

5. Berliner Hospizforum am 18.11.2022

„Hospiz- und Palliativarbeit in
der Hauptstadt im Jahr 2030“



Agenda



Hospiz- und Palliativ
Verband Berlin e.V.

- 9:00 – 9:30 Uhr
Begrüßung
Grußwort Franziska Giffey

Grußwort Fr. Dr. Fuhrmann
Grußwort Hr. Zank
- 9:30 – 10:45 Uhr
Impulsvorträge
- 10:45 – 12:15 Uhr
Diskussionsrunden
- 12:15 – 13:15 Uhr
Mittagspause
- 13:15 – 14:15 Uhr
kultursensible Hospizarbeit: Vortrag und Diskussion
im Plenum
- 14:15 – 14:35 Uhr
Kulturelles Intermezzo
- 14:35 – 15:20 Uhr
Filmvorführung „Heute nicht“ Ein Film von Jim Rakete
aus dem Kinderhospiz Bethel
- 15:20 – 15:30 Uhr
Abschluss und Verabschiedung

Grußworte



Frau Dr. Christine Fuhrmann

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung



Frau Franziska Giffey

Regierende Bürgermeisterin von Berlins

Grußworte



Hospiz- und Palliativ
Verband Berlin e.V.



Herr André-Sebastian Zank

Vorstandsvorsitzender HPV Berlin e.V.

Impulsvorträge



1. **Ambulante ärztliche Palliativversorgung im Überblick – Fr. Rebecca Zeljar** - Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Berlin/Brandenburg Stellvertretende Leiterin der Landesvertretung, Referatsleiterin Ambulante Versorgung VDEK
2. **Transition lebensverkürzt erkrankter Menschen vom Kinderhospiz- in den Erwachsenen hospizbereich - Fr. Marie Liebig** - Fachreferentin Care Management, Rehabilitationspädagogin der Fachstelle Menschenkind
3. **Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus – Aktuelle Ergebnisse für die Region Berlin - Juliane Ghadjar**, Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., Referentin Pflege und Kampagnenkoordinatorin #PflegeJetztBerlin
4. **Beispiel guter palliativen Versorgung im Krankenhaus: Die Neuropalliative Station an der Charité – PD Dr. med. Alexander Kowski**, Oberarzt der Neuropalliativen Station
5. **Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin - Fr. Jala El Jazairi** - Fachzuständige für Interkulturelle Öffnung Hospiz in Berlin
6. **Kultursensible Hospizarbeit am Beispiel Hospiz Ipek (Vortrag und Diskussion im Plenum) – Fr. Nare Yesilyurt**, Geschäftsführung Ipek Hospiz

Fr. Rebecca Zeljar

Ambulante ärztliche Palliativversorgung im Überblick



Rebecca Zeljar
Referat Ambulante Versorgung
Verband der Ersatzkassen e. V.
Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Ambulante ärztliche Palliativversorgung im Überblick

Berlin, den 18.11.2022

vdek-LV Berlin/ Brandenburg

Grundsätze der ambulanten Versorgung

- das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch ein korporatistisches Steuerungsmodell aus
- der politische Ordnungsrahmen wird durch den Staat vorgegeben
- durch Delegation von Steuerungskompetenzen an die nachgeordneten Akteure wird die Versorgungsstruktur weiter konkretisiert
- seit 2009 gibt der Erweiterte Bewertungsausschuss bis zum 31. August des Vorjahres die Rahmenbedingungen für das folgende Honorarjahr durch einen Beschluss vor
- im Rahmen von Kollektivvertragsverhandlungen sind die Verbände der Finanzierungsträger und Leistungserbringer federführend und verantwortlich für die Ausgestaltung der Ergebnisse

Grundsätze der ambulanten Versorgung

- als Gremium der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf der Bundesebene beschließt der Bewertungsausschuss u. a. den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und die Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung
- diese Beschlüsse sind bindend für die Kassenärztlichen Vereinigungen und für die gesetzlichen Krankenkassen; somit auch für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte
- der Einheitliche Bewertungsmaßstab bezeichnet das Verzeichnis, nach dem ambulante Leistungen in der GKV abgerechnet werden
- die Definition der Leistungen und die Festlegung der Abrechnungsziffer erfolgt von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV

Palliativversorgung – Allgemeine Definition

- für Menschen, die an einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, eine begrenzte Lebenserwartung haben und die auf keine kurative Behandlungsmöglichkeit mehr ansprechen
- primär medizinisch ausgerichtet
- umfasst dabei ärztliche und pflegerische Leistungen
- Fokus liegt auf der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und nicht auf der Verlängerung der Überlebenszeit, sondern ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod

Palliativversorgung – Qualifikationsvoraussetzungen

- die Qualifikationsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Palliativversorgung sind in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zum Erwerb der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin hinterlegt
- diese beinhaltet 40 Stunden Kurs Weiterbildung in Palliativmedizin und 120 Stunden Fallseminare unter Supervision oder sechs Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten
- drei Säulen der Ambulanten Palliativversorgung:
 1. Die **allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)**, ohne gesonderten Anforderungen an die ärztliche Qualifikation
 2. Die **besonders qualifizierte und koordinierte ambulante Palliativversorgung (BQKPMV)**, die Anforderungen an diese Versorgungsform sind im Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV–Ä) geregelt
 3. Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**, die Anforderungen an diese Versorgungsform sind in der entsprechenden Richtlinie des G–BA hinterlegt. Die Krankenkassen/–verbände schließen hierzu Verträge u.a. nach § 132d SGB V.

Chronologie der Leistungseinführung – spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

- Einführung der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom **01.04.2007** durch Ergänzung des § 37b SGB V
- für den Bereich der SAPV werden Verträge mit den Krankenkassen/-verbänden in den einzelnen Regionen frei vertraglich auf der Grundlage von § 132d SGB V geschlossen
- die SAPV richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht

Chronologie der Leistungseinführung – allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

- 2013 hat der Bewertungsausschuss die **allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)** als individuelle Abrechnungsmöglichkeit im EBM eingeführt
- tragende Säulen der AAPV sind vor allem die hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte
- im Bereich der ambulanten Palliativmedizin haben sich im Laufe der Jahre in Deutschland verschiedene Netzwerke und Strukturen entwickelt
- bundeseinheitliche Versorgungskonzepte existieren nicht

Chronologie der Leistungseinführung – allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

- einheitliche Qualitätsstandards in der Aus- und Weiterbildung sind ein elementarer Aspekt, um die Versorgung auf einem hohen qualitativen und auch vergleichbaren Niveau zu erhalten und auszubauen
- es bedarf einer starken Vernetzung der beteiligten Versorger, so dass auf die gewachsenen Netzwerke und deren Kenntnisse und Verbünde zurückgegriffen wird und weiterhin erfolgen soll

Chronologie der Leistungseinführung – Die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ–medizinische Versorgung (BQKPMV)

- am 29. November 2016 wurde die **besonders qualifizierte und koordinierte palliativ–medizinische Versorgung** nach § 87 Abs. 1 b SGB V (BQKPMV) durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV–Spitzenverband eingeführt
- Auslöser für die Einführung der BQKPMV war das Hospiz–und Palliativgesetz (HPG), welches seit dem 08. Dezember 2015 gilt
- Ziel ist es die bestehende ambulante Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination zu stärken
- Genehmigung zur Teilnahme an der BQKPMV erfolgt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV)

wichtige Faktoren und Zukunftsperspektiven:

- Kernleistung der ambulanten Palliativversorgung ist die Vernetzung und die Kommunikation
- in regelmäßiger Austausch ist nötig um eine Art sektorenübergreifende Kommunikation innerhalb des Systems der ambulanten Palliativversorgung zu erreichen
- benötigt hohes Maß an Engagement von allen beteiligten Partnern
- bietet die Chance eine Arbeitsteilung in Zeiten der Arbeitsverdichtung zu erreichen
- digitale Vernetzung als Schlüssel zur Umsetzung zum Beispiel durch Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte

wichtige Faktoren und Zukunftsperspektiven:

- klare Abgrenzung zwischen den Bereichen → ermöglichen sachgerechten Einsatz der Möglichkeiten
- Einbindung des stationären Sektors ist zu empfehlen
- in Bezug auf die Vergütung sollte der Fokus auf eine inhaltliche Betrachtung und die medizinische Notwendigkeit gelegt werden
- eine Harmonisierung der Versorgungsformen ist notwendig um die Behandlungspfade in der ambulanten Palliativversorgung weitergehend mit einander zu vernetzen → Auftrag des Gesetzgebers

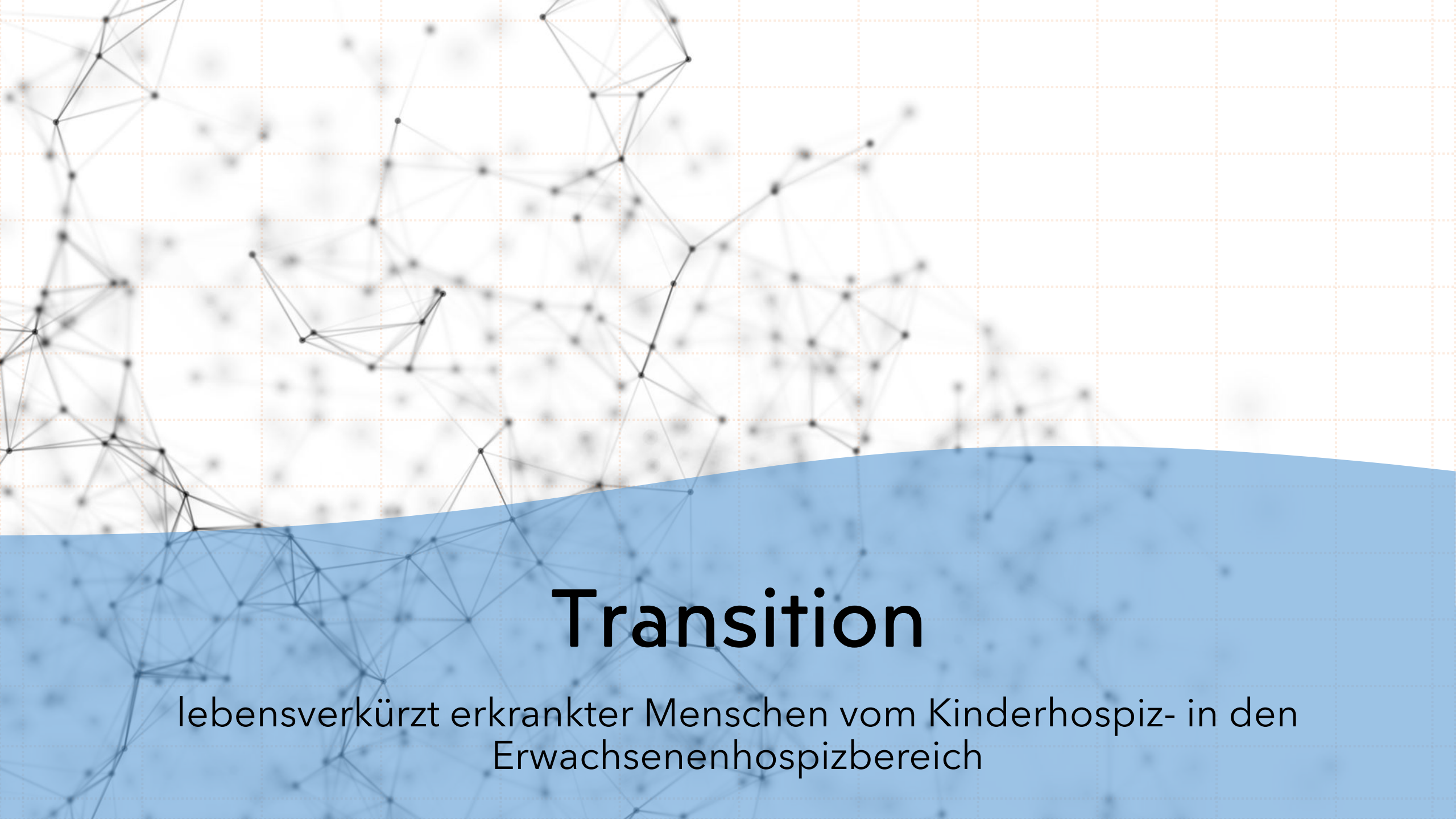
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Rebecca Zeljar
Referat Ambulante Versorgung
Landesvertretung Berlin/Brandenburg
Verband der Ersatzkassen e.V.
Tel. 030/253774-20, Fax. 030/253774-19
Rebecca.Zeljar@vdek.com

