,
- Hospizsalon sowie
- Studie zur Palliativ- und Hospizversorgung.

Die letzte Koalitionsvereinbarung hat die Errichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin bereits nicht mehr vorgesehen. Wie für einen Lehrstuhl standen auch für die geplante Studie zur Palliativ- und Hospizversorgung die erforderlichen Mittel nicht zur Verfügung. Der Hospizsalon konnte aufgrund anderer Prioritätensetzungen nicht realisiert werden.

Nachfolgend wird Bilanz zu den im Hospizkonzept 2005 festgelegten Maßnahmen gezogen, dabei werden erstmals die Strukturen für das Erwachsenen- sowie das Kindes- und Jugendalter getrennt dargestellt, um dem vollzogenen Entwicklungsprozess Rechnung zu tragen.

Anders als für den Erwachsenenbereich wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Darstellung der Angebote für eine umfassende Versorgung lebenslimitierend erkrankter und sterbender Kinder und Jugendlicher gelegt. Ziel der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung von Kindern ist es, Entlastungsdienste zu bieten (kurzzeitig stationär und langfristig ambulant), wobei ein wichtiger Schwerpunkt der Kinderhospizphilosophie ist, dass schwerkranke Kinder – soweit dies medizinisch verantwortlich ist – in häuslicher Umgebung betreut und versorgt werden sollten. Ebenso einen Schwerpunkt auf häusliche Betreuung legt die pädiatrische Palliativmedizin, betont dabei aber die Notwendigkeit spezialisierter ärztlicher, pflegerischer und psychosozialer Dienste sowie die Verfügbarkeit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung bei Bedarf. Weiterhin wird die Etablierung von Netzwerken aus spezialisierten und nicht spezialisierten Diensten und Einrichtungen gefordert, wobei internationale Standards für die palliativmedizinische und hospizliche Versorgung von Kindern mit lebenslimitierenden Krankheiten vorliegen.

3.2 Hospizentwicklung für das Erwachsenenalter

3.2.1 Ambulante Hospizdienste

Quantitative Entwicklung

Berlin verfügt zurzeit über insgesamt 22 Hospizdienste für Erwachsene (s. Anhang C u. D), die aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsbedingungen differenziert betrachtet werden müssen:

a) Es gibt 19 nach § 39a Abs. 2 SGB V förderfähige Hospizdienste
und

b) drei weitere Hospizdienste in Einrichtungen, die aufgrund ihrer nur auf die jeweilige Einrichtung beschränkte Hospizarbeit keinen Förderanspruch gemäß § 39a Abs. 2 SGB V haben. Die Finanzierung dieser Dienste erfolgt durch die Einrichtungen selbst, ergänzt durch Spenden und ehrenamtliches Engagement.

Für das Erwachsenenalter sind in den letzten fünf Jahren sechs Hospizdienste neu hinzugekommen (s. Tabelle). Gleichzeitig wurde der Hospizdienst des DRK aufgelöst und zwei Hospizdienste des Caritasverbandes zu einem zusammengeführt. Der Hospizdienst Dong Heng ist in den Hospizdienst Dong Ban Ja unter dem Dach des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V. übergegangen.

Nr. Zugänge: Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste

- 1 AWW Hospiz Berlin e.V. (*Adventwohlfahrtswerk*)
Knobelsdorffstr. 39, 14059 Berlin
- 2 Ambulanter Hospizdienst Reinickendorf / Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG)
UNIONHILFSWERK Ambulante Dienste gemeinnützige GmbH
Wittenauer Straße 7, 13435 Berlin
- 3 Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität Berlin
Einbeckerstr. 85, 10315 Berlin
- 4 Bodhicharya ambulantes Hospiz des Bodhicharya e.V.
Kinzigstr. 25-29, 10247 Berlin
- 5 Interkultureller Hospizdienst Dong Ban Ja des Humanistischen Verbandes Deutschland
Landesverband Berlin
Wallstr. 61 – 65, 10179 Berlin
- 6 elysion ambulanter Hospizdienst e.V.
Im Strassmannhaus Schumannstr. 18, 10117 Berlin

Zur regionalen Verteilung ist festzustellen, dass bis auf den Bezirk Mitte mit vier Hospizdiensten in allen anderen Bezirken mindestens ein oder zwei Dienste angesiedelt sind. Die regionale Verteilung spielt aber keine große Rolle, da der Wirkungskreis der Hospizdienste nicht allein auf den jeweiligen Bezirk beschränkt ist, sondern je nach Zielgruppe auch in den angrenzenden Bezirken bzw. im gesamten Stadtgebiet ehrenamtliche Sterbebegleitungen durchgeführt werden. Unter Umständen werden bei Anfragen zur Übernahme von Patienten mit zu großer räumlicher Entfernung zum angefragten Hospizdienst diese an andere Hospizdienste vermittelt.

Die nachfolgend dargestellte, differenzierte quantitative Entwicklung war nur Dank der freiwilligen Zuarbeit von 17 Hospizdiensten möglich. Die Leistungen des Hospizdienstes des DRK bis Juli 2009 konnten aufgrund der Schließung nicht mehr erfasst werden. Obwohl keine Vollerhebung erfolgen konnte, sind die Zahlen eindrucksvoll und zeigen neben der Steigerung der Zahl der Haupt- und Ehrenamtlichen auch die Leistungssteigerung, die hauptsächlich durch die qualifizierten Ehrenamtlichen erbracht wurde. Die leeren Spalten zeigen, dass rückwirkend für die letzten fünf Jahre nicht alle Daten erhoben werden konnten. Eine Zwi-

schenbilanz für 2010 (31.08.2010) war ebenfalls zu aufwendig, so dass die Entwicklung nur für vier Jahre darstellbar war.

Anzahl	2006	2007	2008	2009
der Hospizdienste	16	17	18	17
der Hauptamtlichen	21	27	30	36
der Ehrenamtlichen	666	719	810	915
der Begleitungen gesamt, davon:	1.120	1.238	1.532	1.812
Zu Hause			1.007	1.058
Im Pflegeheim			361	546
Im Krankenhaus			142	188

In der nachfolgenden Tabelle werden zwei ausgewählte Parameter gezeigt. Pro Ehrenamtliche/r wurden jährlich durchschnittlich ca. 1,5 Sterbebegleitungen durchgeführt. Die Zahl für 2009 ist der geänderten Abrechnung aufgrund der Umstellung der Finanzierungsgrundsätze geschuldet. Seit 2006 konnten alle Begleitungen (im ambulanten Bereich und in vollstationären Pflegeeinrichtungen) abgerechnet werden. Ab der Neuregelung 2009 sind es wiederum nur noch die im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen, die in die Berechnung des Krankenkassenzuschusses einfließen.

Der zweite Parameter sind die Durchschnittswerte der Personalkosten je Leistungseinheit. Bis zur Gesetzesänderung im Jahr 2009 sind diese stetig gesunken und danach wieder angestiegen.

	2006	2007	2008	2009	2010
Begleitungen je Ehrenamtliche/r	1,4	1,3	1,5	1,7	1,5
Personalkosten je Leistungseinheit (LE) (in Euro)	211,65	162,87	155,17	152,70	190,18

Die Statistik der Hospizdienste in Einrichtungen ist in den zwei folgenden Tabellen getrennt dargestellt.

Hospizdienst im Seniorenzentrum Köpenick:

Anzahl	2006	2007	2008	2009	2010
der Hauptamtlichen	1	1	1	1	1
der Ehrenamtlichen	15	26	32	35	40
der Begleitungen	106	108	114	116	117

Hospizdienste im St. Gertrauden-Krankenhaus und im St. Joseph Krankenhaus:

Anzahl	2006	2007	2008	2009	2010
der Hospize	2	2	2	2	2
der Hauptamtlichen	3	3	3	3	3
der Ehrenamtlichen	61	58	64	62	66
der Begleitungen	127	117	124	152	152

Entwicklung der Förderung durch die Krankenkassen seit 2002

Dank einer Zuarbeit der Krankenkassenverbände wird in der nachfolgenden Tabelle ein Gesamtüberblick über die Förderung ambulanter Hospizdienste (im Erwachsenen- und Kindes- und Jugendalter) durch die Krankenkassen seit dem In-Kraft-Treten des § 39a Abs. 2 SGB V im Jahr 2002 dargestellt. **Insgesamt wurden von den Krankenkassen seit 2002 ca. 7,5 Mio. Euro für die Förderung ambulanter Hospizdienste in Berlin verausgabt.**

Jahr	Zahl der geförder- ten Hospizdienste	Zahl der Ehrenamtlichen	Zahl der Sterbebegleitungen	Fördersumme in Euro
2002	15	504	424	400.655,18
2003	15	538	506	457.200,92
2004	14	585	577	571.564,76
2005	15	694	640	662.481,42
2006	15	795	1.078	730.179,96
2007	16	924	1.165	819.517,89
2008	19	1.052	1.516	889.133,85
2009*)	22	1.245	2.010	1.272.102,21
2010	21	1.184	1.679	1.629.826,25

*) Ab der Gesetzesänderung zum 23.07.2009 erfolgte eine Nachzahlung für die Monate August bis Dezember 2009 und im Jahre 2010 eine Förderung auf neuer Berechnungsgrundlage.

Es wird deutlich, dass trotz der steigenden Zahl der Ehrenamtlichen und der von ihnen im jeweiligen Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen die alten Förderbedingungen dazu führten, dass sich der Förderauszahlungsbetrag nicht adäquat entwickelte. Darüber hinaus blieb aufgrund der alten Berechnungsmodalität ein so genannter nicht unerheblicher Überhang übrig. Der Knick bei den Sterbebegleitungen 2.010 in 2009 und 1.679 in 2010 ist wiederum der Abrechnungsmodalität geschuldet.

Seit der Gesetzesänderung 2009 hat sich die finanzielle Lage der Hospizdienste stabilisiert. Obwohl die Hospizdienste immer noch einen wesentlichen Teil ihrer Kosten selbst tragen müssen, gibt es jetzt Planungssicherheit. Außerdem können die Dienste nun besser kalkulieren, welchen Finanzierungsanteil sie in ihrer speziellen Situation selbst zusätzlich erbringen müssen.

In Berlin hat diese Entwicklung zu einem großen Qualitätssprung der ambulanten Hospizarbeit geführt. Träger fast aller Hospizdienste haben sich dazu entschieden, mehr als eine hauptamtliche Mitarbeiterin oder Mitarbeiter zu beschäftigen. Im Schnitt sind es heute sogar 2,4 Koordinatorinnen und Koordinatoren. Bei den Hospizdiensten für Erwachsene hat sich die Zahl der hauptamtlich Beschäftigten seit 2006 nahezu verdoppelt. Dies wurde zwangsläufig durch die steigenden Fallzahlen und die steigende Zahl der Ehrenamtlichen notwendig und durch die veränderte gesetzliche Regelung auch möglich. Somit kann den individuellen Bedürfnissen der Kranken, Sterbenden und Angehörigen mit größerer Intensität und Fachlichkeit begegnet werden.

Bedarfseinschätzung

Mit dem weiteren Bekanntheitsgrad der Hospizdienste nimmt ihre Inanspruchnahme zu, wie die Statistik zeigt. Aber nicht nur die Zahl der Dienste hat sich erhöht, sondern auch die Zahl der Haupt- und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Diensten ist gestiegen.

Auf der Bundesebene gibt es leider keine gesetzlich verankerten statistischen Erhebungen zur hospizlichen und palliativen Sterbebegleitung. Bedarfseinschätzungen sind daher sehr schwierig, auch weil häufig die verschiedenen Hospiz- und Palliativstrukturen ineinander greifen und auch die Frage, ab wann eine hospizliche oder palliative Begleitung eigentlich beginnt, nicht eindeutig beantwortet werden kann. Häufig werden Hospizdienste beispielsweise in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der palliativpflegerischen Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bei der Umsetzung der SAPV auch im ambulanten Bereich tätig oder sie beraten die Angehörigen. Diese Leistungen werden nicht dokumentiert, da sie nicht bei der Kassenförderung berücksichtigt werden.

Für das Jahr 2008 wurde eine daher nur grobe Schätzung vorgenommen:

Wenn die von allen ambulanten Hospizdiensten gelieferten Daten zur Sterbebegleitung mit der Zahl der in stationären Hospizen begleiteten Patienten addiert werden, so ergibt sich für das Jahr (hochgerechnet) eine Zahl von **etwa 4.000** begleiteten Menschen.

Stellt man diese Zahl der Gesamtzahl der in Berlin im Jahr 2008 ca. 32.000 Verstorbenen gegenüber, so wurden ca. 12,5% aller Verstorbenen allein durch hospizliche Angebote erreicht. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Zahl weit höher liegen kann, da keine statistische Erfassung der palliativpflegerischen Beratung sowie der Begleitungen in Krankenhäusern erfolgt.

Unterstellt man, dass sich die Zahl der Begleitungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern erhöhen müsste und nun auch Begleitungen in Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen abgerechnet werden können, so ergibt sich daraus ein weit höherer Bedarf an hospizlicher Begleitung, der außerdem unter Berücksichtigung des demografischen Wandels weiter steigen wird.

Auch wenn die ambulanten Hospizdiensten weiterhin stets bemüht sein werden, ihre Strukturen auf den erhöhten Bedarf auszurichten, so wird von einigen Diensten konstatiert, dass es zunehmend schwieriger wird, Ehrenamtliche nach den bisher angewandten Methoden zu gewinnen. Obwohl der Hospizbereich immer noch ein für Ehrenamtliche interessantes und attraktives Betätigungsfeld darstellt, ist es eine Tatsache, dass es in Konkurrenz zu anderen Einsatzfeldern bürgerschaftlichen Engagements steht.

Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass sich, wie in den letzten Jahren, weitere Hospizdienste in Berlin gründen werden, um den wachsenden Bedarf an Sterbebegleitungen zu decken.

Zusätzlich zu dem steigenden Bedarf an Sterbebegleitungen muss auch die zunehmende Nachfrage nach palliativpflegerischer Beratung, z.B. in Kooperation mit den SAPV-Leistungserbringern, und nach Beratungen zu Vorsorgevollmachten bzw. Patientenverfügungen - insbesondere seit der Verabschiedung des Gesetzes zu Patientenverfügungen – berücksichtigt werden. Dabei kommt hinzu, dass Patienten, die diese Beratung wünschen, sich nicht immer in der Finalphase befinden und somit der Personenkreis für diese Leistung weit größer ist.

Qualitative Entwicklung

Die qualitativen Voraussetzungen für die originäre Arbeit der ambulanten Hospizdienste sind in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit geregelt, beispielsweise die Anforderungen an die fachliche Qualifikation der koordinierenden Fachkraft oder ihr obliegende Aufgaben.

Im Weiteren sollen einige wesentliche Schwerpunkte der ambulanten Hospizarbeit sowie zusätzliche, freiwillige Leistungen und Angebote der in Berlin tätigen Hospizdienste hervorgehoben werden, die teilweise zur Unterstützung und Förderung der ambulanten Hospizarbeit unerlässlich sind.

a) Ehrenamtliche in der Hospizarbeit

In der Hospizarbeit muss unterschieden werden zwischen bürgerschaftlichem Engagement

- der Ehrenamtlichen,
- der Hauptamtlichen,
- der Seelsorger/innen,
- der Spender, Sponsoren und Stiftungen,
- der Medien (Presse und Öffentlichkeitsarbeit).

Die Bedeutung und Rolle des Ehrenamtes ist nicht hoch genug zu würdigen. Sie ist vor allem Ausdruck gelebter Solidarität. Die wichtigste Aufgabe der Ehrenamtlichen ist und bleibt die Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen. Durch sie wird oftmals erst die Möglichkeit geschaffen, dass die Sterbenden ihrem Wunsch gemäß zu Hause und nicht allein versterben können. Ehrenamtliche haben Zeit, sind einfach da, erfüllen Wünsche, unterstützen die Familie und leisten Trauerarbeit. Damit wird die Sterbebegleitung durch das Engagement der Ehrenamtlichen zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnung und

lässt die Betroffenen an der Gesellschaft, am Leben in der Gemeinschaft (wieder) teilhaben. Ehrenamtliche sind somit die Brücke ins Leben.

Ehrenamtliche müssen für diese Aufgabe vor ihrem Einsatz am Krankenbett umfassend geschult werden. Dabei müssen sie sich mit den Grundsätzen der Hospizarbeit und der eigenen Endlichkeit, den eigenen Ängsten und dem eigenen Tod auseinandersetzen, um den Betroffenen den notwendigen Beistand leisten zu können.

Das Verhältnis Ehrenamt zu Hauptamt:

Neben der Schulung der Ehrenamtlichen, die in den meisten Diensten mit der Ausstellung eines entsprechenden Zertifikates und einer Bereitschaftserklärung, für einen vereinbarten Zeitraum zur Verfügung zu stehen, endet, werden sie fachlich durch die hauptamtlichen Koordinatoren angeleitet, begleitet, regelmäßig fortgebildet und sie erhalten Supervision. D.h. die Hauptamtlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass die Attraktivität des Ehrenamtes, die Einsatzbereitschaft und hohe Arbeitszufriedenheit der Ehrenamtlichen erhalten wird. Dabei ist Folgendes zu beachten:

Ehrenamtliche müssen

- als vollwertige Teammitglieder wahrgenommen und wertgeschätzt,
- eigene Erwartungen der Ehrenamtlichen berücksichtigt,
- eigene Entwicklungschancen der Ehrenamtlichen vorhanden sein,
- frühzeitig einbezogen und somit Konkurrenzängste verhindert,
- als Partner akzeptiert werden, auf gleicher Augenhöhe stehen.
- Es muss Kommunikation und Vernetzung stattfinden.
- Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung von Anerkennungskultur. Zur Anerkennungskultur sind bisher unterschiedliche Formen entwickelt worden: Erstattung finanzieller Aufwendungen (nach Bedarf), die Garantie auf Mitbestimmung und Mitwirkung, die Sicherung des notwendigen Versicherungsschutzes, Dankeschönveranstaltungen, Vorschläge für Auszeichnungen auf Landes- und Bundesebene.

Teamarbeit heißt aber nicht nur eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen der Hospizdienste zu pflegen, sondern meint auch die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Haus-/Fachärzte/Palliativärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste und weiteren an der Versorgung und Betreuung der Sterbenden Beteiligten. Diese Zusammenarbeit stellt sich nicht von alleine ein, sondern muss gelernt und gefördert werden.

In den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird deshalb beispielsweise gefordert, dass ambulante Hospizdienste mit Kooperationsvereinbarungen in die SAPV einbezogen werden müssen.

b) Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Mit einer engagierten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit werden vor allem folgende Ziele verfolgt:

- Enttabuisierung von Sterben und Tod,
- Bewusstseinsbildung der Bevölkerung,
- Bekanntmachung des eigenen Dienstes,
- Akquise von Ehrenamtlichen,
- Spendenakquise u.a.m.

Formen der Öffentlichkeitsarbeit sind insbesondere die Beteiligung an der jährlich stattfindenden Hospizwoche, Benefizveranstaltungen, Tage der offenen Türen, regelmäßige Offene Abende, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen u.a. für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Informationsveranstaltungen in Schulen und anderen Einrichtungen, Schaltungen von Artikeln in den Stadtteilzeitungen, Interviews sowie weitere Pressearbeit. Von jedem Dienst werden dazu eigene Werbematerialien, wie Faltblätter, Informationsmaterialien für interessierte Bürgerinnen und Bürger, aber auch umfangreichere

Broschüren entwickelt. Zudem hat sich das Internet für die Präsentation der eigenen Arbeit zu einem unverzichtbaren Medium entwickelt.

Das Projekt „**Hospiz macht Schule**“ soll besonders hervorgehoben werden. „Hospiz macht Schule“ wurde von der Hospizbewegung Düren e.V. für Grundschulen, d.h. für Kinder der 3. und 4. Klasse, entwickelt und von 2005 bis 2008 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Auf der Basis dieses Konzeptes werden bundesweit weiterhin neue Haupt- und Ehrenamtliche geschult, um eine Grundlage dafür zu legen, dass die Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in Zukunft wieder selbstverständlich im Leben von Heranwachsenden kommuniziert werden. In Berlin nahmen Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus mehreren Hospizeinrichtungen an einem Vorbereitungskurs teil.

Die Umsetzung der Projektwoche ist sehr zeitintensiv, aber für alle Beteiligten auch eine lohnenswerte Herausforderung. Im Frühjahr 2011 organisieren das Lazarus Hospiz und das Ricam Hospiz zum dritten Mal eine Projektwoche in je einer Grundschule in ihrer Region. Die Auswahl der Schule gestaltet sich regelmäßig schwierig, da „die Erwachsenen“, Lehrer und Eltern, erfahrungsgemäß Vorbehalte und Sorgen haben, die Themen den Kindern und damit sich selbst zuzumuten. Deshalb nimmt die Vor- und Nachbereitung der Projektwoche mit Eltern und Lehrern einen großen Raum ein. In der Woche selbst gehen jeweils fünf Ehrenamtliche für fünf Tage gemeinsam in eine Schulklasse und übernehmen den Unterricht in Projektform. Die Projektwoche hat an jedem Tag einen neuen Themenschwerpunkt

1. Tag: Werden und Vergehen - Wandlungserfahrungen
2. Tag: Krankheit und Leid
3. Tag: Sterben und Tod
4. Tag: Vom Traurig-Sein
5. Tag: Trost und Trösten

Ein zweites Projekt, das hervorgehoben werden soll, ist die **Theatergruppe „Carpe Diem“** des Ambulanten Caritas-Hospizes Berlin. In diesem Theaterprojekt sollen Ehrenamtliche, Interessierte und insbesondere junge Menschen angeregt werden, sich auf ungewöhnliche Weise dem Thema „Sterben“ zu nähern. Im Projekt „Carpe diem“ geht es darum, die Perspektive derer, für die der eigene Tod unvorstellbar weit entfernt liegt, und die Erfahrung derer, die Sterbende begleiteten, zusammengebracht werden. Daraus entsteht die Frage an die Zuschauer, wie nutzen wir unsere Lebenszeit? Den Tod als Bestandteil des Lebens wahrzunehmen und einen aufgeschlossenen, differenzierten Umgang mit dem Tod als Grenzerfahrung zu pflegen, darum bemüht sich die Hospizarbeit. Zunächst wird sich mittels Theatermethoden dem Thema in der Arbeitsgruppe genähert, dann werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eigene Szenen aus ihren Erfahrungen und Haltungen entwickelt und letztlich folgt die Inszenierung und mindestens dreimal eine Aufführung innerhalb der Caritas und in Institutionen und Einrichtungen, die in besonderer Weise die Hospizarbeit unterstützen.

c) Sterbebegleitung von Menschen mit dem Vollbild AIDS - Darstellung der besonderen Situation des Hospizdienstes TAUWERK e.V. -

Einmalig in der gesamten Bundesrepublik ist das Angebot des Hospizdienstes TAUWERK für die Zielgruppe der Menschen mit dem Vollbild AIDS in der letzten Lebensphase.

Da es sich im Vollbild AIDS um ein Syndrom und keine eigenständige Erkrankung handelt, sind häufig Kombinationen verschiedener Erkrankungen und Symptome vorhanden. Dabei können die Krankheitsverläufe einen sehr progressiven Verlauf nehmen, sich aber auch schleichend über einen langen Zeitraum erstrecken. Dies führt zu Langzeitbegleitungen über Monate oder Jahre.

Das Durchschnittsalter der Begleiteten betrug 49 Jahre. Vier Patienten hatten das 70. Lebensjahr zu Beginn der Begleitung bereits vollendet. Die durch eine langjährige antiretrovirale Therapie verzögerte Entwicklung des Vollbildes AIDS führt heute dazu, dass auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit der Thematik konfrontiert werden und der Hospizdienst entsprechende Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser

Institutionen anbietet und durchführt, um der immer noch vorhandenen Unsicherheit im Umgang mit dem Thema AIDS und den davon Betroffenen zu begegnen.

Eine Herausforderung bezüglich der Einsatzbereitschaft und der zeitlichen Verfügbarkeit stellt die Sitzwache dar. Bei Tag- und Nacht-Sitzwachen über einen Zeitraum von bis zu einer Woche muss der Einsatz gleich mehrerer Haupt- und Ehrenamtlicher bei einem Patienten organisiert werden.

Der Blick auf die Begleitungszeiträume spiegelt die o.g. Vielfältigkeit der Begleitungen wider. Es wurden in einem Zeitraum

von 1 bis 12 Wochen:	25 Begleitungen
von 3 - 6 Monaten:	8 Begleitungen
von 6 – 12 Monaten:	9 Begleitungen
länger als ein Jahr:	13 Begleitungen

geleistet. Die Schwerpunkte liegen dabei bei sehr kurzen oder sehr langen Begleitungen. Dies stellt für die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige wie auch die Begleiterinnen und Begleiter eine hohe emotionale Belastung dar, die einerseits hohe Flexibilität und andererseits einen langen Atem erfordert.

Bei der Mehrzahl der Verstorbenen nahmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeweils an der Beisetzung teil. Darüber hinaus gestalteten bzw. führten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizdienstes bei 13 Patientinnen und Patienten die Trauerfeier selbst durch.

Im Jahr 2009 wurden vom Hospizdienst TAUWERK 32 Veranstaltungen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, in anderen Gruppen auf Anfrage weitere 13 Veranstaltungen durchgeführt und insgesamt etwa 968 Personen erreicht. Neben der Wissensvermittlung zur Infektion und zum Vollbild AIDS sollen die Interessierten auch einen Überblick über lokale Versorgungsstrukturen im Hospiz- und AIDS-Bereich sowie palliativpflegerische Impulse bekommen, um dort, wo Menschen mit AIDS leben, konkrete und sinnvolle Umgangsweisen mit der Situation und den Betroffenen zu entwickeln.

Für ihre herausragende und einmalige Arbeit wurden sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit besonderen Auszeichnungen geehrt, eine Bilanz, die kein anderer Hospizdienst vorweisen kann: Drei Bundesverdienstmedaillen sowie einmal das Bundesverdienstkreuz am Bande, den Reminders Day Award an zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen anlässlich des Kongresses „HIV im Dialog“ sowie zweimal die Verleihung der Berliner Ehrennadel für besonderes soziales Engagement.

Eine besondere Situation ergibt sich für den Hospizdienst TAUWERK e.V. aufgrund der spezifischen Zielgruppenarbeit und der Länge und Intensität der Begleitungen im Bereich der Finanzierung. Um diese schwierige Situation zu verbessern, setzt sich der Dienst sowie der Hospiz und Palliativverband Berlin e.V. dafür ein, eine besondere Abrechnungsmodalität für den Dienst bei den Krankenkassenverbänden zu erreichen. Das Land unterstützt ideell dieses Ansinnen, denn die Einmaligkeit der von diesem Hospizdienst geleisteten Arbeit darf nicht zu Benachteiligungen in der Finanzierung führen.

d) Sterbebegleitung von Menschen mit Migrationshintergrund

Am 31.12.2010 lebten 457.806 Menschen aus insgesamt 190 Ländern⁴ in Berlin, knapp drei Viertel davon sind Europäer (334.428 – 73,1 Prozent). Aus asiatischen Staaten stammen 14,5 Prozent, aus Amerika 5,5 Prozent, aus Afrika 3,7 Prozent und vom Fünften Kontinent kommen 0,4 Prozent der ausländischen Bürgerinnen und Bürger.

Viele der ausländischen Bürgerinnen und Bürger werden einmal in der Fremde sterben. Vor dem Hintergrund der kulturellen Unterschiede und dass jede Religion ihre eigenen Vorstellungen vom Umgang mit dem Thema Tod und Sterben hat, stellt sich die Frage, wie sterben diese Menschen in Deutschland? Besonders die älter werdende erste und zweite Generation

⁴ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pressemitteilung vom 4. Februar 2011

von Menschen mit Migrationshintergrund und die Globalisierung verlangen zunehmend eine stärker werdende kultursensible Sterbebegleitung, muttersprachliche Begleitung und Biografiearbeit.

