
„Zu Hause sterben können?“

2. Berliner Hospizforum

am 21. November 2014

in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Referentin: Susanne Rehberg (Ambulanter Hospizdienst der Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin
gGmbH)

in Zusammenarbeit mit

Katharina Wönne (Hospizdienst Tauwerk),

Stefan Schütz (Nachbarschaftsheim Schöneberg Ambulanter Hospizdienst)

Gabriela von Oettingen (AHPB HVD),

(mit Zuarbeiten der AG AHPB)

Tätigkeitsfelder heute

Höhere Ansprüche ans Ehrenamt – und von Seiten der Ehrenamtlichen

Mehr Netzwerkpartner ☺ –
mehr Austauschrunden

Migrationshintergrund Begleitung Angehöriger

Singlehaushalte

längere Begleitung bei Krankheitsbildern wie HIV



Projekte:
- Hospiz macht Schule
- Auslandskontakte

Beratung Patientenverfügung

Öffentlichkeits-/ Bildungsarbeit

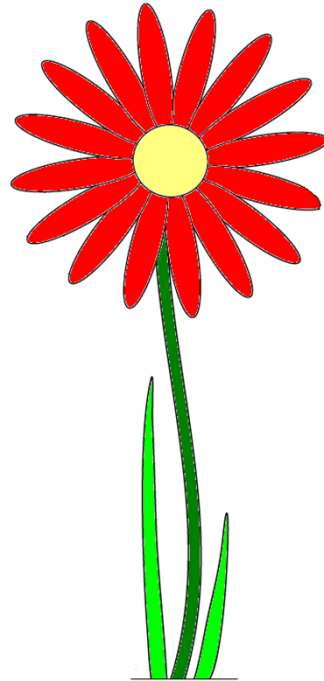
Erwachsenen- hospizarbeit
Begleitungen im Krankenhaus

Kinderhospizarbeit und Familienbegleitung

Palliative Geriatrie in Heimen

Trauerarbeit

Grundsatz in unserem Leitbild:



- "Sterben zu Hause" zu ermöglichen ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch den teilstationären und stationären Bereich ergänzt wird, wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht zu leisten ist.

Entwicklung hospizlicher Angebote für Erwachsene in Berlin

	1997	2004	2014
Anzahl der Ambulanten Erwachsenenhospize	10	14	21
Anzahl der Begleitungen im Ambulanten Erwachsenenhospizbereich	ca. 300	ca. 577	ca. 2.500
Anzahl der stationären Erwachsenenhospize	0	7	12
Anzahl der Sterbenden, die im stationären Hospiz versorgt wurden	0	durchschn. 14 Betten ca. 875	ca. 1.500

Entwicklung hospizlicher Angebote für Erwachsene in Berlin

In den letzten fünf Jahren hat kein Träger einen ambulanten Hospizdienst allein neu gegründet. Träger aller neu entstandenen ambulanten Hospize in dieser Zeit haben zugleich ein stationäres Hospiz eröffnet.

Es ist für Träger nicht attraktiv, „nur“ ein Ambulantes Hospiz zu eröffnen.

„Zu Hause sterben können?“

- Die Entwicklung der Ambulanten Hospizarbeit ist nicht im gleichen Verhältnis vorangeschritten wie die Entwicklung der stationären Hospize.

