

Struktur von Hospizarbeit

10 Anliegen und neue
Fragen von ambulanten
Hospizgruppen seit 2002
und je 5 Anregungen für
ambulante Pflegedienste
und stationäre Altenhilfe

Fünf strukturelle Neuorientierungen von ambulanten Hospizdiensten

1. Hospizgruppe (Wohnzimmer) wird zum eingetragenen Hospiz-Verein
2. Verein finanziert sich durch Gelder nach §39 a SGB V (seit 2002/2003)
3. Ambulanter Hospizverein gründet ein (bisweilen) ein stationäres Hospiz
4. Ehrenamtliche bekommen hauptamtliche Einsatzleitung (verstärkt seit 2003)
5. Neue Strukturen entstehen (AHPZ, APD)

5 Kommunikations-Themen ambulanter Hospizdienste (6-10)

6. Die Gruppe wächst (mehr als 15/ 50 EA) – welche Gruppendynamik brauchen wir ?
7. Auswahl, Ausbildung, Supervision muss neu strukturiert werden
8. Wie begehen Hospizdienste Abschiede von Teilnehmern/ Verantwortlichen ?
9. Brauchen Hospizdienste neue Ziele ?
10. Brauchen Hospizdienste ein eigenes Zuhause ?

5 „alte“ Arten ambulanter Dienste

- Ambulante Hospizgruppe/initiative (Stufe 1 BAG)
- Ambulanter Hospizdienst (AHD - Stufe 2 BAG)
- Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPD-Stufe 3 BAG)
- Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungs- und Palliativpflegedienst (AHPPD Stufe 4)
- Ambulanter Palliativpflegedienst (APD - keine Ehrenamtlichen – siehe DGP)

AHPPD + APD: je drei Palliativ-Fachpflegekräfte

AHPZ eine 6. Form: Definition

Ambulante Hospiz- und Palliativ-Zentren (30.1.06):

Konzeption der **BAG Hospiz und DGP** zur

- flächendeckenden
- ambulanten und
- sektorenübergreifenden

Hospiz- & Palliativversorgung in Deutschland

**(bisher nur im Saarland realisiert und nicht von
Gesundheitsministerkonferenz und
Gesundheitsreform übernommen)**

AHPZ - interprofessionell

Beteiligte Fachkräfte mit jeweils berufsspezifischer Weiterbildung in Palliative Care (120/160 Std.):

- Ärzte (auch: Teilzeitarzt/ärztin - ?),
- Pflegefachkräfte (hier: Zahl ungenannt),
- SozialarbeiterIn (meist _ Stelle),
- therapeutischen Berufsgruppen und Seelsorger (Zahl nicht genannt)
- qualifizierte ehrenamtliche HospizbegleiterInnen (enge Einbindung).

AHPZ – bislang geplante Struktur

- „Ambulante Hospiz- und Palliativzentren sind wirtschaftlich und organisatorisch **selbständige** Einheiten. Sie sind verpflichtet, **mit bestehenden** ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen eng **zusammenzuarbeiten** und sollten bevorzugt bei diesen angesiedelt werden. „
- „Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen die **Erreichbarkeit** innerhalb von **30 Minuten** gewährleisten.“

Aufgaben AHPZ

- Aufbau, Koordinierung und Stabilisierung eines Netzwerks der **spezialisierten** Hospiz- und Palliativversorgung;
- **spezialisierte** Beratung und Konsiliartätigkeit zu Fragen und Angeboten im Zusammenhang mit der Hospiz- und Palliativversorgung;
- **spezialisierte** palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung (inkl. Case Management) unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams,
spezialisiert = über dem Maß allgemeiner pflegerischer/ärztlicher Palliativkompetenz

Aufgaben AHPZ (Fortsetzung)

- individuelle **Notfallplanung** und Unterstützung und Behandlung in **Krisen rund um die Uhr**;
- Einbindung **ehrenamtlicher** HospizbegleiterInnen;
- **Vorhaltung** wichtiger Arznei- und Hilfsmittel;
- Dokumentation und Qualitätsmanagement;
- Öffentlichkeitsarbeit.

AHPZ – sektorenübergreifend

„AHPZ koordinieren und erbringen in Ergänzung zu den bestehenden Leistungserbringern **sektorenübergreifend** die **spezialisierte** Hospiz- und Palliativversorgung. Sie tragen dafür Sorge, dass schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen zur rechten Zeit am rechten Ort die jeweils erforderliche und angemessene medizinische, pflegerische, therapeutische, seelsorgerische und soziale Hilfe zur Verfügung steht. AHPZ zielen darauf ab, Formen der Unter-, Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden.“

Alternativen / Kritiken

Die AHPZ – Diskussion wurde in der Endphase rasch geführt, ohne landespolitische Entscheider und Experten von BAG/LAG-Hospiz zu hören.

Dazu: Zitat von Cicely Saunders:

*Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle (models of care) ... Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu **reintegrieren** ... so that attitudes and knowledge could come back...*

Eingabe gegen Sektorenübergreifend

(Stationäre) Regelversorgungsinstitutionen sollen mehr beachtet und gefördert werden in ihrer **Bezugspflegekompetenz** für „normale“ und spezielle (Palliativ-) Patienten. Die Sichtweise und die Förderprogramme sollten „**intern**“ sein. (F. Kittelberger)

Alternative 1: Palliativnetzwerke

Palliativnetzwerke (z.B. Köln, Essen, Celle, modifiziert Berlin) = lockerer Verbund

Alternative 2: Palliativstützpunkte

Palliativstützpunkte (Niedersachsengutachten) = fester Organisationsverbund

- zwischen **spezialisierten Trägern**: ambulanter Hospizdienst, ambulanter Palliativpflegedienst, Schmerzambulanz, Hospiz, KH mit Palliativbetten oder Palliativstation, eventuell palliativkompetentes Pflegeheim
- **Und: Ein bestehender Träger** übernimmt Verantwortung nach **innen und außen** und koordiniert die gezielte, abgestufte Patienten- (und Angehörigen) Versorgung.

