

Ergebnisdokumentation zum 3. Berliner Hospizforum

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

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

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

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

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

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

Workshop 1: Umgang mit den Grenzen stationärer Hospizarbeit

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

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ **Nachfragen**

Thema Demenz und stationäre Hospize

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

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

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

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

Workshop 2: Ambulante Versorgung nicht-onkologischer Palliativpatienten

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

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Probleme

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

- Selbstverständnis SAPV
- Koordinationsdschungel

Lösungen

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

HPG-Ansätze

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

▪ **Nachfragen**

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

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

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

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

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

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

Workshop 3: Kooperationspartner Pflegeheim

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

▪ **Zentrale Fragestellungen:**

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

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

▪ **Zusammenfassung Ergebnisse des Workshops**

(Abschrift der auf während des Workshops erstellten Flipcharts)

► **Erfolgsfaktoren**

1. Voraussetzung:

- a) Grundhaltung „Heim ist ein Ort zum Sterben“
- b) Zusammenarbeit ist von beiden (vor allem auch von der Leitung) gewollt
- c) Gegenseitige Klärung/ Abfrage: „Was wollen beide Seiten?“

2. Stabile strukturelle Verhältnisse (vor allem auf Leistungsebene auf beiden Seiten!)

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

► Risikofaktoren

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

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

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

▪ **Nachfragen**

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

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

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

Wichtig ist außerdem, die Eingliederungshilfe mit einzubeziehen

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

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

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

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

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

Referent: Tobias Neumann (Caritas Hospiz Berlin)

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

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

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

▪ **Ergebnis Nachbereitungsrunde 08.12.2015**

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

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

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

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

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

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

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

Protokoll

28.12.2015 Landrichter (ZAH)

04.01.2016 Fr. Dr. Fuhrmann (SenGesSoz)