

Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen

Dokumentation der 3. Fachtagung
am 31. Januar 2007, Bad Nauheim



Eine gemeinsame Veranstaltung von:



Koordinations- und Ansprechstelle
für Dienste der Sterbebegleitung
und Angehörigenbetreuung
(KASA) im Lande Hessen.



Landesärztekammer Hessen



LAG Hospize

Mit Unterstützung der:
Willy Robert Pitzer Stiftung
Schirmherrschaft:
Hessisches Sozialministerium



Hessisches
Sozialministerium



Programm	4
Konzeption der Tagung	5
Grußworte	
Peter Otto <i>Vorsitzender der LAG Hospize Hessen</i>	6
Elisabeth Terno <i>KASA, Arbeitsbereich der HAGE</i>	7
Dr. med. Ursula Stüwe <i>Präsidentin der Landesärztekammer Hessen</i>	8
Dr. med. Angela Wirtz <i>Hessisches Sozialministerium</i>	10
Armin Clauss <i>Staatsminister a.D., Vorsitzender der Willy Robert Pitzer Stiftung</i>	13
Vorträge	
Gerda Graf <i>Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.</i>	17
Dr. med. Bernd-Oliver Maier <i>HSK Wiesbaden</i>	24
Dr. Hubert Schindler <i>VdAK/AEV-Landesvertretung Hessen</i>	33
Zahlen • Daten • Fakten	36
Workshops	
Kassel	39
Dr. med. Elisabeth Lohmann und Michael Poetsch	
Fulda • Bad Hersfeld	40
Dr. med. Ulrike Mäthrich und Manuela Straub	
Gießen • Marburg	40
Martin Leimbeck und Judith Pfeiffer de Fragoza	
Frankfurt • Offenbach	42
Prof. Dr. Holger Kaesemann und Katrin Pithan	
Wiesbaden	43
Dr. med. Mechthilde Burst und Lothar Lorenz	
Darmstadt	44
Dr. med. Andreas Rost und Doris Kellermann	
Diskussion	46
Gemeinsam Handeln in der Region	51

Programm der 3. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Hospizidee in der integrierten Versorgung.

Mittwoch, 31. Januar 2007, 10.00 bis 18.30 Uhr

Tagungsort:

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
61231 Bad Nauheim • Carl-Oelemann-Weg 5

Diese gemeinsame, interdisziplinäre Veranstaltung von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA), der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen sowie der Willy Robert Pitzer Stiftung richtete sich an Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Arztpraxen, medizinische Fachangestellte, Seelsorger, Angehörige von Pflegeberufen, ehrenamtliche hospizliche Begleiter/innen und hauptamtliche Hospizmitarbeiter/innen, Mitarbeiter/innen von sozialen Einrichtungen sowie an Verantwortliche aus den Kirchen und den Wohlfahrtsverbänden. Im Anschluss an die ersten beiden Tagungen 2005 und 2006 soll der Dialog der beteiligten Akteure intensiviert und fortgesetzt werden.

Schirmherrschaft:

Frau Staatsministerin Silke Lautenschläger,
Hessische Sozialministerin

Leitung und Moderation:

Dr. med. Michael Popović
Frankfurt a. M.

Elisabeth Terno,
Marburg

10.00 Uhr Empfang, Posterpräsentation der sozialen Einrichtungen

11.00 Uhr Eröffnung: Dr. med. Ursula Stüwe,
*Präsidentin der Landesärztekammer Hessen,
Frankfurt a. M.*

Grußworte:

Dr. med. Angela Wirtz,
Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden
Armin Clauss, Staatsminister a.D.,
Willy Robert Pitzer Stiftung, Bad Nauheim.

11.30 Uhr Impulsreferate

Gerda Graf: Vorstellung der Hospizidee
Dr. med. Oliver Maier: Bericht aus der Praxis
Dr. Hubert Schindler:
Situation der Krankenkassen

14.00 Uhr Möglichkeit zum Austausch und
Besuch der Begleitausstellung

14.00 bis 16.00 Uhr 6 Arbeitsgruppen, entsprechend der

Krankenhausplanungsregionen:

Kassel: Dr. med. Elisabeth

Lohmann und Michael Poetsch

Fulda/Bad Hersfeld: Dr. med. Ulrike Mäthrich
und Manuela Straub

Gießen/Marburg: Herr Martin Leimbeck
und Judith Pfeiffer de Fragoza

Frankfurt/Offenbach: Prof. Dr. H. Kaesemann
und Katrin Pithan

Wiesbaden: Dr. med. Mechthilde Burst
und Lothar Lorenz

Darmstadt: Dr. med. Andreas Rost
und Doris Kellermann

**16.15 Uhr Präsentation der Arbeitsgruppenergebnisse
im Plenum**
mit anschließender Diskussion

18.15 Uhr Schlusswort
Dr. med. Michael Popović

18.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Veranstaltungskonzeption der 3. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Ziel der Veranstaltung:

Ziel der Veranstaltung war es, alle Beteiligten einer Region miteinander in einen Dialog treten zu lassen. In der vorangegangenen Veranstaltung hatten wir die Erfahrung gemacht, dass sich in einer Arbeitsgruppe nur Ärzte, in der nächsten nur Ehrenamtliche usw. befanden. Hierbei kam der gewünschte regionale Dialog nicht zustande. Aus diesem Grunde haben wir in diesem Jahr die Einteilung der Teilnehmer nach Krankenhausplanungsregionen vorgenommen. Zum ersten Mal kam so ein regionaler Dialog in Gang, der auch nach der Veranstaltung vor Ort weiter geführt wird.

Im Vorfeld wurden rechtzeitig mögliche Zielgruppen mit einem entsprechenden Flyer angeschrieben. Hierzu gehörten alle Krankenhäuser in Hessen, alle Krankenkassen in Hessen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, alle sozialpolitischen Sprecher der im Hessischen Landtag vertretenen Parteien, sämtliche Hospize und ähnliche Initiativen.

Die Impulsreferate aus der Sicht der Ehrenamtlichen, der Ärzte und Krankenkassen sollten dazu dienen, die Teilnehmer einzustimmen. In den anschließenden Arbeitsgruppen, die von hierauf vorbereiteten Moderatoren geleitet wurden, wurden dann folgende von den Veranstaltern vorgegebenen und mit den Moderatoren abgestimmte Fragen erarbeitet:

- 1. Was läuft in der betreffenden Region?**
- 2. Was läuft gut?**
- 3. Was läuft schlecht?**
- 4. Wie könnten die Ansätze für die gemeinsame Arbeit aussehen und was ist hierfür notwendig?**

Sigrid Blehle

Managerin des Fortbildungszentrums



Peter Otto, Pfarrer i. R.

Vorsitzender der LAG Hospize Hessen

Das erste Mal wirkt die Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen bei dieser dritten Fachtagung am 31. Januar 2007 nicht nur an der Fachtagung mit, sondern ist Mitveranstalter. Dies ist zugleich ein Bild der Hospizbewegung:

Die Hospizbewegung ist schon lange aktiv und involviert sich zunehmend stärker auch innerhalb vorhandener Strukturen mit ihren Anliegen. So signalisiert sie, dass in der „Palliative Care Versorgung“ nach der WHO-Definition sowohl „medizinische und pflegerische Versorgung“ als auch die hospizlichen Elemente „psychosoziale und spirituelle Begleitung“ als notwendige vier Säulen gleichwertig miteinander verbunden sind.

In der Überschrift dieser dritten Tagung ist gleichberechtigt von „palliativer Versorgung“ und „hospizlicher Begleitung“ die Rede und davon, dass dies nicht nur additiv, sondern integrativ zu geschehen hat. Dass dies nicht nur eine Forderung, sondern auch umsetzbar ist, zeigt die Vernetzung im „Modell Mittelhessen“, wo engagierte Professionelle aus allen vier Arbeitsbereichen und darüber hinaus eine Kooperation einüben. In Mittelhessen wurde u. a. deutlich, dass ein Miteinander qualifizierter Ehrenamtlicher mit Professionen der ambulanten und stationären Medizin oder Pflege möglich ist.

Bei der ersten Tagung 2005 war die Tagung mit der Forderung verbunden, dass die, die miteinander am selben sterbenden Menschen Dienst tun, sich kennen und voneinander wissen sollten, um den sterbenden Menschen optimal versorgen und begleiten zu können.

Bei der zweiten Tagung 2006 arbeiteten die Arbeitsgruppen parallel am selben Thema und setzten sich zudem noch durch die unangekündigte Vorlage eines Konzeptionsentwurfs der Krankenkassen Hessens mit der „Positionierung der Verbände der Kranken- und Pflegekassen in Hessen zur Fortentwicklung der Versorgung von Schwerstkranken in der Lebensendphase“ nicht nur zusammen, sondern auch kritisch auseinander.

Der dritten Tagung 2007 gingen zwei angekündigte strukturelle Änderungen voraus: Die Gesundheitsreform bereitete im GKV-WSG einen neuen § 37b im SGB V vor, der die spezielle ambulante Palliativversorgung bringen wird. Und vier hessische Krankenkassen (AOK, BEK, DAK und IKK) versuchen derzeit, unter einem enormen Zeitdruck bis zum 31.03.2007 nach einem der Wiesbadener Modelle ein krankenhausorientiertes Modell für die spezielle ambulante Palliativversorgung in Hessen landesweit zu installieren.

Dies führte dazu, dass sich neben dem Angebot der regional orientierten interdisziplinären Zusammenarbeit in den Arbeitsgruppen der Tagung im Abschlussplenum rationale und emotionale Reaktionen entladen haben. Zumindest auch ein Zeichen für das Engagement der Beteiligten!

Das begonnene interdisziplinäre Gespräch der regional orientierten Arbeitsgruppen der Tagung bekam in manchen Regionen durch die genannten Planungen der Krankenkassen eine solche Dynamik, dass seit der 3. Fachtagung bis Ende März 2007 teilweise bereits mehrere interdisziplinäre Zusammenkünfte stattgefunden haben: Aus der Sicht der LAG Hospize Hessen ein guter Beginn eines sich notwendigerweise steigernden Miteinanders der vier Säulen, der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung, in den sechs Versorgungsregionen der regionalen Krankenhauskonferenzen.

Ob das Gespräch in den Regionen sich in hilfreichen regionalen Strukturen des Miteinanders zugunsten der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen – vielleicht unterstützt durch Möglichkeiten, die das Land Hessen oder vorerst die Willy Robert Pitzer Stiftung anbieten könnten – auswirkt, das ist die spannende Frage im Laufe dieses Jahres.



Elisabeth Terno

KASA, Arbeitsbereich der HAGE

Gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen, der LAG Hospize Hessen und der KASA, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, und mit finanzieller Unterstützung der Willy Robert Pitzer Stiftung, konnte diese nunmehr 3. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ vorbereitet und durchgeführt werden. Schon diese Zusammenarbeit soll ein Zeichen sein, dass Begleitung von Menschen am Lebensende eine multiprofessionelle Aufgabe ist, die sowohl eine medizinische, pflegerische, psychosoziale wie spirituelle Dimension hat. Wir freuen uns, dass die hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger auch für diese 3. Fachtagung die Schirmherrschaft übernommen hat.

Wieder ist die Fachtagung auf großes Interesse gestoßen. Ein weiterführender Austausch aller Beteiligten bei der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen wurde gewünscht und ist für die Stärkung der entstehenden Zusammenarbeit sinnvoll. In den hessischen Regionen sind in der letzten Zeit durch engagierte Menschen an verschiedenen Orten Versorgungsstrukturen entstanden. Allerdings reichen diese Strukturen nicht aus. Im städtischen Bereich gibt es ein breiteres Versorgungsangebot als in ländlichen Gebieten. Im Rahmen der Fachtagung soll versucht werden, Modelle kritisch zu

prüfen, von diesen zu lernen und Erfahrungen zu nutzen. Neben einer Bestandsaufnahme soll die Veranstaltung aber auch dazu dienen, dass haupt- und ehrenamtlich Tätige verschiedener Berufsgruppen und Initiativen in einen Dialog treten können. Gerade in diesem Jahr steht die Frage der Rolle der Hospizidee in der palliativen Versorgung im Zentrum der Tagung.

Ziel ist es insbesondere, nicht nur bei einer Bestandsaufnahme zu bleiben, sondern sich auch über gemeinsam umsetzbare Wege zur Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen auszutauschen. Dabei müssen die Möglichkeiten, ebenso wie die Grenzen der jeweiligen Professionen und des Ehrenamtes im Rahmen der hospizlichen und palliativen Versorgung berücksichtigt werden. Das Abstimmen des Handelns der Beteiligten ist zwingend notwendig. Bei der Suche nach gangbaren Wegen zur Verbesserung der hospizlichen und palliativen Versorgung dürfen die Wünsche und Vorstellungen des schwerstkranken, sterbenden Menschen und seiner Angehörigen nicht aus dem Blickfeld geraten.

Nur durch gezielte Vernetzung aller an der Begleitung sterbender Menschen beteiligten Professionen und der ehrenamtlichen Dienste sowie den Ausbau der bereits vorhandenen Strukturen vor Ort kann es gelingen, palliative Versorgung und hospizliche Begleitung möglichst großen Teilen der Bevölkerung in Hessen anzubieten – und zwar nicht nur in den städtischen Regionen.

Wünschenswert ist es, wenn die Teilnehmenden der Fachtagung über die Veranstaltung hinaus in Kontakt bleiben und der Grundstein für eine zukünftige Kooperation vor Ort gelegt werden kann, so dass schwerstkranke, sterbende Menschen und ihre Angehörigen gemeinsam, möglichst entsprechend ihrer Wünsche, in der vertrauten Umgebung und nicht nur weit entfernt in den Großstädten, betreut werden können. Dazu, hoffen wir, wird diese Veranstaltung einen Beitrag leisten können.



Dr. med. Ursula Stüwe

Präsidentin der Landesärztekammer Hessen

Meine sehr verehrten Damen und Herren, als Hausherrin im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen begrüße ich Sie alle recht herzlich. Mein besonderer Gruß gilt Frau Dr. Wirtz vom Hessischen Sozialministerium; sie vertritt Frau Ministerin Lautenschläger, die erneut die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung übernommen hat. Vielen Dank dafür. Im Namen aller Anwesenden danke ich auch wieder herzlich Herrn Armin Clauss als Vertreter der Willy Robert Pitzer Stiftung. Sie hat diese interdisziplinäre Veranstaltung erneut mit einem sehr ansehnlichen Betrag unterstützt und manches wäre ohne diese Unterstützung nicht möglich gewesen. Ich begrüße darüber hinaus Herrn Professor Enke als Vorsitzenden der AWMF, der mir auch als Chirurg innerlich ein Stückchen verbunden ist. Weiterhin habe ich allen Beteiligten für ihr Engagement zu danken,

durch das diese Veranstaltung realisiert werden konnte. Vor zwei Jahren noch habe ich an dieser Stelle ganz dringend an die Vertreter der Krankenkassen appelliert, man möge die Palliativmedizin in die Bereiche Integrierte Versorgung aufnehmen, auch und gerade, weil so viele unterschiedliche Disziplinen zusammenarbeiten. Damals stieß mein Ansinnen noch auf heftige Ablehnung; es sei zu kompliziert, zu aufwendig. Auch andere gute Gründe gab es, sich diesem Thema nicht zu widmen. Doch was ist in der Zwischenzeit geschehen? Einige große Krankenkassen haben die ersten Verträge zur integrierten Versorgung auf den Weg gebracht. Das ist wunderbar und genau das, was die Versicherten auch von ihren Krankenkassen erwarten und erwarten dürfen.

Mit diesen Verträgen ist zugleich ein Weg zur Qualitätssicherung der Palliativmedizin verbunden. Obwohl er noch nicht endgültig auf- und ausgebaut ist, so ist die eingeschlagene Richtung absolut richtig. Die Landesärztekammer Hessen wird diesen Weg weiter unterstützen und sich insbesondere in der GQH, der Gesellschaft für Qualitätssicherung in Hessen, zu diesem Thema einbringen. Ich begrüße jetzt Herrn Dr. Schindler vom VdAK, der einen integrierten Versorgungsvertrag auf den Weg gebracht hat. Auch Ihnen vielen Dank und ein herzliches Willkommen hier.

Die Palliativmedizin ist, neben der Psychiatrie, die erste Disziplin der Medizin, die sich besonders intensiv der Interdisziplinarität widmet. Ich möchte heute einen Gedanken von Klaus Dörner aus seinem Buch „Die Gesundheitsfalle“ weitertragen. Die uns allen bekannte Arzt-Patienten-Beziehung soll verstanden werden als eine Beziehung zwischen allen helfenden Berufen im Gesundheitswesen und den Patientinnen und Patienten. Sie ist also nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte begrenzt. Dörner vertritt die Auffassung, dass sich diese Beziehung im hausärztlichen Bereich auf eine Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung auszudehnen hat, denn die Familie, das Umfeld des Patienten ist ja durch die meist chronisch Kranken mit betroffen. Diesen Blickwinkel von Dörner möchte ich über die hausärztliche Tätigkeit hinaus erweitern auf die Palliativmedizin. Auch und gerade hier ist die Arzt-Patienten-Angehörigen Beziehung eine Grundvoraussetzung für eine sinnvolle und erfolgreiche Medizin.

Zur Unterstützung der täglichen Arbeit von Ärztinnen und Ärzten und aller in den Bereich der palliativen Versorgung Eingebundenen hat die Landesärztekammer Hessen ihre Website www.laekh.de zu den Themen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht aktualisiert, nachdem wir an einer Pressekonferenz im Markus-Krankenhaus in Frankfurt und dem dortigen Zentrum für Ethik in der Medizin teilnehmen durften. Dort werden Informationstage zur Erstellung einer Patientenverfügung und/oder auch einer Vorsorgevollmacht angeboten. Derartige Entscheidungen können auch uns Ärztinnen und Ärzten im Umgang mit un-

seren Patientinnen und Patienten helfen. Auf unserer Homepage steht ebenfalls eine Infoseite für Patienten zur Verfügung. Nutzen Sie diese Information für sich selber, aber auch für die Ihnen vertrauenden Patienten und Angehörigen. Zum Schluss möchte ich Sie noch auf den Kurs Palliativmedizin für Arzthelferinnen aufmerksam machen, den wir an der Carl-Olemann-Schule im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer anbieten. Auch dies ist wichtig, um die Interdisziplinarität auf jeder Ebene zu fördern.

Ich wünsche Ihnen heute eine gute Veranstaltung mit vielen neuen Anregungen.



Dr. med. Angela Wirtz

Hessisches Sozialministerium

Frau Dr. Stüwe, vielen Dank für die einführenden Worte. Ich freue mich, Sie im Namen unserer Hessischen Sozialministerin Frau Lautenschläger als Schirmherin zur diesjährigen „3. Fachtagung palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen - Hospizidee in der integrierten Versorgung“ zu begrüßen. Wie schon in den letzten Jahren haben sich die verschiedenen Institutionen, Verbände und Initiativen, die im Bereich der interdisziplinären Palliativversorgung und Hospizbewegung tätig sind, hier unter dem Dach des Fortbildungszentrums der Landesärztekammer zusammengefunden. Wie der Titel bereits deutlich macht, soll in diesem Jahr die Hospizarbeit neben der Palliativversorgung besonders herausgestellt werden. Einen großen Anteil an der Organisation der Veranstaltung hatten diesmal daher Herr Pfarrer Otto von der LAG Hospize und Frau Terno von der KASA, denen ich an dieser Stelle sehr herzlich danke. Außerdem gilt mein Dank der Willy Robert Pitzer Stiftung, vertreten durch Herrn Staatsminister a. D. Armin Claus, für die erneute großzügige finanzielle Unterstützung der Veranstaltung und für das große Engagement im Bereich der Palliativversorgung. Herrn Dr. Schindler begrüße ich als Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Hessen. Die Möglichkeit zur Versorgung in stationären Hospizen für Menschen, die in ihren letzten Lebenstagen einer umfassenden Betreuung bedürfen, die ihnen zu Hause nicht zuteil werden kann, und die dabei sowohl medizinisch-pflegerisch betreut werden und auch emotional aufgefangen und begleitet werden, ist ein großer Gewinn für uns alle. Diese Möglichkeit eröffnet es vielen kranken und sterbenden Mensch sowie den Angehörigen in Würde die letzten Tage zu verbringen. Diese Möglichkeit soll jedoch trotzdem die Ausnahme bleiben, da die meisten Menschen zu Hause sterben möchten – wenn möglich im Kreise ihrer Angehörigen. Hier ist es ein enormes Verdienst der ambulanten Hospizdienste, sowohl den Kranken als auch den Angehörigen den nötigen Mut und die Unterstützung zu geben.

An dieser Stelle spreche ich meine Hochachtung für die Arbeit der vielen ehrenamtlich tätigen Menschen aus, die sich über Jahre hinweg für diese Begleitung zur Verfügung stellen. Als Kinderärztin weiß ich zu würdigen, wie schwer das sein kann, aber auch wie nötig genau das gebraucht wird. Es ist ein Verdienst der Hospizbewegung diese Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt zu haben. Mit der Fortsetzung dieser Arbeit wird das Vertrauen der Menschen, in Würde sterben zu dürfen und dabei nicht allein gelassen zu sein, steigen und in diesem Umfang auch die von Angst geprägte Diskussion um aktive Sterbehilfe und Durchsetzbarkeit von Patientenverfügungen abnehmen.

Inzwischen ist es die Überzeugung aller gesellschaftlichen und politischen Gruppen, dass diese Betreuung möglichst überall für alle bedürftigen Menschen zur Verfügung stehen soll. Benötigt wird jedoch auch die professionelle Hilfe in der Pflege – zur Unterstützung von Angehörigen und allein stehenden Menschen sowie der Situation angemessene ärztliche Hilfe – manchmal auch eine stationäre ärztliche Versorgung. Optimal ist es, alle diese Hilfen so zu vernetzen, dass die Patienten je nach Bedarf optimal betreut werden können. Das zu erreichen ist erklärtes Ziel der Landesregierung.

Genauso wie Betroffene eine ausreichende Schmerztherapie und etwaige lebensverlängernde Maßnahmen erhalten, soll ihnen Fürsorge und lindernde Hilfe (sowie spirituelle Begleitung) zuteil werden können. In der letzten, oft schwierigsten Phase des Lebens soll auch Schwerstkranken eine ganzheitliche qualifizierte Palliativversorgung möglichst in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglicht werden.

Multiprofessionelle Teams haben sich als besonders vorteilhaft dabei erwiesen, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen am Lebensende gerecht zu werden. Dazu gehören alle bereits genannten Bereiche. Aufgrund unseres gegliederten Gesundheitswesens bedeutet ganzheitlich, dass alle Verantwortlichen eng und ohne Reibungsverluste zusammenarbeiten müssen. Dabei müssen Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und Kooperationen zwischen den beteiligten Berufsgruppen erzielt werden.

Oberstes Ziel muss es sein, unnötige Krankenhauseinweisungen am Lebensende zu vermeiden. Es hat sich gezeigt, je umfassender das Angebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, desto größer ist die Chance, dass Betroffene zuhause sterben können. Andererseits muss es bestimmte „Palliativstationen“ geben, die in der besonderen Kenntnis der Situation der betroffenen Menschen diesen eine spezielle Hilfestellung geben können, die ambulant nicht mehr leistbar ist.

Für welche Menschen soll diese besondere Versorgungsform zur Verfügung gestellt werden?

Schwer unheilbar kranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Hierunter fallen sowohl onkologisch erkrankte als auch Menschen mit anderen schweren Grunderkrankungen.

Aufgrund der zunehmend alternden Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Krankheiten und Tumorleiden kommt dieser Behandlungsform in Zukunft eine noch größere Bedeutung zu.

Wie sieht es mit dem Angebot bei uns in Hessen aus?