Palliativstützpunkte - Grafik



Gesundheitsministerkonferenz I:

- Ambulante und sektorenübergreifende palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung baldmöglichst auf()bauen.
- Angemessene Vergütung einer qualifizierten ambulanten Palliativversorgung.
- Änderung des SGB V () = rechtliche Verortung der ambulanten "Palliative Care Teams"
- Ausreichende() Arzneimittelversorgung zur Umsetzung palliativmedizinischer / -pflegerischer Tätigkeit().

Gesundheitsministerkonferenz II:

- () Ehrenamtliche Hospizarbeit = eine wesentliche Säule der Sterbebegleitung.
- Aktive Zusammenarbeit: Haupt- und Ehrenamt ().
- Effektives Zusammenwirken bereits bestehender Strukturen und Professionen().
- Ziele: Kostensparen, Vernetzen, Haupt- und Ehrenamt

5 Anregungen für Pflegedienste

- Potential identifizieren
- Kooperationspartner finden
- Basiskurse Palliative Care für je 3 Personen
- In-House-Schulungen für möglichst alle
- Organisationsentwicklung fördern

Notiz: In 2007 sollen 80 und ab 2008 180 Mill. Euro/Jahr in diese Versorgungsform fließen.

Gesundheitsreform und Heime

- Palliativversorgung als Leistungsanspruch gemäß SGB V
- Heime Aufbewahrung von Medikamenten - auch Opioiden – selbst über Tod hinaus - erlaubt
- Hausbesuche (hier: Heimbefuche) von Hausärzten in Zukunft besser vergütet
- Heime bekommen einen direkten Zugang zu § 140 SGB V analog SGB XI
- Heime werden als "Zuhause" und damit als Ort ambulant-pflegerischer Leistungen gemäß SGB V nach der Krankenhausentlassung anerkannt

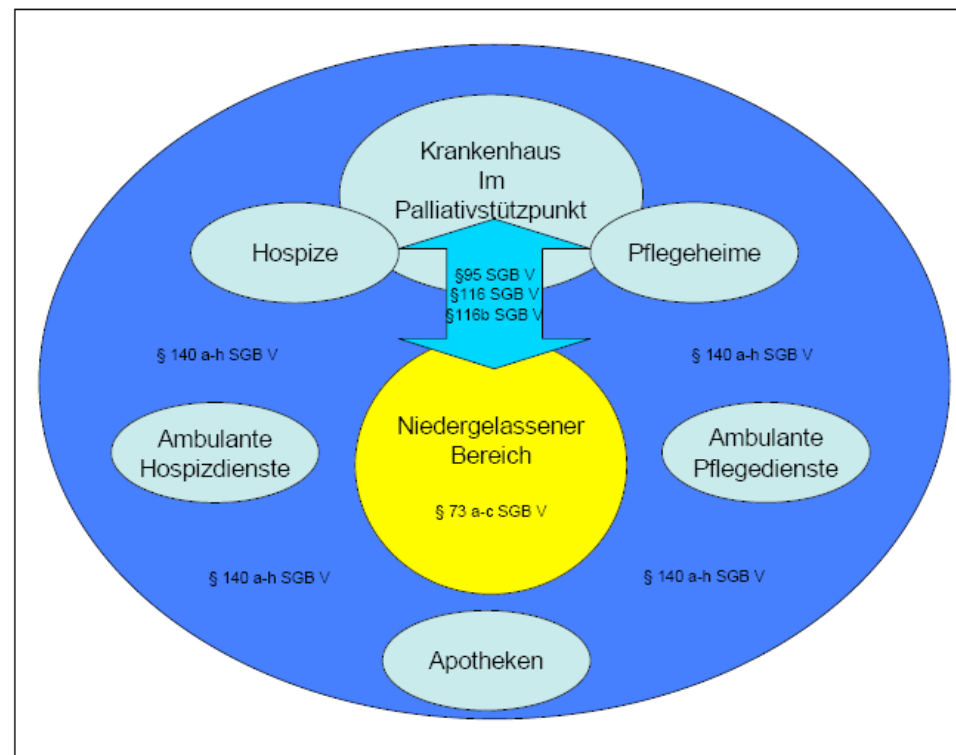
5 Anregungen für Heime (1-3)

- Potential/Kooperation: Identifizierung des Potentials, der (Werbe-) Wirksamkeit in der Region und dert Ansprechpartnern (hier Hausärzten, Apotheken)
- Ausbildung: Schulung von mindestens einer Fachkraft in Palliative Care (Basiskurs, 160 Std.) pro 80 Heimbewohner / Inhouse - Schulungen (analog Palliative Praxis/Bosch)
- Organisationsentwicklung (z.B. Projektwerkstatt oder Eins-zu-Eins-Beratung)

5 Empfehlungen für Heime (4+5)

- Vertragsabschlüsse analog § 140 SGB V (z.B. Palliative Übergangspflege)
- Kooperation mit /oder Gründung von ambulanten Diensten zur Abdeckung palliativer, ambulant-pflegerischer Leistungen gemäß SGB V nach der Krankenhausentlassung

Neue Finanzierungen - Schaubild



Neue Strukturen der Hospizarbeit

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit