

15. Wahlperiode

Mitteilung – zur Kenntnisnahme –

Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998
(Hospizkonzept – Förderung der
Hospizentwicklung im Land Berlin)

Drs 15/3581 und 15/3855

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses sind bei der Kulturbuch-Verlag GmbH zu beziehen.

Hausanschrift: Sprosserweg 3, 12351 Berlin-Buckow · Postanschrift: Postfach 47 04 49, 12313 Berlin, Telefon: 6 61 84 84; Telefax: 6 61 78 28.

Der Senat von Berlin
- GesSozV – I D 32 –
9028 (928) 2782

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei – G Sen –

Mitteilung
- zur Kenntnisnahme –

über

Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998 (Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin)

– Drucksachen Nrn. 15/3581 und 15/3855 –

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

Das Abgeordnetenhaus hat in seiner Sitzung am 28. April 2005 Folgendes beschlossen:

„Der Senat wird aufgefordert, das 1998 entwickelte Hospizkonzept - Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin - fortzuschreiben. Die seit 1998 gewonnenen Erfahrungen in der Hospizarbeit sind dabei zu berücksichtigen.

Die Fortschreibung des Hospizkonzeptes ist dem Abgeordnetenhaus bis zum 31.08.2005 vorzulegen.“

Hierzu wird berichtet:

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz, dem PalliativZentrum Berlin Brandenburg und weiteren Vertretern die Bilanz der bisherigen Hospizentwicklung sowie die im Bericht vorgeschlagenen Maßnahmen zur Fortschreibung des Hospizkonzeptes abgestimmt.

Der Bericht ist als Anlage beigefügt.

Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung sowie die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

keine

Wir bitten, den Beschluss damit als erledigt anzusehen.

Berlin, den 30. August 2005

Der Senat von Berlin

Harald W o l f
Bürgermeister

Dr. Heidi K n a k e – W e r n e r
Senatorin für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998 (Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin) - Drs. 15/3581 –

HOSPIZ- und PALLIATIVVERSORGUNG im Land Berlin

1	EINLEITUNG	3
2	BILANZ DER HOSPIZENTWICKLUNG SEIT 1998	5
2.1	AMBULANTE HOSPIZDIENSTE	5
2.1.1	<i>Quantitative und qualitative Entwicklung</i>	5
2.1.2	<i>Fördermaßnahmen des Landes Berlin - ambulant</i>	10
2.1.3	<i>Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V</i>	10
2.2	STATIONÄRE HOSPIZE	11
2.2.1	<i>Fördermaßnahmen des Landes Berlin - stationär</i>	11
2.2.2	<i>Ist-Stand</i>	12
2.3	MAßNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN	16
2.3.1	<i>Teilnahme an Fachtagungen</i>	16
2.3.2	<i>Bildung eines wissenschaftlichen Beirates</i>	17
2.3.3	<i>Die Themen Hospiz und Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung</i>	17
2.3.4	<i>Verbesserung der Kenntnisse in der Schmerztherapie</i>	18
2.3.5	<i>Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen</i>	18
2.4	ZENTRALE ANLAUFSTELLE HOSPIZ (ZAH) UND LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ BERLIN E.V. (LAG)	19
2.5	AKTIVITÄTEN AUßERHALB DER IM HOSPIZKONZEPT GEPLANTEN MAßNAHMEN	21
2.5.1	<i>Nutzung weiterer Fördermöglichkeiten</i>	21
2.5.2	<i>Hospizwoche</i>	21
2.5.3	<i>Vortragsreihe in der Charité –Universitätsmedizin Berlin</i>	22
2.5.4	<i>PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.</i>	22
2.5.5	<i>Fort- und Weiterbildungsaktivitäten an der Wannsee-Akademie</i>	23
2.5.6	<i>Arbeitskreis Palliative Pflege</i>	24
2.5.7	<i>Home Care Berlin e.V.</i>	25
2.5.8	<i>Ambulante Pflege</i>	26
2.5.9	<i>Arbeitskreis Trauer Berlin</i>	26
2.5.10	<i>Spendenakquise der Hospizträger</i>	27
3	FORTSCHREIBUNG DES HOSPIZKONZEPTES – HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IM LAND BERLIN	28
3.1	WIR BRAUCHEN EINEN BEWUSSTSEINSWANDEL IN DER BEVÖLKERUNG: STERBEN GEHÖRT ZU UNSEREM LEBEN DAZU	28
3.1.1	<i>Fortführung der Hospizwoche Berlin</i>	28
3.1.2	<i>Unterstützung der Veröffentlichung einer Hospizbroschüre</i>	28
3.1.3	<i>Politische Unterstützung für den „Hospiz – Salon“</i>	28
3.1.4	<i>Stärkung der Patientenrechte</i>	29
3.2	DIE STERBEbegLEITUNG MUSS ÜBERALL DORT VERBESSERT WERDEN, WO MENSCHEN STERBEN	29
3.2.1	<i>Gründung eines „Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin“</i>	29
3.2.2	<i>Verbesserung hospizlicher Sterbebegleitung in Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen</i>	30
3.3	STÄRKUNG DER BESTEHENDEN STRUKTUREN	31
3.3.1	<i>Fortführung der Projekte ZAH und LAG Hospiz Berlin e.V.</i>	31
3.3.2	<i>Anerkennungskultur für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer</i>	32
3.3.3	<i>Hospizbeirat der LAG Hospiz und der ZAH</i>	32
3.3.4	<i>Beirat des PalliativZentrums Berlin-Brandenburg e.V.</i>	32
3.4	FORSCHUNG	32
3.4.1	<i>Studie zur Palliativ- und Hospizversorgung</i>	32

ANLAGEN	34
<i>Chronologischer Abriss der bisherigen Entwicklung</i>	34
<i>Wortlaut des § 39a SGB V</i>	37
<i>Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Land Berlin</i>	38

1 Einleitung

Das Hospizkonzept von 1998 hat nachhaltig die Entwicklung der Hospizbewegung in Berlin positiv beeinflusst. Angesichts der existenziellen Herausforderung wird die ‚absteigende Lebensphase‘ von vielen Menschen gerade unseres Kulturkreises und unserer Zeit nicht als Gewinn oder Vollendung gesehen, sondern als schrecklich und bedrohlich empfunden. Das Sterben wird als Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung erlebt und so lange wie möglich verdrängt oder bekämpft. Es kann behauptet werden, dass durch die in diesem Bericht beschriebenen vielfältigen Aktivitäten und Maßnahmen in Berlin die Themen Sterben, Tod und Trauer ein Stück weit aus ihrer Tabuzone herausgerückt wurden.

Neben dem engagierten Wirken der Berliner Hospizbewegung hat in jüngster Zeit eine breite Diskussion zum Thema Patientenverfügung stattgefunden. Die beabsichtigte Änderung des Betreuungsrechts hinsichtlich der Sicherung des Selbstbestimmungsrechtes eines jeden Menschen hat zu einer eingehenden Befassung mit dieser Thematik im Nationalen Ethikrat und der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ geführt. Unlängst wurde der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ veröffentlicht, der einen ganzen Strauß gesetzgeberischer Maßnahmen für eine Verbesserung der bedarfsgerechten palliativmedizinischen Versorgung Sterbender vorsieht. U.a. soll der Anspruch auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung gesetzlich verankert werden. Zentraler Punkt der Enquete-Pläne ist die Förderung der ambulanten Pflege durch Unterstützung pflegender Angehöriger, Bildung von Palliative-Care-Teams, d.h. Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten, Pflege- und Hospizdiensten. Für die Hospizarbeit fordert die Enquete-Kommission ein deutlich stärkeres Engagement der Krankenkassen. Viele dieser Themen haben ihren Niederschlag in diesem Bericht gefunden.

Gleichzeitig haben allerdings auch die zunehmende Diskussion um Sterbehilfe und die Entwicklungen in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu mehr Öffentlichkeit beigetragen, so dass der Stellenwert der Hospizbewegung und der Palliativmedizin weiterhin mit dem Ziel herausgestellt werden muss, die Bedingungen in der Gesellschaft entsprechend den Grundsätzen der Hospizbewegung zu verändern und politisch zu unterstützen.

Seit dem Beschluss zum Hospizkonzept im Jahr 1998 sind fast sieben Jahre vergangen, in denen erfolgreich die meisten der beschlossenen Maßnahmen umgesetzt werden konnten.

Weitgreifende Änderungen gab es in dieser Zeit im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen, die schließlich zu einer festen Verankerung hospizlicher Strukturen im Gesundheitssystem führten. Diese positive Entwicklung hat dazu beigetragen, dass bei heutigen Betrachtungen der Problematik nicht mehr allein die hospizliche Sterbebegleitung im Vordergrund steht, sondern durch die **Palliativversorgung** ergänzt wurde. Dieser Bericht wird daher über die Bilanzierung und Fortentwicklung der hospizlichen Strukturen hinaus auf die Hospiz- und Palliativversorgung gerichtet sein, d.h. er wird alle Facetten einer umfassenden medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung beinhalten.

Säulen der Berliner Hospiz- und Palliativversorgung sind:

- **Die palliative Medizin**
Deren Aufgabe ist die Behandlung, Kontrolle und Linderung von Schmerzen und Symptomen, wie z.B. Erbrechen und Atemnot, die in der letzten Lebensphase auftreten können.
- **Die palliativen Pflege**
Deren Aufgabe es ist, orientiert an den Bedürfnissen sterbender Menschen, zu pfle-

gen, in dem mögliche Beschwerden gelindert und damit die Lebensqualität der Sterbenden verbessert werden.

- Die **palliative Beratung**
Sie informiert und berät die betroffenen Menschen und unterstützt und vernetzt die beteiligten Dienste.
- Die **psychosoziale Begleitung**
Sie beinhaltet die emotionale Unterstützung des Sterbenden und seiner Angehörigen, seiner Freunde in Bezug auf die in dieser Phase des Lebens auftretenden Fragestellungen und Probleme.
- Die **spirituelle Begleitung**
Sie macht Angebote, die dem Sterbenden Raum lassen, er selbst zu sein und sein Leben bis zuletzt zu leben. In der Begegnung mit Menschen an ihrem Lebensende stellt sich oft die Sinnfrage.

Die Vernetzung dieser Handlungsfelder ist wichtig und notwendig. Sie erfordert zudem die enge Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in und zwischen den nachfolgend aufgeführten Strukturen:

Häusliche Betreuung	Stationäre Betreuung	
<p><i>Ambulante Hospizdienste</i> begleiten schwerstkranke und sterbende Menschen ehrenamtlich psychosozial, dort wo sie leben, meistens zu Hause – oft eng vernetzt mit: <i>spezialisierten ambulanten (Palliativ-) Pflegediensten.</i> Diese pflegen schwerstkranke und sterbende Menschen zu Hause – wenn es sich um Krebspatienten handelt, meistens in enger Zusammenarbeit mit: <i>Home Care Berlin e.V.</i> Ärzte versorgen den sterbenskranken Krebspatienten medizinisch zu Hause. <i>(Konsiliardienste</i> sollen Unterstützung/ Beratung nichtspezialisierter Ärzte und Pflegedienste auf dem Gebiet der Palliativversorgung bieten) <i>Information und Beratung</i> Zentrale Anlaufstelle Hospiz</p>	<p><i>Stationäre Hospize</i> nehmen sterbende Menschen stationär auf, pflegen und betreuen sie (palliativ), ermöglichen mit Ehrenamtlichen die psychosoziale Begleitung. Home Care Ärzte kommen ins Hospiz. <i>Palliativstationen an Krankenhäusern</i> behandeln unheilbar Erkrankte mit Symptomen, die im ambulanten Bereich nicht ausreichend unter Kontrolle zu bringen sind. Sie stellen z.B. den schwerkranken Menschen auf eine optimale Schmerztherapie ein. Behandlungsziel ist die Entlassung nach Hause.</p>	<p><i>Hospizdienste im Krankenhaus oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen</i> bemühen sich um die Intensivierung der ganzheitlichen Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in ihren Einrichtungen. <i>Kooperationen / enge Zusammenarbeit</i> von vollstationären Pflegeheimen oder Krankenhäusern mit ambulanten Hospizdiensten und / oder Home Care-Ärzten</p>

Ziel des vorgelegten Berichts ist es, neben der Darstellung der bisherigen Hospizentwicklung Maßnahmen zu beschreiben, die zu einer Fortentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin beitragen. Insbesondere soll der Ausbau bzw. die Optimierung der vorhandenen Basis- und Spezialversorgung in Berlin erreicht werden.

2 Bilanz der Hospizentwicklung seit 1998

Das Hospizkonzept von 1998 gliederte sich in drei Blöcke: Neben der Stärkung und Förderung ambulanter ehrenamtlicher Hospizdienste waren die Etablierung und Förderung einer bestimmten Anzahl stationärer Hospizplätze und Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beschlossen worden, über die nachfolgend Bilanz gezogen werden soll. Der chronologische Abriss der bisherigen Entwicklung ist in Anlage 1 dargestellt.

Darüber hinaus werden Aktivitäten außerhalb der im Hospizkonzept geplanten Maßnahmen seit 1998 beschrieben.

2.1 Ambulante Hospizdienste

2.1.1 *Quantitative und qualitative Entwicklung*

Insbesondere das Förderprogramm für ambulante ehrenamtliche Hospizdienste war beispielgebend, auch für andere Bundesländer, und fand in seinen Grundzügen Niederschlag in der bundesgesetzlichen Regelung § 39a Abs. 2 SGB V. Der Wortlaut des § 39a SGB V sowie der Zugang zum Internet für die beiden Rahmenvereinbarungen (ambulant und stationär) sind der Anlage 2 zu entnehmen.

Im Oktober 1999 wurde mit der Förderung von 10 Hospizdiensten begonnen, nachdem die **Förderrichtlinien** veröffentlicht sowie die so genannten **Charakteristika ambulanter ehrenamtlicher Hospizdienste** unter Moderation der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit allen Hospizdiensten und -initiativen im Land Berlin erarbeitet waren. Insbesondere wegweisend waren die Definition ambulanter Hospizarbeit sowie die Ausarbeitung des Curriculums für die Schulung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer mit Festlegungen zur Struktur, Inhalten und Umfang der Schulung. Die Charakteristika wurden im Rahmen der Zuwendung zu besonderen Nebenbestimmungen erklärt und somit bindend für alle geförderten Hospizdienste (Qualitätsstandard).

Die Förderung von 10 Hospizdiensten wurde bis 2002 fortgesetzt. Eine Erhöhung auf die vorgesehene Zahl von 12 geförderten Hospizdiensten war nicht möglich, da ab 2000 laut Beschluss des Abgeordnetenhauses - Drs. 147602 – **Mitteilung über Weiterführung eines unabhängigen beratenden Hospizbüros in Berlin – Drs. Nr. 14/561** - die verbliebene Fördersumme für die Förderung der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (ZAH) und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. (LAG) verwendet wurde (vgl. 2.4).

Ab 01.01.2002 trat die gesetzliche Förderung ambulanter Hospizdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 39a Abs. 2 SGB V in Kraft. Sie sah vor, das Förderverfahren nach § 39a Abs. 2 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen in Form einer Rahmenvereinbarung (RV) zu regeln. Die Länder sind nicht als Beteiligte benannt, so dass über diesen Weg keine Einflussnahmemöglichkeit besteht.

Da die RV erst mit großer Verspätung und schließlich rückwirkend zum 01.01.2000 in Kraft trat, wurde die Landesförderung zur Überbrückung des Jahres 2002 mit der Maßgabe fortgesetzt, dass die Fördersummen in Höhe der Kassenförderung zurückzuzahlen waren. Die Förderrichtlinie wurde sodann außer Kraft gesetzt und die Landesförderung eingestellt.

Waren 1998 12 ambulante Hospizdienste bekannt, so hat sich ihre Zahl auf derzeit 16 erhöht, wobei zwischenzeitlich zwei Hospizvereine aufgelöst wurden. Die nachfolgend genannten 14 ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienste erhalten eine Krankenkassenförderung:

Nr.	Name des Hospizdienstes	Träger
1	Ambulantes Hospiz des DRK	Kreisverband Wedding/Prenzlauer Berg e.V.
2	Ambulanter Hospizdienst – Familienbegleiter	Björn Schulz Stiftung
3	Caritas-Hospiz-Mitte, Hausbetreuungsdienst	Caritas Verband für Berlin e.V.
4	Caritas-Hospiz-Treptow-Köpenick, Hausbetreuungsdienst	Caritas Verband für Berlin e.V.
5	Diakonie-Hospiz Wannsee (amb.),	Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH
6	Elisabeth Hospiz Berlin	Diakoniewerk Niederschönhausen gGmbH
7	Hospizdienst Christophorus e.V.	
8	Hospizdienst Tauwerk e.V.	
9	Hospiz Schöneberg-Steglitz (amb.)	NBH Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH
10	Johannes-Hospiz e.V.	
11	Lazarus Hospiz (amb.),	EJF Lazarus gAG
12	Malteser Hospizdienst	Malteser-Hilfsdienst e.V.
13	RICAM Hospiz (amb.)	RICAM gGmbH
14	V.I.S.I.T.E. Hospizdienst	Humanistischer Verband Deutschlands

Zwei Hospizdienste erlangten bisher nicht die Voraussetzungen für eine Krankenkassenförderung:

1	Ambulanter Theodorus-Hospizdienst	Theodorus e.V.
2	Diakonie-Hospiz Lichtenberg (amb.)	Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH (hat für 2005 einen Förderantrag gestellt)

Hospizdienste in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen

Die nachfolgend genannten Hospizdienste in stationären Einrichtungen (Krankenhäusern und Pflegeheimen) haben lt. RV generell keinen Anspruch auf Förderung:

1	Hospizdienst im St. Gertrauden-Krankenhaus
2	Hospizdienst im St. Joseph-Krankenhaus
3	Hospizdienst in der Sozialstiftung Köpenick
4	Hospizdienst der Stephanus-Stiftung im Ev. Altenpflegeheim „Daniel Vergara“
5	Besuchs- und Hospizdienst der Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gGmbH in Pankow und Treptow-Köpenick (ab November 2005, gefördert von der UHW-Stiftung - für alte sterbende Menschen)

Die **regionale Verteilung** zeigt, dass in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Marzahn-Hellersdorf und Reinickendorf kein Hospizdienst ansässig ist. Da alle Hospizdienste jedoch überbezirklich Sterbebegleitungen anbieten und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer aus Bezirken kommen, können die regionalen Lücken ausgeglichen werden.

Bezirk	Stadtteil	Stationäres Hospiz
Mitte	Mitte	V.I.S.I.T.E. Hospizdienst
Mitte	Tiergarten	Ambulanter Theodorus-Hospizdienst
Mitte	Wedding	Lazarus Hospiz (amb.)
Mitte	Wedding	Caritas-Hospiz-Mitte
Mitte	Wedding	Ambulantes Hospiz des DRK
Pankow	Pankow	Ambulanter Hospizdienst der Björn-Schulz-Stiftung
Pankow	Pankow	Hospizdienst Tauwerk e.V.
Pankow	Pankow	Elisabeth Hospiz Berlin
Spandau		Johannes-Hospiz e.V.
Steglitz-Zehlendorf	Zehlendorf	Diakonie-Hospiz Wannsee (amb.)
Steglitz-Zehlendorf	Steglitz	Hospiz Schöneberg-Steglitz (amb.)
Tempelhof-Schöneberg	Tempelhof	Hospizdienst Christophorus e.V.
Neukölln		RICAM-Hospiz (amb.)
Treptow-Köpenick	Treptow	Caritas-Hospiz-Treptow-Köpenick
Treptow-Köpenick	Köpenick	Malteser Hospizdienst
Lichtenberg	Lichtenberg	Diakonie-Hospiz Lichtenberg (amb.)

Bedarfsentwicklung

Die Bedarfsentwicklung auf dem Gebiet der Sterbebegleitung und Palliativversorgung muss zielgruppenorientiert beobachtet werden. Während der Bedarf an einer qualifizierten Sterbebegleitung krankheitsunabhängig bei allen Bevölkerungsgruppen vorausgesetzt werden kann, zielt die Palliativversorgung auf Patienten mit einer unheilbaren, zum Tode führenden Krankheit, die mit schwerwiegenden Symptomen einhergeht.

Die ambulanten und stationären Hospize nehmen eine immer wichtigere Stellung bei der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ein. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird sich der Personenkreis mit Bedarf an qualifizierter ambulanter Sterbebegleitung zwangsläufig verändern. Es ist davon auszugehen, dass die deutlich steigende Anzahl hoch betagter Menschen, der erhöhte Anteil erwerbstätiger Frauen sowie die Veränderungen in den Familienstrukturen mit einem Rückgang familiärer Ressourcen zur Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen einhergehen werden. Darüber hinaus stellen die zunehmende Multimorbidität älterer Menschen und die zahlenmäßig größer werdende Gruppe der Demenzkranken Hospizdienste vor neue Herausforderungen. Aus diesem Grunde wird unsere Gesellschaft in wachsendem Maße auf die Arbeit sowohl ambulanter als auch stationärer Hospize angewiesen sein.

Aussagen zu Bedarfszahlen lassen sich für die ambulante Sterbebegleitung nur schwer treffen oder verbieten sich gar ganz. Unterzieht man die mögliche Zielgruppe für eine ambulante Sterbebegleitung (Palliativpatienten) einer näheren Betrachtung, so kommt man zu folgenden Schlussfolgerungen:

Laut Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. sind „Palliativpatienten“ Menschen mit einer inkurablen, zum Tode führenden, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Bei den Krankheiten handelt es sich in der Regel um Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen, chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen im Endstadium oder das Vollbild der Infektionskrankheit AIDS. Krebskranke stellen schätzungsweise 95 % aller Palliativpatienten dar.

Genauer – und damit enger – gefasst, findet sich diese Definition in den Aufnahmekriterien für das Berliner Home Care-Projekt. Sie sollen hier mit berücksichtigt werden, da es sich beim Home Care-Projekt um das einzige im Zeitraum von über 10 Jahren funktionierende ambulante Versorgungssystem für Palliativpatienten im Bundesgebiet handelt.

Auf beiden Quellen basierend, wird folgende Definition zugrunde gelegt:

Ein Palliativpatient im Sinne des Projekts „Integrierte Versorgung von Palliativpatienten in Berlin“

- befindet sich im letzten Stadium einer inkurablen Krankheit mit deutlichen Anzeichen einer Progredienz, die nach ärztlichem Ermessen in einem Zeitraum von 3 Monaten zum Tod führen wird;
- leidet an krankheitsspezifischen, quälenden Symptomen und / oder Befindlichkeits-einschränkungen, zu deren Linderung eine regelmäßige und qualifizierte – in schwereren Fällen spezialisierte - ärztliche und pflegerische Versorgung erforderlich ist;
- befindet sich in einem Zustand, in dem nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft keine kurative bzw. kausalpalliative Therapie mit lebensverlängernder Zielstellung mehr möglich oder sinnvoll ist;
- ist aufgrund einer fortschreitenden Pflegebedürftigkeit und Immobilität nicht mehr in der Lage, seinen Aufenthaltsort ohne erhebliche fremde Unterstützung (z.B. Krankentransport) zu verlassen;
- ist ein Berliner Einwohner und bei einer Berliner Krankenkasse versichert.

Diese Definition beinhaltet folgende Sichtweisen, die zur Eingrenzung der Zielgruppe führen:

- Nicht jeder Sterbende ist ein Palliativpatient.
- Nicht jeder Palliativpatient benötigt eine spezialisierte Versorgung.

Verschiedenen Schätzungsansätzen zufolge befinden sich unter allen Berliner Einwohnern, die pro Jahr sterben (2003: 33.146), ca. 9.000 Palliativpatienten, von denen wiederum nur ca. ein Drittel im Laufe ihrer letzten Lebensphase eine spezialisierte Betreuung benötigt.

Über die Zahl der ehrenamtlichen Sterbebegleitungen in Einrichtungen (Krankenhäusern, stationären Hospizen und Heimen) sowie über die von nichtgeförderten Hospizdiensten erbrachten Leistungen liegen keine Angaben vor. Es lässt sich aber eindeutig feststellen, dass der Bedarf an Sterbebegleitungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen durch die bestehenden ambulanten Hospizdienste nicht gedeckt werden kann.

In der Regel wird ein Hospizdienst empfohlen oder angefordert, wenn es sich um wirklich schwerstkranke, sterbende Menschen handelt, die Familie besonderer Unterstützung bedarf oder der betroffene Patient selbst den Wunsch nach einer ehrenamtlichen Sterbebegleitung äußert. Aus der ambulanten Hospizstatistik geht hervor, dass es sich bei den begleiteten Patienten häufig um schwerstkranke Krebspatienten handelt und dass nicht vorrangig alte, sterbende Menschen begleitet werden.

Auf einen quantitativ höheren Bedarf an qualifizierter Sterbebegleitung könnte durch folgende Maßnahmen reagiert werden:

- Identifizierung und gezieltes Ansprechen der Zielgruppen,
- erweiterte Öffentlichkeitsarbeit,
- Akquirierung und Schulung einer höhere Zahl von Ehrenamtlichen in den bestehenden Hospizdiensten,
- Initiierung und Anschubförderung neuer Hospizdienste,
- Steigerung der Zahl der Sterbebegleitungen pro Hospizhelfer/in.

Die letzte Maßnahme kommt nicht in Betracht, da über den Umfang des Engagements der/die Ehrenamtlichen alleine entscheiden. In der Regel wird nur eine Sterbebegleitung/ Ehrenamtliche/r durchgeführt und wegen der hohen psychischen Belastung steht es jedem/jeder Ehrenamtlichen frei, vor der Übernahme einer neuen Begleitung eine Pause einzulegen. Da schon jetzt von der Anzahl der durch Ehrenamtliche durchgeführten Sterbegleitungen die Förderung des Hospizdienstes durch die Krankenkassen ab hängt, sollte tunlichst darauf geachtet werden, dass das Ehrenamt nicht weiter funktionalisiert wird.

Demzufolge sollten Regelungen für eine Anschubförderung neuer ambulanter Hospizdienste getroffen und durch Novellierung der RV auch die nicht ausgeschöpften Fördermittel einer sinnvollen Verwendung für die Stabilisierung und Erweiterung der Hospizarbeit zugeführt werden (s. 2.1.3).

Im Landeshaushalt stehen keine Mittel zur Förderung dieser Aufgaben zur Verfügung.

Qualitative Entwicklung

An die gesetzliche Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V sind in der RV qualitative Anforderungen vereinbart worden, die zu einem weiteren Qualitätsanstieg der geförderten Hospizdienste beigetragen haben. Hierzu zählen insbesondere:

- Anforderungen an die vorzuhaltende Fachkraft durch Weiterbildung in Palliative Care und andere Weiterbildungen,
- Vorhaltung eines Schulungskonzeptes (Curriculum),
- Vorhaltung von bereits erfahrenen, geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitern,
- Vorhaltung palliativ-pflegerischer Beratung,
- die Bedingung, mit einem in Palliativmedizin erfahrenen Arzt zusammenzuarbeiten,
- die Bedingung, mit einem in Palliativmedizin erfahrenen Pflegedienst zusammenzuarbeiten,
- Dokumentation der Arbeit durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Aufgrund des besonderen Engagements der LAG dokumentieren heute alle Hospizdienste ihre Leistungen in einem einheitlichen Dokumentationssystem.

Sterbebegleitung für bestimmte Zielgruppen

Demenzkranke

Immer mehr Menschen sind von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Diese Personen werden sowohl im ambulanten als auch im vollstationären Bereich versorgt. Das Abschiednehmen kann die Betroffenen und ihre Angehörigen mehrere Jahre beschäftigen und nahtlos in die Zeit des Sterbens übergehen. Die Sterbebegleitung von an Demenz Erkrankten stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen und erfordert von diesen eine besondere Herangehensweise. Von Seiten der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) wurde für die Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase ein Curriculum „MIT-GEFÜHLT“ erarbeitet und den Hospizdiensten sowie Einrichtungen, die die o.g. Zielgruppe betreuen, zur Verfügung gestellt.

Migrantinnen und Migranten

In Berlin haben sich die Hospizdienste auch mit der interkulturellen Öffnung ihres Angebotes auseinander gesetzt. Neben Hospiz(dienst)-internen Fortbildungen zu Kulturen und Religionen Berlin-ansässiger Migrantinnen und Migranten, gibt es innerhalb der LAG eine Liste, auf der alle Hospizdienste genannt werden, die Ehrenamtliche mit bestimmten Fremdsprachenkenntnissen (Muttersprache) vermitteln können. Darüber hinaus verfügt die ZAH über Kenntnisse von Anbietern, die schwerstkranken und sterbende Migrantinnen und Migranten versorgen.

In Berlin wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der russischsprachigen Telefonseelsorge und dem Malteser Hospizdienst geschlossen. Ehrenamtliche der Telefonseelsorge werden durch eine Koordinatorin des Malteser Hospizdienstes in russischer Sprache zu ehrenamtlichen Hospizhelfern ausgebildet und in Begleitungen vermittelt. Über die Telefonseelsorge erhalten die Ehrenamtlichen Supervision.

Ähnliches entwickelt sich derzeit für koreanische Mitbürger. Die Initiatorin hat Kontakt aufgenommen zum Hospizdienst im St. Josef-Krankenhaus. Auch hier soll ein Kooperationsvertrag geschlossen werden. Derzeit wird eine Schulung für koreanischsprachige ehrenamtliche Hospizhelfer vorbereitet. Eventuell soll das Angebot auf den gesamten ostasiatischen Sprachbereich ausgedehnt werden.

Im Rahmen der interkulturellen Öffnung besteht in Berlin auch Bedarf an Kooperation und somit Schulung, Vermittlung und Begleitung Ehrenamtlicher anderer Kulturen, z.B. für den türkisch-/ arabischsprachigen Raum. Die Senatverwaltung regt hier derzeit Kontakte an.

Gleichzeitig hat die ZAH für Beratungsprojekte in der Altenhilfe Fortbildungen veranstaltet. Durch die Datenbank Hilfelotse (www.hilfelotse-berlin.de) sind die Angebote in Berlin außerdem vernetzt, so dass ein schneller Zugriff auf ein passendes Angebot gewährleistet ist.

