

## Positionspapier

des Fördervereins für Palliative Patienten-Hilfe Hanau e.V.  
und des Palliativ- und Hospiznetzwerkes Hanau anlässlich des  
Besuches des Bundesministers für Gesundheit, Herrn Dr.  
Hermann Gröhe in Hanau

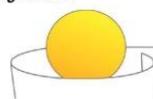
19.10.2015

# Palliativ- und Hospiznetz Hanau

*Für ein Leben und Sterben in Würde*



Initiiert und gefördert:



Förderverein Palliative Patienten-Hilfe  
Hanau e.V.

## Inhalt

Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland .....	2
Entwicklung des Fördervereins und des Palliativ- und Hospiz-Netzwerkes in Hanau .....	3
Zur Situation der Allgemeinen Ambulanten Palliativ-Versorgung .....	4
Zur Situation der ambulanten Pflegedienste .....	5
Zur Situation der klinischen Geriatrie in der Palliativbehandlung von Alterspatientinnen und - patienten .....	7
Zur Situation in Stationäre Pflegeeinrichtungen .....	8
Zur Situation der Ambulanten Hospizdienste (AHD).....	10
Zur Situation des Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes Hanau .....	12
Zur des Situation des Hospizes Louise de Marillac.....	13
Zur Situation der Seelsorge .....	13

## Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Die Angehörigen und die ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen.

Die Betreuung erfolgt durch haupt- und ehrenamtlich Tätige soweit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld. Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten. Wir werden uns dafür einsetzen, dass Versorgungsstrukturen vernetzt und bedarfsgerecht für Menschen jeden Alters und mit den verschiedensten Erkrankungen mit hoher Qualität so weiterentwickelt werden, dass alle Betroffenen Zugang dazu erhalten. Die Angebote, in denen schwerstkranke und sterbende Menschen versorgt werden, sind untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist.

## Entwicklung des Fördervereins und des Palliativ- und Hospiz-Netzwerkes in Hanau

In Hanau bildeten sich bereits Ende der neunziger Jahre Arbeitsgemeinschaften und Qualitätszirkel, welche den hospizlichen Gedanken und die Palliativmedizin bewegten. Beispielfähig sind hier die Arbeitsgemeinschaft Hospiz, der Arbeitskreis Palliativmedizin sowie der Qualitätszirkel Palliativmedizin Hanau zu nennen. Ein deutliches Signal, dass dieses Thema in Hanau auch durch die Stadtobere begrüßt und befördert wird, setzten 2001 in einer Pressekonferenz die damalige Oberbürgermeisterin Frau Härtel und der heutige Oberbürgermeister Herr Kaminsky, letztgenannter in seiner damaligen Funktion als Krankenhausdezent. Die Ziele wurden in dem Recht jedes schwerstkranken und sterbenden Menschen auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale wie auch spirituelle Betreuung und Begleitung formuliert.

Einer Initiative von engagierten Haus- und Fachärzten, Krankenhausärzten, betroffenen Patienten, Seelsorgern und interessierten Bürgern folgte schließlich 2002 die Gründung des Fördervereins für Palliative Patienten-Hilfe Hanau e.V.

Auch der Hospizgedanke fand 2003 mit der Eröffnung des Hospizes Louise de Marillac mit 8 Pflegeplätzen durch den St.-Vinzenz-Orden in der Nussallee eine äußere Form. Den Beteiligten war jedoch klar, dass es gerade mit Blick auf die ambulante Palliativversorgung eine Versorgungslücke gibt, welche sich durch die bestehenden Angebote nicht schließen lässt.

Die Mitglieder des Fördervereins bildeten daher mit unterschiedlichen Entscheidungsträgern den RUNDEN TISCH, ein Netzwerk also, in dem sich Ideen und Möglichkeiten zum Thema Palliativ bündeln sollten. Hauptsächlich ging es um die Implementierung eines Palliative-Care-Kriseninterventionsteams. Dieses sollte aus fachlich weitergebildeten Ärzten und Pflegepersonal bestehen, mobil sein und in einer 24-stündigen Einsatzbereitschaft die Haus- und Fachärzte in der ambulanten Versorgung unterstützen.

Im Frühjahr 2007 konnte dieses Palliativ-Team, damals noch mit modellhaftem Charakter in Hessen und angesiedelt beim Klinikum Hanau, seine Arbeit aufnehmen. Seit 2012 befindet sich das SAPV Team in Trägerschaft des Klinikums Hanau, des St. Vinzenz Krankenhauses und der Onkologischen Schwerpunktpraxis Hanau. Parallel etablierte das St.-Vinzenz-Krankenhaus 2012 auch im stationären Bereich eine Palliativstation.