Sowohl bei der palliativpflegerischen Versorgung als auch im Rahmen der psychosozialen Sterbebegleitung ist es wichtig und hilfreich, die wichtigsten Bräuche und Riten der verschiedenen Völker zu kennen bzw. sich mit ihnen im Vorfeld auseinander zu setzen. Die Einbettung dieses Themas in Berlin, d.h. die Sterbebegleitung in das Leben einzubeziehen, ist wichtig. So hat die Hospizbewegung in Berlin die Bedürfnisse sterbender Migrantinnen und Migranten bereits früh erkannt und mit Angeboten darauf reagiert.

Der Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst stellt seit Jahren die Sterbebegleitung russischsprachiger Migrantinnen und Migranten in der Stadt sicher.

Der Hospizdienst Dong Ban Ja, zuvor seit 2005 als Dong Heng Hospizdienst e.V. bekannt und seit 2008 in Trägerschaft des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V., war anfangs ausschließlich für und mit Menschen aus dem asiatischen Sprachraum tätig. Jetzt wirkt er zunehmend interkultureller, auch durch zusätzliche Ausbildung von muttersprachlichen Kulturmittlern, die sich aus Ehrenamtlichen aus vier Kontinenten zusammensetzen. Zurzeit können sterbende Menschen in 10 Sprachen begleitet werden. Im Jahr 2009 betreuten und begleiteten 75 Ehrenamtliche über 50 Menschen.

Ziel der weiteren Arbeit des Hospizdienstes Dong Ban Ja ist es, noch mehr Ehrenamtliche aus anderen Ländern zu gewinnen, auch aus der türkischen Bevölkerung, die die größte Gruppe der Migrantinnen und Migranten darstellt. Durch Verschiedenartigkeit von Sprache und Kultur werden jährlich mehrere Kurse für Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter angeboten.

Für diese wichtige, gute, anerkennenswerte und zum Teil sehr schwere Arbeit, denn sie verlangt sehr viel Einfühlungsvermögen in fremde Riten, Religionen und Kulturen, wurde der Hospizdienst mit dem Berliner Integrationspreis ausgezeichnet.

Die Arbeit dieses Hospizdienstes beweist, dass unsere Gesellschaft kulturelle Sensibilität braucht, die auch und gerade für kranke und sterbende Menschen besonders wichtig ist.

Unter dem Titel „Am Lebensende fern der Heimat“ fand im August 2010 eine erste Veranstaltung zur Sterbekultur in verschiedenen Ländern statt. In 2011 wird es eine vom Humanistischen Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. veranstaltete bundesweite Tagung zur Thematik der interkulturellen Sterbe- und Trauerbegleitung gemeinsam mit der Friedrich-Ebert-Stiftung geben.

Der Caritasverband teilte mit, dass insbesondere bei seinem ambulanten Kinderhospizdienst die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten einen besonderen Schwerpunkt bildet. Ungefähr die Hälfte der betreuten Kinder würde aus dieser Zielgruppe stammen.

Mit dem Gesetz zur Regelung von Partizipation und Integration des Landes Berlin (PartIntG-Berlin), das am 29.12.2010 in Kraft getreten ist, hat Berlin einen neuen Weg hin zu mehr Gleichberechtigung eingeschlagen, welches u.a. auch Auswirkungen auf die Sterbebegleitung hat. Mit dem Gesetz werden die verbesserte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten sowie die interkulturelle Öffnung der Verwaltung auf eine gesetzliche Basis gestellt. Ein Baustein dieses Gesetzes ist die bessere Berücksichtigung der religiösen Vielfalt der Eingewanderten. So ist u.a. das Bestattungsgesetz dahingehend verändert worden, dass künftig auch sarglose Bestattungen unter bestimmten Bedingungen in Berlin erlaubt sind.

e) Beratung zu Patientenverfügungen

Obwohl Beratungen zu Patientenverfügungen sowie Vorsorgeleistungen und Vollmachten keine anrechenbaren Leistungen im Rahmen der Kassenförderung darstellen, wird die Schulung für diese Beratungen angesichts des neuen Gesetzes zu Patientenverfügungen in der Praxis immer wichtiger und auch stärker nachgefragt.

Der Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V. hat eigens zu diesem Thema eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Fast alle Koordinatorinnen und Koordinatoren sind in mehreren Schulungen zu diesem Thema mit jeweils einwöchigen Seminaren fortgebildet worden, damit eine vergleichbare Beratungsqualität angeboten werden kann. Darüber hinaus gibt es weitere Schulungen für die Beraterinnen und Berater.

Der VISITE-Hospizdienst des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V. hat bereits 2004 eine eigene DIN-A-4 Broschüre „Standard-Patientenverfügung mit Vollmachten“ herausgegeben, von der 50.000 Exemplare schnell vergriffen waren und sofort nach der neuen Gesetzeslage Ende 2009 eine entsprechend überarbeitete Neuauflage vorgelegt. Diese erfreut sich wegen des dort einfließenden Erfahrungsschatzes und der Nutzerfreundlichkeit bundesweit hoher Anerkennung und Nachfrage. So wurde diese Broschüre von der Akademie für Palliativmedizin, -pflege und Hospizarbeit (APPH) in Nordrhein-Westfalen zur Grundlage für die Fortbildung zur Patientenverfügungsberatung ausgewählt. Auch in Berlin häufen sich die Einladungen zu Fortbildungen und Veranstaltungen durch freigemeinnützige und kirchliche Einrichtungen, Organisationen, Selbsthilfe- und Seniorengruppen, Bezirksämter, Krankenhäuser, Sozial- und Pflegeeinrichtungen, so dass zwei bis drei Termine/Woche kaum ausreichen.

f) Trauerarbeit, Seelsorge und Begräbniskultur

Alle Hospizdienste bieten Trauerbegleitungen an. Dazu werden Hospizcafés, Trauergruppen, Einzelberatungen von Trauernden, Trauerbegleitungen von Familien, in denen ein Kind, Jugendlicher oder Elternteil betroffen ist, angeboten. Die Ehrenamtlichen werden für diese Tätigkeiten geschult. Es gibt vielfältige Kooperationen mit Seelsorgern und speziell professionell tätigen Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleitern.

Viele der in Berlin tätigen Hospizdienste gehören den beiden großen Wohlfahrtsverbänden, dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz und dem Caritasverbandes für die Erzdiözese Berlin e.V., an. Ihre Arbeit ist nach dem christlichen Menschenbild ausgerichtet. Aber auch die nicht konfessionellen Hospizdienste arbeiten mit Seelsorgerinnen und Seelsorgern zusammen, wenn der begleitete Patient und die Angehörigen dies wünschen.

Neben der Trauerkultur haben sich in den letzten Jahren in einigen Hospizvereinen folgerichtig neue Projekte im Zusammenhang mit der Begräbniskultur entwickelt. Zum Beispiel hat der Humanistische Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. einen Friedwald auf einem eigenen Waldstück auf dem Waldfriedhof Zehlendorf für Bestattungen unter Bäumen eingerichtet. Das Wannsee-Hospiz und das Ricam-Hospiz haben ebenfalls eigene Gräberfelder auf in der Nähe ihrer Einrichtungen gelegenen Friedhöfen eingerichtet.

g) Spenden und Sponsoring – die finanzielle Absicherung der Hospizarbeit

Politisch und rechtlich wird weiterhin daran festgehalten, dass ein Teil der Ausgaben im Hospizbereich durch ehrenamtliches Engagement und Spendenakquise aufgebracht werden muss. Das bedeutet für jeden Hospizdienst, mit viel Engagement und Ideenreichtum Spenden zu sammeln und Geld einzuwerben. Der Arbeitsanteil zur Akquise von Spenden, Bußgeldern, Benefizaktionen nimmt stetig zu, denn größer werdende Dienste benötigen immer mehr Sachkosten und Aufwandsentschädigungen. Mehr Personal benötigt mehr Bürofläche, einen höheren Einsatz von Porto und Büromaterial. Mehr Ehrenamtliche benötigen Räume zu Treffen und für Fortbildungen und dafür die notwendige Ausstattung.

Ebenso müssen für die unter a), b), e) und f) vorgestellten Handlungsfelder der ambulanten Hospizdienste Mittel eingeworben werden. Gleiches gilt selbstverständlich auch für die stationären Hospize. Im Folgenden werden exemplarisch einige Praxisbeispiele benannt:

- Der Caritasverband akquiriert in vielfältiger Weise Spenden und unterstützt damit seine ambulante und stationäre Hospizarbeit und baut sie weiter aus. Pro Jahr bringt der Caritasverband neben den Fördermitteln der Kostenträger und der Spendeneinnahmen Eigenmittel im niedrigeren fünfstelligen Bereich in die Hospizarbeit ein.

- Der Humanistische Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. berichtet, dass neben der finanziellen Absicherung der eigenen Arbeit zusätzlich beispielsweise auch Aktionen zur individuellen Unterstützung von Familien hinzukommen, die durch die Erkrankung eines oder mehrerer schwerstkranker Kinder verarmt sind. So konnten Mittel für individuelle Therapien, spezielles Spielzeug und für Veranstaltungen eingeworben werden.
Die Akquise von Mitteln für eine regelmäßige Aufwandsentschädigung scheint schon fast unmöglich, denn für beispielsweise 107 Ehrenamtliche des Berliner Herz würden allein schon ca. 35.000 Euro/Jahr benötigt.
Darüber hinaus wird festgestellt, dass es zunehmend schwieriger wird, Bewerberinnen bei Stellenausschreibungen für die hauptamtliche Arbeit als Koordinatorin eines Hospizdienstes zu finden, die über die erforderlichen Qualifikationen verfügen. So werden teilweise einzelne Bausteine des Palliative Care-Weiterbildungskurses zusätzlich aus Eigenmitteln des Trägers finanziert.
Erfolge hat der Humanistische Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. beim „Gute-Tat-Marktplatz“ – Gewinnung von Wirtschaftsunternehmen zur Unterstützung eigener Anliegen erzielt. So wurde z. B. ein Profi-Webmaster als Ehrenamtlicher für den Internetauftritt des Berliner Herz gefunden. Erfolge konnten ebenfalls durch die Aktion „Seitenwechsel“ verzeichnet werden, in der Manager bei voller Bezahlung mehrere Wochen im Berliner Herz oder im VISITE –Hospizdienst tätig werden (z. B. Freistellung eines Mitarbeiters durch Vodafone),
- Das Ricam Hospiz konnte 2009 nahezu 240.000 Euro an Spenden und Zuwendungen einwerben. Neben den gesetzlich geforderten Eigenanteilen konnten so regelmäßig Angebote, wie Musiktherapie, Trauerberatung und -gruppe, das Hospizcafé, die Sprechstundentätigkeit und ehrenamtliche Begleitung in Krankenhäusern, das aufwändige Projekt „Hospiz macht Schule“ und Vieles mehr ermöglicht werden.
Um die Erfahrungen der langjährigen Hospizarbeit zu teilen, aber auch, um einen eigenen Beitrag zur finanziellen Sicherung der Ricam gGmbH zu leisten, werden regelmäßig Fortbildungen in Palliativer Praxis, Palliative Care und zu einzelnen Themen der palliativen Versorgung angeboten.
- Das Ambulante Caritas-Hospiz Berlin, das Ricam-Hospiz, Lazarus-Hospiz, Wannsee-Hospiz und der Interkulturelle Hospizdienst Dong Ban Ja unterhalten, einige bereits seit vielen Jahren, einen Förderverein, der die Hospizarbeit begleitet, finanziell unterstützt und eigene Aktivitäten durchführt. Andere Hospizdienste haben vielfach neben den aktiven Mitgliedern auch fördernde Mitglieder in ihrem Verein.
- Das UNIONHILFSWERK hat eine eigene Stiftung, die mit Sonderaktionen seine hospizlichen Strukturen unterstützt. Schwerpunkte der Förderung sind die Fachtagungen Palliative Geriatrie Berlin, der zweijährlich ausgelobte Journalistenpreis und das zweijährlich stattfindende Benefizkonzert sowie ein Charity-Diner.

h) Schirmherrschaft

Viele Hospize haben sich in den vergangenen Jahren bemüht, ihre Arbeit durch Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens begleiten zu lassen. Vielfach haben insbesondere die Ehrenamtlichen durch diese Persönlichkeiten öffentliche Anerkennung und Unterstützung erfahren. Die Hospizidee konnte auf vielfältige Weise durch die Schirmherrinnen oder -herren in die Öffentlichkeit transportiert und damit ein wesentlicher Aspekt, nämlich Sterben, Tod und Trauer zu enttabuisieren und im Bewusstsein der Menschen zu verankern, wirksam unterstrichen werden. Zusätzlich zu einer Übernahme der Schirmherrschaft in Verbänden oder Hospizvereinen gibt es verschiedene Anlässe und Veranstaltungen, zu denen sich herausragende Persönlichkeiten oder Politiker bereit erklärten, die Schirmherrschaft zu übernehmen. Dazu gehörten beispielsweise:

- die jährlich stattfindende Hospizwoche, zu der z.B. die für Soziales zuständige Senatorin (Dr. Heidi Knake-Werner oder Carola Bluhm) die Schirmherrschaft übernahmen,

- die Benefizveranstaltung des ambulanten Hospizdienstes Berliner Herz im Jahr 2010 im Roten Rathaus, zu der Senatorin Carola Bluhm die Schirmherrschaft übernahm,
- die Benefiz- und Kulturveranstaltung des interkulturellen Hospizdienstes Dong Ban Ja „Am Lebensende fern der Heimat“, zu der Frau Prof. Barbara John die Schirmherrschaft übernahm,
- die jährlich stattfindende Ricam Hospiz-Charity-Gala, die jeweils unter der Schirmherrschaft des Neuköllner Bürgermeisters Heinz Buschkowsky steht.

In der folgenden Tabelle sind Dank der Zuarbeit der hier aufgeführten Träger Schirmherrinnen und Schirmherren benannt:

Name der Schirmherrin, des Schirmherren	Name der Institution	Träger
Schauspieler Matthias Brandt	Ambulantes Kinderhospiz Berliner Herz	Humanistischer Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V.
Schauspielerin Julia Jäger (Projektpatin)	Ambulantes Kinderhospiz Berliner Herz	Humanistischer Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V.
Schauspielerin Katrin Walligura (gleichzeitig ehrenamtliche Mitarbeiterin)	Ambulante Caritas-Hospiz Berlin	Caritasverband
Schauspielerin Ursela Monn	Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie	UNIONHILFSWERK Senioreneinrichtungen gGmbH
Schauspielerin Brigitte Grothum	Hospizdienst Christophorus e. V.	Hospizdienst Christophorus e. V.
Berliner Ärztekammer	Ricam-Hospiz	Ricam gemeinnützige Gesellschaft für Lebenshilfe und Sterbebegleitung mbH

3.2.2 Stationäre Hospize

Quantitative Entwicklung

Berlin verfügt zurzeit über insgesamt **12 stationäre Hospize** mit insgesamt **175 Plätzen**, davon steht ein Hospiz mit 12 Plätzen speziell für schwerstkranke und sterbende Kinder, Jugendliche aber auch für junge Erwachsene zur Verfügung (s. Anhang c). Deshalb gibt es in diesem Hospiz zwei unterschiedliche Bedarfssätze, da bei Kindern die Eigenbeteiligung des Hospizes bei 5% und bei Erwachsenen bei 10% liegt. In der weiteren Darstellung wird das Hospiz für schwerstkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 3.3, den Strukturen für das Kindes- und Jugendalter aufgeführt.

Seit 2006 sind vier stationäre Hospize eröffnet worden:

Nr.	Name	Träger	Anschrift	Plätze	Eröffnet
1	Theodorus Hospiz Marzahn	Theodorus Hospiz gGmbH	Blumberger Damm 231, 12678 Berlin-Marzahn	16	15. 07. 2006
2	Hospiz „Ludwig-Park“	Humanistischer Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V.	Zepernicker Str. 2, 13125 Berlin-Pankow	16	01.07.2009
3	Caritas-Hospiz Pankow	Caritas-Krankenhilfe Berlin e.V.	Breite Straße 44 a, 13187 Berlin-Pankow	16	01.01.2010

4	Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz	Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz gGmbH	Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin-Spandau	14	15.11.2010
---	---	---	--	----	------------

Das Theodorus-Hospiz Tiergarten ist in den Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf umgezogen.

Zur regionalen Verteilung lässt sich feststellen, dass es vier Bezirke ohne ein stationäres Hospiz gibt. Das sind: Kreuzberg-Friedrichshain, Reinickendorf, Tempelhof-Schöneberg und Treptow-Köpenick. Eines der derzeit geplanten Hospize wird die Lücke im Bezirk Reinickendorf schließen. Weitere Planungen sind für den südöstlichen Raum und Charlottenburg-Wilmersdorf bekannt.

Dank der Zuarbeit der bestehenden Hospize kann folgende Bilanz über die stationäre Hospizversorgung seit 2006 gezogen werden:

Anzahl	2006	2007	2008	2009	2010
Der Hospize	7	7	8	10	10*)
Der Hauptamtlichen	185	193	190	218	283
Der Ehrenamtlichen	127	138	155	161	173
Der Verstorbenen	1.245	1.304	1.170	1.177	1.096
der Patienten, die das Hospiz wieder verlassen haben	46	38	44	41	13

*) Das elfte Hospiz hat seine Arbeit gerade begonnen, so dass noch keine Leistungsbilanz gezogen werden konnte.

Bedarfseinschätzung

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben: Forderte man früher 10 - 25 Betten auf 1 Mio. Einwohner, so spricht man heute von einem Bedarf von ca. 50 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner, wobei die Zahl der Hospiz- und Palliativbetten addiert wird. Berlin verfügt demzufolge bei aktuell fast 3.500.000 Einwohnern mit seinen 175 Hospizbetten über eine sehr gute Versorgungssituation, wobei die Palliativbetten in den Berliner Krankenhäusern noch nicht einmal berücksichtigt sind.

Im ersten Hospizkonzept 1998 wurden noch 100 stationäre Hospizbetten begründet. Seitdem führten grundsätzliche Veränderungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik unweigerlich zu veränderten Bedarfen:

- Die Einführung der DRG (Fallpauschalensystem) in Krankenhäusern mit weitaus verkürzten Verweildauern hatte eine erhöhte Inanspruchnahme von stationären Hospizen zur Folge.
- Die im Jahr 2009 beschlossenen, neuen Finanzierungsvoraussetzungen für die stationäre Hospizversorgung, durch die Hospizpatienten finanziell nicht mehr belastet sind, haben nach Aussagen der Träger bereits zu einem Anstieg der Nachfrage geführt.
- Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist im Jahr 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingeführt worden. Wenn die damit beabsichtigte Stärkung der ambulanten Versorgung tatsächlich in der Praxis realisiert werden sollte, könnte möglicherweise die Inanspruchnahme stationärer Hospize wiederum sinken.
- Andererseits ist aber vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung nicht damit zu rechnen, dass der Bedarf an stationärer Hospizversorgung in Berlin - als einem Ballungsgebiet mit vielen allein lebenden Menschen und einem hohen und stetig steigenden Anteil älterer Menschen - sinken wird.

Zurzeit kann aufgrund der nur langsam anlaufenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung noch nicht bestimmt werden, wie sich der Bedarf an stationärer Hospizversorgung in den kommenden Jahren entwickeln wird.

Qualitative Entwicklung

Stationäre Hospize haben sich aus den oben genannten Gründen aber auch wegen ihrer spezifischen Fachkompetenz zu qualitativ hochwertigen, anerkannten und nicht mehr weg zu denkenden Institutionen im Gesundheitssystem entwickelt. Sie sind gekennzeichnet durch:

- eine gute Auslastung von durchschnittlich 98% (lt. Rahmenvereinbarung 80%),
- kurze Verweildauer der Gäste; **ca. 50 % versterben in den ersten ein bis 10 Tagen,**
- vielfältige zusätzliche, über Spenden finanzierte Angebote (z.B. Musik- und Kunsttherapie),
- enge Kooperation mit den SAPV(ehemals Home Care)-Ärzten zur palliativmedizinischen Betreuung ihrer Patienten,
- hochqualifizierte, -motivierte Teams mit hoher Expertise und Arbeitszufriedenheit,
- Häufung von umfassendem, speziellem Wissen, das Auszubildenden und Praktikern in Hospitationen und Praktika für Sozialarbeit, Kranken- und Altenpflege, Heilerziehungspflege und durch Vortragstätigkeiten zur Verfügung gestellt wird,
- Initiierung einer guten regionalen Vernetzung,
- Weiterentwicklung der inzwischen bundesweit angewendeten Pflegedokumentation, die von Berliner und Brandenburger Trägern konzipiert wurde.

Auf weitere Ausführungen wird verzichtet und auf die unter 3.2.1 dargestellten Ausführungen zur qualitativen Entwicklung a), b), e), f), g) und h) für die ambulanten Hospizdienste verwiesen.

3.3 Hospiz- und Palliativentwicklung für das Kinder- und Jugendalter

3.3.1 Ambulante Kinderhospizdienste

Quantitative Entwicklung

Berlin verfügt über fünf ambulante Hospizdienste, die sich speziell der Sterbebegleitung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien widmen (s. Anhang C). Neben dem bereits bestehenden Hospizdienst der Björn Schulz Stiftung sind seit 2006 vier weitere Kinderhospizdienste neu hinzugekommen. Dabei sind die Hospizdienste unter den Nrn. 3 und 4 der folgenden Tabelle keine eigenständigen Dienste, sondern befinden sich unter dem Dach der jeweiligen Hospizdienste für Erwachsene.

Nr.	Zugänge: Ambulante ehrenamtliche Kinderhospizdienste
1	TABEA e.V. Schaumburgallee 12, 14052 Berlin
2	Ambulanter Kinderhospizdienst Berliner Herz des Humanistischen Verbandes Deutschland Landesverband Berlin Wallstr. 61 - 65, 10179 Berlin
3	Caritas Ambulantes Kinderhospiz Familienbesuchsdienst Pfalzburger Str. 18, 10719 Berlin
4	Malteser Ambulantes Kinderhospiz Ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit des Malteser Hilfsdienstes e.V. Parrisiusstr. 4-14, 12555 Berlin Ab 2011 gibt es eine Außenstelle: Briesingstr. 6, 12307 Berlin-Lichtenrade.

Dank der Zuarbeit von vier der fünf Dienste ist folgende Entwicklung seit 2006 in der Tabelle dargestellt.

Anzahl	2006	2007	2008	2009
der Hospizdienste	1	3	4	4
der Hauptamtlichen	-	5	8	12
der Ehrenamtlichen	222	262	233	344
der Begleitungen	226	274	394	469

Qualitative Entwicklung

Die Arbeit der Dienste ist nach ihrem Selbstverständnis nicht nur auf die Begleitung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher beschränkt, sondern die Angebote sind vielfältig und richten sich auf die Bedürfnisse der ganzen Familie. So wurden von den Trägern sehr differenzierte Projekte entwickelt, die der Entlastung und den Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen nach Beratung, Betreuung und Begleitung entsprechen. Die folgenden Aussagen stammen von der Björn Schulz Stiftung, wobei viele Maßnahmen auf alle Kinderhospizdienste zutreffen. Aussagen des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V. zu ihrem Kinderhospizdienst Berliner Herz sind bereits in 3.2.1 eingeflossen.

- Wöchentlich offene Familientreffs, hauptsächlich für verwaiste Eltern, Großeltern sowie Geschwister
- Familienstammtisch
- geschlechtsspezifische Trauerarbeit durch Trauergruppe für Väter und Großväter mit professioneller Anleitung
- geschlossene Trauergruppe für Mütter, Väter, Elternpaare und Großeltern mit professioneller Anleitung mit dem Schwerpunkt einer mittelfristigen Begleitung über ca. ein Jahr
- Trauerzentrum für Kinder, die einen nahestehenden Menschen verloren haben
- Elterncafés in zwei Kliniken, hier erfolgt Kontaktaufnahme zu Eltern, deren Kinder durch Krankheit, Unfall o.ä. palliativ sind bzw. werden
- Elterncafé (intern) für Eltern von Kindern mit einer lebensverkürzenden Erkrankung
- Kunst- und musiktherapeutische Begleitung von erkrankten Kindern, Eltern und Geschwisterkindern
- Vielfältige Angebote für Geschwister (z.B. erlebnispädagogische Aktionen zur Trauerverarbeitung)
- Psychosoziale Gruppenfahrten zur Krankheitsverarbeitung
- Kindersommerfeste

An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese vielfältigen Angebote bei der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste nicht erfasst und damit auch nicht vergütet werden. Die Mittel dafür müssen durch die Dienste bzw. deren Träger zusätzlich aufgebracht werden.

Die Björn Schulz Stiftung hat eine **eigene Akademie** gegründet. Sie bietet ein umfassendes Fortbildungsprogramm und richtet sich an Menschen, die in den Bereichen Gesundheit und Soziales tätig sind: Mediziner, Pflegende, im sozialen Bereich arbeitende Menschen, Angestellte in psychologischen und pädagogischen Tätigkeitsfeldern, ehrenamtlich Tätige und Angehörige von kranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Umfeld.

Seit zwei Jahren bietet sie die Weiterbildung „Pädiatrische Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen“ (200 Std.) an.

Um den Anforderungen an die tägliche Arbeit im System der Familie und einem hohen pflegerischen Standard gerecht zu werden, ist die Björn Schulz Stiftung bestrebt, auch die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesen Schulungen teilnehmen zu lassen.

Ein weiterer intensiver Arbeitsbereich ist die **Öffentlichkeitsarbeit** in Form von fachspezifischen Vorträgen bei Netzwerkpartnern, wie Einrichtungen der Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfe, Bezirksamter, diverse Fachbereiche in Kliniken u.a.m.

Die im stationären Hospiz der Björn Schulz Stiftung tätigen Ärzte beraten auch Familien im Rahmen des ambulanten Hospizdienstes. Dies dient vor allem der **Vernetzung ambulant und stationär**, da sich die Hospize als Ergänzung verstehen und es somit von großer Bedeutung ist, bereits vor Aufnahme ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und die spezialisierte ärztliche Palliativversorgung zu gewährleisten.

Vernetzungen gibt es mit Einrichtungen, in denen erkrankte Kinder pädagogisch oder medizinisch betreut werden (z.B. Spezialeinrichtungen, Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Kinderärzte) und auf fachlicher Ebene mit dem Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V., dem Bundesverband Kinderhospiz e.V. (u.a. Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems) und dem Landesnetzwerk Bürgerengagement „aktiv in Berlin“.

Es bestehen **Kooperationsverträge** mit diversen Kliniken, wie z.B. Helios Klinikum Berlin-Buch, Charité – Uniklinik Berlin, Deutsches Herzzentrum, Vivantes Klinikum im Friedrichshain sowie mit Ausbildungsstätten der unterschiedlichen Professionen.

Die Björn Schulz Stiftung hat darüber hinaus einen eigenen **Förderverein** für die gesamte Stiftung. Die Schirmherrschaft über die Björn Schulz Stiftung ist sehr vielschichtig. Es sind Personen aus dem öffentlichen Leben, wie Politik, Kunst, Kultur und Sport, die entweder dauerhaft oder bei einzelnen Aktionen tätig sind.