Die Hospizbewegung sowie die Palliativversorgung haben sich in den letzten Jahren auf regionaler Ebene in unterschiedlichem Ausmaß entwickelt, der tatsächliche Umfang der in Hessen geleisteten palliativen Arbeit ist aber unklar. Es ist auch nicht deutlich, wie die Versorgung in den einzelnen Regionen erfolgt – gibt es überall die oben beschriebene Vernetzung oder fehlen einige Elemente? Wie sind die einzelnen Gruppen untereinander organisiert? Ist das Netzwerk klar strukturiert und für den bedürftigen Patienten zu „aktivieren“? Wer entscheidet über diese Notwendigkeit?

Die Landesregierung hat daher bei Prof. Gronemeyer vom Institut für Soziologie der Universität Gießen eine Studie in Auftrag gegeben, die die bestehende palliative und hospizliche Versorgung sowie den Bedarf quantitativ und qualitativ analysiert. Diese Analyse wird den möglichen Handlungsbedarf offen legen, um Versorgungslücken zu schließen oder Anforderungen an Qualifikation und Zusammenarbeit zu stellen. Es ist nicht intendiert, neue Strukturen zu kreieren, sondern soweit wie möglich gewachsene Strukturen zu berücksichtigen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei darauf zu legen sein, ob es Vereinbarungen unter den verschiedenen Partnern gibt und ob auch eine 24-Stunden Erreichbarkeit sichergestellt werden kann. In regionalen Vereinbarungen sollen konkrete Absprachen für die Koordination der Zusammenarbeit vor Ort getroffen werden. Die Koordinationsfunktion kann dabei von unterschiedlichen Beteiligten wahrgenommen werden – HAUPTSACHE, ES FUNKTIONIERT ZUM WOHL DER PATIENTEN!

Betrachtet man sich den Diskussionsstand in Hessen, so ist nicht viel Dissens festzustellen – offen scheint jedoch die konkrete regionale Struktur und hier vor allem die Aufgabenzuweisung der KOORDINATION zu sein.

Ich freue mich sehr, dass es erneut gelungen ist, die Vertreter der verschiedenen Institutionen hier zu versammeln. Für eine ganzheitliche Palliativversorgung und

Hospizarbeit in Hessen ist es unabdingbar, dass eine Vernetzung aller Leistungsanbieter vor Ort stattfindet. Vielerorts sind sich die verschiedenen Akteure aber gegenseitig noch gar nicht richtig bekannt. Als Keimzelle der (ersten Schritt hin zur) Vernetzung können daher die im Laufe der Veranstaltung geplanten Arbeitsgruppen dienen. In den interdisziplinär gestalteten Diskussionsrunden werden auch die Krankenhäuser eines Krankenhausversorgungsbereiches vertreten sein.

Die Landesregierung wird den Tag über die Diskussion verfolgen um hier wertvolle Anregungen für mögliche Regelungen zu finden. In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen erfolgreichen Tag.

Dr. med. Michael Popović

Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen

Vielen Dank Frau Wirtz, insbesondere auch für die Hinweise darauf, dass nun die Studie im Institut von Professor Gronemeyer in Gießen in Auftrag gegeben worden ist. Professor Gronemeyer hatte schon auf der ersten Fachtagung hier das sehr bemerkenswerte Eingangsreferat gehalten. Ich denke, dass der Auftrag, eine derartige Studie zu erstellen, auch darauf zurückzuführen ist, dass die Landesärztekammer in ihrer dem Sozialministerium zugeleiteten Stellungnahme zur palliativ-medizinischen Versorgung in Hessen genau diese Forderung erhoben hat. Ich möchte auch nochmals Herrn Professor Enke herzlich danken, dass er als Präsident der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften gekommen ist. Wir haben von der Wissenschaft bis hin zu der Ehrenamtlichkeit alle an der palliativen Betreuung und Versorgung Beteiligten breit vertreten und das ist sehr bemerkenswert. Es wäre jedoch nicht möglich ohne Armin Clauss, unseren ehemaligen Staatsminister und Vorsitzenden der Willy Robert Pitzer Stiftung, den ich jetzt um sein Grußwort bitte.



Armin Clauss

Staatsminister a.D., Vorsitzender der Willy Robert Pitzer Stiftung

Frau Präsidentin Stüwe, lieber Pfarrer Otto, liebe Frau Terno als Repräsentantin der KASA und alle Mitstreiterinnen und Mitstreiter in der gemeinsamen Sache. Ich bin sehr glücklich darüber, dass wir heute die 3. Tagung durchführen können und dass wir bei der 3. Tagung eine solch große Resonanz haben, von Menschen, die gemeinsam an dem Thema arbeiten und die hoffentlich auch weiterhin gemeinsam an einem Strang in die richtige Richtung ziehen, um auf diesem Gebiet ein Stück weiter zu kommen. Vor 4 Jahren haben wir uns zusammengetan und uns Gedanken gemacht, wie wir der großen Herausforderung in unserer Gesellschaft - dass die Menschen erstens älter werden und es zweitens, demografisch

betrachtet, noch nie so viel alte Menschen gab und in den nächsten Jahrzehnten geben wird – gemeinsam begegnen können.

Nach wie vor haben Menschen den Wunsch, zuhause in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben, doch unsere Gesellschaft war und ist auf diese Fragestellung nicht vorbereitet. Vielmehr sind wir erst auf dem Weg dazu, die neuen Fragestellungen zu begreifen und einige Weichenstellungen vorzunehmen, um die Herausforderungen gemeinsam zu meistern. Dies bedeutet auch, das Einzelkämpfertum in diesem Bereich nach und nach aufzugeben – eine Entwicklung, die nach meinem Dafürhalten sehr viele gute Impulse ausgelöst hat. So sitzen wir heute zum dritten Mal zusammen, um uns austauschen, und können mit Stolz eine kleine Zwischenbilanz ziehen: Erstens, dass die Resonanz so groß ist und zweitens, dass wir heute in Arbeitsgemeinschaften ein Fazit ziehen können, wie es konkret in den Regionen aussieht. Aus diesem Grund möchte ich in erster Linie denjenigen Dank sagen, die diese Tagung im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer wieder ermöglicht haben, sowie all jenen, die im Haus, in den Verbänden und in den Organisationen im Hintergrund ihren Beitrag dazu geleistet haben.

Wir sind hinsichtlich der Qualifizierung der Ärzte im Bereich Palliativmedizin weitergekommen, nicht nur, weil die Akademie der Landesärztekammer ein Papier entwickelt hat, sondern auch, weil generell auf dem Gebiet der Fort- und Weiterbildung mehr getan wird. Ein Problem ist, dass wir noch über zu wenig Dozenten verfügen, doch auch hier hat sich die Ärzteschaft sehr um eine Lösung bemüht. An dieser Stelle daher vielen Dank für die Qualifizierung im Bereich Palliativmedizin. Auch sind wir weitergekommen auf dem Gebiet der KASA und können heute erfreulicherweise eine auf der 2. Tagung angeregte Broschüre vorlegen, die Frau Terno und Pfarrer Otto mit entwickelt haben. Sie enthält eine Fülle von Hinweisen, Daten, sowie Informationen und ist damit eine gute Arbeitshilfe sowohl für bereits vorhandene Einrichtungen als auch für Ehrenamtliche, die in ihrer Gemeinde initiativ werden und Hospizvereine gründen wollen. Mein Dank richtet sich auch an die Krankenkassen, die den Druck veranlasst und bezahlt haben. Mit Hilfe aller im Bereich der palliativen Versorgung Tätigen wollen wir die Broschüre qualifiziert weiter entwickeln und Ihre Anregungen in die nächste Auflage mit aufnehmen.

Was die Gesundheitsreform anbelangt, so sind wir auf dem Gebiet der Palliativmedizin ein großes Stück weitergekommen – und zwar im Hinblick auf den Leistungskatalog der Krankenkassen. Umso dankbarer bin ich für die Entwicklung des Wiesbadener Modells, das seit einem dreiviertel Jahr praktiziert wird und heute von Herrn Dr. Bernd Oliver Maier vorgestellt wird. Nachdem nun die großen Versorgerkrankenkassen - die Barmer, die DAK, die AOK und die IKK - einen Vertrag unterzeichnet und der Öffentlichkeit das Modell vorgestellt haben, kann

dieses in die Fläche und damit in jede Krankenhausregion hinausgetragen werden: Ein Riesenfortschritt, für den ich den Krankenkassen, Dr. Hubert Schindler, und allen, die mitgewirkt haben, danken möchte.

Allerdings sollte uns bewusst sein, dass wir dadurch auf diesem Gebiet zwar mehr Sicherheit erlangt haben, aber alle noch Lernende sind und uns im Hinblick auf die aufzubauenden Netzstrukturen gegenseitig Hilfestellung geben müssen. Mit dem Ziel, auch das Modell Wiesbaden nicht nur qualitativ und quantitativ zu verbessern, sondern auch in der Fläche zu realisieren. Offen ist nach wie vor ein Punkt: So haben die Krankenkassen erfreulicherweise auf dem Gebiet der Förderung der ambulanten Hospizdienste in Hessen mehr Geld zur Verfügung, als sie ausgeben können. Als wir mit der Zusammenarbeit anfangen, waren 11 Hospize in der Förderung, nun sind es immerhin schon 33. Doch die Mittel, die zur Verfügung stehen - im abgelaufenen Jahr 2006 waren dies rund 1.800.000 Euro - konnten nur in einer Größenordnung von 1.200.000 Euro ausgeschöpft werden. Das bedeutet, dass die Krankenkassen in ihren Budgets rund 600.000 Euro mehr vorgehalten haben, als tatsächlich abgefordert wurden, weil wir strukturell nicht in der Lage waren, die in den Richtlinien vorgegebenen Voraussetzungen zu erfüllen. Mit dem Staatssekretär sind wir im Gespräch, wie wir mit Hilfe eines Fonds die Kluft zwischen der Zeit, in der die geforderten Strukturen in den ambulanten Hospizdiensten geschaffen werden (sie müssen ein Jahr lang die hauptamtliche Koordinatorenstelle besetzen) und dem ersten Geldeingang überbrücken können. Nach unserer Vorstellung beginnen wir mit einer Summe von 100.000 Euro. Wenn die Landesregierung 50.000 Euro zur Verfügung stellt, wird die Pitzer Stiftung 50.000 Euro dazugeben.

Den Fonds werden wir dann mit möglichst geringem bürokratischem Aufwand bei der KASA in Marburg ansiedeln, so dass die ambulanten Hospizdienste, die ehrenamtlich die Voraussetzung geschaffen haben, über einen Kredit aus dem Fonds eine Zwischenfinanzierung vornehmen können. Sollten wir mehr Geld benötigen, muss die Landesregierung nochmals ein bisschen tiefer ins Portemonnaie greifen. Eigentlich wäre die Finanzierung ohnehin Aufgabe der Steuerzahler und nicht die der Stiftung. Aber wir können immer wieder kleine Impulse geben, um Probleme zu lösen. Ich bitte Sie, Frau Dr. Wirtz, dies dem Staatssekretär und Ihrer Ministerin auszurichten, damit wir auch diese Lücke schließen und den Krankenkassen das Geld abnehmen, das sie ohnehin zur Verfügung stellen. Der dritte Punkt, den ich gerne ansprechen möchte, ist die Tatsache, dass noch keine Angaben darüber gemacht werden können, wie es vor Ort aussieht. Ein Thema, das wir auch auf der 2. Tagung sehr eingehend erörtert haben. Das Ministerium hatte sich damals dagegen gesträubt, in dieser Angelegenheit etwas zu unternehmen. Ich bin daher jetzt sehr froh, dass Herr Prof. Gronemeyer seine Studie vollenden kann. Dennoch ist es wichtig – und ich halte dies nach wie vor für eine

zentrale Aufgabe der örtlichen Gesundheitsämter – zu untersuchen, wie man die palliativen und hospizlichen Strukturen vor Ort organisieren kann. Die Träger der öffentlichen Gesundheitsverwaltung müssen dies als ihre Aufgabenstellung ansehen, damit uns, die wir draußen ehrenamtlich tätig sind, die gemeinsame Arbeit auch gelingen kann.

Ich möchte noch einen Punkt in eigener Sache aufgreifen und bitte um Nachsicht dafür. Die Pitzer Stiftung mit Sitz in Bad Nauheim wird nach wie vor auf dem Gebiet der hospizlichen Arbeit in der Palliativversorgung einen Schwerpunkt sehen. Aber wir geben jährlich auch rund 500.000 Euro aus für Menschen, die sozial schwach sind und sich aus eigener Kraft nicht einer Reha-Maßnahme unterziehen können. Und gerade sie sind in Bereichen tätig, von denen wir wissen, dass Menschen dort sehr belastende Aufgaben wahrnehmen und am Ende selber wieder rehabilitiert oder gesundheitlich entsprechend hergestellt werden müssen. Wenn die Krankenkassen, aus welchen Gründen auch immer, die Kosten nicht übernehmen können, übernehmen wir 75 Prozent der Kosten. Unser Problem ist nur, wie wir diese Menschen erreichen. Wir haben dazu einen Flyer entwickelt und bitten Sie, die in Ihrer täglichen Arbeit solchen Menschen begegnen, diese darauf aufmerksam zu machen. Dank nochmals an alle, Dank an die, die heute hier die Tagung vorbereitet haben. Ich bin gespannt auf die Ergebnisse und freue mich, wenn wir am Ende sagen können, wir sind mit dieser Tagung ein großes Stück weitergekommen. Alle Beteiligten müssen am Ende dieser Tagung Resümee ziehen und darüber diskutieren, ob es sinnvoll ist, weiter solche Tagungen zu veranstalten oder ob wir regional in die Fläche gehen sollen. Dazu erhoffe ich mir aus den Arbeitskreisen Hinweise. Alles Gute für Sie und auf einen guten Erfolg des heutigen Tages.

Dr. med. Michael Popović

Es ist immer wieder beeindruckend und eine Freude, Ihr Engagement und Ihre Innovationsfreude festzustellen. Vielen Dank Herr Clauss, dass Sie uns unterstützen. Den wichtigen Hinweis auf die Aufgabe des staatlichen Medizinalwesens, sprich der Gesundheitsämter, möchte ich noch vertiefen. Das ÖGD-Gesetz wird gerade novelliert und es wäre meines Erachtens hilfreich, wenn die von Herrn Clauss formulierte Aufgabe dort noch ihren Niederschlag fände. Damit würde diesbezüglich auch ein Ausbau mit personeller Unterstützung ermöglicht. Wir kommen nunmehr zu den Impuls-Referaten und ich freue mich sehr, dass ich Frau Gerda Graf bitten darf, die Vorstellung der Hospizidee hier vorzunehmen. Frau Gerda Graf ist Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospize. Vielen Dank für Ihr Kommen und danke für Ihren Vortrag.

Gerda Graf

*Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft
Hospize*

Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen – Hospizidee in der integrierten Versorgung

Vielen Dank für die Einladung. Sehr viel wurde schon gesagt zum multidisziplinären Ansatz, sehr oft wurde betont, dass diese Fachtagung davon lebt, dass sie so multidisziplinär besetzt ist. Damit kann die heutige Veranstaltung in der Tat schon ein Fundament sein; ich erlebe in Hessen an vielen Ecken und Enden, dass es wirklich vorwärts geht. Das erste Bild meiner Power-Point-Präsentation (Folie 1) hat bereits eine ganze Menge mit Hospiz zu tun, denn wir müssen uns ja die Frage stellen, was wir am Ende des Lebens brauchen, gleich welchen Alters. Ja, in der Tat, wir brauchen Begleitung, wir brauchen, so profan es klingt, eine Hand, die mit uns geht.

Wie bereits auf der heutigen Pressekonferenz gesagt wurde, befinden wir uns in einem Zeitalter der demografischen Entwicklung, wo das Alter einen besonders großen Raum einnimmt. Aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts verfügen wir über eine weit entwickelte High-Tech-Medizin, aber zählen andererseits auch viele multimorbide Menschen am Ende des Lebens. Weit weg vom Ganzen des Menschen, werden sie zu Teilmenschen, da sie sehr oft in der Institution ein Stück ihres menschlichen Daseins abgeben müssen. Im Gegensatz zu der Institutionalisierung von Tod, Sterben und von Krankheit steht die Tatsache, dass der Mensch als autonomes Wesen eigentlich anders begleitet werden möchte. Was uns Menschen umtreibt, wenn es um den Tod geht, ist eine wahnsinnige Angst. Kierkegaard hat das einmal so benannt:

„Angst ist das Schwindelgefühl der Freiheit. Sollte einer meinen, es sei eben das Große an ihm, dass er nie Angst gehabt habe, so werde ich ihm mit Freuden meine Erklärung dafür eröffnen: das kommt, weil er sehr geistlos ist.“

Heute ist es nicht mehr „schick“, Angst zu haben. Dementsprechend medizinalisieren, psychologisieren und spiritualisieren wir die Angst, so dass das Ganze nicht mehr ganz ist, sondern immer nur noch ein Teil des Ganzen.



Folie 1



Kierkegaard sagt an anderer Stelle zu dem Thema Angst:

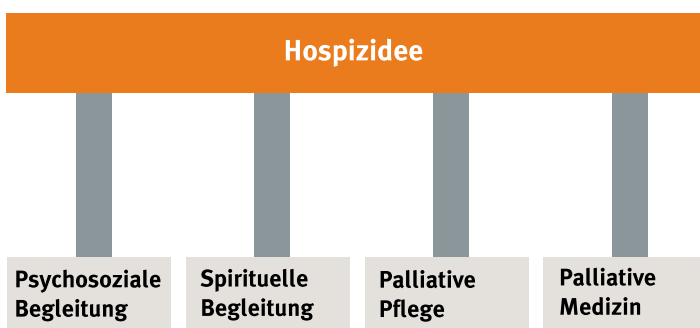
„Es ist eben das, wofür wir Menschen auf der Erde sind, dass wir lernen, in einer bestimmten Art und Weise Angst zu haben und zwar in der Art, dass sie uns nicht auffrisst, dass die Angst nicht Herr über uns wird, aber auch in der Angst, auch in der Art, dass wir nicht zu wenig Angst haben.“ Und er resümiert: „Wer daher gelernt hat, auf der rechten Art und Weise Angst zu haben, der hat das Höchste gelernt.“

Wir scheinen es noch nicht ganz gelernt zu haben, denn wir haben in der Vergangenheit aus dem Tod ein Tabuthema gemacht.

Inzwischen sind wir ein gehöriges Stück weiter und befinden uns in einer Riege wohl gemeinter politischer Ansichten, die uns sowohl den Weg gegen aktive Sterbehilfe ebnen als auch den Weg zu wissenschaftlichen Begleitforschungen um die Versorgung Sterbenskranker am Lebensende. In der Hospizbewegung haben wir festgestellt, dass wir Zahlen, Daten und Fakten benötigen, um beweisbar zu machen, warum wir uns mit dieser Angst auseinandersetzen müssen, die dann hoffentlich in die Hoffnung mündet. Ernst Bloch hat dies mit den Worten beschrieben:

„Hoffnung über Angst gelegen, ist etwas ganz Besonderes, sie ist nicht so sehr in ein Nichts gesperrt, wie die Angst, sondern sie macht die Menschen weit und sie lässt sie über die Angst hinausgehen.“

Die Säulen der Hospizidee



Folie 2

Das ist es vielleicht, was die Hospizbewegung in ganz besonderer Art und Weise gemacht hat, als eine Bürgerbewegung, die sich den so genannten vier Säulen der Hospizidee (Folie 2) gestellt hat und damit dieser Angst entgegengetreten ist. Sie hat aufgezeigt, was notwendig ist, damit der Mensch wieder zu einem Ganzen wird. Da ist zunächst einmal das körperliche Äquivalent palliative Medizin und palliative Pflege. Viele von Ihnen kennen den Ausspruch vergangener Tage im Krankenhaus: „Palliative Schmerztherapie machen wir schon immer.“ Doch die Hausärzte, Klinikärzte, Pflegekräfte, die sich auf den Weg gemacht haben, erleben, dass palliative Pflege etwas völlig anderes ist. Dort, wo die kurative Medizin am Ende und Heilung nicht mehr möglich ist, werden die Funktionspflege und auch der Ablauf in einer Klinik nicht

mehr unbedingt dem Menschen gerecht. Palliative Pflege und palliative Medizin wollen etwas völlig anderes. Sie können das Leiden nicht mehr negieren und sind angetreten, es zu lindern. Dies ist gleichwohl sehr schwierig, da in Ausbildung und Studium etwas völlig anderes gelehrt worden ist.

Welche medizinischen Maßnahmen können wir ergreifen und wie sieht Pflege aus, wenn wir einem Sterbenskranken gegenüberstehen, der noch einmal am Leben teilnehmen, seiner Familie wieder begegnen und noch einmal einen Spaziergang wagen möchte? Hier geht es dann darum, wie diese Lebensqualität so hergestellt werden kann, dass es dem Menschen und der Umgebung gut geht. Sowohl im Hinblick auf das körperliche Befinden als auch auf die spirituelle Begleitung gibt es – wie wir u.a. an der geringen Zahl der Seelsorger auf der heutigen Tagung sehen – noch einiges zu tun. Dies bedeutet auch, den Menschen als Teil eines Ganzen zu verstehen und ihn dann auch in dieser Ganzheit zu umarmen.

Wie sehen nun die einzelnen Dimensionen der Hospizidee aus (Folie 3)? In der Regel sind die psychosoziale Begleitung und Schulung von Ehrenamtlichen ehrenamtlich; ein Novum ist dabei, dass sich Ehrenamtliche nochmals 100 bis 120 Stunden auf die Schulbank setzen, um sich für ihre Tätigkeit befähigen zu lassen. Dies ist deshalb so wichtig, weil es auch darum geht, in Demut hinter dem, was der Sterbenskranke will, zurückzutreten. Denn er ist unser zentraler Auftraggeber, kein System, keine Krankenkasse, keine Medizin, sondern der Wille des Patienten. Da wir alle in Facetten des Lebens Patienten sind, gilt es eine ganz besondere Rückschau auf die eigene Lebensbilanz zu halten. In all den Jahren der Hospizarbeit habe ich noch keinen Sterbenden erlebt, der sich diese Seins-Frage nicht stellt. Welchem Kulturkreis gehöre ich an, welche Spiritualität ist meine, welche Religiosität, wo finde ich mich wieder? Und an dieser Stelle zeigt sich, wie wichtig auch das Netzwerk der Multidisziplinarität ist, weil wir nicht alle Fragen beantworten können. Neben unserem Problem der Demografie in Deutschland haben wir ja nun auch das Problem der Multikulturen, bei dem wir gelegentlich feststellen müssen, dass unsere Kompetenz am Ende ist. Das Know-how des Ehrenamtlichen ist es, an jeder Stelle auch Koordinator sein zu können, denn in dem Augenblick, wo ich am Sterbenskranken und am Angehörigen tätig werde, muss ich auch wissen, dass

Die 4 Dimensionen der Hospizidee

In der Regel Ehrenamtlich

Psychosoziale Begleitung ↔ Schulung Hospizhelfer (120 Std)

Spirituelle Begleitung ↔ Schulung (80 - 120 Std)

Palliative Medizin ↔ professionelle Weiterbildung

Hauptamtlich

Palliative Pflege ↔ professionelle Weiterbildung (160 Std)

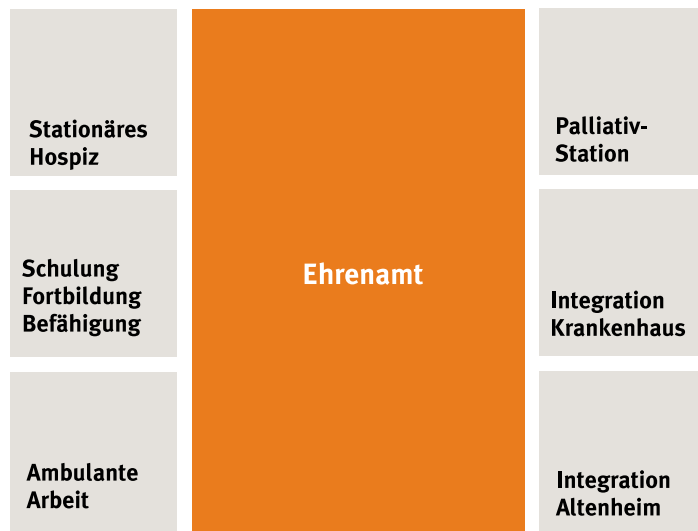
Folie 3



ich koordinierende Aufgaben habe. Dies geht nur, wenn ich mich in Demut zurückstelle hinter dem, was der Sterbende will. Die palliative Medizin wird in der Regel hauptamtlich ausgeübt. Hier macht es Mut und Hoffnung, dass wir in Deutschland inzwischen einige, in kürzester Zeit entstandene Lehrstühle der palliativen Medizin haben (Aachen, Bonn, Köln, Göttingen, Herdecke), auch wenn die Flächendeckung noch bei Weitem nicht erreicht ist.