2007 wurde die palliative Versorgung durch eine weitergehende Gesetzgebung abgesichert. Das Netzwerk um den RUNDEN TISCH in Hanau stellt weiterhin eine Expertenrunde dar, die sich je nach erkanntem Bedarf um engagierte Beteiligte erweitert. Hier steht die Absicherung, Erweiterung und Verbesserung des Erreichten im Vordergrund. Der Förderverein unter der Vorsitzenden Frau Dr. Haas-Weber wiederum beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Förderung der Palliativversorgung, dem Ausbau des Palliativnetzwerkes und der Generierung der hierfür erforderlichen Mittel. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Förderung der Ausbildung von Palliative-Care-Fachkräften.

Aktuell ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Fördervereins und des Netzwerkes die dringend erforderliche Verbesserung der allgemeinen ambulanten palliativen Patientenversorgung (AAPV), das heißt des verhältnismäßig großen Kreises schwerstkranker und sterbender Patienten, welche nicht die Leistungen des Hospizes oder des Palliativ-Teams erhalten. Weiterhin wird aktuell unter der Bezeichnung „Leben auf Zeit“ eine Erstberatungsstelle für Palliativpatienten und deren Angehörige etabliert.

Karl Kleem  
Palliativ- und Hospiznetz Hanau

## Zur Situation der Allgemeinen Ambulanten Palliativ-Versorgung

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat viele Stärken. Es gibt aber zunehmend große Herausforderungen die insbesondere aus haus- und fachärztlicher Sicht Anpassungen erfordern.

Handlungsbedarf besteht hier in besonderer Weise in der **Allgemeinen Ambulanten Palliativ Versorgung (AAPV)** sowohl

- zu Hause als auch
- in stationären Pflegeeinrichtungen

Aufgrund des demographischen Wandels in Verbindung mit einem verbesserten Gesundheitswesen und veränderten technischen Möglichkeiten werden die Menschen heute älter und in großer Zahl auch hochaltrig. Einher gehen damit eine zunehmende Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit.

Im Gegensatz zur **Spezialisierten Ambulanten Palliativ Versorgung (SAPV)** die einen Schwerpunkt bei der Behandlung von Krebskranken setzt, umfasst die **Allgemeine Ambulante Palliativ Versorgung (AAPV)** vielmehr und in zunehmendem Maße die Begleitung und das Kümmern um den alten, kranken Menschen mit einer Vielzahl von Krankheiten. Diese Erkrankungen treten welche oft auch nebeneinander auf: Altersherzschwäche, Verschleißerscheinungen, chronische Lungenerkrankungen, Gefäßkrankheiten und zunehmende dementielle Veränderungen.

All diese genannten Gebrechlichkeiten führen mit Luftnot, Schmerzen und Angst zur Hospitalisierung in Pflegeheimen oder in der eigenen Häuslichkeit. Dabei sind sie aus ärztlicher Sicht meist nicht mehr kurativ sondern nur palliativ zu schultern. In der letzten Lebensphase sind die pflegenden Angehörigen mit der Summe der erforderlichen Pflege rund um die Uhr meist überfordert und überlassen den Pflegebedürftigen der professionellen Pflege. Gerade stationäre Pflegeeinrichtungen werden dadurch zunehmend zu Sterbehäusern. Nach neuesten Studien versterben fast 20% der neu aufgenommenen Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen, rund 30% der meist multimorbiden Bewohner innerhalb des ersten Quartals. Da die Pflegeeinrichtungen quantitativ und in ihrer Konzeption auf diesen Anstieg hoher Pflege-

bedürftigkeit und Begleitung zum Lebensende hin nicht ausgerichtet sind, werden die Versorgung und insbesondere die Betreuung immer häufiger als suboptimal erlebt.

Anzumerken ist zudem, dass die allgemeine Palliativversorgung im Unterschied zur spezialisierten Palliativversorgung nicht durch den Bundesgesetzgeber definiert ist. Weder existiert eine einheitliche Definition der AAPV, noch gibt es eine klare Abgrenzung zur SAPV. Vergütungs- und abrechnungstechnisch ist die allgemeine Palliativversorgung laut Gesetzgebung über die Regelversorgung abgedeckt (0,83 Euro pro Patient).

In diesem Zusammenhang muss man wissen, dass die spezialisierte Palliativversorgung nur 20% der Patienten erreicht, während 80% der palliativ zu versorgenden Patienten über die AAPV versorgt werden.

