

Anlagen

zum Bayerischen Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung

Positionspapier AG 6

Autoren:

Günter Beucker (Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern)

Katja Goudinoudis (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. – LV Bayern)

Positionspapier Innovative Weiterentwicklung der Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern für das Rahmenkonzept „Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern“

Inhalt

1. Hintergrund.....	2
2. Ziele	3
3. Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen	3
4. Empfohlene Weiterentwicklung/Maßnahmen.....	5
4.1. Neues Ehrenamt – Gewinnung Ehrenamtlicher	5
4.1.1. Hintergrund und Ziele für die Versorgung in Bayern.....	5
4.1.2. Bestehende Maßnahmen und Kenntnisse der Ehrenamts-Landschaft	6
4.1.3. Empfohlene Maßnahmen.....	8
4.1.4. Umsetzung planen	13
4.1.5. Fazit.....	15
4.2. Tagesangebote	17
4.2.1. Ausgangslage in Bayern	17
4.2.2. Bedarf	17
4.2.3. Zielsetzung	18
4.2.4. Zielsetzung in Bayern	19
4.2.5. Zielgruppen allgemein	19
4.2.6. Bestehende Strukturen	19
4.2.7. Beschreibung möglicher Tagesangebote in der HPV	20
4.2.7.1. Angebot 1 a) Psychosoziales Angebot mit therapeutischen und kreativen Angeboten.....	20
4.2.7.2. Angebot 1b): Angebot 1a plus niedrigschwellige palliativpflegerische und palliativmedizinische Sprechstunde	22
Mögliche erste Projektschritte / möglicher schrittweiser Aufbau der Angebote 1a) und 1b)	24
4.2.8. Teilstationäres Hospiz nach § 39a Abs. 1 SGB V	24
4.3. Neue hospiz- und palliativbetreute Wohnformen	28
4.3.1. Ausgangslage	28
4.3.2. Zielgruppe.....	29
4.3.3. Strukturelle Anforderungen	30
4.3.4. Bedarf	30
4.3.5. Finanzierung	31
4.3.6. Empfehlungen nächster Schritte	31
4.4. Caring Communities	31
4.4.1. Hintergrund	31
4.4.2. Ziele für die Versorgung in Bayern	32

4.4.3. Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen	33
4.4.4. Empfohlene Maßnahmen	33
5 Zusammenfassung	34

1. Hintergrund

Mit Blick auf die Zukunft, den demographischen Wandel sowie die Tatsache, dass die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) noch bei einer zu kleinen Anzahl von Menschen ankommen, Randgruppen und/oder Menschen mit Migrationshintergrund nur unzureichend erreicht werden, wird der Auftrag noch bedeutsamer, die weniger werdenden Ressourcen gerechter auf mehr Menschen zu verteilen. Immer mehr Personen sind von unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Verläufe sind länger und komplexer geworden, so dass sich die letzte Lebensphase z.T. verlängert hat. Wir stellen dabei fest, dass die betroffenen Menschen oft zu spät im System der Hilfeleistungen aufgenommen werden. Das Konzept soll auch dabei unterstützen, frühzeitig die Zugänge zu erleichtern.

Noch zu viele Menschen leiden in der letzten Lebensphase an einer ungenügenden Symptomlinderung sowie psychischen, sozialen und/oder seelischen Problemen. Ihre Wünsche – zum Beispiel in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben – können nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Gleichzeit ist bekannt, dass Menschen mit einer nicht-onkologischen Erkrankung mit ausgeprägter Symptomatik am Lebensende noch zu wenig Beachtung und Zugang zu der Hospiz- und Palliativversorgung finden¹. Dies ist auch durch die fehlenden klaren Versorgungsstrukturen bedingt. Andererseits weiß man, dass viele Menschen mit einer unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung (onkologisch und nicht-onkologisch) eine ähnlich hohe Symptomlast haben² und durch eine frühe Anbindung an die HPV deutlich an Lebensqualität gewinnen können. Zudem zeigt die Praxis, dass die palliativen Bedürfnisse bei älteren, teils multimorbiden Menschen nicht oder erst sehr spät erkannt werden und sie dann nicht immer adäquate Angebote finden, besonders schwierig ist es in einem frühen Stadium.

Ferner verzeichnet Bayern insbesondere in Großräumen eine, im Vergleich mit anderen Bundesländern, geringe Dichte an stationären Hospizbetten. Das führt dazu, dass bedingt durch die meist sehr lange Wartezeit auf den nächsten freien Platz es zum „Rückstau“ in den Palliativstationen und zur Überbelastung bei pflegenden Angehörigen zu Hause kommt.

Deshalb ist eine innovative Weiterentwicklung abgestufter und bedarfsgerechter Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt notwendig, die die Überwindung der Sektorengrenzen unterstützt.

¹ Hess S, Stiel S, Hofmann S, Klein C, Lindena G, Ostgathe C.

Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany—data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). *Eur J Intern Med*. 2014 Feb;25(2):187-92. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.012. Epub 2014 Jan 2.

² Ostgathe, C., u.a. 2011. Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: What are the problems? *Palliative Medicine* 25(2), 148–152

Die spezialisierte Versorgung mit Palliativstationen, Hospizen und SAPV Team haben sich in der Versorgungslandschaft gut etabliert, die allgemeine HPV hat noch einen großen Entwicklungsbedarf, besonders im ambulanten Bereich, was mit Sicherheit der fehlenden Refinanzierung geschuldet ist.

Der politische Wille zur Weiterentwicklung der HPV wird in der Kabinettsitzung vom 10.08.2018 von Ministerpräsident Markus Söder und Pflegeministerin Melanie Huml der Presse und Öffentlichkeit mitgeteilt: „Die Versorgungsangebote für schwerstkranke und sterbende Menschen sollen innerhalb der nächsten fünf Jahre verdoppelt werden. Viele Menschen haben den Wunsch, möglichst zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld sterben zu können. Das schließt die stationären Einrichtungen der Pflege mit ein, die für viele Menschen ihr letztes Zuhause ist. Ziel ist es, qualitativ hochwertige hospizliche und palliativmedizinische Versorgungsangebote dort zu schaffen, wo die Menschen leben und wo sie auch ihren letzten Weg in Würde gehen wollen. Derzeit verfügt Bayern schon über ein großes Netz an hospiz- und palliativmedizinischer Versorgung mit vielen Haupt- und Ehrenamtlichen.“

Dabei gilt es innovativ den Blick nach vorne zu richten und auch neue Angebote zu entwickeln. Nach englischem Vorbild könnten hier ganz neue Angebote entstehen, die zum einen die Bevölkerung noch mehr mit in die Verantwortung nehmen und mit innovativen Tages-, Begegnungs- und Beratungsangeboten die bisherigen ambulanten Angebote ergänzen und damit eine Versorgungslücke schließen.

2. Ziele

Da anzunehmen ist, dass die personellen Notwendigkeiten mit den finanziellen Ressourcen nicht parallel steigen, gilt es für uns Träger vorausschauend Angebote zu entwickeln, um mit weniger Ressourcen mehr Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung anzubieten. Gleichzeitig muss eine leistungsgerechte Vergütung installiert werden.

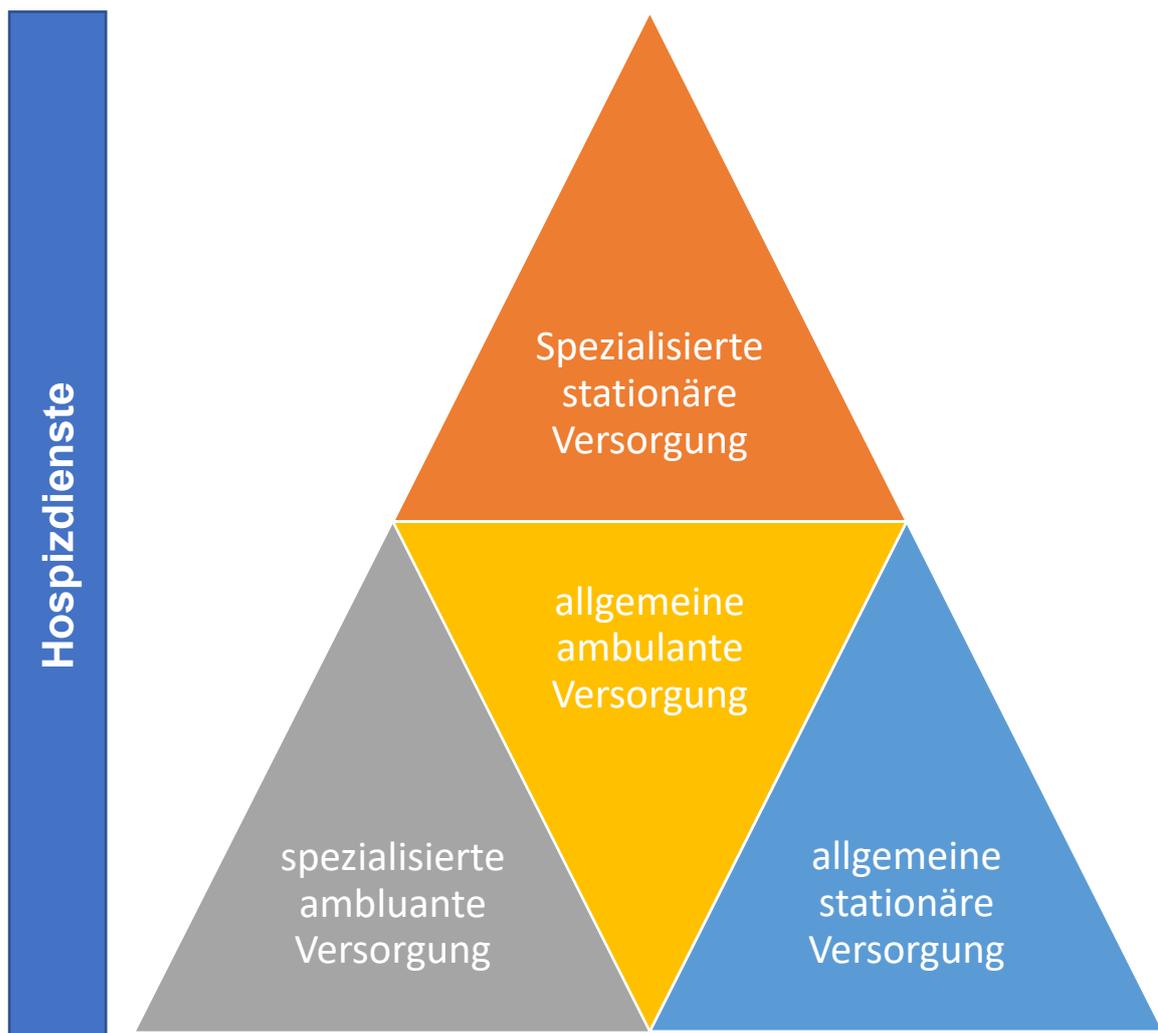
In der Literatur wird beschrieben, dass eine frühzeitige Anbindung der betroffenen Menschen an die Hospiz- und Palliativangebote ihre Lebensqualität verbessern und erhalten kann³. Gegenwärtig finden die Patienten erst zu einem sehr späten Zeitpunkt in die HPV. Aus diesen Gründen erscheint es sinnvoll, den betroffenen Personen frühzeitig verschiedene Möglichkeiten der Versorgung zu unterbreiten und niederschwellige Angebote, ähnlich den Hospizen in England, anzubieten.

3. Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen

Die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) sind hierzulande stationär oder ambulant ausgerichtet und werden gesetzlich gefordert getrennt voneinander organisiert. Sie konzentrieren sich dabei auf die stationäre Versorgung und im ambulanten Bereich auf aufsuchende Angebote in der häuslichen Umgebung der betroffenen Menschen. Teilstationäre Angebote, zu denen die lebenslimitiert erkrankten Personen an entsprechende Orte kommen und entlastende Tagesstrukturen, für das Umfeld und zur Förderung der sozialen Teilhabe der betroffenen Menschen gibt es noch wenige, hierauf liegt ein Schwerpunkt der Arbeit der AG6.

³ Gaertner J, Wolf J, Frechen S, Klein U, Scheicht D, Hellmich M, Toepelt K, Glossmann JP, Ostgathe C, Hallek M et al: Recommending early integration of palliative care - does it work? Support Care Cancer 2012, 20(3):507-513

Bestehende Versorgungsstrukturen



Spezialisierte stationäre Versorgung⁴:

- Palliativstationen: 53 Stationen mit 492 Betten
- Stationäre Hospize 21 mit 231 Plätzen
- Palliativdienste im Krankenhaus: 73

Spezialisierte ambulante Versorgung⁴

- SAPV 47 Teams für Erwachsene, 5 Teams für Kinder und Jugendliche

Allgemeine stationäre Versorgung

- Palliativversorgung im (Akut)Krankenhaus
- Einrichtungen der stationären Altenhilfe
- Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Allgemeine ambulante Versorgung

- Ambulante Pflege
- Haus- und Fachärzte

Hier ist anzumerken, dass die allgemeine Hospiz- und Palliativversorgung, ambulant wie in der stationären Altenhilfe personell und finanziell nicht geregelt sind

⁴ Stand: 21.04.2021

Hospizdienste mit ihrem Angebot der ehrenamtlichen Begleitung bedienen alle Versorgungsebenen.

Teilstationäre Strukturen/Ambulanzen:

- Tagesklinik: eine mit 2 Plätzen
- Tagesstrukturierende Angebote
 - Tageshospiz: Nürnberg Mögeldorf mit 6 Plätzen
 - Niederschwellige Angebote in Mögeldorf
 - Christophorus Hospizverein München: Tagesangebot Tandem mit 6 Plätzen
 - ehrenamtlich organisierte Tagesangebote
 - 6 (Teil)stationäre kinderhospizliche Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Planung (siehe Link Kinder- und Jugendhospizarbeit)

Die Empfehlungen der S3 Leitlinie Palliativmedizin sehen neben der flächendeckenden allgemeinen und spezialisierten ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung, auch spezial Ambulanzen/Tagesangebote ggf. mit medizinischer Betreuung und Tageshospize vor. Die Leitlinie beschreibt die stationäre Hospizversorgung sowie das Ehrenamt als sektorenübergreifend⁵.