Diese Dimensionen machen aber auch deutlich, dass es gerade der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, wie auch allen Landesarbeitsgemeinschaften, immer besonders wichtig war, Qualität vorzuhalten. Herr Clauss sprach bereits an, warum nicht alles zur Verfügung stehende Geld ausgeschüttet worden ist. Haben wir uns vielleicht tatsächlich an der Stelle selber konterkariert? Nein, wir haben die qualitativen Maßstäbe bewusst so hoch gelegt, damit der Sterbenskranke und seine Angehörigen auch sicher sein können, dass er am Ende seines Lebens eine hohe Qualität erfährt. Ich persönlich glaube, dass es im Grunde genommen nur des politischen Willens und der Machbarkeiten der Krankenkassen bedarf, um auch dieses Geld dort auszuschütten, wo es hingehört und zwar in die hospizliche und palliative Versorgung.

Quo vadis Hospizbewegung?



Folie 4

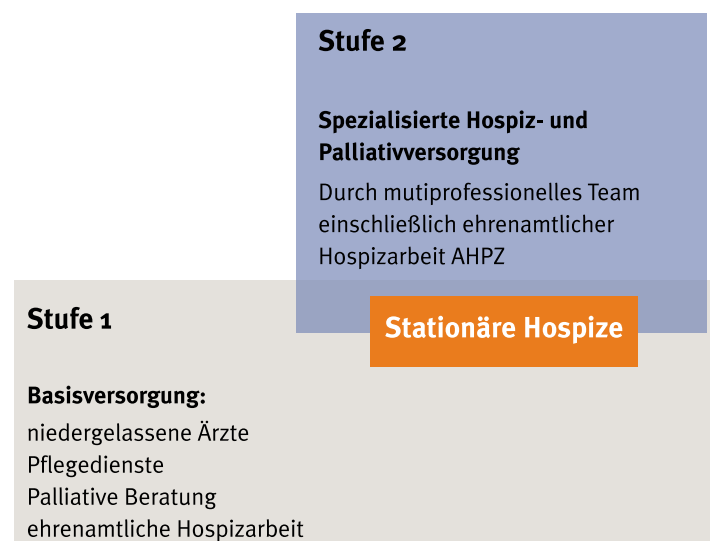
Mit Blick auf die Hospize können wir sagen, dass am Anfang das Ehrenamt stand (Folie 4). Auf diesem Fundament haben alle Beteiligten so viel geleistet, dass sich eine Menge Menschen heute für diese Idee begeistern und die Politik sich auf den Weg macht, in der Gesundheitsreform Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass palliative Versorgung und Hospizkultur eins werden.

Wir haben bereits einiges erreicht. So hat die Integration ins Altenheim schon längst stattgefunden. Ich befürworte es sehr, dass palliative Pflegekräfte auch im Altenheim angestellt sind, um dieses neue Zuhause gemeinsam mit dem palliativ-medizinisch erfahrenen Hausarzt bis zum Ende so wirken zu lassen, dass es keinen Sterbetourismus zwischen Altenheim und Krankenhaus gibt. Gleichwohl darf sich auch das Krankenhaus nicht nur auf Palliativstationen oder ambulante Schnittstellen verlassen, sondern sollte, wie schon in Wiesbaden versucht, einen Faktor darstellen, der koordiniert und ambulant und stationär zusammenführt. Es ist jedoch Aufgabe der Politik festzulegen, dass jedes Krankenhaus einen Hospizkoordinator benötigt.

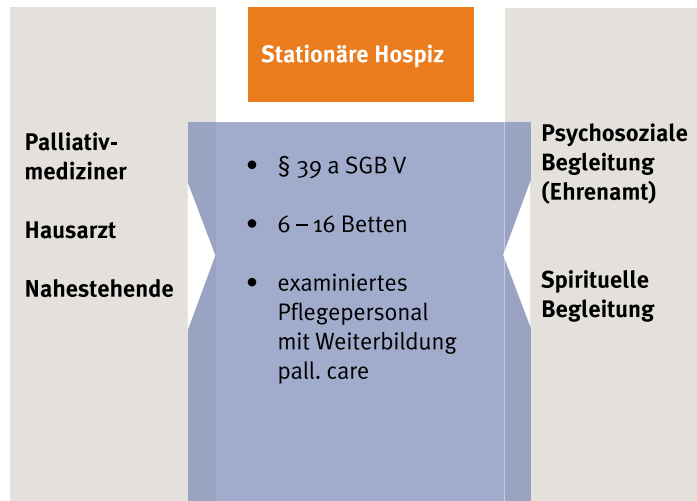
Insgesamt verfügen wir in Deutschland über fast 100 Palliativstationen, die natürlich in die Krankenhausgesetzgebung eingebunden sind. Dies ist ganz anders als in den angelsächsischen Ländern, wo palliativ und Hospiz das gleiche sind. Leider sind wir hier einen anderen Weg in Deutschland gegangen, aber man hat das Gefühl, es wächst wieder zusammen, was zusammen gehört und zwar Hospiz und palliativ. Das stationäre Hospiz am Anfang war eine Notwendigkeit, um aus dem Modell des Stationären zu erfahren, was wir ambulant benötigen. Wir haben in Deutschland inzwischen über 150 stationäre Hospize, 100.000 Ehrenamtliche und 1.400 ambulante Hospizdienste. Das Land ist in diesem Bereich mit Schulung, Fortbildung und Befähigung im Aufbruch. Wie geht der Weg weiter? Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und die angeschlossenen Landesarbeitsgemeinschaften haben durch interfraktionelle Gesprächs- und Arbeitskreise viel dazu beigetragen, dass wir heute an diesem Punkt der Gesundheitsreform stehen. Die Basisversorgung ist vorhanden: niedergelassene Ärzte, die sich palliativ-medizinisch weiterbilden, eine wachsende Zahl palliativer Pflegedienste, entsprechend § 39 a) eine palliative Beratung, die in jedem qualifizierten Hospizdienst angesiedelt ist und die ehrenamtliche Hospizarbeit als Fundament. Wir müssen untersuchen, wie die Koordination in Zukunft aussehen soll und wo sie angesiedelt sein kann. Gerade Hessen hat hier ein Modell gefunden, an dem man weiter arbeiten kann (Folie 5). Wichtig sind eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung durch ein multiprofessionelles Team, in das die ehrenamtliche Arbeit eingebunden ist. Wir haben es ambulant Hospiz und palliatives Zentrum genannt. Viele Teile davon sind auch hier in Hessen vorhanden. Es gilt, sie in einem Netz zusammenzuführen.

An dieser Stelle sei ein kurzer Ausflug in meine eigene Einrichtung erlaubt. Ich bin Geschäftsführerin einer Wohnanlage, viele Jahre war ich Pflegedirektorin in einem Krankenhaus. In dieser Wohnanlage befindet sich neben einem stationären Altenheim mit Schwerpunkt Demenz und Hospiz – wir haben ein eigenes Konzept namens „HOLDE“ entwickelt, HO für Hospiz, L für Lebenswelten und DE für Demenz – ein palliativer Pflegedienst. Wir bieten auch betreutes Wohnen an, sodass überall Synergieeffekte vorhanden sind. Dies ist nur möglich, weil eine Stiftung Angebote mitfinanziert, die sich – wie der palliative Pflegedienst – nicht selbst tragen. Diesem palliativen

Stufenmodell ambulanter Palliativversorgung (BAG/DGP)

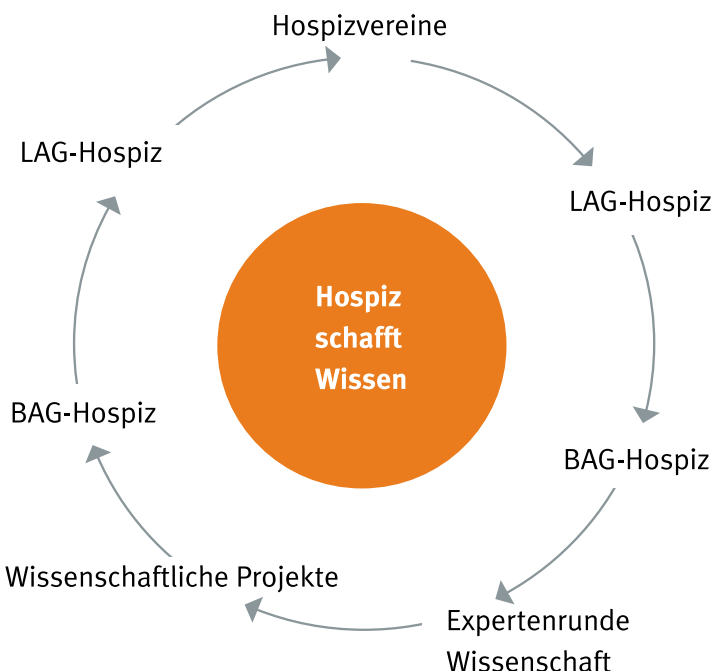


Folie 5



Folie 6

Pflegedienst ist ein Qualitätsforum angeschlossen, zu dem Hausärzte, Krankenhausärzte, Pflegedienste, Hospizdienste und Altenheime zur Besprechung von Fallbeispielen eingeladen werden. Dabei merken wir aber auch, dass das angestrebte multiprofessionelle Wirken noch nicht vollständig gelungen ist. Um Multidisziplinarität zu pflegen, ist Koordination wichtig. Allerdings brauchen wir keine institutionell begründete Koordination, sondern eine, die direkt am Patienten, am Sterbenskranken angesiedelt ist. Hospiz lebt und steht dafür, dass es sich irgendwann einmal erübrigt. Deshalb sehen wir Hospiz als ein Modell und als den Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen schlechthin, an dem man partizipieren und lernen kann (Folie 6). Gemeinsam mit Diakonie und Caritas haben wir das Qualitätshandbuch „Sorgsam“, erarbeitet, das dokumentiert, dass Qualität nicht nur überprüfbar ist, sondern dass sie darüber hinaus zu jeder Zeit von den Sterbenden und den Angehörigen abgerufen werden kann. Nicht umsonst wird Hospiz in dem Handbuch als Lebensort bezeichnet. Inhaltlich geht es um folgende Themen: Wie wird der Verstorbene versorgt, wie gehen wir mit den Angehörigen im Hospiz um, wie aber auch sind die Mitarbeitenden eingebunden in eine Arbeit, die auf Jahre, Jahrzehnte hinweg, einem Kriegsschauplatz ähnelt? Denn wenn immer und immer wieder gestorben wird, ist dies auch nicht leicht aushaltbar für das Personal, egal ob für Ehrenamtliche oder Festangestellte.



Folie 7

Hospiz schafft Wissen (Folie 7), und dieses Wissen erreichen wir beispielsweise, indem Ministerien die Entwicklungen begleiten und Forschungsansätze, die von Hospizvereinen mit getragen werden, in die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften münden. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz können sie dann genutzt werden, um der Politik deutlich zu machen, warum Sterbenskranke Palliativmediziner und Ehrenamtliche gleichermaßen brauchen. Anschließend fließt dieses Wissen zusammen mit dem, was auf Veranstaltungen wie der heutigen Tagung erarbeitet worden ist, in neue Versorgungsstrukturen ein. Eine Erfahrung, die hier in Hessen bereits gemacht werden konnte. Nach meiner Überzeugung sollten der Hospizgedanke oder die Kultur die dahinter steht, nicht erst am Ende des Lebens greifen, sondern ein Teil dessen werden, was das Leben des Menschen ausmacht. Er soll wissen, dass dieses Netzwerk von Beginn an trägt und dass die Begleitung im Leben nicht erst im Sterbeprozess beginnt, sondern viel früher.

Sie, die heute hier sind, möchte ich auffordern, Multiplikatoren zu werden, damit die Palliativversorgung auch ambulant in die Fläche getragen wird und wir in einem kritischen Dialog bleiben für die Menschen und um das menschliche Dasein. Vielen Dank.

Prozesslandschaft als gedankliche Strukturierung zur Darstellung spezifischer Qualität stationärer Hospize

Stationäre Hospize
Prozesslandschaft



Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.
Aachener Strasse 5, 10713 Berlin
Tel.: 030/83 223 893
Fax: 030/83 223 950
E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net
Internet: www.hospiz.net

Dr. med. Michael Popović

Vielen Dank Frau Graf, für Ihren beeindruckenden Vortrag, der auch sehr viel motivatorische Aspekte hatte. Wir werden uns bemühen, Ihren Appellen auch hier in Hessen nachzukommen. Da keine Fragen bestehen, möchte ich gleich zu Herrn Dr. med. Oliver Maier übergehen, der uns von dem Modellprojekt in Wiesbaden berichten wird.

Zielsetzung des IGV Konzeptes

- Verbesserung und Absicherung der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen am Ende des Lebens
- „Verweilen können“ am gewünschten Aufenthaltsort
- Vermeidung von Fehlversorgung
- Erfassung und Auswertung palliativspezifischer Versorgungsdaten zur weiteren Versorgungsplanung
- Schaffung eines verlässlichen patientenzentrierten Behandlungsrahmens / Behandlungspfades
 - für Patienten
 - für Angehörige
 - für Kooperationspartner
- Schwerpunkte
 - Wahrung der Betreuungskontinuität
 - Flexibilität
- Prinzip
 - Bündelung der Leistungen des bestehenden Leistungsspektrums der Regelversorgung
 - Ergänzung durch Absicherung an kritischen Punkten
 - Lastenverteilung auf viele Schultern
 - Gewährleistung umfassender palliativer Versorgungsqualität bei realistisch leistbarem Aufwand

Dr. med. Bernd-Oliver Maier

*Leiter der Abteilung Palliativmedizin,
Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden*

Koordination palliativmedizinischer Versorgung über das Zentrum für Palliativmedizin, HSK

Vielen Dank für die Einladung hier sprechen zu können. Ich möchte gleich voranschicken, dass ich mich hier weniger als den Vertreter des hessischen Modellprojektes sehe, sondern als ein Vertreter eines Projektes, das es in Hessen gibt. Ich denke, es ist ganz wichtig, dass wir, auch wenn es unterschiedliche Strukturen gibt und die einen jetzt mehr als die anderen diskutiert werden, den Kanon und die Pluralität der Meinungen respektieren und als wichtige Quelle erleben, aus der wir Wert schöpfen können. Auch wäre es falsch, den Eindruck vermitteln zu wollen, dass ich jetzt zeigen könnte, wie es geht und auf jeden Fall gehen muss. Ich werde versuchen, das Positive dieses durchaus erfolgreichen Projektes zu beschreiben, möchte dabei aber auch klar zum Ausdruck bringen, wo wir gerade stehen und dass das Ganze kein Selbstläufer ist. Obgleich angedacht ist, das Projekt in die Fläche zu tragen, müssen wir sehr aufmerksam schauen, ob wir nicht wieder an einem Punkt angelangt sind, an dem eine gewisse Justierung notwendig ist.

Die Zielsetzung des IGV-Konzeptes, das wir uns vorgenommen haben, unterscheidet sich diesbezüglich nicht von den anderen (siehe Folie 1). Deutschlandweit gibt es knapp 20 palliativ integrierte Versorgungskonzepte, die der Fachgesellschaft bekannt sind. Sie haben alle einen ähnlichen Tenor: Die Verbesserung und Absicherung der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen am Ende des Lebens ist oberstes Anliegen. Da wir zunehmend in eine Strukturdebatte hinein geraten, ist es wichtig, dies immer wieder zu betonen, denn es geht um Betroffene, um Patienten und um Angehörige. Sie sollten die entscheidende Richtgröße für Erfolg oder Misserfolg sein. Das Ziel, am gewünschten Aufenthaltsort verweilen können, ist mehrfach genannt worden. Auch aus Kostensicht ist es völlig legitim, eine Fehlversorgung zu vermeiden, von der die Betroffenen nicht profitieren. Ein wichtiger Aspekt, um auch in der zeitlichen Perspektive Nachhaltigkeit erreichen zu können, ist die Erfassung und Auswertung spezifischer Daten zur weiteren Versorgungsplanung, wie sie jetzt einerseits über das Hessische Sozialministerium angestoßen worden ist. Auf der ande-

ren Seite denke ich aber auch, dass aus dem Praxisbezug heraus noch eine ganz wesentliche und wichtige Quelle zu finden ist. Zielsetzung darüber hinaus ist es, einen verlässlichen Behandlungspfad und Behandlungsrahmen für die Patienten, für die Angehörigen und die beteiligten Kooperationspartner zu schaffen, die sich unter den als entscheidende Qualitätskriterien in der Betreuung genannten Schwerpunkten zusammenschließen. Diese sind: die Betreuungskontinuität für die Betroffenen zu wahren, ein permanenter verlässlicher Ansprechpartner zu sein und dann, bei sich akut veränderter Bedürfniskonstellation, sofort reagieren und mit in das Geschehen eingreifen zu können: das Stichwort für die 24-stündige Erreichbarkeit an 7 Tagen in der Woche.

Das Prinzip ist, dass die Leistung in der bestehenden Regelversorgung durch eine zentrale Koordination gebündelt werden soll, um dadurch Synergieeffekte freizusetzen. Jedem muss klar sein, dass die Bündelung dieser Leistungen alleine nicht reicht. Gerade die Gewährleistung der 24-stündigen Erreichbarkeit ist in keinsten Weise abgebildet, so dass darüber hinaus an kritischen Punkten, die vorhersehbar eine Unterversorgung zulassen würden, eine Absicherung erfolgen muss. Diese komplexe Versorgung kann dann geleistet werden, wenn die Lasten dieser Versorgung auf verschiedene Schultern verteilt wird. Auf diese Weise kann die umfassende palliative Versorgungsqualität, bei realistisch leistbarem Aufwand, in Aussicht gestellt werden.

Es hat sich durchgesetzt, dass zunehmend zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Palliativversorgung unterschieden wird. Hier liegt auch eines der Probleme, dass nämlich das Ausmaß der Palliativversorgung wie in der Regelversorgung abgebildet sein soll. Dies stellt auch einen permanenten Diskussionspunkt mit den Kostenträgern dar, denn sie argumentieren, dass eine Zusammenführung der Ressourcen doch Vieles erleichterte. Dies trifft zwar teilweise zu, aber es löst nicht zwangsläufig alle Probleme.

Vereinfacht und grafisch dargestellt stehen im Mittelpunkt Patient und Angehörige (Folie 1). Den ersten Kreis bezeichne ich als die allgemeine Palliativ- und Hospizversorgung, an die sich die entsprechenden Gruppierungen und Gruppen schließen. Im äußeren Kreis befindet sich das übergeordnete koordinierende Zentrum, das in den

Palliativmedizin am Akutkrankenhaus?

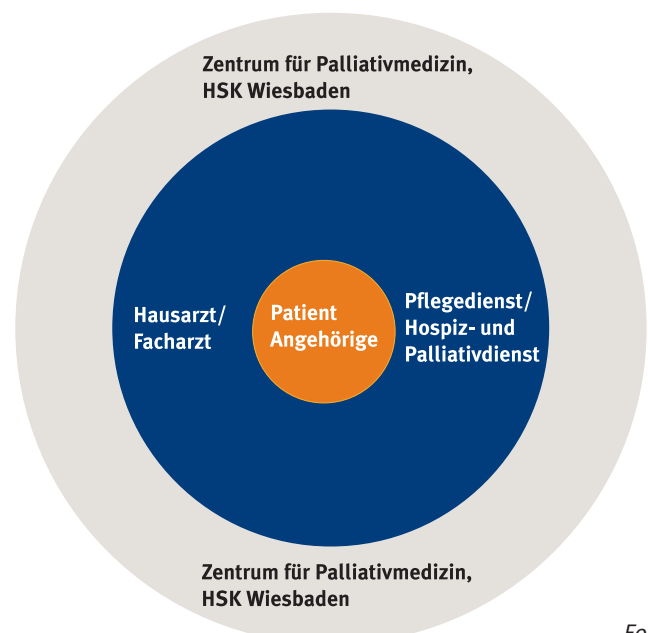
- Verbesserung der palliativen Versorgung der Patienten am selbstverständlichen Ort der Behandlung
- Entlastung der funktionell orientierten Behandlungsteams und Krankenhausstrukturen
- Steuerung der weiteren Strategiefindung im palliativen Kontext

Palliativstation - Aufnahmekriterien

- Fortgeschrittene, progrediente Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Medizinische Indikation (Symptomkontrolle) oder/und psychosoziale Indikation
- Verbesserung der Lebensqualität nur mit Maßnahmen der Palliativstation erreichbar (einschließlich Behandlung in der Terminalphase)
- Einverständnis des Patienten zur Aufnahme auf die Palliativstation
- Information der Betroffenen über begrenzte Aufenthaltsdauer
- Erwachsene Patienten

Systematik

- Leistungen der Regelversorgung sind nicht Bestandteil des Konzeptes, sondern bleiben Bestandteil der bestehenden Vergütungssystematik
- Zusätzlich in der Betreuungsintensivierung anfallender Aufwand wie Dokumentation, Kommunikation, Fallbesprechung wird den spezifisch beteiligten Partnern gesondert über eine Aufwandspauschale vergütet.

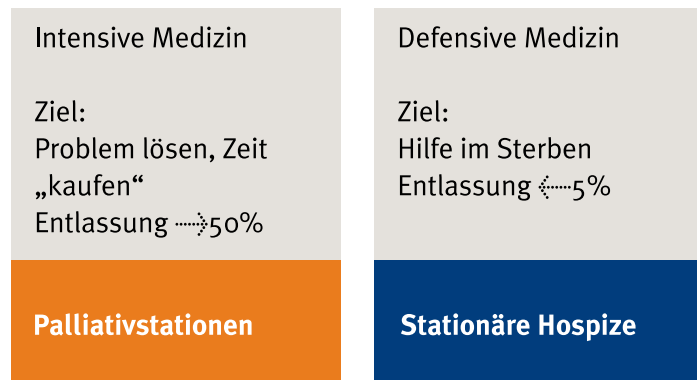


Ambulante Betreuung



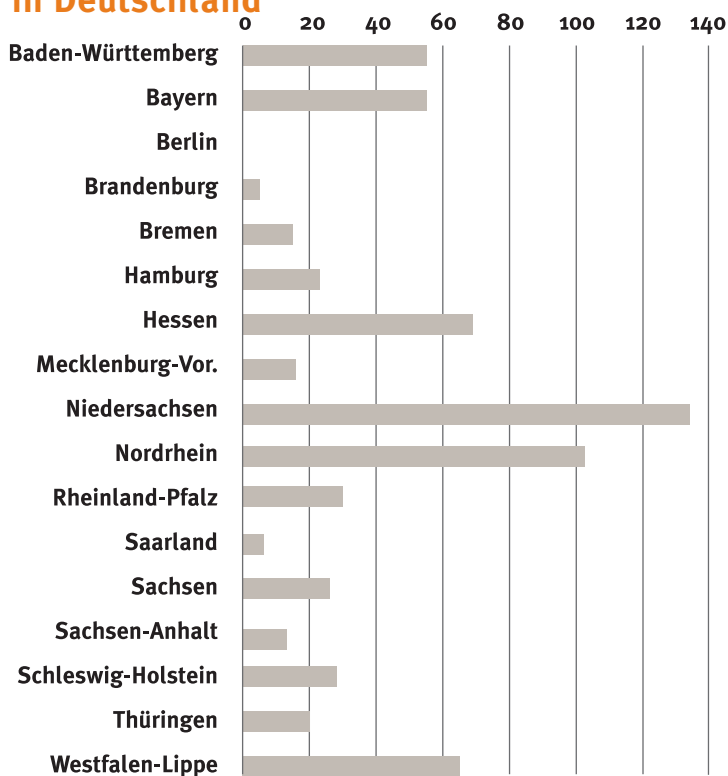
Folie 2

Palliativmedizin



Folie 3

Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in Deutschland



Folie 4

657 Anerkennungen Stand 11/06

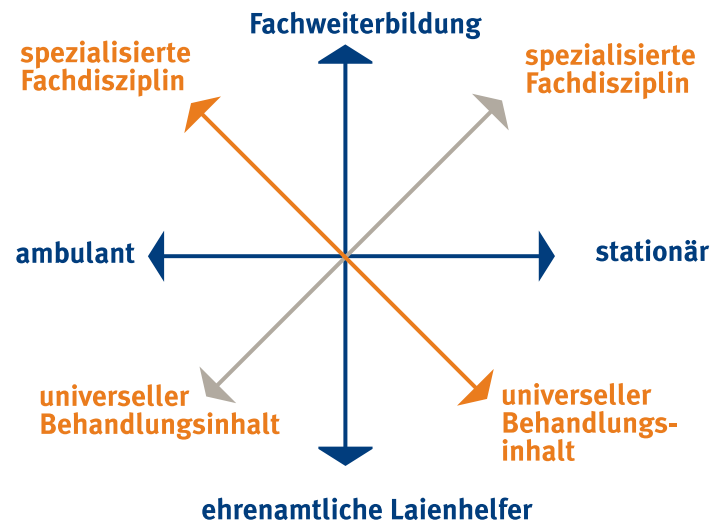
kritischen Phasen aktiv wird. Die Frage ist, warum sich ein Konzept, das primär in den ambulanten Bereich wirken will, an den Akut-Krankenhäusern konzentriert. Warum werden die großen Krankenhäuser angesprochen, macht das überhaupt Sinn? Denn die Versorgung muss ja dann doch letzten Endes an anderen Orten stattfinden. Meiner Meinung nach gibt es Argumente dafür, dass dieses System sinnvoll ist. Zum einen befindet sich ein Großteil der Patienten, die zu Palliativpatienten werden, ohnehin im Bereich der großen Krankenhäuser in Behandlung. Dies sind also Orte, an denen Patienten „abgeholt“ werden müssen und an denen ihre Strategie für die weitere Lebensplanung und die letzte Lebensphase entscheidend mitgeprägt und -gesteuert wird.

Damit Patienten und Angehörige Zugang zu den palliativen Versorgungsstrukturen finden, müssen dort, wo der selbstverständliche Behandlungskontext gegeben ist, die Qualität, das Gefühl und die Kultur der palliativen Versorgung eingeführt werden. Dies ist meiner Ansicht nach ein starkes Argument dafür, warum an großen Krankenhäusern die Palliativmedizin ihre Berechtigung hat und dort auch die Steuerung in die ambulante Weiterversorgung mit abgebildet sein muss. Diese Leistungen der Regelversorgungen sind bei uns entgelttechnisch nicht Bestandteil des Konzeptes, sondern der bestehenden Vergütungssystematik. Der darüber hinaus anfallende Aufwand in der Betreuung, in der Koordination und in der Dokumentation wird gesondert vergütet. Das einer der Hauptgründe dafür, warum wir in diesem Bereich weder die flächenhafte Deckung noch die hundertprozentige Durchdringung erreichen. Denn genau hier geht die Schere zwischen allgemeiner und palliativer Versorgung auf. Wir haben ein Problem damit, dass viele potentiell weiterverordnende und beratende Ärzte Schwierigkeiten haben, diese Medikamente schmerzfrei in ihrem Budget abzubilden. Das heißt, wir stehen hier vor der Herausforderung, mit den Kassen zu diskutieren, um eine Lösung zu finden, damit die beteiligten Kooperationspartner des niedergelassenen Bereiches nicht dafür abgestraft werden, wenn sie sich für eine qualitative Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgung engagieren. Dieses Problem ist in unserem bisherigen Konzept noch nicht so glücklich gelöst, dass man mit Stolz drauf verweisen könnte. Doch ich denke, dass wir auf einem guten Weg sind, praktikable Lösungen zu finden. Das beschreibt auch die Atmosphäre, in der dieses Projekt be-

trieben wird. Es wird von allen beteiligten Seiten als ein lernendes Modellprojekt verstanden. Niemand erhebt den Anspruch, bereits alle Probleme der Versorgung gelöst zu haben. Man muss daher bewusst und konzentriert analysieren, was funktioniert, was funktioniert vielleicht auch „nur in Wiesbaden“ und was kann mit anderer Struktur woanders entsprechend funktionieren.

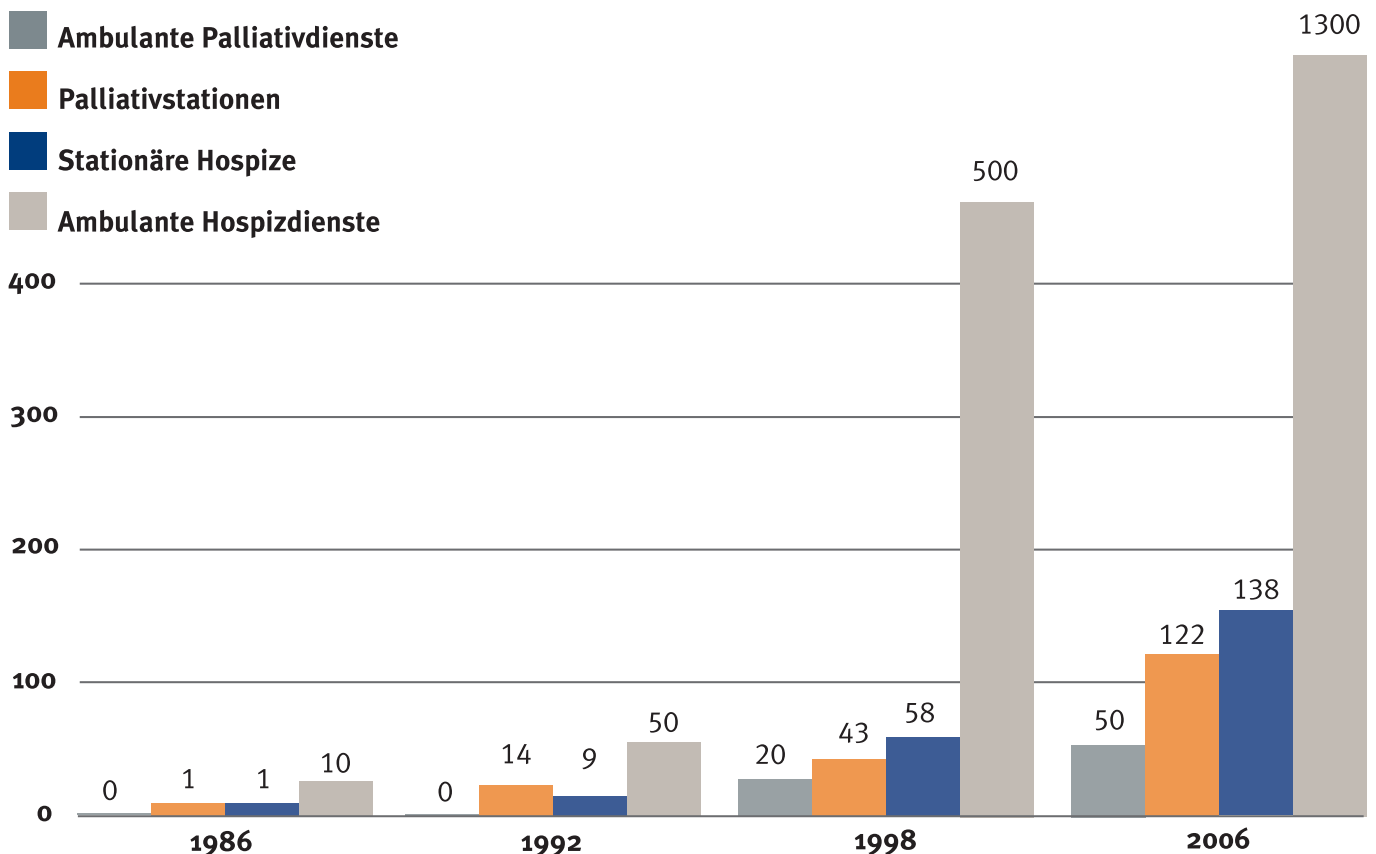
Die Kooperationspartner in diesem Modellprojekt sind Hausärzte, Pflegedienste und Hospizdienste. Assoziierte Kooperationspartner sind die Fachärzte, hospizliche stationäre Versorgung und andere therapeutische Gruppen. Das Konzept unterscheidet – auch dies ist ein Kritikpunkt, mit dem wir konfrontiert werden – nicht nach der primären palliativen Vorkenntnis des einzelnen Behandlers. Der Grund dafür ist, dass wir eine Durchdringung in der Breite erreichen wollen und auch diejenigen kompetent unterstützen wollen, die sich sonst vorhersehbar überfordert fühlen. Ich habe Ihnen ein Bild (Folie 5) mitgebracht, das deutlich macht, in welchem Spannungsfeld sich palliative und hospizliche Versorgung aktuell abspielt. Irgendwo auf diesen Koordinaten, zwischen allgemeinem universellem Behandlungsinhalt und spezialisierter Fachdisziplin, ist je nach Standort

Versorgungsstruktur



Folie 5

Boom der palliativmedizinischen Einrichtungen und Dienste



DGP, Stand 1.10.2006

Systematik

Spezifische Kooperationspartner sind:

- Hausärzte
- Pflegedienste
- Hospizdienste

Assoziierte Kooperationspartner sind

- Fachärzte
- Stationäres Hospiz
- Andere therapeutische Gruppen

Folie 7

– auch zwischen stationär und ambulant - die entsprechende Initiative angesiedelt. Dies zeigt, dass Hessen extrem heterogen ist und daher die einzelnen Strukturen entsprechend flexibel geschaffen werden müssen, um nicht nur Land und Stadt zu differenzieren. Um diese Absicherung für den einzelnen Patienten erfahrbar zu machen, versuchen wir zum einen in einer etwas künstlich gestalteten Modulunterteilung, in einer Initiierungsphase, die gesamten Ressourcen des Patienten zu evaluieren. Ziel ist es, zu einem Behandlungskonzept und einer Fortführung dieses Behandlungskonzeptes zu kommen. Dies bedeutet, dass das medizinische und das pflegerische Konzept, der psychosoziale Bedarf, die Hilfsmittel und die Begleitungsintensität bis hin zu der spirituellen Unterstützung so bekannt sein müssen, dass man damit umgehen und mit den Angehörigen in Kontakt treten kann. Auch muss, wenn der Patient von stationär nach ambulant wechselt oder primär eine Intensivierung der Unterstützung im ambulanten Bereich notwendig ist, eine gute Weiterversorgung im ambulanten Bereich gewährleistet sein. Wichtig ist dann zweitens, regelmäßig mit den Betroffenen und den Familien Kontakt zu halten, um sichergehen zu können, dass – auch wenn über eine längere Phase keine akute Dynamik im Bedarf erkennbar ist – wir eng genug „dran sind“, um mit dem notwendigen Fingerspitzengefühl in der akuten Situation reagieren zu können. Denn nur das Wissen um die Besonderheit in der jeweiligen Situation verleiht uns die Fähigkeit, tatsächlich kompetent in der Krisensituation reagieren und gemeinsam mit den Betroffenen entscheiden zu können, was sinnvoll ist. Das dritte Element – und vielleicht auch das Kernstück im Unterschied zu bisherigen Versorgungsmodellen – ist die Bereitschaft zur 24-stündigen Krisenintervention über 7 Tage die Woche. Faktisch sieht es so aus, dass wir einen VW Fox, voll gepackt mit möglicherweise notwendigen Hilfsmitteln und Medikamenten, haben, der die Patienten anfährt, um vor Ort nach Möglichkeit eine Beruhigung in dem gewünschten Betreuungsumfeld zu erreichen oder auch mit dem Betroffenen gemeinsam zu überlegen, wie es weitergehen kann.

Auch den Abschluss erwähne ich hier aus zwei Gründen. Zum einen, weil es uns ganz wichtig ist, wie es nach dem Tod des Patienten weitergeht, den Kontakt mit den betroffenen Angehörigen zu halten und eine Rückmeldung darüber zu bekommen, was von unseren Angeboten wie gewirkt und wie funktioniert hat. Diese Rückkopplung

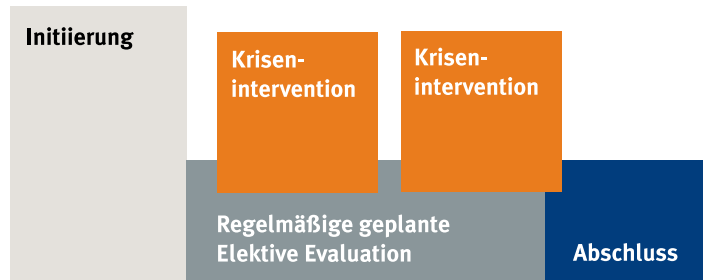
benötigen wir, um lernen zu können, wie es weitergeht. Und zum anderen meine ich mit Abschluss natürlich auch die verlässliche und saubere Dokumentation des Aufwandes, der Daten, des Prozesses und der Ergebnisqualität, um das Geleistete auch selbstkritisch hinterfragen zu können. Die Synergie passiert nicht automatisch, sie muss erarbeitet werden. Auf der Dokumentationsseite betrachte ich die Transparenz einer sehr komplexen Versorgungsstruktur als einen wichtigen Vorteil, der Zukunftsorientierung und Planung gewährleistet und die verlässliche Leistungsdokumentation als einen Schlüssel zu weiteren Maßnahmen. In der Diskussion darüber, was die Krise zur Krise macht, hatten wir durchaus auch heftige Gespräche mit den Kassen und den jeweiligen Sachverständigen dort. Doch es ist wichtig darzustellen, warum auch diese kontinuierliche Ansprechbarkeit gewährleistet sein muss, denn jedes Symptom kann ein Notfallsymptom sein. Damit meine ich nicht nur medizinische Probleme, sondern auch pflegerische Probleme, psychosoziale Überforderung oder ähnliches. Bei den Erfahrungen die wir bisher haben, ist es in der Tat so, dass wir in den so genannten Unzeiten, also nachts, wesentlich eher zur psychosozialen Krisenintervention mit angefragt werden, als zur tatsächlichen medizinischen Intervention, die auch vorausplanbarer ist. Wichtig ist, hier zitiert aus dem „Anästhesisten“, publiziert im September 2005, die Vorhaltung eines verlässlichen Notfallplans und die Absprache von Behandlungspfaden.

Auch wenn dies nicht das Muster ist, auf dem wir jedes Mal aufbauen, zeigt es doch die Dimensionen, die dabei wichtig sind: die medizinische, die emotionale, die soziale und die rechtliche. Die Absprachen können verbindlich und immer wieder mit den Angehörigen sowie mit den Betroffenen erneuert werden. Man schafft damit eine große Sicherheit. Angst ist eines der zentralen Themen, die unsere Patienten und auch unsere Angehörigen beschäftigen; durch die vorausplanenden Strukturelemente können wir hier Sicherheit geben, die vielleicht hilft. Wir haben im 2. Halbjahr 2006 45 Patienten im Rahmen unseres Vertrages betreut, von denen 30 Ende des Jahres verstorben waren; wir hatten 38 unterschiedliche Hausärzte als Kooperationspartner. Die Hausärzte, mit denen wir zusammen arbeiten, differieren genauso, wie wir es aus anderen Wahrnehmungen von medizinischer Öffentlichkeit kennen. Es gibt solche, die sehr offen für das Angebot sind und es als große Entlastung empfin-

Methodik

Leistungen des Zentrums für Palliativmedizin, HSK Wiesbaden

- Initiierung
- Elektive Reevaluation
- Krisenintervention
- Abschluss



Folie 8

Effekte der zentralen Koordination

- Entlastung der Angehörigen, des sozialen Umfeldes, der behandelnden Ärzte, der betreuenden Pflegekräfte
- Kompetente Ansprechpartner mit Gewährleistung von 24-Stunden-Erreichbarkeit
- Kompetentes Krisenmanagement
- Realisierung sektorenübergreifender Betreuung
- Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Gezieltes Herbeiführen von Synergieeffekten durch zentrale Koordination
- Transparenz einer komplexen Versorgungsstruktur
- Verlässliche Leistungsdokumentation

Bisherige Erfahrungen

- 45 Patienten seit 07/06
- 30 Patienten verstorben
- 38 Hausärzte als Kooperationspartner
- 18 zu Hause verstorben (60%)
- 2 im Hospiz verstorben (6.7%)
- 10 auf der Palliativstation verstorben (33.3%)
- 15 leben
- Betreuungszeiten und Intensität sehr variabel
- Inhomogenes Spektrum der Kooperationspartner
- Hohe Patientenakzeptanz/
hohe Angehörigenakzeptanz

Jedes Symptom kann ein Notfallsymptom sein!

Notfallplan	
Aspekt	Lösungsmöglichkeit
Medizinisch	Umgang mit intravenösen/subkutanen Zugängen Bereitlegung von Notfallmedikamenten (z.B. Midazolam/Morphin) und medizinischen Hilfsmitteln (z.B. Tamponadenmaterial) Planungsedierende Maßnahmen (z.B. 30 mg Midazolam kombiniert mit 30-50 mg Morphin über 24h)
Emotional	Vorbereitung des beteiligten Teams (z.B. Pflegedienst und Hausarzt) Vorbereitung der Angehörigen und des Patienten
Sozial	Information weiterer Angehöriger Regelung wichtiger Dinge
Rechtlich	Besprechung der Situation und möglicher Maßnahmen Dokumentieren der Absprachen und des geplanten Vorgehens Beachtung der Verfügung der Betreuung

Folie 11

Beispiel eines Patienten, geboren 19.06.1926 gestorben 07.01.2007

Peritonealkarzinose bei CUP

- Ileus (als klinische Erstmanifestation)
- Z.n. explorativer Laparotomie, erweiterte Hemikolektomie rechts, Anlage eines endständigen Ileostoma und Schleimfistel am 03.10.06
- Re-Laparotomie und Neuanlage Ileostoma am 18.10.2006
- Konsekutive Wundheilungsstörung postoperativ
Übernahme Palliativstation am 30.10.06

Behandlung auf Palliativstation 30.10.06 – 16.11.06

- Schmerzbehandlung
- Wundbehandlung
- Mobilisierung
- Krankheitsverarbeitung/Coping-Strategien
- Angehörigenbetreuung

Einschreibung IV Vertrag 05.11.06

Sequenz der Kontakte:

Stufe 1: 29.11.06 (Fieber)

01.12.06 (Erbrechen)

09.12.06 (Allergie)

25.12.06 (Peritonitis)

→ Aufnahme auf Palliativstation am
26.12.06 mit Schmerzexazerbation

Stufe 2: 17.11.06

21.11.06 (tel)

23.11.06

30.11.06

02.12.06 (tel)

04.12.06

14.12.06,

Stationär vom 26.12.06 bis 03.01.07, dann neuerliche
Entlassung

Stufe 4: 05.01.07

07.01.07

Verstorben am 07.01.07 zu Hause im Beisein der
Angehörigen

den, nicht selbst permanent und 24 Stunden lang verfügbar sein zu müssen. Aber es gibt andere, die aus den genannten Gründen, auch im abrechnungsrelevanten Sinne, Berührungsängste haben und sich fremdbestimmt fühlen. Auch die Befürchtung um ihre Budgets ist ein Argument, das offen angesprochen wird und das finde ich wichtig. Es muss ernst genommen werden, um die Durchdringung innerhalb der Region zu optimieren und eine Lösung dafür zu finden. Wieder andere leben in dem Selbstverständnis, dass eine spezialisierte Palliativversorgung nicht nötig sei, weil diese ohnehin schon immer integrierter Bestandteil des Behandlungskonzeptes sei. Sie erreichen wir so oder so schwerlich mit unseren Konzepten. Allerdings haben wir in Wiesbaden, wo sehr viel über die Konzepte diskutiert wird, zumal hier ein zweites Projekt zur integrierten Palliativmedizin existiert, auch in der niedergelassenen Ärzteschaft eine rege Diskussion, der wir uns auch gerne stellen.

Von unseren Patienten sind 18 zuhause verstorben, 2 im Hospiz und 10 auf der Palliativstation, 15 sind zum Zeitpunkt dieser Auswertung lebendig. Der Anteil der Patienten, die auf der Palliativstation versterben, kann auch deshalb nicht gegen Null oder gegen 25 Prozent gehen, weil zum Teil deutlich kränkere Patienten den Schritt nach hause wagen, um nochmals eine bestimmte Zeit dort zu verleben, aus der Sicherheit heraus, einen flexiblen Ansprechpartner zu haben. Ich hatte angedeutet, dass für uns der Abschluss und die Rückmeldung der Angehörigen wichtige Kriterien sind, und ich habe Ihnen ein Zitat mitgebracht, das wir in der Rückmeldung von einer Angehörigen erhalten haben:

„Nach Gesprächen mit anderen Menschen, die auch einen Angehörigen verloren haben, kann ich die Bedeutung Ihrer Abteilung erst richtig ermessen und ich habe schätzen gelernt, wie tröstend es ist, wenn man mit positiven Gedanken auf die Art und Weise des Begleitens zurückblicken kann, gerade weil diese Bilder täglich wie ein Film vor dem geistigen Auge ablaufen. Jede Minute bleibt greifbar nahe und bei allem Schmerz, der noch sehr tief sitzt, ist es ein Trost zu wissen, dass der geliebte Mensch nicht leiden musste und würdig begleitet und verabschiedet werden konnte.“

– Ich denke, das fokussiert nochmals, worum es eigentlich geht und was uns in guten Fällen gelingt. Es ist völlig klar, dass es auch bei diesem Konzept keine Erfolgsgarantie gibt, ich habe daher einige schwierige Punkte angesprochen, die weiterentwickelt werden müssen. Ich sehe uns als Leistungserbringer in der engen Verantwortung, bestimmte grundsätzliche Aspekte so festzuschreiben, dass wir eine Qualität liefern können, von der alle Beteiligten profitieren. Nur so werden uns auch wiederum realistische Zahlen für Bedarf und Aufwand zur Verfügung gestellt werden können, die eine weitere Planung und Orientierung ermöglichen. Ein zweiter Aspekt ist mir zum Schluss noch wichtig: Ich glaube, wir befinden uns in einer Phase, in der sehr viel möglich ist und in der uns gelegentlich die „Angst als Schwindelgefühl“ der Freiheit überfällt. Nach meinem Dafürhalten sollten wir jedoch die momentanen Rahmenbedingungen, die Gesprächsbereitschaft, auch von Kostenträgerseite, nutzen, um die Erfahrungen zu sammeln, auf die wir jahrelang gewartet haben. So können wir aus der Praxis heraus Theorien überprüfen, die wir im Vorfeld zurechtgezimmert haben. Mit diesem wichtigen Aspekt möchte ich dazu ermutigen, auch die laufenden Projekte weiter positiv kritisch zu begleiten und selbst zu schauen, wie man unter den Gegebenheiten etwas auf den Weg bringen kann. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Erreichbarkeit des Zentrum für Palliativmedizin

Zentrum für Palliativmedizin HSK Wiesbaden
HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH
Ludwig Erhard Straße 100
65199 Wiesbaden

Ansprechpartner:

Dr. med. Bernd-Oliver Maier
Abteilungsleiter Palliativmedizin
Andrea Belgutay
Leitende Pflegekraft Palliativmedizin

Tel: 0611-433910

Fax: 0611-433740

E-Mail: zentrum-palliativmedizin@hsk-wiesbaden.de

Dr. med. Michael Popović

Herr Dr. Maier, ich danke Ihnen für Ihren stringenten und informativen Vortrag. Er hat tatsächlich auch Impulse gesetzt.