### **Lösungsvorschlag:**

In Zukunft kann die Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland nur geschultert werden, wenn:

- die AAPV aus der Regelversorgung genommen und eine eigene gesetzliche Verankerung erfährt.
- die AAPV über eine einheitliche Definition festgeschrieben wird, die eine eindeutige Abgrenzung zur SAPV möglich macht.
- eine Verpflichtung für adäquate, vom Hausarzt zu erbringende Fort- und Weiterbildungsnotwendigkeiten vorgeschrieben werden.
- eine adäquate Vergütung/ ein finanzieller Anreiz für die zeitaufwendige und komplexe AAPV-Tätigkeit gegenüber Haus- und Fachärzten erfolgt, wobei der vorgesehene Ansatz in der EBM als nicht auskömmlich angesehen wird.
- die AAPV bundeseinheitliche Strukturen erhält.
- es eine transparente und verständliche Informationspolitik hinsichtlich der AAPV-Leistungen gegenüber den Patienten, deren Angehörigen wie auch gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern gibt.

Dr. Maria Haas-Weber

Vorsitzende des Fördervereins für Palliative Patienten-Hilfe Hanau e.V.

Hausärztin

## **Zur Situation der ambulanten Pflegedienste**

Die ambulanten Pflegedienste sind wesentlicher Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege. Gerade mit Blick auf die steigende Zahl der Pflegebedürftigen wird deutlich, welche zentrale Funktion diese Dienste aktuell haben und auch künftig haben werden. So sind viele moderne Pflegekonzepte, mit denen dem drohenden Pflegenotstand begegnet werden soll, oft untrennbar mit der Qualität des beteiligten Pflegedienstes verbunden. Als Beispiel mag hier die

Versorgung von Pflegebedürftigen durch erwerbstätige Angehörige dienen, die durch den ambulanten Dienst überhaupt erst in die Lage versetzt werden, die Pflege ihrer Angehörigen zu leisten. Tatsächlich erfolgt mit 71% die Versorgung Pflegebedürftiger zum überwiegenden Teil in der eigenen Häuslichkeit (Stat. Bundesamt 2011). Dementsprechend müssen ambulante Pflegedienste alle Facetten der Versorgung bedienen und nehmen damit eine zentrale Rolle in den Versorgungskonzepten ein.

Trotz der hohen Bedeutung, welche die ambulanten Pflegedienste hinsichtlich der Bewältigung des zusätzlichen Pflegebedarfes haben, bewegen sich diese in einer Reihe von Konfliktfeldern. Exemplarisch sei hier die unzureichende Anpassungen an Personal- und Sachkostensteigerungen durch die Kranken- und Pflegekassen genannt. Ein weiteres ungelöstes Problemfeld ist der auf den Mitarbeitenden lastende Druck, die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in immer kürzerer Zeit zu bewältigen. Verbunden mit den zeitaufwändigen Dokumentationen führt dies zu den bekannten Frustrationen der Mitarbeitenden, welche in einer steigenden Berufsflucht ihr Ventil findet. Auch die schlechte Versorgungslage gerade in ländlichen Bereichen, in denen kirchliche oder andere freigemeinnützige Träger dank der Subventionierung durch deren Dachverband die letzten Anbieter bleiben, ist hier zu erwähnen.

In diesem Zusammenhang überrascht es nicht, dass auch die palliative Versorgung durch ambulante Pflegedienste unter den gegebenen Rahmenbedingungen leidet. Gerade den Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit, die zum Lebensende hin einen intensiven Bedarf an Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, bestmöglicher Schmerzlinderung und einer ständigen Rufbereitschaft des Pflegedienstes haben, kann unter den gesetzten Rahmenbedingungen kaum Rechnung getragen werden.

Die erforderliche Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Palliativ- und Hospizpflege wird in den Diensten nicht in dem erforderlichen Maß wahrgenommen. Mit Blick auf die Freistellungskosten für die Mitarbeitenden und die Kosten des Lehrgangs sowie die fehlende Refinanzierung winken viele Träger ab, wenn es um entsprechende Weiterbildungsanfragen geht.

Hinsichtlich der zu erbringenden Beratungsleistungen fehlt ambulanten Pflegediensten mitunter ein Überblick, welche Angebote in der Region überhaupt vorhanden sind. Hier wie auch an anderer Stelle empfiehlt sich die verbindliche Etablierung von Beratungsstellen, die über Ärzte, SAPV-Teams, Palliativstationen, Hospizdienste etc. zur palliativen und hospizlichen Versorgung verbindlich informieren können.

Im Ergebnis würden wir es als Leistungserbringer der ambulanten Pflege begrüßen, wenn

- die allgemeine ambulante Palliativversorgung als klarer Bestandteil der häuslichen Krankenpflege vorgesehen wird.

- für die Ersatzpflege in der Sterbephase durch ambulante Dienste eine auskömmliche Finanzierung zugesichert ist, auch wenn das Jahresbudget erschöpft ist.
- eine verlässliche Angebotsstruktur durch eine auskömmliche Finanzierung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege ausgebaut werden kann (Streichung des § 132a Abs. 2 Satz 5 SGB V, dass die Leistung zwingend „preisgünstig“ erfolgen muss).
- deutliche Anreize für palliative und hospizliche Weiterbildungen geschaffen werden.