2.1.2 Fördermaßnahmen des Landes Berlin - ambulant

1999 (ab Oktober)

10 ambulante Hospizdienste á 15.000 DM	
Gesamtsumme:	150.000 DM

2000

10 ambulante Hospizdienste mit insgesamt	600.000 DM
Beginn der Förderung von LAG und ZAH (ab Okt. 2000)	
LAG-Geschäftsstelle	28.000 DM
Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)	29.500 DM
Gesamtsumme:	657.500 DM

2001

10 ambulante Hospizdienste mit insgesamt	600.000 DM
LAG-Geschäftsstelle	37.000 DM
Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)	76.150 DM
Gesamtsumme:	713,150 DM

2002

10 ambulante Hospizdienste mit insgesamt	306.775,10 EUR
(Vorschuss, d.h. Rückforderung wegen KK-Fin.)	
LAG-Geschäftsstelle	18.917,80 EUR
Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)	41.535,82 EUR
Gesamtsumme:	368.228,72 EUR

2.1.3 Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V

Nach Angaben der Krankenkassenverbände in Berlin hat sich seit Beginn der Kassenförderung nach § 39a Abs. 2 SGB V folgende Entwicklung vollzogen:

	2002	2003	2004
Anzahl Antragsteller	15	15	14
Bedachte Antragsteller	15	15	14
Sterbebegleitungen (Anzahl)	424	506	577
Ehrenamtliche Mitarbeiter (Anzahl)	504	538	585
Mögliches Gesamtfördervolumen (in €)	576.513,85	639.564,88	704.718,98

Ausgezahlte Fördersumme (in €)	400.655,18	457.200,92	571.564,76
--------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Obwohl die Zahl der geförderten Hospizdienste um einen Dienst zurückgegangen ist, hat sich sowohl die Anzahl der Sterbebegleitungen als auch die Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter erhöht. Parallel zum gesteigerten Gesamtvolumen erhöhte sich auch die ausgezahlte Fördersumme, jedoch das zur Verfügung stehende Gesamtfördervolumen i.H.v. 704.718,98 € konnte nicht ausgeschöpft werden. Dies begründet sich in dem äußerst komplizierten Förderverfahren nach der RV gemäß § 39a Abs. 2 SGB V (vgl. Anlage 2). 133.154,22 € verblieben bei den Krankenkassen und konnten leider nicht z.B. zur Anschubförderung neuer Hospizdienste verwendet werden. Gemäß § 8 Abs. 3 der RV („Die Partner der RV verständigen sich darauf, die in § 6 Abs. 2 genannte Förderregelung im Jahre 2005 einer Überprüfung zu unterziehen.“) sollte daher durch die die Interessen der ambulanten Hospizdienste wahrnehmenden, maßgeblichen Spitzenorganisationen gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf eine Novelle der RV hingewirkt werden, um z.B. neuen Hospizdiensten eine Starthilfe zu ermöglichen oder auch den bestehenden Hospizdiensten die nicht verausgabten Fördermittel für zuvor definierte Aufgaben zur Verfügung zu stellen.

Für neue Hospizdienste kommt eine Kassenförderung erst dann in Betracht, wenn sie bereits ein Jahr lang Sterbebegleitungen durchgeführt haben und über eine qualifizierte Fachkraft und bereits 15 geschulte Ehrenamtliche verfügen. D.h. es sind enorme Vorleistung notwendig, um im Sinne des Gesetzes förderwürdig zu sein.

Ein weiterer Kritikpunkt an der RV besteht darin, dass nur solche Begleitungen bei der Kassenförderung berücksichtigt werden können, die in der häuslichen Umgebung stattgefunden haben. Begleitungen, die ausschließlich in Einrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtung, Krankenhaus etc.) geleistet wurden, können nicht einbezogen werden. Derzeit sind im vollstationären Bereich nur wenige Tendenzen zu beobachten, ehrenamtliche Hospizdienste zu etablieren. Angesichts des aus diesem Tatbestand zu erwartenden Begleitungsbedarfs ist zu überlegen, wie derartige vollstationäre Angebote gefördert werden können.

Spezialisierte Hospizdienste - beispielsweise von Aidskranken - weisen zum Teil wesentlich höhere Begleitungszeiträume auf. Da bei der Kassenförderung nur die Anzahl der beendeten Begleitungen berücksichtigt werden, findet der hohe zeitliche Aufwand für diese Dienste keine Berücksichtigung. Hierzu besteht Änderungsbedarf bei einer möglichen Novellierung der RV.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Berliner Hospizdienste trotz dieser Regelung bereit sind, weiterhin Menschen zu begleiten, die im Pflegeheim leben. Hospizdienste haben mit einzelnen Heimen Kooperationsverträge abgeschlossen, in denen sie regelmäßig Sterbebegleitungen anbieten. Wichtig bleibt jedoch zu konstatieren, dass die Kapazitäten der Hospizdienste nicht ausreichen, um allen Heimen solch ein Angebot zu unterbreiten. Deshalb ist es notwendig, dass auch die Träger von Heimen in den eigenen Einrichtungen Strukturen etablieren, die die ganzheitliche Versorgung schwerstkranker und sterbender Bewohner verbessern.

2.2 Stationäre Hospize

2.2.1 Fördermaßnahmen des Landes Berlin - stationär

Grundlage für die Förderung bildeten die im Hospizkonzept beschlossenen Planungen sowie die „Richtlinien zur Förderung von stationären Hospizen“ (ABl. Nr.39 v. 30.07.1999, S. 2929). Sie sahen einen Festbetragszuschuss von 100.000 DM pro Platz vor. Im Jahre 2001 wurden die Richtlinien geringfügig geändert, zum 31.12.2004 sind sie außer Kraft getreten.

Im Rahmen der Zuwendungsförderung nach § 23, 44 LHO i.V.m. den Richtlinien zur Förderung von stationären Hospizen wurden zwei Baumaßnahmen gefördert:

- Der **Neubau des Diakonie-Hospizes Wannsee** mit 14 Plätzen auf dem Gelände des Immanuel-Krankenhauses, Königstr. 63 in 14109 Berlin in Trägerschaft der Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH wurde im Jahr 2001 mit einem Festbetrag i.H.v.

715.808,63 €

gefördert. Die abgerechneten Gesamtausgaben beliefen sich auf eine Summe von 1.515.391,48 €

- Der Baubeginn für das Hospiz erfolgte im Januar 2002,
 - die Grundsteinlegung am 13. März 2002,
 - das Richtfest am 05. Juli 2002,
 - die feierliche Einweihung am 18. Dezember 2002.
 - Der erste Patient wurde am 13. Januar 2003 aufgenommen.
- **Errichtung des Gemeinschaftshospizes Christophorus** mit 15 Plätzen im Dachgeschoss des Hauses 11 des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, Kladower Damm 221 in 14089 Berlin, in Trägerschaft des Gemeinnützigen Vereins zur Förderung der Entwicklung anthroposophisch erweiterter Heilkunst e.V. Berlin wurde im Jahr 2003 mit einem Festsbetrag i.H.v. 350.000,00 € gefördert. Die zuwendungsfähigen Gesamtausgaben beliefen sich auf eine Summe von 1.025.000,00 €. Der Träger hat die Restmittel in Form von Eigenmitteln i.H.v. 25.000,00 €, Drittmitteln aus der Stiftung des DHW i.H.v. 150.000,00 € und mittels Kapitalmarktdarlehen i.H.v. 500.000,00 € sicher gestellt.
 - Der Baubeginn für das Hospiz erfolgte am 10.11.2003,
 - die Inbetriebnahme am 01.07.2004,
 - die Erstbelegung bereits am 05.07. 2004, wobei die pflegerische Versorgung nach anthroposophischen Gesichtspunkten erfolgt.
 - Die feierliche Eröffnung fand am 28.08.2004 statt.

2.2.2 *Ist-Stand*

1998, als das Hospizkonzept beschlossen wurde, gab es das RICAM-Hospiz mit 15 Betten; das Lazarus-Hospiz war kurz vor der Fertigstellung. Heute stehen acht Hospize mit insgesamt 113 Betten zur Verfügung, von denen zwei Hospize eine Förderung des Landes Berlin erhalten haben (vgl. 2.2.1). Die Darstellung erfolgt nach der Reihenfolge der Eröffnung des jeweiligen Hospizes:

Nr.	Name des Hospizes / Trägers	Plätze
1	RICAM Hospiz (stat.), RICAM gGmbH	15
2	Lazarus Hospiz (stat.), EJM Lazarus gAG	16
3	Diakonie-Hospiz Wannsee, Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH	14
4	Sonnenhof - Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Björn Schulz Stiftung	12
5	Theodorus-Hospiz, Senioren in Berlin GmbH	15
6	Hospiz Schöneberg-Steglitz, Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH	16
7	Gemeinschaftshospiz Christophorus, Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Entwicklung anthroposophisch erweiterter Heilkunst e.V. Berlin	15
8	Diakonie-Hospiz Lichtenberg, Diakonie-Hospiz Lichtenberg GmbH	10

Während die Bundesrepublik über sechs Palliativ-/Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner verfügt (Kasseler Hospiz, in http://www.kasseler-hospital.de/geschichte_ph.html, vom 30.04.05), kann Berlin ca. 45 Palliativ-/Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner und damit einen hohen Versorgungsgrad vorweisen. Damit nimmt Berlin im Vergleich zu den anderen Bundesländern Platz 7 ein. Bezogen auf 1 Mio. Einwohner hat Berlin zwar die höchste Zahl der Hospizbetten, belegt aber bei den Palliativbetten zurzeit nur Platz 11 (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz).

Die Addition von Betten in Palliativstationen und stationären Hospizen ist insofern legitim, da sich nach heutigem Entwicklungsstand beide Einrichtungsformen in ihren fachlichen Inhalten mit dem geforderten interdisziplinären Ansatz sehr ähneln. Allerdings gibt es Unterschiede in der Intention beider Einrichtungen: Während Palliativstationen nach erfolgter Schmerzeinstellung und Symptomkontrolle ihre Patienten wieder in das gewohnte (Wohn-) Umfeld entlassen sollen, betreuen stationäre Hospize ihre Patienten in der Regel bis zum Tod. Das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal besteht darin, dass eine Palliativstation an einem Krankenhaus der Akutversorgung über festangestellte Fachärzte verfügt, während im Hospiz der Schwerpunkt auf den pflegerisch-psychozialen Aspekt gelegt und eine palliativmedizinische Betreuung im Stellenplan nicht vorgesehen ist. Die palliativmedizinische Versorgung muss über den niedergelassenen Vertragsarzt gewährleistet werden. Hier ergeben sich die Grenzen für Patienten, wenn die vertragsärztliche palliativmedizinische Versorgung im Allgemeinen nicht ausreichend ist.

In Berlin können diese Patienten jedoch dank der Home Care-Versorgung im stationären Hospiz verbleiben und hier adäquat versorgt werden.

Die regionale Verteilung der bestehenden Hospize zeigt Lücken insbesondere im Osten, Südosten sowie im Norden von Berlin.

Bezirk	Stadtteil	Stationäres Hospiz
Mitte	Wedding	Lazarus-Hospiz
Mitte	Tiergarten	Theodorus-Hospiz
Pankow	Pankow	Sonnenhof - Hospiz für Kinder, Jugendliche u. junge Erwachsene
Lichtenberg		Diakonie-Hospiz Lichtenberg
Neukölln		RICAM-Hospiz
Steglitz-Zehlendorf	Zehlendorf	Diakonie-Hospiz Wannsee
Steglitz-Zehlendorf	Steglitz	Hospiz Schöneberg-Steglitz
Spandau		Gemeinschaftshospiz Christophorus

Qualitative Entwicklung der stationären Hospize

Die RV nach § 39a SGB V gibt hohe Qualitätsstandards vor, z.B. Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Krankenpflegefachkraft und ihre Stellvertretung, Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung, bauliche Standards.

Darüber hinaus wurde seit 2002 unter Leitung der BAG ein gemeinsames Qualitätshandbuch mit dem Titel „Sorgsam“ erstellt, das jetzt bundesweit allen stationären Hospizen zur Anwendung ihres eigenen spezifischen Qualitätsmanagements vorliegt.

Vor dem Hintergrund der sich ständig verkürzenden Liegezeiten der Patienten und der krisenhaften Verläufe des Krankheitsgeschehens sowie der Aufgabe, in dieser kurzen Zeit

palliative (psychische sowie somatische) Interventionen geplant durchzuführen, müssen Hospize mit neuen wissenschaftlich begründeten Konzepten reagieren. Ein erster Schritt dazu war die Entwicklung und Anwendung einer bundesweit abgestimmten, gemeinsamen Pflegedokumentation. Berliner und Brandenburger Hospize haben in einem 3-jährigen Prozess eine geeignete Pflegedokumentation entwickelt und erprobt, die geplante Pflege, aber auch Vergleiche der Hospize untereinander möglich macht.

Bedarfsentwicklung

Obwohl im § 39a Abs. 1 SGB V und der dazu gehörigen RV den Ländern – im Gegensatz zum SGB XI - keine Zuständigkeit für die Vorhaltung bzw. Steuerung des Hospizangebotes zugesprochen wurde, hat das Land Berlin im Rahmen seiner Daseinsvorsorge im Hospizkonzept von 1998 einen Bedarf von ca. 100 Hospizbetten begründet und ein Förderprogramm für 64 Hospizbetten beschlossen. Der Ist-Stand mit 113 Betten zeigt, dass diese überschritten ist und nach Aussagen der Hospizträger weiterhin eine hohe Nachfrage besteht. Die Wartelisten sind zwar kürzer geworden. Es haben sich aber auch die Patienten verändert. Häufig kommen die Patienten sehr spät in das Hospiz, so dass Verweildauern unter fünf Tagen in den letzten Jahren um jährlich 10 % gestiegen sind. Daneben gibt es aber Patienten, die relativ lange im Hospiz verbleiben oder auch wieder entlassen werden, wenn sich ihr Zustand stabilisiert hat. Die Aufnahme erfolgt heute häufiger aus dem Krankenhaus und nicht aus der Häuslichkeit.

Für eine neue Bedarfsprognose bedarf es einer umfassenderen empirischen Untersuchung (vgl. 3.4).

Unabhängig von einer landesweiten Planung sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass es rein gesetzestechnisch für den weiteren Aufbau stationärer Hospize keine limitierenden Faktoren gibt. Bei Erfüllung aller in der RV festgeschriebenen Anforderungen muss ein Versorgungsvertrag durch die Krankenkassen abgeschlossen werden. Das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger hat auf diesen Vertragsabschluss keinen Einfluss. Mit ihm ist (nur) über einen zweiten Vertragsteil i.R. der ergänzenden SGB XI-Finanzierung (vgl. Hospizkonzept 1998) das Einvernehmen herzustellen.

In der Vergangenheit haben folgende Faktoren bei der Planung und Errichtung stationärer Hospize limitierend gewirkt:

- Der hohe Investitionsbedarf bei relativ kleiner Einrichtungsgröße (max. 16 Pl.)
- 10 % Eigenbeteiligung des Trägers an der laufenden Finanzierung
- Das Vorhandensein eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienst als integraler Bestandteil
- Das Verbot, ein stationäres Hospiz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung zu errichten.

Ungeachtet dieser schwierigen Rahmenbedingungen und der derzeit fehlenden Förderoption des Landes sind mehrere Träger bekannt, die ein stationäres Hospiz errichten möchten. Zu begrüßen wäre, wenn solche Vorhaben die bestehenden regionalen Versorgungslücken, insbesondere im Osten und Norden der Stadt, geschlossen werden.

Auswirkungen der Einführung des Fallpauschalensystems (DRG's) in Krankenhäusern auf die zukünftige Hospizentwicklung

Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten hospizlichen Versorgung der Patienten müssen im Rahmen einer Gesamtschau auch die Veränderungen im Gesundheitssystem sowie die vorhandenen Palliativstationen betrachtet werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Einführung des DRG-Entgeltsystems im Krankenhaus Auswirkungen auf alle Bereiche sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung haben wird. Allgemein wird erwartet, dass sich die Verweildauern im Krankenhaus

verkürzen werden. Inwieweit dies auch auf die palliativ-medizinische Versorgung zutreffen wird, wird sich erst im Laufe der Zeit zeigen.

Die im Berichtsauftrag genannte These, infolge der durch die DRG-Einführung bedingten Verweildauerverkürzung würden künftig „schwerkranke und sterbende Menschen [...] im steigenden Umfang ambulant oder stationär (in Pflegeeinrichtungen) zu versorgen sein“, ist nicht belegbar. Die Einführung des DRG-Vergütungssystems wird durch verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenhausbereich flankiert. Damit ist zu erwarten, dass die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus nicht mit einem Verlust an Versorgungsqualität und einem erhöhten Risiko für dauerhafte Pflegebedürftigkeit verbunden sein wird.

Aussagen zur Krankenhausstatistik

Auf der Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung ist derzeit keine Auswertung palliativmedizinischer Angebote möglich, da diese immer in andere Abteilungsstrukturen (z.B. Onkologie) integriert sind. Auch die Daten, die auf der Grundlage von § 21 Krankenhausentgeltgesetz vom Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) analysiert und auszugsweise den Ländern für Planungszwecke zur Verfügung gestellt werden, erlauben keine Aussagen über die bestehende Situation bzw. mögliche Veränderungen bei palliativmedizinischen Behandlungen.

Jedoch gibt es eine umfangreiche Datensammlung in Form der bundesweiten Kerndokumentation für Palliativstationen, an der die Berliner Palliativstationen seit 1999, die stationären Hospize seit 2002 und seit 2003 auch ambulante ärztliche (Home Care Berlin) und pflegerische Palliativdienste teilgenommen haben. Hieraus könnten Informationen zu den betreuten Patienten und der Versorgungsqualität in spezialisierten Diensten gewonnen werden.

Die ansonsten bundesweit defizitäre Datenlage wird sich künftig jedoch ändern: Erstmals für das Jahr 2005 wurde in den Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS) „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS-Kode 8-982) aufgenommen.

Diese Behandlung wurde in diesem Katalog wie folgt definiert:

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Hinweis: Mindestmerkmale:

- 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 nachgewiesener Qualifikation in der Palliativmedizin (z.B. mindestens einjährige Erfahrung im Bereich Palliativmedizin oder entsprechende Qualifikation)
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche Teambesprechung bei wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Teambereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Psychotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie) mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen.

8-982.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-982.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-982.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-982.3 Mindestens 21 Behandlungstage

Eine Auswertung der InEK-Daten wird damit künftig auch Aussagen zu Fällen mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung erlauben. Die Daten über das erste Erfassungsjahr 2005 werden jedoch frühestens Mitte 2006 zur Verfügung stehen. Bis zur Ableitung verwendbarer Falldaten nach der Einführung dieses neuen OPS-Kodes 8-982 ist mit einem Zeitraum von drei Jahren zu rechnen.

Die Vorbereitungen zur Weiterentwicklung des Berliner Krankenhausplanes laufen derzeit. Ob es zu Planungsänderungen bei den palliativmedizinischen Angeboten kommen wird, ist derzeit nicht absehbar.

Stand und Planung der Palliativstationen in Berlin

Folgende palliativmedizinische Angebote werden in Berliner Krankenhäusern vorgehalten:

• Charité Campus Virchow-Klinikum angebunden an die Abteilung Hämatologie/Onkologie und verbunden mit dem Tumorzentrum	10	Betten
• Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe integriert in die Abteilung Innere Medizin	12	Betten
• Malteser Krankenhaus (integriert in die Abteilung Innere Medizin) in Kooperation mit der Charité, Campus UKBF	5	Betten
• Vivantes Klinikum Spandau integriert in die Abteilung Innere Medizin/Onkologie	<u>8</u>	<u>Betten</u>
SUMME (IST)	35	Betten

Die Fortschreibung des Krankenhausplans 1999 sieht neben der Beibehaltung der bestehenden Angebote die Schaffung folgender neuer Angebote vor:

• Helios Klinikum Berlin (Buch)	10	Betten
• Vivantes Klinikum am Urban	5	Betten
• Vivantes Klinikum Neukölln	<u>10</u>	<u>Betten</u>
SUMME (zusätzliches SOLL)	25	Betten
Gesamtzahl (IST und zusätzliches SOLL)	60	Betten

Die Aufnahme weiterer Angebote in den Krankenhausplan des Landes Berlin wird derzeit geprüft.

2.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen

2.3.1 Teilnahme an Fachtagungen

Berlin hat sich im Berichtszeitraum mit Redebeiträgen und durch Teilnahme an Podiumsdiskussionen an insgesamt acht Tagungen beteiligt, z.B.

- Im Januar 1999 - Symposium Palliativmedizin – Konzeptionen und Praxis in Berlin/Brandenburg, veranstaltet von der Freien Universität Berlin
- Im Februar 2000 - Symposium der Hospizarbeit – „Die ambulante Hospizarbeit zieht Bilanz und zeigt Perspektiven“, veranstaltet von der BAH Hospiz im Luise-Henrietten-Stift in Lehnin
- Im April 2000 – Altenhilfetagung „Hospizliches Denken und Handeln – Chancen für Menschen in Einrichtungen vollstationärer Pflege – Ein Paradigmenwechsel“ der

Malteser Akademie in Zusammenarbeit mit der Sozialstiftung Köpenick und der Malteser Hospizarbeit

- Im Oktober 2000 – bundesweite Arbeitstagung zur ambulanten Hospizarbeit, veranstaltet vom BMFSFJ und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (BAG) in Berlin
- Im Januar 2001 - bundesweite Tagung „Palliativmedizin und Hospizarbeit“, veranstaltet von den Johanniter Unfall-Hilfe in Berlin

2.3.2 Bildung eines wissenschaftlichen Beirates

Im Jahr 2001 wurde der **Hospizbeirat** unter Leitung der LAG Hospiz Berlin und ZAH gegründet (vgl. 2.4). Von der Gründung eines wissenschaftlichen Beirates wurde abgesehen, da mit der Beschlussfassung des Hospizkonzeptes die Grundsätze der Hospizentwicklung in Berlin für die kommenden Jahre feststanden.

2.3.3 Die Themen Hospiz und Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ausbildung in der Krankenpflege

Die Ausbildung ist durch das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 neu geregelt worden.

Im § 3 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes wird als Ziel der Ausbildung ausdrücklich gefordert, dass die Pflege „unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen“ auszurichten ist.

In der Anlage zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird u.a. für den Unterricht gefordert, dass die Schülerinnen zu befähigen sind, bei der Auswahl, Durchführung und Auswertung von Pflegemaßnahmen „ die unmittelbare vitale Gefährdung, den akuten oder chronischen Zustand bei einzelnen oder mehreren Erkrankungen ... und in der Endphase des Lebens bei pflegerischen Interventionen entsprechend zu berücksichtigen“.

In der praktischen Ausbildung sind Einsätze in palliativen Gebieten sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung von Menschen aller Altersgruppen obligatorisch.

Der zur Umsetzung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Land Berlin bestehende Rahmenlehrplan für die Krankenpflege-Schulen enthält die Lerneinheiten

- Tumorkranke Menschen pflegen und
- Sterbende Menschen pflegen.

Berufsausbildung in der Altenpflege

Die Altenpflegeausbildung erfolgt in Berlin in staatlich anerkannten Berufsfachschulen. Zuständig für das Curriculum ist die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Die bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflPrV) vom 26. November 2002 gibt den Umfang und den Inhalt der Ausbildung vor. Insbesondere im Lernbereich 1 „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“ beschäftigt sich das Lernfeld 1.3 mit „Personen- und situationsbezogener Pflege alter Menschen in den Aktivitäten des Lebens und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen: Sterben und Tod“. Die Schülerinnen und Schüler setzen sich hier auch mit den Prinzipien und Zielen der Hospizbewegung auseinander.

Altenpflege umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen am Lebensende. Daher sollte die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer sowie der eigenen Sterblichkeit einen zentralen Schwerpunkt in der Ausbildung darstellen und sich im gesamten Themenkanon wiederfinden. Lehrkräfte in den Berufsfachschulen als auch Praxisanleiter/-

innen in den Praxisstellen sind angehalten, sich mit den o. g. Themen stärker auseinander zu setzen und sie in die Ausbildung einzubeziehen.

Fort- und Weiterbildung für Pflegefachpersonal

In Berlin sind zwei Weiterbildungsstätten in der Fachrichtung „Onkologie“ staatlich anerkannt: Bildungszentrum in Berlin-Buch und Charité - Campus Benjamin Franklin.

Die Fortbildungsdatenbank der Zentralen Anlaufstelle Hospiz, die im Internet sowie in der Einrichtung abrufbar ist, umfasst eine Vielzahl geeigneter Fort- und Weiterbildungsangebote in Berlin, die von zahlreichen Institutionen angeboten werden.

Die ZAH hat sich im Rahmen ihrer Institutionenberatung u. a. auf die Vermittlung geeigneter Referent/-innen spezialisiert und bietet darüber hinaus Fortbildungen zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer für Mitarbeiter im ambulanten, vollstationären und Behindertenbereich an. Auch andere Hospizeinrichtungen stehen den Einrichtungen kompetent zur Seite.

2.3.4 *Verbesserung der Kenntnisse in der Schmerztherapie*

Im Rahmen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung werden in Anlage 15 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.6.2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.6.2005 (BGBl. I S.1818) u.a. Kenntnisse in der Behandlung von Langzeitkranken, unheilbar Kranken und Sterbenden, in der Schmerzbehandlung und in der Palliativmedizin gefordert. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat eine neue Weiterbildungsordnung beschlossen. Diese enthält u.a. die Zusatzweiterbildungen „Palliativmedizin“ und „Spezielle Schmerztherapie“. Für das neu gestaltete Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ gehört zum Ziel der Weiterbildung u.a. der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten. Die Weiterbildungsordnung ist jedoch noch nicht aufgrund aktueller Änderungsbedarfe durch die Aufsichtsbehörde genehmigt worden.

Weitere Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind unter 2.5.4 und 2.5.5 zu finden.

2.3.5 *Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen*

Für die vollstationäre Pflege standen am 01.01.2005 in Berlin 273 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 29.065 Plätzen zur Verfügung. Sie stellen in der Regel das letzte Zuhause, den letzten Lebensort, der dort betreuten und gepflegten Heimbewohner dar. Daher ist die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen eine wichtige und wesentliche Aufgabe in der Pflege. Sie erfordert von kompetenten Mitarbeitern ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit und persönlicher Reflektion.

Die Themen Sterben und Sterbebegleitung sind zwar in vielen Pflegeleitbildern verankert. Auch in der überwiegenden Mehrheit der Pflege- und Betreuungskonzepte finden sich Aussagen zu diesem Thema. Häufig werden diese Konzepte in der Praxis leider nur unzureichend umgesetzt. Anders lässt es sich nicht erklären, dass nach wie vor viele Heimbewohner letztlich im Krankenhaus sterben. Ein wesentlicher Grund hierfür ist darin zu sehen, dass die Mitarbeiter mit der Situation häufig überfordert sind und die Sterbenden daher viel zu oft ins Krankenhaus überwiesen werden.

Den Mitarbeitern müssen daher die Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die sie in die Lage versetzen, die Bewohnerinnen und Bewohner im Sterbeprozess sowie deren Angehörige würdevoll und fachlich kompetent begleiten zu können. In den pflegerischen Ausbildungen werden diese Inhalte zwar bereits zum Teil (vgl. 2.3.3) vermittelt, jedoch stoßen motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den ihnen vermittelten Kenntnissen häufig auf innerbetriebliche Barrieren (mangelndes Bewusstsein, schwierige personelle oder strukturelle Rahmenbedingungen). So haben sich z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne eine Pflegeausbildung seltener mit den Themen Sterben, Tod und Trauer sowie der eigenen Sterblichkeit auseinandergesetzt. Aufgabe der Heimträger ist es deshalb, den Mitarbeitern regelmäßig spezielle interne und externe Fort- und Weiterbildungen sowie Möglichkeiten der

Supervision anzubieten. Diese helfen den Mitarbeitern auch, mit eigenen Ängsten, Gefühlen der Trauer und der Hilflosigkeit umzugehen. Ebenso müssen die Elemente der palliativen Pflege und Medizin stärker vor Ort integriert und umgesetzt werden.

Um den Anspruch einer ganzheitlichen Pflege besser umzusetzen, kooperieren Pflegeeinrichtungen zunehmend mit ambulanten Hospizdiensten.

2.4 Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH) und Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. (LAG)

Die Diskussion über die Weiterführung eines unabhängig beratenden Hospizbüros – Drs. Nr. 14/561 - hat zu einer erste Fortschreibung des Hospizkonzeptes (Abgeordnetenhaus-Beschluss - Drs. Nr. 14/602) geführt. In diesem Rahmen wurde ab Oktober 2000 die Förderung der ZAH sowie der Geschäftsstelle der LAG Hospiz Berlin e.V. beschlossen.

Die **Zentrale Anlaufstelle Hospiz** in Trägerschaft der Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH ist aus dem Bundesmodellprojekt „Hospizbüro“ hervorgegangen. Sie erhält 2005 eine Förderung i.H.v. 41.536 €.

Ihre Aufgaben sind:

- Ansprech- und Beratungsstelle für die Berliner Bevölkerung
- Vermittlung/Weiterleitung der Hilfesuchenden an zuständige Institutionen, z.B. ambulante Hospizdienste, Krankenhäuser, Schmerzambulanzen, Selbsthilfe- und Trauergruppen
- Ansprech- und Beratungsstelle für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Zentrale Aufgaben im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Strategie, Informationsmaterial, Zusammenarbeit mit Medien
- Organisation von Bildungs- und Informationsveranstaltungen
- Organisation und Moderation von Arbeitskreisen (Arbeitskreis Trauer, Arbeitskreis 'Palliative Pflege Berlin')
- Zentrale Informationssammlung.

Dazu hält die ZAH folgende Angebote vor:

- Informations- und Beratungstelefon (telefonisch, persönlich, web-basiert)
- Institutionenberatung
- Onlineberatung (Modellprojekt in Kooperation mit dem BKK Bundesverband)
- Internetseite
- Fort- und Weiterbildungsdatenbank
- Datenbank HILFELOTSE
- Vorträge und Beteiligung an Veranstaltungen
- Informationsmaterial
- Kooperation

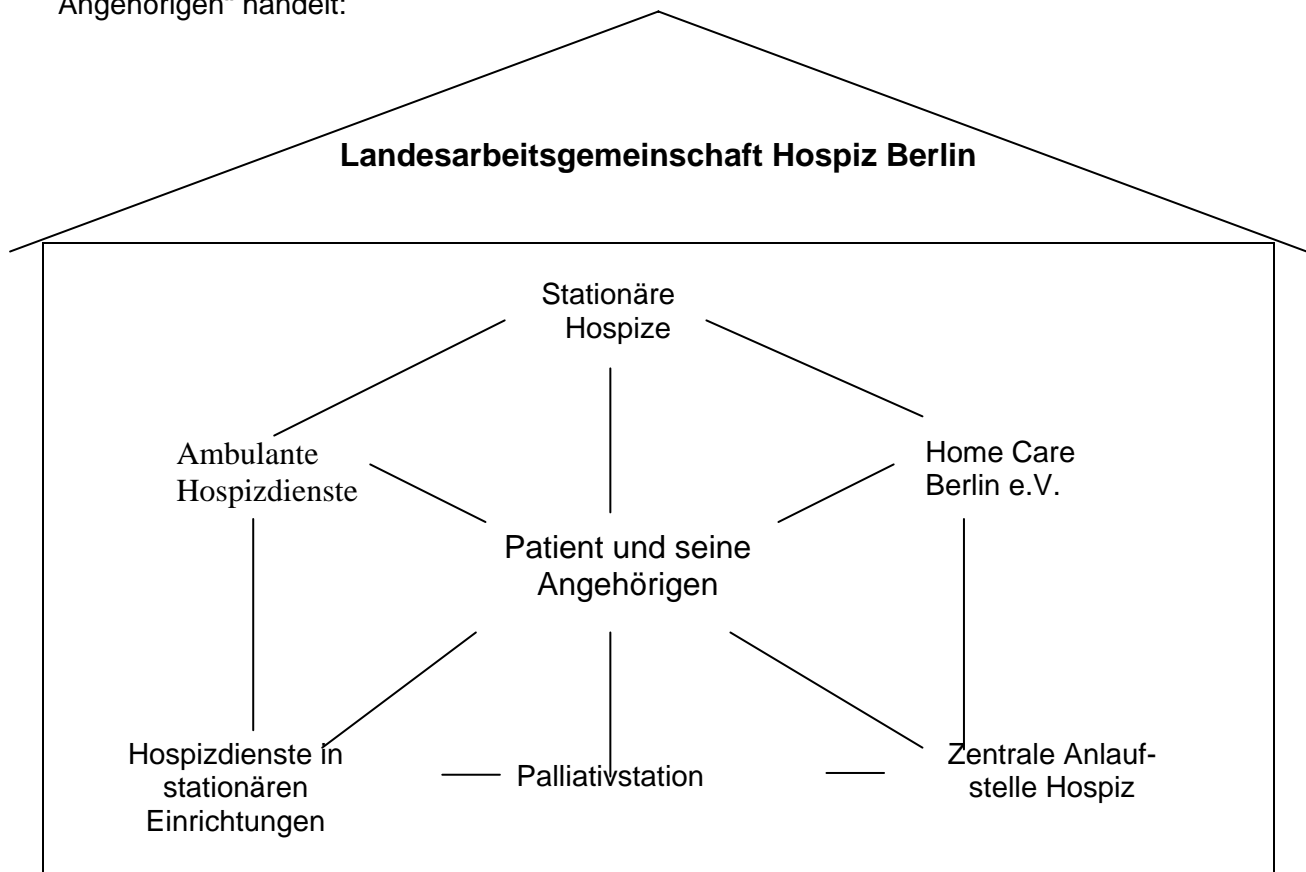
Die Sachberichte der ZAH zeigen ständig steigende Nachfragen, hohes Engagement und hohen Einsatz von Eigenmitteln des Trägers, so dass sich die ZAH als ein die Hospizdienste und Hospize ergänzendes Angebot fest etabliert hat. Insbesondere durch Institutionenberatung und in Fortbildungen nimmt die ZAH wesentlich Einfluss auf die Verbreitung und Implementierung hospizlichen Handelns, z.B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern, i.R. der Ausbildung medizinischen und pflegerischen Personals. Die Förderung dieses Projektes sollte unbedingt fortgeführt werden.

Die **Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin** wurde 1999 gegründet. Sie erhält 2005 eine Zuwendung i.H.v. 18.917 €.

Ihre Aufgaben sind:

- Weiterentwicklung der Hospizstrukturen im Land Berlin
- Ansprechpartner für Krankenkassen im Förderverfahren gemäß §39a Abs. 2 SGB V
- Koordination der Verhandlungsgemeinschaft der stationären Hospize
- Bearbeitung von Grundsatzfragen der Hospizbewegung
- Qualitätssicherung
- Erfahrungsaustausch / Transparenz unter den Mitgliedern der LAG
- Öffentlichkeitsarbeit, um für die Ziele der Hospizarbeit zu werben, hierzu zählt insbesondere die jährlich veranstaltete Hospizwoche
- Interessenvertretung von Hospizträgern.

Mit Stand 31.12.2004 zählte die LAG 20 Mitglieder, deren Hauptanliegen die hospizliche und palliative Versorgung Schwerkranker und Sterbender ist. Die nachfolgend dargestellten Grafik zeigt, um welche Institutionen es sich im Netzwerk „rund um den Patienten und seine Angehörigen“ handelt:



Zu den Gremien der LAG gehören Vorstand, Mitgliederversammlung, Arbeitskreis und folgende thematische Arbeitsgruppen: AG Öffentlichkeitsarbeit, AG Fallbesprechung, AG Qualität, AG Ethik sowie AG stationäre Hospize.

Die Sachberichte der LAG zeigen, dass zwischen den einzelnen Hospiz- und Palliativdiensten eine Atmosphäre der Transparenz und des Austausches entstanden ist. Des Weiteren wird deutlich, dass einige wichtige Schritte unternommen worden sind zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. So hat die AG Qualität verschiedene Qualitätsrichtlinien bzw. Standards für die Mitglieder der LAG erarbeiten können.

Der ehrenamtlich arbeitende Vorstand der LAG ist zudem der Ansprechpartner für die Vertreter der Krankenkassen für Gespräche zu Fragen der Umsetzung des § 39a Abs. 1 und 2 SGB V. So sieht die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste auf Länderebene einen einheitlichen Berechnungs- und Verteilungsschlüssel vor. Das Förder- und das Auszahlungsverfahren machen es notwendig, dass alle geförderten Dienste sich zuvor auf gleiche Kriterien geeinigt haben und sich vor der Auszahlung mit dem Förderbetrag einverstanden erklärt haben. Hier nimmt der Vorstand der LAG Hospiz Berlin koordinierende Aufgaben wahr.

Gleiches gilt für den Bereich der stationären Hospizarbeit. Da es einen einheitlichen Bedarfssatz für stationäre Hospize in Berlin gibt, koordiniert der Vorstand der LAG die Aktivitäten der Verhandlungsgemeinschaft, die sich auf Einladung des LAG-Vorstandes aus den in unterschiedlichen Wohlfahrtsverbänden beheimateten Trägern der stationären Hospize zusammen gefunden hat mit dem Ziel, mit den Kostenträgern den Bedarfssatz für stationäre Hospize im Land Berlin neu zu verhandeln.

Gemeinsamer Beirat der LAG Hospiz Berlin und der ZAH

Im Sommer 2001 hat der gemeinsame Beirat der ZAH und LAG seine Arbeit aufgenommen. Der Beirat ist ein Zusammenschluss von Personen, die mit ihrer fachlichen Kompetenz und ihren Erfahrungen aus unterschiedlichen Tätigkeiten oder Positionen der Berliner Hospizarbeit beratend zur Verfügung stehen.

Dem Beirat gehören an:

- Vertreter/innen von drei Fraktionen des Abgeordnetenhauses von Berlin
- eine Vertreterin der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung
- eine Vertreterin des DPW, LV Berlin e. V.
- Vertreter/innen des Unionhilfswerks und der ZAH
- Vertreter/innen des Vorstands der LAG Hospiz Berlin.

2.5 Aktivitäten außerhalb der im Hospizkonzept geplanten Maßnahmen

Nach der Bilanz der im Hospizkonzept beschlossenen Maßnahmen wird im Folgenden über weitere, nennenswerte Entwicklungen im Land Berlin berichtet.

2.5.1 Nutzung weiterer Fördermöglichkeiten

Neben der unter 2.2.1 und 2.2.2 dargestellten Landesförderung konnten Fördermöglichkeiten Dritter (z.B. Zweckertrag der Lotterie PS-Sparen und Gewinnen der Berliner Sparkasse, Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin, Deutsches Hilfswerk (ehemals ARD-Fernsehloterie), Deutsche Hospizstiftung und Deutsche Krebshilfe) für die Fortentwicklung der Berliner Hospizbewegung durch positive Votierung des Landes Berlin genutzt werden.

Erhebliche Drittmittel wurden von den Hospizträgern eingeworben. Sie wurden beispielsweise verwendet für Bau- und Ausstattungsmaßnahmen sowie für die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der jährlich stattfindenden Hospizwoche.

2.5.2 Hospizwoche

Die Hospizwoche fand erstmalig 1988 statt und wurde selbstständig von den Hospizdiensten und -initiativen – später von der LAG - jeweils unter dem Titel „Leben bis zuletzt“ organisiert. Die Themen reichen jeweils von Medizin, Ethik, Ehrenamt, Pflege, Trauer, künstlerische Vielfalt bis Spiritualität. Die guten Informationsmöglichkeiten für Laien aber auch für das Fachpublikum werden gerne angenommen. So hat sich mit inzwischen über 500 Gästen zur Eröffnungsveranstaltung und durchschnittlich 120 und mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Veranstaltung die Hospizwoche zu einem festen Forum für Information und Diskussion zu hospizlichen und palliativen Themen etabliert.

2.5.3 Vortragsreihe in der Charité –Universitätsmedizin Berlin

Seit 1998 findet in der Charité-Universitätsmedizin Berlin, am Standort Campus Charité Mitte, eine Vortragsreihe – Ringvorlesungen „Der sterbenskranke Patient“ – Kommunikation – Ethik – Palliativmedizin – jeweils im Wintersemester statt, wobei in jedem Jahr ein anderes Leitthema gewählt wird. Die Vorlesungen wurden von Dozenten aus Berlin, dem gesamten Bundesgebiet und aus dem Ausland gehalten. Neben Medizinstudenten und in Hospizen und Palliativeinrichtungen haupt- und ehrenamtlich Tätigen ist die Vorlesungsreihe für alle an den Themen Interessierten offen.

2.5.4 PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.

Im Mai 2001 wurde in Berlin der **Förderverein PalliativZentrum Berlin/Brandenburg (PZBB)** als ein sektoren- und berufsübergreifendes Forum gegründet, um den Ideen der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizbewegung mehr Geltung als bisher zu verschaffen. Es wurde in der Anfangsphase durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Alle an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten sollten zu einem engeren Austausch motiviert, Grenzen und Schnittstellen im Gesundheitswesen, an denen allzu oft eine gute Patientenversorgung scheitert, überwunden werden. Darüber hinaus sollten Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Palliativmedizin vorangebracht werden. Folgerichtig setzte sich der Vorstand aus Vertretern der ambulanten und der stationären Palliativmedizin, der ambulanten und stationären Palliativpflege, der ambulanten und stationären Hospize und der Forschung zusammen.

Im gleichen Jahr hat sich der **Beirat des PZBB** in adäquater Weise konstituiert.

Ihm gehören an:

- Vertreter der Palliativmedizin aus Krankenhäusern und aus dem niedergelassenen Bereich
- Vertreter von Home Care Berlin e.V.
- Vertreter der Ethikkommission der ÄK Berlin
- Vertreter aus der Forschung
- Vertreter der Hospizbewegung
- Vertreter des Arbeitskreises „Palliative Pflege“
- Vertreter der Krankenkassen
- Vertreter der Ärztekammern Berlin und Brandenburg
- Vertreterin des DBfK – LV Berlin-Brandenburg
- Je ein Vertreter der Verwaltungen sowohl Berlins als auch Brandenburgs
- Vertreter des öffentlichen Lebens.

Fort- und Weiterbildungsaktivitäten des PZBB

Seit 2003 bietet das PZBB in Zusammenarbeit mit Home Care Berlin e.V. Basiskurse in Palliativmedizin nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) an, die zweimal jährlich mit durchschnittlich 20 Teilnehmern in der Ärztekammer Berlin stattfinden. Zielgruppe sind Ärzte, Pflegende und andere Berufsgruppen, die schwerpunktmäßig schwerstkranke und sterbende Patienten betreuen. Die Kurse sind von der Ärztekammer Berlin anerkannt und werden von ihr zertifiziert.

Geplant ist das Angebot eines Aufbaukurses zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ für Ärzte, der ab dem kommenden Jahr in Anlehnung an die Vorgaben der DGP jährlich einmal durchgeführt werden soll.

2.5.5 Fort- und Weiterbildungsaktivitäten an der Wannsee-Akademie

Die Wannsee-Akademie bietet seit Jahren Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Hospiz-/Palliativbereich an. Seit 2005 sind diese erstmals in einer gesonderten Rubrik: Hospiz / Palliative Care im Fortbildungs-Jahresprogramm der Wannsee-Akademie aufgeführt.

Als Gründungs-Mitglied des Arbeitskreises Palliative Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), als Mitglied im Palliativ-Zentrum Berlin/ Brandenburg und mit ihren Fortbildungsangeboten leistet die Wannsee-Akademie einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung der hospizlichen und palliativen Versorgung in dieser Stadt; durch die bundesweiten Angebote aber auch über die Landesgrenzen hinaus.

Im Folgenden sind die Aktivitäten der Wannsee-Akademie im Bereich Hospiz /Palliative Care aufgelistet:

- 1997 • Entwicklung eines Curriculums Palliative Care für Pflegendes
Basierend auf dem bereits vorhandenen Basiscurriculum von Kern, Müller, Aurnhammer, ist es durch das Zentrum für Palliativmedizin des Malteser-Krankenhauses Bonn-Hardtberg zertifiziert.
- 1998 • Beginn des 1. Palliative Care Kurses für Pflegendes
- 1999 • Beginn des 2. Palliative Care Kurses für Pflegendes
- 2000 • Beginn des 3. Palliative Care Kurses für Pflegendes
- 2001 • Beginn des 4. Palliative Care Kurses für Pflegendes

• Durchführung der 2. bundesweiten Fachtagung Palliative Care unter dem Motto: Einheit in der Vielfalt
Veranstalter: Wannsee-Akademie und der Arbeitskreis Palliative Pflege, Regionalgruppe Berlin, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
Die Veranstaltung war mit ca. 165 bundesweiten Teilnehmern unterschiedlichster Professionen (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie etc.) ausgebaut.
- 2002 • Beginn des 5. Palliative Care Kurses für Pflegendes
- 2003 • Aufgrund der großen Nachfrage finden seit 2003 stets zwei Palliative Care Kurse für Pflegendes parallel statt:
Beginn des 6. und 7. Palliative Care Kurses für Pflegendes

• Zeitgleich wurden aufgrund des § 39a Abs. 2 SGB V und der dazu gehörenden Rahmenvereinbarung
1 Curriculum für einen Palliative Care Kurs für psychosozialer Berufsgruppen mit einem Gesamtstundenumfang von 160 Stunden sowie
1 Curriculum für die Koordinatorentätigkeit und
1 Curriculum für die Führungskompetenz für eben diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt.
Diese drei Kurse / Module sind Pflichtmodule im ambulanten Hospizbereich.

• Durchführung des 1. Führungs-Moduls mit einem Gesamtstundenumfang von 80 Stunden - bundesweit als erster Anbieter (Teilnehmer bundesweit)

• Durchführung des 1. Koordinations-Modul – 40 Stunden (Teilnehmer bundesweit)

- 2004
- Beginn des 8. und 9. Palliative Care Kurse für Pflegende
 - Start des 1. Palliative Care Kurse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychosozialer Berufsgruppen
 - *Durchführung der 3. Bundesweiten Fachtagung Palliative Care unter dem Motto: Alles Ethik oder Was?*
Veranstalter: Wannsee-Akademie und der Arbeitskreis Palliative Pflege, Regionalgruppe Berlin, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und Kooperationspartner des Palliativ-Zentrums Berlin-Brandenburg
Die Veranstaltung war mit ca. 160 bundesweiten Teilnehmern unterschiedlichster Professionen (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie etc.) ausgebucht.
 - Durchführung des 2. Führungs-Moduls (Teilnehmer bundesweit)
 - Durchführung des 2. Koordinations-Moduls – 40 Stunden (Teilnehmer bundesweit)
- 2005
- Beginn des 10. und 11. Palliative Care Kurse für Pflegende
 - Beginn des 2. Palliative Care Kurse für Mitarbeiter(innen) psychosozialer Berufsgruppen
 - Durchführung des 3. und, aufgrund der großen Nachfrage, des 4. Führungs-Moduls (Teilnehmer bundesweit)
 - Durchführung des 3. Koordinations-Modul – 40 Stunden (Teilnehmer bundesweit)
 - *Durchführung einer bundesweiten Fachtagung zum Thema: Sterben, Tod und Trauer in den 5 großen Weltreligionen*

2.5.6 Arbeitskreis Palliative Pflege

Die Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern, ist Anliegen zahlreicher Berliner Institutionen aus dem ambulanten, stationären und vollstationären Bereich. Aus diesem Grunde haben sich Ende 1999 Vertreterinnen und Vertreter aus dem ambulanten und stationären Bereich Berlins in dem „**Arbeitskreis Palliative Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Regionalgruppe Berlin unter dem Dach des „PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V.“**“ zusammengefunden, mit dem Ziel, eine Verbesserung der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in Berlin zu realisieren.

Aufgaben des Arbeitskreises sind:

- Themenbezogener, fachlicher und kollegialer Austausch
- Dokumentierte Fallbesprechungen
- Aufbau von Informations- und Kooperationsbeziehungen
- Initiierung einer jährlichen Informationsveranstaltung (regionale Infobörse oder bundesweite Fachtagung)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Austausch des Fortbildungsbedarfs

Der Arbeitskreis ist organisatorisch angebunden an die Zentrale Anlaufstelle Hospiz.

Korrespondenzpartner zur Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und zum PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e. V. sichern den Austausch und die Weitergabe von Informationen und Ideen. Eine Auflistung der beteiligten Institutionen ist im Internet abrufbar: <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?id=66>.

2.5.7 Home Care Berlin e. V.

Home Care Berlin ist ein – bundesweit in dieser Form einmaliger - palliativmedizinischer Dienst zur häuslichen Versorgung schwerstkranker Krebspatienten, der seit 1994 besteht. Zielgruppe sind die fast 8.000 Menschen, die jährlich in Berlin an einem Krebsleiden sterben.

Bei der Versorgung schwerstkranker Krebspatienten ist die Erhaltung der Lebensqualität das wichtigste Anliegen. Hierzu zählt neben der Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen auch ein hohes Maß an Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Dies gilt gerade auch dann, wenn die Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zunehmend auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind und medizinische und pflegerische Unterstützung benötigen.

Das Home Care-Projekt sieht seine Hauptaufgabe darin, durch eine spezialisierte ärztliche Versorgung für krebserkrankte Menschen die Möglichkeit zu schaffen, auch die letzte Lebensphase in ihrem privaten Wohnumfeld zu verbringen.

Bei den Home Care-Mitarbeitern handelt es sich um erfahrene Ärzte, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Versorgung schwerstkranker Tumorpatienten, insbesondere der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, verfügen. Sie führen regelmäßige Hausbesuche durch, deren Zahl und Dauer auf die Bedürfnisse der Kranken abgestimmt sind. Grundsätzlich sind alle im Projekt arbeitenden Mediziner jeder Zeit - also auch nachts und an den Wochenenden - für ihre Patienten erreichbar. Neben der kompetenten palliativmedizinischen Versorgung steht die menschliche Zuwendung im Mittelpunkt des Home Care-Konzeptes. Auf eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten Personen und Dienste (Hausärzte, Angehörige, professionelle Pflege, Ehrenamtliche ...) wird dabei großer Wert gelegt.

Das Projekt wird vom 1993 gegründeten gleichnamigen Verein gefördert und unterstützt. Seit 1995 unterhält der Verein eine Geschäftsstelle, deren wichtigste Aufgabe darin besteht, Patienten und Angehörige über das Home Care-Projekt zu beraten und über komplementäre Angebote, wie z.B. auf Palliativpflege spezialisierte Pflegedienste, zu informieren. Weitere Aktivitäten des Vereins sind:

- die regelmäßige Durchführung eines Qualitätszirkels für den Erfahrungsaustausch der Projektmitarbeiter,
- die laufende Auswertung einer Dokumentation, in der die Leistungen der Home Care-Versorgung erfasst werden und
- das Angebot eines telefonischen Beratungsdienstes für Hausärzte, Pflegedienste u.a. professionelle Helfer in allen relevanten Fragen der Palliativmedizin („Palli-Hotline“)
- eine informative Internetpräsenz (www.homecareberlin.de).

Aufgrund der intensiven ärztlichen und pflegerischen Begleitung konnten etwa drei Viertel aller Patienten, die das Projekt versorgt hat, bis zu ihrem Tod in ihrer bisherigen Wohnung (einschließlich Pflegeheim, stationäres Hospiz) bleiben. Nur 12 % der Patienten mussten am Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Seit 1998, als das Home Care-Projekt im Hospizkonzept vorgestellt wurde, konnte das Angebot zahlenmäßig ausgeweitet werden. Die Liste der Home Care-Praxen ist im Internet unter <http://www.homecareberlin.de/Praxenliste.pdf> einsehbar.

Die Home Care-Ärzte sind darüber hinaus an der Versorgung der Patienten in den stationären Hospizen Berlins beteiligt. Insbesondere durch ihre ständige Rufbereitschaft tragen sie dort zu einer hohen Qualität der Versorgung der Patienten bei.

Im Grunde genommen handelt es sich bei Home Care Berlin noch immer um ein Modellprojekt, dessen weiteres Bestehen und dessen Finanzierung jedes Jahr von neuem zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung ausgehandelt werden. Aufgrund der wachsenden Aufmerksamkeit, die die Palliativmedizin in den letzten Jahren auch von gesundheitspolitischer Seite erfahren hat, hoffen die Mitarbeiter zum einen auf das Weiterbestehen des Projekts, zum anderen auf eine bundesweite Einführung vergleichbarer Projekte und letztendlich auf eine Einbindung des Home Care-Angebots als ambulanter palliativmedizinischer Dienst in die Regelversorgung.

2.5.8 Ambulante Pflege

Im Zusammenwirken mit Home Care-Ärzten, ambulanten Hospizdiensten, niedergelassenen Onkologen und Hausärzten übernehmen ambulante Pflegedienste bei Patienten, die einer palliativen Versorgung bedürfen, alle Aufgaben der Grund- und Behandlungspflege, um nach Möglichkeit nicht gewollte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und damit dem Wunsch des Patienten nach einem „Sterben zu Hause“ zu entsprechen. Um in der verbleibenden Lebenszeit Wohlbefinden und Lebensqualität zu erhalten und eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden, müssen spezielle ärztlich verordnete Maßnahmen durchgeführt und auf Veränderungen adäquat reagiert werden. Dies kann nur durch die Fach- und Handlungskompetenz einer qualifizierten Pflegefachkraft sichergestellt werden.

Die Symptome und der Zustand des Allgemeinbefindens des sterbenden Patienten sind oftmals unberechenbar, so dass Noteinsätze des Pflegedienstes unverzichtbar sind.

Ziel der palliativpflegerischen Versorgung ist es, die verbleibende Lebenszeit so beschwerdefrei wie möglich zu gestalten. Nach Auskunft von einigen spezialisierten ambulanten Pflegediensten beträgt die durchschnittliche Versorgungszeit von Patienten in der finalen Phase 40 - 50 Tage. Unter Berücksichtigung des Wachstums dieser Zielgruppe und der erforderlichen Qualitätssicherung sollten perspektivisch einzelne, in diesem Arbeitsfeld tätige ambulante Pflegedienste zu ambulanten Palliativpflegediensten entwickelt und eine gesonderte Leistungsabrechnung geprüft werden.

Schon heute haben sich vor dem Hintergrund des o.g. Wunsches von Patienten in der ambulanten Pflege im Rahmen des Leistungsangebotes im SGB V einzelne Pflegedienste auf die Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen spezialisiert. Diese arbeiten mit den ambulanten Hospizdiensten zusammen und sind häufig im AK Palliative Pflege Berlin (vgl. 2.5.6) organisiert.

2.5.9 Arbeitskreis Trauer Berlin

Seit März 2001 lädt die Zentrale Anlaufstelle Hospiz Einrichtungen und Personen, die mit und für Trauernde arbeiten, regelmäßig zu einem **Arbeitskreis Trauer** ein. Ausgangspunkt für die Initiierung dieses Gremiums war der Wunsch, eine Diskussionsplattform aller Beteiligten zu schaffen, um einerseits Kenntnisse über alle bestehenden Trauerangebote (Personen, Konzepte etc.) zu erlangen und andererseits konkrete Projekte mit den Partnern abzustimmen.

Der Arbeitskreises Trauer hat sich folgende Aufgaben und Ziele gestellt:

- Themenbezogener, fachlicher und kollegialer Austausch
- Informationsrecherche und –austausch
- Abstimmung im Rahmen der Weitervermittlung von trauernden Klienten
- Öffentlichkeitsarbeit
- Erschließung von Finanzierungsmöglichkeiten für Trauerarbeit

- Qualitätssicherung und Offenlegung der geleisteten Arbeit; Entwicklung von Qualitätskriterien
- Entwicklung von Kooperationsbeziehungen
- Fachliche Beratung der Zentralen Anlaufstelle Hospiz

Der Arbeitskreis ist organisatorisch angebunden an die Zentrale Anlaufstelle Hospiz. Eine Auflistung bestehender Angebote ist im Internet abrufbar: <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?id=67>.

2.5.10 Spendenakquise der Hospizträger

Der Hospizgedanke muss auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft Verbreitung und Einfluss gewinnen. Um diesen Grundsatz zu verwirklichen, haben viele Hospizträger Fördervereine gegründet. So werden Bürger spürbar beteiligt, indem sie durch Fördervereine um Beiträge, Spenden und aktive Mithilfe gebeten werden. Gleichzeitig wird damit ein Beitrag geleistet, Sterben als Bestandteil des Lebens in das Bewusstsein zu rücken und zu enttabuisieren.

Benefizveranstaltungen, Tage der Offenen Tür, vielfältige Informationsmaterialien, regelmäßig stattfindende Offene Abende, Ausstellungen oder Trödelmärkte sind verschiedene Formen der Öffentlichkeitsarbeit aller Hospize. Sie sprechen die Bevölkerung und Interessierte mit unterschiedlichen Mitteln an und vermitteln die Möglichkeit, sich mit Themen der Hospizbewegung auseinander zu setzen.

Ambulante Hospizarbeit erfolgt überwiegend durch ehrenamtliche Tätigkeit. Stationäre Hospize müssen eine gesetzlich vorgeschriebene Eigenbeteiligung von 10 % an den Kosten erbringen. Alle Hospizträger sind daher mit viel Ideenreichtum und Engagement gefordert, die notwendigen Mittel einzuwerben. Allein die in Berlin bestehenden stationären Hospize haben jährlich eine Summe in Höhe von insgesamt **915.573,30 €** aufzubringen.

Die Kassenförderung nach § 39a Abs. 2 SGB V sieht für ambulante Hospizdienste nur anteilige Kosten für die Fachkraft bzw. für Schulungsmaßnahmen vor, wenn diese durch externe Dozenten erbracht werden.

Den folgenden Tabellen ist zu entnehmen, dass jeder ambulante Hospizdienst vor dem Hintergrund der Kassenförderung eine beachtliche Summe für seinen Dienst selbst erwirtschaften muss. Zur Höhe der eingesetzten Eigenmittel ambulanter Hospizdienste liegen keine statistischen Daten vor.

Leistungen, die nach § 39a Abs. 2 SGB V zur Berechnung der Fördersumme herangezogen werden	Leistungen, die nach § 39a Abs. 2 SGB V nicht zur Berechnung der Fördersumme herangezogen werden
<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Begleitungen im häuslichen Bereich • Für die direkte Begleitung einsetzbare ausgebildete Ehrenamtliche 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht abgeschlossene Begleitungen, auch wenn sie über längere Zeit gehen • Begleitungen in Pflegeheimen, stationären Hospizen oder Krankenhäusern • Beratungsleistungen (z.B. Palliative Care) • Trauerbegleitungen • Bildungsarbeit • Öffentlichkeitsarbeit

Nach § 39a Abs. 2 SGB V finanzierbare Ausgaben	Nach § 39a Abs.2 SGB V nicht finanzierbare Ausgaben
<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten • Honorarmittel für die Schulung/ Fortbildung/ Supervision der Ehrenamtlichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sachmittel wie Büro- und Gruppenraum-Miete, Telefon/AB, PC, Kurs- und Büromaterialien etc • Besondere Ausgabe: Handykosten für die ständige Erreichbarkeit • Fahrt- und andere Kosten der Ehrenamtlichen • Fahrtkosten der Hauptamtlichen • Geforderte Fortbildung der Hauptamtlichen • Supervision der Hauptamtlichen • Kosten, die im Bezug auf Trauerangebote anfallen • Kosten für Öffentlichkeitsarbeit/ Bildungsarbeit

3 Fortschreibung des Hospizkonzeptes – Hospiz- und Palliativversorgung im Land Berlin

Zu den in der Koalitionsvereinbarung verankerten Zielen zur Unterstützung der Hospizbewegung und Palliativmedizin werden folgende Schwerpunkte für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin vorgeschlagen:

3.1 Wir brauchen einen Bewusstseinswandel in der Bevölkerung: Sterben gehört zu unserem Leben dazu

3.1.1 Fortführung der Hospizwoche Berlin

Das Land Berlin wird sich weiterhin an Veranstaltungen der jährlich stattfindenden Hospizwoche beteiligen: Teilnahme an der Eröffnungsveranstaltung, Podiumsdiskussionen und finanzielle Unterstützung über PS-Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit.

3.1.2 Unterstützung der Veröffentlichung einer Hospizbroschüre

Die ZAH hat in Eigenregie eine Hospizbroschüre (Arbeitstitel „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann“ erarbeitet, deren Veröffentlichung aktuell über PS-Mittel unterstützt wird.

3.1.3 Politische Unterstützung für den „Hospiz – Salon“

Als weiteres Forum der Öffentlichkeitsarbeit regt die ZAH das Projekt „Hospiz-Salon“ (Arbeitstitel) an. Für seine Umsetzung und Durchführung bedarf es der Unterstützung der Politik und der Medien. Von der ZAH formulierte Ziele des „Hospiz-Salons“ werden nachfolgend zitiert:

„Der Hospiz-Salon soll Raum für die Begegnung von Persönlichkeiten aus dem Kreis der Berliner Hospizarbeit, der Deutschen Wirtschaft und der Gesundheits- und Sozialpolitik auf Bundes- und Landesebene schaffen. In einer neuen Form soll

die Kommunikation hospizlicher Themen gefördert werden und dazu beitragen, Berührungspunkte mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer abzubauen. Anliegen des Hospiz-Salons soll es sein, den Kreis von Sponsoren wesentlich zu erweitern und damit hospizliches Engagement in Berlin stärker ideell und finanziell zu fördern, damit die bestehenden Angebote verlässlich für jeden Sterbenden und seine Angehörigen vorgehalten bzw. ausgebaut werden können.

Hospizliches Denken und Handeln findet in unserer Gesellschaft zunehmend Beachtung. In dieser Situation ist es umso wichtiger, mit Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung ins Gespräch zu kommen, um Rahmenbedingungen, in denen hospizliches Engagement entstehen und wachsen kann, weiterzuentwickeln. In der gemeinsamen Diskussion mit Vertretern verschiedener Positionen und Interessen liegt die Chance zu einer ausgewogenen Berücksichtigung der verschiedenen Standpunkte.“

3.1.4 Stärkung der Patientenrechte

Obwohl für die Aufgaben nach dem Betreuungsrecht im Rahmen der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung die Betreuungsbehörden in den Bezirksämtern sowie die Betreuungsvereine zuständig sind, werden Hospizdienste unweigerlich mit den Fragen nach Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten konfrontiert. Im Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz wird zurzeit an einem Konzept gearbeitet, wie auf die steigende Zahl nach Anfragen zum Thema Patientenverfügung noch besser eingegangen werden kann. Um für die Ratsuchenden eine wohnortnahe Beratung zu etablieren, sind regionale Ansprechstellen notwendig. Hier bieten sich die auf dem Stadtgebiet verteilten Hospizeinrichtungen als Beratungsstellen an.

Die Zentrale Anlaufstelle Hospiz schult ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Beraterinnen und Beratern, die Menschen, welche eine Patientenverfügung abfassen wollen, adäquat beraten und unterstützen sollen. Nur eine persönliche Beratung bietet den geeigneten Rahmen, um der Willensbildung und den formalen und inhaltlichen Anforderungen in hohem Maße gerecht zu werden (Qualitätsansprüche). Die Beratung umfasst die Aspekte:

- Prozessbegleitung in der persönlichen Auseinandersetzung der Klienten
- Sachinformation über verfügbare Themen sowie
- praktische Hilfestellung beim Abfassen der Verfügungen.

Freiwillige Mitarbeiter der ZAH, die über eine Ausbildung in einem sozialen, pflegerischen oder gesundheitlichen Beruf verfügen und darüber hinaus eine Schulung in der Sterbebegleitung absolviert haben, werden hierzu ab 2006 fortgebildet. Die Schulung soll in Kooperation mit der LAG Hospiz Berlin e.V. stattfinden. Geplant ist, an verschiedenen Standorten kompetente Beratungen zum o.g. Themenfeld anbieten zu können und relevante Institutionen (z. B. Betreuungsvereine) einzubeziehen.

3.2 Die Sterbebegleitung muss überall dort verbessert werden, wo Menschen sterben

3.2.1 Gründung eines „Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin“

Zur Bündelung aller Aktivitäten in der Palliativmedizin und im Hospizwesen, zur Erhöhung ihrer Transparenz, zur Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung unter den Aspekten Bedarfsnotwendigkeit, Zugänglichkeit, Bürgernähe und Qualitätssicherung in der palliativen und hospizlichen Versorgung wird das Land Berlin ein besonderes Instrument der Planung, Koordinierung und Erarbeitung von neuen Zielstellungen durch den „Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin“ etablieren, der min-

destens einmal im Jahr stattfindet. Zur Herstellung einer höheren Verbindlichkeit gibt sich der Runde Tisch eine eigene Geschäftsordnung.

Die bereits bestehenden Strukturen: Das PalliativZentrum Berlin-Brandenburg (PZBB) (s. 2.5.4), die LAG Hospiz Berlin und die ZAH (s. 2.4) sollen hierzu als Plattform dienen und um Vertreter aus Politik, Berliner Ärztekammer, Verbänden, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, Kassenärztlicher Vereinigung, Berliner Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen/Pflegekassen ergänzt werden.

Von den Experten sollen Vorschläge für die Weiterentwicklung der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung in Berlin erarbeitet werden sowie Impulse aus den beiden bestehenden Beiräten einfließen.

Folgende Themen, die aktuell zur Diskussion anstehen, wären vorrangig durch den Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin schwerpunktmäßig zu diskutieren:

- Sind die in Berlin bestehenden Strukturen in Bezug auf palliative und hospizliche Versorgung (ambulant und stationär) ausreichend?
- Wie könnte ein Modell einer ‚Integrierten Versorgung‘ nach §§ 140 ff. SGB V, das den Vernetzungs-/Verbund-Gedanken befördern und stärken sollte, initiiert werden?
- Wie können Versorgungsabläufe, Verbindlichkeiten zwischen Netzwerk-/Verbundpartnern festgelegt, ‚Abbruch-Stellen‘ identifiziert und damit Versorgungsverläufe optimiert sowie Vertretungen geregelt werden?
- Wie könnte ein palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD), den es bis 2001 bereits gab, zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung neu etabliert werden?
- Welche Maßnahmen wären erforderlich, Lehre und Forschung im ethischen, sozialwissenschaftlichen, palliativmedizinischen und pflegerischen Bereich zu verbessern? Empfiehlt es sich, in Berlin analog der Ausstattung anderer Universitäten in der Bundesrepublik einen Lehrstuhl für Palliativmedizin einzurichten? Mittlerweile gibt es in der Bundesrepublik in fünf Städten Lehrstühle für Palliativmedizin (Bonn, München, Köln, Aachen und Göttingen).
- Wie könnte hinsichtlich weiteren Verkürzung von Krankenhausbehandlungen und -verweildauern eine notwendige Ausweitung des Home Care-Prinzips auf andere Erkrankungen (z.B. neurologische) erfolgen? Bisher kommt dieses Prinzip nur Tumorkranken zugute.
- Welcher Einfluss kann auf eine verbesserte Finanzierung der ambulanten Palliativpflege-Leistungen genommen werden?
- In welcher Form können Fort- und Weiterbildungsaktivitäten sowohl im ärztlichen, pflegerischen als auch im ehrenamtlichen Bereich koordiniert werden?
- Mit der Befassung der o.g. Themen werden unweigerlich juristische und ethische Fragestellungen berührt werden.

3.2.2 *Verbesserung hospizlicher Sterbebegleitung in Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen*

Es ist nicht das Ziel der Hospizbewegung, in einigen singulären Bereichen eine verbesserte Versorgung sterbender Menschen sicherzustellen, sondern sie möchte vielmehr überall dort, wo gestorben wird, eine intensive Hinwendung und umfangreiche palliative Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen erreichen.

Neben der allgemein bekannten Feststellung, dass Krankenhäuser aufgrund ihres originären Versorgungsauftrages keine Orte des Sterbens sind, sind die tatsächlichen Bedingungen, wie in den Berliner Krankenhäusern gestorben wird, nicht bekannt. Diese wären zunächst einmal zu evaluieren (s. 3.4.1), um, ausgehend von der Ist-Analyse, ggf. notwendige

Handlungsstrategien zur Implementierung von Hospizidee, Palliativmedizin und Palliativpflege in die Strukturen und Arbeitsabläufe der Krankenhäuser ableiten zu können.

Zu Fragen der hospizlichen Sterbebegleitung und seiner Verbesserung in Pflegeheimen gibt es in Berlin bereits Erkenntnisse (vgl. 2.3.5):

- Implementierung eigener Hospizdienste,
- Enge Kooperationsbeziehungen mit ambulanten Hospizdiensten,
- Wahrnehmung des Angebotes der ZAH zur Institutionenberatung,
- Berücksichtigung des Themas im Pflegeleitbild sowie im Fort- und Weiterbildungsmanagements
- Entwicklung spezieller Pflegestandards.

Die Zentrale Anlaufstelle Hospiz entwickelt und organisiert ab 2006 den Arbeitskreis Vollstationäre Pflege. In diesem Arbeitskreis vernetzen sich Einrichtungen, die Interesse an einer Zusammenarbeit haben und auf dem Weg hin zu einer adäquaten Versorgung sterbender alter Menschen fortgeschritten sind.

Schwerpunkthemen des Kreises werden sein:

- Diskussion und Fortentwicklung von Einrichtungskonzepten,
- Entwicklung und Erweiterung der palliativpflegerischen Versorgung,
- Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen Versorgung,
- Kooperation mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen,
- Kollegialer Austausch,
- Pflegeforschung,
- Kooperation mit und Beratung von Berufsfachschulen für Altenpflege,
- Beratung der und Kooperation mit der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (Institutionenberatung).

3.3 Stärkung der bestehenden Strukturen

3.3.1 Fortführung der Projekte ZAH und LAG Hospiz Berlin e.V.

Gemeinsames Ziel der Zusammenarbeit der Kooperationspartner Zentrale Anlaufstelle Hospiz und LAG Hospiz Berlin e.V. ist die Verbesserung der Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Stärkung und qualitative Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit im Land Berlin. Zu diesem Zweck wurde eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Kooperationspartner verstehen sich als gleichberechtigt, Entscheidungen werden im Konsens getroffen. Beide Partner arbeiten gemeinsam an der Erfüllung dieser Ziele und treffen entsprechende Absprachen zu personellen, organisatorischen und konzeptionellen Fragen.

Die spezifischen Erfahrungen in der konkreten Hospizarbeit sowie in der Beratungs-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im jeweiligen Arbeitsfeld der Kooperationspartner wurden bzw. werden zusammengeführt, gemeinsam ausgewertet und für die Weiterentwicklung der internen Struktur und der Angebote der Hospizeinrichtungen genutzt. Dazu gehören u. a. Maßnahmen für die Entwicklung von Qualitätsstandards und deren Umsetzung (z.B. durch zu entwickelnde Fortbildungen bzw. Schulungsmaßnahmen oder Evaluationsmethoden). Weiterhin wirkt sich die Zusammenarbeit positiv auf das Beratungsangebot, die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit und die Darstellung der Angebote in Richtung Politik, Verwaltung und Verbände durch eine enge Kommunikation und ein einheitliches und abgestimmtes Auftreten aus. Perspektivisch wird eine noch engere Verzahnung beider Kooperationspartner angestrebt. So übernimmt die Zentrale Anlaufstelle Hospiz weitere Serviceleistungen.

gen für die LAG Hospiz Berlin e. V. und wird in deren Gremien weiter verankert. Die konkreten Tätigkeitsschwerpunkte sowie die Informations- und Entscheidungsstruktur werden im Rahmen der Fortschreibung des Geschäftsverteilungsplans definiert.

3.3.2 *Anerkennungskultur für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer*

Ehrenamtlichkeit ist ein unersetzbares Qualitätsmerkmal in der Hospizarbeit und bedarf der uneingeschränkten Anerkennung durch Politik und Gesellschaft. Obwohl jeder Träger eine eigene Anerkennungskultur für seine Ehrenamtlichen entwickelt hat, sollten alle sich bietenden Möglichkeiten zur Würdigung ehrenamtlicher Sterbebegleiter genutzt werden. Die viel beachtete Eröffnungsveranstaltung der jährlich stattfindenden Hospizwoche wird genutzt, um die wertvolle Arbeit der ehrenamtlichen Mitarbeiter der Berliner Hospizbewegung zu würdigen. Die LAG Hospiz Berlin sollte regelmäßig von ihrem Vorschlagsrecht Gebrauch machen, wenn das Land Berlin jährlich zum Tag des Ehrenamtes Ehrenamtliche für hervorragende Leistungen mit der Berliner Ehrennadel auszeichnet.

3.3.3 *Hospizbeirat der LAG Hospiz und der ZAH*

Künftig wird die für Soziales zuständige Senatsverwaltung im Hospizbeirat mitwirken, da somit Ergebnisse und aktuell bestehende Probleme unmittelbar der Politik bekannt würden und Maßnahmen sofort eingeleitet bzw. unterstützt werden könnten. Gleichzeitig könnten auf die Zukunft gerichtete Aufgabenstellungen gemeinsam diskutiert und ggf. einer Lösung zugeführt werden.

3.3.4 *Beirat des PalliativZentrums Berlin-Brandenburg e.V.*

Im Beirat des PZBB wird künftig die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung auf Leitungsebene mitwirken. Inhaltlich gilt das Gleiche, wie unter 3.3.3 ausgeführt.

3.4 *Forschung*

3.4.1 *Studie zur Palliativ- und Hospizversorgung*

Berlin kann im Vergleich mit anderen Bundesländern einen relativ guten Stand in der Palliativ- und Hospizversorgung verzeichnen. Trotzdem sind mit Blick auf die sich weiterhin verändernden Rahmenbedingungen zukünftig die Angebote wirkungsvoller zu vernetzen (ggf. im Rahmen 'integrierter Versorgung').

Die Palliativversorgung ist trotz eines insgesamt hohen Versorgungsstandards des deutschen Gesundheitswesens vielfach vernachlässigt worden. Dies liegt daran, dass vorrangig kurative Ansätze verfolgt werden. Die Palliativversorgung muss aber für die Erreichung einer bestmöglichen individuellen Lebensqualität der Patienten und eines Sterben in Würde die Bedürfnisse des sozialen Umfeldes angemessen berücksichtigen. Die Thematik weist daher eine höhere Komplexität als andere Fragestellungen im Gesundheitswesen auf.

Es handelt sich um eine hoch komplexe Materie, in der medizinische, pflegerische, psychosoziale, spirituelle, ethische und juristische Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden und hinsichtlich der Unumkehrbarkeit des Krankheitsprozesses andere Maßstäbe zur Beurteilung der Versorgungsqualität angelegt werden müssen. Darüber hinaus handelt es sich um einen Versorgungsbereich, der auch Teile beinhaltet, die nicht zum klassischen Gesundheitswesen gehören, wie z.B. die Finanzierung über Selbstbeteiligung und Spenden. Außerdem bestehen unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsflüsse.

So ist es nicht verwunderlich, dass in diesem Jahr – erstmals in der Bundesrepublik - die ersten Gutachten zur Palliativversorgung in den Ländern Niedersachsen und Brandenburg veröffentlicht wurden. Für das Land Brandenburg schlagen die Gutachter z.B. vor, in den Krankenhäusern palliativ-medizinische Konsildienste einzurichten, die bei Bedarf von allen Stationen, zum Beispiel für die Schmerzbehandlung oder Symptomkontrolle, hinzugezogen werden können. Außerdem sollen „Palliativ-Stützpunkte“ eingerichtet werden, die als regio-

nale Netzwerke für die ärztliche und pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zur Verfügung stehen.