3.3.2 Stationäres Kinderhospiz

Im Vergleich zu den stationären Hospizen für Erwachsene gibt es einen wesentlichen Unterschied: Werden in stationären Hospizen für Erwachsene über 90 % onkologische Patienten betreut, so weisen die in Kinderhospizen betreuten Kinder und Jugendlichen sehr unterschiedliche, oftmals bereits seit mehreren Jahren bestehende schwere und zum Teil sehr seltene Erkrankungen mit häufig unvorhersehbarem Verlauf auf. Vorrangig sind dies Stoffwechselerkrankungen, Muskeldystrophien, Mukoviszidose, seltene Syndrome, Spina bifida (offener Rücken) u.a.. Die Eltern betreuen diese lebenslimitierend erkrankten Kinder und Jugendlichen in der Regel zu Hause und brauchen deshalb zwischendurch dringend Entlastung und eine Auszeit zur eigenen Erholung bzw. für die Familie, insbesondere auch für die Geschwisterkinder. So halten sich lebenslimitierend erkrankte bzw. schwersterkrankte Kinder und Jugendliche oftmals nur vorübergehend aber mehrfach im Hospiz auf. Dies zeigen auch die zur Verfügung gestellten Daten der Björn Schulz Stiftung: Insgesamt sind in den letzten (fast) fünf Jahren nur 18 Kinder und Jugendliche und 13 junge Erwachsene in diesem Hospiz verstorben. Neben der tatsächlichen stationären Hospizversorgung (§ 39a SGB V) haben viele Familien für die vorübergehende Pflege und Betreuung ihrer Kinder auch die Leistungen der Verhinderungs- (§ 39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) im Hospiz in Anspruch genommen.

Anzahl	2006	2007	2008	2009	2010 bis (31.08.)	01.01.2006 - 31.08.2010
der Hauptamtliche	30	28	26	27	33	
der Ehrenamtlichen			14	21	25	
der verstorbenen Kinder und Jugendlichen	7	2	3	2	4	18
der verstorbenen Erwachsenen	3	4	2	2	2	13
der Patienten, die das Hospiz wieder verlassen haben, davon		53	63	97	82	295
mit Leistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V			15	18	30	63
mit Leistungen nach §§ 39 oder 42 SGB XI			46	71	45	162

mit sonstigen Leistungen gemäß SGB XII			2	8	7	17
--	--	--	---	---	---	----

Die Änderung der Finanzierung (§ 39a Abs. 1 SGB V) im Jahr 2009 hatte positive Auswirkungen dahingehend, dass die Krankenkassen Leistungen auch bei Notwendigkeit von stationärer Hospizversorgung bei Kindern gewähren, die eine begrenzte Lebenserwartung von unter Umständen mehreren Jahren haben. Dies ermöglicht der Familie eine deutlich höhere Entlastung, weil die Verweildauer länger sein kann und es gleichzeitig keine finanzielle Belastung der Familie gibt.

Seit dieser Zeit ist eine deutlich höhere Auslastung zu verzeichnen, wobei dies auch zu einer hohen wirtschaftlichen Belastung in Bezug auf die Aufnahme, Versorgung und Begleitung der gesamten Familie führt. Besonders der Anteil der Hospizgäste mit einem außerordentlich hohen pflegerischen Aufwand (z.B. Beatmung) hat sich deutlich erhöht.

Die im Folgenden unter 3.3.3 bis 3.3.9 aufgeführten Angebote und Strukturen, die an der Betreuung, Behandlung, Begleitung und Versorgung schwerstkranker und lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendlicher beteiligt sind und die Voraussetzungen für ein Netzwerk für die in Berlin noch nicht vereinbarte so genannte spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung bilden, wurden in einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung (s. 3.13) zusammengetragen.

3.3.3 Tageshospiz in Planung

Der Humanistische Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. plant derzeit ein Kindertages- und Nachthospiz „Berliner Herz“. Es soll Platz für bis zu 10 lebensbegrenzend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 30. Lebensjahr bieten.

Ein teilstationäres Kinderhospiz, das im Sinne einer Tagesbetreuung täglich von morgens bis abends geöffnet hat und im Bedarfsfall auch die Möglichkeit einer kurzzeitigen Nachtaufnahme bietet, gibt es bundesweit bisher nicht.

Dieses geplante Modell bietet den betroffenen Familien ein alternatives Angebot zur Entlastung durch individuelle fachliche Tages-(und/oder Nacht-)betreuung bei Sicherstellung notwendiger palliativer Pflege, pädagogischer Begleitung und Beratung.

Die Philosophie der Einrichtung ist die ganzheitliche Begleitung und Versorgung der jungen Menschen während ihres Aufenthaltes in einer familiären Atmosphäre. Das bedeutet die Einbeziehung ihrer Angehörigen und weiterer gewohnter Bezugspersonen ihres sozialen Umfelds sowie externer stationärer und ambulanter Leistungsanbieter. Die jungen Menschen können das Angebot stundenweise, tageweise von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr oder auch rund um die Uhr nutzen. Für eine 24-Stunden-Betreuung stehen drei Einzel- und ein Doppelzimmer zur Verfügung. Neben psychosozialen, palliativpflegerischen, -medizinischen und therapeutischen Angeboten bietet die Einrichtung sozialrechtliche und psychologische Beratung sowie Wohlfühlangebote. Begleitend dazu wird es Gruppenangebote für die Eltern und Geschwister geben.

Ziel dieses neuen Angebotes ist es,

- die ambulante Versorgung der erkrankten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch ihre Familien langfristig zu gewährleisten,
- stationäre Aufnahmen zeitlich zu verkürzen oder sogar zu verhindern,
- erforderliche fachliche Ressourcen für die tägliche Pflege und Betreuung der Kinder und Jugendlichen synergetisch zu bündeln,
- psychische und physische Entlastung für Eltern und Angehörige durch Schaffung von zeitlichen Freiräumen zu ermöglichen und damit auch gesundheitlich präventiv zu wirken,
- Kapazitäten für die gesunden Geschwisterkinder innerhalb der Familien zu schaffen,

- Berufstätigkeit und damit Existenzsicherung, wenn auch nur eingeschränkt, für die Eltern zu ermöglichen und damit Isolierung und Armut zu verhindern,
- Ausgrenzung, Stigmatisierung und sozialer Isolation entgegen zu wirken.

3.3.4 Schwerpunktzentren und angegliederte Projekte

Berlin besitzt klinische Schwerpunktzentren, wie beispielsweise die Charité, die Klinik für Kinder und Jugendmedizin Lindenhof (Sanakliniken Lichtenberg), Vivantes Klinikum Neukölln und das Helios-Klinikum Berlin, in denen die medizinische, pflegerische, therapeutische, psychosoziale und spirituelle Versorgung von schwerkranken Kindern durchgeführt wird.

Zu dieser Struktur zählen weiterhin die dort angegliederten Sozialpädiatrischen Zentren, die mit einem multidisziplinären Team die ambulante Betreuung anbieten.

Zusätzlich arbeiten bzw. arbeiteten an die Schwerpunktzentren angeschlossene, spezialisierte Projekte, wie das Projekt „Leben jeden Tag“. Dies war ein auf die klinische und häusliche Palliativversorgung von onkologisch kranken Kindern spezialisiertes Projekt an der Charité. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von „Leben jeden Tag“ begleiteten erkrankte Kinder und ihre Familien während der stationären Behandlung und weiterführend in der Palliativzeit im häuslichen Bereich. Seine Finanzierung ist im Jahr 2009 ausgelaufen.

Ein weiteres Projekt ist das Kindergesundheitshaus Neukölln e.V., das, angeschlossen an das Vivantes Klinikum Neukölln, im Rahmen der Sozialmedizinischen (familienorientierten) Nachsorge speziell die Zielgruppe der frühgeborenen Kinder und deren Familien betreut.

Nicht an ein Schwerpunktzentrum angegliedert ist das seit 2008 bestehende Projekt der Björn Schulz Stiftung zu nennen, das Familien mit überwiegend palliativ erkrankten Kindern im Rahmen der Sozialmedizinischen Nachsorge betreut. Die Finanzierung lief zunächst über Einzelfallentscheidungen; seit Juni 2010 besteht ein Vertrag mit den Krankenkassen.

3.3.5 Niedergelassene Pädiater

Zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) in Berlin gibt es derzeit noch keinen Vertrag mit den Krankenkassen. Zurzeit steht in Berlin nur **eine einzige Pädiaterin** mit der notwendigen Weiterbildung Palliativmedizin zur Verfügung.

Die Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung Palliativmedizin laut Weiterbildungsverordnung der Ärztekammer Berlin erfordern einen erheblichen Zeitaufwand:

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2,
- 40 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Palliativmedizin oder
- in einer Frist von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung anteilig ersetzbar durch
 - 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision
 - 40 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Palliativmedizin.

Dieser Zeitaufwand muss neben der täglichen Praxisarbeit aufgebracht werden, was relativ unrealistisch erscheint.

3.3.6 Ambulante Pflegedienste

Für schwerkranke Kinder existiert derzeit kein entsprechend qualifizierter ambulanter Kinderpflegedienst, der nach § 132d SGB V über die notwendigen Voraussetzungen verfügt und damit die Versorgung übernehmen könnte. Allerdings werden von den ambulanten Anbietern, die intensivpflegebedürftige Kinder betreuen, Aufgaben der palliativen Versorgung im Einzelfall und in Absprache mit dem behandelnden Arzt mit übernommen. Da die Versorgung intensivpflichtiger Kinder nach keinem vorgegebenen Leistungskatalog erfolgt, ist die entsprechende Abrechnung mit den Krankenkassen stets individuell zu klären.

Die ambulanten Pflegeeinrichtungen/-dienste, die derzeit die Pflege schwerkranker Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener in Berlin übernehmen, sind dem Anhang C zu entnehmen.

3.3.7 Einrichtungen zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

In Berlin gibt es nur wenige Einrichtungen, die schwerst mehrfachbehinderte, schwerkranke Kinder im Rahmen der Verhinderungs-(oder Ersatz-) und Kurzzeitpflege aufnehmen und so den Eltern eine Entlastung im Pflegealltag bieten. Darüber hinaus können bei entsprechender Einstufung auch die Leistungen nach § 45b SGB XI (pro Monat 100 bis zu 200 Euro) in Anspruch genommen werden.

- Lebenswege: Betreuung von jeweils nur einem Kind bis zum 7. Lebensjahr in den Privaträumen der Mitarbeiterin Linde Bönning: Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI und Leistungen nach § 45b SGB XI.
- Kinderhospiz Sonnenhof: Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis 35 Jahre, 12 Plätze (neben stationärer Hospizversorgung gemäß § 39a SGB V auch Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gemäß §§ 39 SGB und 42 SGB XI).
- Spastikerhilfe Berlin e.G.: Herberge für Jugendliche und Erwachsene; vier Plätze; zusätzlich ein Platz für Kinder mit schweren Behinderungen, die u.a. mit einem Tracheostoma versorgt sind: Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI und SGB XII-Leistungen.
- Ev. Johannesstift Quellenhof: Betreuung in einer der bestehenden familienähnlichen Wohngruppen für Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 18 Jahren nach Maßgabe freier Plätze (Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gemäß §§ 39 und 42 SGB XI).

§ 42 SGB XI wurde mit der Pflegereform 2008 dahingehend ergänzt, dass für pflegebedürftige behinderte Kinder ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege eingeführt wurde. In begründeten Einzelfällen kann bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint, in Anspruch genommen werden. Bis dato hatten die Familien zur Entlastung im häuslichen Bereich lediglich einen Anspruch auf Verhinderungspflege.

3.3.8 Koordinierungsstelle MenschenKind

MenschenKind ist ein Projekt des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V., das im Jahr 2009 (nach Auflösung des Externen Pflegedienstes) konzipiert und seitdem über Landesmittel (77.500 Euro) sowie Eigenmittel des Verbandes gefördert wird.

MenschenKind – als Koordinierungsstelle rund um Familien mit schwerkranken und betreuungsintensiven Kindern - unterstützt Familien, die Erkrankung ihres Kindes zu bewältigen. Dabei pflegt sie die kooperative Zusammenarbeit mit allen spezialisierten Behandlungszentren, Fachkräften, nachbarschaftlichen Vereinen sowie Selbsthilfegruppen mit dem Ziel, tragfähige, effiziente Netzwerke zu knüpfen.

Es werden Arbeitskreise, Netzwerke und Fortbildungsveranstaltungen initiiert, um Fachkräfte in ihrer Arbeit zu unterstützen und Professionelle untereinander sowie Professionelle, Ehrenamtliche und Familien miteinander ins Gespräch zu bringen.

Die umfassenden Informationen über die Arbeit von Institutionen, Vereinen, Verbänden, Selbsthilfegruppen, Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, Netzwerken und Privatpersonen werden allen Interessierten zugänglich gemacht. So wurden beispielsweise in 2010 eine Fachkräfte-Befragung und eine Eltern-Befragung durchgeführt, die auf einer Tagung präsentiert und im Internet unter folgendem Link abrufbar sind:

<http://www.menschenkind-berlin.de/befragungen-2009>.

MenschenKind arbeitet zur Bewältigung der vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben in verschiedenen Arbeitsgruppen und Fachforen mit:

- Arbeitskreis Trauer der Zentralen Anlaufstelle Hospiz
- Arbeitskreis Qualitätszirkel chronisch krankes Kind des Insel e.V.
- Fachforum "Menschen mit Behinderungen und Zuwanderungsgeschichte in Berlin" der AWO
- Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg
- Arbeitskreis AKIB -Ambulante Kinderkrankenpflege in Berlin.

Letzterer wurde von MenschenKind im Februar 2010 gegründet.

MenschenKind unterstützt die Entwicklung der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV). Es war Mitglied der zweiten Arbeitsgruppe des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung und hat wesentlich an der Erstellung des Berichtes der Arbeitsgruppe SAPPV zu Empfehlungen zur Umsetzung der „Spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung“ (SAPPV) im Land Berlin mitgewirkt.

Durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen arbeitet MenschenKind an der Befähigung von Multiplikatoren, betroffene Familien individuell und sachgerecht beraten und begleiten zu können. So ist bereits eine systematische Fortbildungsreihe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berliner Pflegestützpunkte entstanden. In 2011 sind weitere Informationsveranstaltungen und Fortbildungsangebote für Erzieherinnen und Erzieher, Tageseltern, Schulärzte, Kiezmütter, BETAK (türkische Mütter mit besonderen Kindern), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern, Quartiersmanagement-Gruppen u.a. geplant.

3.3.9 Spezielle Trauerangebote für Kinder

Trauer und Tod bilden für Kinder eine besonders große Belastung. Denn eigentlich sind sie viel zu jung, um sich schon mit dem Tod auseinander zusetzen. Dennoch kommt es vor, dass Kinder sehr früh in ihrem Leben mit diesem Thema konfrontiert werden. Sei es durch Krankheit und Tod eines Familienangehörigen oder durch den Verlust einer Schulfreundin /eines Schulfreundes. Informationen über Trauerangebote und spezielle Trauerangebote für Kinder gibt die Zentrale Anlaufstelle Hospiz bzw.: <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?id=11>.

3.4 Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie

Was ist Palliative Geriatrie?

Die Palliative Geriatrie leitet sich aus dem Konzept der Palliative Care ab. Sie hat zum Ziel, alten und hochbetagten Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome sowie soziale und seelische Nöte sollen gelindert werden. Palliative Geriatrie erfordert ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Betroffene und Betreuende.

Die Palliative Geriatrie unterscheidet sich von anderen palliativen Angeboten wie zum Beispiel denen für Tumorpatienten. Viele Hochbetagte sind oft nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse allgemein verständlich formulieren zu können. Sie sind zu krank, zu schwach, zu müde oder oft zu dement, um sich mitzuteilen. Hinzu kommen häufig schwere körperliche Einschränkungen. Deshalb liegt ein Schwerpunkt der palliativgeriatrischen Arbeit im Erschließen anderer Kommunikationswege. So können ein angespannter Gesichtsausdruck oder Schlaflosigkeit indirekte Schmerz- und Leidenszeichen sein. Das interdisziplinäre Team, bestehend aus Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen, geht gemeinsam mit dem Betroffenen und seinen Nahestehenden neue Wege im pflegerischen Umgang.

Das 2004 gegründete Projekt Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie – KPG in Trägerschaft der UNIONHILFSWERK Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH verfolgt das Ziel, ein Bewusstsein für die Bedürfnisse alter, schwerkranker und sterbender Menschen zu schaffen. Das Projekt ist sowohl nach innen als auch nach außen (Berlin sowie deutschsprachiger Raum) gerichtet. Es setzt sich für die Etablierung geeigneter Angebote für palliativgeriatriische Patienten und deren Zugehörige sowie der sie betreuenden Helferinnen und Helfer in allen Versorgungsstrukturen ein und leistet eine aktive Öffentlichkeitsarbeit. Ein zentrales Thema ist die Implementierung der Palliative Care in vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Teilbereiche des KPG sind:

KPG Bildung: Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der palliativgeriatriischen Pflege und Betreuung, Medizin und Ethik sowie Organisation der jährlich stattfindenden Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin und Autorenschaft in Fachbüchern und –zeitschriften (weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/bildung> und <http://www.palliative-geriatrie.de/fachtagung>)

Derzeit gibt es folgende Fortbildungsangebote:

- jährliche Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin
- Palliative Praxis (40 Std.) nach einem Curriculum der Robert-Bosch-Stiftung
- Hospizkultur im Pflegeheim in Zusammenarbeit mit der Wannsee-Akademie
- Vielfältige Vortrags- und Seminartätigkeit in Berlin bei verschiedenen Institutionen und Trägern.

KPG Forschung: Wissenschaftliche Begleitung von Versorgungssituationen in der palliativgeriatriischen Arbeit sowie Veröffentlichung von wissenschaftlichen Arbeiten (weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/forschung>)

KPG Pflege: Einführung und Umsetzung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung durch ambulante und stationäre Pflegeangebote des UNIONHILFS-WERK

KPG Medizin: Fortentwicklung einer kompetenten ärztlichen Betreuung in der Altenpflege sowie Vernetzung mit in Frage kommenden Verbänden

KPG Beratung: Beratung rund um die Themen „Sterben, Tod, Trauer und Patientenverfügung“ (in Kooperation mit der ZAH)

KPG Ambulantes Hospiz: Entwicklung der ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Bereich Palliative Geriatrie (weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/hospizdienst>)

KPG Stationäres Hospiz: Entwicklung eines stationären Hospizes in Berlin-Reinickendorf

KPG Netzwerk: Kooperation und Vernetzung mit Einrichtungen, die die Palliative Geriatrie umsetzen, sowie mit regionalen und überregionalen Netzwerken und Verbänden (weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke>)

Weitere Informationen zum KPG: www.palliative-geriatrie.de/kompetenzzentrum

3.5 Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der Auftrag des Abgeordnetenhauses lautete u.a., in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege eine Sterbe- und Abschiedskultur zu etablieren, die der Würde der sterbenden Menschen entspricht und Angehörige mit einbezieht sowie das Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen sowie Angehörigen im Rahmen der Sterbebegleitung unabhängig vom Sterbeort durch geeignete Maßnahmen zu befördern. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die vollstationäre Pflege gelegt werden.

Laut aktueller Bundespflegestatistik zum Stichtag 15.12.2009 lebten in Berlin insgesamt 27.522 Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Mit Stand 01.01.2011 gibt es in Berlin 310 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 32.905 Plätzen. Die aktuelle Auslastung ist nicht bekannt.

Zu einem würdigen Umgang mit sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen gehört, dass Sterbende möglichst bis zuletzt in der Einrichtung verbleiben können. Daher müssen sich die Pflegeeinrichtungen noch stärker auf diese Menschen und ihre Bedürfnisse einstellen.

Wie bereits unter 3.4 Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie beschrieben, stellt die Palliative Geriatrie für ältere Menschen einen wichtigen Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit dar. Politisch wurde darauf bei der Änderung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V im Frühjahr 2006 reagiert, indem in Heimen erbrachte Sterbebegleitungen ebenfalls bei der Förderung durch die Krankenkassen berücksichtigt werden konnten.

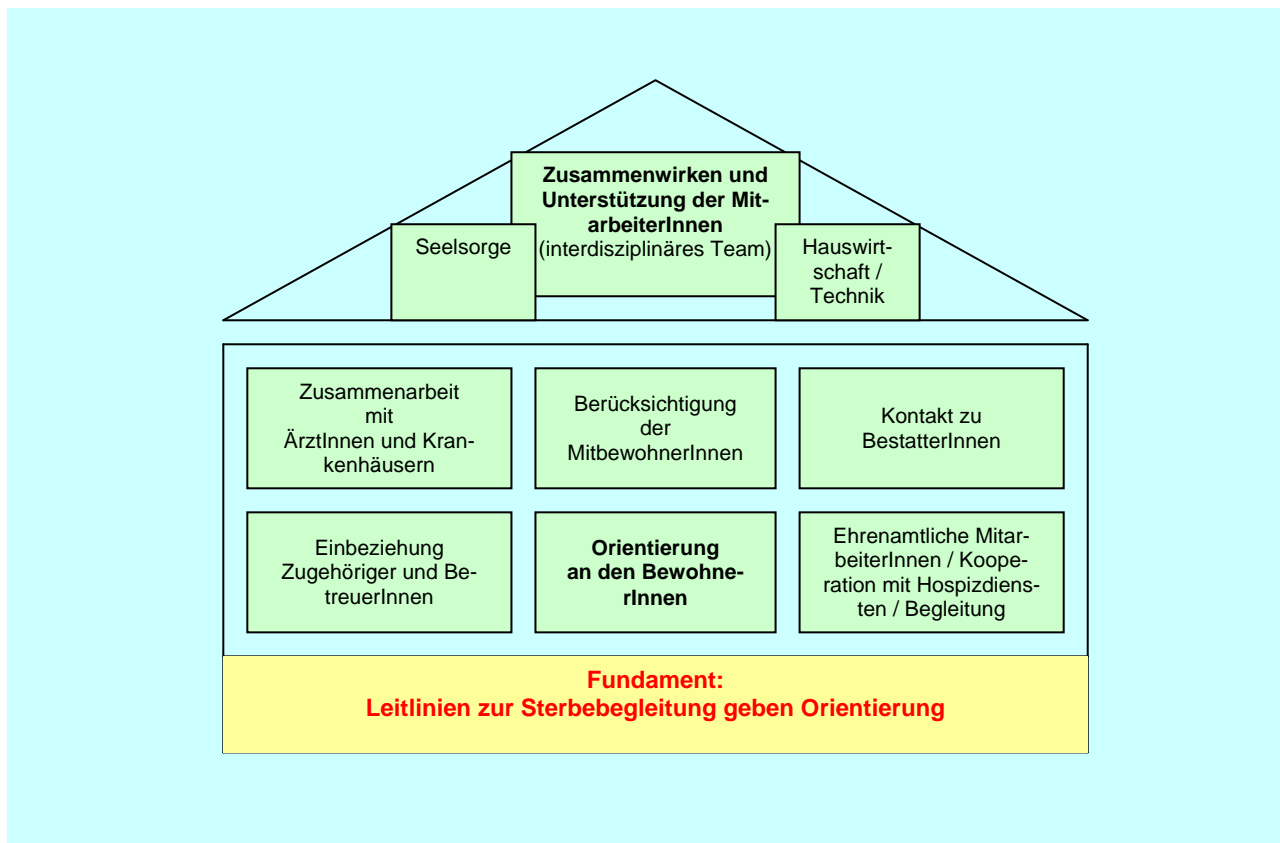
Am Lebensende der Bewohnerinnen und Bewohner fehlen oft die Zeit sowie spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um die sterbenden Menschen intensiv begleiten zu können. Deshalb ist es erforderlich, in den Pflegeeinrichtungen die Ideen und Kenntnisse der Hospizbewegung sowie der Palliativmedizin und -pflege zu berücksichtigen.

Um das Ziel einer würdigen Sterbebegleitung zu erreichen, ist es notwendig, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre eigene Einstellung zum Sterben und zum Tod klären und sich auf die Themen Sterben und Tod einlassen. Ihnen sind die Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit Sterbenden durch gezielte Qualifizierungen zu vermitteln, aber auch die Bereitschaft, auf Unterstützung von Ehrenamtlichen, z. B. aus ambulanten Hospizdiensten, Ärztinnen und Ärzten und Seelsorgerinnen und Seelsorgern zurück zu greifen. Gleichzeitig gilt es, eine entsprechende sächlich-räumliche Ausstattung zu schaffen und die Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass sie den Sterbenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Ehrenamtlichen sowie den Angehörigen gerecht werden.

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und zunehmenden Multimorbidität (gleichzeitiges Auftreten mehrerer Erkrankungen) älterer Menschen stellt die zahlenmäßig größer werdende Gruppe der Demenzkranken nicht nur Hospizeinrichtungen, sondern vor allem die vollstationären Pflegeeinrichtungen vor neue Herausforderungen. Das auf Bundesebene erarbeitete 40-stündige **Curriculum für die Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase** - **MIT-GEFÜHLT** – gibt Ehrenamtlichen aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den vor genannten Einrichtungen das notwendige Rüstzeug an die Hand, um die Begleitung dieses Personenkreises qualifiziert durchführen zu können.

Darüber hinaus hat die Robert-Bosch-Stiftung mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten das interdisziplinäre **Curriculum Palliative Praxis** entwickelt. Darin ist ebenfalls ein Schwerpunkt auf die Palliativbegleitung von Demenzkranken gesetzt. Den knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen in der stationären und ambulanten Altenpflege wird mit einem Umfang von nur vierzig Schulungsstunden Rechnung getragen. Das Curriculum ist nach der Storyline-Methode konzipiert und fördert handlungs- und praxisorientiertes Lernen. Es richtet sich primär an Pflegenden und Ärzte, aber auch an weitere Berufsgruppen der Altenhilfe. Das Curriculum Palliative Praxis steht der Praxis über speziell qualifizierte Dozentinnen und Dozenten, so genannte Moderatorinnen und Moderatoren, zur Verfügung. Die Robert Bosch Stiftung vermittelt diese für "Palliative-Praxis"-Schulungen an interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Einrichtungen der Altenpflege. In Berlin wird das Curriculum vom KPG eingesetzt und fand mittlerweile in vielen Einrichtungen Anwendung.

Die Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz in Pflegeheimen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2006) (jetzt Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.) machen deutlich, worauf es im Rahmen der Einführung der Palliativen Geriatrie ankommt: Leitungsverantwortung, Basisverantwortung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und zeitliche Kontinuität (vgl. <http://www.palliative-geriatrie.de/infomaterial.html>). Die Komplexität einer arbeitenden palliativgeriatriisch orientierten Pflegeeinrichtung gibt das Schaubild wider:



Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung sieht das Thema als einen Schwerpunkt in seiner weiteren moderierenden und unterstützenden Arbeit in Zusammenarbeit aller in ihm organisierten Verbände, Institutionen und Personen an und wird sich deshalb regelmäßig weiter mit diesem Thema beschäftigen. Vom vierten Runde Tisch ist eigens für die Zielstellung der Verbesserung der Situation sterbender Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich diesem Themenkreis widmet. Unter ihrer Federführung ist eine Evaluierung zur Hospiz- und Palliativkultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen geplant (s. 4.9).

Der vierte Runde Tisch hat auch den Startschuss zu dem Projekt NPG - **Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin** gegeben.

Das vom Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Berlin (KPG) konzipierte und organisierte Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Altenpflege - richtet sich an vollstationäre Pflegeeinrichtungen, vertreten durch leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und/oder Qualitätsbeauftragte. Die beteiligten Einrichtungen müssen ein Interesse an einer kontinuierlichen Zusammenarbeit haben und das Ziel verfolgen, die Palliative Geriatrie vor Ort aktiv zu implementieren. Im Rahmen des Projektes erfolgt eine regelmäßige Evaluation zum jeweiligen Implementierungsstand.