Verena Schoppmeier  
 Pflegedienstleitung  
 Hilfezentrale – Martin Luther Altenhilfe gGmbH

## Zur Situation der klinischen Geriatrie in der Palliativbehandlung von Alterspatientinnen und -patienten

Die palliative Geriatrie als Teil der gesamten Altersmedizin ist bis heute auf zwei Wirkungsfelder in der palliativen Versorgung hochaltriger Menschen begrenzt: Zum einen die Sterbegleitung direkt im Krankenhaus bei unausweichlichem finalen Erkrankungsverlauf und zum anderen als Zufluchtsort für sterbende alte Menschen, die in der vorgesehenen Versorgungsstruktur keine ausreichende spezialisierte ambulante Palliativbehandlung bekommen können. Eine Hinwendung zum palliativen Vorgehen im weiteren Lebensverlauf findet nicht selten bei den Patientinnen der geriatrischen Abteilungen während ihres Aufenthaltes auf Grund der adäquaten altersmedizinischen Ansprache und Versorgung statt.

### Die Entwicklung vor Ort

In Hanau hat sich durch die zusätzliche regelmäßige gerontopsychiatrische Visite in Seniorenheimbereichen des Klinikgeriaters eine erste Kooperation mit den Hausärzten auch im palliativen Sinne bewährt und die spezielle medizinische Betreuung von Menschen mit Demenz qualitativ verbessert. Diese von den VERTRAGSPARTNERN DES GESUNDHEITSWESENS mitfinanzierte Kooperation weist den Weg hin zu einer verstärkten Beteiligung von medizinisch-geriatrischen Fähigkeiten in der allgemeinen palliativen Versorgung von Altenheimbewohnerinnen.

### Was sollte getan werden?

Es bedarf allerdings eines erfahrenen und vorausschauenden medizinischen Managements, um dem palliativen „Umsorgt sein“ durch Pflege und Zugehörige den weiten Raum zu verschaffen, den wir uns wünschen. Alleine die palliative Zusatzweiterbildung für Ärzte ist hier zu kurz gedacht. Erst nach einer mindestens 2-jährigen Erfahrungszeit in einem altersmedizinischem Setting, wie beispielsweise der vollstationären und teilstationären Geriatrie an unserem Krankenhaus mit Einbindung des gesamten geriatrischen Teams, halten wir eine Ent-

scheidungsbefugnis im ambulanten Bereich für ausgereift. Oft werden die zeitlichen Kontingente zur Erfassung der palliativen Situation in den Pflegeheimen zur sehr mit einfachen Diagnosestellungen und Therapieverordnungen in der Vergütungsauslegung gleichgestellt, was einen zu vermeidenden moralischen Druck auf die ärztlichen Entscheider/ Entscheiderinnen ausübt. In diesem Zusammenhang fordern wir, eine breite Basis im Kontext mit der gesetzlich möglichen geriatrischen Institutsambulanz zu schaffen, wie sie im § 118a SGB V bereits gesetzlich verankert wurde.

Dadurch wäre die geforderte 24-Stunden-Versorgung, insbesondere mit einem mobilen Anteil, gewährleistet. Unnötige Krankenseinweisungen ließen sich minimieren und trügen zur Sicherstellung der ambulanten palliativen Versorgungsstruktur wesentlich durch die ständige hohe medizinische Kompetenzdichte bei.

Dr. med. Uwe Jander-Kleinau  
CA Geriatrie  
St.-Vinzenz-Krankenhaus gGmbH Hanau

## Zur Situation in Stationäre Pflegeeinrichtungen

### **Aktuelle Situation**

In Deutschland gibt es eine Reihe hervorragende Beispiele für eine gute Palliativversorgung. So führte auch die Einführung der spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV) in Hanau in den stationären Einrichtungen zu einer deutlichen qualitativen Steigerung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Diese spezialisierte Hilfe ist aber eingegrenzt und erreicht daher nur rund 20% der Hilfsbedürftigen. In der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), welche die 80%ige Mehrheit benötigt, gibt es hier weiterhin große Lücken in der ärztlichen Versorgung stationärer Pflegeeinrichtungen, die sich auch aktuell immer weiter öffnen.

Daneben gibt es mit der Versorgung in Hospizen eine würdige und gute Form, wie Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleitet werden. Betrachtet man die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, stellt man aber auch hier Diskrepanzen zwischen Pflegeeinrichtung und Hospizen fest. Die unterschiedliche Ausstattung in beiden Institutionen wird mittlerweile schon als Zwei-Klassen-Sterben beschrieben. Dabei stellt die zunehmende Fluktuation von Bewohnern die Pflegeeinrichtungen vor wachsende Probleme.