in Bezug auf die Anzahl der Ambulanten Hospizdienste zum einen,

aber auch

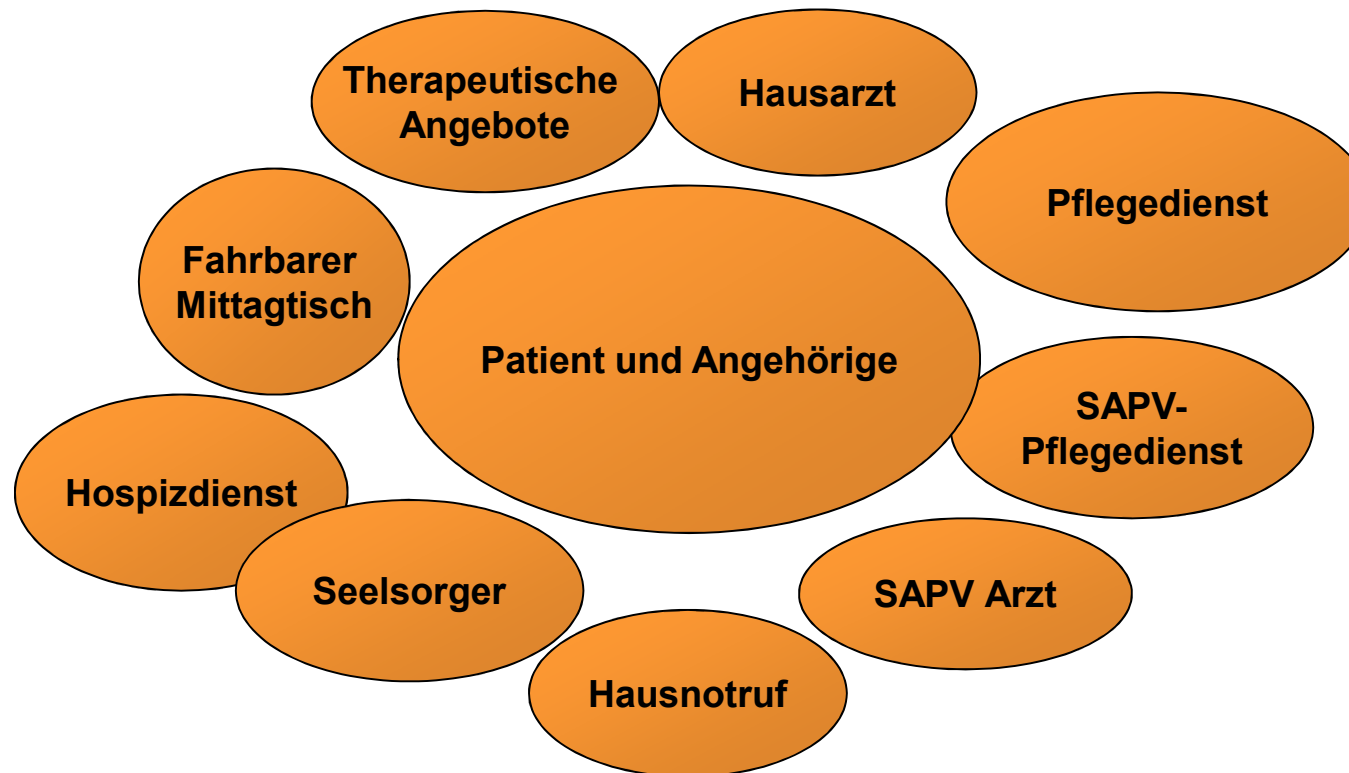
in Bezug auf die Bekanntheit der Angebote.

Die meisten Menschen assoziieren mit dem Wort Hospiz eine stationäre Einrichtung.

Weil der Grundsatz „Sterben in der Häuslichkeit als vorrangiges Ziel“, immer noch gilt, müssen wir hinterfragen, woran das liegt.

„Zu Hause sterben können?“

Netzwerk für die Häuslichkeit



„Zu Hause sterben können?“

- medizinische Versorgung

75-80 % aller Sterbenden benötigen eine Allgemeine Ambulante Palliative Versorgung

Viele Hausärzte erbringen keine AAPV. In der Regel

-keine Hausbesuche,

-wenig Erfahrung mit sterbenden Menschen,

-keine Erreichbarkeit in den Arztpraxen außerhalb der Öffnungszeiten, vor allem nicht am Abend, an Wochenenden und Feiertagen und erst recht nicht in der Nacht.

Für die Sterbenden gibt es keine adäquate ärztliche Hilfe in Krisensituationen.

I Bereitschafts- oder Notärzte werden hinzugezogen.

Viel häufiger als notwendig kommt es dann zu Einweisungen ins Krankenhaus (auch aus dem vollstationären Pflegebereich).

Notärzte und Feuerwehr können eventuellen Patientenverfügungen oft nicht gerecht werden.

Reanimation und Stabilisierung stehen im Vordergrund und nicht die palliative Versorgung.

Eine psychologische Unterstützung der Angehörigen in dieser Situation erfolgt kaum.

Dies hinterlässt häufig traumatisierte Angehörige.

Hausärzte wissen oftmals nichts über SAPV.

„Zu Hause sterben können?“

- medizinische Versorgung

10-15 % aller sterbenden Menschen haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung.

Nicht alle Betroffenen bekommen diese Information.

Die Einsatzgebiete der SAPV Ärzte sind über die verschiedenen Bezirke sehr unterschiedlich verteilt.

(Schöneberg 13, Marzahn lediglich 6 SAPV Ärzte)

Etliche SAPV Ärzte übernehmen nur onkologische Patienten.

Einige SAPV Praxen übernehmen nur eine eine Teilversorgung im Sinne von § 132 d.

Andere SAPV- Ärzte leisten zwar Hausbesuche, können aber keine Noteinsätze übernehmen und hinterlassen für Krisensituationen wiederum die Telefonnummern der Bereitschaftsärzte oder empfehlen, die Feuerwehr zu rufen.

Für viele SAPV-Ärzte gibt es außerdem keine Vertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten.

„Zu Hause sterben können?“

- medizinische Versorgung

Sofern kein Hausarzt und kein SAPV Arzt die Versorgung in Häuslichkeit übernehmen kann, bedeutet dies, dass Patienten nach der Entlassung unversorgt bleiben.

Dies betrifft sowohl die erforderliche Symptombehandlung und die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln als auch die Beratung und Unterstützung.