Ziel des Projektes ist, dass

- möglichst viele vollstationäre Pflegeeinrichtungen Berlins die Palliative Geriatrie implementieren und dazu beitragen, dass Menschen eine würdevolle und selbstbestimmte Versorgung bis zum Lebensende erhalten,
- unnötige Krankenhauseinweisungen, insbesondere am Lebensende, vermieden werden,
- in den beteiligten vollstationären Pflegeeinrichtungen sich eine nachhaltige hospizliche und palliative Kultur entwickelt,
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zufriedener sind und erworbene palliativgeriatriische Kompetenzen (aus Reflexion, Fort- und Weiterbildung) in die Altenpflege einbringen,
- eine Plattform zur ethischen Entscheidungsfindung geschaffen wird,

- zu umsetzungsrelevanten Fragen in den Einrichtungen fachlicher Austausch und kollegiale Beratung erfolgen sollen,
- Erkenntnisse geeigneten Partnern (z. B. dem Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung, der Hospizarbeit oder der Robert Bosch Stiftung) zugänglich gemacht werden.

Schwerpunktthemen und –aufgaben sind:

- Diskussion und Fortentwicklung von Einrichtungskonzepten,
- Entwicklung und Erweiterung von palliativgeriatrischen Kompetenzen,
- Integration ethischen Handelns in die Versorgung,
- Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen Versorgung, einschließlich der SAPV,
- Aus- und Fortbildung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, z. B. unter Einbezug des Curriculums „Palliative Praxis“ oder des Curriculums „Palliative Geriatrie“,
- Kooperation mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen,
- Kooperation mit und Beratung von Berufsfachschulen für Altenpflege,
- kollegialer Austausch,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Etablierung eines übergeordneten palliativgeriatrischen Informations- und Beratungsdienstes.

Neben den vom UNIONHILFSWERK zur Verfügung gestellten Ressourcen wird das KPG im Rahmen der Etablierungsphase vom 15.09.2010 bis zum 14.09.2012 von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/netzwerke>.

3.6. Entwicklung neuer Versorgungsformen

Es ist davon auszugehen, dass sich zukünftig weitere Versorgungsformen entwickeln werden, insbesondere dann, wenn bestimmte Bedarfe im bestehenden Versorgungssystem nicht entsprechend gedeckt werden können. So gibt es beispielsweise bereits zwei ausgewiesene Wohngemeinschaften mit einem Palliativschwerpunkt im Bezirk Pankow.

3.7 Sterbebegleitung in Behinderteneinrichtungen

In der Literatur sind erste Ansätze zu finden, die Ideen der Hospizbewegung in die Behindertenhilfe zu implementieren.

Der § 37b SGB V hat mit der Aufnahme von Anspruchsberechtigten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dahingehend ein wichtiges Signal gesetzt.

In der Novelle des § 39a Abs. 2 SGB V im Jahr 2009 wurde dahingehend ebenfalls eine Änderung vorgenommen. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erbrachte, abgeschlossene Sterbebegleitungen können, wie bis dato nur ambulant oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachte Sterbebegleitungen, im Rahmen der Kassenförderung angerechnet werden.

In Einrichtungen für geistig behinderte Menschen sind die Konzepte so ausgerichtet, dass in der Regel die betreuten Menschen bis zu ihrem Lebensende in der gewohnten Umgebung verbleiben können.

3.8 Zentrale Anlaufstelle Hospiz

Die Informations- und Beratungsstelle Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH) in Trägerschaft der UNIONHILFSWERK Sozialeinrichtungen gemeinnützigen GmbH ist bereits seit dreizehn Jahren tätig und hat sich als Spezialangebot rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer etabliert. Hervorgegangen aus dem Bundesmodellprojekt „Hospizbüro“ (Oktober 1997 bis September 2000) ist die Einrichtung ergänzender und aktiver Bestandteil der Berliner Hospiz- und Palliativstrukturen und zugleich Mitglied und/oder Organisator relevanter Netzwerke der Stadt.

Das multidisziplinäre Team hilft bei Fragen zum Umgang mit schwerer und/oder tödlich verlaufender Krankheit, bei Fragen zur pflegerischen, medizinischen und palliativen Versorgung, gibt Auskunft und leistet konkrete Unterstützung beim Erstellen von Patientenverfügungen, hilft, das passende Trauerangebot zu finden, und hat ein offenes Ohr, wenn die Situation für Rat- und Hilfesuchende kaum aushaltbar scheint.

Auch durch ihre **Netzwerkarbeit** sowie durch **Institutionenberatung** und **Fortbildungen** nimmt die ZAH wesentlich Einfluss auf die Verbreitung und Implementierung hospizlichen Handelns in allen Berliner Versorgungsstrukturen. Sie ist Ideengeber und Innovationsmotor neuer Projekte, die nach einer Einführungsphase von anderen Partnern aufgegriffen und umgesetzt werden.

Aus den jährlichen Sachberichten der ZAH, die im Rahmen der Landesförderung erstellt werden und unter: <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?id=193> nachgelesen werden können, sind die einzelnen Aufgabenbereiche und Angebote sowie ständig steigende Nachfragen der Berliner Bevölkerung im Detail zu entnehmen. Neben den zwei teilzeitbeschäftigten Mitarbeiterinnen werden vom Träger acht ehrenamtliche Mitarbeiterinnen eingesetzt, die mit hohem Engagement einzelne Aufgabenbereiche (z. B. Patientenverfügungsberatung) weitgehend selbstständig unter Anleitung ausführen.

Das Projekt wird durch das Land Berlin gefördert. Vom Träger wurde der vom Land gewährte Zuschuss in 2009 durch Drittmittel (Spenden, Stiftungsmittel) um ca. 30% aufgestockt. Dankenswerter Weise hat der Bezirk Reinickendorf die Bereitstellung mietfreier Räume für die ZAH ermöglicht, so dass vom Träger lediglich die Betriebskosten aufgebracht werden mussten.

Die Entwicklung der **Informations- und Beratungsanfragen** ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Entwicklung der Informations- und Beratungsanfragen		
Jahr	Institutionenanfragen	Persönliche Anfragen
2006	196	642
2007	234	505
2008	305	749
2009	400	702
2010	380	(geschätzte) 750

Die **Vortragsarbeit** - vor allem zur Sterbebegleitung, Hospizarbeit und Vorsorge am Lebensende - fand Berlinweit statt. Mit dem Ricam-Hospiz wurde zwischen 2008 und 2009 das Projekt „Hospiz macht Schule“ vorbereitet und durchgeführt. Mit den Gremien und dem Vorstand des Hospiz- und PalliativVerbandes Berlin e.V. wurde eine kontinuierliche Zusammenarbeit, z. B. im Rahmen der Vorstandsarbeit, praktiziert. Die ZAH leitete in Eigenverantwortung den **Arbeitskreis Trauer Berlin**.

Darüber hinaus war die ZAH in zahlreichen **Berliner Netzwerken** präsent, z. B. im **Arbeitskreis Palliative Pflege Berlin** (s. 3.10.5).

Im Rahmen der Kooperation mit den landesseitigen Pflegestützpunkten beteiligte sich die ZAH an der Berlinweiten **Datenbank Hilfelotse**.

Einer breiten Öffentlichkeit präsentierte sich die ZAH regelmäßig auf zahlreichen Veranstaltungen, sowie im Rahmen von Feierlichkeiten, z. B. dem 10-jährigen Jubiläum der ZAH, jährlich stattfindender Sommerfeste, bei der Berliner Stiftungswoche sowie der Berliner Hospizwoche. Darüber hinaus wurden Druckerzeugnisse zu den unterschiedlichen Beratungsangeboten entwickelt. Die 2. Auflage des **Wegweisers „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann...“** erschien im Jahr 2008 (10.000 Exemplare) und ist mittlerweile vergriffen. Die Herausgabe der Neuauflage durch das Land Berlin ist für 2011 geplant. Mit dem AK Trauer Berlin wurde eine **Broschüre zum Thema Trauer** und Darstellung der Angebote seiner Mitglieder erarbeitet und für den Druck vorbereitet.

Im Zuge einer Verstärkung und Fortentwicklung der Berliner Hospiz- und Palliativstrukturen sowie der Fortschreibungen des Berliner Hospiz- und Palliativkonzeptes haben sich regelmäßige Anpassungen der ZAH in Bezug auf das Einrichtungskonzept, die Zielgruppen sowie das Beratungskonzept ergeben. Es ist festzustellen, dass in den letzten Jahren beispielsweise

- die Quantität der Beratungsgespräche sowie deren inhaltliche Komplexität und Zeitintensität gestiegen sind,
- sich Anfragen bzgl. einer umfassenden Patientenverfügungsberatung im Sinne der hospizlichen Grundeinstellung stark ausgeweitet haben,
- die webbasierte Beratung immer stärker nachgefragt wird,
- Anfragen palliativgeriatrischer Patienten sowie deren Zugehöriger stark zugenommen haben. Bezüglich dieser Zielgruppe ergeben sich positive Synergieeffekte im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und dessen Netzwerken.

Um Hospizidee und Palliativversorgung verstärkt in vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu implementieren, entwickelt und organisiert die ZAH **seit 2006** den **Arbeitskreis Vollstationäre Pflege**. In diesem Arbeitskreis vernetzen sich Einrichtungen, die Interesse an einer Zusammenarbeit haben und auf dem Weg hin zu einer besseren Versorgung sterbender alter Menschen fortgeschritten sind.

3.9 Entwicklung der Palliativstrukturen

3.9.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Neben den Problemen bei der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist zugleich besonders deutlich geworden, dass es in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) große Defizite und erheblichen Entwicklungsbedarf gibt – sowohl bezogen auf die Qualifizierung, die Strukturen und Organisation sowie die Vergütung. Denn – so wird geschätzt – nur für 10 % der sterbenden Menschen wird zukünftig die SAPV benötigt. Etwa 90% werden auch in Zukunft durch ihre Haus- oder Fachärzte und die allgemeinen Pflegedienste in enger Kooperation mit den ambulanten Hospizdiensten und anderen Berufsgruppen betreut werden.

Für die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die im Rahmen des Regelversorgungssystems erbracht wird, haben die Krankenkassen und Leistungserbringer in Berlin bisher keine vertragliche Regelung getroffen. Forderungen nach einer Verbesserung der AAPV, die z.B. durch Vergütungszuschläge für Hausärzte erreicht werden könne, um die Attraktivität der Leistungen in der AAPV zu erhöhen, werden sowohl von Hausärzten als auch vom PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. und dem Home Care Berlin e.V. erhoben. Rückblickend auf die Forderungen der Enquête-Kommission (s. 1) ist diese Forderung durchaus verständlich, insbesondere um Fehlallokationen zu vermeiden.

Aber auch der Ausbau der ambulanten Pflege am Lebensende ist für die sterbenden Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV haben, notwendig. Hierzu hatte die Enquête-Kommission gefordert, dass analog zur Pflege der Demenzkranken auch die Indikation der Palliativversorgung in das SGB XI aufgenommen werden sollte, da die häusliche Pflege am Lebensende häufig mit Erschwernissen in der Kontaktaufnahme, erhöhtem Begleitungsbedarf und vermehrtem Bedarf nach Kommunikation mit dem Betroffenen – aber auch dem Umfeld – verbunden ist. Das Eingehen auf diese Bedürfnisse sei in der Pflegestufe III der Pflegeversicherung nicht ausreichend abgedeckt.

3.9.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) und die Krankenkassen hatten zur Förderung einer qualitativen Präfinalversorgung krebs- und AIDS-kranker Patienten im häuslichen Bereich seit 1992 Vereinbarungen nach § 73a SGB V geschlossen. Danach erhielten die teilnehmenden Ärzte für die Versorgung der Patienten einen Vergütungszuschlag außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und verpflichteten sich zur Teilnahme an anerkannten Fortbildungen zum Thema Onkologie / AIDS. Die so genannte Home Care-Versorgung hatte bundesweit Modellcharakter. Etwa 2.700 Patienten wurden pro Jahr im Rahmen der Home Care-Versorgung in Berlin behandelt.

Nach langen Verhandlungen ist in Berlin zum 01.07.2010 ein kassenartenübergreifender und flächendeckender SAPV-Rahmenvertrag nach § 132d SGB V in Kraft getreten, der auf den bestehenden Home Care-Strukturen aufbaut. Vertragspartner der Krankenkassen sind die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) und der Home Care Berlin e.V..

Der Kreis der anspruchsberechtigten Patienten ist im Vergleich zur Home Care-Versorgung größer, da die SAPV nicht auf die Erkrankungen Krebs und AIDS beschränkt ist.

Die KV Berlin übernimmt im Rahmen des Teilnahmeverfahrens die Prüfung der Qualifikationsvoraussetzungen der Palliativmedizinerinnen und -mediziner und die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Derzeit nehmen 81 Palliativärztinnen und -ärzte am SAPV-Vertrag in Berlin teil. Die Krankenkassen haben Ende November in einem Schreiben an die KV Berlin erklärt, dass der Bedarf an Palliativärzten damit gedeckt sei und weitere Teilnahmeberechtigungen für Ärzte ausgesetzt.

Die teilnehmenden spezialisierten Palliativärztinnen und -ärzte beziehen spezialisierte Palliativpflegedienste, ambulante Hospizdienste und weitere im Einzelfall erforderliche Beteiligte in die Versorgung ein. Die Qualifikationsanforderungen der Palliativpflegedienste werden durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Berlin (ARGE) geprüft, wobei die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern - die Federführung übernommen hat. Da noch nicht ausreichend Pflegefachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung zur Verfügung stehen, wurden im Interesse der Sicherstellung der Leistungserbringung Übergangsregelungen hinsichtlich der erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen getroffen. Zurzeit sind 19 Pflegedienste über Kooperationsvereinbarungen in die SAPV eingebunden. Weitere Ausführungen s. unter 3.10.3 SAPV-Netzwerk Pflege. Der aktuelle Stand der Zahl der SAPV-Leistungserbringer Pflege ist unter folgendem Link abrufbar:

http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/sapv/sapv_teilpflege.pdf

Nach Angaben der AOK Nordost nehmen bisher keine stationären Pflegeeinrichtungen am SAPV-Vertrag teil und es lägen auch keine Anträge oder Konzepte von interessierten Einrichtungen vor. Für die SAPV von Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen stehen die teilnehmenden ambulanten Leistungserbringer zur Verfügung. Wie viele SAPV-Leistungsanträge bislang für Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen genehmigt worden seien, könne noch nicht verifiziert werden.

Die **spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)** ist in Berlin nicht extra vertraglich geregelt. Der bestehende SAPV-Rahmenvertrag trifft jedoch aufgrund der

spezifischen Bedürfnisse der lebenslimitierend erkrankten und sterbenden Kinder und Jugendlichen auf die SAPPV nicht zu. Deshalb ist auf Bundesebene ein gesonderter Muster-Versorgungsvertrag entwickelt worden. Drei SAPV-Pflegedienste verfügen nach Auskunft der AOK Nordost über Kinderkrankenschwestern mit Palliative Care-Weiterbildung. Grundsätzlich mangle es aber an entsprechend spezialisierten kinderärztlichen und pflegerischen Leistungserbringern (s. 3.3.5 und 3.3.6). Im Geschäftsbereich der AOK Nordost liegt für Berlin zurzeit ein SAPPV-Leistungsantrag vor.

Aufgrund der Erfahrungen, die im ersten halben Jahr mit dem Berliner SAPV-Rahmenvertrag gemacht wurden, hat das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg (PZBB) in mehreren Anschreiben an die drei SAPV-Vertragspartner (30.12.2010 und 19.01.2011) zehn Problemfelder identifiziert, die dringend einer Klärung bedürfen und entsprechende Vorschläge gemacht, wie diese Hindernisse für eine gelingende Umsetzung der SAPV in Berlin behoben werden könnten.

Die LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin setzt sich für eine andere SAPV-Vertragsgestaltung ein und beschwert sich über das Verhalten und die Kommunikation der beteiligten Krankenkassen. Beschwerdegegenstand ist die Weigerung der Krankenkassen, interessierte ambulante Pflegedienste, die von der LIGA vertreten werden, in die Vertragsverhandlungen nach § 132d SGB V einzubeziehen. Die LIGA sieht darin eine Diskriminierung von nichtärztlichen Leistungserbringern gegenüber ärztlichen ohne sachlichen Grund und damit einen Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) hat die Aufsichtsbeschwerde der LIGA geprüft und im Rahmen der bestehenden Rechtsaufsicht über die ARGE keinen Anlass für aufsichtsrechtliche Maßnahmen festgestellt.

Der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. hat nach Informationen der AOK Nordost inzwischen Klage gegen alle am SAPV-Rahmenvertrag teilnehmenden Krankenkassen eingereicht. SenGUV hat die AOK Nordost gebeten, über den Fortgang des Verfahrens zu informieren.

Medikalisierung

Trotz der deutlichen Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Menschen in Deutschland gibt es noch Hindernisse, u.a. im Arzneimittelrecht, die vor allem Palliativmediziner vor große Probleme stellen und eine optimale Versorgung Sterbender zu Hause und im stationären Hospiz erschweren. Zurzeit gibt es Bestrebungen, die Betäubungsmittelverordnung (BtMVV) entsprechend zu novellieren.

3.9.3 Sterben im Krankenhaus

Sterben zu Hause, in gewohnter Umgebung und im Kreise von Angehörigen und Freunden – das ist ein Wunsch, der den meisten Berlinerinnen und Berlinern verwehrt bleibt. Wie bereits unter 3 - Entwicklung seit 2006 in Berlin – dargestellt, stirbt fast jeder zweite Mensch in einem Krankenhaus. 31.713 Menschen verstarben im Jahr 2009 in Berlin, davon 14.303 im Krankenhaus⁵, das sind 45,1 Prozent der Verstorbenen. Zehn Jahre früher, im Jahr 1999 waren es noch 47,5 Prozent.

In der Regel treffen drei verschiedene Interessenslagen aufeinander:

1. Der Patient möchte zu Hause sterben.
2. Angehörige wollen dem Sterbenden die bestmöglichen Hilfen zukommen lassen und sich keinesfalls dem Vorwurf aussetzen, sie hätten nicht alles versucht.

⁵ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGesUmV - I A -

3. Medizinern und Pflegepersonal zeigt der Tod eines Patienten die Grenzen des eigenen beruflichen Könnens auf und wird – bewusst oder unbewusst – als eigenes Versagen empfunden.

Von jeder Regel gibt es natürlich Ausnahmen: Sofern Patientinnen und Patienten für sich den Tod noch nicht akzeptiert haben, sind sie selbstverständlich selbst mit bestmöglichen medizinischen Hilfsmaßnahmen einverstanden. Kein Angehöriger will schwerstes Leiden unnötig verlängern und geschulte Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegekräfte wissen, wie Patientinnen und Patienten und auch Angehörige im Verlauf des Sterbeprozesses zu begleiten sind.

Der Entwurf des novellierten Berliner Landeskrankenhausgesetzes hat die Verantwortung der Krankenhäuser bei der Begleitung des Sterbeprozesses von Patientinnen und Patienten in § 3 festgehalten. Hier heißt es in Absatz 2: „Krankenhäuser tragen in besonderem Maße dafür Sorge, dass die Würde Sterbender gewahrt bleibt und über den Tod hinaus beachtet wird. Angehörige im Sinne des § 11 Absatz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches sollen angemessen Abschied nehmen können.“

Die Gesetzesbegründung zu dieser Bestimmung geht ins Detail: „Absatz 2 enthält Bestimmungen zu der Behandlung von Sterbenden. Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes, nach dem die Würde des Menschen unantastbar ist, gilt über den Tod des Menschen hinaus. Die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Diese Verfassungsnorm ist unmittelbar geltendes Recht und gewährt dem sterbenden Menschen umfassenden Schutz. Auch aus der Standesethik der Ärzteschaft gegenüber sterbenden Menschen ergibt sich nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 7. Mai 2004 die Pflicht des Arztes, „Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.“ Patientinnen und Patienten müssen in Würde sterben dürfen. Absatz 2 soll sicherstellen, dass in allen Krankenhäusern die Würde des sterbenden Menschen geachtet wird und alle an der Krankenversorgung Beteiligten dies als ihre Aufgabe betrachten. Satz 2 berücksichtigt die Interessen der Angehörigen. Mit diesen Regelungen macht der Gesetzgeber deutlich, dass der besonderen Situation, die sich für die Angehörigen nach dem Versterben eines Menschen ergibt, im Krankenhausalltag Rechnung getragen werden muss. Die menschlichen und ethischen Aspekte der besonderen Situation müssen auch in einem Krankenhausbetrieb angemessen berücksichtigt werden. Darauf sollen die Beschäftigten des Krankenhauses beim Umgang mit den Angehörigen auch hinsichtlich der Räumlichkeiten achten. Den Angehörigen ist ein würdevolles Abschiednehmen zu ermöglichen. Als Angehörige sind in Anlehnung an die Definition im Strafgesetzbuch (§ 11 Absatz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches) Verwandte und Schwägerte in gerader Linie, der Ehegatte, der Lebenspartner, der Verlobte, auch im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist, sowie Pflegeeltern und Pflegekinder anzusehen.“

In der täglichen Praxis der Krankenhäuser sind hier insbesondere die internistischen Fachabteilungen gefragt. Obwohl sie nur rund 30 Prozent der Kapazität der Berliner Krankenhäuser beanspruchen, haben sie einen Anteil von rund 64 Prozent der Todesfälle im Krankenhaus zu betreuen (AfS-Daten des Jahres 2009).

Unterschieden werden kann zwischen folgenden Gruppen von Sterbenden im Krankenhaus:

- Patientinnen und Patienten, die von zu Hause oder aus der vollstationäre Pflegeeinrichtung quasi zum Sterben ins Krankenhaus gebracht werden bzw. unmittelbar, bevor die Erkenntnis reift, dass nun der Sterbeprozess nicht mehr aufzuhalten ist.
- Patientinnen und Patienten, die nach einem Akutereignis für Angehörige relativ unerwartet versterben (z. B. nach Herzinfarkt oder Unfall).

- Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer unheilbaren schweren Erkrankung in der terminalen Lebensphase spezialisierte palliativmedizinische Maßnahmen (z. B. Schmerztherapie, Operationen zur Symptomlinderung oder psychosoziale Stabilisierung) benötigen, um letztlich zum Sterben nach Hause oder in ein stationäres Hospiz verlegt werden zu können.

Für letztere Patientengruppe betont der Krankenhausplan 2010 insbesondere für jene Krankenhäuser eine besondere Versorgungsaufgabe, die schwerpunktmäßig unheilbare Patienten – meist an Krebs erkrankte – behandeln. Diese sind laut Krankenhausplan verpflichtet, durch eigene palliativmedizinische Abteilungen bzw. über geeignete Kooperationsmodelle die hierfür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

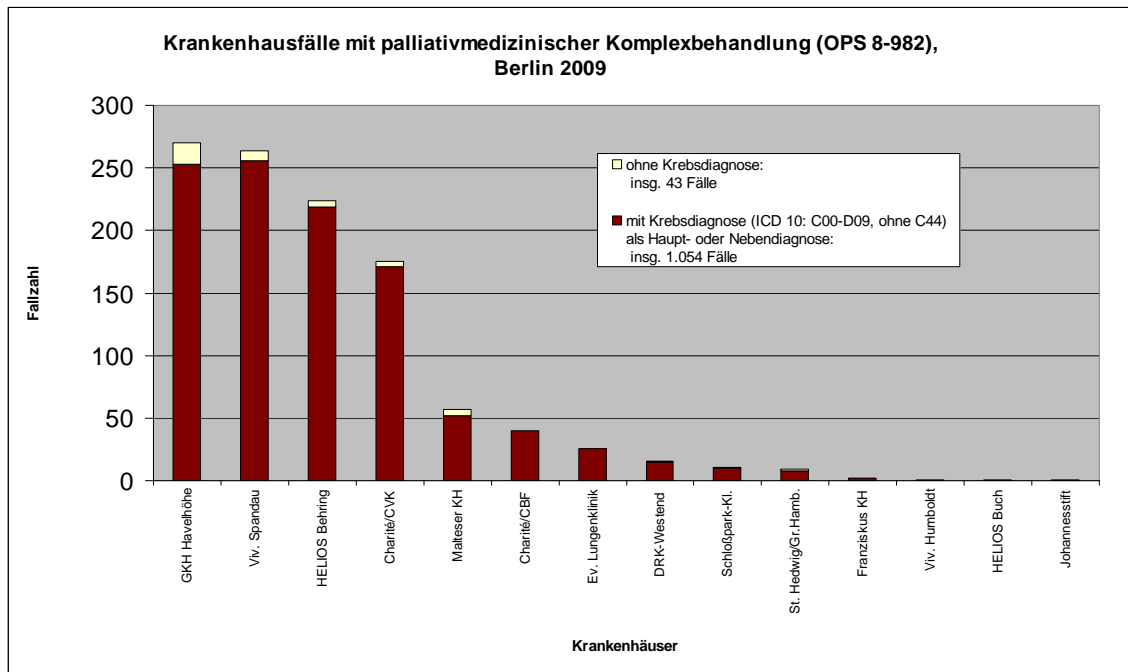
Die 2005 ins Krankenhausentgeltsystem (DRG-System) eingeführte Behandlungsprozedur mit der Schlüssel-Nummer 8-982 bildet palliativmedizinische Komplexbehandlung als spezialisierte Leistung im Krankenhaus erstmals ab. Sie beschreibt die aktive ganzheitliche Behandlung bei unheilbaren Erkrankungen zur Symptomlinderung und psychosozialen Stabilisierung und formuliert umfangreiche Anforderungen zu Personaleinsatz und Personalqualifikation sowie speziellen Therapiekonzepten.

Mindestmerkmale der abrechnungsfähigen Prozedur der „palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ mit der Schlüssel-Nr. 8-982 sind:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche:
 - Sozialarbeit/Sozialpädagogik,
 - Psychologie,
 - Physiotherapie,
 - künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie),
 - Entspannungstherapie
- Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens sechs Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen. (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

Besondere Versorgungsbereiche zur spezialisierten palliativmedizinischen Betreuung waren am 31.12.2010 in sieben Krankenhäusern mit insgesamt 55 palliativmedizinischen Betten (+10 bei Bedarf) ordnungsbehördlich genehmigt (s. Anhang C).

Die hoch spezialisierte palliativmedizinische Behandlung findet jedoch auch in Krankenhäusern statt, die keine speziellen palliativmedizinischen Einheiten ordnungsbehördlich genehmigt haben, z. B. im Helios Klinikum Emil-von-Behring, in der Charité Campus Benjamin Franklin oder der Evangelischen Lungenklinik. Dies zeigt u. a. folgende Auswertung der Daten des Instituts für das Entgeltwesen im Krankenhaus für Berlin (InEK-Daten Berlin) aus dem Jahr 2009:



3.10 Verbands- und Netzwerkstrukturen

3.10.1 Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V.

Im Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V. (HPV B) - vormals Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. - sind 33 Einrichtungen aus dem Hospiz- und Palliativbereich vertreten (Stand 2010), davon

- 11 ambulante Hospizdienste für Erwachsene
- 3 ambulante Hospizdienste für Erwachsene und Kinder
- 1 ambulanter Hospizdienst für Kinder
- 9 stationäre Hospize
- 1 stationäres Kinderhospiz
- 2 Hospizdienste im Krankenhaus
- 1 Hospizdienst in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
- 1 Palliativstation
- 1 palliativmedizinischer Dienst
- 1 Beratungsstelle (ZAH)
- 2 Palliativ-Pflegedienste.

Zusätzlich beteiligen sich zwei ambulante Hospizdienste, ein stationäres Hospiz und ein Palliativ-Pflegedienst als „Anwärter auf die Mitgliedschaft“ an der regelmäßigen Verbandsarbeit. Die Anwartschaft dauert ein Jahr und dient dem gegenseitigen Kennenlernen, dem Herausarbeiten von gemeinsamen Arbeitsstrukturen und der Qualitätssicherung.