Einer Studie des Alters-Institutes gGmbH aus Bielefeld (Erhebung in den Jahren 2007 bis 2014) zufolge, verstirbt ein relativ hoher Prozentsatz der Pflegebedürftigen bereits frühzeitig nach dem Einzug. Knapp ein Fünftel (17,9%) der Männer und Frauen überlebt die ersten vier Wochen nach dem Einzug nicht. Bis zum dritten Monat erhöht sich die Mortalitätsrate auf 29% und nach einem Jahr sind knapp die Hälfte bzw. 46,8% aller Bewohnerinnen und Bewohner verstorben. Deutlich längere Aufenthalte sind vergleichsweise seltener vorzufinden; so liegt der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer Verweildauer von mehr als fünf Jahren bei

lediglich 16%. Demnach gleichen sich in Pflegeeinrichtungen durch die steigende Mortalität die Herausforderungen des Pflegepersonals immer mehr denen eines Hospizes an.

Trotz dieser Herausforderungen gibt es deutliche Unterschiede. Während die Zahl der Pflegekräfte in Hospizen mit 1,1 Vollzeitkräften zu 1 Hilfeempfänger gerechnet wird, schwankt diese Zahl je nach Pflegeeinstufung in der Pflegeeinrichtung zwischen 0,28 und 0,51 Pflegekräften pro Hilfebedürftigem, also 0,4 Vollzeitkräften im Schnitt. Dies führt dazu, dass die erforderliche Zuwendung und Versorgung Sterbender, welche die Pflegeeinrichtungen laut Kassenvereinbarung schulden, in einem deutlich geringeren Maße bereitgestellt werden kann, als dies in Hospizen möglich ist. Insbesondere in der Nacht ist eine durchgängige Begleitung der Sterbenden mit Blick auf den niedrigen Personalstand schwierig. Diese Situation ist für Hilfeempfänger wie auch für deren Angehörige belastend und schafft bei den Pflegekräften ein Gefühl der Unzufriedenheit wie auch der Unzulänglichkeit, da sie ihrem Berufsbild nicht in dem ihrer Aus- und Fortbildung erforderlichen Maße entsprechen können.

Während es zudem für die Hospizpflege eine klare Abgrenzung nach § 39a SGB V gibt, ab wann die Versorgung beginnt, wird in den Pflegeheimen nur eine Abstufung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit vorgenommen. Der besondere Bedarf für die Versorgung Sterbender gilt hier als in die Gesamtleistung eingerechnet.

Hinsichtlich der Finanzierung müssen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in einer Pflegeeinrichtung aktuell mit einem Eigenanteil von ungefähr 1.000 bis 2.500 Euro im Monat rechnen. Ein solcher Eigenanteil ist in der Versorgung im Hospiz nicht vorgesehen, was ein weiterer Faktor für die ungleiche Behandlung in den beiden stationären Einrichtungen ist.



Im Fazit bleibt festzustellen, dass es aktuell in stationären Pflegeeinrichtungen einen wachsenden Bedarf für palliative und hospizliche Pflege

gibt, der sich jedoch mit Blick auf die Personalausstattung, letztlich also finanziell, deutlich von der vorbildgebenden Versorgung in den Hospizen unterscheidet.

Lösungsvorschlag:

- Entsprechend der Regelung des §87b SGB XI muss es eine Regelung für zusätzliches Personal in der Palliativversorgung und der Versorgung Sterbender in Altenhilfeeinrichtungen geben. Dieser Ansatz ist zwar in dem neuen Gesetz unter § 132 f SGB V-E aufgegriffen, ist aber mit einer Stelle von 0,25 auf 100 Bewohner deutlich unterbesetzt. Der tatsächliche Bedarf beläuft sich hier auf 1,5 Vollzeitstellen für 100 Bewohner.
- Es wird vorgeschlagen, dass die Haus- und Fachärzte vergleichbar mit § 39a SGB V den Bedarf bzw. den Zeitpunkt feststellen, ab wann eine Versorgung erfolgt und für diesen Zeitraum dann auch ein anderer Personalschlüssel angesetzt wird.

- Eine allgemeine ambulante Palliativversorgung in den stationären Einrichtungen ist nur möglich, wenn diese von den Hausärzten und Fachärzten auch konsultiert werden. Hier muss es verpflichtende Regelungen oder viel besser noch wirtschaftliche Angebote für eine bessere ärztliche Versorgung geben. Es kann nicht Aufgabe der Einrichtungsträger sein, beispielsweise durch Sonderzahlungen an Ärzte diese Attraktivität selbst zu schaffen oder permanent mit für die Ärzte unattraktiven Kooperationsverträgen bei diesen Bittgänge für die Sicherstellung einer Versorgung zu machen, die eigentlich gesetzlich garantiert ist.
- Für die Versorgung in der letzten Lebensphase muss es eine finanzielle Entlastung der Betroffenen wie auch von deren Angehörigen geben. Die deutsche Gesetzgebung hat immer strikt darauf geachtet, dass in Deutschland keine Zwei-Klassen-Pflege erfolgt und lässt genau dies nun ausgerechnet zum Lebensende hin zu.
- Die Anpassung von Regelungen und deren Einführung zur Sterbebegleitung und palliativen Versorgung im ambulanten und teilstationären Bereich sind noch in das neue Gesetzeswerk einzubringen.
- Vorgaben wie beispielsweise die der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz könnten eine verbindliche Qualitätsrichtlinie für die stationären Pflegeeinrichtungen sein, wobei die Träger durch die Kassen in die Lage versetzt werden müssen, die palliative und hospizliche Pflege im gebotenen Maße zu erbringen.

Volker Klug  
Förderverein Palliative Patienten-Hilfe Hanau e.V.

## Zur Situation der Ambulanten Hospizdienste (AHD)

Psychosoziale Begleitung und Palliativberatung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen

### **Aktuelle Situation**

Ambulante Hospizdienste versuchen, das Leben bis zuletzt in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und zu begleiten. Ausgebildete Ehrenamtliche besuchen sterbende und schwerkranke Menschen dort, wo diese zu Hause sind und leben. Dazu zählen auch Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie Krankenhäuser und stationäre Hospize. Hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren führen Palliativberatung bei den Betroffenen vor Ort durch. Darüber hinaus verfolgt der Hospizdienst das Ziel, zu einem bewussteren und natürlichen Umgang mit dem Tod und dem Sterben in unserer Gesellschaft beizutragen; die Öffentlichkeitsarbeit ist daher ein weiterer Arbeitsschwerpunkt. Der Hospizdienst ist Teil des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und arbeitet multiprofessionell mit anderen Diensten und Anbietern zusammen. Den Betroffenen entstehen keine Kosten, wenn sie die Angebote des Hospizdienstes in Anspruch nehmen. Die Hilfen stehen allen Menschen offen, unabhängig von Religion, Herkunft oder Nationalität.



Die finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste wird über § 39a (2) SGB V geregelt und in den Rahmenvereinbarungen konkretisiert.

Demnach erhalten Hospizdienste in der Förderung einen Zuschuss zu ihren Personalkosten sowie zu den Kosten in den Bereichen Fortbildung, Ausbildung und Supervision. Der Förderbeitrag errechnet sich aus der Anzahl der im Antragsjahr einsatzfähigen Ehrenamtlichen und

der abgeschlossenen Sterbebegleitungen; er darf die förderfähigen Ausgaben des Hospizdienstes nicht übersteigen. Durch diese gesetzliche Förderung werden ca. 60 % der Kosten ambulanter Hospizdienste gedeckt; ca. 40 % entstehen darüber hinaus im Bereich der Sach- und Verwaltungskosten. Dazu zählen die Fahrtkostenerstattung für Ehrenamtliche, Büro-, Gruppenraummieten und Nebenkosten, die Büroausstattung, Kosten im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Verwaltungsaufwand. Diese Gelder muss der Träger des Hospizdienstes eigenständig aufbringen, zum Teil durch den Erhalt von Spenden.

Angesichts der schwankenden Anzahl von Ehrenamtlichen sowie der sich verändernden Zahl der geleisteten Sterbebegleitungen, haben Hospizdienste nur wenig Planungssicherheit. Auch die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung ist nie vorhersehbar. Da die Fördergelder nach § 39a (2) SGB V immer erst zur Jahresmitte im Folgejahr ausgezahlt werden, muss der Träger des Hospizdienstes regelmäßig in Vorleistung treten.

Dabei ist eine Deckung seiner entstehenden Kosten nie gesichert. Förderwürdige Begleitungen nach § 39a (2) SGB V sind Begleitungen im häuslichen Umfeld; dazu zählen auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Der ambulante Hospizdienst leistet aber auch immer wieder Begleitungen von Menschen im Krankenhaus oder stationären Hospiz. Diese sind von der gesetzlichen Förderung ausgenommen.

Die Durchführung palliativer Beratungen durch die Hauptamtlichen wird in der Förderung durch die Krankenkassen ebenfalls nicht berücksichtigt.