Vor dem Hintergrund beider Studien sollte für das Land Berlin - bezogen auf die bekannten und in diesem Bericht beschriebenen spezifischen Versorgungsstrukturen - die Durchführung einer ähnlichen Untersuchung geprüft werden. Ziel der Studie sollten neben dem Aufspüren von Versorgungslücken/Disparitäten, quantitative und qualitative Aspekte der Spezialversorgung, die Integration von Palliativmedizin in der Basisversorgung sowie eine bessere Vernetzung der Basis- und Spezialversorgungssysteme sein. Auch die weitere Institutionalisierung der Hospizarbeit macht eine wissenschaftliche Beforschung des Feldes immer drängender. Hierzu bedarf es weiterer Überlegungen hinsichtlich Ziel, Umfang, Schwerpunktsetzung, Auftragnehmer und Finanzierung.

Anlagen

Anlage 1

Chronologischer Abriss der bisherigen Entwicklung

1998

- Im Juni eröffnet das erste stationäre RICAM-Hospiz mit 15 Plätzen im Bezirk Neukölln, ohne Förderung des Landes Berlin.
- Im Juni finden die 1. Hospizwoche und der 2. Deutsch-Amerikanische Hospizkongress statt.
- Das Bundesmodellprojekt 'Hospizbüro' nimmt seine Arbeit auf.
- Der Bericht zum „Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin“ wird im August im Abgeordnetenhaus zur Kenntnis genommen.
- Im Dezember beschließt der Senat das „Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin“.

1999

- Im April eröffnet das Lazarus-Hospiz mit 16 Plätzen im Bezirk Mitte (Wedding), ohne Förderung des Landes Berlin.
- 2. Hospizwoche
- Im Juli werden die beiden Richtlinien für die Förderung von stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten im Land Berlin veröffentlicht.
- Parallel dazu werden die 'Charakteristika ambulanter ehrenamtlicher Hospizdienste' unter Moderation der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit allen Hospizdiensten und -initiativen im Land Berlin erarbeitet. Erstmals erfolgt hiermit eine Definition ambulanter Hospizarbeit sowie Festlegungen zu deren Qualitätssicherung, insbesondere für die Schulung ehrenamtlicher Helfer/innen.
- Im September wird die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin (LAG) mit zunächst neun Mitgliedern gegründet.
- Ab Oktober beginnt die ambulante Hospizförderung durch das Land Berlin; 10 Hospizdienste erfüllen die Fördervoraussetzungen.
- An der Wannsee-Akademie beginnt die erste Palliativ Care-Weiterbildung (Voraussetzung für die leitende Krankenpflegefachkraft und deren Stellvertretung in stationären Hospizen gem. Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V).
- Konstituierung des Arbeitskreises „Palliative Pflege“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Regionalgruppe Berlin.

2000

- Die Förderung von 10 ambulanten Hospizdiensten wird fortgesetzt.
- 3. Hospizwoche
- Im September beschließt das Abgeordnetenhaus die Förderung der Geschäftsstelle der LAG Hospiz Berlin und der Zentralen Anlaufstelle Hospiz (ZAH) (Bundesmodellprojekt 'Hospizbüro').
- Bundesweit erster Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD) in Berlin eingeführt

2001

- Konstituierung des Hospizbeirates unter Leitung von LAG Hospiz Berlin und ZAH.
- Beteiligung an der Öffentlichen Anhörung im Bundesrat im März 2001 zum Entwurf zweier Gesetzesanträge zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit – Antrag der Länder Baden-Württemberg und Bayern sowie Antrag des Landes Rheinland-Pfalz.
- Die LAG Hospiz Berlin wird eingetragener Verein und zählt mittlerweile 23 Mitglieder.
- Der Förderverein Palliativzentrum Berlin-Brandenburg (PZBB) wird gegründet, in dem u.a. auch Hospize und die ZAH Mitglied sind.
- Konstituierung des Beirates des PZBB.
- Die ZAH initiiert und organisiert den Arbeitskreis Trauer Berlin.
- 4. Hospizwoche
- Förderung für PKD läuft aus

2002

- Zum 01.01.2002 tritt die Förderung ambulanter Hospizarbeit gemäß § 39a Abs. 2 SGB V in Kraft. Die dazu notwendige Rahmenvereinbarung wird erst im September verabschiedet; die Krankenkassen fördern erst im Frühjahr 2003 rückwirkend für 2002 15 Hospizdienste.
- Aufgrund des verspäteten In-Kraft-Tretens der Kassenförderung setzt das Land Berlin seine Förderung fort, fordert jedoch die Zuwendung in Höhe der Kassenförderung zurück, da lt. LHO Doppelfinanzierung ausgeschlossen ist.
- Die Richtlinie zur Förderung ambulanter Hospizdienste tritt außer Kraft.
- Die Förderung der Geschäftsstelle der LAG Hospiz Berlin e.V. und der ZAH wird fortgesetzt und ab 2003 in den LIGA-Vertrag verlagert.
- 5. Hospizwoche
- Die feierliche Einweihung des Diakonie-Hospizes Wannsee mit 14 Plätzen im Bezirk Steglitz-Zehlendorf findet am 18. Dezember 2002 statt. Träger ist die Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH. Das Hospiz wurde vom Land Berlin anteilig gefördert.
- Die feierliche Einweihung des Hospizes „Sonnenhof“ für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit 12 Plätzen im Bezirk Pankow (Ortsteil Pankow) findet im Dezember statt. Träger ist die Björn Schulz Stiftung. Das Hospiz erhielt keine Förderung vom Land Berlin.
- Im Dezember findet das erste Hospizforum der PDS-Fraktion im Abgeordnetenhaus statt.

2003

- Von den Krankenkassen werden 15 Hospizdienste gefördert.
- Die feierliche Eröffnung des Theodorus-Hospizes der Senioren in Berlin gGmbH mit 15 Plätzen im Bezirk Mitte (Tiergarten) findet im März statt. Das Hospiz erhielt keine Förderung vom Land Berlin.
- Im Abgeordnetenhaus findet das zweite Hospizforum der PDS-Fraktion statt.
- 6. Hospizwoche

-
- erster vom PZBB organisierter „Berliner Basiskurs für Palliativmedizin“ findet statt
 - PKD wird unter dem Terminus „Palli-Hotline“ von Home Care Berlin gefördert, als Berater fungieren spezialisierte Palliativmediziner aus dem ambulanten und stationären Bereich

2004

- Ende März wird das stationäre Hospiz Schöneberg-Steglitz der Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH mit 16 Plätzen eröffnet, ohne Förderung des Landes Berlin. Unterstützt wird der Aufbau des Hospizes durch die Deutsche Krebshilfe, die Stiftung Deutsches Hilfswerk und durch den Senat i.R. eines EU-Programms durch den Einbau energiesparender und umweltschonender Technik.
- Im Mai findet eine weitere bundesweite Palliativ-Tagung an der Wannsee-Akademie statt.
- Im Abgeordnetenhaus findet das dritte Hospizforum der PDS-Fraktion statt.
- Am 01.07. eröffnet das Gemeinschaftshospiz Christophorus des Gemeinnützigen Vereins zur Förderung und Entwicklung anthroposophisch erweiterter Heilkunst e. V. am Standort des Krankenhauses Havelhöhe mit 15 Betten, das anteilig vom Land Berlin gefördert wurde.
- 7. Hospizwoche
- „Palli-Hotline“ wird von Home Care-Ärzten auf ehrenamtlicher Basis weitergeführt

2005

- Im März eröffnet das Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH am Standort des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) mit 10 Betten, ohne Förderung des Landes Berlin.

Anlage 2**Wortlaut des § 39a SGB V**

Der § 39a SGB V wurde durch Artikel 12 des Gesetzes vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3586) geändert; die Überschrift wurde neu gefasst und der Text um Absatz 2 ergänzt.

Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 Abs. 1 des Vierten Buches](#) nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 Abs. 1 des Vierten Buches](#) anzupassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.

Die beiden Rahmenvereinbarungen können unter folgendem Link eingesehen werden:
<http://www.hospiz.net/gesetze/index.html>

Anlage 3**Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Land Berlin****Ambulante Hospizdienste**

<p>Deutsches Rotes Kreuz Ambulantes Hospiz Neue Hochstr. 21, 13347 Berlin Tel.: 030 / 3438 310 eMail: amhhosp@gmx.de Internet: http://www.hospiz-berlin.de</p>	<p>Hospiz Schöneberg-Steglitz Ambulante Hospizbegleitungen Kantstraße 16, 12169 Berlin Tel: 030 / 76883104 eMail: ambulantes-hospiz@nachbarschaftsheim-schoeneberg.de Internet: Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.</p>
<p>Björn Schulz Stiftung Kinder-Jugendliche-junge Erwachsene-Hospizdienst Wilhelm-Wolff-Str. 36-38, 13156 Berlin Tel.: 030 / 39 89 98-50 und -21 eMail: Susanne.Teupen@Bjoern-Schulz-Stiftung.de Internet: http://home.t-online.de/home/BS-Stiftung/</p>	<p>Caritas Hospiz Mitte Hausbetreuungsdienst Bugenhagenstr. 12, 10551 Berlin (Moabit) Tel.: 030 / 395 18 23 eMail: hospiz-mitte@caritas-berlin.de</p>
<p>Diakonie-Hospiz Wannsee gGmbH Busseallee 27, 14163 Berlin (Zehlendorf) Tel.: 030 / 809 970-57 eMail: info@diakonie-hospiz-wannsee.de Internet: Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.</p>	<p>Elisabeth Hospiz Berlin Pfarrer-Lenzel-Str. 1-5, 13156 Berlin Tel.: 030 / 47 60 20 eMail: immanuel@st-elisabeth-stiftung.de</p>
<p>Hospizdienst Christophorus e.V. Manfred-v.-Richthofen-Str. 11, 12101 Berlin Tel.: 030 / 789 906 02 eMail: christophorus@hospiz-bln.de Internet: http://christophorus.hospiz-bln.de</p>	<p>Hospizdienst TAUWERK e.V. Mühlenstr. 45/II, 13187 Berlin Tel.: 030 / 4700 4500 eMail: HospizTauwerk@aol.com Internet: www.hospiztauwerk.de</p>
<p>Johannes-Hospiz e.V. Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin Tel.: 030 / 336 09 374 eMail: johannes-hospiz@gmx.de Internet: http://www.johannesstift-berlin.de</p>	<p>Lazarus Hospiz (amb. + stat.) Bernauer Str. 115-118, 13355 Berlin (Wedding) Tel.: 030 / 46 705-272 und -273 eMail: hospiz@lazarus-berlin.de Internet: http://www.lazarus-berlin.de</p>
<p>Malteser Hospizdienst Köpenick & Lichtenberg Stellingdamm 8, 12555 Berlin Tel.: 030 / 553 97 124 eMail: malteser-hospiz.berlin@t-online.de Internet: http://www.malteser-berlin.de</p>	<p>RICAM Hospiz (amb.+ stat.) Delbrückstr. 22, 12051 Berlin (Neukölln) Tel.: 030 / 628 88 0-0 eMail: hospiz@ricam.de Internet: http://www.ricam-hospiz.de</p>

V.I.S.I.T.E. Besuchs- u. Hospizdienst des HVD Wallstr. 61-65, 10179 Berlin Tel.: 030 / 613 90 411 eMail: mail@visite-hospiz.de Internet: http://www.visite-hospiz.de	Caritas-Hospiz Treptow-Köpenick Hausbetreuungsdienst Mörickestr. 2, 12437 Berlin (Treptow) Tel.: 030 / 536 18 23
Diakonie-Hospiz Lichtenberg (amb.) Herzbergstr. 79, 10365 Berlin Tel.: 030 / 54 72 21 31 eMail: a.zank-wins@keh-berlin.de	Theodorus-Hospiz (amb.) Birkenstr. 61, Haus M, 10559 Berlin (Tiergarten) Tel.: 030/ 9600510, eMail: Theodorus.Hospiz@medinet-berlin.de

Stationäre Hospize

Diakonie-Hospiz Lichtenberg Herzbergstr. 79, Haus 21, 10365 Berlin Tel: 54 722123 eMail: hospiz@keh-berlin.de Internet: http://hospiz@keh-berlin	Diakonie Hospiz Wannsee Königstr. 62 B , 14109 Berlin Tel: 8050 5702 eMail: Info@diakonie-hospiz wannsee.de
GEMEINSCHAFTSHOSPIZ CHRISTOPHORUS Kladower Damm 221, 14089 Berlin Tel: 030 / 365 099- 0 eMail: info@gemeinschaftshospiz.de Internet: www.gemeinschaftshospiz.de	Hospiz Schöneberg-Steglitz Kantstraße 16, 12169 Berlin Tel.: 76 88 31 02 eMail: dieter.geuss@nachbarschaftsheim-schoeneberg.de Internet: www.nachbarschaftsheim-schoeneberg.de/infos
LAZARUS - Hospiz Bernauer Straße 115-118, 13355 Berlin-Wedding Tel.: 46 70 52 72 eMail: hospiz@lazarus-berlin.de Internet: http://www.lazarus-berlin.de	RICAM –Hospiz Delbrückstraße 22, 12051 Berlin-Neukölln Tel.: 628 88 00 eMail: hospiz@ricam.de mailto: Internet: www.ricam-hospiz.de
Sonnenhof - Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene der Björn-Schulz-Stiftung Wilhelm-Wolff-Str. 38, 13156 Berlin-Pankow eMail: info@bjoern-schulz-stiftung.de Internet: BS-Stiftung@t-online.de	Theodorus Hospiz Turmstraße 21, 10559 Berlin Tel.: 397 631 00 eMail: theodorus.hospiz@medinet-berlin.de Internet: www.theodorus-hospiz.de

Palliativstationen

Palliativstation am Gemeinschafts- krankenhaus Havelhöhe Kladower Damm 221 14089 Berlin-Spandau Tel.: 030 / 36 50 13 11	Palliativstation im Malteser- Krankenhaus Pikaller Allee 1 14055 Berlin-Charlottenburg Tel.: 030 / 30 00 14 10
Palliativstation im Krankenhaus Span- dau Neue Bergstr. 6 13578 Berlin-Spandau Tel.: 030 / 33 87 26 611	Palliativstation Charite - Campus Vir- chow Klinikum Augustenburger Platz 1 13353 Berlin-Wedding Tel.: 030 / 45 05 31 64

Home Care Berlin e.V.

Spenerstr. 31, 10557 Berlin
 werktags 9.00 bis 15.00 Uhr
 (030) 453 43 48
 info@homecareberlin.de

Die Liste der Home Care-Ärzte kann unter folgendem Link eingesehen werden:

Internet: <http://www.homecareberlin.de/Praxenliste.pdf>

Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH) der Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH

Kopenhagener Straße 29, 13407 Berlin (Reinickendorf)
 Tel: 030 - 40 71 11 13
 eMail: post@hospiz-aktuell.de
 Internet: <http://www.hospiz-aktuell.de>

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin e.V. (LAG)

Kopenhagener Straße 29
 13407 Berlin (Reinickendorf)
 Tel.: 41 20 28 75
 eMail: lag@hospiz-blm.de

Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg (PZBB) e.V.

Spenerstraße 31
 10557 Berlin
 Telefon: 030 / 39 10 46 90
 eMail: info@pzbb.de
 Internet: <http://www.pzbb.de>