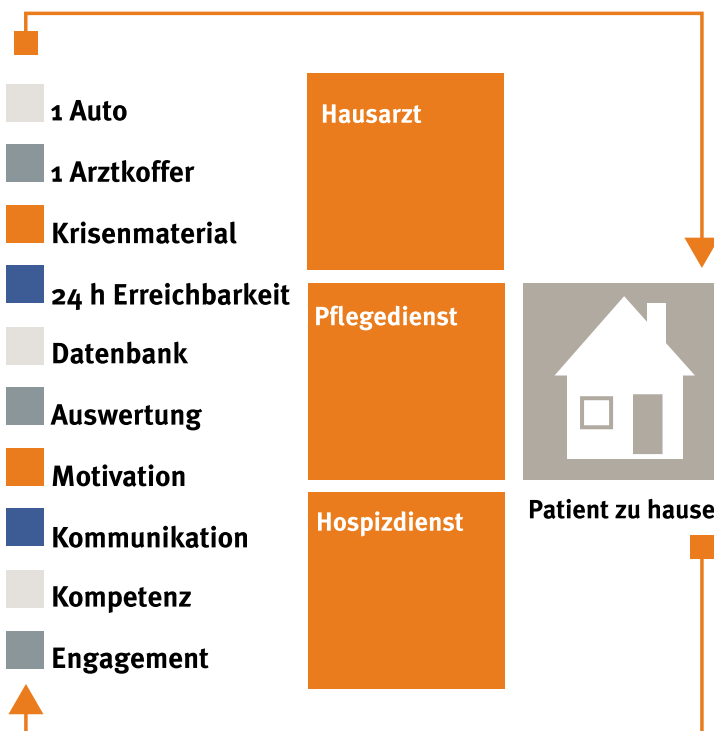
Frage aus dem Publikum

Herr Dr. Maier, wie wird Ihr Projekt bezahlt, wieviel Geld steht Ihnen zur Verfügung, aus welchen Töpfen kommt es und wie viele Mitarbeiter haben Sie zur Verfügung?

Dr. med. Bernd-Oliver Maier

Die Frage ist nicht leicht zu beantworten. So haben wir kein vollständiges isoliertes Team für diese IV-Versorgung aufgestellt, sondern aus den zusätzlich erhaltenen Mitteln den Pool der Abteilung Palliativmedizin um eine Pflegestelle und eine Zweidrittel Arztstelle aufgestockt. Dies reicht allerdings nicht aus, um ein eigenständiges Team zu bilden, sondern funktioniert nur, weil Strukturen innerhalb der Abteilung vorliegen, die eine 24-stündige Erreichbarkeit gewährleisten. Das Geld für diese zusätzliche Finanzierung jenseits der Leistung der Regelversorgung kommt aus dem Topf für integrierte Versorgung und war im ersten Halbjahr als Pauschale pro Patient angelegt. Dies ist jetzt geändert worden, so dass wir auch über den zeitlichen Zusammenhang finanziert werden. In der Pauschale geht es um die Größenordnung von 1.100 Euro pro Patient. Ich möchte Sie jedoch bitten, bei möglichen Vergleichsrechnungen persönlich Kontakt mit mir aufzunehmen, um Ihnen zu zeigen, wie wir tatsächlich kalkuliert haben. Es macht keinen Sinn, hier Summen zu überschlagen.

HSK Leistung



Situation der Krankenkassen:

Ein Situationsbericht aus Sicht der Verbände der Krankenkassen

Wenn ich hier und heute einen Situationsbericht abgeben darf, möchte ich zu Anfang über die gesetzlichen Aufgaben der GKV bzgl. der Palliativ-Versorgung referieren.

In den Fokus rücke ich dabei die Ambulanten Hospizdienste und die Stationären Hospize mit ihren ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern. Hierzu gibt es derzeit 3 gesetzliche Aufgabenfelder:

1. Stationäre Hospize sind mit Versorgungsverträgen auszustatten, soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Darüber hinaus sind Pflegesätze zu vereinbaren.

Derzeit haben wir 9 Hospize mit insgesamt 84 Betten unter Vertrag. Mit 2 Hospizen gibt es Pflegesatzvereinbarungen (Folie 1).

2. Ambulante Hospizdienste sind von der GKV finanziell angemessen zu fördern, sobald sie Belege über den Umfang der finanziellen Aufwendungen des Vorjahres für Fachpersonal und Sachmittel vorlegen.

Seit 2002 ist die Fördersumme von 269.405,33 Euro auf jetzt 1.160.182,58 Euro in 2006 angewachsen. Damit wurden im vergangenen Jahr 33 Ambulante Hospizdienste gefördert (Folie 2).

3. Zur Ausgestaltung von interdisziplinären Versorgungssystemen hat der Gesetzgeber das Instrument der Integrierten Versorgung den Krankenkassen in die Hand gegeben. Hier kommt es darauf an, das Zusammenwirken von Palliativmedizin, Palliativ-Pflege, ambulant sowie stationär im Hospiz und nicht zuletzt der spirituellen Begleitung bedarfsgerecht zu organisieren und zu finanzieren.

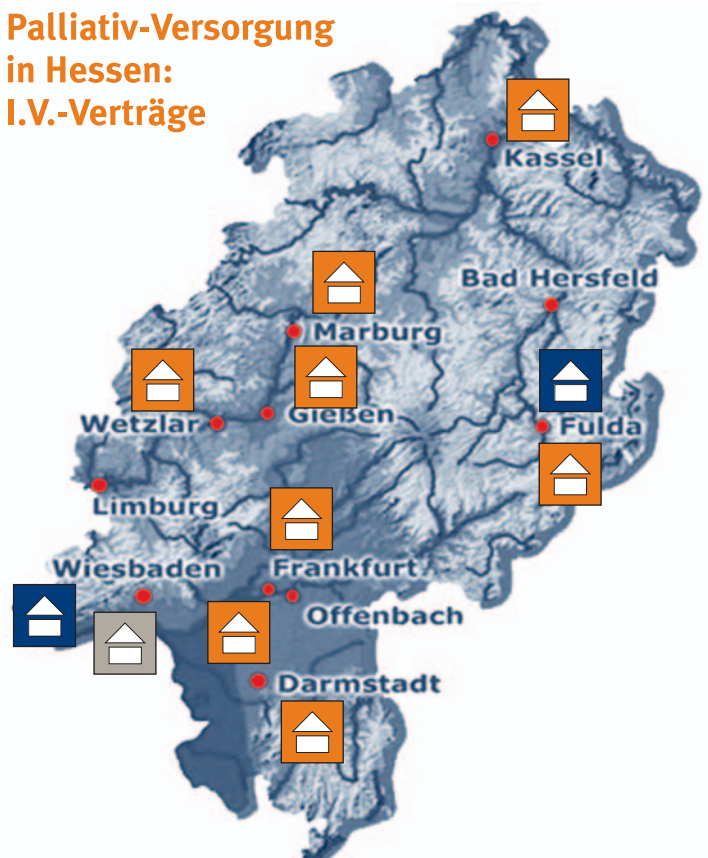
Derzeit können 3 laufende I.V.-Systeme in Hessen angeführt werden: 2 davon sind am Standort Wiesbaden etabliert, ein Weiteres ist am Standort Fulda platziert (Folie 3 auf Seite 34).

Stationäre Hospize in Hessen, Vertragslage

	Anzahl Vers. Verträge	Anzahl Pflegesatzvereinbarungen	Gesamt-bettenzahl
Hospize	9	2	84

Folie 1

Palliativ-Versorgung in Hessen: I.V.-Verträge



AOK, BEK, DAK, IKK (umgesetzt)



AOK, BEK, DAK, IKK (in Vorbereitung)



TK, BKK (umgesetzt)

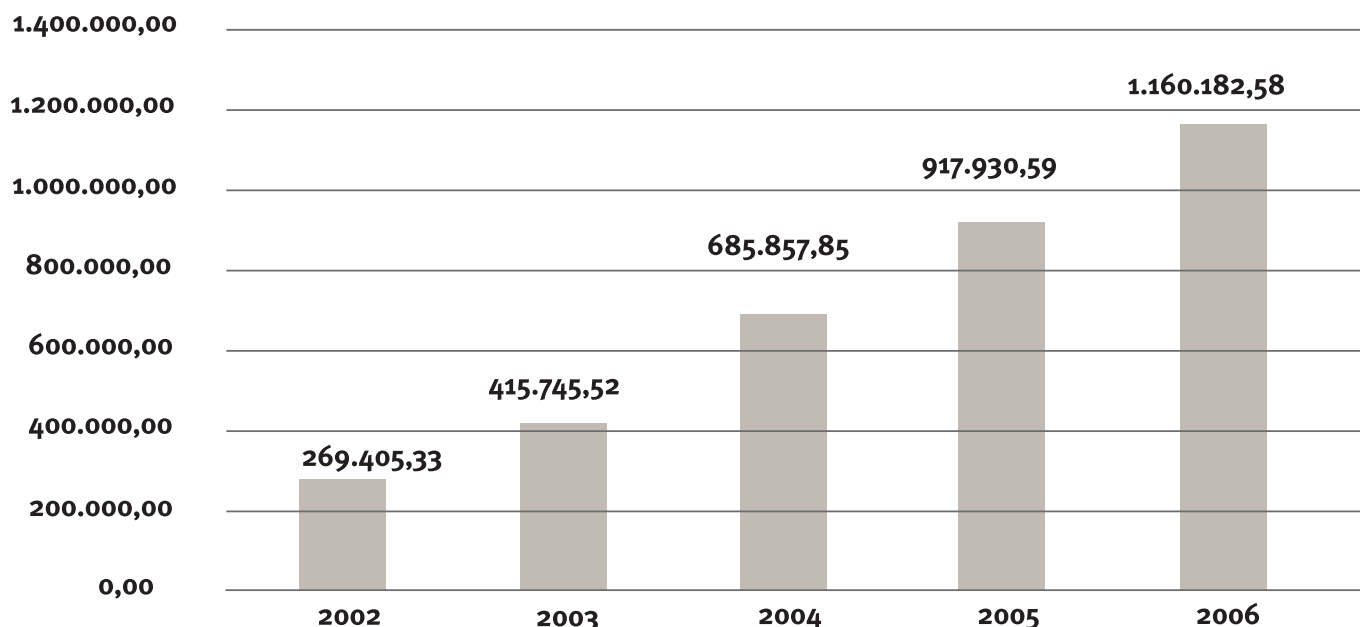
Folie 2

Für die Umsetzung der Hospiz-Idee in der Praxis bedarf es der rechtzeitigen Information des betroffenen Patienten und seiner Angehörigen, damit die örtlichen Angebote in Anspruch genommen werden können. Diese Informationsarbeit geschieht bereits jetzt in unterschiedlichem Maße in Krankenhäusern, durch Schwerpunktpraxen sowie durch Hausärzte. Insofern fangen wir alle nicht beim Stande o an, wenn in Kürze, zum 1. März 2007 an bis zu 7 weitere Standorte neue Palliativ-I.V.-Systeme ihren Betrieb dann auf Basis von vertraglichen Vereinbarungen mit Krankenkassen weiterführen bzw. weiterentwickeln.

Eine weitergehende Aufgabenstellung steht den Krankenkassen nun in Kürze ins Haus, denn zum 1. April 2007 wird das GKV-WSG in Kraft treten, mit dem die Versicherten erstmals einen dezidierten Anspruch auf spezialisierte Palliativ-Versorgung erhalten. Hierzu müssen allerdings erst die näheren Einzelheiten der Leistungserbringung vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet und beschlossen werden. Dies ist erforderlich, damit für die Vertragsärzte und Kliniker, die eine solche Leistung zu Lasten der GKV zu verordnen haben, die Rechtssicherheit hergestellt ist, wann diese Leistung erforderlich ist und wann nicht. Auch für den Verwaltungsentscheid der jeweiligen Krankenkasse – sollte der Genehmigungsvorbehalt letztlich doch noch wieder im Gesetz landen – ist ein sozialrechtlich trittfestes Regelwerk erforderlich, um die

Förderung ambulante Hospizdienste in Hessen 2002 - 2006

- nachgewiesene Personal- und Schulungskosten -



Verordnung zu genehmigen – oder aber nicht. Dies alles wird am 1. April 2007 nicht auf dem Tisch liegen, weil erst an diesem Tag die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine neue Schiene gesetzt werden. Mit dem 31. März 2007 ist der Zug der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung auch in punkto Krankenversicherung in seinem Endbahnhof angekommen und wir starten in neue Welten.

Für die Palliativ-Versorgung in Hessen ist es deshalb gut, wenn kurzfristig mit neuen I.V.-Verträgen schon einmal in wachsender Fallzahl Erfahrungen damit gesammelt werden, dass die Vertragspartner mit uns Krankenkassen die Modalitäten einer abgestimmten, palliativmedizinisch sachgerechten Indikationsstellung erproben können. Dabei wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die begrenzten Arbeitskapazitäten des MDK nicht mit neuen Begutachtungsaufträgen zu belasten. Dies bewahrt uns davor, die Kapazitäten des MDK unnötig ausweiten zu müssen. Vorrang hat also die Suche nach verwaltungswirtschaftlichen aber zugleich rechtssicheren Verfahrenswegen zum Nutzen der betroffenen Versicherten. Insofern haben wir die Erwartung, dass die nun in Hessen zu sammelnden Erfahrungen, vor allem bei der palliativmedizinischen Indikationsstellung, die Palliativ-Versorgung insgesamt voranbringt und darüber hinaus dazu beiträgt, dass die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss durch hessische Erfahrungen und Daten unterstützt werden können.

In dieser aktuellen Situation trifft es sich gut, dass die heutige 3. Fachtagung die Hospizidee in den Mittelpunkt stellt. Damit wird ein klares Zeichen gesetzt, dass die hospizliche Versorgung – auch wenn sie gar nicht primär als Vertragspartner eines I.V.-Vertrages aufzutreten braucht – einen unverzichtbaren Partner für die Umsetzung der I.V.-Verträge zur Palliativ-Versorgung darstellt. Besonderen Dank darf ich deshalb dem Veranstalter, wie auch dem Sponsor abstatten, dass es heute möglich ist, dass sich die Tagungsteilnehmer interdisziplinär darüber austauschen können, welche Vorstellungen und Erwartungen sie haben, um in ihrer Versorgungsregion die Kommunikation und Kooperation zur Umsetzung der Hospiz-Ideen weiterzuentwickeln. Es wurden dafür die Versorgungsregionen der Krankenhausplanung ausgewählt, weil sie auch aus anderweitig versorgungspolitisch wichtigen Gründen für die Bürger von Relevanz sind.

Inwieweit aus dem Erleben des heutigen nachmittags in den Arbeitsgruppen bestehende Strukturen von Kooperation und Kommunikation gestärkt werden oder gar neue Strukturen entstehen, hängt davon ab, wie weit wir uns alle heute Nachmittag gegenseitig mit unseren Wünschen und Hoffnungen verständlich machen können.

Versorgungsgebiete in der Hessischen Krankenhausplanung

Versorgungsgebiet	Zugeordnete Gebietskörperschaft
Kassel VG 1)	Kreisfreie Stadt Kassel Landkreis Kassel Schwalm-Eder-Kreis Landkreis Waldeck-Frankenberg Werra-Meißner-Kreis
Fulda • Bad Hersfeld (VG 3)	Landkreis Fulda Landkreis Hersfeld-Rotenburg Vogelsbergkreis
Gießen • Marburg (VG 3)	Wetteraukreis Landkreis Gießen Lahn-Dill-Kreis Landkreis Marburg-Biedenkopf
Frankfurt • Offenbach (VG 4)	Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main Kreisfreie Stadt Offenbach am Main Hochtaunuskreis Main-Kinzig-Kreis Main-Taunus-Kreis Landkreis Offenbach
Wiesbaden • Limburg (VG 5)	Kreisfreie Stadt Wiesbaden Landkreis Limburg-Weilburg Rheingau-Taunus-Kreis
Darmstadt (VG 6)	Kreisfreie Stadt Darmstadt Landkreis Bergstraße Landkreis Darmstadt-Dieburg Landkreis Groß-Gerau Odenwaldkreis

Quelle: Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH)

Bedarf an Palliativbetten

Ist

VG 4:

30 Palliativbetten/1,9 Millionen Einwohner (15,7) Hessen

59 Palliativbetten/ca. 6 Millionen Einwohner (9,8)

Soll

27-36 Palliativbetten pro 1 Million Einwohner (30) Pflegeschlüssel 1,2/Patient

Quellen:

Klaschik: Palliativmedizin, Pallia Med Verlag 2002

Berg et al.: Strukturierung der palliativmedizinischen Versorgung
Stellungnahme der LÄK Hessen, Hess. Ärztebl. 11/2006

Bedarf an Hospizbetten

Ist

Hessen:

61 Hospizbetten in 8 stationären Hospizen (10)

VG 4:

25 Hospizbetten in 3 stationären Hospizen (13)

Soll

Hessen:

120 Hospizbetten (6 Mio. Einw.) (20)

VG 4:

39 Hospizbetten (1,9 Mio. Einwohner) (20)

Quellen:

Berg et al.: Strukturierung der palliativmedizinischen Versorgung
Stellungnahme der LÄK Hessen, Hess. Ärztebl. 11/2006

Demographische und Raumstrukturelle Kennzahlen

Versorgungsgebiet	Bevölkerung 2002		Fläche		Einwohnerdichte
	Anzahl	Anteil	in qkm	Anteil	Einwohner je qkm
Kassel	915.773	15,0%	5.811,2	27,5%	158
Fulda • Bad Hersfeld	466.136	7,7%	3.936,4	18,6%	118
Gießen • Marburg	1.069.973	17,6%	4.284,4	20,3%	250
Frankfurt • Offenbach	1.959.956	32,2%	2.751,5	13,0%	712
Wiesbaden • Limburg	633.068	10,4%	1.753,4	8,3%	361
Darmstadt	1.046.712	17,2%	2.577,3	12,2%	406
Hessen	6.091.618	100%	21.114,3	100%	289

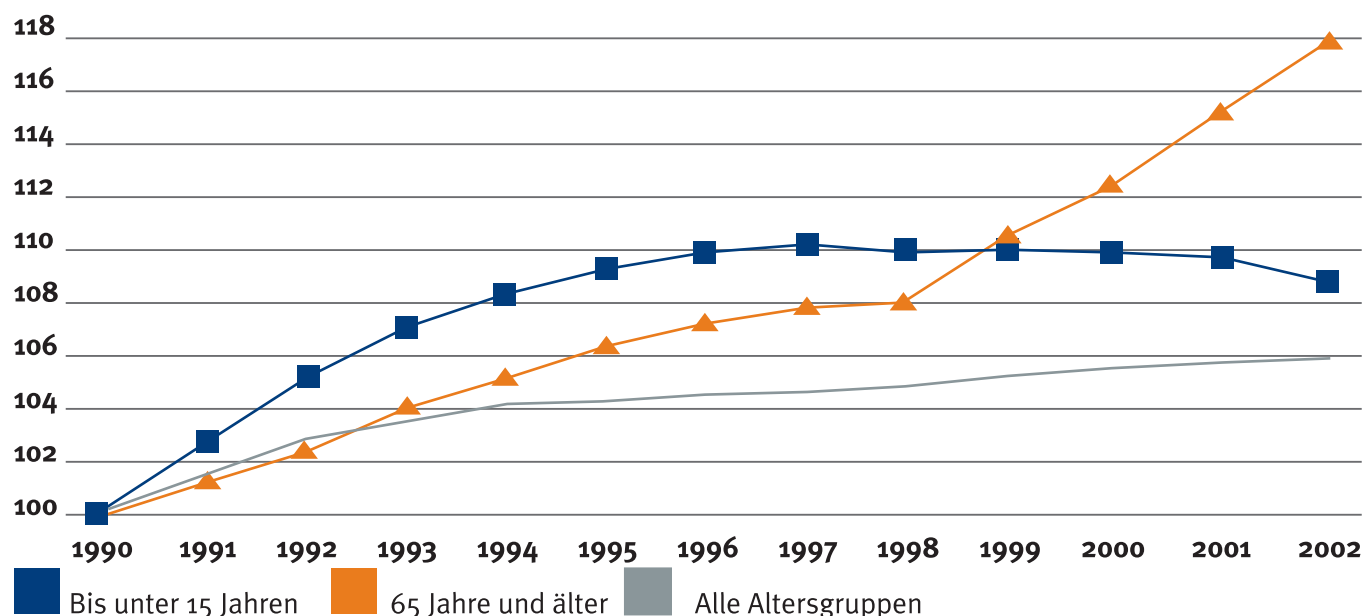
Quelle: Bevölkerungsstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH)

Bevölkerungsdichte Hessen 2002

Gebietskörperschaft Versorgungsgebiet	Einwohner 2002	Fläche je qkm	Einwohner je qkm
Kassel Stadt	194.146	106,8	1.818
Landkreis Kassel	245.837	1.292,8	190
Schwalm-Eder-Kreis	192.947	1.538,5	125
LK Waldeck-Frankenberg	170.401	1.848,6	92
Werra-Meißner-Kreis	112.442	1.024,6	110
VG Kassel	915.773	5.881,2	158
Vogelsbergkreis	117.949	1.459	81
LK Fulda	219.034	1.380,4	159
LK Hersfeld-Rotenburg	129.153	1.097,1	118
VG Fulda • Bad Hersfeld	466.136	3.936,4	118
Wetteraukreis	297.863	1.100,7	271
LK Gießen	255.370	854,7	299
Lahn-Dill-Kreis	262.852	1.066,5	246
LK Marburg-Biedenkopf	253.888	1.262,6	201
VG Gießen • Marburg	1.069.973	4.284	250
Frankfurt am Main Stadt	643.726	248,3	2.592
Offenbach am Main	119.233	44,9	2.656
Hochtaunuskreis	227.167	482,1	471
Main-Kinzig-Kreis	409.487	1.397,5	293
Main-Taunus-Kreis	222.892	222,4	1.002
LK Offenbach	337.451	356,3	947
VG Frankfurt • Offenbach	1.959.956	2.751,5	712
Wiesbaden Stadt	271.553	203,9	1.332
Rheingau-Taunus-Kreis	185.665	811,1	229
LK Limburg-Weilburg	175.850	738,4	238
VG Wiesbaden • Limburg	633.068	1.753,4	361
Darmstadt Stadt	138.959	122,2	1.137
LK Bergstraße	265.491	719,5	369
LK Darmstadt-Dieburg	289.717	658,5	440
LK Groß-Gerau	252.020	453,1	556
Odenwaldkreis	100.525	624,0	161
VG Darmstadt	1.046.712	2.577,3	406
Hessen	6.091.618	21.114,3	289

Quelle: Bevölkerungsstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt

Bevölkerungsentwicklung in ausgewählten Altersgruppen (1990 = 100)



Quelle: Bevölkerungsstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH)

Palliativmedizin & Hospizarbeit 2006/2007 stationär (Realität & Bedarfe in Deutschland)

Einwohnerzahl	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 30 Betten/1 Mio)			Stationäre Hospitze (SH) Hospitzbetten (HB) (Bedarf: 20 Betten/1 Mio)			Palliativstationen & Hospitze Palliativ- & Hospitzbetten (Bedarf: 50 Betten/1 Mio)		
	PS	PB	Realität	SH	HB	Realität	H&P	B	Realität
Baden-Württemberg - 10,7 Mio	8	77	7 Betten/1 Mio	15	105	10 Betten/1 Mio	23	182	16 Betten/1 Mio
Bayern - 12,5 Mio	19	193	16 Betten/1 Mio	9	84	7 Betten/1 Mio	28	265	23 Betten/1 Mio
Berlin - 3,4 Mio	4	35	10 Betten/1 Mio	7	101	30 Betten/1 Mio	11	136	40 Betten/1 Mio
Brandenburg - 2,6 Mio	2	20	8 Betten/1 Mio	6	67	26 Betten/1 Mio	8	87	34 Betten/1 Mio
Bremen - 0,7 Mio	2	19	27 Betten/1 Mio	1	8	11 Betten/1 Mio	3	27	38 Betten/1 Mio
Hamburg - 1,7 Mio	3	20	12 Betten/1 Mio	4	57	34 Betten/1 Mio	7	77	46 Betten/1 Mio
Hessen - 6,1 Mio	7	65	11 Betten/1 Mio	7	61	10 Betten/1 Mio	14	126	21 Betten/1 Mio
Mecklenburg-Vorpommern - 1,7 Mio	3	25	15 Betten/1 Mio	4	34	20 Betten/1 Mio	7	59	30 Betten/1 Mio.
Niedersachsen - 8,0 Mio	14	70	9 Betten/1 Mio	14	124	16 Betten/1 Mio	28	194	25 Betten/1 Mio
Nordrhein-Westfalen - 18,1 Mio	25	182	10 Betten/1 Mio	51	444	25 Betten/1 Mio	76	626	35 Betten/1 Mio
Rheinland-Pfalz - 4,1 Mio	11	61	15 Betten/1 Mio	5	43	9 Betten/1 Mio	16	104	24 Betten/1 Mio
Saarland - 1,1 Mio	3	21	19 Betten/1 Mio	2	24	22 Betten/1 Mio	5	45	41 Betten/1 Mio
Sachsen 4,3 Mio	6	64	15 Betten/1 Mio	4	56	13 Betten/1 Mio	10	120	28 Betten/1 Mio
Sachsen-Anhalt - 2,5 Mio	6	40	16 Betten/1 Mio	3	24	10 Betten/1 Mio	9	64	26 Betten/1 Mio
Schleswig-Holstein - 2,8 Mio	5	41	15 Betten/1 Mio	5	58	21 Betten/1 Mio	10	99	36 Betten/1 Mio
Thüringen - 2,3 Mio	4	40	17 Betten/1 Mio	1	12	5 Betten/1 Mio	5	52	22 Betten/1 Mio
Gesamt - 82,4 Mio	122	963	12 Betten/1 Mio	138	1302	15 Betten/1 Mio	260	2265	27 Betten/1 Mio

Quelle: Bevölkerungsstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH)

2. Teil der Tagung

Dieses Kapitel enthält stichpunktartige Bestandsaufnahmen, Mitschriften und Auszüge aus einem Artikel des Hess. Ärzteblatt zu Workshop-Ergebnissen.