In diesen Fällen ergeben sich wiederum ungewollte und kostenintensive Noteinätze oder Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte für die Patienten.

„Zu Hause sterben können?“

- pflegerische Versorgung

75-80 % aller Sterbenden benötigen eine Allgemeine Ambulante palliative Versorgung. Allgemeine Pflegedienste können sterbende Menschen und deren Angehörige nicht ausreichend unterstützen.

Nicht alle Sterbenden haben überhaupt eine Pflegestufe.

10-15 % aller sterbenden Menschen haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung.

Nicht alle Betroffenen erhalten diese Information.

Wenige allgemeine Pflegedienste wissen, dass sie für diesen Personenkreis spezielle Unterstützung erhalten können.

Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen wissen oftmals nicht, dass sie SAPV Unterstützung erhalten können?

Zunehmend beantragen Patienten im Bereich der Pflege eine Geldleistung.

Die pflegenden Angehörigen erhalten in der Regel keine Kenntnis über unterstützende Hilfen.

„Zu Hause sterben können?“

- psychosoziale Versorgung

Betroffene und Angehörige aber auch Netzwerkpartner wissen häufig nicht, was psychosoziale Unterstützung durch Ambulante Hospizdienste bedeutet.

Betroffene und Angehörige bekommen die Informationen darüber nicht regelmäßig.

Oft gibt es Unkenntnis und Unsicherheit über den richtigen Zeitpunkt, das Angebot zu kommunizieren.

Die Angebote werden oft auf eine Art und Weise kommuniziert, dass der Betroffene sie nicht annehmen kann.

Familien werden nicht dazu ermutigt, die Versorgung zu Hause zu versuchen. Über den Hospizdienst hinaus gibt es nicht genügend psychologische und psychotherapeutische Angebote für die Häuslichkeit.

„Zu Hause sterben können?“

■ Spirituelle Versorgung

Spiritualität als Geisteshaltung dem Sterbenden gegenüber sollte sich durch alle Professionen ziehen.

Im Hospizbereich ist dies eine qualitative Voraussetzung. Die Mitarbeiter entscheiden sich bewusst zur Auseinandersetzung mit den Themen Sterben Tod und Trauer.

Nicht alle am Netzwerk Beteiligten haben eine Haltung zu diesen Themen.

Die persönliche bewusste Auseinandersetzung mit existentiellen Fragestellungen kann nicht verordnet oder übergestülpt werden.

Sie benötigt außerdem einen entsprechenden Rahmen (z.B. Qualifikation und Reflexionsmöglichkeiten) der nicht für alle gegeben ist.

„Zu Hause sterben können?“

■ Schnittstellenproblematik:

In der Regel haben andere Leistungserbringer eher Kontakt zum Patienten als wir. Sofern wir den ersten Kontakt haben, holen wir regelmäßig alle anderen ins Boot. Leider funktioniert dieser Ansatz bei andern Professionen noch nicht regelmäßig.

Informationslücken erleben wir bei allen Beteiligten im Netzwerk.

Dabei handelt es sich um viele verschiedene ambulante Anbieter mit unterschiedlichen Trägerschaften. Informationen kommen nicht aus einer Hand. Für Hilfesuchende ist das oft verwirrend, denn sie wissen nicht: Von wem bekomme ich welche Hilfe?

Patient und Angehörige befinden sich in existentiellen Krisensituationen. Es gibt kein verbindliches Case Management.

Große Probleme gibt es häufig im Entlassungsmanagement. Krankenhaussozialdienste sind sehr wichtige Schnittstellen. Es gibt vorbildliche Kooperationen jedoch sind diese eher die Ausnahme.

Beachtung bei der Informationsvermittlung braucht die besondere Situation der Patienten.

Der Schockzustand nach Diagnosestellung z.B. erfordert zweite und / oder dritte Beratungsgespräche. Dazu kommt es in der Regel nicht.

„Zu Hause sterben können?“

■ **Kostenfrage**

Die Entscheidung für eine Versorgung in der Häuslichkeit ist für Betroffene auch von ökonomischen Bedingungen abhängig.

„Zu Hause sterben können?“

Das „Zu Hause sterben können“ steht sinnbildlich auch dafür, wie gut versorgt und umsorgt ein Mensch am Lebensende ist, wie ernst er in seinen Wünschen genommen wird, wie aufgehoben er ist.

Ein Sterben in der Häuslichkeit sollte öfter gelingen. Als Hospizeinrichtungen können wir das nicht allein schaffen. Wir sind eine überschaubare Zahl von Einrichtungen und Mitarbeitern.

Wir können und müssen aber auf Versorgungslücken hinweisen, die wir beobachten.

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung, sich mit den Fragen. Wie wollen wir sterben, wo wollen wir sterben?

auseinander zu setzen.

„Zu Hause sterben können?“

Zu Hause sterben können !!!