Fr. Marie Liebig

Transition
lebensverkürzt erkrankter
Menschen vom Kinderhospiz-
in den
Erwachsenenhospizbereich





Transition

lebensverkürzt erkrankter Menschen vom Kinderhospiz- in den
Erwachsenenhospizbereich



MenschenKind

FACHSTELLE FÜR DIE VERSORGUNG CHRONISCH
KRANKER UND PFLEGEBEDÜRFTIGER KINDER

Marie Liebig

Fachreferentin Care Management
Rehabilitationspädagogin

Die Arbeit der Fachstelle zum Thema der Transition

- 3 entwickelte Dokumente zur Unterstützung bei der Transition vom Kindes- ins Erwachsenenalter:
 1. Checkliste
 2. Zeitstrahl
 3. Fragebogen
- Zu finden auf kinderversorgungsnetz-berlin.de/volljaehrigkeit-und-behinderung

Transition

Lat. Übergang,
Übergehen – Der
Übergang ins
Erwachsenenleben



Die Arbeit des Kinderhospiz

Von einer gelungenen Hospiz- und Palliativversorgung kann gesprochen werden, wenn mobile und stationäre Angebote multiprofessionell und vernetzt agieren und sie die Autonomie der Familien bestmöglich bewahren, kulturelle Besonderheiten berücksichtigen und ein Leben und Sterben am selbst gewählten Ort ermöglichen. (Kronberger-Vollnhofer & Nemeth 2016, S. 250)

Mehrgenerationenhospiz Kassel



- Keine Altersgrenze
- Säugling gegenüber von Senior:in
- Finanziert von Heilhausstiftung
- Motto: Geburt, Leben, Sterben an einem Ort

Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie & Leuchtturmprojekt in Homburg



Was braucht erfolgreiche Transition?

Möglichkeit 1: Erwachsenenheospize öffnen sich für mehrfache Aufenthalte

Möglichkeit 2: Die Altersgrenze wird aufgehoben, wichtig für Aufnahme im Kinderhospiz ist allein der Zeitpunkt der Diagnose.

Möglichkeit 3: Mehrgenerationenheospize

Quellen

Literaturquellen

Gronwald, BM, C. Leis-Friderich, U. Schaumlöffel, L. Gortner, and S. Gottschling. "Altersübergreifende Hospiz- Und Palliativversorgung – Ein Visionäres Versorgungskonzept." *Zeitschrift Für Palliativmedizin* 15.3 (2014): Zeitschrift Für Palliativmedizin, 2014, Vol.15 (3). Web.

Jennessen, Sven. "Kinder- Und Jugendhospizarbeit in Deutschland." *Sozial Extra* 37.5 (2013): 33-37. Web.

Kronberger-Vollnhofer, Martina, and Claudia Nemeth. "Hospiz- Und Palliative-Care Bei Kindern, Jugendlichen Und jungen Erwachsenen." *Pädiatrie Und Pädologie* 51.6 (2016): 249-52. Web.

Internetquellen

https://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken_institute/kinder_und_jugendmedizin/zpk

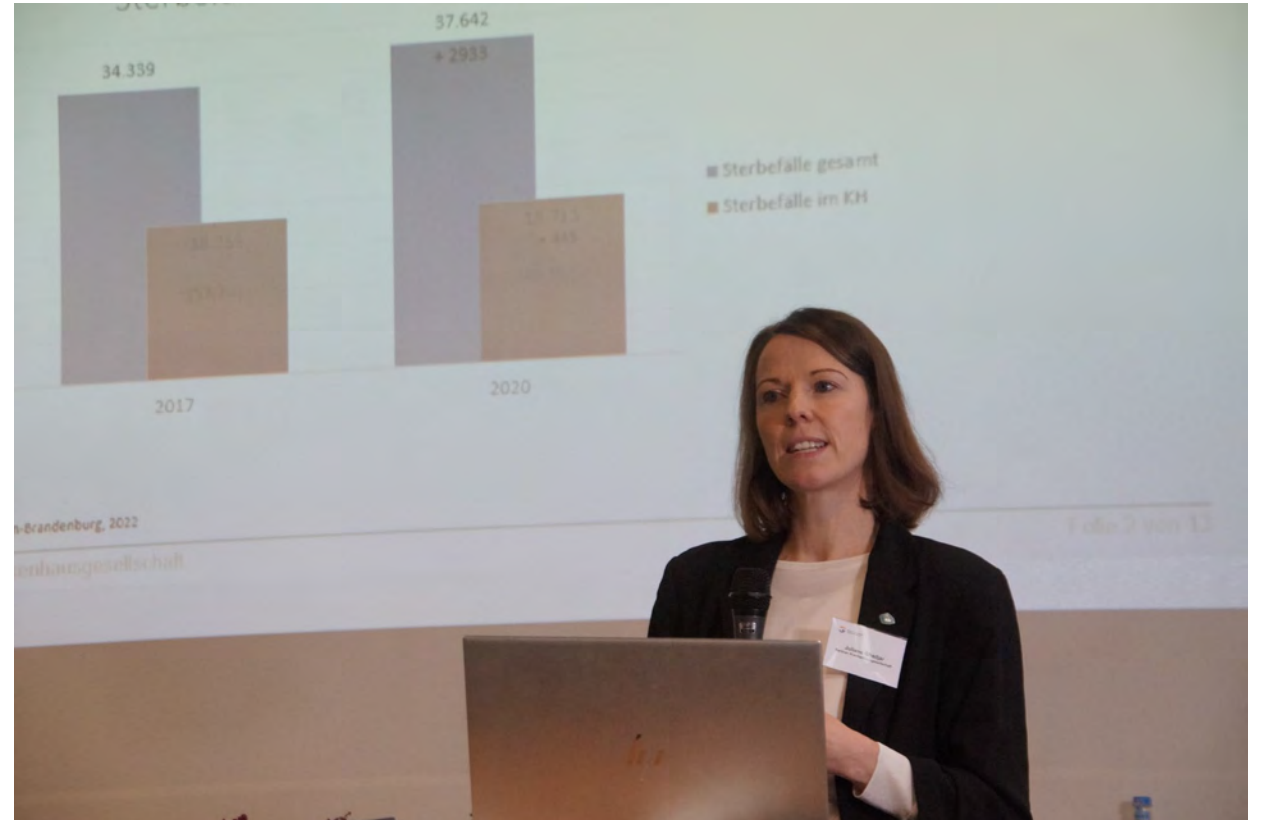
<https://www.kinder-und-erwachsenenhospiz-homburg.de/>

<https://kinderversorgungsnetz-berlin.de/volljaehrigkeit-und-behinderung>

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Transition>

Fr. Juliane Ghadjar

Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus – Aktuelle Ergebnisse für die Region Berlin



Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus

Aktuelle Ergebnisse für die Region Berlin

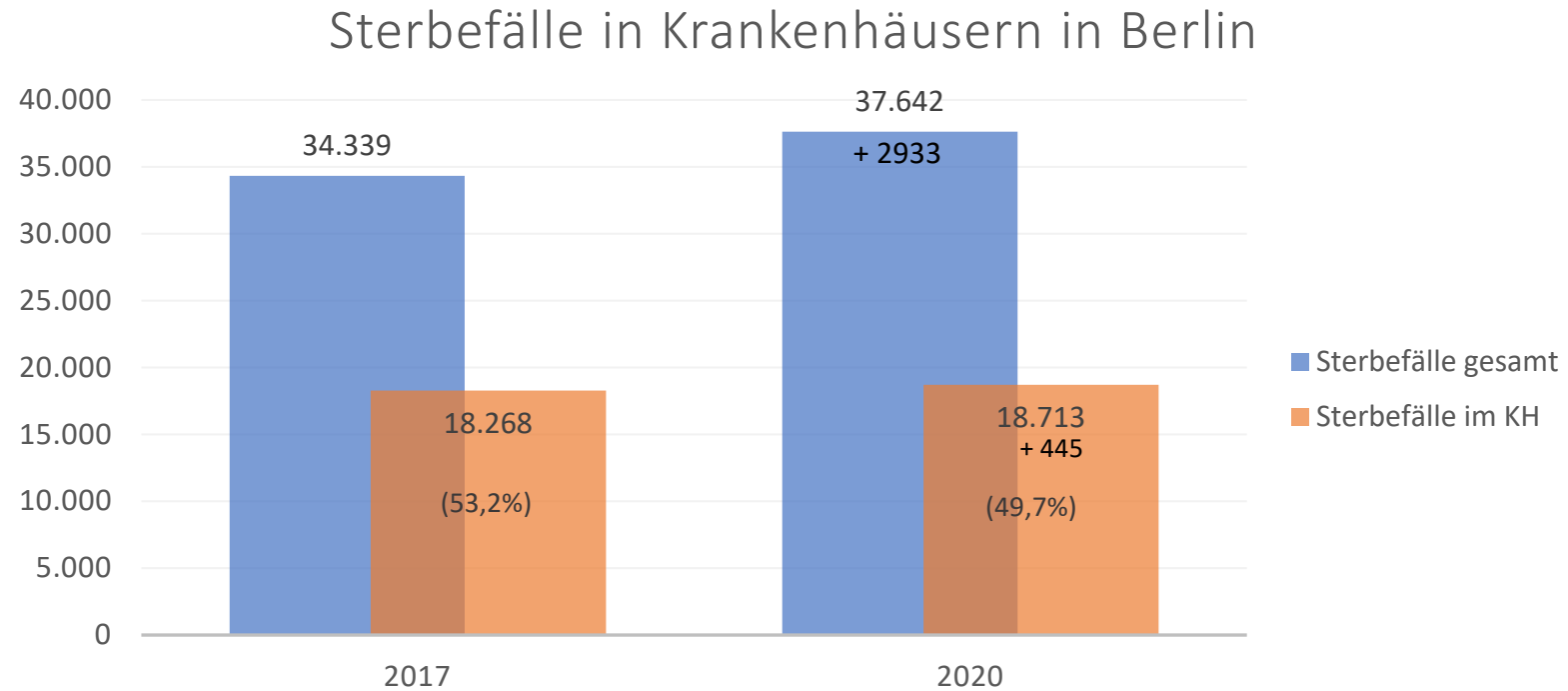
5. Berliner Hospizforum
18.11.2022

Juliane Ghadjar
Referentin Pflegeeinrichtungen,
Kampagnenkoordinatorin #PflegeJetztBerlin



- 1. Übersicht Sterbefälle Berlin**
- 2. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen**
- 3. Abfrageergebnisse der BKG zu Aktivitäten für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Krankenhäusern**
- 4. Ableitung Handlungsbedarf**
- 5. Empfehlungen der BKG**

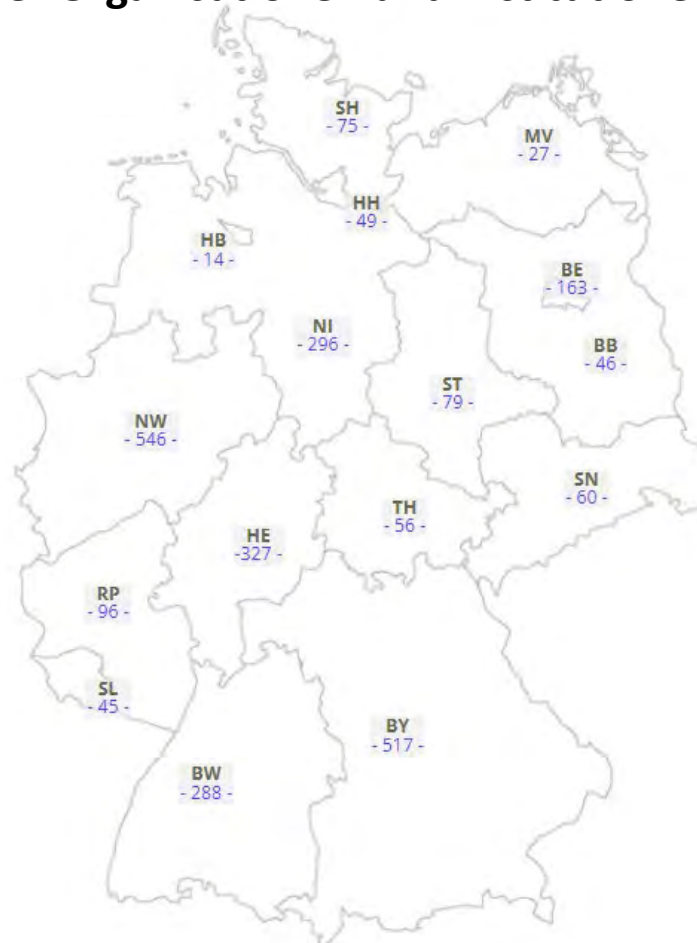
1. Übersicht Sterbefälle Berlin



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022

2. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Anzahl der Organisationen und Institutionen nach Bundesland



Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ durch BKG im Jahr 2017

- 2.686 Organisationen/ Institutionen
- 29.549 Einzelpersonen

(Stand 10/2022)

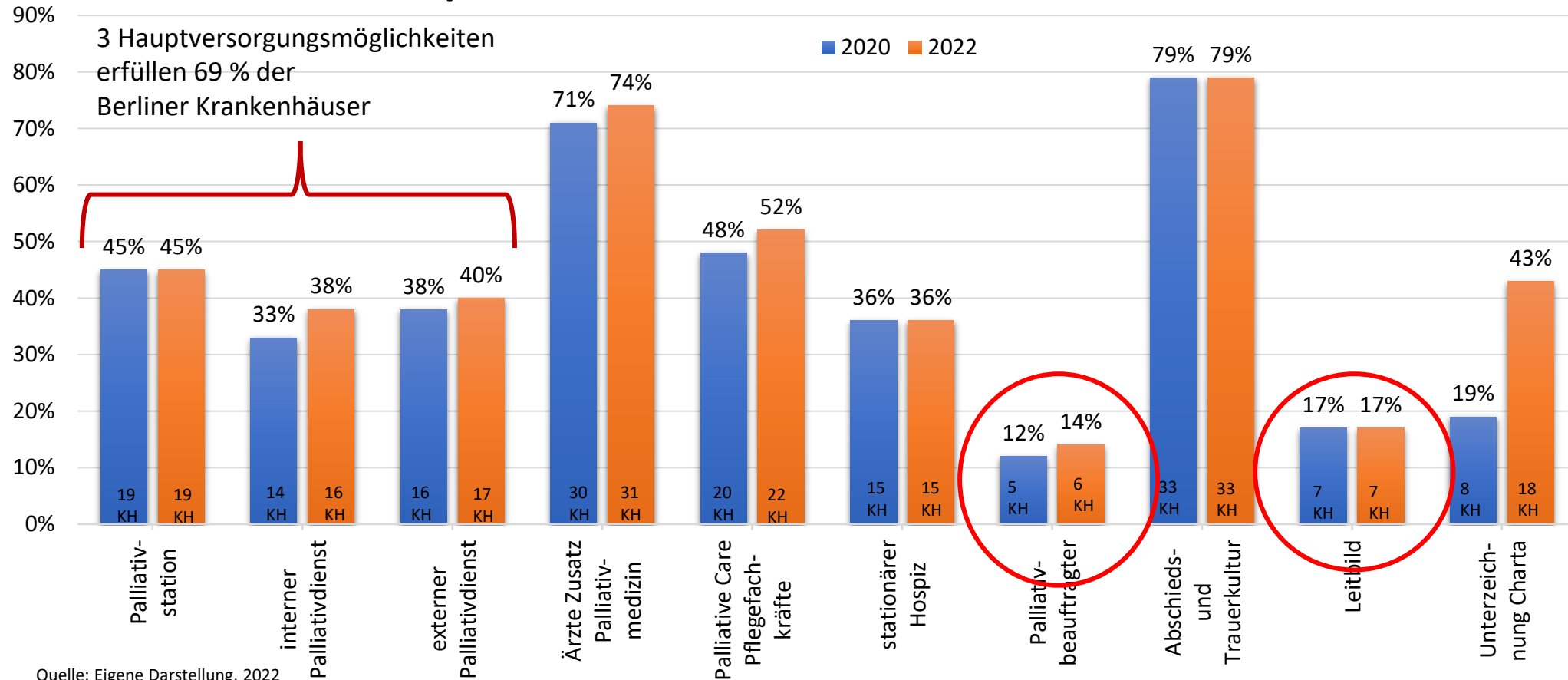
Quelle: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/unterstuetzer_landkarte.html

3. Abfrage der BKG zu Aktivitäten für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Krankenhäusern

- › Datenerhebung:
- › Erhebungszeitpunkt: T1: 2020 und T2: 2022
- › Datengrundlage: Befragung + Analyse Qualitätsberichte + Recherche Webseiten der KH = 42 KH
 - Befragung: Quantitativer Fragebogen (halboffen)
- › Rücklaufquote nicht bewertbar (Nonerresponse Bias)
- › Einschluss 42 von den 51 Berliner KH
- Ausschluss 9 KH (→ Angebot spezielle Versorgung, Weiterleitung seltener palliativer Versorgungen an eines der 42 KH)

3. Abfrage der BKG zu Aktivitäten für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Krankenhäusern

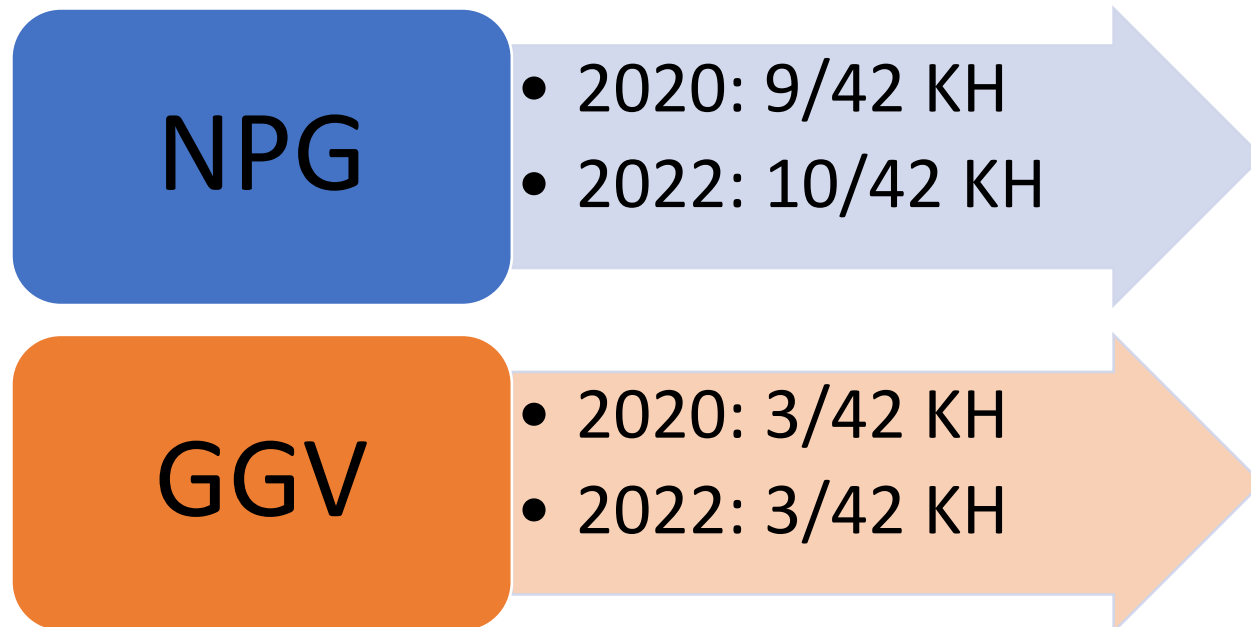
Hospiz- und Palliativkultur in 42 Berliner Krankenhäusern



Quelle: Eigene Darstellung, 2022

3. Abfrage der BKG zu Aktivitäten für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Krankenhäusern

- Ergänzung **Netzwerk Palliative Geriatrie (NPG)** und **gerontopsychiatrisch - geriatrischer Verbund (GGV)**



- Ansätze für vulnerable Gruppen und kulturelle Besonderheiten (1/2)

→ Antworten Freitextfeld:

- Psychoonkolog/-in
- Konsildienst konnte pandemiebedingt nicht aufgenommen werden
- Interne WB-Angebote nach DGP 40-Stunden Kurs
- Verlust von Kindern:
 - o Verweis/Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen,
 - o Fuß-/Handabdrücke/Fotos verstorbener Kinder,
 - o Begleitung Eltern/Angehörige/Geschwisterkinder beim Übergang/Verabschiedung verstorbener Kinder durch hausinternes Psychologen/-innen-, Therapeuten/-innenteam (nicht während Pandemie),
 - o Gedenkfeier frühe Aborte/stillgeborene Kinder

- Ansätze für vulnerable Gruppen und kulturelle Besonderheiten (2/2)

→ Antworten Freitextfeld:

- Seelsorger/-innen (2x),
- Hauptamtlicher Geistlicher für Sterbebegleitung
- Gedenkfeier für auf Palliativstation verstorbene Pat.,
- Psychosoziales Versorgungsnetzwerk mit Möglichkeit zeitnaher Reaktion auf Krisensituationen / Allokation von Ressourcen bei erhöhtem Palliativbedarf,
- Trauernachsorge

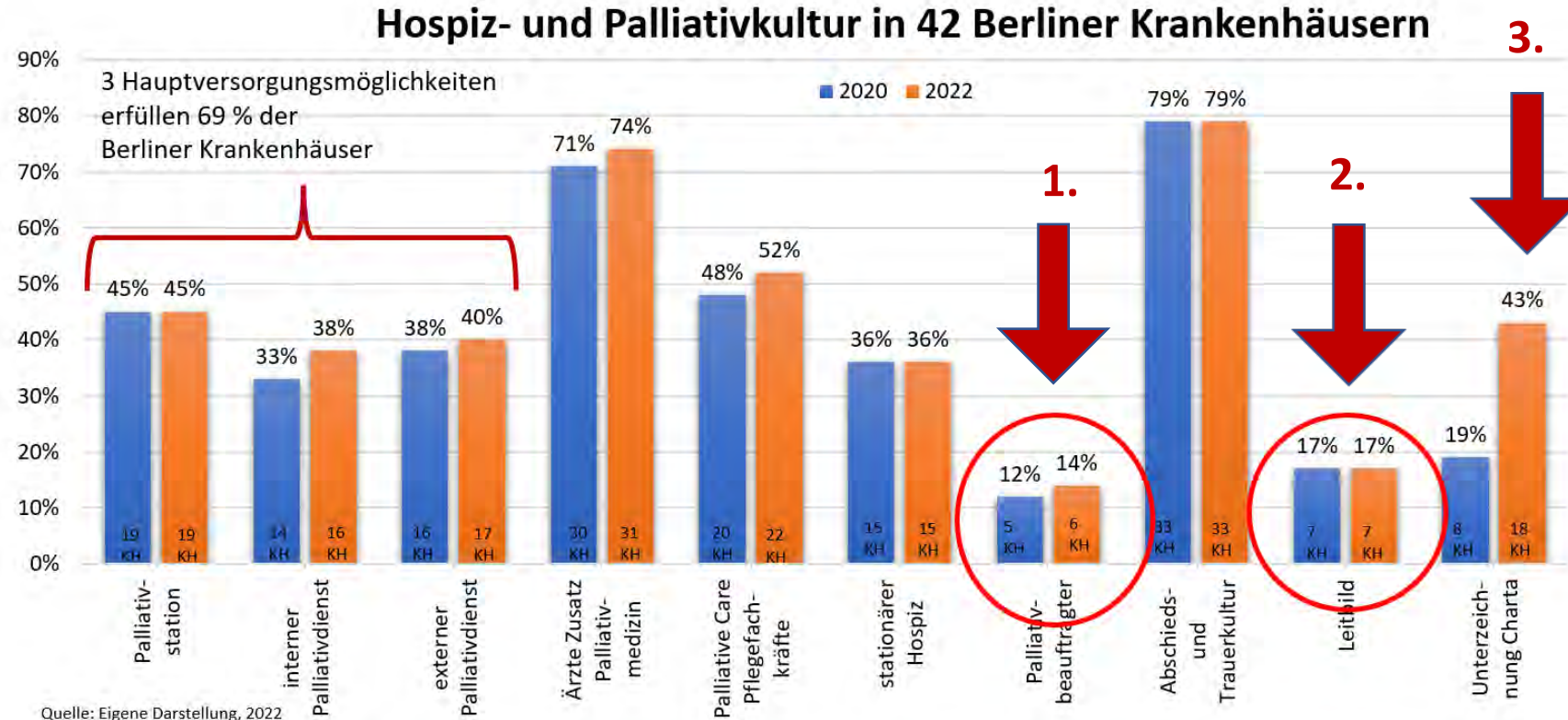
3. Abfrage der BKG zu Aktivitäten für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Krankenhäusern

- Welche Besonderheiten bestehen bei der Aufnahme von Patient/-innen, für die eine palliative Versorgung notwendig ist?

→ Antworten Freitextfeld:

- Vernetzung Vorbehandelnder, Angehöriger + amb./stat. Strukturen (2x),
- HOPE
- Palliativmed. Assessment, Belastungsscreening, Distress Thermometer,
- Erfassen/Begleitung von Pat. mit von Angst,
- Palliativmed. Erstberatung für Pat., die in spezialisierte Palliativversorgung aufgenommen wurden

4. Ableitung Handlungsbedarf



© 2022 Berliner Krankenhausgesellschaft

Folie 4 von 11

1. Palliativbeauftragte/r (7/42 KH)

- Transparenz Finanzierung
- Über Zusatzentgelte im DRG-Katalog, Zusatzentgelte für palliativmed. Versorgung bei Vorhaltung bestimmter Strukturmerkmale; ZE geknüpft an OPS-Codes
- Anerkennung als „besondere Einrichtung“ → gesonderte Finanzierung bestimmter Leistungen
- Planung BKG-Fachveranstaltung „Finanzierungsmodalitäten von Palliativstrukturen im Krankenhaus“

2. Leitbild

3. Charta

- 6 KH haben Interesse an Unterzeichnung der Charta
- Festliche Unterzeichnung zur Jubiläumssitzung anlässlich 5 Jahre AG Umsetzung Charta am 15.12.2022
- weitere Krankenhäuser und Personen zur Unterzeichnung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ bewegen

4. Überarbeitung und Erweiterung der Best-Practice-Datenbank zur Umsetzung der Charta in den Berliner Krankenhäusern (Nachfassen)

- Berücksichtigung der aktuellen Bedingungen der Fachkraftsituation, des Ärztemangels und der Investitionslücke
- Auskömmliche Investitionsfinanzierung des Landes
- Ausreichende Besetzung mit Fachpersonal
- Verbesserung der ambulanten Hospizversorgung → Ausbau der Anzahl an Palliativärzten und Palliativ-Care-Kräften
- Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berliner Pflegeeinrichtungen



Marc Schreiner, Geschäftsführer

Juliane Ghadjar,
Referentin Pflegeeinrichtungen und
Kampagnenkoordinatorin
#PflegeJetztBerlin

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
Hallerstraße 6
10587 Berlin

030 – 330 990 0

mail@bkgev.de

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Hr. Dr. med. Alexander Kowski

Beispiel guter palliativen Versorgung im Krankenhaus: Die Neuropalliative Station an der Charité





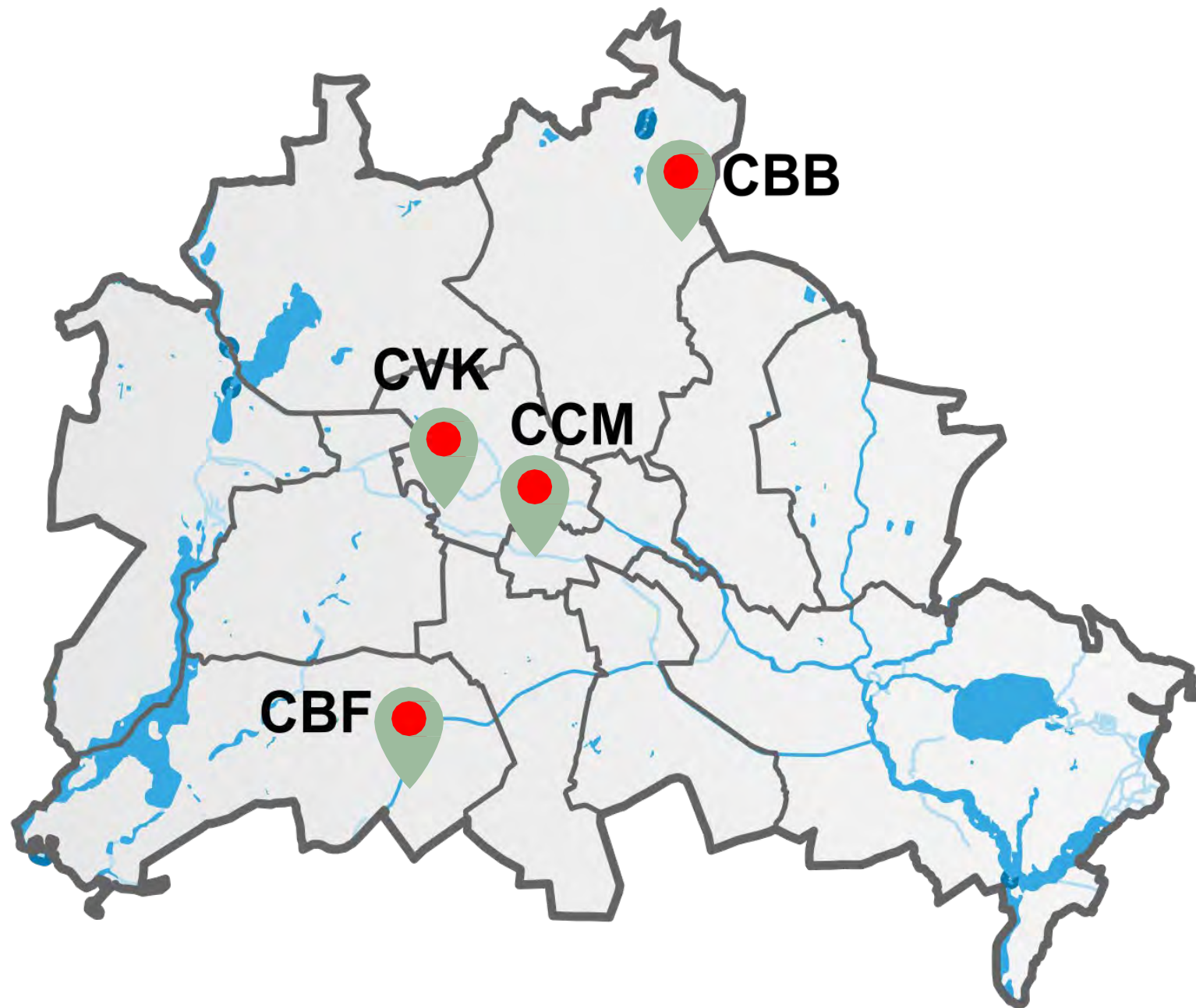
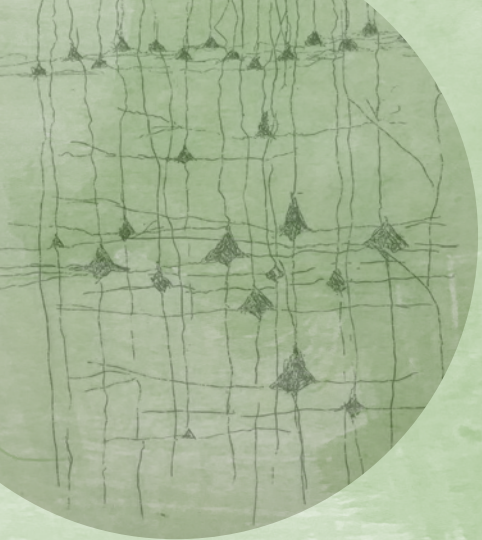
5. Berliner Hospizforum

Station für **NEURO**PALLIATIVE**CARE** Campus Charité Virchow Klinikum

ALEXANDERKOWSKI



AG NEUROPALLIATIVECARE

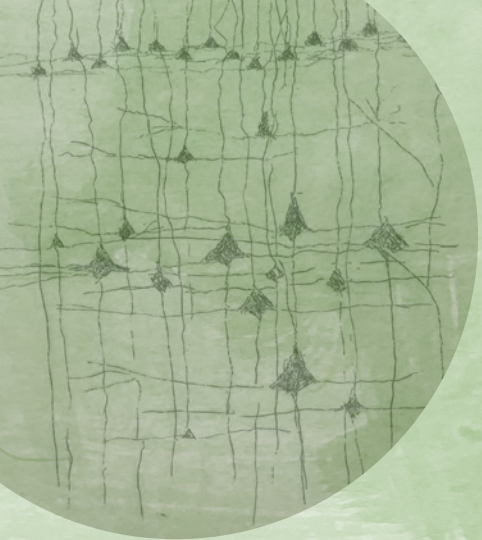












Erhalt von Lebensqualität und Selbstbestimmung

vorbeugen

frühzeitiges Erkennen

lindern

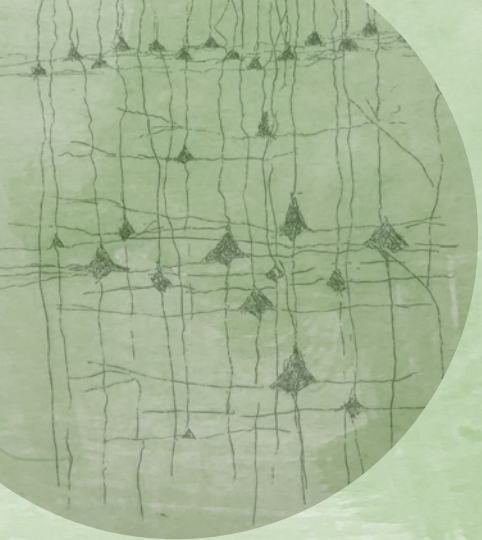
physisch

psychisch

sozial

spirituell

Symptome und Beschwerden



**Nicht-heilbare Erkrankung oder Miterkrankung
des Nervensystems bzw. der Muskulatur**



Lebenserwartung > wenige Tage



komplexe Symptomlast

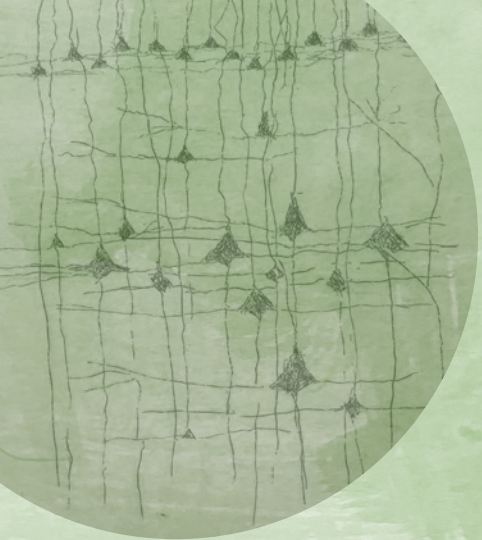


**unklares
Therapieziel**



Symptomlast inkl. neurologischer Symptome

| **AUFNAHMEKRITERIEN**

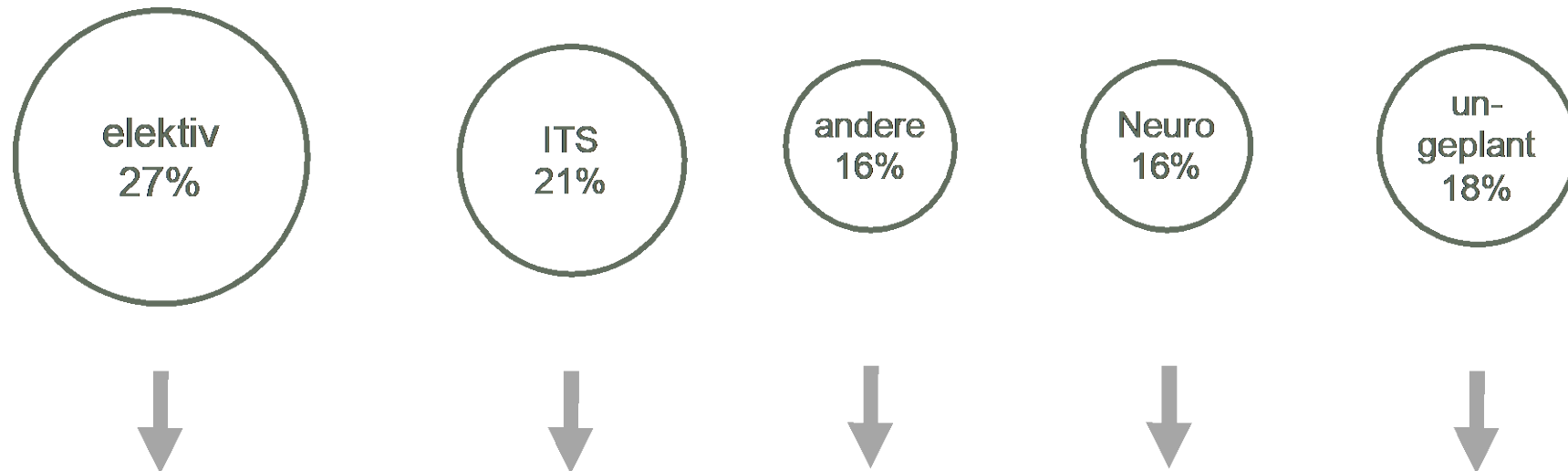
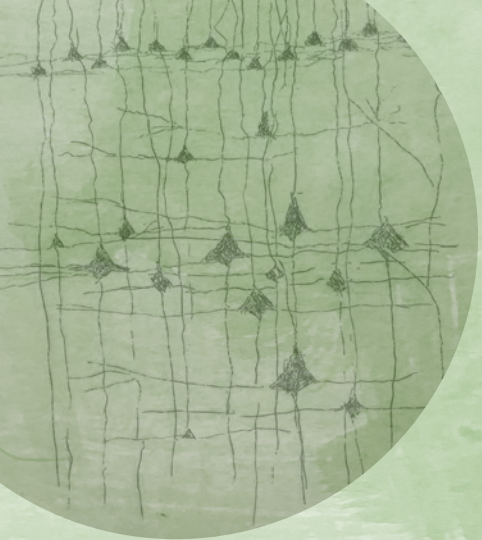


Rückblick – NEUROPALLIATIVECARE



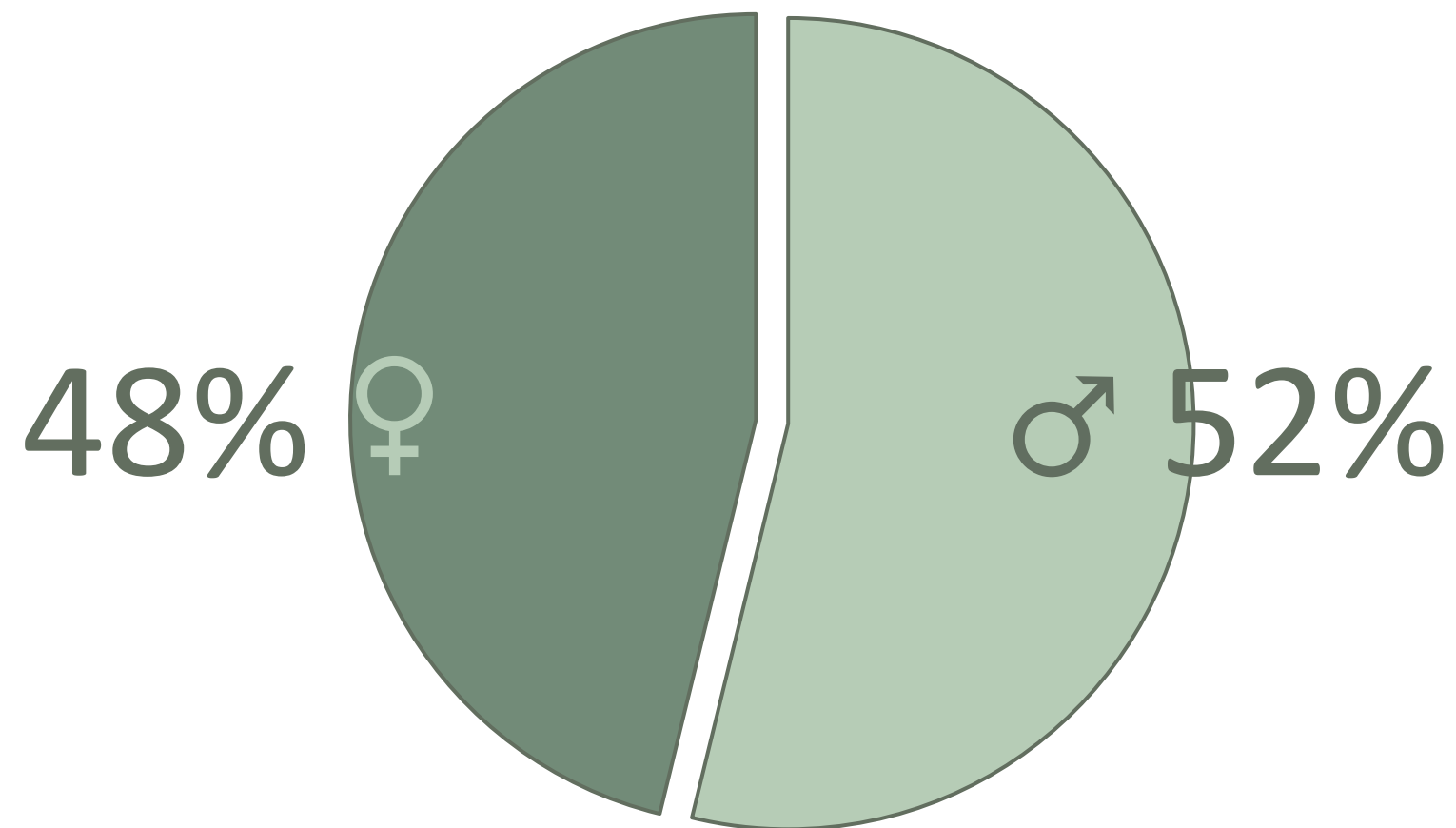
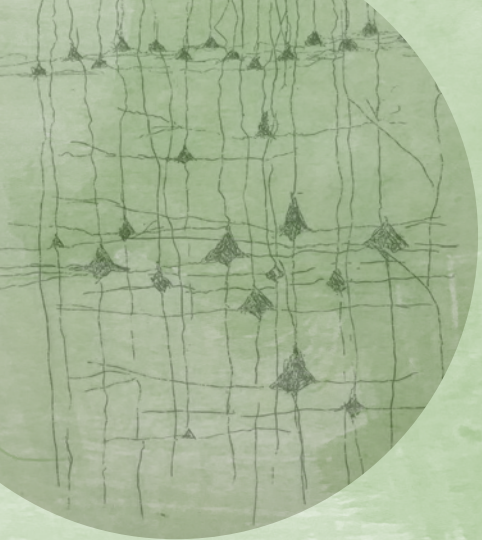
218
(196)

FALLZAHL | FEB.2021–2022

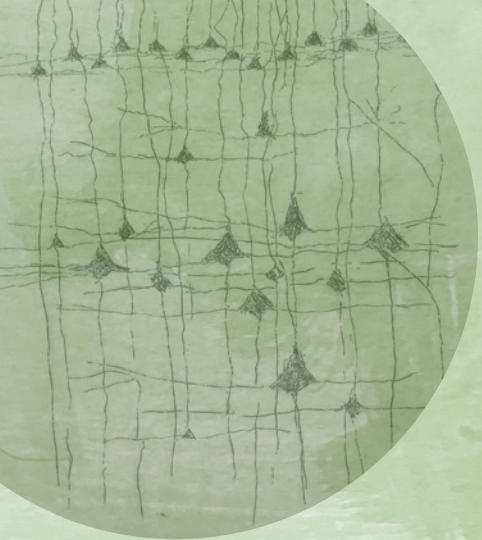


W56 - NeuroPalliativeCare

AUFNAHMEMODUS | FEB.2021-2022

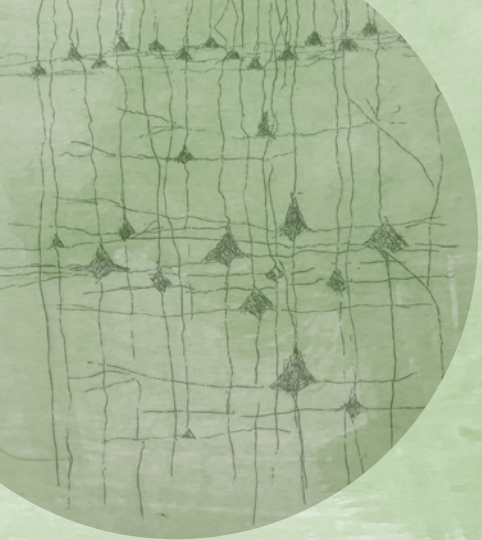


GESCHLECHT | FEB.2021–2022



65,6
Jahre

ALTER | FEB.2021–2022



Schmerz
BPI-Shortform

Stimmung
GDS

Symptomlast
IPOS-NEURO

Psychosoziale
Belastetheit
Distress-Thermometer

Soziale Situation
und Vorsorgestatus

Ernährung- und
vegetativer Status
Nutritional Risk Screening

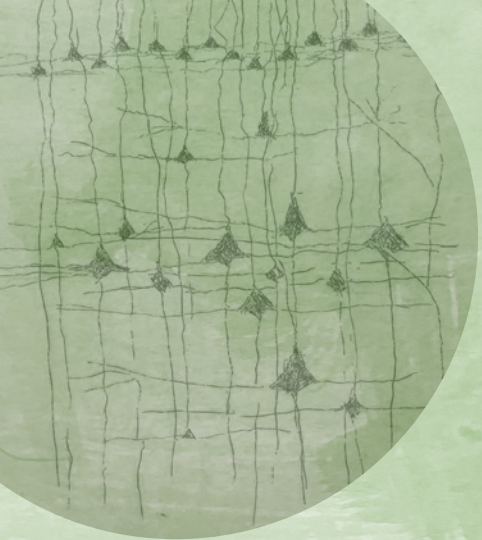
Geschätzte
Prognose
12-SQ

Krankheitsphase
S3-Leitlinie
Palliativmedizin

Alltags-
kompetenz
ECOG

Caregiver
Burden
ZBI-12

BASISASSESSMENT | FEB.2021–2022



Eingeschränkte
Beweglichkeit
65%

Energielosigkeit
54%

Problem die Beine
zu gebrauchen
56%

Müdigkeit
43%

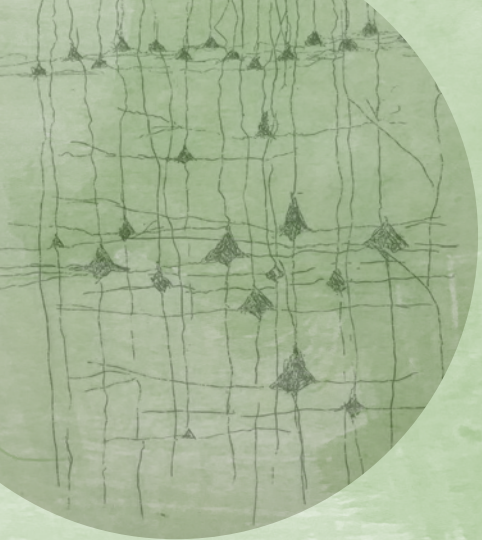
Problem die
Arme zu