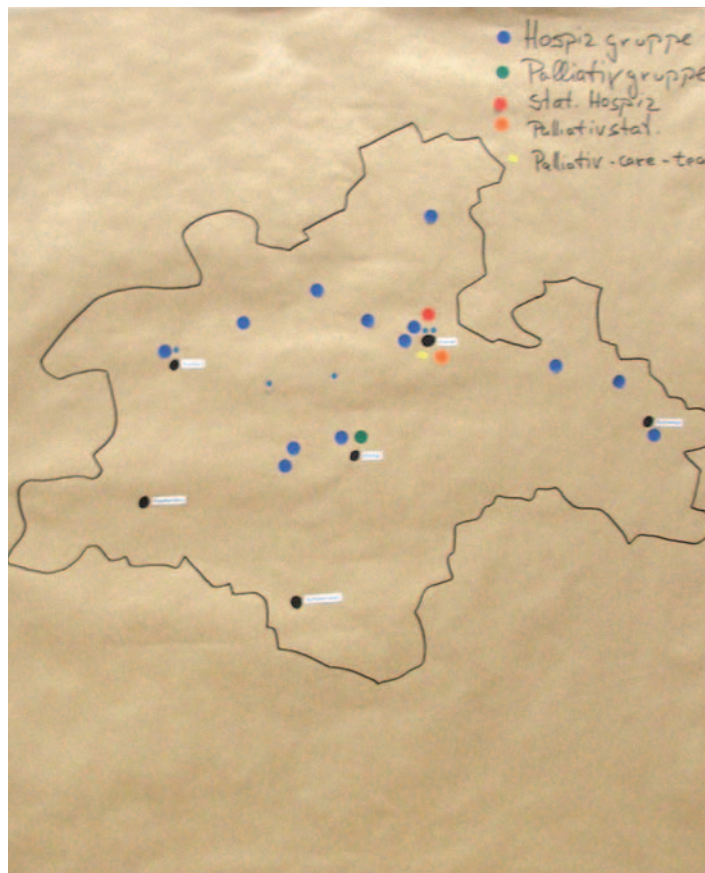
Bestandsaufnahme Kassel

- In Kassel seit 04 gute Vernetzung/Strukturen, leider schlechte Bezahlung, bislang keine Flächendeckung in Stadt Kassel, onkologische Station entspricht nicht der palliativen Station
- Erhebliche Schwankungen zwischen „ländlich“ und Stadt
- Problem einer Strukturvorgabe durch Krankenkassen-„Papier“, welche der bestehenden/gewachsenen Strukturen nicht entspricht (z.B. „Billiglösungen“)
- Problem der Erfassung von entsprechenden Patienten bei der Behandlung in verschiedenen Institutionen
- In Kassel-Klinikum und dem Rot-Kreuz-Krankenhaus Kassel ungleiche Verteilung von bestehenden Strukturen und Planungen
- Problem zwischen den politischen Planungen und Reaktionen der Krankenkassen, zum Teil voreiliges Umsetzen wollen von Ideen, Fehlen von adäquater Kommunikation („Geheimniskrämerei“)
- Warum mit Gewalt Umsetzung einer neuen Lösung in Ignoranz (?) bestehender Lösungen?
- „Vorsorgenetzwerk“ an einem Krankenhaus/Klinikum mit Überleitung an die entsprechenden amb. Versorgungsstrukturen
- Struktur in Kassel oder Landkreise nicht vergleichbar mit der Situation in Wiesbaden
- Vorteil/Glück der persönlichen Beteiligung der Kassen (hier AOK) in dieser Fachtagung
- Wunsch der Kasse, der integrativen palliativen Versorgung, zunächst ungeachtet der bestehenden Strukturen, erneut Diskrepanz von Nord und Südhessen, zusätzlich von Stadt und Umland, daher Anpassung, auch der sog. IV-Versorgung
- Info von laufenden Gesprächen zwischen den Institutionen und amb. Diensten in Kassel, Fritzlar und Hofgeismar, bestehende Sensibilität der Kassen, wenngleich

z.T. provokante Äußerungen durch die aufgesetzten/geschriebenen Planungen

- Verweis auf andere stehende Ideen z.B. in Singen (Careteam mit Bezahlung nach einem sog. Carescore) als Alternative zu dem vorgestellten Model in Wiesbaden
- Fraglich die Erfassung der Patienten „nur“ an/in der Klinik; evtl. „nur“ über amb. Dienste
- Bisher erst Beginn einer Flächenversorgung, dementsprechend noch vieles im Fluss, Klinik versus Niedergelassener-Zentrierung, Hinweis auf Vorsicht bei Rivalisierung
- Wunsch der Vernetzung der amb. Dienste mit den örtlichen Krankenhäusern auf mehreren Ebenen mit dem Schwerpunkt der Inhalte
- Unterschiedliche Ansätze in den verschiedenen Hospizvereinen
- In Korbach Integration von amb. und stat. Diensten, noch im Werden/Wachsen mit dem Ausrichten in die lokalen Gegebenheiten
- In Bad Wildungen eher spezialisierte amb. Versorgung bei noch nicht stehender Vernetzung, Bedenken vieler Parallelentwicklungen, Vorschlag einer einheitlichen/nordhessischer Planung/Umsetzung
- Gefahr der Individualisierung versus einer allgemeingültigen Lösung mit entsprechender kassenrelevante „Berechnung“
- Vorschlag „Runder Tisch“ zum Thema flächendeckende Versorgung der Stadt Kassel und Land, Ziel einer „Regelversorgung“
- Problem der Verunsicherung über die weitere Vorgehensweise der Kassen im Gegensatz zu den gewachsenen Strukturen/Planungen
- Problem bei schwächer strukturierten Bereichen in der Integration von Pflege/Ärzte, evtl. Lösung über Careteams
- Problem der fehlenden ausgebildeten Pflegedienste und andererseits der fehlenden „mobilen“ Ärzte
- Z.T. unzureichende Vernetzung von amb. Diensten
- Problem, dass an großen Krankenhäusern entsprechend viele Betroffene auftreten und die Koordination dann meist noch unklar ist

Workshops



Angebote palliativer und hospizlicher Versorgung in Kassel



Angebote palliativer und hospizlicher Versorgung in Gießen • Marburg

- Im Werra-Meißner-Kreis ist ein „Runder Tisch“ über den Hospiz-Verein geplant, Bedenken gegenüber einer Verallgemeinerung auf andere Regionen, weil dort andere Bedingungen anzutreffen sind
- Erweiterung von entsprechenden qualifizierten Helfenden; noch deutlicher Mangel, Differenzierung zu bestehenden amb. Pflegediensten
- Motivationsarbeit/Verbreitung der Info von Palliativmedizin/pflege bei den Angehörigen und Betroffenen
- Wichtigkeit der Einbeziehung von Alten- und Pflegeheimen in die Hospiz-Arbeit
- „Runder Tisch“ eher in umschriebenen Regionen wie z.B. in Gießen/Wetzlar
- Wunsch nach engeren/regelmäßigen Kontakte der einzelnen Teilnehmer, Vorschlag der ersten Treffen in den Regionen (z.B. Kassel, Fritzlar, Bad Wildungen, Korbach...)
- Adressen der Teilnehmer werden durchaus mit dem Wunsch der Vernetzung den Einzelnen weitergegeben, evtl. Bildung von Kleingruppen, Info ggf. über E-Mail

Ergebnisse Fulda • Bad Hersfeld

Aus der Region Vogelsberg, Fulda wurde die Existenz vieler gewachsener Strukturen, sowie größerer und kleinerer Häuser berichtet. Hausärzte seien wenig vertreten, dafür jedoch Pflege- und Hospizdienste. Zu wünschen sei eine Stärkung der häuslichen Versorgung mit ambulanten Teams, allerdings habe man das Problem im Workshop noch nicht lösen können. Vorstellbar sei, dass man sich in den verschiedenen Kreisen und Kommunen zusammensetzen werde, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.“

(Aus „Gemeinsam handeln in der Region“, Hess. Ärzteblatt 3/2007)

Ergebnisse Gießen • Marburg

„Die teilweise stark voneinander abweichenden Strukturen innerhalb der Region Gießen und Marburg fasste Martin Leimbeck zusammen. So gebe es in den Universitätsstädten Gießen und Marburg viele stationäre Einrichtungen, während die Städte Wetzlar und Bad Nauheim nur ambulante Dienste vorhielten. In Gießen arbeiteten zahlreiche Ehrenamtliche, aber es mangle auch hier an der ambulant-stationären Vernetzung. Als negativ seien in dem Workshop die schlechten Betäubungsmittel-Vorhaltestrukturen kritisiert worden. Einige seien sich die

Workshops

Teilnehmer darin gewesen, dass ein palliatives Beratungstelefon in der Region täglich, und zwar rund um die Uhr, erreichbar sein müsse, sagte Leimbeck. Ein Handbuch mit den Adressen palliativer und hospizlicher Einrichtungen liege vor.“

(Aus „Gemeinsam handeln in der Region“, Hess. Ärzteblatt 3/2007)

Pro

Marburg

- Interesse an palliativ-medizinischer Weiterbildung
- ambulante Struktur Stadt
- Ausreichend Weiterbildungskurse lokal
- Hospiznetz (Beratungstelefon)

Gießen

- Anzahl Ehrenamtlicher
- Überleitung
- Hohes Niveau stationärer Angebote
- ambulant gemeinnütziges Hospiz
- via Homepage Uni-Klinik Hospiznetz Mittelhessen

Wetzlar

- 2 Ärzte betreuen 80% Hospiz
- Qualitätszirkel – palliativ-medizinische Schmerztherapeuten
- ambulantes Hospiz
- Broschüre: Hospiz- u. Palliativnetz Mittelhessen
- 25.04.07 Klein-Linden (Bürgerhaus)

Herborn

- TK Zahlung
- Kostenzusage AOK

Bad Nauheim

- hervorragende Zusammenarbeit ASD-Seniorenhilfe
- Ehrenamtliches Netzwerk
- Ansprechbarkeit Pastoren

Contra

Marburg

- Vernetzung ambulant/stationär fehlt
- Ambulante Struktur Umland
- Anerkennung ehrenamtlich psychosozialer Begleitung

Gießen

- Vernetzung ambulant/stationär
- Info-Tel./24-h-Erreichbarkeit
- „Palliativ-Notruf“ (via Zentrale Leitstelle) als Brücke

Wetzlar

- Ärzte in Regressgefahr
- zu wenig Qualitätszirkel-Teilnehmer
- sehr großes Einzugsgebiet

Herborn

- andere Kassen: Mindestsatz
- Defizite/Kosten Ambulanter Medizinischer Dienst
- „Leistungsschlüssel“

Bad Nauheim

- Ansprechbarkeit Niedergelassene
- Kenntnisse und Fähigkeiten palliativ-medizinischer Schmerztherapie
- Versorgung im Ambulanten Sozialer Dienst
- Schlechte Versorgung ohne Steuerung durch Klinik

Workshop

- BTM-Vorhaltestruktur/Kenntnisse
- Palliativ-medizinisches Wissen in der Fläche
- Befunde fehlen/kein(e) Netz(e)
- Anfrage an die LAG-Hospize Hessen (Leistungsschlüssel/Transparenz)
- BTM und Palliativkenntnisse
- Zugang auf Patientendaten (Befunde) E-Netz
- ärztliche Bereitschaft (24 Stunden)
- Interesse am Thema wecken (bei Ärzten u. Pflegediensten)
- Bündelung der Informationen (z.B. Broschüre Hospiz- und Palliativnetz Mittelhessen)
- Entlassungsmanagement / frühzeitig !!!
- Koordination der Leistungen (Wer? Klinik, ambulant? Palliativstation)
- Integrierte Versorgung/Modell prüfen/regionsspezifisch
- Katalog für Medikamente und Hilfsmittel (für Ärzte und Pflegedienste)
- Planung für Notfälle zu Hause (individuell abgestimmt)

Wünsche an die LÄK

- Arbeit an Vernetzung erwünscht/keine neuen AGs, sondern an vorhandenen Strukturen anknüpfen (z.B. Hospiznetz Mittelhessen, Hospiznetz Marburg usw.)
- weitere Fachtagungen 1 x jährlich



Angebote palliativer und hospizlicher Versorgung in Frankfurt am Main • Offenbach

Ergebnisse Frankfurt • Offenbach

„Die Herausgabe einer (...) Broschüre als Handreichung hat sich auch die Gruppe Frankfurt und Offenbach zur Aufgabe gemacht. Während man etwa im Versorgungsgebiet Offenbach „bei der Hälfte des Erforderlichen“ liege, seien im ambulanten Bereich nicht zuerst Defizite zu erkennen, sondern der Missstand, dass man nicht voneinander wisse.“

„Bei allem Lob für die mit dem Integrierten Versorgungsmodell verbundene finanzielle Basis für die künftige Arbeit wurden aus den Workshops Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Wiesbadener Modells in der Fläche geäußert. Auch die Anbindung des Modells an Kliniken mit onkologischem Schwerpunkt greife in der Fläche nicht, und es sei zu befürchten, dass bereits existierende, gut funktionierende Strukturen durch das neue Modell zerschlagen werden könnten. Prof. Dr. med. Holger Kaesemann, Hanau, der die Ergebnisse der Region Frankfurt/Offenbach präsentierte, berichtete über lebhafteste Diskussionen zu dem Thema. So sei bemängelt worden, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in integrierten Versorgungsmodellen unterrepräsentiert seien.“

(Aus „Gemeinsam handeln in der Region“, Hess. Ärzteblatt 3/2007)

... Kollegen, die in einem Versorgungsmodell mitarbeiten, sehen in Versorgungszentren auch erhebliche Probleme. Denn das, was dort an Therapien initiiert wird, soll der niedergelassene Kollege fortführen, ohne dass sich die Aufwendungen in irgendeiner Weise in seiner Bezahlung niederschlägt. Nach meiner Auffassung werden wir mit einem integrierten Versorgungsmodell keine breite Motivation erzielen, sondern immer nur pseudo-ehrenamtlich tätige niedergelassene Kollegen haben, die in solche Modelle einsteigen. Ich bin daher ein wenig pessimistisch, wenn wir den Anreiz für die niedergelassenen Kollegen nicht Form erhöhen. Workshop war interessant, weil alle Berufsgruppen zum Zug kamen. Meiner Meinung nach sollten wir die Chance der angebotenen integrierten Versorgungsmodelle nutzen. Ich hoffe, dass 2007 vielleicht noch Modifikationen auf der politischen Ebene auch über den Bundesausschuss für die Kriterien zu erwarten sind. Vielen Dank. (Prof. Dr. Kaesemann)

Dr. med. Michael Popović

Vielen Dank. Nach Frankfurt, Offenbach kommt nun Wiesbaden mit Frau Dr. med. Burst und Herrn Lorenz.

Workshops

Ergebnisse Wiesbaden

Dr. med. Mechthilde Burst

Wir dürfen Ihnen jetzt die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Wiesbaden-Limburg vorstellen. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde sind wir sofort in die Diskussion übergegangen. Wir hatten das Glück, eine sehr gemischte Gruppe zu haben, in der ambulante Hospizdienste, Hospizinitiativen, Pflegedienste, Palliativpflegedienste, aber auch Vertreter aus dem stationären Bereich, Hospiz oder Palliativstation, Hausärzte und Fachärzte, Seelsorger und anfangs noch Herr Dr. Schindler von dem VdAK, Herr Bender von der Landesärztekammer und der MDK vertreten war. Die Ergebnisse wird Ihnen jetzt Herr Lorenz vorstellen. Vielen Dank dafür.

Lothar Lorenz

Was läuft bei uns in der Region? Das heute Morgen von Herrn Dr. Maier vorgestellte IV-Konzept für den Raum Wiesbaden, das eine ambulante Betreuung zuhause, die Unterstützung des Hausarztes und eine Aufwandspauschale für den Hausarzt umfasst. Das Konzept greift früher ein als das zweite IV-Konzept in Wiesbaden, das zu-erst mit der Techniker-Krankenkasse abgeschlossen wurde, später kam ein Großteil der BKKs hinzu. Dieses zweite Konzept setzt erst dann ein, wenn ein bestimmtes Stadium erreicht ist, das heißt also, eine fortgeschrittene Krankheit vorhanden ist. Dafür gibt es eine Pauschale, die ein Palliativzentrum oder das Palliativzentrum erhält. Hiervon werden dann die Leistungen der Hausärzte, der Apotheker, der Pflegedienste, Hospizdienste, Rufbereitschaftsdienst, auch notwendige Krankenhausleistungen oder Hospizleistungen vergütet. Teilnehmer an diesem Konzept sind Palliativmediziner, ambulanter Hospizdienst, palliative Krankenpflege, stationäre Hospize, Apotheker und Palliativstationen. Auch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist vorhanden. Außerdem haben wir in Wiesbaden eine Palliativstation mit einem palliativen Konsiliardienst im Hause. Die vorhandenen Einrichtungen ballen sich etwas in Wiesbaden.

Die Regionen Rheingau-Taunus und Limburg sind, was die IV-Projekte angeht, noch nicht vertreten. In Limburg ist, glaube ich, eine Palliativstation geplant, aber noch in den „Kinderschuhen“. Es gibt also noch einiges, was nicht läuft. Das meiste ist, wie gesagt, bei uns in Wiesbaden zu finden. Hier existiert noch ein Palliativnetz,

Wiesbaden Taunus e.V., die Eintragung läuft als Verein. Ihm gehören Ärzte, Krankenhäuser, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, ambulante Pflegedienste, Apotheker, Seelsorger, etc. an. Sie treffen sich regelmäßig alle zwei Monate zu einem Qualitätszirkel, zu einer Palliativkonferenz, in der auch Fälle vorgestellt werden können, die dann diskutiert werden. Einmal im Jahr veranstaltet dieses Palliativnetz eine Hospiz- und Palliativwoche, bei der auch die Bevölkerung darüber informiert wird, was hospizlich geschieht. Darüber hinaus haben wir zwei stationäre Hospize mit insgesamt 27 Betten, davon 16 in Wiesbaden und 11 in Taunusstein-Bleidenstadt. Wir haben ein Kinderhospiz mit 12 Betten und – ein Novum – ein Bett für Hospizbegleitung in einem Krankenhaus. Es wird von der Hospizinitiative angemietet, hat einen Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus und wird von Hausärzten betreut.

Dann gibt es diverse ambulante Hospizdienste im Idsteiner Raum, in Bad Schwalbach, in Wiesbaden den größten oder ältesten Hospizverein Auxilium, der Hospizbegleitung macht und ausbildet. Als weiteres Novum bietet Bad Schwalbach einen Infoladen, wo sich Angehörige über Hospizarbeit informieren können.

Was läuft gut in der Region? Die beiden IV-Konzepte; entsprechend gut ist natürlich auch das Angebot für Angehörige und Patienten.

Was läuft schlecht? Es gibt Widerstand der Hausärzte, Kritik an Budgetfragen, die sich hauptsächlich auf das heute Morgen vorgestellte Modell bezieht, in dem die Klinik verschreibt oder anordnet und der Hausarzt sagt, dass dies über sein Budget hinausgehe. Von den ambulanten Hospizdiensten wurde bemängelt, dass sie eine Betreuung von Patienten oder von Angehörigen, von Menschen in Altenheimen und auch in Krankenhäusern nicht auf ihre Vergütung durch die Krankenkassen angerechnet bekommen.

Was ebenfalls nicht gut läuft, ist der Patiententourismus vom Altenheim ins Krankenhaus und dann wieder zurück. Dies wurde bemängelt und ebenso der Umstand, dass die Kostenzusagen für stationäre Hospizleistungen und für palliative Pflegeleistungen oftmals zu spät kommen. Es gibt eine Krankenkasse, die relativ schnell reagiert, aber viele Krankenkassen lassen sich sehr viel Zeit, bis

Workshop

eine Kostenzusage eintrifft. Oftmals ist der Patient dann schon verstorben, sei es im Krankenhaus, also im Hospiz, sei es in ambulanten Diensten, und man rennt diesen Kosten hinterher.

Ansätze für eine gemeinsame Arbeit waren für uns auch regelmäßige Treffen. Wir haben beschlossen, uns in der Region zweimal im Jahr zu treffen. Unser erstes Treffen wird am 13. Juni im Hospiz Advena in Erbenheim um 15 Uhr stattfinden. Wer noch dazu kommen möchte, ist herzlich eingeladen. Wichtig erscheint uns außerdem, mit der Hilfe der Landesärztekammer eine Plattform zu schaffen, wo sich alle Teilnehmer Informationen darüber holen können, was wo angeboten wird. Dies aufzunehmen, ist unsere Bitte an die Landesärztekammer.