#### **Lösungsvorschlag:**

- Die Hospizdienste erhalten einen Zuschuss zu ihren Sach- und Verwaltungskosten. Dessen Höhe könnte sich an den Personalkosten orientieren und sollte mindestens 50 % der entstanden Personalkosten betragen.
- Einsätze durch Ehrenamtliche des Ambulanten Hospizdienstes in Krankenhäusern sowie stationären Hospizen werden in der Förderung nach § 39a (2) SGB V anerkannt.
- Die Palliativberatung durch die hauptamtlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren des Hospizdienstes wird in der Förderung anerkannt.

- Die Auszahlung der Fördergelder nach § 39 a (2) SGB V erfolgt zeitnah nach Antragstellung.

Annette Böhrer  
Arbeitsgemeinschaft Hospizdienst  
Hanau/ Main-Kinzig-Kreis



Kerstin Slowik  
Hospizgruppe „Leben bis zuletzt“  
Vereinte Martin Luther + Althanauer Hospital Stiftung



## Zur Situation des Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes Hanau

Die Hauptforderungen des Deutschen Kinderhospizvereins e.V., die für alle ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste des Vereins und auch für die stationären Kinderhospize gelten, korrespondieren mit der Stellungnahme Deutscher Kinderhospizverein e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) (BT-Drs. 18/5170) vom 12.06.2015. Der Ambulante Kinder- und Jugendhospizdienst in Hanau macht sich diese Forderung zu Eigen und formuliert sie nachstehend nochmals wie folgt:

### **Ambulant:**

- Junge Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen leben durch die verbesserte medizinische Versorgung nachweislich im Durchschnitt länger. Daher ist insbesondere die Förderung der Begleitung von jungen Erwachsenen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, im Gesetz in Anlehnung an das Kinder- und Jugendhilfegesetz eindeutig zu regeln.
- Es muss eine Berücksichtigung der Palliative Care Beratungen und der daraus folgenden Koordinationsleistungen durch einen Zuschuss für die Beratungs- und Koordinationsleistungen geben.

### **Stationär:**

- Eine Verbesserung der Finanzierung (Erstattungsquoten) der stationären Kinder- und Jugendhospize durch eine verbindliche Definierung der „anrechenbaren Kosten“ durch separat festzulegende Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die die besonderen personellen und sächlichen Anforderungen an die stationären Kinder- und Jugendhospizarbeit abbilden, ist geboten.
- Notwendig ist ebenfalls eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Kinder- und Jugendhospizen durch Anerkennung als Institutsambulanz.

- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sollten in die aufgeführten stationären Angebote der vorgesehenen „gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende“ aufgenommen werden.

Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Hanau  
 Lisa Criseo-Brack  
 Koordinatorin  
 Hospitalstr. 2, 63450 Hanau

## Zur des Situation des Hospizes Louise de Marillac

Zunächst ist ein herzlicher Dank an die Verantwortliche für die Gesetzesänderung 2008 zu richten, welche die Weichen für die 90%ige Übernahme der täglichen Hospizkosten durch die Kassen gestellt haben.

Die nun vorgesehene Steigerung der Kostenübernahme auf 95% ist sehr willkommen und nimmt einiges von dem Druck, die Lücke über Spendengelder akquirieren zu müssen. Zum Verständnis muss hier erwähnt werden, dass der 10%ige Eigenanteil für uns einen Bedarf von ca. 80.000 Euro im Jahr bedeutet. Diesen Betrag, der für die tägliche Kostendeckung benötigt wird, immer wieder neu einzuwerben, bindet einiges an Ressourcen. Weitergehende Kosten für Investitionen und Instandhaltungen sind dabei noch gar nicht berücksichtigt. Mit Blick auf unsere tägliche Arbeit wäre es wünschenswert, dass der Stellenanteil im hauswirtschaftlichen Bereich noch einmal nach oben korrigiert wird. Dies würde Zeitanteile, die Ehrenamtliche und Pflegekräfte in diesem Bereich binden, für die Pflege und Betreuung freisetzen. Zudem könnte durch eine Erhöhung dieses Personalanteils auch über Pflege und Betreuung hinaus individueller auch auf Wünsche eingegangen werden, die im Bereich der Hauswirtschaft ihre Erfüllung finden.

Christa Kuhn  
 Leitung Hospiz Louise de Marillac  
 Nussallee 30  
 63450 Hanau

## Zur Situation der Seelsorge

Evangelische und Katholische Klinikseelsorge in Hanau

Seelsorge in Palliativversorgung, hospizlicher Begleitung und Sterbebegleitung

### **Seelsorge ist unverzichtbar**

Über die fortwährende Optimierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung hinaus ist ein integrierender Umgang mit der Erfahrung von Begrenztheit und bedrohtem Leben nötig. In personaler Zuwendung unterstützt seelsorglicher Beistand nicht nur Pflegebedürftige, Schwerstkranke und Sterbende, sondern auch deren Zugehörigen und die in der Versor-

gung Mitarbeitenden bei den letzten wichtigen Fragen nach dem Sinn des Lebens, des Todes, des Sterbens und nach dem Danach.