4. Empfohlene Weiterentwicklung/Maßnahmen

4.1. Neues Ehrenamt – Gewinnung Ehrenamtlicher

4.1.1. Hintergrund und Ziele für die Versorgung in Bayern

Ehrenamtliches Engagement ist die Basis unserer Gesellschaft und unseres sozialen Zusammenlebens. Grundlegende und lebenswichtige Bereiche wie Feuerwehr, Katastrophenhilfe basieren darauf. Hospiz- und Palliativarbeit ist ein weiteres Beispiel. Es ist nicht nur in der Hospiz- und Palliativarbeit eine Herausforderung, neue Ehrenamtliche zu gewinnen. Deshalb lohnt sich ein Blick über den hospizlich-palliativen Tellerrand hinaus. Ansätze aus den unterschiedlichen Bereichen können für hospizliche Arbeit adaptiert werden. Es bedarf eines „Freiwilligenmanagements“ in der jeweiligen Einrichtung und der Region gleichermaßen.

Alleine innovative Ansätze zur Gewinnung Ehrenamtlicher zu entwickeln, d. h. die bestehenden Gewinnungsmethoden um weitere, kreative Ansätze zu erweitern, wäre nicht zielführend. Der Weg zum Erfolg liegt im planvollen Vorgehen durch konzeptionelle Vorarbeit. Die Gründe für detaillierte Vorüberlegungen liegen zum einen darin, dass das Thema aufgrund des Stellenwerts in der Gesellschaft per sé keinen hohen Zulauf auslöst. Zum anderen sind nennenswert viele Einrichtungen und Hospizdienste auf der Suche nach Ehrenamtlichen. Letzteres ist aber Begrenzung und Chance zugleich. Ziel ist es, auf Basis einer fundierten Planung eine langfristige Strategie der Gewinnung Ehrenamtlicher aufzubauen, die für alle Einrichtungen in Bayern einen gangbaren Weg darstellt, gleichzeitig zu einem einrichtungsspezifischen Gewinnungskonzept führt und vor Ort einen sichtbaren Erfolg zeigt. Letztlich soll erreicht werden, dass sich langfristig genügend Menschen für ein Ehrenamt in der Hospiz- und Palliativarbeit in Bayern finden und somit eine dauerhafte Stabilität der ehrenamtlichen Basis der Hospizbewegung gesichert ist. So

⁵ S3-Leitlinie „Palliativmedizin – für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“, Langversion 2.2. – September 2020, Kap. 5.2.

lassen sich nicht nur Ehrenamtliche finden und für die Hospizidee begeistern, sondern auch langfristig halten und ein zufriedenes Klima schaffen.

4.1.2. Bestehende Maßnahmen und Kenntnisse der Ehrenamts-Landschaft

Derzeit ist wahrzunehmen, dass die Hospiz- und Palliativeinrichtungen, die mit Ehrenamtlichen arbeiten, ihre eigenen Strategien zur Gewinnung haben. Sie agieren zwar sehr vernetzt und auf Basis fachlicher und konzeptioneller Grundlagen im Bereich der Begleitung und Beratung Betroffener, aber weit weniger vernetzt und konzeptionell in der Gewinnung Ehrenamtlicher. Nicht selten erschöpft sich die Gewinnung Ehrenamtlicher in der verschiedenartigen öffentlichkeitswirksamen Verbreitung eines neues Qualifizierungsangebotes zum/r ehrenamtlichen Hospizbegleiter/in. Dazu gehören Presseartikel, Homepage, Freiwilligenbörsen, Flyer, Informationsveranstaltungen und anderes, was das Bildungsangebot potenziell interessierten und geeigneten Menschen nahe bringt. Die Maßnahmen zielen speziell auf die zeitlich, inhaltlich und personell vorbereitete Qualifizierungsmaßnahme. Selten sind die Überlegungen und Gewinnungsmaßnahmen eingebettet in eine Gewinnungsstrategie, die interne und externe Rahmenaspekte bedenkt. Auf diese Weise verschenken ehrenamtlich agierende Hospiz- und Palliativeinrichtungen Potenzial und erreichen potenziell interessierte und geeignete Menschen nicht. Dies ist besonders deshalb bedenklich, weil die Motivationen, persönlichen Ziele und Rahmenbedingungen ehrenamtlicher Arbeit in der Veränderung begriffen sind. Situation und Interessen potenzieller Ehrenamtlicher sowie Bedarfe der Hospiz- und Palliativeinrichtungen gilt es aufeinander abzustimmen.

Die Studie „Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft?“ des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes⁶ hat Daten erhoben, die zur Gewinnung Ehrenamtlicher hilfreich sind. Sie hat hervorgebracht, dass es sich ein Sechstel der Bevölkerung vorstellen könnte, in der Sterbebegleitung aktiv zu werden. Insbesondere Frauen, Eltern mit Kindern im Haushalt, ältere alleinstehende Eltern, Personen mit höheren sozioökonomischen Status, Personen, die bereits das Sterben von Zugehörigen aus der Nähe miterlebt haben und Personen, die kirchennah sind, können sich eher ein Ehrenamt in diesem Bereich vorstellen.⁷ Die Ergebnisse sind in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst:⁸

⁶ Klie T. et al. (2019)

⁷ Vgl. ebd. S. 49 ff.

⁸ Ebd. S. 52

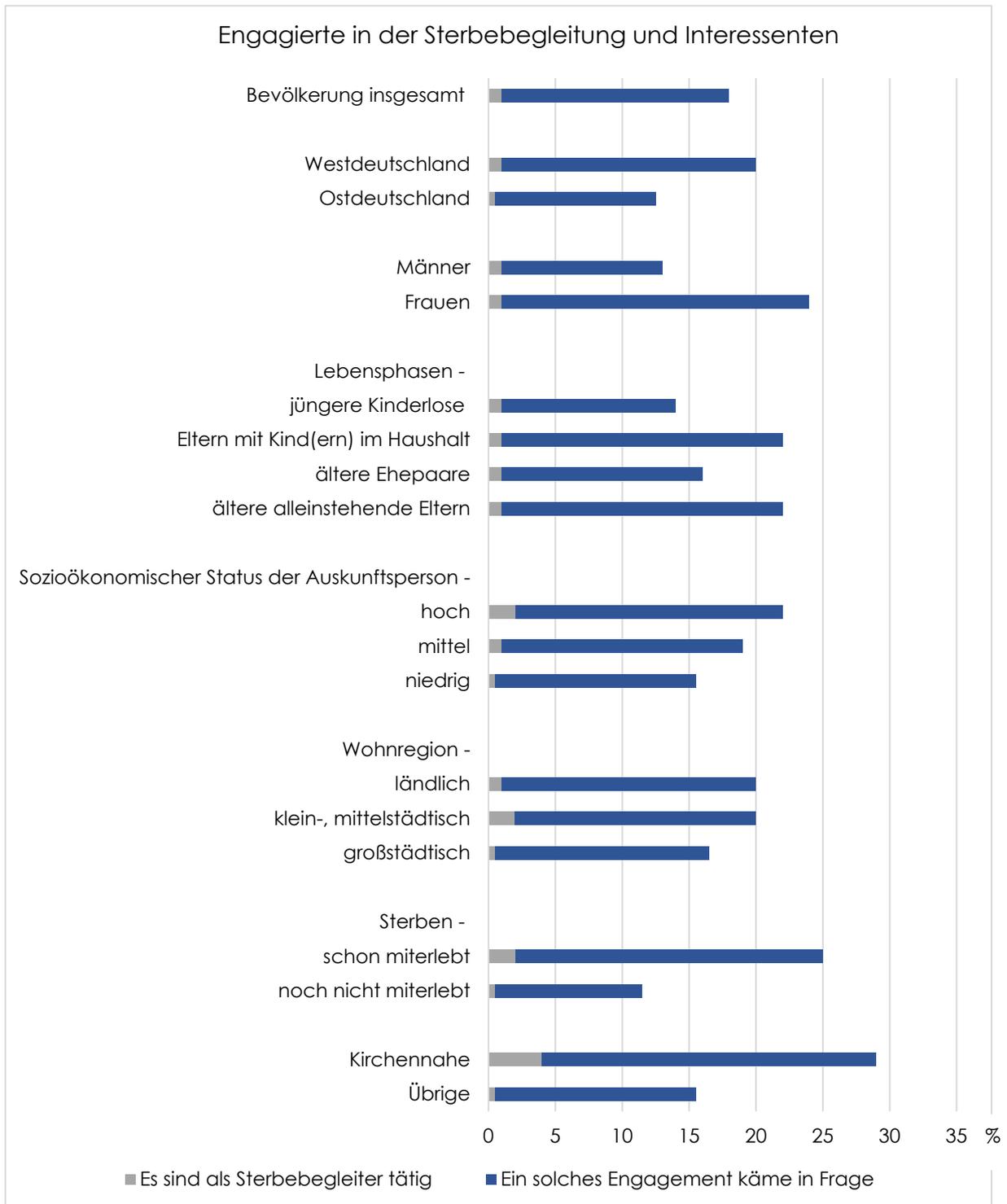


Abbildung 1: Engagierte und Interessenten an Sterbebegleitung

Eine Suche nach ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen ist damit insbesondere in der Gruppe von Menschen, die das Sterben bereits miterlebt haben, kirchennahen Personen, älteren alleinstehenden Eltern und Eltern mit Kindern im Haushalt sowie im allgemeinen Frauen besonders aussichtsreich. Bei der Ansprache der anderen Personengruppen sind die Gründe, warum sie sich nicht in diesem Ehrenamt engagieren, einzubeziehen und ggf. andere Aufgabengebiete

innerhalb der Hospiz- und Palliativeinrichtung anzubieten oder eine andere Ansprache und Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Hauptgrund, warum sich die Interessierten noch nicht in der Hospizbegleitung engagieren, ist der Mangel an Zeit durch Familie und Beruf. Der zweit häufigste Grund ist, dass die Person noch nicht darauf angesprochen wurde und ähnlich häufig wurde mangelndes Wissen und Erfahrung genannt. Für jüngere Engagierte oder Personen mit begrenzter Zeit eignen sich auch kurzzeitige Aufgaben in Form von Projekten zur Unterstützung.



Abbildung 2: Weshalb sich Interessenten noch nicht in der Sterbebegleitung engagieren (ebd. S. 55)

Auffällig ist, dass 23 % der Befragten nicht wussten, dass sie sich in der Hospizbegleitung engagieren können und 12 % keine Hospizdienste o.ä. in der Umgebung kennen.

4.1.3. Empfohlene Maßnahmen

Wer sind wir, was suchen und bieten wir, was macht unseren Dienst, vor allem aber die ehrenamtliche Mitwirkung in unserer Einrichtung interessant, was haben Menschen davon, bei uns aktiv zu sein? Diese und andere sind zentrale Fragen, deren Antworten für die Gewinnung Ehrenamtlicher hilfreich sind. Deshalb lohnt sich eine etwas umfassendere Arbeit am Profil der Einrichtung. Anhand des 5A-Modells zur Entwicklung von Engagementmöglichkeiten kann innerhalb des ambulanten Hospizdienstes erarbeitet werden, was den Hospizdienst auszeichnet, welche Aufgaben es gibt und wie dafür Ehrenamtliche gewonnen werden können:⁹

⁹ Reifenhäuser C. et al. (2013) S. 108



Abbildung 3: Das 5A-Modell zur Entwicklung von Engagementangeboten

Mithilfe der Ausarbeitung der „5 A's“ Attraktivität, Aufgaben, Ausstattung, Aufwendungen, Angebot kann anhand konkreter Tätigkeiten zielgruppenorientiert um Ehrenamtliche geworben werden.

Attraktivität

a) Selbstdarstellung

Das eigene Profil, die eigenen Stärken und Schwächen in der Einrichtung zu kennen, eröffnet Spielraum, die Attraktivität der Einrichtung in Szene zu setzen und Aufmerksamkeit zu erregen.

- Wer sind wir und was machen wir? (Der größte Part wird hier die Sterbebegleitung sein, jedoch gibt es noch viele weitere Betätigungsfelder neben der Sterbebegleitung, auch diese sind hier zu benennen.)
- Was macht uns attraktiv, was bieten wir, was potenzielle Ehrenamtliche interessiert, anspricht, suchen? (Vgl. Motivationsfaktoren.)
- Was sind unsere Alleinstellungsmerkmale? Was können wir besonders gut? Was können oder haben wir, was andere nicht haben?
- Was leitet uns (vgl. Leitbild, Satzung, etc.), was ist der Geist unserer Einrichtung?
- Welche Hemmfaktoren gibt es für ein ehrenamtliches Engagement?
- Warum sollen sich Freiwillige ausgerechnet in Hospizarbeit und Palliative Care engagieren?
- Welchen Nutzen haben Freiwillige für sich selbst, wenn sie sich speziell bei uns engagieren?
- Welche Erkenntnisse bringt die Sozialraumanalyse? (Zu beachten sind u.a. Altersstruktur, Bildungsgrad, Einkommen, Nationalitäten.)
- Welche Zielgruppe sprechen wir wie darin an?

b) Analyse des Sozialraums bzw. Erhebung des Potenzials in der Region

In den unterschiedlichen Regionen Bayerns ist die Gewinnung Ehrenamtlicher unterschiedlich einfach bzw. komplex. Regionen, in denen es für Hospiz- und Palliativeinrichtungen schwierig ist, Menschen für eine ehrenamtliche Aufgabe zu gewinnen und ggf. zu qualifizieren, sind mehrere Informationen förderlich, um regionale Ansätze zu entwickeln:

- soziale Struktur in der Region (Altersstruktur, Bildungsgrad, Einkommen, Erwerbsstatus, Lebenssituation, Nationalität und Kultur, sozialer Status, Gesundheit, etc.)
- Hemmfaktoren für ein ehrenamtliches Engagement (wenig oder kein Bewusstsein für die Bedeutung von Ehrenamt, insbesondere zur Aufrechterhaltung von sozialen Aufgaben in einer Gesellschaft, keine Kenntnis über die Bedeutung der eigenen beruflichen Kompetenz oder persönlichen Fähigkeiten für eine soziale Einrichtung, Vielfalt an Engagementmöglichkeiten in der Region, zu hohe Anforderungen bzw. Gefühl von Überforderung, Zeitaufwand, Befürchtung einer längerfristigen Bindung an die Einrichtung, weil bevorzugt Ehrenamt mit zeitlich begrenztem Projektcharakter, etc.)
- Interessen und vorherrschende Themen in der Bevölkerung

Grundlage für die Sozialraumanalyse sind die Sozialdaten der Kommune oder Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik. Hier werden Daten der Bevölkerungsentwicklung, der Altersstruktur, Arbeitslosenzahlen, Lohn- und Einkommenssteuerstatistiken und Daten zu Schulen und Schülern erfasst. Auf den Stadtportalen sind in der Regel auch Listen mit allen eingetragenen Vereinen zu finden. Dort kann unkompliziert recherchiert werden, wie viele Engagementmöglichkeiten es gibt und wie viele Vereine bzw. Hospizdienste ähnliche Zielgruppen ansprechen. Anhand der Analyse des Sozialraums lässt sich ableiten, welche Potenziale noch ausgeschöpft werden können und auf welche Zielgruppen noch spezifischer eingegangen werden muss. Die Informationen der Sozialraumanalyse ermöglichen die Entwicklung von zielgerichteten Handlungsansätzen, um Menschen in der Region mit der Idee von Ehrenamt in Berührung zu bringen. Dies schließt mit ein, Menschen aus allen sozialen Schichten für ein Ehrenamt in den Blick zu nehmen.

Auch die bereits aktiven Ehrenamtlichen sind als Multiplikatoren einzubeziehen. Die direkte Ansprache ist einer der häufigsten Gründe für die Ausübung eines Ehrenamtes. Dafür müssen die Mitglieder jedoch wissen, welche Aufgaben innerhalb des Dienstes übernommen werden können, damit sie Personen aus ihrem Umfeld einbeziehen können.

Die Gewinnung kann zielgerichteter erfolgen, wenn bekannt ist, welche Motive bezüglich ehrenamtlichen Engagements in der Region vorherrschen.

Aufgaben

Um Ehrenamtliche zu gewinnen, ist es zunächst notwendig, Strukturen in der eigenen Einrichtung festzulegen. Die nachstehenden Punkte und Fragen unterstützen bei der Organisation:¹⁰

Zur Erstellung eines Aufgabenprofils gehören Fragen wie z.B.:

¹⁰ Reifenhäuser et al. (2016) S. 144 ff.

- Welche Aufgaben gibt es für Ehrenamtliche? Wie werden die Aufgaben benannt? (Hier sind die Ergebnisse der Sozialraumanalyse und der Selbstdarstellung einzubeziehen. Was machen wir und welche Aufgaben lassen sich daraus ableiten?)
- Was benötigen Ehrenamtliche zur Ausführung der Aufgabe? (Z. B. Schreibtisch, Drucker, Gartengeräte, Zugticket. Dabei ist jede Aufgabe einzeln zu betrachten.)
- Welchen Nutzen haben wir dadurch? (Der Nutzen kann dabei aufgeschlüsselt werden: Nutzen für den Vorstand/die Geschäftsführung, die hauptamtlichen Mitarbeitenden, die Vereinsmitglieder. Auch Aufgaben die auf dem ersten Blick keinen direkten Nutzen haben, wie z. B. das Leiten des Chores oder der Wandergruppe, sind mit Blick auf die Bindung der Mitglieder von Nutzen.)
- Wie wird die Aufgabe organisiert? (Z. B. Ziele, Ansprechpartner, Team, Projektcharakter.)
- Wie sind die Aufgaben zueinander abgegrenzt (auch zum Hauptamt) und welche Schnittstellen gibt es?
- Welche Eigenschaften/Fähigkeiten sollten Ehrenamtliche für die jeweilige Aufgabe haben?
- Wie hoch ist der Zeitaufwand? (Die Benennung eines Zeitaufwandes kann dann wichtig sein, wenn die Vereinbarkeit und Ehrenamt, Familie und Beruf eine Rolle spielen.)
- Soll es eine „Engagementlandkarte“ geben? (Mit der Ist-Analyse kann visualisiert werden, welche Aufgaben es in der Einrichtung gibt. Die Vielfalt der Mitmachmöglichkeiten wird dadurch verdeutlicht.)

Mit einer Beschreibung der Aufgaben können auch Personen, die nicht in der Hospizbegleitung aktiv sein möchten, einbezogen werden und die Einrichtung kennenlernen. Alle Tätigkeitsbereiche innerhalb eines Dienstes sind wichtig, nicht nur Begleitungsaufgaben.¹¹

Ausstattung

Um Aufgaben auch gut umzusetzen, bedarf es einer Festlegung, welche Voraussetzung die Ehrenamtlichen für welche Aufgabe mitbringen sollten.

- Wie viel Zeit sollten die Freiwilligen einbringen können?
- Welche Fähigkeiten sollten sie mitbringen?
- Welchen Bildungsbedarf gibt es?
- Welche sonstigen (technischen o. ö.) Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden?

Wie oben beschrieben, haben in der Ehrenamtsstudie des DHPV 32 % der Befragten angegeben, dass sie nicht das nötige Wissen und die Erfahrung haben, um sich in der Hospizbegleitung zu engagieren. Weitere 29 % geben an, dass sie sich nicht sicher sind, ob sie der Aufgabe gewachsen sind. Daher ist die Benennung der Fähigkeiten und des Bildungsbedarfes für jede Aufgabe wichtig. Zum einen kann so aufgezeigt werden, dass durch den Hospizbegleiterkurs das

¹¹ Vgl. Definition von neuen Aufgaben innerhalb und außerhalb der Sterbebegleitung

nötige Fachwissen durch Supervisionen und den Austausch mit den Koordinatoren vermittelt wird und eine Begleitung der Ehrenamtlichen stattfindet. Und zum anderen kann so die Einstiegsschwelle niedrig gehalten werden, da für das Verfassen von Zeitungsartikeln, die Aktualisierung der Homepage etc. vorerst kein Hospizbegleiterkurs notwendig ist. Dadurch kann neuen Mitgliedern zunächst Einblick in die Einrichtung gewährt werden und niederschwellig im Austausch mit Mitarbeitern vermittelt werden, was die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen bedeutet.

Aus den Daten des Freiwilligen surveys (2014) geht hervor, dass 58,1 % der Engagierten bis zu 2 Stunden pro Woche für das Ehrenamt aufbringen. 23,8 % haben 3 bis 5 Stunden und 18,1 % 6 und mehr Stunden aufgebracht. Personen unter 30 Jahren und ab 50 Jahren bringen mehr Zeit in ihr Ehrenamt ein. Das deckt sich mit den beschriebenen Erfahrungen, dass Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Ausübung eines Ehrenamtes wichtig sind. Werden Ehrenamtliche für eine bestimmte Aufgabe gesucht, sollten diese Faktoren berücksichtigt werden.

Aufwendungen

Ehrenamtliches Engagement wird nicht finanziell entlohnt. Verschiedene Formen der Wertschätzung und andere Möglichkeiten der Entlohnung sind jedoch wichtig und sollten transparent sein.

- Welches Begleitprogramm bieten wir den Freiwilligen (z. B. Einarbeitung, „Mentorenprogramme“, Fortbildung, Supervision, Ausflüge, etc.)?
- Welche Leistungen bieten wir (Versicherungsschutz, Auslagenerstattung, etc.)?
- Welche Mittelbedarf besteht dafür?

Aufwendungen sind in verschiedene Perspektiven zu denken. Es geht um jene, die dem Ehrenamtlichen mittelbar oder unmittelbar zugutekommen und auch jene, die den Rahmen für das Ehrenamt überhaupt erst ermöglichen.

Angebot

Auf der Grundlage der ersten vier Schritte kann ein Engagement-Angebot erstellt werden. Mit einer „Engagementlandkarte“, einer Art Ist-Analyse, kann visualisiert werden, welche Aufgaben es in der Einrichtung

- für Ehrenamtliche bereits gibt und
- künftig durch Ehrenamtliche geleistet werden könnten.

Dadurch wird die Vielfalt der Aufgaben sichtbar und mögliche Lücken bzw. Felder, in welchen noch Angebote gemacht werden können, werden visualisiert. In einem Diagramm werden Zeitaufwand und notwendige Einarbeitung/Qualifikationen/Kompetenzen in Relation gesetzt. Werden die in den Vorschriften ermittelten Aufgabenfelder eingetragen, wird zum Beispiel sichtbar, ob es kurzfristige Mitmachmöglichkeiten gibt oder ob für alle Tätigkeiten eine hohe Qualifikation notwendig ist.¹²

¹² Abb. Reifenhäuser C. et al. (2013) S. 103

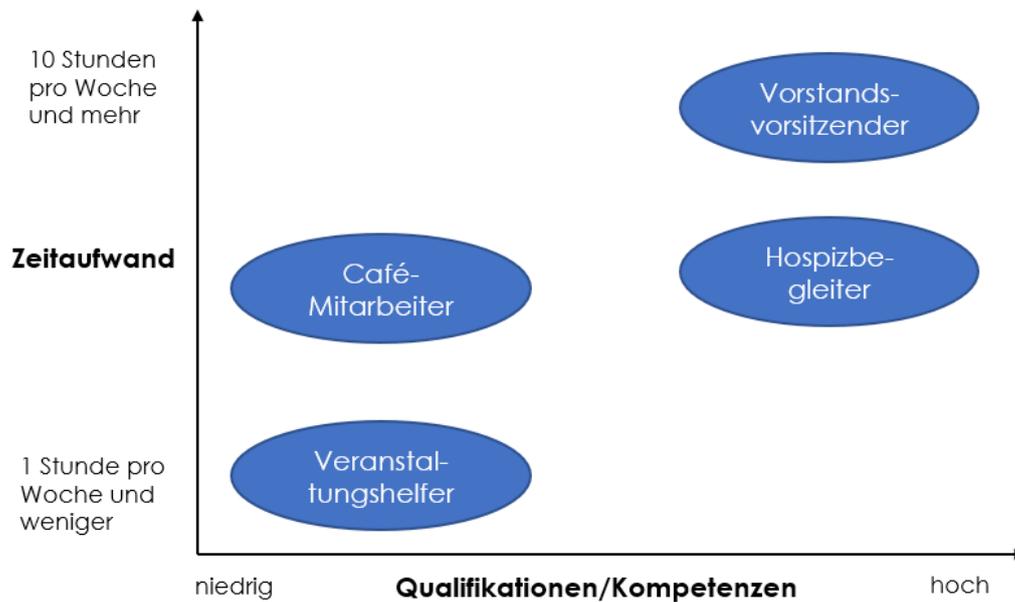


Abbildung 4: Beispiel Engagementlandkarte

Geht aus dieser Darstellung beispielsweise hervor, dass es bislang kaum Tätigungsbereiche mit niedriger Qualifikation und wenig Zeitaufwand gibt, können vorhandene Aufgaben aufgeteilt oder neustrukturiert werden, sodass sich mehr Personen beteiligen und der Arbeitsaufwand geringer ausfällt.

4.1.4 Umsetzung planen

Aufgrund der Rahmenbedingungen, dass einerseits Menschen vor diesem Thema zurückschrecken und nicht auf bisherige Werbemethoden reagieren, andererseits viele Einrichtungen nach Ehrenamtlichen suchen, sind die Formen der Gewinnung Ehrenamtlicher auf zwei Ebenen zu denken.

Für beide Ebenen ist zu bedenken: Ehrenamtliche engagieren sich dann, wenn sie Freude an der Aufgabe haben bzw. diese als Bereicherung erleben. Die Suche nach einem sinnstiftenden Engagement ist eine der Hauptmotive, warum sich Ehrenamtliche in der Hospizarbeit engagieren. „Sinn in einer selbstgewählten Aufgabe zu sehen bedeutet immer auch, als Mensch wahrgenommen und ernstgenommen zu werden.“¹³ In der Hospizarbeit erleben Ehrenamtliche in ihrer Tätigkeit eben diese Einzigartigkeit und Sinnstiftung.¹⁴ Daher muss der Sinn und Nutzen des Ehrenamts für das eigene Leben deutlich werden. Durch regelmäßige und zielgerichtete Informationen wird der Einstieg in die Ehrenamtlichkeit erleichtert, eine gute Außendarstellung weckt das Interesse.¹⁵ „Ehrenamtliche engagieren sich nur dort, wo sie ihre Tätigkeit als sinnhaft erleben. Sie haben ein feines Gespür für Aufgaben, die für ein gutes Miteinander unerlässlich und richtig sind. Dies hat das spontane Ehrenamt bei der Unterstützung geflüchteter Menschen eindrucksvoll unter Beweis gestellt. [...] Sinnhafte Engagements und Freude an den Tätigkeiten garantieren die Zukunft des freiwilligen Engagements und professionelle Instrumente steigern

¹³ Begemann S. et al. (2015) S. 58

¹⁴ Vgl. ebd. S. 58

¹⁵ vgl. Reifenhäuser et al. (2016) S. 176

bei Berücksichtigung des sozialen Wertauftrags seine positive Wirkung.“¹⁶ Weiterhin muss deutlich werden, dass die Hürde, auf das Thema zuzugehen, niedriger ist und die Eignung der Interessierten besser ist, als sie denken.

Eine Mitgestaltung der Gesellschaft ist durch das Engagement in Hospiz- und Palliativarbeit möglich, dies gilt es darzustellen. Das Erwerben von Qualifikationen, Ansehen und Einfluss und das berufliche Vorankommen wurden insbesondere von den jüngeren Befragten angegeben. Beim Ansprechen dieser Zielgruppe sollten daher auch diese Faktoren in den Fokus rücken.

Aktivitäten in der Einrichtung

Bestehende Werbekanäle sind konzeptionell zu fassen sowie auf ihre Aktualität und ihr Potenzial hin zu prüfen und anzupassen. Darin sind neue Strategien einzubeziehen. Denkbar sind beispielsweise:¹⁷

- alle Formen von Printmedien
 - Redaktioneller Teil in diversen Zeitungen (z. B. Tageszeitungen, Stadtteil-Wochenblätter) und Broschüren (z. B. Gemeindeblätter von Kirchen und Stadt),
 - regelmäßige Kolumne „Freiwillige gesucht“
 - „Stellenanzeige“ für verschiedene ehrenamtliche Aufgaben in diversen Zeitungen und Broschüren
 - sonstige lokale Möglichkeiten in der Presse
 - Presseartikel in Interviewform
 - Flyer
 - Rollup
 - Jahresbericht
 - Newsletter
 - Plakate
 - Aushänge, schwarzes Brett
- Social Media und digitale Medien
 - Homepage
 - Facebook
 - Instagram
 - Podcasts
 - Videos
 - digitaler Schaukasten
 - Werbespots im Lokalradio
- Vielfalt von Veranstaltungsformaten
 - Info-Abende gezielt für Ehrenamt
 - Vorträge
 - Konzerte etc. mit entsprechender Begleitbotschaft
- zielgerichtete Aktionen:
 - Multiplikatorenfunktion von Ehrenamtlichen, Fördermitgliedern, etc.

¹⁶ ebd. S. 197-200

¹⁷ vgl. auch Reifenhäuser et al. (2013) S. 90 f., S. 112

- Werbekampagnen, Projekte speziell zur Ansprache konkreter Personengruppen, z. B. bzgl. Alter, Lebenssituation etc.
- Stände bei Freiwilligenbörsen und -messen, Infostände auf Bürgerfesten, an Treffpunkten der entsprechenden Zielgruppen
- Projekte in Schulen, um diese Personengruppen konkret zu erreichen

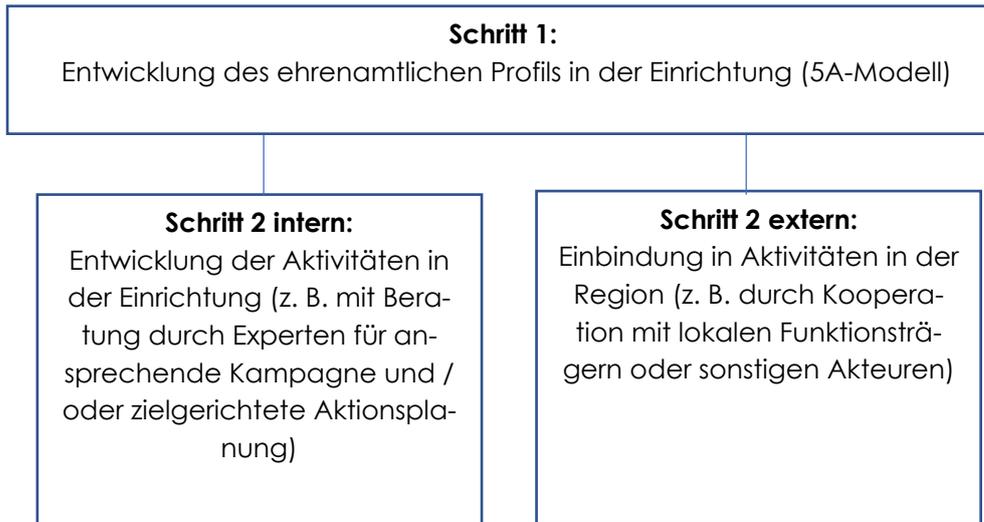
Einbindung in Aktivitäten der Region

Die Gewinnung von Ehrenamtlichen ist nicht nur ein Thema der Hospizbewegung. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Notwendigkeit und daher ein Bedarf und eine Aufgabe auf regionaler bzw. kommunaler Ebene. Daher muss manche Aktivität außerhalb der Hospiz- und Palliativeinrichtung initiiert werden. Kontexte können sein:

- Kommunalpolitik und/oder soziale Verbände
 - Verantwortung durch die Landespolitik (z. B. Federführung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zum Welthospiztag)
 - Bündelung durch Kommunalpolitik (z. B. regionale Freiwilligenbörsen)
 - Sozial- und Fachverbände (z. B. Messen von Caritas, Diakonie, etc., Entwicklung einer Kampagne durch den Bayerischen Hospiz- und Palliativverband)
 - Stadtteilaktivitäten (z. B. öffentliche Würdigung des Ehrenamtes durch prominente Funktionsträger)
 - Etablierung einer Kultur der sorgenden Gesellschaft (z. B. Entwicklung/Ausbau einer Caring Community)
 - Gezielte Veranstaltungen zur Gewinnung Ehrenamtlicher (z. B. Freiwilligenbörse der Stadt oder der Region)
- Kooperationspartner in der Begleitung und Versorgung wie Pflegeheime, Pflegedienste (z. B. Einrichtung als Multiplikator gegenüber Angehörigen)
- kleine, mittelständische und große Unternehmen (z. B. Förderung von ehrenamtlichem Engagement für Mitarbeiter in Form von Freistellung; Rollentausch, vgl. www.des-mach-ma.de oder www.makingsense.de oder www.caritas-nah-am-naechsten.de/gutes-tun-als-firma und ähnliches im Kontext von Corporate Social Responsibility)
- Kooperationen mit anderen Vereinen (z. B. Speed Matching)

4.1.5 Fazit

Das Konzept zur Gewinnung Ehrenamtlicher basiert nicht auf besonders ausgefallenen Ideen, sondern folgt dem Prinzip „einrichtungsspezifisch – durchdacht – zielgerichtet“. Es hat diese beiden Schritte:



Das Konzept zur Gewinnung Ehrenamtlicher ist für den Erfolg so bedeutsam wie das Konzept zur Begleitung Betroffener oder das Konzept zur Mittelakquise (denen allesamt die Sozialraum-analyse eine wichtige Grundlage ist). Allein auf Basis von Fachwissen und Erfahrung, Intuition und Ideen lässt sich die Arbeit von Hospiz- und Palliativeinrichtungen nicht mehr gestalten und im professionellen Netzwerk der Akteure des Gesundheitswesens platzieren. Das Innovative an der Gewinnung Ehrenamtlicher sind nicht weitere unkonventionelle Ideen, die sich durchaus ergeben können. Es ist vorrangig die systematische Herangehensweise, die herkömmliche Gewinnungsmaßnahmen hinterfragt, das bestehende ungenutzte Potenzial schöpft, Ressourcen sichtbar macht und neue Wege langfristig freilegt.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich Maßnahmen ableiten, die sich zum einen an den Bayerischen Hospiz- und Palliativverband (BHPV) und zum anderen an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege richten:

- Der BHPV ist in der Verantwortung, die Konzeption weiter auszubauen und Arbeitsmaterial bzw. eine Anleitung zur Erstellung eines Konzeptes zur Gewinnung Ehrenamtlicher zu erstellen und unter seiner Federführung ein Pilotprojekt mit einem ambulanten Hospizdienst durchzuführen. Verbandsaufgabe ist weiterhin, die dauerhafte Beratung der Dienste bei der Entwicklung der eigenen Ehrenamts-Gewinnungs-Konzeption.
- Dabei ist es von Bedeutung, dass das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege dies mit einem politischen Signal unterstützt, dass ehrenamtlich geführte Einrichtungen der Hospizarbeit professionelle Herangehensweisen und Methoden einsetzen müssen, weil sie als Arbeitgeber auf qualifiziertem ehrenamtlichem Fundament agieren. Als konkrete Maßnahme kommt hierbei z.B. eine Kampagne in Kontext des Welthospiztages in Frage, um das Thema in Bayern öffentlichkeitswirksam zu platzieren.

4.2. Tagesangebote

Das Konzept unterscheidet drei Arten von Tagesangeboten in der Hospiz- und Palliativversorgung:

- Version 1:** **a) Psychosoziales Angebot mit therapeutischen Angeboten**
 b) beinhaltet a) plus niedrighschwellige palliativpflegerische und palliativmedizinische Sprechstunden
- Version 2:** **Teilstationäres Hospiz nach § 39a Abs. 1 SGB V**
- Version 3:** **Palliativmedizinische Tageskliniken¹⁸**

4.2.1. Ausgangslage in Bayern

Die Angebote der **Hospiz- und Palliativversorgung** (HPV) in Bayern sind stationär oder ambulant ausgerichtet und werden meist getrennt voneinander organisiert. Die ambulante Versorgung konzentriert sich dabei auf aufsuchende Angebote in der häuslichen Umgebung der betroffenen Menschen. Tagesangebote, zu denen die lebenslimitiert erkrankten Menschen an entsprechende Orte kommen, gibt es kaum. Gleichzeitig ist bekannt, dass auf der einen Seite noch zu wenige Menschen mit einer nicht-onkologischen Erkrankung mit einer infausten Prognose¹⁹ noch zu wenig Beachtung und Zugang zu der Hospiz- und Palliativversorgung finden. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass alle Menschen mit einer unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung, ob onkologisch oder nicht-onkologisch, durch eine frühe Anbindung an die HPV deutlich an Lebensqualität gewinnen können. Zudem zeigt die Praxis, dass die palliativen Bedürfnisse bei älteren, teils multimorbiden Menschen nicht oder erst sehr spät erkannt werden und dann nicht immer adäquate Angebote finden, schon gar nicht in einem frühen Stadium.

Dem Motto von Cicely Saunders: „Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben“ und dem weitverbreitetem Grundsatz „leben bis zuletzt“, wird hierzulande stationär oder im ambulanten Bereich durch ein aufsuchendes Angebot und eher dyadischen Beziehung Rechnung getragen und findet somit in Bayern meist hinter (verschlossenen) Türen statt.

Dies führt dazu, dass die bestehenden Versorgungs-Ressourcen nur einen (kleinen) Teil der betroffenen Menschen und wenn, dann erst zu einem sehr späten Zeitpunkt erreicht. Für den Bedarf der Menschen am Beginn einer unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung, die wissentlich von einer frühen intermittierenden Anbindung an die HPV profitieren würden, gibt es kaum Angebote.

4.2.2 Bedarf

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 6 sehen aus ihrer praktischen Erfahrung heraus einen hohen Bedarf an Tagesangeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Tagesangebote sind eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Strukturen und tragen vor allem dem Bedarf der frühen Integration Rechnung. Die bisherigen Versorgungsformen fangen diesen Bedarf nicht auf.

¹⁸Palliativmedizinische Tageskliniken werden hier nicht behandelt. Mit ihnen befasst sich die Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus (AG 4).

¹⁹ Hess S, Stiel S, Hofmann S, Klein C, Lindena G, Ostgathe C.

Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany--data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). *Eur J Intern Med.* 2014 Feb;25(2):187-92. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.012. Epub 2014 Jan 2.

Durch die Tageseinrichtungen sollen die bestehenden Grenzen zwischen den ambulanten und stationären Angeboten fließender werden.

Fallbeispiel:

Hr. S. ist 45 Jahre alt und an Pankreas Karzinom erkrankt. Er ist seit drei Monaten im Krankengeld Bezug weil er seiner Arbeit aufgrund von Schwäche und Müdigkeit nicht mehr nachkommen kann. Hr. S. ist verheiratet und hat zwei Kinder im jungen Erwachsenen Alter, die Tochter studiert und der Sohn befindet sich in Ausbildung. Die Familie wohnt zusammen in kleinen Zwei Zimmer Wohnung. Hr. S. leidet darunter dass er als einziger in der Familie unter Tags zu Hause bleibt, er fühlt sich oft alleine.

Da die Ehefrau nur eine gering bezahlte Anstellung hat, ist es für ihn auch sehr belastend als Hauptverdiener in der Familie auszufallen. Das Krankengeld reicht nur knapp für die Miete und um laufende Kosten zu decken. Außerdem hat die Krankenkasse ihn nach nur drei Monaten im Krankengeld Bezug aufgefordert einen Antrag auf Reha zu stellen, obwohl Hr. S. klar ist dass er in seiner aktuellen Verfassung nicht imstande ist eine Reha zu machen. Hr. S. fürchtet Konsequenzen für das Krankengeld wenn er den Antrag ausfüllt und entschließt sich daher gar nichts zu tun.

Hr. S. würde von dem Angebot eines Tagesangebotes profitieren, da er dort soziale Kontakte pflegen und entwickeln könnte und nicht alleine in seiner Wohnung bleiben müsste. Der sozialen Isolation aufgrund seiner Erkrankung würde so entgegen gewirkt werden.

Des Weiteren würde Hr. S. sehr von einer sozialrechtlichen Beratung der psychosozialen Fachkräfte in einem Tagesangebot profitieren, die dafür Sorge tragen würde dass sich die finanzielle Lage der Familie nicht noch mehr verschlechtert. Mit sozialrechtlicher Beratung und Erschließung von finanzieller Unterstützung für die Familie könnte man seine psychosoziale Not lindern, als Familienvater und Ehemann nicht für die Familie sorgen zu können.

4.2.3. Zielsetzung

In England und speziell London, dem Ursprung der modernen Hospiz- und Palliatividee, sind Mischstrukturen aus ambulanter und stationärer Hospiz- sowie Palliativversorgung die Regel. Ein „Hospice“ ist dort ein Ort des Lebens und des Sterbens und richtet sich auch an Menschen in einem frühen Stadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung. Neben weniger werdenden stationären Betten liegt der Schwerpunkt auf ambulanten Angeboten, einer Mischung aus Tagesklinik und -hospiz sowie aufsuchender ambulanter Versorgung, mit dem Ziel, die betroffenen Menschen, soweit möglich, (teil)tageweise ins „Hospice“ zu holen und ihnen dort bedarfs- und bedürfnisorientierte Dienste anzubieten. Neben individuell zugeschnittenen Einzelangeboten, wie z.B. psychosoziale, palliativpflegerische und/oder palliativmedizinische Beratung, gibt es auch Gruppenangebote, wie „Fit for Life-Kurse“, kreative Kursangebote oder auch ein offenes Begegnungsangebot, wie Lese-/Ratschecke und/oder die Möglichkeit, am angebotenen Mittagessen teilzunehmen. Stationäre Betten werden dort aktuell abgebaut, mit der Überlegung, die weniger werdenden Ressourcen gerechter und zielgerichteter auf die mehr werden Bedarfe auszurichten. Es wird mehr auf eine intermittierende als auf eine durchgehende Versorgung abgezielt. Ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, ins „Hospice“ zu kommen, dann wird er in seiner häuslichen Umgebung aufgesucht und möglichst dort bis zum Tod versorgt.

Ein entscheidender Faktor für den Gestaltungsspielraum für innovative Versorgungsformen in Großbritannien ist das dortige Finanzierungssystem. Statt eines Versichertensystems wie in Deutschland, und dadurch eng gefasster Betätigungsfelder, können die britischen Hospizträger selbst entscheiden, für welche Versorgungsangebote sie die staatlichen Zuschüsse verwenden.

4.2.4. Zielsetzung in Bayern

Neben den bereits etablierten hospizlichen und palliativen Versorgungsformen, wie Palliativstationen, Palliativdiensten im Krankenhaus, stationären Hospizen und ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung, wäre eine frühe und intermittierende Anbindung von palliativ erkrankten Menschen an entsprechende Tages-Angebote auch für Bayern eine wichtige und bedeutende Ergänzung. Dies würde die bestehenden Angebote sinnvoll miteinander verbinden sowie dabei helfen, die Schwellen zur hospizlich-palliativen Versorgung abzubauen.

Zudem könnte für diese Patienten ein bedürfnisorientiertes Angebot auch schon in einer frühen Phase der Erkrankung geschaffen werden um somit deren Lebensqualität zu erhalten und/oder zu verbessern.

Zunächst sollten mehrere Modell-Tageseinrichtungen in Bayern durch die Kranken- und Pflegekassen und das Land Bayern gefördert und evaluiert werden. Aktuell sind bereits zwei Evaluationen von Modellprojekten durch Hr. Prof. Voltz, sowie Hr. Prof. Schneider in Umsetzung. In § 39a Abs. 1 SGB V sind neben den stationären Hospizen bereits auch teilstationäre Hospize vorgesehen. Allerdings gibt es noch keine eigene Rahmenvereinbarung dafür. Es wird deshalb eine eigene Rahmenvereinbarung für teilstationäre Tagesangebote gefordert, die eine Ausgestaltung entsprechend der Bandbreite der psychosozialen und pflegerischen PalliativeCare-Bedarfe ermöglicht und abdeckt

4.2.5 Zielgruppen allgemein

Patienten/Menschen im Erwachsenenalter, die zu Hause leben, kommunikations- und gruppenfähig, zu Ort, Zeit und Person orientiert²⁰ und sitzend transportfähig sind, mit

unheilbaren, fortschreitenden und lebenslimitierenden, onkologischen Erkrankungen ab Diagnosestellung der Unheilbarkeit mit intermittierender Betreuung oder

- nicht onkologischen Erkrankungen, die nahezu keine Aussicht auf Heilung haben, z.B.
 - Chronisch. internistische Erkrankungen
 - COPD
 - Herzinsuffizienz
 - Nieren- und Leberfunktionsstörungen
 - Neurologischen Erkrankungen
 - Multiple Sklerose
 - Morbus Parkinson
 - ALS
 - Multimorbide, hochbetagte Menschen

4.2.6 Bestehende Strukturen

Bestehende Strukturen sollen beachtet und mit vernetzt werden. Neben stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten, die ihr Angebot um eine Tageseinrichtung erweitern könnten, sind z.B. auch Alten- und Service-Zentren (ASZ), Treffpunkte örtlicher Nachbarschaftshilfen oder Senioren-Netzwerke zu beachten.

An diesen bestehenden Strukturen der Altenarbeit findet sich bereits Klientel, das eine große Schnittmenge mit der Zielgruppe von HPV-Tagesangeboten hat. Daher bietet es sich geradezu

²⁰ Problemanzeige: Bedarfe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Menschen mit Demenzerkrankungen sind mit dieser Art der palliativen Tagesangebote nicht gedeckt.

an, diese mit Tagesangeboten der HPV zu ergänzen. So könnte schrittweise und bedarfsgerecht der Ausbau erfolgen. Die betroffenen Menschen werden somit eingeladen, inmitten der Gesellschaft ein Teil von ihr zu sein.

4.2.7 Beschreibung möglicher Tagesangebote in der HPV

4.2.7.1 Angebot 1 a) Psychosoziales Angebot mit therapeutischen und kreativen Angeboten

Konzeptionelle Gesichtspunkte

- Psychosoziale Angebote:
- Gesprächskreise (Betroffene und Angehörige)
- Einzelgespräche
- moderierte Familiengespräche
- Begegnungs-Angebot (Café, Mittagstisch)
- Sozialrechtliche Beratung in der frühen Palliativsituation (Krankengeld, Erwerbsminderungsrente, Pflegegrad, Schwerbehinderten Ausweis, Reha)
- Beratung zur Vorsorge – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Vernetzung mit anderen relevanten Stellen und Professionen (Seelsorge, Beratungsstellen, Unterstützungsangebote)
- Vorträge für Besucher zu relevanten Themen (Ernährung, Familie, Arbeit)

Therapeutische und spirituelle Angebote:

- Angebote zur Erhaltung oder Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit, auch bzw. gerade mit einer palliativen Erkrankung zur Vermeidung/Reduktion von Fatigue und Atemnot
- Seelsorge und spirituelle Begleitung
- Atemtherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Weitere Kreativangebote zur Krankheitsverarbeitung
- Mehr-Wochen-Programme („Fit for life“, Wellbeing, s. England), um mit einer konsumierenden Erkrankung (wieder) zurecht zu kommen
 - zu Lebensqualität
 - zu Selbstständigkeit
 - aus der Isolation.

Das Angebot kann an einzelnen oder auch mehreren Tagen in der Woche mit evtl. unterschiedlichen Programmpunkten in Anspruch genommen werden. Eine Beendigung oder ein Pausieren der Teilnahme ist möglich. Zielsetzung ist es, sich mit der Erkrankung und den Auswirkungen auseinanderzusetzen und mit gezielten Angeboten, Übungen und/oder Schulungen bzgl. Ernährung und Bewegung Beschwerden vorzubeugen und ein Leben auch außerhalb der eigenen vier Wände (bis zuletzt) bei möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Im Erleben des Nicht-Allein-Seins wird die eigene Motivation gestärkt und gefördert.

Ziele

- Sozialrechtliche Beratung
- Vernetzung mit anderen relevanten Stellen und Professionen (Seelsorge, Beratungsstellen, Unterstützungsangebote)

- Soziales Angebot an Palliativpatienten mit Selbsthilfecharakter
- Sozialer Isolation entgegenwirken und Selbstwertgefühl fördern
- Raum geben, um in Austausch und Kontakt mit anderen Betroffenen zu kommen
- Unterstützte Auseinandersetzung mit der eigenen Situation ermöglichen
- Ablenkung
- Entlastung der Zugehörigen
- Freiräume/ Auszeiten für Zugehörige schaffen
- Beratung zur Alltagsbewältigung und Krankheitsverlauf
- Begleitung in existenziellen / spirituellen Fragen

Zielgruppen

- Palliativpatienten die in einem frühen Stadium sozialrechtliche Beratung benötigen
- Palliativpatienten die sich mehr soziale Kontakte wünschen
- Palliativpatienten, die aufgrund ihrer Situation nicht alleine sein wollen oder können
- Palliativpatienten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung (physisch oder kognitiv) regelmäßig pflegerisch betreut werden müssen:
- Patienten sind noch rollstuhlmobil
- Patienten sind nicht überwiegend bettlägerig
 - Transfer auf die Toilette kann durch qualifizierte ehrenamtliche Helfer bewerkstelligt werden. Eine höhere Pflegebedürftigkeit ist bei diesem Angebot nicht zu bewerkstelligen. Es ersetzt keine Tagespflege.
 - Die Patienten benötigen in der Tageseinrichtung im Regelfall keine Hilfestellung bei der Körperpflege.
 - Der verbleibende grundpflegerische Bedarf (z.B. Essen eingeben) kann auch durch qualifizierte ehrenamtliche Helfer erbracht werden.
 - Ein einfacher behandlungspflegerischer Bedarf kann durch angeleitete nicht-pflegerische Fachkräfte erbracht werden, wenn es überschaubare Zeitressourcen in Anspruch nimmt. (Dieser Punkt ist leistungsrechtlich und haftungsrechtlich noch zu klären.)

Personelle Gesichtspunkte

- Hauptamtliche psychosoziale sowie pflegerische Palliative Care Fachkräfte
- Aufgaben: Koordination der Ehrenamtlichen, psychosoziale Palliative Care-Beratung, Anmeldekoordination, Koordination im Netzwerk etc.
- Es sollte ein hoher Einsatz an ehrenamtlichen Mitarbeitern erfolgen.
- Für die therapeutischen Angebote: Entweder Honorarkräfte oder Anstellung (z.B. Physiotherapeut/in, Atem-, Kunst-, oder Musiktherapeut/-in),

Strukturelle Gesichtspunkte

- Zwei bis fünf Tage die Woche
- Bauliche Mindestanforderungen: 2 bis 4 Räume (Gemeinschaftsraum und Räume, die für Angebote wie z.B. Beratung oder Gymnastik nutzbar sind), rollstuhlgerechter Zugang, Behindertentoilette
- Zwischen den Tagesangeboten und den sonst versorgenden Strukturen Hausärzte, Pflegedienste, Hospizdienste, SAPV Teams ist eine enge Zusammenarbeit und regelmäßiger Austausch zu pflegen. Anreiz ist das Interesse aller beteiligten Dienste an einer optimalen Versorgung ihrer Patienten, die auch die eigene Arbeit unterstützt.

4.2.7.2 Angebot 1b): Angebot 1a plus niedrigschwellige palliativpflegerische und palliativmedizinische Sprechstunde

Dieses Angebot macht nur Sinn in Zusammenhang mit dem Angebot der tagesstrukturierenden Einrichtung 1a).

Konzeptionelle Gesichtspunkte

Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, einzelne palliativpflegerische und palliativmedizinische Beratungen, Untersuchungen und ggf. Behandlungen im Rahmen des psychosozialen Angebots für Palliativpatienten zu nutzen. Dadurch ersparen sie sich zum Teil den Weg zu anderen Praxen/Ärzten/Krankenhäusern und therapeutischen Angeboten und bekommen einen zusätzlichen Mehrwert durch das psychosoziale Angebot.

Die niederschweligen palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Angebote werden durch qualifizierte Palliative Care Pflegefachkräfte und Palliativmediziner/-innen ausgeführt, die stundenweise vor Ort sind.

Beispiele:

- Beratung und Anleitung zur Pflege
- Auflagen und Wickel, auch mit Aromaölen
- Beratung und Anleitung zur Wundversorgung
- Anpassung der Medikation zur Symptomkontrolle
- Beratung zu speziellen palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Themen

Das Angebot ergänzt das bestehende Haus- und Facharztangebot und die Angebote der ambulanten Pflegedienste und/oder Hospizdienste im Hinblick auf die palliativpflegerischen und -medizinischen Belange. Um erfolgreich palliativmedizinische Therapiemaßnahmen durchführen zu können, ist die enge Zusammenarbeit mit dem betreuenden Haus-/Facharzt und den An-/Zugehörigen erforderlich, um das angestrebte Therapieziel gemeinsam in Absprache bestmöglich zu verwirklichen.

Eine Absprache mit den behandelnden (Haus-)Ärzten zur Verordnung von Medikamenten muss möglich sein. Das Angebot ist stundenweise an einem der Tage bei Bedarf denkbar (Sprechstunde) und könnte mit steigendem Bedarf ausgeweitet werden.

Einzelheiten bzgl. Absprache, Überweisung, Zulassung, Medikamentenverordnungen, u.a. sind mit den betreffenden Stellen (Kassen, KVB, etc.) noch genau zu klären.

Ziele

- Besucher erhalten auf Wunsch palliativpflegerische und -medizinische Beratung (z.B. Zweitmeinung)
- Symptomlinderung im niedrigschweligen Bereich s. o. (z.B. Optimierung der Medikation zur Symptomlinderung)
- Ergänzung des psychosozialen Angebots

Zielgruppe

Wie bei Angebot 1a). Eventuell zusätzlich Patienten, die noch mobil sind, jedoch bei ihrem Hausarzt keine ausreichende Therapie bekommen können, z.B. Anpassung/Optimierung der Symptommedikation.

Personelle Gesichtspunkte

- Palliative Care Pflegefachkräfte (160h nach Curriculum Kern, Müller, Aurnhammer)
- Arzt/Ärztin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- mit jeweils möglichst praktischer Erfahrung in diesem Bereich

Strukturelle Gesichtspunkte

Wie Angebot 1a; Einer der Räume sollte als Behandlungsraum mit entsprechender medizinischer Ausstattung, gemäß dem aktuellen Stand nutzbar sein.

Palliativmedizinische Beratungen können zukünftig auch mittels neuer Technologie, z. B. Telemedizin oder Skype durchgeführt werden, sofern es notwendig ist und der Patient einverstanden ist.

Finanzierung

Für die Finanzierung schlägt der Expertenkreis des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vor eine eigene Rahmenvereinbarung für Tagesangebote, auf Grundlage des § 39a Abs. 1 SGB V, in die teilstationären Hospize bereits vorgesehen, sind zu entwickeln. Diese sollte eine Ausgestaltung entsprechend der Bandbreite der psychosozialen und pflegerischen Palliative Care-Bedarfe ermöglichen und abdecken sowie deren Bezuschussung durch die Krankenkassen regeln., - bzw. entsprechende Vorschläge an die Bundesregierung herangebracht werden. Bis dahin sollte eine modellhafte Übergangsregelung für Bayern gefunden werden.

Bestehende Leistungsvergütung muss auf die Eignung für Tagesangebote geprüft werden und ggf. in die Finanzierung mit einbezogen werden. Zu den bestehenden Leistungsvergütungen gehören:

- **Erbringung ambulanter Leistungen/Beratungen von Ärzten/Psychotherapeuten**
Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können ambulante Leistungen/Beratungen **in ihrer angemeldeten Praxis** (Vertragsarztsitz) oder **in der Häuslichkeit des Versicherten** erbringen.
Möchten Ärzte oder Psychotherapeuten an einem anderen Ort eine ambulante Leistung/Beratung erbringen, müssen sie dazu eine **Filiale** gründen. Diese Filiale müssen sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung anmelden und genehmigen lassen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft dann, ob mit dieser Filiale die Versorgung verbessert wird und ob damit nicht andere Ärzte/Psychotherapeuten benachteiligt werden. Eine Genehmigung der Filiale kann daher auch verweigert werden.
- In diesem Zusammenhang verweisen wir auf den § 24 der **Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)**:
 - (1) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Vertragsarztsitz).
 - (2) Der Vertragsarzt muss am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten.
 - (3) Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit
 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort

des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

- Bei einem geplanten Modellprojekt, wie die oben beschriebenen Tagesangebote ist es sinnvoll, sich mit dem Referat Versorgungsinnovationen der KVB in Verbindung zu setzen (aktueller Ansprechpartner: Herr Fabian Demmelhuber, Tel. 089/57093-2509).

- **Erbringung von Heilmitteln**

Laut § 32 Abs. 1 SGB V haben Versicherte **Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln**. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die **Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**. Sie ist für die gesetzlichen Krankenkassen, für die Versicherten, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Heilmittelerbringer verbindlich.

- Der **Ort der Leistungserbringung** ist in § 11 der Heilmittel-Richtlinie definiert. Demnach können Heilmittel als **Behandlung in der Praxis** der Therapeutin oder des Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als **Hausbesuch** durch die Therapeutin oder den Therapeuten verordnet werden.

In einer Diskussion der Expert:innen der AG 6 haben sich die bestehenden Leistungsvergütungen für die innovativen Tagesstrukturen jedoch als nicht geeignet und zielführend herausgestellt. Die Einrichtung von hospizlich-palliativen Tagesstrukturen von allgemeinem Interesse ist, empfiehlt die AG 6 zunächst die geförderte modellhafte Umsetzung von Tagesangeboten, um aus den Erfahrungen einen neuen Leistungsanspruch und eine neue Leistungsvergütung sach-, fach- und leistungsgerecht formulieren zu können

Außerdem werden in die Finanzierung weitere Mittel einfließen:

- Eigenleistung/-beitrag der Besucher/Teilnehmer*innen: z.B für Verpflegung, aber auch verschiedene Kursangebote, wie Qi Gong o.ä.

Mögliche erste Projektschritte / möglicher schrittweiser Aufbau der Angebote 1a) und 1b)

Bedarfsgerecht und schrittweise könnten sich zunächst auch nur einzelne der beschriebenen Module - z.B. Gesprächsangebot für Menschen in der (frühen) Palliativsituation, Beratung zu sozialrechtlichen Fragen in der Palliativsituation, (physiotherapeutische) Angebote zur Erhaltung oder Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit, etc. - an bestehende Strukturen anschließen und sie somit um die HPV ergänzen. Für die betroffenen Menschen kann auf Basis ihrer Bedürfnisse und Wünsche ein individuelles „Tagesprogramm“ (oder Halbtagesprogramm) aus den oben genannten Bausteinen individuell zusammengestellt werden (z.B. psychosoziale Beratung in der Palliativsituation - gemeinsame Singstunde – Ruhezeit – Mittagessen – Physio-Angebot). Ein Ausbau und eine Erweiterung des Angebots könnte dann schrittweise erfolgen.

4.2.8 Teilstationäres Hospiz nach § 39a Abs. 1 SGB V

Konzeptionelle Gesichtspunkte

In der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V heißt es in §1 Abs 2:

„Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativmedizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre

Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.“

Ein Tageshospiz ist eine Einrichtung zwischen Gesundheitswesen und Sozialbereich. Sie bietet schwerstkranken Menschen Betreuung, therapeutische Beschäftigung, Hospiz- und Palliativpflege und Versorgung an. Auf die physischen und psychischen Veränderungen wird ebenso eingegangen wie auf die Schmerzsituationen und Symptomenkontrolle.

Ziele

Tageshospize wollen ...

... durch ihre Arbeit in der Tageshospizeinrichtung tageweise für Entlastung bei Zugehörigen, oder vorbeugend gegen innere Isolation bei betroffenen Patienten sorgen, indem sie eine Ersatzhäuslichkeit mit angenehmer Atmosphäre schaffen, in der sich die Gäste wohl fühlen

... dem schwerstkranken Menschen sein soziales Umfeld zu Hause und eine möglichst selbständige Lebensführung so lange wie möglich erhalten

... durch hospizliche und palliative Pflege eine Stabilisierung des Gesamtzustandes des Gasts erreichen

... alleinlebenden betroffenen Menschen Kontaktmöglichkeiten bieten und sie damit aus ihrer Isolation holen und der Vereinsamung in der letzten Lebensphase entgegenwirken

... die zugehörigen Pflegenden soweit entlasten, dass sie neben ihrer beruflichen Belastung ihren schwerstkranken Zugehörigen in der häuslichen Lebensgemeinschaft versorgen können.

Zielgruppe

Ein Tageshospiz ist gedacht für Personen ...

... die an einer nicht heilbaren, progredient verlaufenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, z.B. Nicht-Tumor-Erkrankungen im Endstadium (z.B. ALS, MS) sowie Menschen mit einer geriatrischen Erkrankung in der Endphase (wenn sie nicht unter die Ausschlusskriterien im nächsten Absatz fallen)

... zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker in ihrer häuslichen Umgebung, durch eine tageweise Entlastung der Zugehörigen

... die als Alleinlebende der Gefahr der Vereinsamung ausgesetzt sind

... deren Zugehörige in der Versorgung dringend Entlastung brauchen

... deren Pflege und Versorgung jedoch während der Nacht, am Morgen und am Abend, sowie am Wochenende sichergestellt ist

... die schwerstkrank sind mit einer begrenzten Lebenserwartung und palliativen Versorgungsnotwendigkeiten, zur Vermeidung unnötiger Einweisungen in das stationäre Versorgungssystem

Die Gäste in der Tageshospizeinrichtung sind noch soweit mobil, dass sie von Zugehörigen gebracht und geholt, oder mit unserem oder fremden Fahrdienst transportiert werden können. Die Gäste können in Sitzposition transportiert werden.

Ausschlusskriterien für die Aufnahme eines Gastes ins Tageshospiz sind: akut sterbend, fremd- und/oder eigenaggressiv, Menschen mit Weglauftendenz, Transportunfähigkeit.

Personelle Gesichtspunkte

In der „Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 31.03.2017“ ist in den §§ 5 + 6 sowohl die Personalausstattung als auch deren Qualifikationen geregelt.

Insbesondere § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. a und b der Bundesrahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung sollen dabei berücksichtigt und voll umfänglich eingehalten werden.

Der Stundenanteil und Personaleinsatz der einzelnen Berufsgruppen stellt die Grundlage für die personelle Berechnung der Vergütungsvereinbarung da.

In einem Tageshospiz ist entgegen dem stationären Hospiz die Tagesversorgung, als häusliches Entlastungsangebot vorrangig. Es geht dabei wie im stationären Hospiz um die palliativ pflegerische Fachversorgung, aber ebenso verstärkt um die psychosoziale Komponente, um Gespräche und Beschäftigung. Ein aktives Begleiten in der gesamten Krankheitssituation. Der Personalbedarf ist um die Nachtschichten zu kürzen.

Aus diesen Vorgaben ergibt sich entgegen dem stationären Hospiz ein Personalmix aus medizinischer Fachlichkeit und psychosozialer Notwendigkeit. Besonders auch die hauswirtschaftlichen Präsenzkräfte haben im Versorgungsablauf eine hohe Wichtigkeit als „Bezugspersonen“.

Palliative-Care-Fachkräfte, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in, mit Weiterbildung Palliative Care, werden entsprechend der Öffnungszeiten im Tageshospiz anwesend sein, nach §5 Abs 5 Nr a + b der Rahmenvereinbarung. Die Leitung des Tageshospizes verfügt über die notwendige PDL-Ausbildung entsprechend §5 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung.

Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen evtl. vom eigenen Hospizdienst arbeiten stundenweise im Tageshospiz mit, sie haben eine wichtige Funktion in der Einzelbetreuung.

Die speziell ausgebildeten ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen gewährleisten zwischenmenschliche Aufmerksamkeit und Zuwendung.

Ferner bieten sie eine abwechslungsreiche Tagesgestaltung. All das trägt zu einer wichtigen, tageweisen Entlastung der Zugehörigen von ihrer intensiven Betreuungs- und Pflegeaufgabe bei.

Die ärztliche Versorgung ist entsprechend dem stationären Hospiz sowie dem Versorgungsablauf in der AAPV durch die Hausärzte gesichert, diese können sich durch Palliativärzte konsiliarisch beraten lassen. Die Finanzierung der konsiliarischen Dienste durch diese Ärzte, erfolgt adäquat der SAPV-Finanzierung.

Strukturelle Gesichtspunkte

Die Räumlichkeiten in wohnlicher Atmosphäre sollen sowohl gemeinsame Aktivitäten als auch Einzelbetreuung zulassen und Rückzugsmöglichkeiten für Ruhebedürftige sowie Ruhezeiten individuell nach Bedarf bieten.

Die Räume sollen entsprechen folgenden Vorgaben entsprechen:

Im Einzelnen verfügt das Tageshospiz über...

... eine Wohnküche mit integrierter Küchenzeile, in der auch gemeinsame Mahlzeiten eingenommen werden

... einen gemütlichen Wohnraum zum Fernsehen oder reden

... Ruheräume mit Ruhesesseln und je nach Größe 1-2 Einzelzimmer mit Nasszelle zum Ruhen, aber auch zur Durchführung pflegerischer, medizinischer und therapeutischer Maßnahmen

Ggf. ein Pflegebad zur Durchführung einer Grundpflege

Das Tageshospiz soll eine baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einheit oder an ein Vollstationäres Hospiz angegliedert bzw. integraler Bestandteil davon sein, jedoch mit eigenen Strukturen.

Finanzierung

Der tagesbezogene Bedarfssatz für die teilstationäre Versorgungseinrichtung des Tageshospizes können an den Vorgaben der Bundesrahmenvereinbarung § 10 angelehnt sein und auf die Bedarfe eines Tageshospizes angepasst werden. Hier ist das teilstationäre Hospiz nicht erwähnt, ein Pflegesatzantrag ist orientiert an stationären Hospizen zu erstellen.

Im Pflegesatz werden die allgemeinen Leistungen wie Verwaltung, Leitung, Reinigung, Wäsche und Rohverpflegssatz entsprechend der Platzzahl aus einem stationären Hospizbereich heruntergerechnet.

In § 39a Abs. 1 SGB V heißt es wie folgt: „Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.“ Auch an diesem Punkt hat der Gesetzgeber die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit als Zielsetzung, unterstützt durch die teilstationäre Versorgung in einem Tageshospiz. Laut Satz 2 dieser gesetzlichen Regelung trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent.

Die Krankenkasse übernimmt bei vorliegender genehmigter ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei bestehender Hospiz- und Palliativpflegebedürftigkeit die Kosten nach verhandeltem täglichen Bedarfssatz.

Das Sozialamt trägt die Kosten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen.

Herausforderungen

Einige Themen sind begleitend zu diskutieren, z.B. dass man den Raumbedarf anpasst. Ebenso ist die Personalausstattung an die Öffnungszeiten anzupassen. Eine Möglichkeit wäre, in den Räumen des Tageshospizes eine gesonderte Nachtpflege anzudenken, für Menschen, die keine Indikation für das stationäre Hospiz haben, keine Krankenhausbehandlung benötigen, aber zur Entlastung des Zugehörigen oder zur notwendigen Überwachung (z.B. nach einer Chemo) nachts nicht alleine sein können (z.B. auch aus aufsteigenden Ängsten heraus).

Deshalb ist dringend anzuraten eine eigene Rahmenvereinbarung für Teilstationäre Hospize zu erstellen, die in weiten Teilen an die der vollstationären Hospize angelehnt sein kann. Auch eine Ergänzung der bestehenden Rahmenvereinbarung um die Belange teilstationärer Hospize wäre eine Möglichkeit

Ausblick

Es gilt Strukturen in Bayern aufzubauen, mit der notwendigen Spezialisierung und Qualifizierung, damit die Begleitung und Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen in ihrer letzten Lebensphase sektorenübergreifend angeboten wird.

Bei den zu erstellenden Konzepten müssen die vorhandenen Ressourcen beachtet werden. Im Mittelpunkt steht dabei die ganzheitliche Begleitung von Patienten und Zugehörigen im ambulanten und teilstationären Bereich durch ein multiprofessionelles Team. Der zentrale Punkt ist die Koordination zur Steuerung der Prozessbeteiligten und zur Überbrückung der bestehenden Versorgungsbrüche.

Die Behandlung der Wünsche und Bedürfnissen der Betroffenen und Zugehörigen, und die Erhaltung ihrer Autonomie sind handlungsleitend.

Nur im Verbund ist es möglich, die Qualität der Behandlung und Versorgung zu steigern und im besten Fall die Kosten zu senken. Über das teilstationäre Tageshospiz kann Qualität und Wirtschaftlichkeit gesteigert werden.

Eine Erweiterung der Öffnungszeiten auf das Wochenende lässt sich als Ausblick benennen. Diese Erweiterung würde sich durch die Bedürfnisse und Anfragesituation aus dem Betrieb des Tageshospizes ergeben.

4.3. Neue hospiz- und palliativbetreute Wohnformen

4.3.1. Ausgangslage

Bayerns Hospiz-Versorgung sollte ausgebaut werden, so lautet die Aussage von der damaligen Bayerischen Staatsministerin Melanie Huml für Gesundheit und Pflege.

Trotz offizieller bedarfs- und flächendeckender Versorgung mit stationären Hospizbetten berichten viele stationäre Hospize von langen Wartelisten. Oft müssen betroffene Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf, die zuhause oder im Krankenhaus/Palliativstation nicht mehr versorgt werden können, am Lebensende im Rahmen der Kurzzeitpflege in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden und sind dort nicht adäquat versorgt. Zudem beträgt im Flächenstaat Bayern die Entfernung zum nächstgelegenen Hospiz teilweise mehr als 50 km, was regelmäßige Besuche, besonders von älteren oder weniger mobilen Zugehörigen, sehr erschwert.

Es braucht deswegen Einrichtungen, die die Lücke zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege sowie einem stationären Hospiz schließen und eine intensiviertere, bedarfsgerechte palliative/hospizliche Betreuung in einer ambulant betreuten Wohnform bieten. Um Überschneidung mit der Arbeitsgruppe 3 „Stationäre Versorgung in der Altenhilfe“ zu vermeiden, muss betont werden, dass es sich um ergänzende, ambulant betreute Wohnformen handelt. Diese können als *eigenständige* Organisationseinheit an eine bestehende vollstationäre Pflege angegliedert oder als eine eigenständige Wohneinrichtung betrieben werden.

In Bayern gibt es aktuell drei Einrichtungen der ambulant betreuten Wohnformen, in denen versucht wird, eine solche Betreuungsmöglichkeit für Palliativpatient*innen zu schaffen:

- Domizilium Weyarn: seit 2004 eine Hospiz-Wohngemeinschaft für sechs bis acht Gäste in Form des palliativ betreuten Wohnens. Sozialrechtliche Grundlage ist Betreutes Wohnen plus ambulanter (Palliativ-)Pflegedienst.
<https://www.hospizgemeinschaft-weyarn.de/>
- Hospizinsel Waldkraiburg: seit 2018 eine Hospiz-Wohngemeinschaft für vier Gäste. Sozialrechtliche Grundlage ist Betreutes Wohnen plus ambulanter (Palliativ-)Pflegedienst.
<https://www.hospizinsel.de>

- LebensWeGe Mögeldorf: seit März 2020, eine Wohngemeinschaft für drei Gäste, ab November 2021 für 5 Bewohner. Die Bewohner erhalten einen Mietvertrag und werden ambulant versorgt, eingebunden in ein umfassendes Hospizkonzept. Es ist keine Pflege-wohngemeinschaft.

<https://www.diakonie-moegeldorf.de/portfolio-items/mathildenhaus/>

Diese kleineren ambulanten Wohneinheiten suchen immer die enge Kooperation mit den örtlichen Hospizdiensten, den niedergelassenen hausärztlichen Praxen sowie den SAPV Teams der Region.

Neben diesen Einrichtungen gibt es Versuche, die hospizliche Versorgung in bestehende Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu integrieren. Hierzu gibt es in einigen Pflegeheimen speziell eingerichtete Hospizzimmer, in denen Bewohner*innen intensiver durch den Hospizdienst begleitet werden. Auch das Projekt ZIB (Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim) das weitgehend durch die Paula-Kubitscheck-Vogel-Stiftung finanziert wird, versucht den zusätzlichen Bedarf an Palliativfachkräften zu decken. Diese „ZiB-Kräfte“ sind durch eine Weiterbildung in Palliative Care besonders qualifiziert und stehen pro Bewohner*in rund 20 Stunden pro Monat zur Verfügung. Auch die Landeshauptstadt München stellt Fördermittel für zusätzliche Stellen bereit.

4.3.2. Zielgruppe

Mit einem Pflegeschlüssel von 1,5 Vollzeitäquivalentstellen pro Bett in einem stationären Hospiz wird eine sehr hohe Betreuungsintensität erreicht, die nicht für alle Hospizpatient:innen benötigt wird. Es ist davon auszugehen, dass einige von ihnen auch in neuen, alternativen oder ergänzenden hospizlichen Wohnangeboten mit einem geringeren Pflegeschlüssel ausreichend versorgt wären. Der Bedarf an qualifizierten Palliativfachkräften müsste in einer solchen Wohnform jedoch höher sein als in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, da dort Menschen mit einem erhöhtem palliativpflegerischen Versorgungs- und Betreuungsbedarf erwartet werden.

Durch die Stellung des Mieters in einer Wohngemeinschaft wird gleichzeitig die Selbstbestimmung der Bewohner:innen gestärkt, da ein Mitspracherecht für die Ausgestaltung vorhanden ist. Ist der/die Mieter:in selbst nicht mehr in der Lage ihr/sein Mitbestimmungsrecht auszuüben, tritt sein/ihr Bevollmächtigter bzw. gesetzliche Betreuer:in an dessen Stelle, um die Wohngemeinschaft mit zu gestalten.

Eine solche neue, ambulant betreute hospizliche Wohnform ist ein Angebot für Palliativpatient:innen, die in ihrer bisherigen häuslichen Umgebung nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Sie sollten insbesondere folgende Kriterien erfüllen:

- begrenzte Lebenserwartung durch fortschreitende Erkrankung
- stabile symptomlindernde Therapie, die gegebenenfalls hausärztlich oder durch ein SAPV-Team weiter angepasst werden kann
- keine Möglichkeit der Betreuung zuhause
- keine Notwendigkeit der Betreuung in einem stationären Hospiz beziehungsweise das stationäre Hospiz ist für die Zugehörigen zu weit entfernt
- erhöhter palliativpflegerischer und hospizlicher Betreuungsbedarf und -Aufwand

Mögliche Ausschlusskriterien, da keine 24/7 Betreuung, könnten sein:

- bestehende oder drohende Erstickenanfänge
- drohende massive Tumorbloodungen
- starke Unruhe oder Desorientierung, vor allem mit Weglauftendenz
- Beatmung

Bei der Entwicklung von neuen Wohnformen sind Ausschlusskriterien engmaschig zu evaluieren. Kooperationen mit weiteren (neuen) Angeboten, wie Tageshospiz, Tagesangebot, Tagesambulanz o.ä. sind nach Möglichkeit zu entwickeln.

4.3.3. Strukturelle Anforderungen

Ausgehend von den Erfahrungen bestehender Modellprojekte wird der folgende Gestaltungsrahmen zur Orientierung empfohlen:

Strukturelle Anforderungen

- Eigenständigkeit der Wohnform
- Anbindung an bestehende Pflegeeinrichtungen
- aufwändige palliative Versorgung, die den Bedarf der Betroffenen variabel deckt
- unterschiedliche Unterstützungsangebote, die auch auf die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse eingehen
- Einsatz ehrenamtlicher Hospizbegleiter*innen
- Soziale Arbeit und Koordination von ehrenamtlichen Begleiter*innen durch einen ambulanten Hospizdienst oder in enger Kooperation
- Unterstützungsangebote für Zugehörige
- Unterstützung durch Zugehörige wird nach Möglichkeit mit eingebunden.
- Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung

Räumliche Ausstattung

- Orientierung an den Vorgaben für ambulante Pflege-WGs/betreutes Wohnen
- Behindertengerechte Einzelzimmer für die Hospizgäste
- behindertengerechtes Bad und WC, wenn keine Nasszellen in den Zimmern sind
- Besucher*innen-/Personal WC
- Übernachtungsmöglichkeiten für Zugehörige, gegebenenfalls im Zimmer des Gastes
- Vorhaltung eines Gemeinschaftsraumes mit Kochmöglichkeit
- gegebenenfalls Stützpunkt für das betreuende (Pflege)Team,
- Lager für Pflegeartikel

Personelle Ausstattung

- Eigenes Pflegeteam mit Weiterbildung in Palliative Care (160-Stunden-Kurs), eventuell als Untergruppe eines ambulanten Pflegedienstes
- Sicherstellung der „Krisenbetreuung rund um die Uhr“ durch Rufbereitschaften aus dem Pflegeteam und auch durch Einbindung des palliativen Versorgungsnetzwerk
- Weitere Therapeut*innen mit Qualifikation und Erfahrung in Palliative Care
- Leitung mit Erfahrung aus einer hospizlichen/palliativen Einrichtung
- Pflegeschlüssel ca. 0,9 – 1,0 Vollzeitäquivalentstellen pro Bett

4.3.4. Bedarf

Erste Erfahrungen aus der Hospizinsel Waldkraiburg deuten darauf hin, dass großes Interesse nach neuen Wohnformen vorhanden ist, dass aber die konkrete Nachfrage und Anmeldung auch von der konkreten Finanzierung und der Höhe der Eigenbeteiligung des Gastes abhängt. Im Gegensatz zu dem neuen Angebot ist die Betreuung im stationären Hospiz für den Gast kostenfrei.

4.3.5. Finanzierung

Wirtschaftliches Vorgehen bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist in Deutschland gesetzlich verankert. Auch vor diesem Hintergrund wird verdeutlicht, dass die neuen ergänzenden, hospizlichen/palliativ, ambulant betreuten Wohnformen eine kostengünstigere und trotzdem bedarfsgerechte Möglichkeit der Betreuung darstellen und damit auch eine größere Zahl von Palliativpatient:innen erreichen kann und durch das Mitbestimmungsrecht der Ausgestaltung gleichzeitig die Patientenautonomie gestärkt wird. Im Moment sind bestehende Modellprojekte mit einem im Vergleich zum stationären Hospiz hohem Eigenanteil sowie mit einem sehr hohen Spendenbedarf verbunden. Das wird Menschen davon abschrecken, eine solche Wohnform in Anspruch zu nehmen und Anbieter abschrecken ein solches Angebot auf zu bauen. Doch eine adäquate hospizliche Wohnform darf nicht einkommensabhängig sein und stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

In diesem Zusammenhang sind neben einem Eigenanteil, für Wohnen und Verpflegung (der ggf. auch von der Sozialhilfe übernommen werden kann), weiterem, aber geringerem Spendenbedarf, ein je Angebot individuell verhandelbarer Tagessatz durch die Kranken-/Pflegekassen anzustreben. Der Tagessatz eines stationären Hospizes liegt derzeit bei durchschnittlich 470,- €/Tag. Es ist aus den bisherigen Erfahrungen davon auszugehen, dass der Tagessatz einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft deutlich darunterliegt und, wie bei allen anderen hospizlich/palliativen Angeboten (stationäres Hospiz, SAPV), von lokalen Bedingungen (Miethöhe, Personalkosten, etc.) abhängt.

4.3.6. Empfehlungen nächster Schritte

Zunächst sollten empfiehlt die AG 6 des Expertenkreises, anhand der oben beschriebenen Kriterien weitere Modelle in verschiedenen Varianten (angebunden an eine bestehende Einrichtung oder freistehend) zu konkretisieren und in einer (finanziell unterstützten) Pilotphase zu erproben. In einer gemeinsamen wissenschaftliche Begleitforschung sollten die Modelle miteinander verglichen, deren Wirken evaluiert werden und auch ordnungsrechtliche Aspekte betrachtet werden.

Aus diesen Erkenntnissen sollten Rahmenbedingungen entwickelt werden, die eine Ausbreitung in ganz Bayern ermöglicht

4.4. Caring Communities

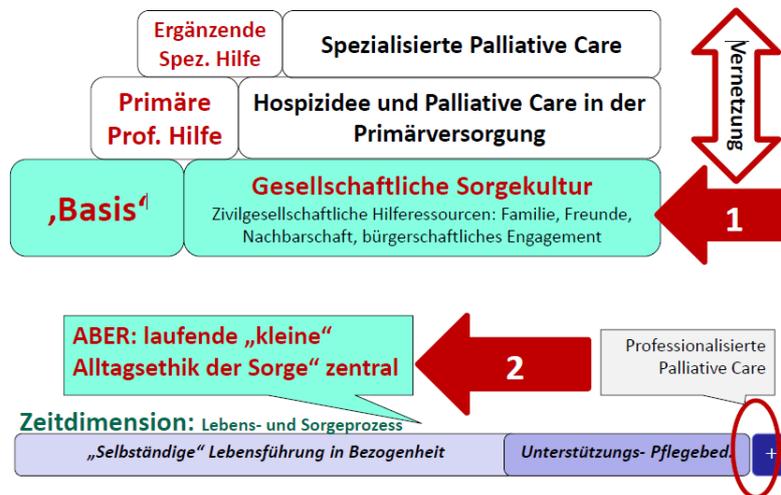
4.4.1. Hintergrund

Eine „Caring Community“ ist eine sorgende, fürsorgende Gemeinschaft in einem Stadtteil, in der jeder Mensch Verantwortung übernimmt und übernehmen kann.²¹ Gleichzeitig sind diese Gemeinschaften gekennzeichnet durch die Zusammenarbeit von Laien (An- und Zugehörige, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche etc.) und Professionellen. Ziel ist die uneingeschränkte Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben und die gemeinsame Fürsorge für alle Bedürftigen. Sorgende Gemeinschaften kann es nicht nur in Stadtteilen (z.B. in Form von Quartiersprojekten), sondern in jeder Kommune/Gemeinde geben. In einem Modell von Klaus Wegleitner wird das Lebensende als Leben in Bezogenheit (eine gute Deutung von Caring Community) ergänzt durch spezialisierte Unterstützung (das wäre dann Palliative Care) dargestellt. Der Lebensort bleibt möglichst derselbe, die Unterstützungsform wird bedarfsgerecht angepasst²²:

²¹ Landesengagementstrategie Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren 2014.

²² Sorgende Gemeinde im Leben und Sterben: *Von der professionalisierten Versorgung zur Sorgeskultur in geteilter Verantwortung*; Präsentation Ass.-Prof. Mag. Dr. Klaus Wegleitner IFF Wien / Institut für Palliative

Sorgekultur im Leben und Sterben – *Verschieben der Aufmerksamkeit*



In Bayern gibt es ein breites Spektrum an Senioren-, Quartiers- und Gemeindeprojekten.²³ Eine erste Umfrage²⁴ unter ambulanten Hospiz- und Palliativversorgern und eine Bestandsaufnahme der Internetauftritte von Community Care-Projekten in Bayern deutet aber daraufhin, dass die ambulanten Hospiz- und Palliativversorger oft nicht oder nur unzureichend in bestehende Projekte eingebunden sind. Es ist zu vermuten, dass daher umgekehrt auch unter den Ehrenamtlichen in Community Care-Projekten nur ein unzureichendes Wissen über die Begleitung am Lebensende vorhanden ist. Möglicherweise gibt es auch Berührungspunkte gegenüber den Themen Sterben, Tod und Trauer.

Die Anzahl der alten und alleinlebenden Personen in Deutschland steigt stetig. Angesichts dieser demographischen Entwicklung ist die allgemeine ambulante palliative Versorgung darauf angewiesen, dass jeder Bürger sich für die Versorgung und Begleitung von Menschen am Lebensende verantwortlich fühlt. Eine entsprechende Grundhaltung in der Bevölkerung zu etablieren ist eine der Zielsetzungen von Community Care-Projekten.

4.4.2. Ziele für die Versorgung in Bayern

In den letzten Jahren hat sich die Weiterentwicklung der End-of-Life Care²⁵ vor allem auf die Verbesserung institutioneller und spezialisierter Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung konzentriert. Mittlerweile ist Bayern gut mit institutionalisierten und spezialisierten Angeboten versorgt. Die Community Care ist auch als ein „back-to-the-roots“ der Hospizbewegung als Bürgerbewegung zu sehen, die Sterbebegleitung und Palliativversorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht. Dennoch gibt es Entwicklungsbedarf: Die weitere Verbreitung von

Care und Organisationsethik Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien -Graz beim 8. Saarländischer Hospiztag: Endlich sorgen, Homburg am 29. Oktober 2016.

²³ Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales fördert den Auf- und Ausbau verschiedener ambulanter Wohn- und Betreuungsformen, siehe: <https://www.stmas.bayern.de/wohnen-im-alter/quartierskonzepte/index.php>.

²⁴ Siehe Umfrage im Anhang.

²⁵ End-of-Life Care meint Versorgung am Lebensende, also schon deutlich vor der Sterbephase, unabhängig von der Art der Erkrankung/Beeinträchtigung. Als Zeitraum ist das letzte Lebensjahr zu sehen. Vgl. dazu: Joachim Peters, Maria Heckel, Christoph Ostgathe (2020): Schlüsselbegriffe in der Palliativversorgung. Herausgeber: Arbeitsgruppe Linguistik & Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg & Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. S.24 f. und S.30 f.

Quartiers- und Gemeindeprojekten gerade unter Einbeziehung der End-of-Life Care wird als wesentliches Ziel festgehalten. Auch die Community-Projekte, welche bisher noch kein End-of-Life Care anbieten können, müssen entsprechend unterstützt werden.²⁶

4.4.3. Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen

Es gibt eine große Zahl unterschiedlichster Quartiers- und Gemeindeprojekte in Bayern²⁷. Eine erste Umfrage unter bayerischen Hospizvereinen und SAPV-Teams ergab jedoch, dass diese nicht selbstverständlich mit den Quartiers-/Community-/Gemeindeprojekten in ihrer Region vernetzt sind (Frage 1). Für die Zusammenarbeit mit Bürger*innen und die bessere Hospiz- und Palliativversorgung innerhalb von Community Care-Projekten ist dies aber unerlässlich.

Als Form der Partizipation seitens der SAPV Teams in Caring Communities wurde in der Umfrage der enge Kontakt zu den dortigen Leitstellen, die Ausbildung Ehrenamtlicher und die Mitgliedschaft in einem Netzwerk genannt. Die Hospizvereine gaben neben Schulungen oder Fortbildungsreihen eine Öffentlichkeitsarbeit, die Vernetzung zu sozialen Einrichtungen und Selbsthilfegruppen an. Auch die Kirchen können z.B. durch Seelsorgeangebote, Senioren-, oder Trauerguppen Kooperationspartner sein.

4.4.4. Empfohlene Maßnahmen

Als Maßnahmen zur weiteren Entwicklung von bestehenden und neuen Caring Communities können hieraus einige Empfehlungen formuliert werden (s.a. Umfrage, Frage 3).

Auf Ebene der Communities (Mikroebene entspricht der „Basis“ in der Grafik von Klaus Wegleitner):

- Verankerung des Gedankens der sorgenden Gemeinschaft unter Einbeziehung der End-of-Life Care an der Basis der Gesellschaft/ des Quartiers sowohl bei neu entstehenden als auch bei bestehenden Caring Communities
- Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung: Nachbarn und Familienmitglieder achten aufeinander. Es wird bemerkt, wenn sich jemand zurückzieht, eine Person, die schwerst erkrankt ist, wird nicht allein gelassen. Alle institutionalisierten Versorger müssen erst einmal von einer hilfebedürftigen Person Kenntnis erlangen, vorher kommen sie nicht zum Einsatz. Die Familie, Freunde, Nachbarschaft ggf. Pfarr- oder Kirchengemeinden sind dagegen vor Ort und nah dran. Sie können ggf. Hilfe organisieren, entweder aus ihrem Kreis heraus oder durch Einbezug der allgemeinen oder der spezialisierten hospizlichen- und palliativen Versorgung.
- Definition von Best-Practice-Beispielen als Orientierung für Nachahmer
- Schaffung kreativer Anreize wie Preisausschreiben und Wettbewerbe für vielversprechende Projekte
- Niederschwellige Informationsangebote zur Versorgung und Begleitung am Lebensende, z.B. durch Letzte Hilfe-Kurse

²⁶ Kommunale Angebote für betroffene Familien mit schwerkranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und Familien mit minderjährigen Kindern und schwerkranken Eltern siehe unter dem Positionspapier Kinder- und Jugendhospizarbeit.

²⁷ Siehe als Best Practice-Beispiel das Quartierskonzept des Landkreises Unterallgäu: www.unterallgaeu.de/seniorenkonzept und dessen Beschreibung im Anhang zu diesem Positionspapier.

Auf Ebene der Hospiz- und Palliativ-Versorger (Mesoebene entspricht der „Primären professionellen Hilfe“ und der „Ergänzenden spezialisierten Hilfe“ in der Grafik von Klaus Wegleitner):

- Öffentlichkeitsarbeit zur Wahrnehmung von Hospiz- und Palliativversorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch die Hospizvereine, SAPV-Versorger, Landratsämter, Kirchen vor Ort.
- Einwirkung auf die Grundhaltung in der Bevölkerung, um hinsichtlich der Achtsamkeit und Sorge der Menschen füreinander Erfolge zu generieren.
- Reflektierende Gesprächskreise zum Themenkomplex Sterben, Tod und Trauer in unterschiedlichen Kooperationen unter Moderation der Hospizvereine als einerseits professionelle – wenn auch größtenteils ehrenamtlich arbeitende – Einrichtungen, die aus dem bürgerschaftlichen Engagement entstanden sind. Sie agieren dadurch als meinungsbildendes Bindeglied zwischen der Basis und den Versorgern.
- Ausbau von niederschweligen Bildungsangeboten, in denen grundlegende Kompetenzen zur Stärkung der psychosozialen und spirituellen Selbsthilferessourcen aller im Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer gefördert werden (z.B. „Letzte-Hilfe-Kurs“).
- Effektive Überprüfung der seniorenpolitischen bzw. Quartiers-Projekte auf „End-of-Life Care“ hin.

Auf Ebene der Sozialgesetzgebung (Makroebene):

- Finanzielle Absicherung von Öffentlichkeitsarbeit und Bildungsangeboten der ambulanten Hospizvereine und SAPV
- Ausbau und Finanzierung von Beratungsstellen zur End-of-Life Care
- Ausbau der Hospiz- und Palliativkompetenz in der stationären und ambulanten Pflege

5 Zusammenfassung

Um die Hospiz- und Palliativversorgung angemessen, bedarfsgerecht und abgestuft weiter zu entwickeln und etablierte Versorgungsstrukturen zu ergänzen und zu entlasten, werden verschiedene Maßnahmen wie oben beschrieben vorgestellt und zur weiteren Entwicklung vorgeschlagen. Diesen gesamtgesellschaftlichen Auftrag anzuerkennen, und die breite Öffentlichkeit ebenso in die Verantwortung zu nehmen, wie bestehende Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung sowie Politik und Kostenträger, wird die Herausforderung für die kommenden Monate und Jahre sein.

Die oben beschriebenen Maßnahmen unterstützen dieses Ziel, und helfen dabei die gesetzliche Vorgabe aus 2007 vollumfänglich zu erreichen (§11 Abs.4 GKV-WSG SGB V). Ferner ist es zwingend notwendig, den Leistungsanspruch aus dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG 2015) endlich mit Personal und einer Leistungsvergütung in die Tat umzusetzen.

Neue Versorgungsstrukturen brauchen neue konzeptionelle Wege und den Blick über bestehende Strukturen hinaus. Schon bestehende und weitere Modellprojekte müssen gefördert und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Erfahrungen aus den Evaluationen fließen in die weitere konzeptionelle Entwicklung ein.

Neue konzeptionelle Wege benötigen eine leistungsgerechte Finanzierung dafür.

Nur mit dem Auflösen der Versorgungsbrüche bestehender Strukturen und einer leistungsgerechten Bezahlung, werden wir das gesellschaftliche Ziel erreichen, dass mehr betroffene Menschen, bei immer weniger werdenden Ressourcen in eine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung finden.

Diese Versorgungsstrukturen konzeptionell zu verankern und bedarfsgerecht und leistungsgerecht zu finanzieren, wie oben vorgeschlagen, ist der Auftrag, den die AG 6 des Expertenkreises an die Politik weiter gibt.

Wir sind zuversichtlich, dass mit den vorgestellten Vorschlägen zu Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung dem Motto von Cicely Saunders „den Tagen mehr Leben geben“ intensiver nachgekommen werden kann.

Quellen

Begemann V., Seidel S. (2015): Nachhaltige Qualifizierung des Ehrenamtes in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen. Hospiz Verlag

Klie T., Schneider W., Moeller-Bruker C., Greißl K. (2019): Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft? Empirische Befunde zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Begleitung Sterbender. Hospiz Verlag

Reifenhäuser C., Bargfrede H., Hoffmann S. G., Reifenhäuser O., Hölzer P., TERNYK E., Dotterweich C. (2016): Freiwilligenmanagement in der Praxis. Beltz Juventa

Reifenhäuser C., Reifenhäuser O. (2013): Praxishandbuch Freiwilligenmanagement. Beltz Juventa

Simonson J., Vogel C., Tesch-Römer C. (2016): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Anhang Caring Communities:

I. Umfrage

Die Umfrage der AG 6 des Expertenkreises erfolgte unter Mitarbeit des Bayerischen Hospiz- und Palliativbündnisses (BHPB) und des Landesverbandes SAPV Bayern e.V. Es wurden Fragebögen an SAPV-Teams und Hospizvereine in Bayern geschickt: Rücklauf 29 Bögen (davon SAPV 10, Hospizvereine 19)

Frage 1: Einbindung in Quartiers-, Nachbarschafts- oder Bürgerschaftsprojekte

SAPV Teams (10)	Hospizvereine (19)
<p>Keine Einbindung: 6 Eingebunden: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migrationsprojekt zur Akquise von EA (München) • Hospiz- und Palliativversorgungsnetz (Fürth) • Mitgliedschaft im Verein Initiative mit Krebs leben (Waldkirchen) 	<p>Keine Einbindung: 5 Eingebunden: 14</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an stadtteilbezogenen Treffen der sozialen Einrichtungen (München) • Austausch, regelmäßige Treffen • Noch ausbaubar • Von Zeit zu Zeit • Loses Netzwerk • Erste Kontakte • Interesse am Aufbau von Netzwerken

Frage 2: Sehen Sie in der Vernetzung eine Möglichkeit, EA für die Hospizarbeit zu gewinnen?

SAPV Teams (10)	Hospizvereine (19)
<p>Bei SAPV-Teams Frage nach Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen.</p> <p>Keine Zusammenarbeit mit EA: 6 Zusammenarbeit mit EA: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • EA werden von den Hospizvereinen ausgebildet und eingesetzt – ergänzend zur SAPV Versorgung • Über Kontakt zu verschiedenen Communities 	<p><u>Ja: 17</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Werbung für eigene Ausbildung der EA • Sollten wir mal machen • Helfer aus Nachbarschaftshilfe machen Hospizausbildung • Viele Interessenten <p><u>Nein: 6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eher Anregung zur Selbsthilfe in Communities • Wollen keine EA aus Netzwerken abwerben • Wichtiger ist, dass Unterstützungsarbeit des HV bekannt wird

Frage 3: Form der Einbindung

SAPV Teams (10)	Hospizvereine (19)
<ul style="list-style-type: none">• Kontakt zu Communities• Ausbildung von EA zur Hospizbegleitung in Communities• Mitglied im Netzwerk	<ul style="list-style-type: none">• Teilnahme an stadtteilbezogenen Treffen der sozialen Einrichtungen (München)• Vortragsreihe „Leben im Alter“• VHS – Vereine stellen sich vor• Beratung zur PV im Stadtteil Kooperationsverträge• Regelmäßige Treffen• Mitglied bei Freiwilligen Agentur (2)• Vernetzung mit Selbsthilfegruppen zur Trauer• Persönliche Kontakte über EA• Öffentlichkeitsarbeit im Stadtteil• Kooperation mit Stadtteilbüros• Kurse „Letzte Hilfe“

II. Best Practice-Beispiel

Ein Beispiel für eine vielversprechende Konzeption eines Quartiers ist im Landkreis Unterallgäu zu finden. Das von einer zentralen Stelle im Landratsamt Mindelheim²⁸ koordinierte Projekt legt den Fokus auf den sozialen Nahraum, um dort zielgruppenübergreifendes Denken und Handeln des gesamten Lebensumfelds zu optimieren, indem durch Kooperationen und Netzwerke Bürger und Organisationen an Prozess und Umsetzung beteiligt sind.

Eine erfolgreiche Palliativversorgung hat der Landkreis durch Kooperation mit der Pallium gGmbH Memmingen (SAPV) erreichen können. Um getreu des Grundsatzes „Ein gemeinsamer Weg“ zu arbeiten, setzt man darauf, das Thema durch Informieren und Ausbilden von Haupt- und Ehrenamt fest in das lokale Netzwerk zu integrieren und bei den Bürger*innen bekannt zu machen. Um der Dynamik des Prozesses gerecht zu werden, erfolgt eine stetige Analyse und Befragung der Bürger ab einer Altersgruppe 55+. Auch Kinder und Jugendliche sollen in der Gemeinde mitwirken, weshalb in der Bürgerwerkstatt der Kontakt zu den Betroffenen hergestellt sowie durch Mitwirken in projektbezogener Arbeit seitens der Stadt oder Hilfsorganisationen gefördert wird. Hauptamtlich schafft die Kooperation der Pallium gGmbH, des örtlichen Hospizvereins und der Kirche ein breites und gut aufgestelltes Konzept für Trauer, Seelsorge und Begleitung der Betroffenen und Angehörigen.

Die hierdurch geförderte Solidarität entwickelt nicht nur Mitwirkungsmöglichkeiten, sondern auch eine Vielzahl ehrenamtlicher Helfer, welche entsprechend geschult und motiviert sind. Dies markiert für den Landkreis den erhofften Wandel in seinen Kommunen – von einer Versorgungs- zur Mitwirkungsgesellschaft.

²⁸ Link zur Präsentation des Quartier-Projektes im Landkreis Unterallgäu: www.unterallgaeu.de/seniorenkonzept.