Dr. med. Michael Popović

Vielen Dank nach Wiesbaden und Limburg. Und nun, last but not least, Darmstadt mit Herrn Rost und Frau Kellermann.

Ergebnisse Darmstadt

Doris Kellermann

Unsere Gruppe war ebenfalls sehr bunt gemischt. Wir hatten Vertreter aus dem ehrenamtlichen Bereich, aus dem Pflegebereich, aus dem medizinischen Bereich (stationär und ambulant) und wir hatten Gäste von Versorgungsamt, Heimaufsicht, von Gesundheitsamt, Seelsorge und von außerhalb der Region. Unser Workshop umfasste die Region Darmstadt und Südhessen, so dass auch viele Vernetzungsstrukturen außerhalb des Bereichs bestehen. Im Bereich Bergstraße gibt es einen Zusammenschluss von 8 Hospizdiensten, die miteinander kooperieren. Sie arbeiten auch mit Krankenhäusern und Altenheimen sowie mit allen Pflegediensten im Kreis Bergstraße zusammen. Viele Menschen, die hier im Kreis Bergstraße leben, orientieren sich hin zu Kliniken der Maximalversorgung nach Heidelberg und Mannheim, wo sie onkologisch versorgt werden, zur Bestrahlung oder zur Chemotherapie gehen. Viele urologische Patienten werden auch außerhalb vom Kreis Bergstraße oder von Hessen versorgt, z.B. in Worms.

Ein weißer Fleck auf der Hospizlandkarte ist der Odenwald, der auch nicht vom Kreis Bergstraße erreicht wird. Das geht von Michelstadt und Erbach bis nach Mörlen-

bach und Wald-Michelbach. Hier gibt es keine Hospizdienste und auch kaum Kontakte. In Darmstadt dagegen ballt es sich wieder; hier gibt es mehrere Hospizdienste, die auch Kontakte zu Klinikum und Hospizdiensten haben. Hier gibt es ebenfalls Kontakte nach Groß-Umstadt, nach Dieburg und von dort wiederum zu Einrichtungen an der Bergstraße, die ihrerseits mit Groß-Umstadt, Pfungstadt, usw. zusammenarbeiten. Einige Rüsselsheimer Kollegen haben Kontakte nach Riedstadt, die Kollegen aus Viernheim nach Mannheim und viele von uns auch öfter nach Frankfurt.

Andreas Rost

Wir hatten unseren Workshop eingeteilt in ärztliche Kollegen, in Hospizhelfer, in Ehrenamtliche und Sonstige; alle sollten dann in ihrer Gruppe erarbeiten, was in ihrer Region gut läuft und was fehlt. Dabei konnten wir feststellen, dass die Kooperation mit den ambulanten Hospizdiensten gut funktioniert. Bensheim ist eine sehr gut versorgte lokale „Hochburg“, in Darmstadt gibt es drei Hospizgruppen, wobei wir schwerpunktmäßig mit der Hospizgruppe des Elisabethen-Stifts zusammenarbeiten, die – auch hinsichtlich der Ausbildung - über eine sehr gute Infrastruktur verfügt. Die Hospizgruppen kooperieren miteinander. Sie haben jedoch etwas unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten, was auch mit ihrer Innenstruktur zusammen hängt. Sehr gut laufen Trauerbegleitung und Supervision für die Angehörigen in den Hospizgruppen.

Bei den Ärzten war es dann plötzlich etwas dünn. Wir haben festgestellt, dass es ein hervorragendes Engagement einzelner Ärzte, auch einzelner Fachärzte gibt, die Hausbesuche unentgeltlich machen. Diskutiert wurde die Frage nach einer verbesserten Qualifizierung der Ärzte, sowie die Frage, wie Fachärzte, die Palliativpatienten betreuen und dann zu Hausbesuchen gerufen werden, besser vergütet werden können.

Was könnte anders laufen? In Darmstadt ist es hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit für Palliativmedizin und Hospizarbeit trotz enormer Anstrengung der Hospizvereine recht schlecht bestellt. Vielleicht liegt dies an der Presse. Bensheim stellt auch in diesem Punkt wieder das Highlight dar; hier verfügt man offenbar über einen direkten Zugang zu den Redakteuren. Auch die Qualifizierung der Hausärzte ist sehr unterschiedlich, was von den Hospiz-

Workshop

und von den Pflegediensten bemängelt wurde. Es gebe noch starke Lücken, auch hinsichtlich der Analgetikaverordnung von Morphinen. Was könnte anders laufen? Wir wünschen uns bessere Kontakte zu den Pflegediensten und den betreuenden Seelsorgern. In Darmstadt gibt es zwar einen Patientenbogen ‚Komplexe Entlassung‘, auf dem der Sozialdienst zusammenstellt hat, wer an der Entlassung eines „komplizierten“ Patienten beteiligt ist: ob das Pflegebett zuhause organisiert ist, ob die Angehörigen eine Spritzenschulung erhalten haben, welcher Pflegedienst eingeschaltet ist. Was uns noch fehlt, ist die Rückmeldung darüber, wie der Ablauf funktioniert; es sei denn, es geht etwas schief und der Patient wird wieder eingeliefert. Das Ganze wird von unserem Sozialdienst an der Klinik organisiert, aber es ist eine Einbahnstraße, denn noch fehlt der rege Austausch. So ist es auch noch nicht die Regel, dass Pflegedienste auf Stationen kommen, um sich den Patienten vorher anzuschauen. Wir wünschen uns, dass hier eine bessere, offenere Kooperation stattfindet. Die Pflegedienste haben bemängelt, dass die Grundpflege – der Zeiträumen und damit die Vergütung – zu knapp bemessen und umgekehrt der Aufwand für die Dokumentation unverhältnismäßig hoch ist. Das gleiche Problem betrifft in der Klinik die Ärzte. Meine Kollegen sitzen mehr am Computer als am Krankenhausbett.

Wir hoffen, dass eine bessere Kooperation, ein besseres Miteinander der verschiedenen am Patienten beteiligten Menschen zustande kommt und auch ein besserer Informationsfluss stattfindet. Die Kollegen im niedergelassenen Bereich müssen vollständige Informationen darüber erhalten, wie die Erkrankung verläuft und wie die Medikation zu applizieren ist. Auch die Möglichkeit, durch Telefonate im Vorfeld viele Dinge zu klären, wird noch leider viel zu wenig genutzt. Auch hier wünschen wir uns einen viel regeren Austausch zwischen Klinik und niedergelassenen Kollegen. Ein weiteres Problem ist die Integration der Palliativmedizin in den ärztlichen Alltag. Noch immer gibt es zu viel Profilierungsdenken, sowohl im niedergelassenen als auch leider im klinischen Bereich. Dagegen ist es wünschenswert, dass die Palliativmedizin sich stärker in die Breite verlagert. Es muss nicht jeder 160 Wochenstunden ableisten. Was brauchen wir für die Zukunft? Die integrierte Versorgung ist eine Möglichkeit. In Darmstadt wird dies aktuell diskutiert, weil wir auch ein onkologisches Schwerpunktkrankenhaus sind. Es

wurden allerdings Bedenken geäußert, dass das Modell monoman und zentristisch gehandhabt wird. Wiesbaden kommt mit einem Fox von VW aus; wenn wir hingegen Wald-Michelbach besuchen, brauchen wir einen Porsche Carrera, um dorthin zu kommen. Was wir damit sagen wollen: Man muss im Einzelfall verhandeln. Aber ich finde es sehr gut, dass die Krankenkassen jetzt so offen auf dieses Problem zukommen. Wie Sie sehen, ist in unserer Region Darmstadt-Bensheim der Schwerpunkt, wogegen das Umland auf Einzelkollegen und Einzelpflegedienste dramatisch angewiesen ist. Die fachliche Kompetenz muss in die Breite gebracht werden; mit der integrierten Versorgung wird dies für Darmstadt umsetzbar, jedoch ein Problem für das Umland sein. Wichtig ist, dass wir uns heute untereinander kennen gelernt und damit auch schon den Ansatz für eine zukünftig bessere Kooperation auf dem ganz persönlichen Wege gefunden haben, um damit eine Verbesserung unserer Patientenversorgung zu erreichen.

Doris Kellermann

Zum Schluss haben wir noch zwei Fragen: Was machen die Gesundheitsämter an diesen Strukturen, wie arbeiten wir mit ihnen zusammen? Sie sind sich selbst noch nicht ganz darüber im Klaren, auch gibt es mit ihnen noch nicht viel Kontakt. Die muss unbedingt noch verbessert werden. Außerdem möchten wir wissen, wie die Abrechenbarkeit für die niedergelassenen Ärzte, insbesondere im Hinblick auf häufige Hausbesuche, aussehen soll.

Diskussion

Dr. med. Michael Popović

Ich möchte jetzt die Diskussion eröffnen, doch zuvor Frau Wirtz das Wort geben, da Sie direkt wegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes angesprochen worden sind.

Dr. med. Angela Wirtz

Ich wollte eigentlich nur diese Anregung nochmals aufnehmen. So laufen ja z.B. seitens des Gesundheitsamtes Frankfurt die ersten Bemühungen, die strukturelle Vernetzung herzustellen. Dies bedeutet auch, Runde Tische zu initiieren, an die Leute geholt werden, die in der Region arbeiten. In Kürze werde ich die Amtsleiter der Gesundheitsämter sehen und besprechen, wie man diese Idee, strukturell alle zusammenzuholen, die in einer Region arbeiten, weitertragen kann.

Dr. med. Michael Popović

Dafür möchte ich Ihnen - ich denke, im Namen aller - sehr herzlich danken. Wenn ich dies richtig verstanden habe, möchten Sie im Rahmen der regionalen Gesundheitsdienste, der Gesundheitsämter und der Kommunen Runde Tische einrichten, die dann als Kommunikations- und Kooperationsplattform ausgebaut werden können. Das Gesundheitsamt wäre nicht nur Medizinale Aufsicht, sondern auch Moderator und Informationsplattform. Damit wären wir einen weiteren guten Schritt vorangekommen. Nun möchte ich Herrn Clauss um sein Wort bitten.

Armin Clauss

Ich würde gerne zu dem Punkt noch eine Anregung geben. Die Ärzte aus den Gesundheitsämtern erklären immer: was nützt mir mein guter Wille, wenn mir mein regionaler Landrat oder Oberbürgermeister dazu nicht den Segen geben oder das Ganze zu ihrem Thema machen. Und damit befinden wir uns wieder auf einer Ebene, auf der unsere Vorhaben nicht laufen können. Es wäre sinnvoll, wenn in den Gesundheitsausschüssen der kommunalen Spitzenverbände, also im Landkreistag und im Städtetag, nicht nur Sie, Frau Dr. Wirtz, mit Ihrer fachlichen Kompetenz, sondern vielleicht auch Ihre Ministerin oder der Staatssekretär hingehen würden, um zu sagen: es ist unser Thema. Und auch die Landräte und Oberbürgermeister, sowie Fachdezernenten auf der Städteebene, müssen es zu ihrem Thema machen. Denn wenn die Chefs davon überzeugt sind, dann können die Kollegen arbeiten, nicht jedoch, wenn die Chefs blockie-

ren. Es wäre also schön, wenn Sie dies Ihrer Chefin, der Schirmherrin, und dem Staatssekretär weitergeben können, so dass von der Ebene der Landräte und der Dezernenten der Städte der Impuls kommt und wir auf dem Gebiet ein Stück weiter kommen.

Dr.med. Michael Popović

Das wäre ja schon ein Erfolg, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter der Kreise und der Städte, auch noch über den Landkreistag und den Städtetag Garanten dafür sind, dass die Versorgung der palliativmedizinisch zu betreuenden Patienten Teil der staatlichen Daseinsvorsorge ist und humanitär wahrgenommen wird. Nehmen Sie das also bitte von uns allen hier mit dem nötigen Nachdruck mit und tragen Sie es mit der Kompetenz des Sozialministeriums in die anderen Ressorts hinein.

Tagungsteilnehmer

Ich finde es interessant, dass wir hier spontan zu dieser Idee kommen. Dies ist ein ganz zentraler Kernpunkt der Forderungen am Ende des Papiers der Enquêtekommission, und ich möchte Sie auffordern, das Thema dringend in das Ministerium hineinragen. Es stellt auch eine Profilierungsmöglichkeit des öffentlichen Gesundheitswesens dar, das damit viel zu der Versorgung an der Basis beitragen könnte. Und auch wir hatten in unserem Papier, das Morgen ja nochmals im Landeskrankenhausausschuss diskutiert werden wird, seitens der Landesärztekammer im Juli letzten Jahres das Land dringend dazu aufgefordert, dies zu tun. Ich möchte nochmals unterstreichen, wie gut es ist, dass diese Anregung heute aus dem Auditorium kommt.

Dr. med. Michael Popović

Ich möchte noch kurz daraufhinweisen, dass wir mit der repräsentativen Stichprobe, die wir heute in den Arbeitsgruppen genommen haben, sozialempirische Ergebnisse gewinnen konnten, die noch der wissenschaftlichen Auswertung bedürfen. Hiermit setzt sich Professor Gronemeyer derzeit auseinander. Ich denke, wir haben mit diesen drei Fachtagungen gezeigt, dass wir gemeinsam dazu in der Lage sind, gestalterisch subsidiär tätig zu werden und das Schicksal selbst in die Hand nehmen. Zugleich haben wir den zuständigen Verantwortlichen in dieser Gesellschaft, der Landesregierung und den Kas-

Diskussion

sen, aber auch gesagt, was getan werden muss. Von daher gesehen, haben wir einiges an Vorleistung erbracht, und ich danke den Kassen, dass sie dieses aufgegriffen haben. Auch wenn das Konzept nachbesserungsbedürftig ist. Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestehen insbesondere durch einen Gedankenaustausch und die Aufnahme von fachlich fundierten Argumenten. Wir sind als Ärztekammer für die Ärzte zuständig, und wir sind vom Gesetzgeber beauftragt, die entsprechenden Institutionen zu beraten, um die flächendeckende Versorgungsqualität zu gewährleisten. Das ist unser gesetzlicher Auftrag, und ich gehe davon aus, dass die Kassen unsere Argumente, die wir hier gemeinsam gebündelt haben, aufnehmen, um auch ihrem gesetzlichen Auftrag - die Versorgung der Bevölkerung in diesem wichtigen Bereich zu gewährleisten – nachzukommen.

Peter Otto

Es wurde soeben auf die Empfehlung der Enquêtekommission hingewiesen, die auch die Forderung enthält, Hospizbeauftragte oder Hospizpalliativbeauftragte auf Bundesebene und auf Landesebene, aber auch in den Regionen zu benennen. Ergänzend möchte ich an die Adresse von Frau Dr. Wirtz gerichtet sagen, dass es mit Sicherheit nicht so sein wird, dass in den Regionen alle darauf warten, dass die Gesundheitsämter aktiv werden. Wir freuen uns, wenn sie aktiv werden. Doch den Berichten aus den Workshops haben wir gerade entnommen, dass zwei oder drei Gruppen sich bereits erlauben, eigene Termine zu benennen. Ich rege daher an, zu diesen bereits fest stehenden Terminen die Leiter der Gesundheitsämter mit einzuladen. Dort, wo schon etwas läuft, kann also die Initiative von den Beteiligten in der Region selbst ausgehen. Auf dem Hintergrund des Vorschlags, der heute eingebracht worden ist, habe ich an die Krankenkassen noch eine Frage: Wenn ich das als Nichtjurist und als Theologe richtig verstehe, so läuft das, was heute vorgeschlagen worden ist, über den § 140 als IV (SGB 5). Wenn dies so ist und übermorgen entsprechende Beschlüsse fallen, wird die Landschaft in einiger Zeit noch sehr viel bunter werden. Denn dann gibt es auch den § 37 b) SGB 5, der die spezielle ambulante Palliativversorgung vorsieht. Das heißt, zu dem von Ihnen vorgeschlagenen Modell, das ich als ein auf die Fläche ausgedehntes Modell verstehe, was noch keinen Ewigkeitscharakter haben soll, kommen dann unter Umstän-

den noch weitere Modelle hinzu. Seitens der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen als Mitveranstalter dieser Tagung kann ich an dieser Stelle nur sagen, wir sind gerne bereit, hier mitzudenken und mitzuarbeiten: zum Wohle derer, für die wir heute hier zusammengekommen sind.

Dr. med. Michael Popović

Meine Damen und Herren, ich bitte um Diskussionsbeiträge, Fragen, Anregungen.

Tagungsteilnehmer

Herr Popović, Sie sprachen davon, dass Nachbesserungsbedarf besteht, bei den jetzt vorgestellten integrierten Versorgungsmodellen. Enttäuscht war ich, als ich vorhin mit Herrn Dr. Schindler sprach, der ganz klar sagte, dass es in absehbarer Zeit über die onkologischen Schwerpunktkrankenhäuser hinaus keine integrierten Versorgungsmodelle geben werde. Enttäuscht deshalb, weil es ungehobene Schätze gibt, z.B., etablierte Strukturen, die über die vergangenen Jahre immens viel geleistet haben. So wurden beispielsweise im Bereich Bergstraße in den vergangenen Jahren jeweils 100 Patienten hospizlich begleitet und palliativmedizinisch betreut. Unverständlich ist für mich, dass man diese Strukturen nicht nutzt, um dort eine offensichtlich funktionierende Institution, die sich ehrenamtlich gebildet hat, nicht weiter zu unterstützen und zu entwickeln – auch mit dem Ziel, sie auch in anderen Regionen zu nutzen. Das wäre nach meinem Dafürhalten ganz wichtig.

Dr. med. Michael Popović

Meiner Ansicht nach muss auch Morgen in Wiesbaden ganz deutlich gemacht werden, dass die Onkologie ein eigener Versorgungsbereich ist, berufsrechtlich definiert, fachlich inhaltlich festgeschrieben, mit hierfür zwingend zu beachtenden Qualitäts- und Qualifikationskriterien. Dieses gilt für viele andere Fachgebiete auch, die entsprechend inhaltlich definiert sind, wo es berufsrechtliche Zuständigkeitsgrenzen mit daraus resultierenden Haftungs-, Strafrechts- und sonstigen Fragen gibt. Ganz abgesehen davon, dass Richtlinien, Leitlinien und ähnliche Standards dann auch gelten. Die Onkologie ist ein eigenes Versorgungsgebiet, und dieses eigene Versorgungsgebiet hat eine gewisse Schnittmenge zur Palliativversorgung, zur Palliativmedizin und zur

Diskussion

hospizlichen Versorgung. Die Palliativversorgung und die Hospizversorgung ist breit angelegt als klassisches Schnittstellenfach; es gibt Versorgungsbereiche, die in unterschiedliche Fachdisziplinen hineinreichen, von der Allgemeinmedizin, um mit A anzufangen, und um nach der Weiterbildungsordnung mit dem letzten Fachgebiet mit U, mit Urologie aufzuhören. Wenn ich z.B. ein metastasierendes Prostatakarzinom habe, dann ist das nicht nur ein urologisches Problem. Deshalb werden andere Fachgebiete ebenso mit einzubeziehen sein. Es ist also ein Schnittstellenfach, wie beispielsweise auch die Psychosomatik oder die Geriatrie. Von daher gesehen reicht die Palliativmedizin und die hospizliche Versorgung in die Versorgung hinein, beide können nicht ohne einander. Doch zu sagen, wir haben onkologische Zentren, ist problematisch. Ganz abgesehen davon, dass wir noch lange diskutieren müssen, wie diese onkologischen Zentren und unter wessen Federführung zu betreiben sind. Es kann zum Beispiel nicht sein, dass die Hämato-Onkologen das Diktat über die anderen Fachgebiete in der onkologischen Versorgung inne haben. Aber ich will dieses Thema jetzt nicht aufgreifen, sondern nur deutlich machen, dass die Krankenhausplanung in Hessen nicht den Fehler begehen sollte, sich ausschließlich an die Onkologie „anzudocken“. Die Bindung an eine onkologische stationäre Einrichtung wird dem Versorgungsbedarf überhaupt nicht gerecht. Ich verweise nochmals nachdrücklich auf das, was wir in der Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen postuliert haben und der Landesregierung, dem Sozialministerium, übermittelt haben: Dass nach WHO, nach Empfehlungen des Ministerrats der EU und nach Enquêtekommission der weit überwiegende Teil der palliativ zu versorgenden Patienten, die Schwächsten in der Gesellschaft, im häuslichen Milieu, in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden sollen und müssen. Wir müssen alles tun, damit dies möglich ist, um in dieser Gesellschaft human zu bleiben. Wir kennen die Folgen der stationären Schwerpunktbildung in diesem Versorgungsbereich aus anderen Ländern. Wenn wir die finanziellen Marktinteressen diesbezüglich in die Zukunft projizieren, dann wird dieses ein Kampf auf dem ökonomisch begrenzten Gesundheitsmarkt sein, der mit den Säbeln und nicht mit dem Florett ausgetragen wird, zu Lasten der Patienten. Deshalb plädiere ich dringlich dafür, die bereits vorhandenen, qualifizierten und engagierten Strukturen besser

auszustatten, damit sie sich vernetzen können und nicht neue Strukturen zu schaffen, die dann den Großklinika angebunden werden. Von dem sich dann verstärkenden Stadt-Land-Gefälle wären die Alten, Schwachen und Sterbenden in der Fläche besonders stark betroffen, da die Wege länger würden. Dies müssen wir verhindern und gemeinsam, durch Vernetzung, Kooperation und häusliche Nähe, human bleiben. Wenn wir das nicht tun, gehen wir den Weg zum „sozialverträglichen Frühableben“ und dies will keiner von uns.

Tagungsteilnehmer (Dr. med. Werner)

Herr Dr. Popović, schönen Dank für dieses Statement, da ich mich als Geriater angesprochen und eingeladen fühle, mit zu helfen. Bei uns wird in zwei Tagen die Landesarbeitsgemeinschaftssitzung Hessen-Thüringen der Geriater stattfinden, und ich werde das, was ich hier gehört habe, mitnehmen. Wir können bei Übergang von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung mitwirken und dabei helfen, dass es funktioniert, dass vor allen Dingen Hospizstrukturen, ambulante Hospizstrukturen, gestärkt werden. Eine Kollegin aus dem Betreuungsbereich sagte ganz typisch, dass 50 Prozent ihrer betreuten ambulanten Hospizpatienten alte Menschen seien, die in Altenheimen leben, nicht unbedingt onkologische Probleme haben, aber dennoch palliativ versorgt werden müssen. Hier sollten wir etwas tun.

Dr. med. Michael Popović

Es steht außer Frage, dass die Geriatrie und die Palliativversorgung ganz eng zusammenhängen. Wir wissen, dass die Übergänge von der geriatrischen Versorgung zur Palliativversorgung fließend sind.

Dr. Hubert Schindler

Ich möchte der Legendenbildung in punkto Landeskrankenhausausschuss und Krankenhausplanung keinen Vorschub leisten. Das was Sie gesagt haben, trifft so einfach nicht zu. Wir denken bei den Krankenkassen schon eine ganze Weile über das Thema nach. Die Fragen der Struktur und der Einführung einer flächendeckenden Palliativversorgung waren vor einem Jahr Thema. Wir haben uns zur Diskussion angeboten, die Diskussion ist angenommen worden, wir haben uns ausgetauscht. Auf dieser Basis haben wir mit interessierten Leistungserbringern die jetzt vorliegende IV-Konzeption entwickelt. Wenn im

Diskussion

Zwischenbericht der Enquetekommission gesagt wird, dass 70 Prozent der Palliativpatienten aus dem onkologischen Bereich kommen und wir in Hessen ein Krankenhausgesetz haben, das die Krankenhäuser verpflichtet, bei Entlassung des Patienten auch die Nachbehandelnden zu informieren, sind wir davon ausgegangen, dass dies der Einstieg ist, um eine größere Zahl an Palliativpatienten versorgen zu können als in der Vergangenheit. Jetzt haben wir, im Vergleich zu anderen Bundesländern, in Hessen die Situation, dass wir viele Standorte mit einer großen Versorgungskapazität einrichten. Etwas, das sonst niemand hat. Dass wir nicht die Vorstellung hatten, von einem Krankenhaus und den dort Beschäftigten in 40 km Landestiefe die Versicherten versorgen zu lassen, versteht sich von selbst. Ob ein integriertes Versorgungssystem – ein werdendes System, wie am Morgen bereits betont worden ist – sich den regionalen Gegebenheiten und auch Aktivitäten anpassen und mit denjenigen, die im Umfeld aktiv sind, kooperieren wird, wenn diese das wollen, wird sich zeigen. Für diese Diskussion sind wir offen, und dies setzt voraus, dass man sich austauscht. Ich bin sehr froh, dass hier heute diese Offenheit von Ihnen allen eingebracht worden ist. Insofern war es für uns ein sehr fruchtbarer Tag und dafür bin ich auch sehr dankbar.

Dr. med. Michael Popović

Herr Dr. Schindler, ich danke Ihnen sehr für diese verbindlichen Worte, auf die wir natürlich gerne eingehen und in denen sich ausdrückt, dass Kammer und Kassen bei sachorientierten Themen gut zusammenarbeiten. Sie sind ja auch immer wieder unser Gast im Ausschuss Palliativmedizin. Herr Otto hatte um sein Schlusswort gebeten, ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr. Bitte schön Herr Otto.

Peter Otto

Ein kurzer Hinweis: Unser oberster Souverän in Hessen, der Hessische Landtag, wird am 12. März in Wiesbaden ein Symposium veranstalten, das ursprünglich bereits für das Frühjahr 2006 vorgesehen war. Es war seinerzeit auf dem Hintergrund der Aktivitäten von Dignitas geplant worden, und ich denke, es ist gut zu wissen, dass auch unser oberster Souverän sich mit unseren Fragen beschäftigt. Ich habe noch keine Antwort auf meine Anfrage, ob dieses Symposium für die allgemeine Öffent-

lichkeit zugänglich ist oder nur für die Landtagsabgeordneten, doch ich gehe davon aus, in dubio pro, dass es für alle, zumindest als Zuhörende, offen sein wird. Eine zweite Sache: Es wurde heute immer wieder zitiert, dass viele Sterbende sich wünschen, zuhause zu sterben. Ich denke, hier liegt in der Zukunft eine große Aufgabe für uns, wenn wir daran denken, wie viele Single-Haushalte es inzwischen gibt. Was heißt dort, zuhause sterben? Eine Frage, die uns begleiten soll. Eine weitere Frage oder Anregung: Ich habe heute den Satz gehört, dass jeder von uns erwarten könne, dass ihm Gleiches blühe, nämlich dass auch er sterben werde. Mich hat dieser Ausspruch beschäftigt, denn das Blühen einer Pflanze ist das Zeichen von vollem Leben. Und ich erinnere in diesem Zusammenhang daran, dass wir in der Sterbebegleitung sagen, Sterben ist Leben, ist Leben bis zuletzt. Ich hoffe, dass wir es fertig bringen, unter welchen Konditionen auch immer, uns im nächsten Jahr zum vierten Mal wieder zu treffen. Ich wünsche ich mir deshalb ein Wiedersehen in 2008.

Dr. med. Michael Popović

Vielen Dank Herr Otto. Nun Frau Terno für die KASA

Elisabeth Terno

Sie haben schon ein sehr schönes Schlusswort gehalten, Herr Otto, dennoch möchte ich auch für die KASA noch ein paar Worte sagen. Zum einen möchte ich beiden Kooperationspartnern danken, die mich hier in die Mitte genommen haben, und zum anderen wünsche ich mir, dass es eine 4. Fachtagung gibt, zumal diese 3. Fachtagung gezeigt hat, dass ein großes Interesse besteht. Sie sind so zahlreich erschienen, wie wir es nicht vermutet hatten. Ich denke, dass das Thema Vernetzung – das habe ich so aus den Arbeitsgruppen herausgehört – immer noch ganz wichtig ist. Für mich war es doch überraschend, dass es Informationsschwierigkeiten gibt – unter den Diensten, aber auch bezüglich der gegenseitigen Erwartungen, der individuellen Grenzen und natürlich hinsichtlich der Möglichkeiten der entsprechenden Dienste. Das sind Themen, die ich mitnehmen werde und bei denen man, vielleicht auch im Rahmen der Hospizarbeit, nochmals einen Ansatzpunkt hat, um u.a. zu überlegen, wie man Information streuen kann. Vielleicht ist auch die Broschüre, die heute veröffentlicht worden ist, eine Möglichkeit, in eine Diskussion einzusteigen. Herr Dr. Popović hat schon drauf

Diskussion

hingewiesen, dass wir für Rückmeldungen dankbar sind. Vielleicht kann die Broschüre auch einen Ausgangspunkt zur Diskussion bieten. Sie ist von vielen Experten in einer Diskussion erarbeitet worden und die in ihr enthaltenen Texte und Informationen müssen sicherlich immer aktualisiert werden. Doch vielleicht ist das auch ein Ausgangspunkt, bei dem wir uns freuen würden, wenn Sie sich einbringen. Ich würde mich ebenfalls freuen, wenn wir Sie nächstes Jahr hier wieder begrüßen können und wenn wir es als Kooperationspartner schaffen, auch eine 4. Fachtagung zu veranstalten. Vielen Dank.

Dr. med. Michael Popović

Herr Clauss, unser Mäzen, Anreger und Förderer, hat auf sein Schlusswort verzichtet. Ich denke, ihm gebührt aber dennoch ein gewaltiger Applaus für sein Engagement und für seine Unterstützung. Ihnen möchte ich danken, dass Sie gekommen sind. Ich danke Ihnen für die anregenden Diskussionsbeiträge und dafür, dass Sie sich aktiv in die Arbeitsgruppen einbracht haben und an dem Konzept mitwirken, das ich als Kooperation, Konkordanz, Verzahnung, Vernetzung bezeichnen möchte. Wenn wir Ihnen, „als Landesärztekammer“, hier in Bad Nauheim, im Zentrum Hessens, eine Art Mutterhaus bieten können dafür, dass dieses Konzept zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt, dann haben wir, glaube ich, einen weiteren wichtigen Schritt genommen, um die in der letzten Lebensphase Befindlichen human zu versorgen und zu begleiten. Und dieses müssen wir auch mit Kompetenz tun. Wir haben in den Arbeitsgruppen erkannt, dass hier Verbesserungsbedarf besteht, auch seitens der Ärzteschaft. Ich will das mangelnde Interesse bei manchen niedergelassenen Ärzten nicht ausschließlich damit erklären, dass für kein Geld eben auch keine Leistung erfolgen kann. Dies ist nicht unser Ethos. Gleichwohl ist es aber keine Dauerlösung, von Seiten derjenigen, die es bezahlen müssten, darauf zu hoffen, dass dieses Helferethos als Dauereinrichtung funktioniert. Das kann nicht gehen. Ärztliche Leistung muss etwas wert sein. Ich möchte deutlich machen, dass wir eine Unterbewertung in einem enorm wichtigen Bereich haben, und bitte darum, dafür zu sorgen, dass dies besser wird. Zugleich möchte ich dafür danken, dass wir hier kritisch miteinander umgegangen sind, aber auch Lösungen gefunden haben und weiter finden werden. In diesem Sinne sollten wir weitermachen und aufeinander zugehen, auch wenn wir Kritikpunkte vorzutragen haben. In solchen Fällen müssen wir

aufeinander hören und sehen, was wir besser machen können. In diesem Sinne, vielen Dank für Ihr Kommen. Auf Wiedersehen.

Armin Clauss

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich am Ende dieser konstruktiven Tagung noch ein paar Worte hinzufügen. Dass wir in den letzten drei Jahren so weit gekommen sind, ist darauf zurückzuführen, dass alle ihren Beitrag geleistet haben. Wir werden hoffentlich in der Auswertung dieser Tagung sagen können, dass von ihr neue Impulse ausgegangen sind, die uns gemeinsam weiterbringen. Wir können dies nur mit den Krankenkassen tun und wir können es nur mit jenen, auf deren Akzeptanz wir stoßen müssen, nämlich unseren Patienten, die auch Versicherte sind und bezahlen müssen, wir sind darauf angewiesen, dass wir mit allen, die heute hier waren und an einem für unsere Gesellschaft wichtigen Thema arbeiten, weiter vorankommen. Vielen Dank.

Dr. med. Michael Popović

Vielen Dank Herr Clauss. Damit ist die Sitzung geschlossen.

3. Fachtagung „Palliative Versorgung in Hessen“ – Hospizidee in der integrierten Versorgung – im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen in Bad Nauheim

Aus dem Hessisches Ärzteblatt 3/2007

Dass die 2003 mit der ersten Fachtagung „Palliative Versorgung“ ins Leben gerufene Initiative zur Vernetzung aller an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen in Hessen Wirkung zeigt, machte auch das große Interesse in diesem Jahr deutlich: Über 270 Teilnehmer, darunter zahlreiche ehrenamtliche Betreuer, aber auch viele Ärzte, Pfleger und einige Seelsorger, fanden sich auf der dritten Fachtagung „Palliative Versorgung in Hessen“ – Hospizidee in der integrierten Versorgung – im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim ein. In Schaukästen stellte das Museum für Sepulkralkultur in Kassel Exponate zum Thema Sterben, Tod, Bestatten und Erinnern aus. Hospize, Hospizdienste und Netzwerke präsentierten sich mit Plakatwänden und Informationstischen; eine Stellwand war der Dokumentation der Tagung „Der Ackermann von/aus Böhmen“ im vergangenen Jahr in Tschechien gewidmet. Im Mittelpunkt der interdisziplinären Tagung (Schirmherrin: Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger), die gemeinsam von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen veranstaltet und von Dr. med. Michael Popović (LÄKH) und Elisabeth Terno (KASA) moderiert wurde, standen die Hospizidee und die Notwendigkeit einer wohnortnahen palliativen Versorgung. Maßgeblich gefördert wurde die Tagung von der Willy Robert Pitzer Stiftung in Bad Nauheim. Derzeit gibt es in Hessen acht stationäre Hospize und 95 ambulante hospizliche Dienste. Eine stationäre palliativmedizinische Versorgung wird in Kassel, Bad Wildungen, Frankfurt und Wiesbaden angeboten. Nach Ansicht der Landesärztekammer gibt es in Hessen sowohl bei der hospizlichen als auch bei der schmerzmedizinischen Versorgung Defizite. Als klares Votum gegen aktive Sterbehilfe bezeichnete die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, das Bekenntnis der hessischen Ärzteschaft zur Bedeutung der Palliativmedizin. Menschen dürften sich nicht dafür rechtfertigen müssen, dass sie leben wollen. „Aus diesem Grund brauchen wir palliativmedizinische



Über 270 Gäste nahmen an der Fachtagung teil

Modell der Ambulanten Palliativversorgung in Hessen einen Teil des Forderungskataloges verwirklicht hätten, den die Landesärztekammer 2006 der hessischen Landesregierung vorgelegt habe. Verbunden mit diesen Verträgen sei eine Qualitätssicherung der Palliativmedizin. „Wenn auch dieser Weg noch nicht endgültig auf- und ausgebaut ist, so ist die eingeschlagene Richtung absolut richtig“ erklärte Stüwe.

Integrierte Versorgung

Dr. med. Hubert Schindler, Leiter des Landesverbandes Hessen der VdAK, berichtete, dass dieses Versorgungskonzept seit Sommer 2006 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung mit den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden erprobt werde. Das Modell sieht eine krankenhausgesteuerte Koordination und Unterstützung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Pflegediensten vor. Nach über einem halben Jahr der praktischen Umsetzung aus Berichten von Patienten und ihren Angehörigen werde deutlich, dass das Konzept nicht nur auf dem Papier funktioniere, berichtete Schindler. Wie Dr. med. Bernd Oliver Maier, Abteilungsleiter Palliativmedizin der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken ausführte, hätten die Erfahrungen, die seine Klinik im Rahmen des Projektes mit niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten und Hospizdiensten sammeln konnte, gezeigt, dass die individuell bedürfnisorientierte Absicherung der Versorgung durch gezielte Koordination, kontinuierliche Begleitung, 24-stündige Erreichbarkeit und Interventionsbereitschaft für die Betroffenen notwendig seien, um im häuslichen Umfeld zu verbleiben und dort letztlich zu sterben. So habe die Klinik im letzten halben Jahr 45 Patienten betreut, von denen 67 % in ihrer häuslichen Umgebung sterben konnten. Man sei jetzt auf dem Gebiet der Palliativversorgung ein Stück weiter, sagte Maier, unter-

strich jedoch, dass es sich bei dem Wiesbadener Modell um ein „lernendes Modell“ handle.

Armin Clauss, ehemaliger hessischer Sozialminister und Vorsitzender der Willy Robert Pitzer Stiftung lobte das integrierte Versorgungsmodell der großen hessischen Krankenkassen und bezeichnete das Wiesbadener Modell als vorbildlich. Es müsse nun in alle hessischen Regionen getragen werden, um die erheblichen Lücken im Bereich der stationären Versorgung zu schließen. Hospize und Palliativstationen in Krankenhäusern seien keine Sterbestationen, sondern schufen wichtige Voraussetzungen dafür, dass Menschen zu Hause sterben können. Mit Blick auf die ambulante hospizliche Versorgung bedauerte Clauss, dass ein hoher Geldbetrag wegen – noch – fehlender Qualifikationsvoraussetzungen von den Krankenkassen nicht hätte ausgezahlt werden können. Die Pitzer Stiftung habe sich daher zum Ziel gesetzt, unter Beteiligung der Landesregierung einen bei der KASA angesiedelten Fonds einzurichten. Dieser solle in Form eines Kredits helfen, die Zeit bis zum Erreichen der notwendigen Qualifikation zu überbrücken. Clauss betonte die Wichtigkeit von Koordination und Vernetzung vor Ort und erhob die Forderung, dass den Gesundheitsämtern hierbei eine herausgehobene Rolle und Verantwortung zukommen müsse.

Vernetzung

Dr. med. Angela Wirtz, Hessisches Sozialministerium, die auf der Tagung die Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger vertrat, wies darauf hin, dass beispielsweise das Frankfurter Stadtgesundheitsamt bereits Beurteilungen struktureller Vernetzung vorgenommen habe. Vor allem müsse es darum gehen, regionale Kontakte herzustellen. Auch Wirtz hob hervor, wie wichtig es sei, dass Menschen ihrem Wunsch entsprechend zu Hause sterben können. Daher sei der Bereich der hospizlichen Begleitung in die Vernetzung aller an der Betreuung sterbenskranker Menschen Beteiligten zu integrieren. Die Palliativversorgung in der häuslichen Umgebung müsse durch multiprofessionelle Teams ermöglicht werden. Eine genauere Definition der stationären palliativen Versorgung von onkologischen aber auch anderen chronisch schwerkranken Patienten werde man im Zuge der Gesundheitsreform von dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu erwarten haben, sagte Wirtz. Da in Hessen exakte Daten über die geleistete Hilfe in der palliativen Versorgung und die angestrebte Vernetzung sowie deren Strukturen

fehlten, habe die hessische Landesregierung eine Studie über die tatsächliche Situation bei Professor Reimer Gronemeyer Universität Gießen, in Auftrag gegeben. Die Landesärztekammer hatte in ihrer dem Hessischen Sozialministerium zugeleiteten Stellungnahme zur palliativmedizinischen Versorgung die Notwendigkeit einer solchen Studie, die den Handlungsbedarf offen legen soll, dargestellt. „Diese Gesellschaft braucht Menschen, die dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe Einhalt gebieten“, sagte Gerda Graf, Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz. Die Hospizidee baue auf vier Säulen auf: Psychosoziale Begleitung, spirituelle Begleitung, palliative Pflege und palliative Medizin. Damit das Netzwerk der Multiprofessionalität optimal funktioniere, seien bei den Ehrenamtlichen Schulungen und den Hauptamtlichen professionelle Weiterbildung notwendig. Um Qualität zu bieten, würden die Qualifikationsmaßstäbe dabei bewusst hoch gelegt. Graf stellte das zweistufige Modell der ambulanten Palliativversorgung vor: In Stufe 1, der Basisversorgung, seien niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, palliative Beratung und ehrenamtliche Hospizarbeit eingebunden, Stufe 2 umfasse die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung durch multiprofessionelle Teams einschließlich ehrenamtlicher Hospizarbeit. Es gelte, diese durch Koordinierung

Regionen

Mit Blick auf die Entwicklung der Hospizidee hatte Graf Hessen als Vorzeigeland bezeichnet. Dies treffe allerdings auf die palliativmedizinische Versorgung und Vernetzung in der Fläche noch nicht zu, bemerkte Dr. med. Elisabeth Lohmann-Hrycak aus Fritzlar. Was läuft gut? Was läuft schlecht? Mit diesen Fragen hatten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung nachmittags in nach Krankenhausregionen eingeteilten und erstmals multiprofessionell zusammengesetzten Workshops auseinandergesetzt. Die Diskussionsergebnisse wurden am Abend in der Abschlussrunde vorgestellt. „Nordhessen ist anders“, hob der Bericht aus der Region Kassel hervor. Hier existiere nur ein städtisches Zentrum, nämlich Kassel mit vielen Aktivitäten im Bereich hospizliche und palliative Betreuung. Auch auf dem Land gebe es zahlreiche Initiativen, die jedoch weit auseinander lägen. Aus der Region Vogelsberg, Fulda wurde die Existenz vieler gewachsener Strukturen, sowie größerer und kleinerer Häuser berichtet. Hausärzte seien wenig vertreten, dafür jedoch Pflege- und Hospizdienste. Zu wünschen sei eine



Schaukasten des Museums für Sepulkralkultur, Kassel

Teams, allerdings habe man das Problem im Workshop noch nicht lösen können. Vorstellbar sei, dass man sich in den verschiedenen Kreisen und Kommunen zusammensetzen werde, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Die teilweise stark voneinander abweichenden Strukturen innerhalb der Region Gießen und Marburg fasste Martin Leimbeck zusammen. So gebe es in den Universitätsstädten Gießen und Marburg viele stationäre Einrichtungen, während die Städte Wetzlar und Bad Nauheim nur ambulante Dienste vorhielten. In Gießen arbeiteten zahlreiche Ehrenamtliche, aber es mangle auch hier an der ambulant-stationären Vernetzung. Als negativ seien in dem Workshop die schlechten Betäubungsmittel-Vorhaltestrukturen erwähnt worden. Einig seien sich die Teilnehmer darin gewesen, dass ein palliatives Beratungstelefon in der Region täglich, und zwar rund um die Uhr, erreichbar sein müsse, sagte Leimbeck. Ein Handbuch mit den Adressen palliativer und hospizlicher Einrichtungen liege vor. Die Herausgabe einer solchen Broschüre als Handreichung hat sich auch die Gruppe Frankfurt und Offenbach zur Aufgabe gemacht. Während man etwa im Versorgungsgebiet Offenbach „bei der Hälfte des Erforderlichen“ liege, seien im ambulanten Bereich nicht

zuerst Defizite zu erkennen, sondern der Missstand, dass man nicht voneinander wisse. In der Region Darmstadt wünschten sich die Teilnehmer des Workshops u.a. ein besseres Miteinander der Professionen, einen besseren Informationsfluss zwischen den Institutionen und weniger Profilierungsdenken Einzelner. Man benötige mehr Unterstützung durch die Krankenkassen und bessere Kooperationen. Das Umland sei auf Einzelkollegen und Einzelkräfte dramatisch angewiesen.

Diskussion

Bei allem Lob für mit dem integrierten Versorgungsmodell verbundene finanzielle Basis für die künftige Arbeit wurden aus den Workshops Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Wiesbadener Modells in der Fläche geäußert. Auch die Anbindung des Modells an Kliniken mit onkologischem Schwerpunkt greife in der Fläche nicht, und es sei zu befürchten, dass bereits existierende, gut funktionierende Strukturen durch das neue Modell zerschlagen werden könnten. Professor Dr. med. Holger Kaesemann, Hanau, der die Ergebnisse der Region Frankfurt/Offenbach präsentierte, berichtete über lebhaftes Diskussionen zu dem Thema. So sei bemängelt worden, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in integrierten Versorgungsmodellen unterrepräsentiert seien. Sie sollten die Verordnungen der klinischen Zentren fortführen, ohne dass ihnen ein entsprechendes Budget zur Verfügung stehe. Bei der Plenumsdiskussion wurde die Anbindung der IV-Verträge an onkologische Schwerpunktkrankenhäuser vor allem von in der Geriatrie tätigen Ärztinnen und Ärzten als problematisch bezeichnet. Dr. Popović plädierte in seiner Moderation ausdrücklich dafür, bestehende Strukturen besser finanziell auszustatten, Vernetzungen zu unterstützen und keine neuen Strukturen aufzubauen.

Das jetzt von den Krankenkassen vorgestellte Versorgungs-Modell sei auf der Basis der Diskussionen über Struktur und flächendeckende Palliativversorgung im vergangenen Jahr in Bad Nauheim entwickelt worden, erklärte Schindler. Man habe die Angaben der Enquete-Kommission, wonach 70 % der Palliativpatienten aus der Onkologie kommen, in dem Konzept aufgegriffen und somit die Bindung an die Kliniken mit onkologischem Schwerpunkt vorgenommen. Diese Regelung werde nun nicht wieder verworfen. Schindler wiederholte jedoch, dass es sich bei dem integrierten Versorgungssystem

um ein „lernendes System“ handele, das sich den regionalen Gegebenheiten anpassen werde. Wie, das werde sich zeigen.

Übereinstimmend stellten die Sprecher der Workshops den Handlungsbedarf bezüglich einer besseren Vernetzung gerade auch in ländlichen Gebieten fest. Während im städtischen Bereich meist etliche stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste vorhanden sind, stellt sich die Situation auf dem Land unterschiedlich dar. Auch dort, wo es dichte Netze palliativer Betreuungsangebote gibt, fehlt es oft an der notwendigen Vernetzung. Die gut organisierte Fachtagung konnte auch hier Erfreuliches leisten: So führte die multidisziplinäre Zusammensetzung der Gruppen nicht nur in einigen Fällen dazu, dass vorhandene Strukturen erstmals voneinander erfuhren, sondern schuf auch die Grundlage für eine künftige Zusammenarbeit. Die ersten Treffen und Runden Tische auf regionaler Ebene wurden vereinbart: In der Region Kassel versammelt sich am 28. März ein neu gegründeter Runder Tisch in der Klinik Reinhardshöhe in Bad Wildungen, in der Region Gießen und Marburg trifft sich das Hospiznetz/Palliativnetz am 25. April im Bürgerhaus Kleinlinden. Die Mitglieder des Palliativnetzes Wiesbaden und Taunus setzen sich regelmäßig zweimal im Jahr zusammen; das nächste Treffen ist für den 13. Juni im Hospiz Advena in Wiesbaden geplant.

*Katja Möhrle • Fotos: Katja Möhrle
Quelle: Hessisches Ärzteblatt 3/2007*

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main

Telefon: 069 / 9 76 72-0
Telefax: 069 / 9 76 72-128
E-Mail: info@laekh.de
Internet: www.laekh.de

Verantwortlich: Dr. med. Michael Popović
Hauptgeschäftsführer der LÄKH

Konzept und Redaktion: Katja Möhrle, M.A.
Pressereferentin der LÄKH

Grafik Design: Kathrin Artmann • Heidesheim

Produktion/Druck: ProfiProd GmbH • Geisenheim

Mitarbeit: Katja Kölsch, M.A.
Mitarbeiterin der Online-Redaktion der LÄKH