Im Jahr 2009 wurde der erste Palliativ-Pflegedienst Anwärter auf Mitgliedschaft im HPV B, als sich die Pflegeanbieter, die mit Home Care-Ärztinnen und –Ärzten eng zusammenarbeiteten, auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vorbereiteten. Das gab den Impuls zu einem intensiven Diskurs der Mitglieder über die Aufgaben und Schwerpunkte, denen sie sich in Zukunft innerhalb des Verbandes stellen wollen und müssen. Infolge dessen benannte sich die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e. V. Ende 2009 in Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V. um. Diese Namensänderung soll programmatisch nach innen und in der Öffentlichkeit die vorhandenen Ziele und Aufgaben des Verbandes besser kommunizieren:

- Der Zugehörigkeit zum Bundesverband, der sich seit 2008 „Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.“ nennt, soll Nachdruck verliehen werden.
- Der in Zukunft gewünschten und erwartbaren neuen Mitgliederstruktur des HPV B soll mit dem neuen Namen Rechnung getragen werden. Der traditionelle Fokus der Hospizeinrichtungen auf das bürgerschaftliche Engagement soll gestärkt und weiterentwickelt werden.
- Die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativstrukturen im Land Berlin soll mitgestaltet werden.
- Der Verband nimmt seine Rolle als Ansprechpartner für Politik, Kostenträger und die Öffentlichkeit zu hospizlichen und palliativen Themen wahr und baut sie weiter aus
- Die Mitglieder finden innerhalb des Verbandes Anbietervertreter möglichst aller an Hospiz- und Palliativarbeit Beteiligter, um die eigenen Angebote in Vernetzung und Kooperation noch weiter auf den tatsächlichen Bedarf der Sterbenden und ihrer Angehörigen hin zu entwickeln.

In einer Arbeitsgruppe der Koordinatorinnen und Koordinatoren im HPV B werden vorrangig Fragen der Organisationsentwicklung besprochen. Eine Arbeitsgruppe „Ehrenamt“ ist in Planung.

Der HPV B wird seit Oktober 2000 vom Land Berlin gefördert (Personalkosten für eine halbe Stelle Bürokräft und Sachkosten).

Die inhaltliche Arbeit des Vereins wird hauptsächlich im Vorstand sowie in den Arbeits- und Projektgruppen ehrenamtlich geleistet. Das bringt viel Kreativität und Fachkenntnis in den Verein ein, die Zeitressourcen wuchsen jedoch nicht mit den Anforderungen. Gestiegene Anforderungen ergeben sich durch:

- die laufend steigende Mitgliederzahl und die Veränderung der Mitgliederstruktur
- die Aufgaben, die durch strukturierte und intensivierete Zusammenarbeit mit anderen Gremien (Home Care Berlin e.V., PZBB e.V. usw.) entstehen
- die notwendige Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Internet- und Medienpräsenz, wachsende Hospizwochen-Aktivitäten) u.v.m..

So stimmten nach langer Diskussion die Mitglieder 2009 einer Änderung der Beitragsordnung zu, um mit höheren Beiträgen zu der notwendigen Leistungserhöhung der Geschäftsstellenarbeit beizutragen. Für viele Mitglieder war dies eine finanziell schmerzliche Prioritätensetzung zugunsten des Rückhalts in einer starken Gemeinschaft.

Die Geschäftsstelle als „Schaltzentrale“ und Garant für Qualitätsentwicklung und Kontinuität (bei wechselnden Vereinsvorständen) ist ein unverzichtbarer Bestandteil im hospizlichen und palliativen Versorgungsnetz Berlins geworden. Allein die 2.346 (2009) Anfragen und Kontakte zur Geschäftsstelle (von Privatpersonen, Institutionen aber am häufigsten von den Mitgliedern) sprechen eine deutliche Sprache. Da die Geschäftsstelle an vier Tagen in der Woche besetzt ist, entfallen auf jeden Tag mindestens 11 eingehende Kontakte. Anfragen konnten z.T. von der Mitarbeiterin (Bürokräft der Geschäftsstelle) beantwortet werden oder wurden an die Vorstandsmitglieder bzw. an die Mitglieder zur Bearbeitung weitergeleitet.

Die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des HPV B gestaltet sich vorrangig in Arbeitsgruppen (AG) und (meistens) temporären Projektgruppen (PG). Hier werden gemeinsame Ziele erarbeitet, die die Verbesserung der Situation Sterbender und Trauernder in Berlin sowie die Stärkung und qualitative Weiterentwicklung der Hospiz- und Beratungsarbeit im Land Berlin beinhalten. Sie stehen im Austausch mit Institutionen, wie PZBB, AK Palliative Pflege, AK Trauer, Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Brandenburg und den Wohlfahrtsverbänden.

Der HPV B moderierte die Verhandlungsgemeinschaft der stationären Hospize 2009 zum dritten Mal. Mit Unterstützung der Wohlfahrtsverbände wurde der landeseinheitliche Bedarfsatz für 2010 und 2011 mit den Krankenkassen verhandelt. Im Ergebnis wurde der Bedarfsatz in zwei Stufen erhöht. Das Niveau, das bei der Evaluierung der Tagessätze der

stationären Hospize in Bezug zu ihren Aufgaben bundesweit bei einer Befragung ermittelt wurde, und das 2009 die Grundlage für die Novelle des § 39a Abs. 1 SGB V bildete, wurde trotzdem nicht erreicht.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bildet die Berliner Hospizwoche den Schwerpunkt der Arbeit. Sie wird in Eigenregie des HPV B organisiert und durchgeführt und fand in den letzten Jahren regelmäßig im Oktober statt. Die jährlich steigende Besucherzahl spiegelt die Wahrnehmung hospizlicher Angebote in der Öffentlichkeit wider.

3.10.2 Home Care Berlin e.V.

Home Care Berlin e.V. wurde 1994 als damals bundesweit einmaliger, palliativmedizinischer Dienst zur häuslichen Versorgung schwerstkranker Krebspatienten gegründet. Mittlerweile zählt Home Care Berlin e.V. über 100 Mitglieder.

Seit der Einführung der SAPV beschäftigt sich der Verein theoretisch wie praktisch mit deren Umsetzung. Wie unter 3.7.1 berichtet, ist Home Care Berlin e.V. Verhandlungspartner der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin von Seiten der Leistungserbringer. Seitdem befindet sich der Verein in einem großen Umstrukturierungsprozess, um die aus der Rahmenvereinbarung erwachsenen Aufgaben pflichtgemäß erfüllen zu können, u.a.:

- die SAPV in Berlin in der Praxis umzusetzen,
- die SAPV-Strukturen zu festigen,
- die Kommunikation zwischen den SAPV-Strukturen und denen der Regelversorgung zu befördern (u.a. durch einen Newsletter),
- Informationsmaterialien für die Palliativpatienten und Angehörigen zu erarbeiten,
- die Qualitätssicherung zu gewährleisten und einen jährlichen Qualitätsbericht zu fertigen,
- die Evaluation der SAPV in Berlin durchzuführen,
- die SAPV-Strukturen zu vernetzen,

So hat Home Care Berlin e.V. regionale Netzwerke gegründet, um gemeinsam die Qualität der Versorgung zu sichern, eine Plattform zum Erfahrungsaustausch zu bieten, einen Rahmen für Fallbesprechungen und Qualitätszirkel zu schaffen und die SAPV in der jeweiligen Region weiterzuentwickeln. Auftakt der regionalen Netzwerke war ein Treffen des Palliativteams Berlin im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf.

Derzeit wird zur Erfüllung dieser Aufgaben eine Satzungsänderung angestrebt, um insbesondere die SAPV-Leistungserbringer in der Pflege einzubinden. Die Geschäftsstelle wird durch die Einstellung einer Koordinatorin gestärkt. Somit entwickelt sich Home Care Berlin e.V. aktuell von einem Verein mit einer gemeinsamen Idee zu einem berufsübergreifenden Verband der SAPV. Home Care Berlin e.V. ist Mitglied am Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung und hat darüber hinaus in einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches mitgearbeitet.

3.10.3 SAPV-Netzwerk Pflege

Im Jahr 2010 hat sich das SAPV-Netzwerk Pflege als unabhängige Organisation gegründet, um mittels Vereinbarung zwischen Home Care Berlin e.V. und SAPV-Netzwerk Pflege die Ziele der Pflege besser vertreten zu können. Das SAPV-Netzwerk Pflege hat zurzeit 20 Mitglieder und wird durch drei Sprecher vertreten. Außerdem gehören der Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V. und das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. dem Netzwerk an.

Das erste Ziel des SAPV Netzwerks Pflege ist es, den Mitgliedsunternehmen eine rentable wirtschaftliche Grundlage zu sichern. Dazu dienen:

- der regelmäßige Austausch zu Problemen,
- das Finden von (Interims-)Lösungen,

- die Entwicklung von Vorschlägen zur vereinfachten SAPV-Verordnung,
- der Erfahrungsaustausch mit den Kostenträgern und anderen Fachleuten,
- die Evaluierung der patientenbezogenen Informationen.

Mittelfristig verfolgt das Netzwerk folgende Ziele:

- Konstruktive, offene Zusammenarbeit unter den einzelnen Pflegediensten,
- Gründung von kleinen Arbeitsgruppen zur Beratung spezieller Probleme,
- Mitarbeit im Home Care Berlin e.V.,
- Zusammenarbeit mit dem PZBB und HPV B,
- Darstellung von Kleinnetzwerken,
- Aktualisierung der gemeinsamen, zurzeit ruhenden Internetpräsenz.

3.10.4 PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.

Der Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. (PZBB) besteht seit 2001 und hat 75 Mitglieder unterschiedlicher Professionen sowohl aus dem ambulanten als auch stationären Hospiz- und Palliativbereich.

Derzeit strebt das PZBB an, sich als Landesvertretung Berlin-Brandenburg der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) anerkennen zu lassen, um dadurch noch stärker nach außen wirken zu können.

Das PZBB versucht Berlinweit und in Zusammenarbeit mit Brandenburg Entwicklungsmöglichkeiten, Kommunikationsmöglichkeiten und die Vernetzung der bestehenden Strukturen voranzutreiben sowie Fragen der Qualitätssicherung und –entwicklung zu bearbeiten.

Über Mittel der Deutschen Krebshilfe wurden von einzelnen Mitgliedern Forschungsthemen bearbeitet, die einen Beitrag zur Verbesserung der theoretischen Grundlagen in diesem Sektor der Medizin leisteten.

Das PZBB ist Mitglied am Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung und war Mitglied in einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches. Darüber hinaus arbeitet das PZBB in weiteren Netzwerken.

Ein eigener Beirat des PZBB besteht neben Vorstandsmitgliedern aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Hospiz- und Palliativstrukturen aus Berlin und Brandenburg sowie auch Kassenvertreterinnen und Vertreter aus Berlin und Brandenburg. Aus der Politik sind der Staatssekretär für Soziales und ein Vertreter aus dem Ministerium in Brandenburg sowie die Fachreferentin der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung beteiligt.

3.10.5 Arbeitskreis Palliative Pflege

Der Arbeitskreis Palliative Pflege hat seine Arbeit seit seiner Gründung im Jahr 1999 kontinuierlich fortgesetzt. In seinen Dachorganisationen PZBB e.V. und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist er durch Sprecher vertreten. Mitglieder sind derzeit 17 Pflegende, die in unterschiedlichen Einrichtungen bzw. Bereichen tätig sind:

- ambulante palliativpflegerische Versorgung (AAPV und SAPV)
- Palliativstationen
- ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize
- die Zentrale Anlaufstelle Hospiz
- Sanitätshaus
- Wannseeakademie.

Im Zentrum der monatlich 4-stündigen Treffen steht der Informationsaustausch der Mitglieder, die Bearbeitung von Schnittstellenthemen (z.B. Überleitungsmanagement), Falldiskussionen, die Organisation von internen Fortbildungen und einer jährlichen Veranstaltung für die Öffentlichkeit.

In den Jahren 2006, 2008 und 2010 wurden Infobörsen für Interessierte mit dem Fokus auf die Berliner Pflegefachöffentlichkeit im Schöneberger Rathaus organisiert. Sie dienten der Information über Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativarbeit in Berlin und Themen wie Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen, Patientenverfügung-Vorsorgevollmacht-Betreuungsrecht, SAPV und pflegepraktische Hinweise und Erfahrungen.

In einem Rhythmus von zwei Jahren organisierte der Arbeitskreis zusammen mit der Wannsee-Akademie die Bundesweite Fachtagung Palliative Care. Die vierte Tagung im Jahr 2007 stand unter dem Thema „Palliative Versorgung - Stiefkind oder Oase?“ und die im Jahr 2009 unter dem Motto „Mensch-Macht-Maschine“.

Die Vorträge und Workshops beschäftigten sich jeweils mit Modellprojekten von beispielhafter palliativer Versorgung, ethischen, spirituellen, pflegerischen und medizinischen Themen. Die Veranstaltungen waren regelmäßig mit fast 200 Teilnehmern ausgebucht.

3.10.6 Palliativnetz Berlin

Das Projekt „Palliativnetz Berlin“ war eine gemeinsame Initiative des PZBB e.V. und des Home Care Berlin e.V. und wurde durch die Deutsche Krebshilfe e.V. gefördert. Es bestand von 2008 – 2010 als temporäre Beratungs- und Koordinationsstelle für Betroffene und nicht spezialisierte Leistungserbringer. Gründe für die Initiierung dieses Projektes waren:

- Die Versorgung Schwerstkranker wurde als nicht optimal eingeschätzt.
- Spezialisierte Angebote, von denen überdurchschnittlich viele im Vergleich zu anderen Bundesländern in Berlin existierten, waren nur unzureichend bei der Bevölkerung bekannt.
- Die Koordination der Dienste untereinander war verbesserungswürdig.
- Es fehlte eine gemeinsame und allen zugängliche Dokumentation, die zu Informationsverlusten führte, zusätzlichen und therapeutischen Aufwand bedingte und den Informationsfluss und die Qualitätssicherung behinderte.
- Hinderlich war außerdem, dass das Home Care-Projekt nur Krebspatienten einbezog.

So richtete sich das „Palliativnetz Berlin“ auf die Beratung Betroffener, Angehöriger sowie von Hausärzten, Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen aus. Dazu wurde eine telefonische Bereitschaft gesichert und zwei Online-Konsiliardienste geschaffen.

Des Weiteren richtete es sich auf die Verbesserung der Vernetzung bestehender Angebote aus mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten in Berlin zu optimieren. Insbesondere wurde die Einführung der SAPV in Berlin begleitet und unterstützt.

3.10.7 Wohlfahrtsverbände

Von den Wohlfahrtsverbänden: Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. (CV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V. (dpw) und Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg–schlesische Oberlausitz (DWBO) sind in der Vergangenheit wesentliche Impulse für die Errichtung von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen ausgegangen. Im ambulanten Bereich lassen sich von den insgesamt 25 ambulanten Hospizdiensten (unabhängig von der Zielgruppe und Förderfähigkeit) 23 diesen Wohlfahrtsverbänden zuordnen:

dpw	12
DWBO	5
CV	5

Zehn stationäre Hospize gehören nachfolgend genannten Wohlfahrtsverbänden an:

dpw	5
DWBO	4
CV	1

Durch die Wohlfahrtsverbände werden gezielt neue Projekte und Ansätze sowie die Anerkennungskultur und Fortbildung der Ehrenamtlichen gefördert. Unterstützung erfolgt beispielsweise auch hinsichtlich der räumlichen und sächlichen Ausstattung der Hospize/Hospizdienste. Zum Beispiel haben die im dpw organisierten Hospize im vergangenen Jahr mit Hilfe des Verbandes die Webseite www.berliner-hospize.de aufgebaut.

Indirekt werden die Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände durch Zuwendungen des Landes für Zentrale Aufgaben und Befürwortungen für Sondermittel durch das Land unterstützt. So gibt es in den drei o.g. Verbänden jeweils einen Fachreferenten, der u.a. für dieses Thema zuständig ist und der insbesondere durch Gremienarbeit auf die unmittelbare Arbeit und Qualitätsentwicklung in den Strukturen Einfluss nehmen kann. Hierzu gehört auch die Mitarbeit am Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung und den durch ihn gebildeten Arbeitsgruppen.

Weitergehende Einflussnahmemöglichkeiten bestehen seitens der Wohlfahrtsverbände - aber auch der privaten Pflegeverbände - auf die von ihnen vertretenen Einrichtungsträger - im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich - sowie im Rahmen der Vertretung ihrer Einrichtungen gegenüber der Politik, den Krankenkassen und Pflegekassen.

In Berlin gibt es Träger, die sich beispielhaft in der Hospiz- und Palliativarbeit engagieren und über eine ausgewogene eigene Struktur in der Hospiz- und Palliativversorgung verfügen. Dieses besondere Engagement soll durch die Nennung der folgenden drei Träger hervorgehoben werden:

Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH

- Hospiz Schöneberg-Steglitz (ambulant)
- Hospiz Schöneberg- Steglitz (stationär)
- Ambulanter Palliativpflegedienst (SAPV-Vertrag)

UNIONHILFSWERK

- Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie mit ambulantem Hospizdienst Reinickendorf und dem Netzwerk Palliative Geriatrie
- Zentrale Anlaufstelle Hospiz
- Stationäres Hospiz in Planung
- Ambulanter Palliativpflegedienst (SAPV-Vertrag)

Humanistischer Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V.

- V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung
- Interkultureller Hospizdienst Dong Ban Ja
- Ambulanter Kinderhospizdienst Berliner Herz
- Stationäres Hospiz „LudwigPark“
- Ambulanter Palliativpflegedienst (SAPV-Vertrag)
- Tageshospiz in Planung
- MenschenKind (z.T. in diesem Bereich tätig)

3.11 Vernetzung und Kooperation

Vernetzung und Kooperation sowohl ambulant als auch stationär, auf horizontaler wie vertikaler Ebene, mit allen an der Versorgung und Betreuung beteiligten Professionen einschließlich des Zusammenspiels von Haupt- und Ehrenamtlichen sind notwendige Voraussetzungen, um die Ziele einer so genannten integrativen hospizlichen und palliativen Versorgung verwirklichen zu können. Dazu müssen neben einer interdisziplinären und multi-professionellen Zusammenarbeit Schnittstellen definiert, Erfahrungen regelmäßige ausgetauscht und die Ergebnisse evaluiert werden.

In den nachfolgend genannten Bundesgesetzen hat der Vernetzungsgedanke bereits seinen Niederschlag gefunden:

- § 39a Abs. 1 und 2 SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen
- § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, SAPPV) sowie die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V
- § 92c SGB XI – Pflegestützpunkte.

Seit dem In-Kraft-Treten des § 39a SGB V im Jahr 1997 wird bereits die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen gefordert. Es gehört zudem zu den Grundsätzen der Hospizbewegung, dass hospizliche Sterbebegleitung nur multiprofessionell und interdisziplinär erfolgen kann. Die ambulanten Hospizdienste ergänzen durch die ehrenamtliche Sterbebegleitung die ärztliche und pflegerische Behandlung und Versorgung der Patienten und wirken mit ihrem speziellen Wissen und den besonderen Erfahrungen in andere Strukturen (z.B. vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser) hinein. Maßgeblichen Anteil daran hat auch die so genannte palliativpflegerische Beratung, die von den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Hospizdienste (ambulant wie stationär) geleistet wird.

Ausgewählte Praxisbeispiele einer gelungenen Kooperation und Vernetzung:

- Nach Recherchen im HPV B gibt es aktuell 31 schriftliche Kooperationsverträge zwischen ambulanten Hospizdiensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen; weitere sind in Kooperationsverhandlungen. Viele Hospizdienste arbeiten aber auch ohne schriftliche Kooperation mit vollstationären Pflegeeinrichtungen eng zusammen.
- Ähnliches erfolgt zwischen einzelnen Diensten, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern, wobei jeder Hospizdienst und jedes stationäre Hospiz regionale Netzwerke pflegt, z.T. innerverbandlich aber auch mit anderen Institutionen/Professionen der Region, u.a. auch mit einzelnen Fortbildungseinrichtungen, wie z.B. der Wannsee-Akademie (s. 3.12).
- Es gibt darüber hinaus auch Vernetzungen über die Landesgrenze hinaus, z.B. mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Brandenburg e.V.. Internationale Beziehungen pflegen z.B. das Ricam-Hospiz durch Kontakte mit einer Missionsstation in Japan und das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie mit Einrichtungen in Österreich.
- Zu nennen sind auch die bereits beschriebenen Netzwerke, wie das gesamtstädtische Projekt MenschenKind (s. 3.3.8), das Netzwerk Palliative Geriatrie (s. 3.5), der AK Trauer Berlin (s. 3.8) der AK Palliative Pflege (s. 3.10.5), Das SAPV-Netzwerk Pflege u.a..

Aktuell steht die praktische Umsetzung der SAPV, SAPPV im Vordergrund. In den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d SGB V heißt es u.a.: „Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell Versorgungsstruktur im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vorzulegen.“

Im Jahr 2010 haben das PZBB, HPV B und Home Care Berlin eine Strukturinitiative gestartet, um den Erfordernissen einer regionalen Vernetzung im Rahmen der SAPV besser nachkommen zu können und mehr Transparenz herzustellen. Netzwerkpartner auf regionaler Ebene sollen neben den in der SAPV tätigen Ärzten, Palliativpflegediensten und Hospizeinrichtungen vor allem die Hausärzte-/Fachärzte, Pflegedienste, die im Rahmen der AAPV tätig sind, aber auch andere beteiligte Berufsgruppen sowie Pflegestützpunkte, Apotheken u.a. sein.

Der vierte Runde Tisch hat sich u.a. mit diesem Thema beschäftigt. So sollen beispielsweise Pflegestützpunkte in die regionalen SAPV-Netzwerke eingebunden werden. Pflegestützpunkte sind vernetzte Beratungsstrukturen, die neben der umfassenden Beratung dazu beitragen sollen, die Teilhabe der betroffenen Menschen in der Gesellschaft zu stärken. Dazu sollen sie Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche sowie zum bürgerschaftlichen Engagement bereite

Personen und Organisationen in die Tätigkeit einbinden und kirchliche und sonstige religiöse und gesellschaftliche Träger und Organisationen die Beteiligung an ihrer Arbeit ermöglichen.

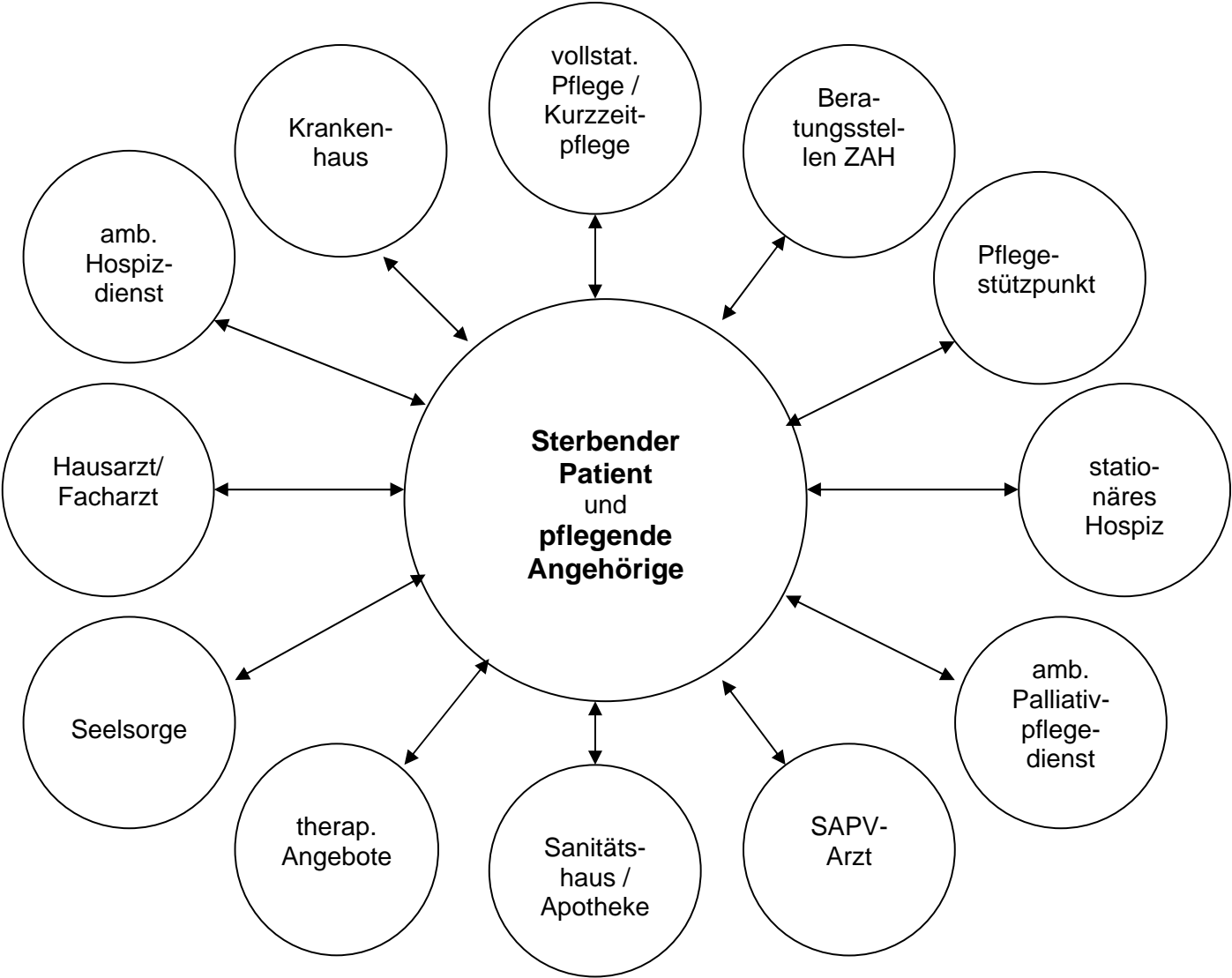
Eine erste Zusammenkunft mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Berliner Pflegestützpunkte hat stattgefunden. Viele Pflegestützpunkte, insbesondere die landesseitigen, pflegen seit Jahren gute Kontakte zu den spezialisierten Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch die gemeinsame Nutzung der Datenbank Hilfelotse spielt dabei eine wichtige Rolle. Trotzdem besteht ein hoher Fortbildungsbedarf, insbesondere zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Es wurde deshalb vereinbart, dass das Thema in der Arbeitsgemeinschaft Berliner Pflegestützpunkte (ABP) fortgeführt und gemeinsam geplante Maßnahmen zur Wissensvermittlung erfolgen werden.

Zurzeit werden von einigen in der SAPV tätigen Trägern in den nachfolgend genannten Regionen Netzwerke konstituiert, in denen vor allem SAPV-Ärzte, SAPV-Leistungserbringer in der Pflege und Hospizdienste zusammenarbeiten, wobei die bestehende Lücke in der Region Ost noch geschlossen werden muss:

- Region Südost
- Region West
- Region Südwest
- Region Mitte-Nord
- Region Süd.

Die folgende Grafik stellt noch einmal im Überblick alle Institutionen/Professionen dar, die im Sinne einer integrativen Hospiz- und Palliativversorgung an der Behandlung, Versorgung, Pflege und Begleitung des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen beteiligt sind. Das im Rahmen der SAPV geforderte Case Management der spezialisierten Leistungserbringer kann nur in Zusammenarbeit mit den hier aufgeführten Beteiligten zum Wohle der Patienten und ihren Angehörigen erfolgen, wobei die Leistungsträger (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger u.a.) aus Übersichtsgründen weggelassen wurden.

Versorgungsnetzwerk



3.12 Fort- und Weiterbildung

Das Thema Fort- und Weiterbildung gehört zur Qualitätssicherung aller Einrichtungen und betrifft alle Professionen.

Für die ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize sind die Voraussetzungen in den jeweiligen Rahmenvereinbarungen für die Haupt- und Ehrenamtlichen geregelt. Darüber hinaus sollen nach Forderung des DHPV mindestens 75% aller Pflegefachkräfte in stationären Hospizen eine Palliative Care-Weiterbildung vorweisen.

Auf der Internetseite des DHPV sind nachfolgende Weiterbildungseinrichtungen in Berlin ausgewiesen:

- TABEA e. V.
- AWO- Arbeiterwohlfahrt Bundesakademie
- Diakonische Akademie für Fort- und Weiterbildung
- Diakonische Akademie für Fort- und Weiterbildung
- Fort- und Weiterbildungsstätte der Charité Campus Benjamin Franklin
- Fort- und Weiterbildungsstätte der Charité Campus Benjamin Franklin
- Wannsee-Akademie
- Evangelischer Diakonieverein Berlin Zehlendorf e.V.

Beispielhaft sollen an dieser Stelle auszugsweise die **Aktivitäten der Wannsee-Akademie** für den Berichtszeitraum 2006 - 2010 wiedergegeben werden. Die Wannsee-Akademie ist eine nach DIN ISO 9001 zertifizierte Einrichtung (2008) und die größte Fort- und Weiterbildungseinrichtung, die für Berlin den größten Teil der Fort- und Weiterbildungen erbringt und regelmäßig, entsprechend sich entwickelnder Bedarfe neue Angebote konzipiert.

Neben den vielfältigen, geforderten Zusatzqualifikation gemäß § 39a Abs. 1 und 2 SGB V, die von Anbeginn für verschiedene Berufsgruppen angeboten werden, werden regelmäßig Fachtagungen, zurzeit auch der 9. Kongress der Gesellschaft für Palliativmedizin (s. 4.1.6), vorbereitet und durchgeführt. Es wurden Curricula entwickelt und danach Kurse durchgeführt, z.B. zur Hospizkultur im Pflegeheim oder das Interdisziplinäre Fallseminar einschließlich Supervision – Palliative Care, das durch die Berliner Ärztekammer anerkennt und zertifiziert ist und bundesweit der einzige Kurs, der interdisziplinär ausgerichtet ist. Zu den neu entwickelten Curricula gehören auch die Zusatzqualifikation Psychoonkologie, die Zusatzqualifikation Pain Nurse und „Train-the Trainer“.

Um den Fort- und Weiterbildungsbedarf zu erfassen, ist die Wannsee-Akademie Mitglied in folgenden Organisationen bzw. Arbeitsgruppen oder –kreisen vertreten:

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – Arbeitskreis Palliative Pflege, Regionalgruppe Berlin
- DGP Arbeitskreis Aus-/Fort- und Weiterbildung
- Deutsche Krebsgesellschaft, Konferenz Onkologische Krankenpflege
- Verbund der Kursleiter der DGP für Palliativmedizinische Kurse
- PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.
- Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bereich Hospiz und Palliativversorgung
- Verbund der Bundesweiten Trainer in Palliative Care für Pflegende
- Lokales Organisationskomitee zur Planung, Vorbereitung und Durchführung des 9. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin 2012

Die Vielfältigkeit der Angebote und die Zahl der ausgewiesenen Kurse demonstrieren eindrucksvoll, dass eine hohe Nachfrage nach Fort- und Weiterbildungen und demzufolge auch große Inanspruchnahme durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Berliner Einrichtungen besteht. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die fortgebildeten Fachkräfte die tragfähige Basis bilden, auf der sich die Fortentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung vollziehen

kann und hospizliches und palliatives Denken und Handeln auch außerhalb der spezialisierten Einrichtungen Verbreitung findet.

Befördert wurde dies für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den seit 2008 im Rahmen der Vergütungsverhandlungen gewährten Zuschuss in Höhe von 0,30 Euro/pro Platz/Tag für Fortbildungen in der vollstationären Pflege.

Ärztinnen und Ärzte können auf Basis der Weiterbildungsordnung der **Ärztelammer Berlin** eine Zusatz-Weiterbildung "Palliativmedizin" erwerben und im Rahmen dieses Anerkennungs-erwerbs auch spezifische Kurs-Weiterbildungen nachweisen. Anbieter entsprechender Kurse müssen diese im Vorfeld von der Ärztelammer Berlin anerkennen lassen. Hierzu gehören:

- Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. und Home Care Berlin e. V.
- Wannsee-Akademie, Fort- und Weiterbildungsstätte für Gesundheitsberufe
- MedConcept Gesellschaft für medizinische Konzepte mbH
- MEDplus Consult Dr. med. Bernd Schloemer
- DAGST Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.
- Björn Schulz Stiftung.

Die aktuell für die ärztliche Weiterbildung seitens der Ärztelammer Berlin anerkannten Kurse für die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin sind unter dem folgenden Link aufgeführt:

http://www.aerzteammer-berlin.de/10arzt/15_Aerztliche_Weiterbildung/30_Kurse_fuer_die_WB_anerkannt.html#Palliativmedizin

Von der Ärztelammer Berlin wurde folgender aktueller Stand der Anerkennungen in der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin mitgeteilt:

2006:	19
2007:	18
2008:	39
2009:	18
2010:	31
Gesamt:	125

Zurzeit sind in Berlin insgesamt 134 Ärztinnen und Ärzte, die die Zusatz-Bezeichnung Palliativmedizin führen, ärztlich tätig.

Zum **Themenkreis Trauer** hat das **Lazarus Hospiz** zwei Fortbildungsreihen in Kooperation mit der Diakonischen Akademie für Fort- und Weiterbildung im Jahr 2011 geplant und wird diese bei entsprechender Nachfrage auch in den kommenden Jahren fortsetzen:

- a) zum Thema „In der Trauer begleiten“ und
- b) zum Thema „Begleitung von Menschen mit Demenz am Lebensende“, die bereits ein zweites Mal durchgeführt wird.

Ergänzend seien zum Thema Fort- und Weiterbildung die unter 3.3.1 dargestellten Aktivitäten der **Björn Schulz Stiftung** in eigener Akademie, die unter 3.4 dargestellten Aktivitäten im Rahmen des **Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie** sowie die Vortragsreihe: Ringvorlesung „Der sterbenskranke Patient“ - Kommunikation – Ethik – Palliativmedizin - an der **Charité - Universitätsklinikum Berlin** erwähnt.

3.13 Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung

Als wichtigstes Ergebnis des im Jahr 2005 fortgeschriebenen Hospizkonzeptes wurde der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin am 13. Juni 2006 unter der Leitung der damaligen Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Frau Dr. Knake-Werner gegründet.

Die vielfältigen Aktivitäten sollen gebündelt, ihre Transparenz erhöht und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung unter den Aspekten Bedarfsnotwendigkeit, Zugänglichkeit, Bürgernähe und Qualitätssicherung in der palliativen und hospizlichen Versorgung optimiert werden.

Der Runde Tisch bestand zunächst aus 22 Mitgliedern und ist mittlerweile auf 42 Mitglieder angewachsen: Vertreterinnen und Vertreter der Politik (SenIAS, SenGUV und der Fraktionen des Abgeordnetenhauses), aus den die Interessen der Hospize und Palliativversorgung vertretenden Organisationen (Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V., PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V., Home Care Berlin e.V., der unter dem Dach des UNIONHILFSWERK bestehenden Strukturen: Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin), des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin e.V., der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Wohlfahrtsverbände und privaten Pflegeverbände, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, DBfK Nordost e.V., des Berufsverbandes der Allgemeinärzte in Berlin und Brandenburg - Hausärzteverband - e.V., sowie der Wannsee-Akademie, des Landesseniorenbeirates und die Patientenbeauftragte.

Der Runde Tisch hat bisher viermal getagt. Seine fünfte Sitzung fand am 07. Februar 2011 statt. Wesentlicher Inhalt war die Umsetzung der SAPV. Hierzu wurden bisher mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung drei Arbeitsgruppen eingesetzt.

Die Bildung der ersten Arbeitsgruppe wurde auf dem zweiten Runden Tisch am 13.06.2007 beschlossen. Sie bestand aus 15 Mitgliedern und hat sich mit der konkreten Umsetzung der SAPV in Berlin auf der Grundlage der bestehenden Strukturen beschäftigt. Ihre Zusammensetzung ermöglichte es, die Interessen einer großen Zahl von ambulanten, stationären Einrichtungen, der Krankenkassen sowie ehrenamtlichen Strukturen an der Gestaltung der neuen Umsetzung zu beteiligen. Dem dritten Runden Tisch wurde am 19.11.2008 eine entsprechende Empfehlung unterbreitet.

Die zweite Arbeitsgruppe war Ergebnis des dritten Runden Tisches. Sie bestand aus 13 Mitgliedern und beschäftigte sich mit der konkreten Umsetzung der so genannten Spezialisierten Ambulanten Pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV). Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe „Empfehlungen zur Umsetzung der „Spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung“ (SAPPV) im Land Berlin“ wurde auf dem vierten Runden Tisch vorgestellt.

Eine dritte Arbeitsgruppe, bestehend aus 17 Mitgliedern, hat im September 2010 ihre Arbeit mit dem Schwerpunkt der Verbesserung der Hospiz- und Palliativkultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen begonnen. Diese Arbeitsgruppe wird ihre Arbeit im Jahr 2011 fortsetzen und zu einzelnen die Sterbekultur und Palliativkompetenz in Heimen betreffende Fragen durch Hinzuziehung von Praktikern verschiedener Professionen aus den Einrichtungen weiter bearbeiten. Eine Erhebung zur Sterbekultur und Palliativkompetenz in Heimen ist in den Jahren 2011/2012 geplant (s. 4.9).

3.14 Finanzielle Förderung durch Senat und Einsatz von Drittmitteln

Neben der laufenden Förderung der beiden gesamtstädtischen Projekte Zentrale Anlauf- und Beratungsstelle Hospiz und Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V. (s. 3.8 und 3.10.1) hat der Senat durch Sondermittel einmalige Projekte unterstützt. Von 2006 - 2010 wurden von der zuständigen Senatsverwaltung 19 Anträge auf Förderung durch PS- Sparen und Gewinnen

der Berliner Sparkasse bzw. durch Mittel der Deutschen Klassenlotterie (DKLB) befürwortet und Mittel in Höhe von insgesamt **23.626 Euro** (PS) und **952.626 Euro** (DKLB) an die Träger ausgezahlt.

Laut Veröffentlichung der **Deutschen Hospizstiftung** wurden seit 1996 insgesamt neun Berliner Hospizinitiativen finanziell unterstützt.

Ebenso sind Mittel aus der ARD-Fernsehlotterie "Ein Platz an der Sonne" in Berliner Projekte geflossen; 500.000 Euro wurden beispielsweise beim Festakt anlässlich der Eröffnung des ersten katholischen Hospizes in Berlin, des Caritas-Hospiz Pankow, als Scheck übergeben.

Auch die **Stiftung Deutsches Hilfswerk, die Kruppstiftung, die Robert-Bosch-Stiftung** und weitere Stiftungen haben auf Antrag einzelner Projekte die Hospizarbeit in Berlin unterstützt.

Mehrere Hospize reichten Projekte für eine Förderung durch das so genannte **Lokale Soziale Kapital (LSK)** ein.

Im Palliativbereich werden vor allem Forschungsvorhaben durch die **Deutsche Krebshilfe e.V.** unterstützt, so u.a. auch das unter 3.10.6 vorgestellte Palliativnetz Berlin.

4. Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Sterbenden ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen, ist wesentliches Element einer humanen Gesellschaft und fester Bestandteil der Berliner Sozial- und Gesundheitspolitik. Mehr als 90 Prozent aller Menschen wünschen zu Hause zu sterben. Die Realität sieht heute jedoch noch anders aus, denn mehr als die Hälfte sterben in Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen und nur wenige daheim. Sterbende, deren Lebensweg unabweichlich zu Ende geht, brauchen nicht den Einsatz aller Möglichkeiten der High-Tech-Medizin. Sie brauchen eine reflektierende Medizin und Pflege, die den Blick für die Begrenztheit der eigenen Bemühungen und die Bedürfnisse der Sterbenden nicht verliert. Sie brauchen Menschen an ihrer Seite, die bereit sind, die Ängste und Sorgen der Sterbenden mit zu tragen.

Die Stärkung der ambulanten Hospizarbeit sowie der palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Versorgung ist daher eine überzeugende Antwort auf die immer wieder in der Öffentlichkeit geäußerte Forderung nach aktiver Sterbehilfe.

Der Angst vor einem langen Sterbeprozess, vor Schmerzen und vor Hilflosigkeit gegenüber ärztlichen Entscheidungen kann heute durch die ambulante und stationäre Hospizarbeit sowie die Verbesserung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung, wie mit der Einführung der SAPV geschehen, wirksamer als früher begegnet werden.

Auch die **ca. 1.300 Ehrenamtlichen** der Berliner Hospizbewegung tragen dazu bei, dass Sterbende die letzte Phase ihres Lebens in Würde erleben können.

Die würdevolle Begleitung Sterbender umfasst die wirksame Kontrolle der Schmerzen und anderer belastender Krankheitssymptome, aber auch psychologische und mitmenschliche Zuwendung, Hilfe bei sozialen Problemen sowie spirituelle Begleitung. Alle Versorgungsstrukturen für eine mitfühlende und qualitativ hochwertige Begleitung Sterbender müssen sich angefangen vom ambulanten Hospizdienst, über die Pflege in stationären Hospizen bis hin zu einer hochqualifizierten palliativmedizinischen Versorgung im Akutkrankenhaus und einer palliativpflegerischen Versorgung in vollstationären Einrichtungen erstrecken.

Das Sterben wird in unserer heutigen Gesellschaft als wichtige Phase des Lebens verstanden – aber auch gefürchtet. Die qualifizierte und lebensbejahende Arbeit der Berliner Hospizbewegung und der in ihrem Sinne arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten und stationären Einrichtungen hat in Berlin zu einer Humanisierung im Umgang mit Sterben und Tod beigetragen. Vernetzt im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen, wurde ein würdevoller, sicherer Rahmen für schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen

geschaffen. Allerdings profitieren noch zu wenige Menschen hiervon. Es gilt, die Berliner Versorgungsstrukturen im Sinne einer integrativen palliativen Versorgung fortzuentwickeln. Folgende Ansätze der integrativen palliativen Versorgung sind zu gewährleisten:

- Öffentlichkeitsarbeit zu leisten
- Die Selbstbestimmung des Menschen zu respektieren und ihn zu befähigen, für sich selbst zu entscheiden
- Eine flächendeckende hospizliche sowie palliativmedizinische und palliativpflegerische übergreifende Versorgung im Land Berlin zu gewährleisten
- eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität zu sichern
- Krisenintervention Rund-um-die-Uhr (Pflege und Medizin) sicherzustellen, um mehr Menschen als bisher ein Sterben zu Hause zu ermöglichen
- Beratung und Konsultantätigkeit, z.B. für Hausärzte, Pflegedienste u.a. anzubieten
- Das Familiensystem zu unterstützen und zu stärken
- Die ehrenamtliche Hospizarbeit zu würdigen und weiterhin stärker zu fördern
- Netzwerkbildung, d.h. Kooperation und Integration verschiedener Institutionen untereinander bzw. in einer bestimmten Region, zu fördern
- Koordinierungszentren, -teams, bestehend aus erfahrenen Personen, z.B. aus der Pflege, Medizin, Sozialarbeit u.a., und regionale Netzwerke der bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen zu bilden.

Diese werden in folgenden Handlungsfeldern in Berlin verfolgt:

- Enttabuisierung der Themen Sterben, Tod und Trauer
- Stärkung der Patientenrechte
- Verbesserung der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung
- Stärkung der bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen
- Ehrung des bürgerschaftlichen Engagements
- Optimierung der Vernetzung
- Fortsetzung des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung
- Bedarfsgerechte Ausgestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Forschung

4.1 Enttabuisierung der Themen Sterben, Tod und Trauer

Jeder Mensch weiß, dass er sterblich ist. Dieses Wissen zwingt ihn, sich mit dem Sinn des Lebens auseinander zu setzen. Er kann dem Tod nicht entfliehen. Viele philosophische Richtungen und auch die Religionen haben aus diesem Wissen und dieser Erfahrung heraus Hinweise, ja Lebenshaltungen zu einer "richtigen" Einstellung zum Sterben entwickelt. Im christlichen Europa gab es seit dem Mittelalter neben einer eigenen "Kunst des Lebens" auch eine "Kunst des Sterbens". In Regeln, Riten und Ratschlägen wurden die Menschen angehalten, sich das ganze Leben hindurch immer wieder mit ihrem Tod zu beschäftigen, um ihnen die Angst vor Sterben und Tod zu nehmen.

Die Überzeugung, dass zu einem sinnvollen und geglückten Leben die Annahme der eigenen Sterblichkeit gehört, ist heute vielen Menschen nicht mehr bewusst. Sie erfahren Sterben und Tod häufig erst dann, wenn Angehörige davon betroffen sind.

Seit einigen Jahren lässt sich aber ein neues und großes Interesse an diesen Fragen feststellen. Immer mehr Menschen spüren, dass sie nur dann wirklich als Menschen leben, wenn sie sich mit der Frage des Sterbens befassen.

Es gibt aber auch bei allen in dem Bereich der Hospiz- und Palliativstrukturen Tätigen die Einsicht, dass es ein fortwährender und stetiger Prozess sein muss, diese Themen und den Hospizgedanken in die Öffentlichkeit zu tragen und immer wieder neu zu problematisieren.

Dieser Prozess ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess und kann deshalb nicht allein durch die Hospizbewegung getragen werden. Diese Fragen gehen jeden Menschen in unserer Ge-

sellschaft an und deshalb muss auch die Öffentlichkeitsarbeit auf breite Schultern verteilt werden.

Vor dem Hintergrund der Kenntnis über Inanspruchnahme und Bedarf an hospizlicher Begleitung scheint es offenbar so zu sein, dass der Informationsgrad über die Angebote ambulanter Hospizdienste und stationärer Hospize noch nicht überall ausreichend ist und die Aufgabe, den Hospizgedanken in die Gesellschaft zu tragen und dort nachhaltig zu verankern, noch nicht erfüllt ist.

Folgende Teilmaßnahmen können einen Beitrag dazu leisten:

4.1.1 Hospizwoche

Die Hospizwoche ist eine mittlerweile seit 13 Jahren eingeführte Veranstaltung, um den Hospizgedanken in Berlin weiter zu verbreiten und die Beteiligten - sowohl Laien als auch das Fachpublikum zusammen zu führen.

- Es wird angeregt, in der jährlichen Hospizwoche eine Veranstaltung im Parlament durchzuführen, die in Anlehnung an „**Senioren debattieren im Parlament**“ im Rahmen der Seniorenwoche – „**Hospize debattieren im Parlament**“ heißen könnte.
- Das Land Berlin wird weiterhin die Öffentlichkeitsarbeit zur Hospizwoche über Sondermittel unterstützen.

4.1.2 Broschüren

- Nach dem Erscheinen in den Jahren 2006 und 2008 wird die dritte und erweiterte Auflage der von der ZAH erarbeiteten Broschüre „**Wenn der Arzt nicht mehr heilen kann...**“ in die von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales herausgegebene Schriftenreihe „**Gut altern in Berlin**“ aufgenommen (Ausgaben in Höhe von 7.500 Euro). Bei den früheren Auflagen entstand regelmäßig ein Finanzierungsproblem. Das Land Berlin unterstützte hier durch Befürwortung von Sondermitteln.
- Der Arbeitskreis Trauer Berlin der ZAH wird eine eigene **Broschüre zum Thema Trauer** mit Selbstdarstellungen der Angebote derjenigen Träger, die im AK Trauer Berlin vertreten sind, herausgeben.

4.1.3 Informationsplattform

- Eine Informationsplattform soll durch einen weiteren niedrighschwelligem Zugang unter Federführung und mit den Erfahrungen der ZAH im Internet auf www.hospiz-aktuell.de alle in Berlin tätigen Hospizstrukturen abbilden. Hierzu sind in Zusammenarbeit mit der zuständigen Senatsverwaltung und unter Einbezug des HPV B die notwendigen konzeptionellen Voraussetzungen abzustimmen.
- Ziel der neuen Informationsplattform soll ein einheitliches Erscheinungsbild mit einheitlichen Aussagen aller hospizlichen Strukturen mit einer Verlinkung zu den entsprechenden individuellen Internetpräsentationen der Träger sowie zum Pflegeportal des Landes Berlin: <http://www.berlin.de/pflege/> sein.

Von der ZAH wurden, wie bereits unter 3.8 ausgeführt, die Daten über die Strukturen in die Datenbank des Hilfelotsen eingepflegt und somit auch den landeseigenen Berliner Pflegestützpunkten zugänglich gemacht. Im Hilfelotsen sind jedoch unter diesem Stichwort auch Angebote enthalten, die nicht zu den hier dargestellten Hospizstrukturen gehören.

- Es sollen Abstimmungen erfolgen, um im Rahmen des Hilfelotsen für die Verbraucher die Hinleitung zu den Hospizstrukturen einerseits und zu den dort zu findenden weiteren Angeboten andererseits besser zu gestalten.

- Insgesamt zielen diese Aktivitäten darauf ab, dass die Transparenz erhöht wird und die Verbraucher sowie Beratungsstellen, wie z.B. die Pflegestützpunkte, auf solide qualitätsgesicherte Datensammlungen zurückgreifen können.

4.1.4 Initiierung eines Fernseh-Thementages

- Das Land wird sich für die Einführung eines Thementages Hospiz bei der ARD oder dem RBB einsetzen. Das Medium Fernsehen erreicht insgesamt die größte Zahl der Menschen und kann somit die wichtigen Ziele, wie Enttabuisierung von Sterben, Tod und Trauer und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit, am effektivsten und nachhaltigsten befördern sowie auf sehr unterschiedliche Art und Weise transportieren:
 - Vorstellung einzelner Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung,
 - Interviews mit Haupt- und Ehrenamtlichen,
 - Interviews mit Betroffenen und Angehörigen,
 - Diskussion zu palliativmedizinischen, palliativpflegerischen, aber auch ethischen und rechtlichen Fragestellungen unter Hinzuziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Praxis und der Wissenschaft,
 - Buch- und Filmvorstellungen,
 - Ausstellungen und Reportagen
 - Best Practice-Beispiele, z.B. Gewinnung von Ehrenamtlichen, Spendern, Sponsoren, Netzwerken,
 - Vorstellung von Trauerangeboten,
 - Vorstellung von die Hospizarbeit unterstützenden Projekten/Maßnahmen: Hospizwoche, Tätigkeit der Schirmherrinnen und Schirmherren, das Theater „Carpe diem“ u.a.

4.1.5 Fachtagungen und Veranstaltungen einzelner Träger

Die Fachtagungsreihe „Palliative Geriatrie Berlin“

Die Fachtagung „Palliative Geriatrie“, organisiert vom UNIONHILFSWERK, wird weiterhin einmal jährlich durchgeführt. Ziel ist es, dem Thema der Versorgung hochbetagter Menschen am Lebensende ein besonderes Gewicht zu verleihen und sich darüber auch mit Initiativen aus dem deutschsprachigen Raum (andere Bundesländer, Schweiz und Österreich) zu verknüpfen und deren Wissen in Berlin nutzbar zu machen (s. 3.4).

Bundesweite Fachtagung Palliative Care

Diese bereits fest etablierte bundesweite Fachtagung Palliative Care (s. 3.10.5 und 3.12) wird weiterhin an der Wannseeakademie in Zusammenarbeit mit dem AK Palliative Pflege alle zwei Jahre konzipiert und durchgeführt.

Infobörse des Arbeitskreises Palliative Pflege

Alle zwei Jahre führt der AK Palliative Pflege (s. 3.10.5) eine Infobörse, alternierend mit der in Zusammenarbeit mit der Wannsee-Akademie organisierten bundesweiten Palliativ-Fachtagung, durch.

Bundesweite Tagung zur Thematik der interkulturellen Sterbe- und Trauerbegleitung

Der Humanistische Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V. mit seinem Interkulturellen Hospizdienst Dong Ban Ja plant für das Jahr 2011 gemeinsam mit der Friedrich-Ebert-Stiftung eine bundesweite Tagung zur Thematik der interkulturellen Sterbe- und Trauerbegleitung, getragen von dem Wunsch auf weitere Verbreitung der Erfahrungen und Arbeit dieses Hospizdienstes auch über die Grenzen Berlins hinaus (3.2.1).

9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Im Jahr 2012 wird in Berlin der 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin stattfinden. Die in Berlin tätigen Mitglieder dieser Gesellschaft (s. 3.10.4 und 3.12) arbeiten im

Organisationskomitee mit und sind daher aktiv an der Vorbereitung, Organisation und Durchführung dieses Kongresses beteiligt.

4.2 Stärkung der Patientenrechte

Um die Ziele des Gesetzes zur Regelung der Patientenverfügung zu erreichen, ist es notwendig, dass Menschen noch in „gesunden Zeiten“ eine Patientenverfügung abschließen und somit ihrem Willen und ihrer Selbstbestimmung im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen mit Ausdruck verleihen. Bereits unter 3. sind an mehreren Stellen Beispiele zu bisherigen Aktivitäten in diesem Bereich beschrieben worden.

In der Vergangenheit haben sich darüber hinaus auch weitere z.T. bundesweite Institutionen und Verbände dieser speziellen Aufgabe gewidmet. Hierzu gehören u.a. die Deutsche Hospizstiftung und viele christliche Institutionen.

Patientenverfügungen stärken die Selbstbestimmung der Patienten, indem sie ihre eigenen Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung und Pflege bei Einwilligungsunfähigkeit bezogen auf konkrete Situationen benennen. Dies führt zu mehr Sicherheit der Patienten, Angehörigen, Ärzten und Betreuern, damit der freiverantwortlich gefasste Wille des Menschen bis zuletzt beachtet wird. Patienten sollen im Zusammenhang mit der Abfassung einer Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellen. Das heißt, sie sollten genau bedenken, wer ihren Willen durchsetzt.

Die Aktivitäten zur Stärkung der Patientenrechte werden nachfolgend zusammengefasst:

- Die Forderung, die Patientenrechte zu stärken, bezieht sich auf alle Professionen und Einrichtungsarten, d.h. vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Krankenhäuser u.a.. Beispielsweise sollten bereits bei der Aufnahme in eine Einrichtung die Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung angesprochen bzw. schnellstmöglich geklärt werden.
- Die Hospizdienste und auch die Zentrale Anlaufstelle Hospiz sehen einen Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Beratung, insbesondere zur Patientenverfügung und zu weiteren Vorsorgebestimmungen. Diese Aufgabe ist notwendig und wird immer wichtiger. Die Haupt- und Ehrenamtlichen werden zu diesem Thema geschult und regelmäßig fortgebildet, um eine entsprechende Qualität dieser Beratungsleistungen zu gewährleisten. Darüber hinaus werden besondere Projekte zu diesem Thema durchgeführt.
- Als neues Projekt unter Federführung der ZAH und aufbauend auf die bereits oben geschilderten Erfahrungen (s. 3.8) soll die Beratung zu Patientenverfügungen in Zusammenarbeit mit den Kontaktstellen PflegeEngagement für einen weit größeren Personenkreis stufenweise ausgebaut werden. Die Abstimmungen dazu müssen noch erfolgen.
- Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die Patientenrechte gemäß der gesetzlichen Forderung zu berücksichtigen. Eine dementsprechende Beratung, Begleitung und Unterstützung der Patienten sollte selbstverständlich sein. Eine aktuelle Untersuchung zu diesem Thema konnte dies leider nicht bestätigen.

4.3 Verbesserung der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Angesichts der unter 3 - Entwicklung seit 2006 in Berlin - dargestellten Zahlen zur Mortalitätsstatistik und zu Sterbeorten stellt sich die Frage: Sind die sterbenden Menschen auf ihr Sterben vorbereitet gewesen, sind sie in ihrem Sterben begleitet worden?

Der Bedarf an (Sterbe-)Begleitungen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen scheint groß zu sein (s. 3.2.1). Dennoch muss immer wieder festgestellt werden, dass Sterben, Tod und Trauer in weiten Teilen unserer Gesellschaft weiterhin Tabuthemen sind. Auch für viele

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die in ihrem Berufsalltag häufig sterbenden und trauernden Menschen begegnen, sind diese Themen mit Unsicherheiten, Ängsten und Gefühlen des Versagens besetzt.

Folgt man den Grundsätzen der Hospizidee, so kommt man unweigerlich zu dem Schluss, dass ein menschenwürdiges Sterben an jedem Ort möglich ist, nicht nur zu Hause oder in einem stationären Hospiz; menschenwürdige Sterbebegleitung ist ebenso in jedem Krankenhaus und in jeder Pflegeeinrichtung möglich! Es kommt jeweils auf die Menschen an, die da sind und sich bereit erklären, für den Sterbenden zu sorgen.

Im Folgenden werden, ausgehend von den unter 3. beschriebenen Rahmenbedingungen in Berlin, Empfehlungen zu deren Verbesserung gegeben sowie im Land Berlin geplante Maßnahmen beschrieben.

4.3.1 Verbesserung der Sterbebegleitung und Palliativversorgung im ambulanten Bereich

Ausgehend von den Bedürfnissen der Menschen, die am liebsten zu Hause im Kreise der Angehörigen, möglichst schmerzfrei sterben möchten, sind alle Maßnahmen darauf zu richten, dieses zu ermöglichen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt deshalb selbstverständlich auch für die Hospiz- und Palliativversorgung. Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist dieser Grundsatz politisch eindeutig unterstrichen worden.

Zur bisherigen Entwicklung der Palliativstrukturen in Berlin ist unter 3.9 ausführlich und unter 3.13 zu den bisherigen Aktivitäten des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung im Zusammenhang mit der SAPV, SAPPV und AAPV berichtet worden. Trotzdem soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass die Umsetzung der Maßnahmen in Verantwortung der Selbstverwaltung liegt. (Das Land hat nicht einmal die Fachaufsicht.)

Folgende Maßnahmen müssen aus Sicht des Landes fortgeführt werden:

- Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung wird die Umsetzung der AAPV, SAPV und SAPPV weiterhin moderierend begleiten, d.h. diese drei Arbeitsschwerpunkte werden regelmäßig in den kommenden Sitzungen aufgerufen.
- Ein besonderer Schwerpunkt muss neben der Umsetzung der SAPV auf die Verbesserung der AAPV gelegt werden. Da – geschätzt – etwa nur ca. 10 % aller Sterbenden einen Anspruch auf SAPV haben, werden ca. 90 % der sterbenden Menschen durch ihren Hausarzt oder Facharzt und oftmals unter Hinzuziehung eines Pflegedienstes bis zu ihrem Tod begleitet. Ihre Situation ist zur Vermeidung von Fehlallokationen zu verbessern, d.h. Krankenhauseinweisungen aber auch das unnötige Hineindrängen von Patienten in das System der SAPV müssen vermieden werden. Hierzu sind neben Anstrengungen im Rahmen der Selbstverwaltung auch Verbesserungen hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen auf der Bundesebene notwendig.
- Die drei Vertragspartner der Rahmenvereinbarung zur SAPV haben im Sinne des Sicherstellungsauftrages dafür Sorge zu tragen, dass die SAPV gemäß der Richtlinie des G-BA (SAPV-RL) und den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V in Berlin umgesetzt wird und die anspruchsberechtigten Versicherten ihre Leistungen, gemessen an ihrem Bedarf, in hoher Qualität erhalten.
- Zwischen den SAPV-Ärzten und SAPV-Leistungserbringern Pflege sowie mit den ambulanten Hospizdiensten sind Kooperationsvereinbarungen zu schließen, um im Sinne eines Palliative Care-Teams zu arbeiten. Die besonderen Erfahrungen und Kenntnisse der ambulanten Hospizdienste sind verstärkt in der SAPV anzuerkennen und zu nutzen. Dadurch wäre gleichzeitig eine Entlastung der anderen Leistungserbringer möglich. Darüber hinaus sind weitere Berufsgruppen (z.B. Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ernährungsassistentinnen und -assistenten) sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger in das Palliative Care-Team einzubinden.

- Regionale Lücken sind zu schließen.
- Insbesondere die Vernetzung und Kooperation der SAPV-Leistungserbringer mit dem Regelleistungssystem und den regionalen Strukturen im Gesundheits- und Sozialbereich sind auszubauen. Seitens des Runden Tisches und der Fachverwaltung werden die Maßnahmen begleitet.
- Die Arbeitsgruppe des Runden Tisches zu Hospizkultur und Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird sich weiterhin auch mit dem Thema der SAPV in vollstationären Pflegeeinrichtungen auseinandersetzen.
- Zum Problem der Medikalisierung (s. 3.9.2) wird sich das Land Berlin bei der auf Bundesebene angestrebten Reform der arzneimittelrechtlichen Vorschriften für eine Verbesserung der jetzigen Situation einsetzen.
- Die Umsetzung der SAPPV ist in Berlin voranzutreiben und durch alle an diesem Prozess Beteiligten zu befördern. Neben der Vertragsgestaltung zur SAPPV ist auch die Gesamtversorgung von lebenslimitierend, schwerstkranken und sterbenden Kindern weiterhin in den Blick zu nehmen (s. 3.3).
- Einzelthemen werden von den für Gesundheit und Soziales zuständigen Senatsverwaltungen bearbeitet.
- Bei Bedarf werden Spitzengespräche auf Verbandsebene geführt.

4.3.2 Etablierung einer Sterbe- und Abschiedskultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen

An die Ausführungen unter 3.5 anknüpfend, werden im Folgenden vom Land geplante Maßnahmen vorgestellt sowie Empfehlungen an vollstationäre Pflegeeinrichtungen gegeben, die sie in Eigenregie und -verantwortung umsetzen können.

- Um die Ziele des NPG Berlin stufenweise in den Berliner vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Nachhaltigkeit umsetzen zu können, plant das Land eine Anschlussförderung nach Beendigung der Förderung des Projektes durch die Robert-Bosch-Stiftung ab dem Jahr 2013. An die bis dato gesammelten Erfahrungen des vom KPG initiierten Projektes anknüpfend, soll die so genannte Projekt-Werkstatt Palliativ- und Hospizkultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen fortgesetzt werden.

Es ist bekannt, dass die Einführung und Umsetzung einer Hospizkultur ein langfristiger, sensibler Prozess ist. Die Projekt-Werkstatt ist deshalb in drei Phasen (je drei Tage) angelegt:

Basisfortbildung: Seminartage in Blockform vermitteln das „Handwerkzeug“ für erfolgreiches Projektmanagement. Dabei werden praxisnah und anwendungsbezogen die Instrumente und Erfahrungen aus bisherigen Projekten zur „Implementierung einer Hospizkultur im Heim“ genutzt.

Fortbildungs- und Reflexionsphase: Weitere Seminare im Kontext der Indikatoren und Empfehlungen zur Hospizkultur geben Impulse für eine konkrete und erfolgreiche Projektgestaltung. Darüber hinaus steht die Reflexion zur individuellen Situation und zum konkreten Umsetzungsstand vor Ort im Zentrum einer fachlichen und kollegialen Beratung.

Reflexions- und Entwicklungsphase. Im Rahmen des Treffens werden der Projekteinführungsstand sowie die Überführung in eine nachhaltige Regelversorgung diskutiert und reflektiert. Die Phase schließt mit einer Projektpräsentation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab, in der diese eine (Zwischen-)Bilanz zu den Ergebnissen der jeweiligen Einführung ziehen. Ein Projektbericht wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfasst und vorgelegt. Das jeweilige Projekt kann dadurch sowohl trägerintern

als Beispiel wirken oder öffentlichkeitswirksam als Qualitätsnachweis verwendet werden.

Themen-Beispiele:

- Entwicklung von Gesamtkonzeptionen
- Erfassen von Vorstellungen zur letzten Lebensphase
- Unterstützung von Angehörigen
- Kooperation mit Ärzten
- Palliative Notfallplanung
- Teamarbeit und Sterbebegleitung

Die Beratung orientiert sich an den Indikatoren und Empfehlungen zur Hospizkultur im Heim der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2006) (heute Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.) und basiert auf den Erfahrungen verschiedener Modellprojekte und des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie.

Ziele sind:

- Einführung und Umsetzung einer Palliativ- und Hospizkultur auf breiter Basis in den beteiligten vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Ideenaustausch zwischen den beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Kräftesparende Entwicklung von Arbeitshilfen, Leitlinien und Standards nach den Qualitätskriterien des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
- Einführung von Auszubildenden

An einer Projekt-Werkstatt nehmen in der Regel 20 Personen, je eine Person pro Einrichtung teil. Dies sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in leitender Position in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (Heimleitung / Pflegedienstleitung / Bereichsleitung), von der Einrichtung vorgeschlagen, sowie erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer abgeschlossenen Zusatzqualifikation in Palliative Care sein.

Hintergrund der Überlegungen ist, dass neben persönlichem Engagement von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vielen Häusern bereits Elemente einer palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung existieren, ohne dass die Beteiligten dies immer nach außen ausweisen. Die Projekt-Werkstatt integriert diese Erfahrungen und baut auf der hohen Motivation und den fachlichen Kompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf. Sie benötigt zudem die Unterstützung der Einrichtungsträger und deren Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen vor Ort.

- Die ärztliche Versorgung in Berliner vollstationären Pflegeeinrichtungen ist ein Thema, das im Landespflegeausschuss regelmäßig unter Berücksichtigung der im Jahr 2010 gestarteten Initiative der Kassenärztlichen Vereinigungen - auch der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin - behandelt werden sollte.
- Die Vertragspartner des Rahmenvertrages SAPV müssen die Umsetzungen der SAPV in vollstationären Pflegeeinrichtungen stets im Blick behalten.
- Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung wird das Thema durch die eigens dafür eingerichtete Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Hospizkultur und Palliativkompetenz weiterhin behandeln und begleiten.
- Das Thema Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird darüber hinaus auf einer der kommenden Sitzungen des Landespflegeausschusses behandelt.
- Ein regelmäßiger Fachaustausch mit den Berliner Fachhochschulen ist geplant, um Absolventen zu finden, die sich in diesem Arbeitsfeld engagieren und die die Fachverwaltung interessierende Themen wissenschaftlich bearbeiten möchten (s. 4.9).
- Einflussnahmemöglichkeiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK):
Auf der Basis der bundesweit verbindlichen Pflege-Transparenzvereinbarung für stationäre

näre Pflegeeinrichtungen (PTVS) beinhaltet jede MDK-Qualitätsprüfung stationärer Einrichtungen als einrichtungsbezogenes Transparenzkriterium die Fragestellung: „Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?“. Auch die Mindestanforderungen für dieses Prüfkriterium sind bundesweit einheitlich festgelegt. Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn das Konzept mindestens Aussagen über Absprachen der Bewohnerin/des Bewohners mit der Einrichtung über Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Tod vorsieht. Darüber hinaus wird als Mindestvoraussetzung erwartet, dass die stationäre Einrichtung im Konzept die Vermittlung einer psychologischen oder seelsorgerischen Sterbebegleitung, z.B. über einen Hospizdienst vorsieht.

In der fachlichen Beratung der Pflegeeinrichtung unterstützt der MDK den konzeptionellen Ansatz gegebenenfalls mit dem Hinweis, dass Hospiz- und Palliativarbeit von den Rechten und Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen ausgehen muss.

Als Schwerpunkte der Sterbebegleitung werden genannt:

- Symptombehandlung,
- Zuwendung für den Patienten und deren Angehörige,
- Patientenbeobachtung,
- Kommunikation,
- Erfassung der Bedürfnisse im physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich und die Einbeziehung der Angehörigen.

Zur Möglichkeit der Patientenverfügung und Durchführung ethischer Fallbesprechungen wird bei Bedarf hingewiesen.

Darüber hinaus sollen seitens der Einrichtungsträger folgende Maßnahmen weiterhin berücksichtigt werden:

- o Wie das Schaubild unter 3.5. zeigt, ist u.a. die enge und kollegiale Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten der Bewohnerinnen und Bewohner immanent, will man die oben beschriebenen Ziele für eine würdige letzte Lebensphase und ein Sterben in Würde für alle Bewohnerinnen und Bewohner erreichen. Dazu gehört u.a., dass Krankenhauseinweisungen möglichst vermieden werden und parallel der Anspruch auf SAPV konsequent umgesetzt wird.
- o Um mehr hospizliche und palliative Kompetenzen in die Arbeit der vollstationären Pflege einzubeziehen, wird bereits seit 2008 von den Leistungsträgern für Fortbildungsmaßnahmen ein Zuschuss in Höhe von 0,30 Euro pro Tag und pro Platz im Rahmen des Kostensatzes gewährt. Dieser Betrag wird fortlaufend gewährt (s. 3.5).
- o Von der Möglichkeit, seit der Pflegereform gemäß § 82b SGB XI die Ausgaben für die ehrenamtliche Unterstützung in der vollstationären Pflege in den Kostensätzen zu verhandeln (s. 2.2) , haben bisher nur sehr wenige Einrichtungen Gebrauch gemacht. Hintergrund scheint die Konkurrenzsituation zwischen den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu sein. Man möchte den Bewohnerinnen und Bewohnern keine höheren Ausgaben zumuten.
- o Die Zusammenarbeit mit dem Hospiz- und Palliativbereich sollte weiter ausgebaut werden. Wie unter 3.11 ausgeführt, gibt es zurzeit nur 31 Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und ambulanten Hospizdiensten. Darüber hinaus arbeiten viele Einrichtungen jedoch auch ohne schriftliche Vereinbarungen eng zusammen. Diese beschränkt sich nicht nur auf die Sterbebegleitung durch die Ehrenamtlichen, sondern im Rahmen der Fortbildungen wird auf eine verstärkte Umsetzung des Hospizgedankens und der Palliativpflege sterbender Menschen hingewirkt.

4.3.3 Verbesserung der Sterbebegleitung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Ausgehend von den geringen Kenntnissen zur Sterbebegleitung in Einrichtungen für geistig, körperlich und seelisch behinderte Menschen (s. 3.7) und vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention werden folgende Maßnahmen und Ziele für die zukünftige Arbeit empfohlen:

- Den behinderten Menschen ist ihr Anspruch auf SAPV in der Praxis zu gewährleisten.
- Die Träger von Behinderteneinrichtungen sollten mit den in Berlin tätigen Hospizdiensten kooperieren. Die bloße Übernahme von Handlungsstrategien im Rahmen der psychosozialen Sterbebegleitung kommt aufgrund des sehr unterschiedlichen Behinderungsgrades sowie der kognitiven Fähigkeiten der geistig behinderten Menschen nicht in Frage. Dies scheint auch ein wesentlicher Grund zu sein, weshalb das Thema insgesamt bisher nur eine geringe Rolle gespielt hat.
- In Zusammenarbeit mit den Trägern sollte unter Federführung des zuständigen Fachrates in der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung eine Bestandsaufnahme zur derzeitigen Situation und möglicherweise bestehenden Defiziten geplant und durchgeführt werden.
- Vorhandene Erkenntnisse könnten in einem gemeinsamen Leitfaden mit verallgemeinerbaren Handlungsempfehlungen zusammengeführt werden.
- Nach Vorlage der Ergebnisse sollten gemeinsam mit den Trägern weiterführende Maßnahmen beraten und beschlossen werden.

4.3.5 Verbesserung der Sterbebegleitung und Palliativversorgung im Krankenhaus

- Neben den unter 3.9.3 enthaltenen Mindestmerkmalen der abrechnungsfähigen Prozedur der „palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ mit der Schlüssel-Nr. 8-982 in Krankenhäusern, sollten nicht nur die Krankenhäuser mit großen internistischen Abteilungen, sondern jedes Krankenhaus, in dem Patientinnen und Patienten im unaufhaltbaren Sterbeprozess begleitet werden, über ein Konzept verfügen, das die Grundsätze der Palliativversorgung zur Behandlung, Pflege und Begleitung von Sterbenden berücksichtigt.
- Dieses Konzept sollte auch die Berücksichtigung von Patientenverfügungen, die Einbeziehung von Angehörigen in den Behandlungsprozess, die Fortbildung des Personals unter Einbeziehung von Supervisionsmöglichkeiten, die Zusammenarbeit mit ambulanten ehrenamtlichen Hospizdiensten und stationären Hospizen sowie ein spezielles Entlassungsmanagement für Palliativpatienten in die häusliche Umgebung oder eine Einrichtung (z. B. Hospiz oder vollstationäre Pflegeeinrichtung) beinhalten.

4.4 Stärkung der bestehenden Hospiz- und Palliativstrukturen

- Das Land Berlin wird zur Stärkung der bestehenden Strukturen die nachfolgenden beiden gesamtstädtischen Projekte weiterhin mit Landesmitteln in bisheriger Höhe fördern:
 - Zentrale Anlaufstelle Hospiz des UHW Soziale Einrichtungen gGmbH - 41.500 Euro,
 - Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V. - 18.917 Euro.
- Indirekt werden ebenfalls die Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände (s. 3.10.7) durch Zuwendungen des Landes für Zentrale Aufgaben und Befürwortungen für Sondermittel durch das Land unterstützt.

Zentrale Anlaufstelle Hospiz

Die ZAH wird entsprechend der bisherigen Arbeit und sich verändernder Inanspruchnahmen und Bedarfe in Zusammenarbeit mit der Fachverwaltung seine Arbeit neu ausrichten und weiterentwickeln. Folgende Kontinuitäten sowie inhaltlich-konzeptionellen Anpassungen sind vorgesehen:

- Spezialanlaufstelle: Berlinweite, unabhängige qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsstelle (Einzelfallberatung, tel., webbasiert und persönlich) mit dem Überblick über alle relevanten Berliner Angebote im Bereich Sterben, Tod und Trauer
- Strategische Zusammenarbeit / Bildungsarbeit mit den Pflegestützpunkten (PSP) sowie Vernetzung und Beratung von weiteren Multiplikatoren im Gesundheits- und Sozialbereich
- Anlaufstellenfunktion im Netzwerk der Berliner Trauerberatungsanbieter
- Ausbau der hospizlichen und palliativen Aktivitäten für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen
- Zusammenarbeit mit Krankenhäusern: Exemplarische Mitwirkung bei Netzwerkgestaltung und Überleitung
- Institutionenberatung: durch Multiplikatorenschulung, Initiierung von Angeboten und konzeptionellen Ansätzen sowie Gremien- und Netzwerkarbeit
- Bereitstellung von standardisierten Handreichungen für die Beratung der PSP sowie einzelner Bildungsmodule für Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitsbereiches
- Gremienarbeit: Organisation und Koordination des Arbeitskreises Trauer Berlin sowie Zusammenarbeit und Mitwirkung im HPV e. V., DHPV e. V., SAPV Netzwerk Pflege, AK Palliative Pflege Berlin, PZBB e. V., DGP e.V., NPG Berlin, Seniorenvertretungen, Ärztekammer Berlin
- Öffentlichkeitsarbeit rund um die Themen Hospiz und Palliativ / Sterben, Tod und Trauer: Wegweiser „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann“ (in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung / Schriftenreihe), Trauerbroschüre, Zusammenarbeit mit Pflegestützpunkten, Hospizwoche Berlin, Fachtagung Palliative Geriatrie des KPG, Internetseite im Kontext mit dem Pflegeportal
- Regelmäßiger Fachaustausch mit der Berliner Verwaltung und Politik
- Stufenweiser Ausbau der Patientenverfügungsberatung: Insbesondere für ältere Menschen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (in Zusammenarbeit mit dem KPG und den Kontaktstellen PflegeEngagement)
- Palliativgeriatrische Beratungs- und Bildungsarbeit in Zusammenarbeit mit dem KPG und dem Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin
- Um den Aufgaben und neuen Herausforderungen sowie den verschiedenen Zielgruppen gerecht zu werden, wird ein Umzug aus der Nordregion in die Berliner Innenstadt erwogen.

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.

- Durch regelmäßige Arbeitskontakte wird die Arbeit des Hospiz- und PalliativVerbandes Berlin e.V. seitens der Fachverwaltung unterstützt.
- Insbesondere die Übernahme der Kosten für die Hospizwoche (s. 4.1.1) wird die Arbeit der Mitglieder des HPV B wesentlich entlasten.
- Der Vorschlag, „Hospize debattieren im Parlament“ als neue Veranstaltungsreihe regelmäßig in die Hospizwoche (s. 4.1.1) aufzunehmen, wird zu einer weiteren Aufwertung der Hospizarbeit führen.

- Die Verwaltung wird sich weiterhin durch Übernahme der Schirmherrschaft und Redebeiträgen in die Arbeit des HPV B einbringen.

4.5 Ehrung des bürgerschaftlichen Engagements

Bereits unter 3.2.1 - Qualitative Entwicklung - ist zu Grundsätzen der Arbeit mit Ehrenamtlichen und zu deren Anerkennungskultur Stellung genommen worden. Dabei wurde deutlich, dass ihr Engagement weit über die individuelle psychosoziale Sterbebegleitung hinausgeht, d.h. man kann von weitreichendem bürgerschaftlichem Engagement sprechen.

Die Würdigung der Arbeit Ehrenamtlicher erfolgt auf vier Ebenen. Die nach folgenden Maßnahmen haben sich in der Praxis bewährt und werden zukünftig fortgesetzt.

a) innerhalb der ambulanten Hospizdienste bzw. stationären Hospize:

- Ehrenamtsfeste,
- jährliche Dankeschönveranstaltungen,
- gemeinsame Aktivitäten zur Teambildung,
- Gutscheine, die bei Theatern, Wellnesseinrichtungen, Kinos, Gaststätten, Hotels oder ähnlichen Partnern eingelöst werden können,
- begleitendes Sprachtraining, Atemtherapie,

b) auf der Verbandsebene:

- jährliche Dankeschön-Veranstaltung im Rahmen der Hospizwoche

c) auf der Landesebene:

- Verleihung der Berliner Ehrennadel für besonderes soziales Engagement,
- Ehrenamtspass,
- Ehrenamtskarte – erst ab 01.01.2011 neu eingeführt, Verbände können sich bei der Senatskanzlei für den Erhalt von Ehrenamtskarten bewerben. Folgende Kriterien müssen für den Erhalt einer Ehrenamtskarte erfüllt werden:
 - ehrenamtliche Tätigkeit in den vergangenen drei Jahren im Umfang von mindestens 20 Stunden im Monat oder 240 Stunden im Jahr oder
 - ehrenamtliche Tätigkeit in den vergangenen fünf Jahren im Umfang von 10 Stunden oder 120 Stunden im Jahr und
 - das Ehrenamt muss in Berlin ausgeübt werden und
 - es soll die Ansicht bestehen, das Ehrenamt fortzusetzen.
 Zudem darf der Ehrenamtliche für sein Engagement kein Entgelt und keine Aufwandsentschädigung erhalten, die über die Erstattung von Auslagen hinausgeht. Vergünstigungen sind: Vergünstigter Eintritt zu Kultur- und Freizeiteinrichtungen. Die Liste der teilnehmenden Partner kann unter folgendem Link eingesehen werden: <http://www.berlin.de/buergeraktiv/engagement/ehrenamtskarte.html>
- die Aktion „Freie Fahrt für Ehrenamtliche“, bei der 10.000 Fahrscheine für Ehrenamtliche bereit gestellt werden. Der Vertrag wurde zwischen der BVG, der S-Bahn Berlin, der Sozialsenatorin Carola Bluhm und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin geschlossen und kommt auch den Ehrenamtlichen in der Berliner Hospizbewegung zugute.

d) auf der Bundesebene:

- Einladungen zu Neujahrsempfang und Gartenfest beim Bundespräsidenten,
- Verleihung des Bundesverdienstkreuzes.

4.6 Optimierung der Vernetzung

Anknüpfend an die Ausführungen unter 3.11 Vernetzung und Kooperation, sind zur weiteren Optimierung der Vernetzung mit dem Ziel, eine integrative hospizliche und palliative Versorgung in Berlin zu verwirklichen, nachfolgende Maßnahmen fortzuführen:

- Kooperationen zwischen ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen
- Kooperationsverträge zwischen ambulanten Hospizdiensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen und Krankenhäusern
- Kooperationen zwischen ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Ärzten und SAPV-Leistungserbringern Pflege
- Kooperationen zwischen stationären Hospizen und SAPV-Ärzten
- Kooperationen zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Haus-/Fachärzte
- Kooperationen zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen und SAPV-Ärzten und SAPV-Leistungserbringern Pflege
- Weitere Umsetzung der so genannten Strukturinitiative von HPV Berlin e.V., PZBB e.V. und Home Care Berlin e.V.
- Schaffung weiterer regionaler Netzwerke zur Umsetzung der SAPV unter Einbindung der Pflegestützpunkte
- Durch die Mitgliedschaft des Staatssekretärs für Soziales und der Fachreferentin im Beirat des PZBB wird u.a. die Vernetzung der in ihm organisierten Strukturen unterstützt.

4.7 Fortsetzung des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung

- Die bewährte Arbeit des Runden Tisches (s. 3.13) wird fortgesetzt. Hierbei sollen die Veränderungen und Anforderungen an die zukünftige Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin in den Blick genommen werden.
- Unter Moderation des Senats gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen, der Ärztekammer Berlin und Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, den Interessenvertretungen, den ambulanten ehrenamtlichen Hospizdiensten, stationären Hospizen sowie palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Strukturen, den Verbänden (ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern), den Berufsverbänden sowie Weiterbildungseinrichtungen wird der Runde Tisch weiterhin darauf Einfluss nehmen,
 - eine würdige Sterbe- und Abschiedskultur entsprechend den Bedürfnissen der betroffenen schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren nahestehenden Bezugspersonen unabhängig vom Sterbeort zu sichern,
 - den Umsetzungsprozess der SAPV, SAPPV und AAPV in der Praxis regelmäßig zu begleiten und
 - Einfluss auf die Qualität der palliativpflegerischen, palliativmedizinischen Versorgung und der Hospizarbeit zu nehmen.
- Die Bearbeitung bestimmter Themen durch Arbeitsgruppen, bestehend aus Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Runden Tisches, wird fortgesetzt.

4.8 Bedarfsgerechte Ausgestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Forderung der ausreichenden Berücksichtigung der komplexen Themen Sterben, Tod und Trauer in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bezieht sich auf alle Professionen, die an der Behandlung, Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen beteiligt sind (s. 3.12). Ziel aller Maßnahmen ist, den integrative Ansatz der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Einrichtungen zu verwirklichen, um die Situation sterbender Menschen – so

wohl im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor – zu verbessern und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

4.8.1 Alten- und Krankenpflegeausbildung

- Die bereits in der Alten- und Krankenpflegeausbildung eingeführten Curricula werden weiterhin angewendet.
- Darüber hinaus müssen die Themen auch in der praktischen Ausbildung Berücksichtigung finden und vor allem die Auszubildenden nicht mit diesen Fragen allein gelassen werden.

4.8.2 Medizinstudium

- Die Approbationsordnung der Ärzte wurde geändert (s. 2.4). Sie enthält die Forderung, dass Lehrbeauftragte die geforderten Inhalte vermitteln, um Menschen kompetent und würdevoll medizinisch zu betreuen, wenn keine Aussicht mehr auf Heilung besteht, solange kein Lehrstuhl für Palliativmedizin existiert. Langfristig sollen eigene Lehrstühle für Palliativmedizin den Unterricht sichern. Damit erhält der Gedanke eines eigenen Lehrstuhls für Palliativmedizin in Berlin aktuell wiederum einen besonderen Stellenwert.