Ohne sich aufzudrängen und ohne fertige Antworten zu präsentieren, pflegt Seelsorge Begegnungen und Beziehungen, Kontakte, Gespräche und nonverbale Kommunikation, die den Menschen in seiner vielgestaltigen Einheit von Geist, Leib und Seele wahrnehmen und seine Bedürfnisse inmitten der Erfahrung von Abhängigkeit und Begrenztheit aufgreifen.



Darüber hinaus ist ihr Engagement unverzichtbar, um einer einseitigen Betonung der körperlichen Symptomatik von schwerer Krankheit und Sterben entgegenzuwirken und die zentralen spirituellen Fragen im Bewusstsein zu halten. Seelsorge leistet auf ihre Weise einen wichtigen gesamtgesellschaftlichen Dienst, indem sie einen Raum unverkürzter Humanität offen hält und die spirituelle Dimension des Menschseins, respektive Gott, ins Spiel bringt.

### **Es besteht Anspruch auf Seelsorge**

Als Beziehungswesen lebt der Mensch von personaler Zuwendung und ist auf sie angewiesen. Unbeschadet seines religiösen, areligiösen oder weltanschaulichen Hintergrunds hat das Menschsein jedes Menschen eine Bezogenheit über sich selbst hinaus. Eine Begleitung bei diesen spirituellen Bedürfnissen und Hilfestellung bei deren Befriedigung ist als Menschenrecht zu achten und zu würdigen.

Einhergehend damit, dass Palliative Care Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden hat, ist auch „Spiritual Care“ als Bedarf an Seelsorge öffentlich formuliert und rechtlich verankert worden. In den Texten zur gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch V und in den ergänzenden Texten gehören „spirituelle Begleitung“ oder auch ganz direkt „Seelsorge“ zu den Angeboten, die im Rahmen von Palliative Care zugänglich sein sollen. Gerade weil es dort keine Vorgaben zu deren Refinanzierung gibt, ist der Anspruch im Sinne eines integrativen Ansatzes mit Leben zu füllen.

### **Seelsorge geschieht in anderweitig nicht finanzierten Zwischenräumen**

Ohne Gegenfinanzierung haben sich kirchlicherseits ehrenamtliche Dienste und hauptamtliche Seelsorge von Anfang an die AAP und SAPV in vielfältiger Weise eingebracht, Leistungen gewährt und für hohe Qualitätsstandards gesorgt. Eine vielseitige Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren hat begonnen und wird weiter ausgebaut.

Dies geschieht jedoch meist ohne klare Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen, Kostenträgern und kirchlichen Leistungserbringern. Die an der Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege orientierten Systeme verengen den Raum dafür, das Angebot der Seelsorge als notwendigen Bestandteil einer Palliative Care-Kultur mitzutragen. Menschliche Zuwendung wird immer mehr zu einer Ressource, die in die nichtfinanzierten Zwischenräume abgedrängt wird. Darunter leiden die Patientinnen, aber auch die beteiligten Professionen im Netzwerk, denn sie können nicht ihre volle Wirkkraft entfalten.

Seelsorge bedarf weitergehender Einbindung und Absicherung

Zur Zeit hängt es noch oft vom hohen Engagement einzelner Personen vor Ort ab, ob in einem palliativen Netzwerk auch die Seelsorge strukturell und verlässlich mit eingebunden ist. Wünschenswert ist eine formale Absicherung durch entsprechende Vorgaben.

Darum bitten wir den Gesetzgeber darauf zu dringen, dass die Einrichtungen oder Verbände von Einrichtungen zusammen mit den Kostenträgern die Koordination und Einbindung von Seelsorge im Verbund mit allen weiteren Akteuren im jeweiligen Netzwerk gewährleisten und diese Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit auch im Personalschlüssel mit entsprechender Vergütung adäquaten Niederschlag findet.

Der Referentenentwurf zum HPG erkennt in § 132f Absatz 1 Satz 7 die Notwendigkeit der Vernetzung und Koordination an. Dies macht die Forderung nach zur Verfügungstellung entsprechender personeller Kapazitäten unabweisbar, wenn denn die Palliativversorgung von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in ganzheitlicher Hinsicht wirklich verbessert werden soll.

Hanau, im Oktober 2015

Beate Kemmler  
Hans-Joachim Roth  
Beatrice Weimann-Schmeller

Brigitte Burbach  
Peter Hennefeld  
Peter Schmalstieg  
Rainer Schauburger

Evangelische Klinikseelsorge

Katholische Klinikseelsorge