4.8.3 Fort- und Weiterbildungen

Fort- und Weiterbildungen sind Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und daher für alle Einrichtungen und Professionen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verbindlich zu planen und durchzuführen, um in der Praxis nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse handeln zu können. Während Fortbildungen die durch die Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten erweitern sollen, zielen Weiterbildungen auf eine Weiterqualifizierung, also eine berufliche Weiterentwicklung und / oder einen beruflichen Aufstieg ab.

Um Hospiz- und Palliativkenntnisse nicht nur in den spezialisierten Einrichtungen anzuwenden, sondern sie in alle Versorgungsstrukturen zu integrieren, müssen Fort- und Weiterbildungen zu diesen Themen fortlaufend geplant werden. Die unter 3.3.1 und 3.12 dargestellten Weiterbildungsinstitutionen in Berlin leisten ihren Beitrag, den Fort- und Weiterbildungsbedarf in Berlin auch zukünftig auf hohem Niveau zu decken.

Darüber hinaus gehört es bei allen Hospizstrukturen zum Grundverständnis ihrer Arbeit, dass sie als Fortbildungseinrichtungen durch Vortragstätigkeit, Einrichten von Praktikumsplätzen (z.B. für Auszubildende in der Altenpflege), Hospitationsmöglichkeiten usw. wirken.

Als Praxisbeispiel sollen die Aktivitäten des UNIONHILFSWERKES im Rahmen des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie (s. 3.4) zum Schwerpunkt der stationären Pflege etwas ausführlicher dargestellt werden:

KPG Bildung: Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der palliativgeriatrischen Pflege und Betreuung, Medizin und Ethik sowie Organisation der jährlich stattfindenden Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin und Autorenschaft in Fachbüchern und -zeitschriften (weitere Infos: <http://www.palliative-geriatrie.de/bildung> und <http://www.palliative-geriatrie.de/fachtagung>).

Seit 2004 entwickelt das KPG für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Altenpflege vielseitige Bildungsangebote und setzt diese um. In die Gestaltung von KPG I Bildung sind über die Jahre vielfältigen Erfahrungen und know how in die Palliative Geriatrie eingeflossen: Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Impulse aus der Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin, sowie aus der nationalen und internationalen Netzwerkarbeit des KPG. Im Rahmen des Managements von KPG I Bildung arbeitet das KPG mit der VIA Verbund für Integrative Angebote Berlin gGmbH zusammen.

Unter dem Dach von KPG I Bildung werden ab 2011 palliativgeriatrische Bildungsangebote

(Seminare, Lehrgänge, Lesungen und Workshops) zur Palliativen Geriatrie an drei Berliner Standorten angeboten:

- KPG Bildung Südost (in Treptow)
- KPG Bildung Mitte (in Prenzlauer Berg)
- KPG Bildung Wannsee (in Zehlendorf)

Folgende Maßnahmen werden speziell den vollstationären Pflegeeinrichtungen empfohlen; sie sind jedoch auch auf andere Einrichtungen übertragbar:

- Die Umsetzung und Gewährleistung einer würdevollen Sterbebegleitung und Palliativversorgung sind im Konzept der Einrichtungsträger zu verankern. Neben der Berücksichtigung im Leitbild der Einrichtung werden entsprechende Standards und Richtlinien für den Pflegeprozess entwickelt. Es obliegt den Einrichtungsträgern, im Rahmen der internen Qualitätssicherung das Personal hierzu regelmäßig fortzubilden.
- Die Einrichtungsträger haben auf der Grundlage der bei den Vergütungsverhandlungen seit 2008 berücksichtigten Fortbildungskosten in Höhe von 0,30 Euro/Tag/Platz in Personalgesprächen den Fortbildungsbedarf zu ermitteln und danach ihre Fortbildungspläne auszurichten.
- Gleiches gilt für die Palliative Care-Weiterbildung, die gezielt einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angeboten werden sollte, um langfristig die entsprechende Versorgungsqualität in der Einrichtung bzgl. der Palliativkompetenz sicherstellen zu können.

4.9 Forschung

Wünschenswert wäre eine regere Forschungstätigkeit in Berlin, insbesondere vor dem Hintergrund der oben beschriebenen neuen Aufgabenschwerpunkte: Umsetzung der SAPV und Umsetzung von Sterbekultur und Palliativkompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Maßnahmen:

- Das Land wird eine Erhebung zur Situation der Sterbekultur und Palliativkompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchführen (s. 3.5 und 3.13). Vor dem Hintergrund des Berichtsauftrages, der u.a. fordert, dass in den Einrichtungen eine Sterbe- und Abschiedskultur etabliert werden soll, die der Würde der sterbenden Menschen entspricht und Angehörige mit einbezieht, die Vernetzung zwischen den bestehenden Strukturen optimiert und das Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen sowie Angehörigen im Rahmen der Sterbebegleitung unabhängig vom Sterbeort durch geeignete Maßnahmen befördert werden sollen, ist vom vierten Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung am 29. Juli 2010 eine "Arbeitsgruppe Hospizkultur und Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen" eingesetzt und die Durchführung einer Erhebung beschlossen worden. Mit der Evaluation soll der aktuelle Ist-Stand zur Umsetzung von Hospizkultur und Palliativversorgung in allen Berliner vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Die Ergebnisse der Erhebung sollen der Arbeitsgruppe als Grundlage zur Erarbeitung von Empfehlungen und Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der umfassenden palliativgeriatrischen Versorgung aller Heimbewohnerinnen und Bewohner dienen.

Grundlage der Erhebung sollen die "Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz in Pflegeheimen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2006)" - jetzt Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. bilden. Bei der Implementierung von Palliativkompetenz handelt es sich um ein sehr komplexes Geschehen, in dem alle Bereiche der Einrichtung involviert sind: Heimleitung, Pflegedienstleitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Berücksichtigung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, ehrenamtli-

che Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter / Kooperation mit Hospizdiensten, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäusern, Seelsorge, Bestattungsinstitute, Hauswirtschaft usw., insofern ist die Erhebung entsprechend umfangreich.

Da in der Fachverwaltung kein Personal zur Verfügung steht, um diese Aufgabe übernehmen zu können, soll die geplante Evaluation an externe Experten vergeben werden, die bereits Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld gesammelt haben.

- Die für Soziales zuständige Senatsverwaltung wird durch regelmäßige Abstimmungsgespräche, insbesondere mit den in Berlin ansässigen Fachhochschulen, darauf hinwirken, dass z.B. durch Semester- und Abschlussarbeiten sie interessierende Themen in dem breitgefächerten Aufgabenfeld im Zusammenhang mit Sterben und Tod bearbeitet werden.
- Die seit 2006 laufenden Untersuchungen im Rahmen des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie in den vollstationären Pflegeeinrichtungen der UNIONHILFSWERK Senioreneinrichtungen gGmbH in Zusammenarbeit mit dem PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. zu dem Thema „Wie und wo sterben unsere Heimbewohner?“ wird fortgesetzt.
- Das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. wird ebenfalls seine Forschungstätigkeit fortsetzen.

A Glossar

<p>Hospiz</p>	<p>Hospiz (lat. hospitium = Herberge, metaphorisch Ruheplatz) ist ein Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. In erster Linie umfasst es die Betreuung final erkrankter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung, aber auch im stationären Bereich (Palliativstation, stationäres Hospiz). Hervorgegangen ist es aus einer bürgerlichen Bewegung (Hospizbewegung), die das Tabuthema Tod und Sterben wieder in der Gesellschaft verankern und den Sterbenden einen Platz im Leben bieten will. Hospiz ist ein von Dame Cicely Saunders 1967 etablierter Begriff für die von ihr in London gegründete Einrichtung zur Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen. Wesentliche Bestandteile des Konzepts sind die individuelle und kontinuierliche Behandlung der Betroffenen durch ein Team, optimale Symptomkontrolle und Beachtung der psychosozialen Bedürfnisse des Patienten sowie die Integration ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer in die Begleitung.</p> <p>Mit Hospiz ist eine Idee und weniger die Baulichkeit gemeint. In Deutschland wird mit stationärem Hospiz eine organisatorisch (und räumlich) von einem Krankenhaus oder einer vollstationären Einrichtung unabhängige Einrichtung bezeichnet.</p>
<p>Palliativmedizin</p>	<p>Definition der DGP: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“</p> <p>WHO-Definition: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“</p> <p>Dies in der verbleibenden Lebenszeit zu verwirklichen, hat Dame Cicely Saunders so beschrieben: „Nicht dem Leben mehr Zeit, sondern der Zeit mehr Leben geben.“</p> <p>Palliativmedizin stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar und kann, unabhängig von der Versorgungsstruktur, entweder ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden.</p>
<p>Palliative Care</p>	<p>Das Wort "palliativ" leitet sich vom lateinischen "Pallium" - dt. "Mantel" -, ab. Wie ein Mantel soll die palliative Begleitung den Schwerstkranken schützend umhüllen. Palliativ meint sowohl den Schutz der Betroffenen als auch Abwehr von sinnlosen und inadäquaten Maßnahmen und Interventionen.</p> <p>WHO-Def.: „Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verbunden sind. Dies geschieht durch die Verhütung und Erleichterung von Leidenszuständen, indem Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt eingeordnet werden.</p> <p>Palliative Care</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bietet Entlastung von Schmerzen und anderen belastenden Sympto-

	<p>men an; - betont das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ hat die Absicht, den Eintritt des Todes weder zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern;▪ integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Fürsorge für den Patienten▪ bietet ein Unterstützungssystem an, das es dem Patienten ermöglicht, sein Leben so aktiv wie möglich bis zum Tode zu leben;▪ bietet ein Unterstützungssystem für Familien an, um die Belastungen während der Krankheit des Patienten und der eigenen Trauer zu bewältigen;▪ nutzt einen Teamansatz, um den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie zu begegnen, was die Trauerberatung – soweit erforderlich – einschließt;▪ will die Lebensqualität verbessern und kann den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen;▪ wird bereits früh im Verlauf der Erkrankung angewandt, in Verbindung mit anderen Therapieformen, die darauf abzielen, das Leben zu verlängern, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung und schließt solche Untersuchungen ein, die dazu dienen, belastende klinische Komplikationen besser zu verstehen und damit umzugehen.“
--	---

B Liste der verwendeten Abkürzungen

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AfS-Daten	Amt für Statistik-Daten
AG-SAPV	Gemeinsame Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes
AIDS	(engl.: acquired immuno deficiency syndrome) erworbene Immunschwäche
AKIB	Ambulante Kinderkrankenpflege in Berlin
AK Palliative Pflege	Arbeitskreis Palliative Pflege
AK Trauer Berlin	Arbeitskreis Trauer Berlin
AOK Nordost	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
APPH	Akademie für Palliativmedizin, -pflege und Hospizarbeit
ARD	Arbeitsgemeinschaft der Rundfunkanstalten Deutschlands
ARGE	Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Berlin
AWO	Arbeiterwohlfahrt
AWW	Advent Wohlfahrtswerk
AZWV	Anerkennungs- und Zulassungsverordnung – Weiterbildung
BBS	Björn Schulz Stiftung
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BtÄndG	Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts
BtMVV	Betäubungsmittelverordnung
bzw.	Beziehungsweise
CV	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
dpw	Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DVD	Digital Video Disc
EAPC	European Association for Palliative Care
e.G.	eingetragene Genossenschaft
e.V.	eingetragener Verein
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HCB	Home Care Berlin e.V.
HPV B	Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.
HVD	Humanistischer Verband Deutschland
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IG-SAPV	Interessengemeinschaft Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
IMP-Team	Intensiv Medizinisches Pflege-Team
InEK-Daten Berlin	Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus für Berlin

KPG	Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie
LE	Leistungseinheit
LSK	Lokales Soziales Kapital
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NPG	Netzwerk Palliative Geriatrie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PartIntGBerlin	Gesetz zur Regelung von Partizipation und Integration in Berlin
PBA	Palliativmedizinisches Basisassessment
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PTVS	Pflegetransparenzvereinbarung für stationäre Pflegeeinrichtungen
PZBB	Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.
RBB	Rundfunk Berlin-Brandenburg
RV	Rahmenvereinbarung
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SenGUV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
SenIAS	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TOP	Tagesordnungspunkt
VIA	Verbund für Integrative Angebote Berlin gGmbH
WHO	World Health Association
ZAH	Zentrale Anlaufstelle Hospiz
z.B.	zum Beispiel

C Hospiz- und Palliativstrukturen im Land Berlin

Nr.	Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste für Erwachsene (s. auch D 1.)
1	AWW Hospiz Berlin e.V. (Adventwohlfahrtswerk) Knobelsdorffstr. 39, 14059 Berlin
2	Ambulanter Hospizdienst Reinickendorf / KPG der Unionhilfswerk Ambulante Dienste gemeinnützige GmbH Wittenauer Straße 7, 13435 Berlin
3	Ambulanter Hospizdienst der Volkssolidarität Berlin Einbeckerstr. 85, 10315 Berlin
4	Ambulanter Theodorus-Hospizdienst e.V. Blumberger Damm 231, 12687 Berlin
5	Ambulantes Caritas-Hospiz Berlin; Familienbesuchsdienst der Caritas Pfalzburger Str. 18, 10719 Berlin
6	Bodhicharya ambulantes Hospiz des Bodhicharya e.V. Kinzigstr. 25-29, 10247 Berlin
7	Diakonie Hospiz Lichtenberg gGmbH Herzbergstr. 79, 10365 Berlin
8	Diakonie Hospiz Wannsee GmbH Königstraße 62 B, 14109 Berlin
9	Elisabeth Hospiz Berlin der St. Elisabeth Diakonie Pfarrer-Lenzel-Str. 1-5, 13156 Berlin
10	elysion ambulanter Hospizdienst e.V. Im Strassmannhaus Schumannstr. 18, 10117 Berlin
11	Hospizdienst Christophorus e.V. Manfred-von-Richthofen-Str. 11, 12101 Berlin
12	Hospiz Schöneberg-Steglitz der Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH Kantstraße 16, 12169 Berlin
13	Hospizdienst TAUWERK e.V. für Menschen mit AIDS Mühlenstraße 45/II, 13187 Berlin
14	Interkultureller Hospizdienst Dong Ban Ja des Humanistischen Verbandes Deutschlands Landesverband Berlin Wallstr. 61 – 65, 10179 Berlin
15	Johannes-Hospiz e.V. Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin
16	Lazarus Hospiz der Diakoniestiftung Lazarus Bernauer Str. 115-118, 13355 Berlin
17	Malteser Hospiz- und Palliativberatungsdienst des Malteser Hilfsdienstes e.V. Parrisiusstr. 4-14, 12555 Berlin Außenstelle: Briesingstr. 6, 12307 Berlin
18	Ricam-Hospiz ambulant gGmbH Kranoldplatz 7, 12051 Berlin
19	V.I.S.I.T.E. Ambulantes Hospiz & Palliativberatung des Humanistisches Verbandes Deutschland Landesverband Berlin Wallstr. 61-65, 10179 Berlin

Nr.	Hospizdienste im Krankenhaus und Pflegeeinrichtung (ohne Anspruch auf Förderung durch die Krankenkassen) (s. auch D 1.)
1	Hospizdienst im Sankt Gertrauden-Krankenhaus Paretzer Str. 12, 10713 Berlin
2	Hospizdienst im St. Joseph-Krankenhaus Bäumerplan 24, 12101 Berlin
3	Hospizdienst im Seniorenzentrum Köpenick Werlseestraße 37-39a, 12587 Berlin

Stationäre Hospize für Erwachsene (s. auch D 1.)				
Nr.	Name	Träger	Anschrift	Plätze
1	Ricam-Hospiz	Ricam-Hospiz gGmbH	Delbrückstr. 22, 12051 Berlin	15
2	Lazarus Hospiz	Diakoniestiftung Lazarus	Bernauer Str. 115-118, 13355 Berlin	16
3	Diakonie Hospiz Wannsee	Diakonie Hospiz Wannsee GmbH	Königstraße 62 B, 14109 Berlin	14
4	Theodorus Hospiz Charlottenburg	Theodorus Hospiz gGmbH	Kurfürstendamm 126, 10711 Berlin	15
5	Hospiz Schöneberg-Steglitz	Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH	Kantstraße 16, 12169 Berlin	16
6	Gemeinschaftshospiz Christophorus	Gemeinschaftshospiz Christophorus gGmbH	Kladower Damm 221, 14089 Berlin	15
7	Diakonie Hospiz Lichtenberg	Diakonie Hospiz Lichtenberg gGmbH	Herzbergstr. 79, 10365 Berlin	10
8	Theodorus Hospiz Marzahn	Theodorus Hospiz gGmbH	Blumberger Damm 231, 12678 Berlin	16
9	Hospiz „LudwigPark“	Humanistischer Verband Deutschlands Landesverband Berlin e.V.	Zepernicker Str. 2, 13125 Berlin	16
10	Caritas-Hospiz Panikow	Caritas-Krankenhilfe Berlin e.V.	Breite Straße 44 a, 13187 Berlin	16
11	Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz	Evangelisches Johannesstift Simeon-Hospiz gGmbH	Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin	14

Nr.	Ambulante ehrenamtliche Hospizdienste für Kinder und Jugendliche (s. auch D 2.)
1	Ambulantes Hospiz - FAMILIENBEGLEITER für Kinder und Jugendliche der Björn Schulz Stiftung Wilhelm-Wolff-Str. 38, 13156 Berlin
2	TABEA e.V. Schaumburgallee 12, 14052 Berlin
3	Ambulanter Kinderhospizdienst Berliner Herz des Humanistisches Verbandes Deutschland Landesverband Berlin Wallstr. 61-65, 10179 Berlin
<i>Die weiteren ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienste für Kinder und Jugendliche sind keine eigenständigen Dienste, sondern befinden sich unter dem Dach der o.g. Hospizdienste für Erwachsene</i>	
4	Caritas Ambulantes Kinderhospiz Familienbesuchsdienst Pfalzburger Str. 18, 10719 Berlin
5	Malteser Ambulantes Kinderhospiz Ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit des Malteser Hilfsdienstes e.V. Parrisiusstr. 4-14, 12555 Berlin Außenstelle: Briesingstr. 6, 12307 Berlin

Stationäres Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (s. auch D 2.)				
Nr.	Name	Träger	Anschrift	Plätze
1	Kinderhospiz Sonnenhof	Björn Schulz Stiftung	Wilhelm-Wolff-Str. 38, 13156 Berlin	12

Nr.	Ambulante Pflegedienste für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche (ohne SAPV-Vertrag)
1	Berliner Sternschnuppen Blissestr. 56, 10713 Berlin
2	IMP-Team Gritznerstr. 70, 12163 Berlin
3	Die kleinen Strolche Salzbrunnerstr. 5a, 14193 Berlin
4	GIP Marzahner Str. 34, 13053 Berlin
5	Medi + Care Grabbeallee 32, 13156 Berlin
6	Gesundheitspflege Helle Mitte Döbelner Str. 4a, 12627 Berlin
7	Eibl-homecare Herbert-Tschäpe-Str. 12-14, 15831 Berlin
8	Panke Pflege Breite Str. 22, 13187 Berlin
9	Elai Fachpflegeteam Knorrpromenade 9, 10245 Berlin
10	Generation-Interkultureller Pflegedienst Brüsseler Str. 8, 13357 Berlin
11	Renafan Ambulante Kinderpflege Schönhauser Allee 51, 10437 Berlin
12	Kinderintensivpflegedienst Gänseblümchen Finowstraße 39, 10247 Berlin

Nr.	Beratungsangebot (s. auch D 1.)
1	Zentrale Anlaufstelle Hospiz der UNIONHILFSWERK Sozialeinrichtungen gGmbH Kopenhagener Straße 29, 13407 Berlin

Nr.	Sonderprojekte
1	Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie der UNIONHILFSWERK Senioreneinrichtungen gGmbH Richard-Sorge-Straße 21A, 10249 Berlin
2	Netzwerk Palliative Geriatrie der UNIONHILFSWERK Senioreneinrichtungen gGmbH Richard-Sorge-Straße 21A, 10249 Berlin

Nr.	Verbände
1	Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V. Geschäftsstelle Aachener Str. 8, 10713 Berlin
2	Home Care Berlin e.V. Geschäftsstelle Brabanter Str. 21, 10713 Berlin
3	PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. Geschäftsstelle Aachener Str. 12, 10713 Berlin

Besondere Versorgungsbereiche zur spezialisierten palliativmedizinischen Betreuung waren am 31.12.2010 in sieben Krankenhäusern ordnungsbehördlich genehmigt:

Krankenhaus	Abteilung	Anzahl der palliativmedizinischen Betten
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Kladower Damm 221 14089 Berlin	Innere Medizin • Allgemeine Innere Medizin	11
Vivantes Klinikum Spandau Neue Bergstraße 6 13585 Berlin	Innere Medizin: • Hämatologie und internistische Onkologie	8
Vivantes Klinikum Am Urban Dieffenbachstraße 1 10967 Berlin	Innere Medizin: • Hämatologie und internistische Onkologie	5
Vivantes Klinikum Neukölln Rudower Straße 15 12683 Berlin	Innere Medizin: • Hämatologie und internistische Onkologie	(10) – bei Bedarf –
Helios Klinikum Berlin Buch Schwanebecker Chaussee 50 13125 Berlin	Innere Medizin: • Hämatologie und internistische Onkologie	11
Charité (Campus Virchow-Klinikum) Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Innere Medizin: • Hämatologie und internistische Onkologie	10
Malteser Krankenhaus Pillkaller Allee 1 14055 Berlin	Innere Medizin • Allgemeine Innere Medizin	10
Gesamt		55 (+10 bei Bedarf)

Nr.	SAPV-Leistungserbringer Pflege
1	Der aktuelle Stand der Zahl der SAPV-Leistungserbringer Pflege ist unter folgendem Link abrufbar: http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/sapv/sapv_teilnpflege.pdf

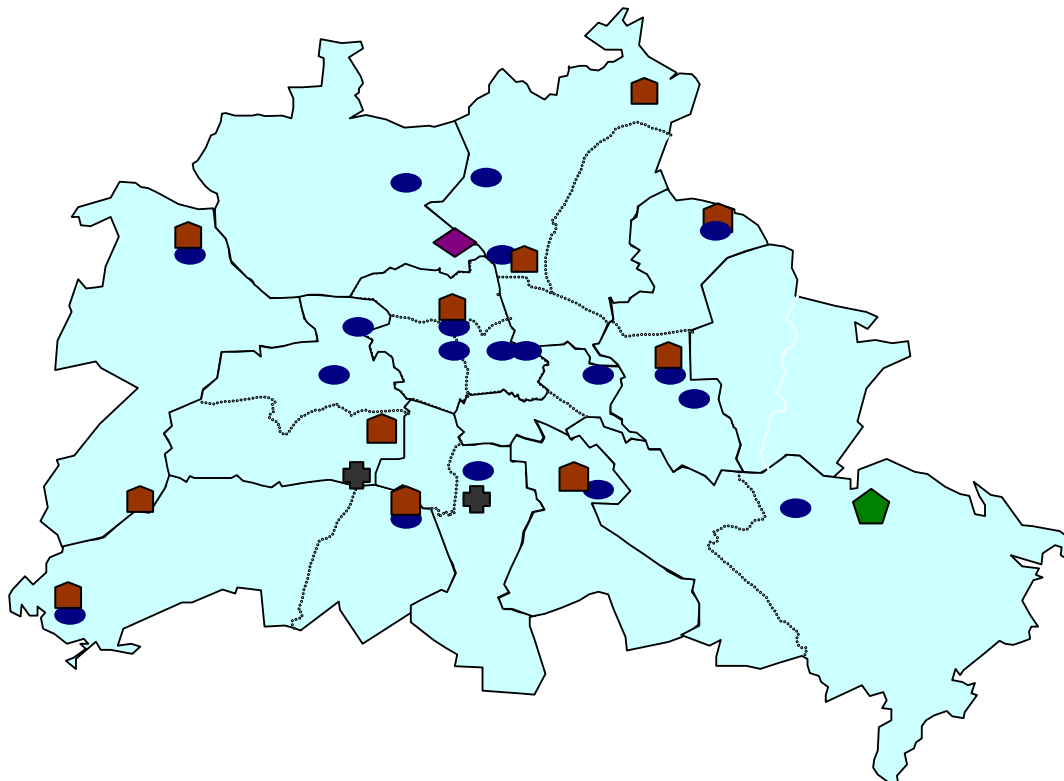
Eine Übersicht über die **SAPV-Vertragsärzte** gibt es nicht.

Einen Überblick über die Einrichtungen für die Betreuung, Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der gesamten Bundesrepublik sowie die Suche einer geeigneten Einrichtung in der Nähe ermöglicht der Wegweiser Hospiz:

<http://wegweiserhospiz.shiffttec.de/index.html>

D Regionale Verteilung der Hospizstrukturen

1. Ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize für Erwachsene und Zentrale Anlaufstelle Hospiz



Ambulante Hospizdienste: ●

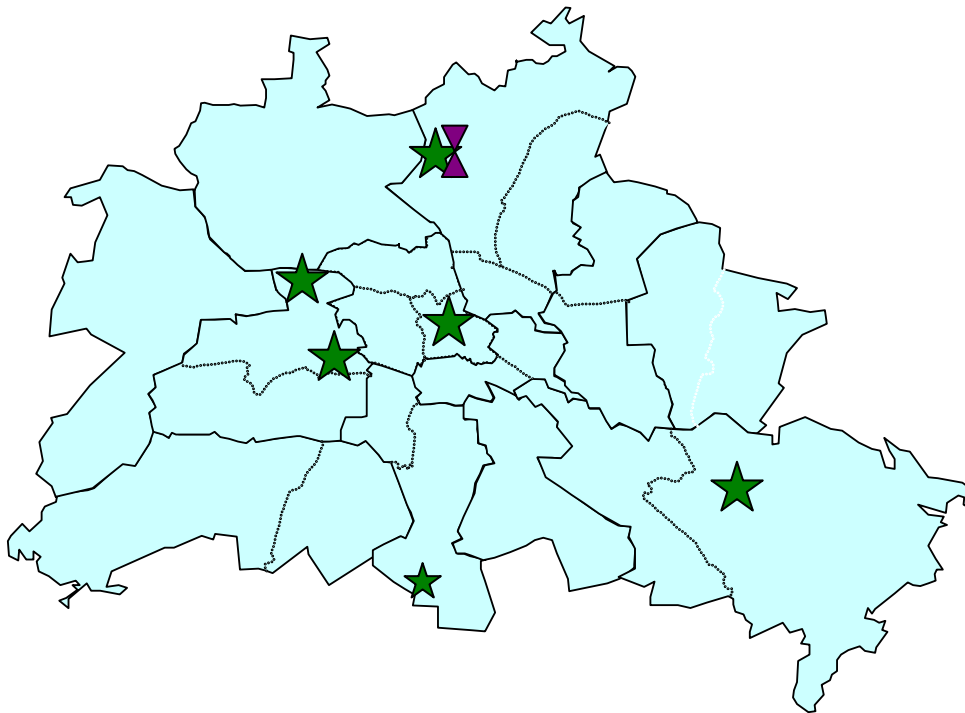
Hospizdienste in Krankenhäusern: ✚

Hospizdienst im Seniorenzentrum: ⬠

stationäre Hospize: 🏠

Zentrale Anlaufstelle Hospiz: ◆

2. Ambulante Kinderhospizdienste und stationäres Kinderhospiz



Ambulante Kinderhospizdienste: ★

Stationäres Hospiz: ⌘