gebrauchen
40%

Schwierigkeit sich
mitzuteilen
42%

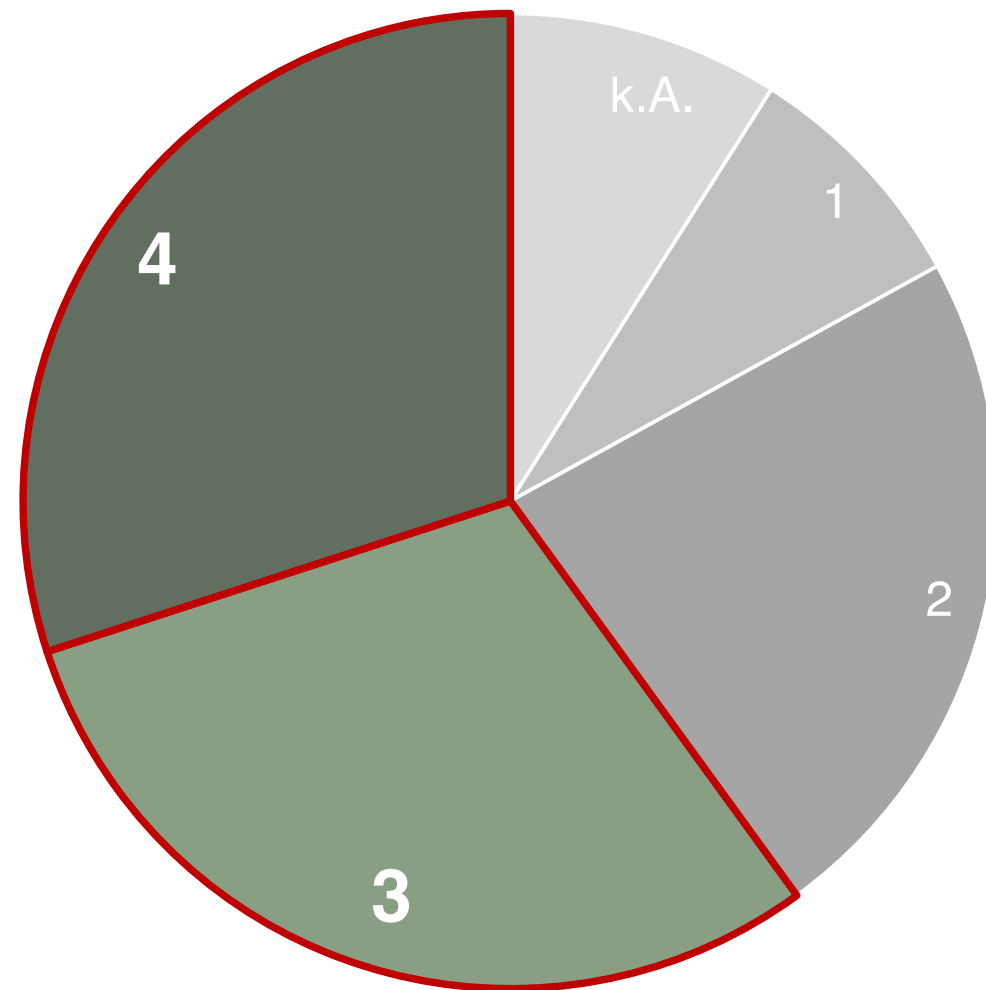
Schluck-
problem
30%

Schmerz
30%

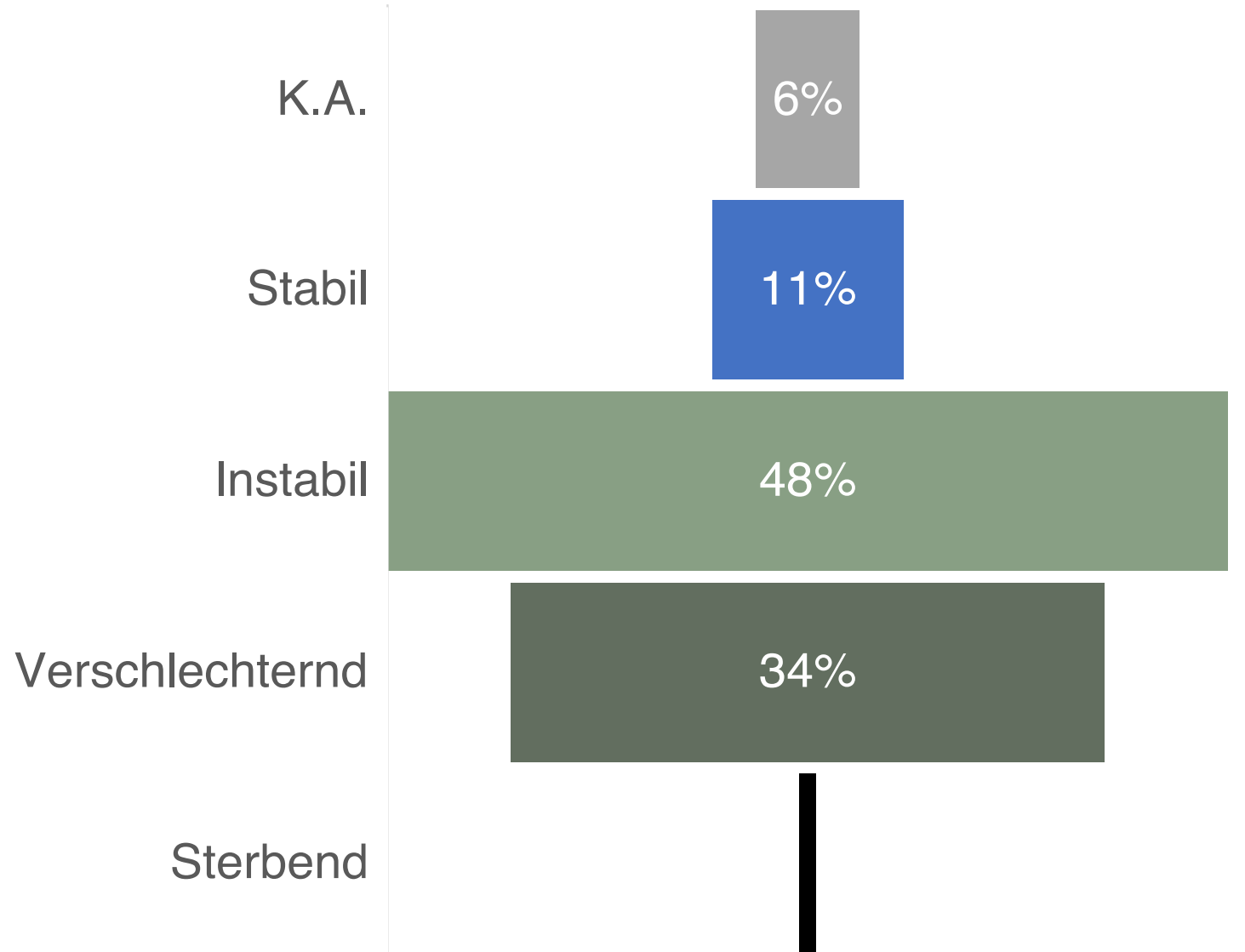
SYMPTOME | FEB.2021–2022



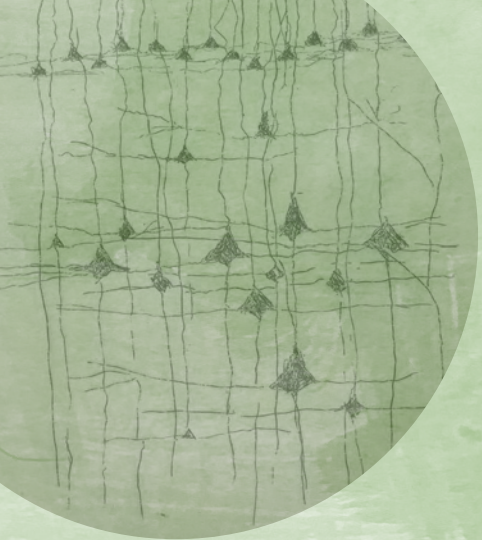
ECOG 3-4
60%



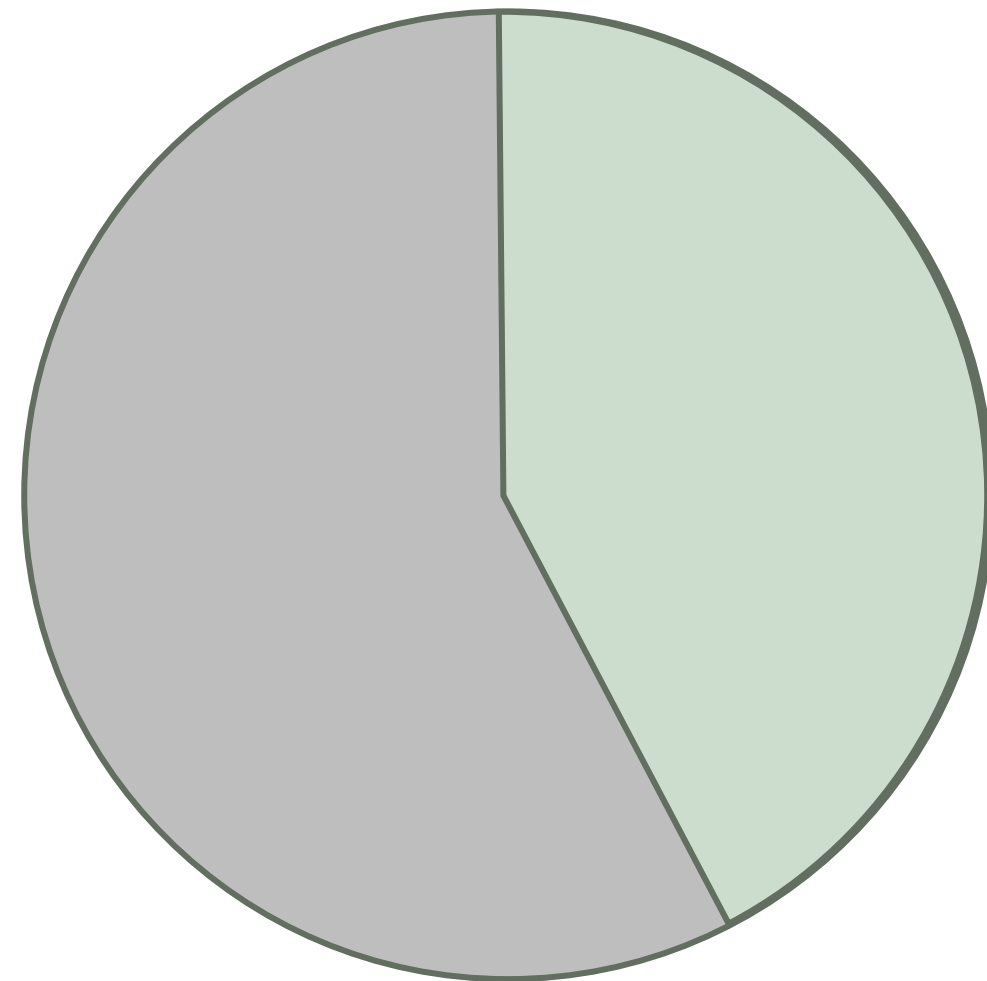
FUNKTIONSSTATUS | FEB.2021–2022



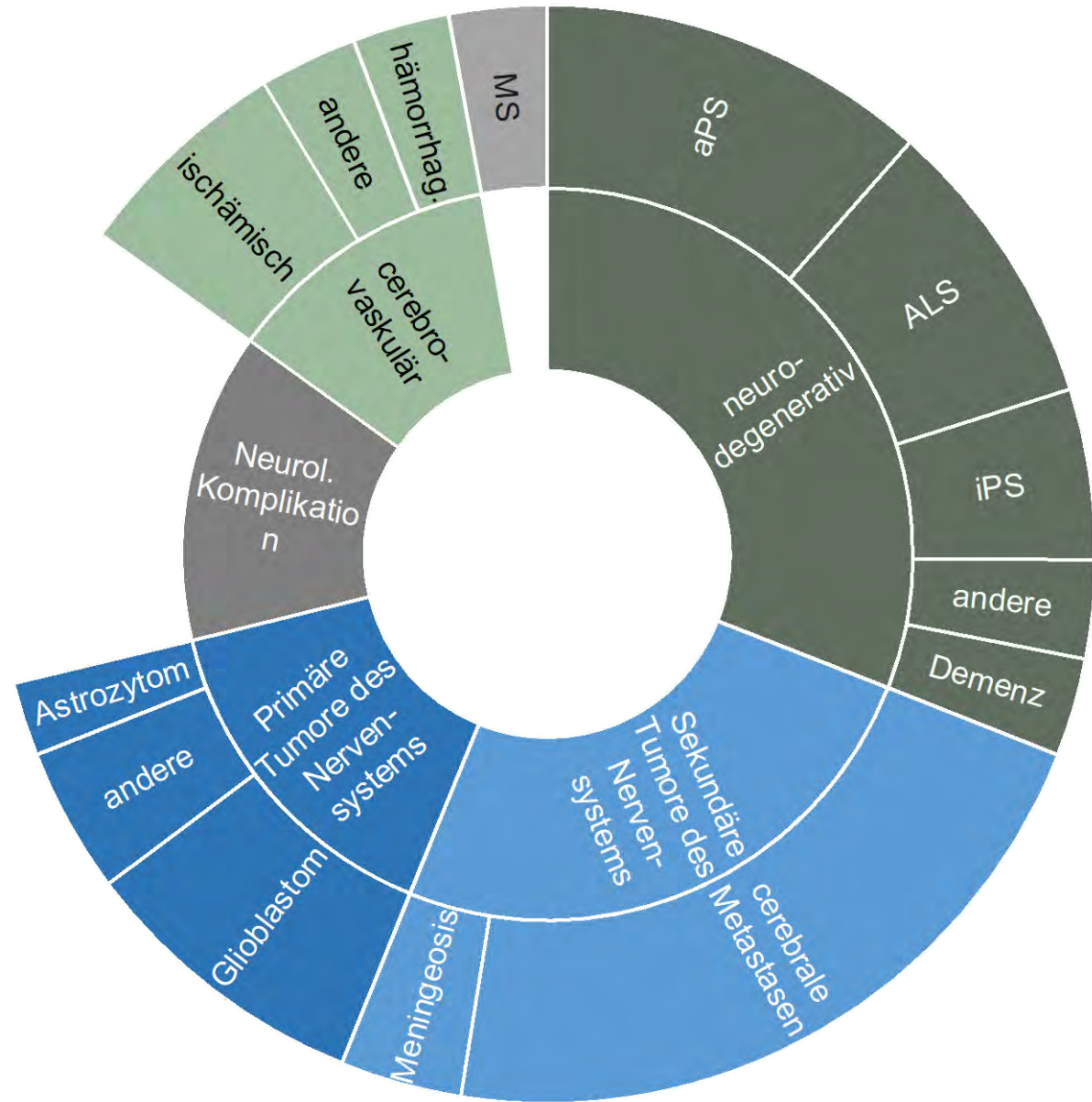
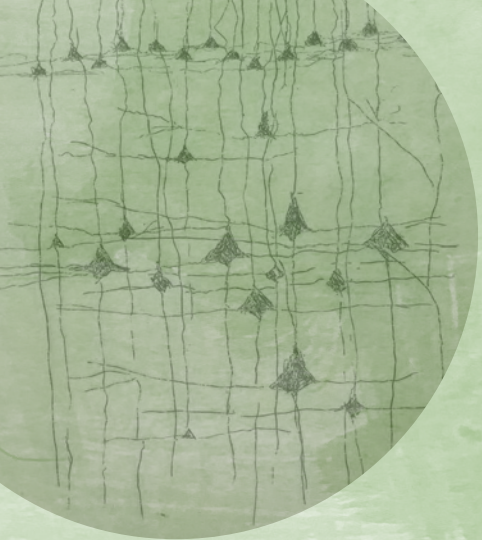
KRANKHEITSPHASE | FEB.2021–2022



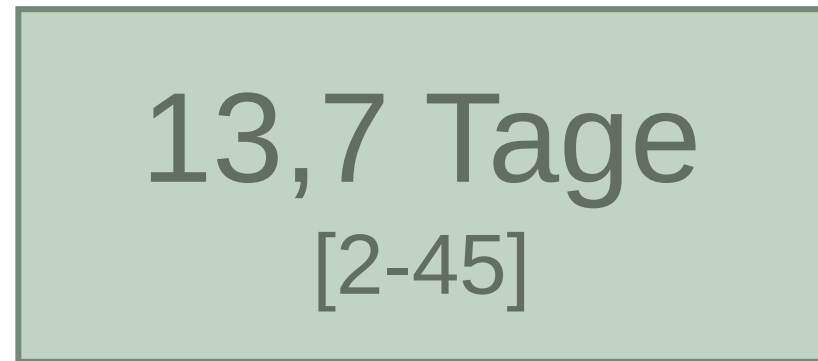
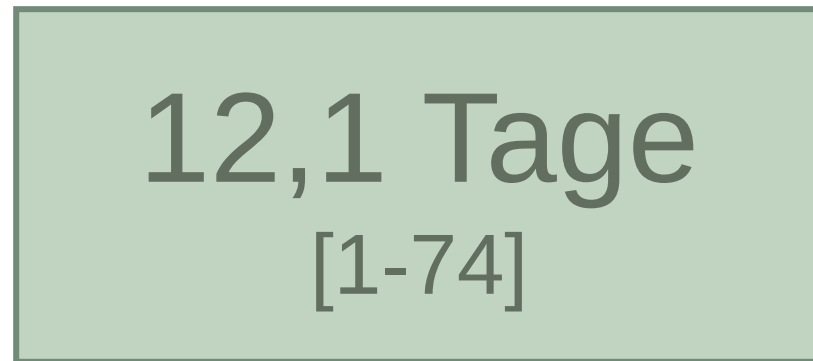
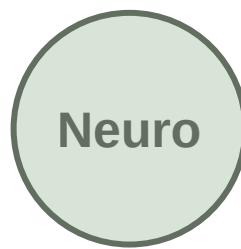
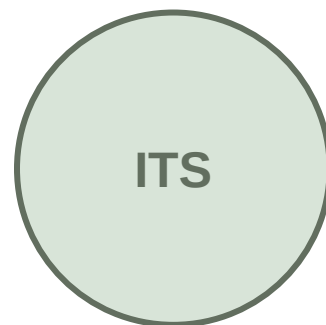
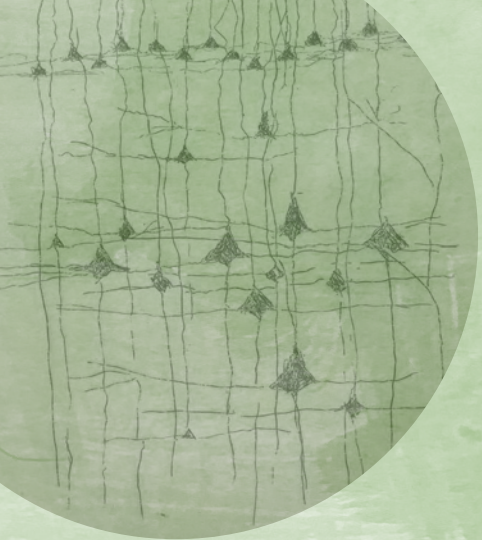
PV 39%



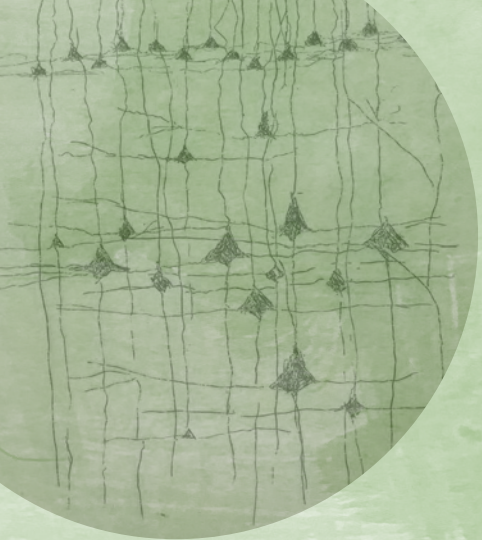
VORSORGESTATUS | FEB.2021-2022



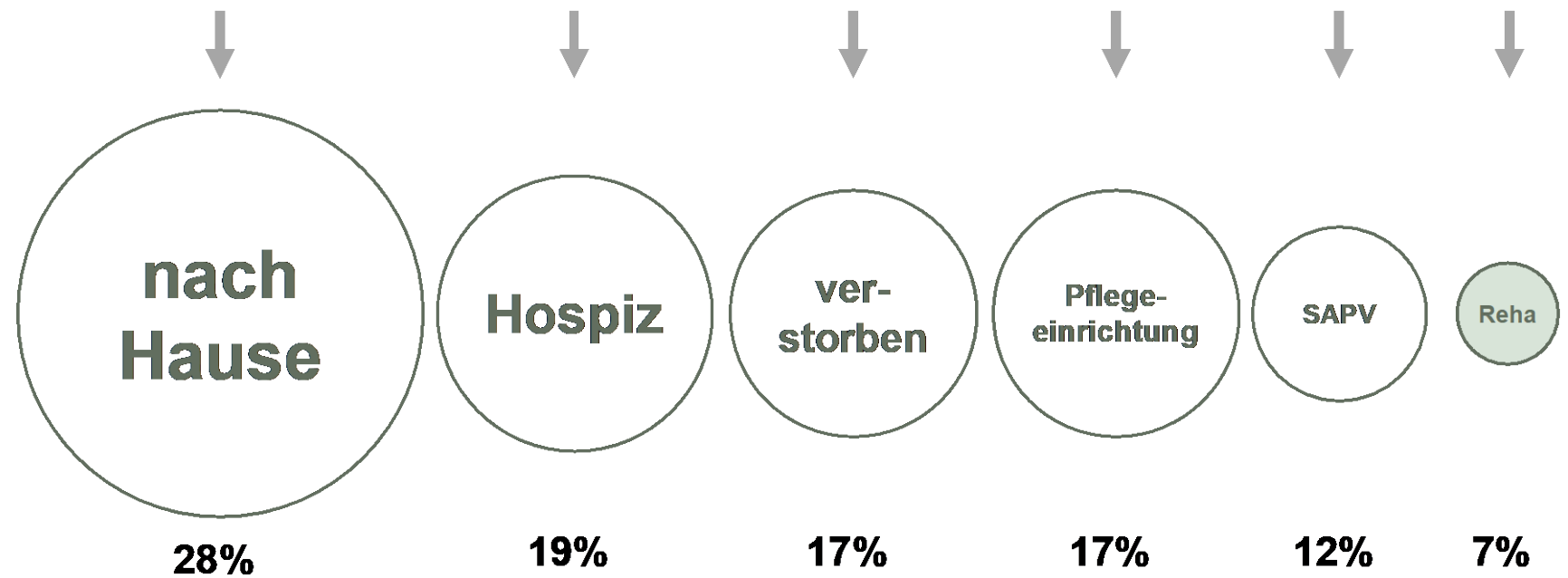
DIAGNOSESPEKTRUM | FEB.2021-2022



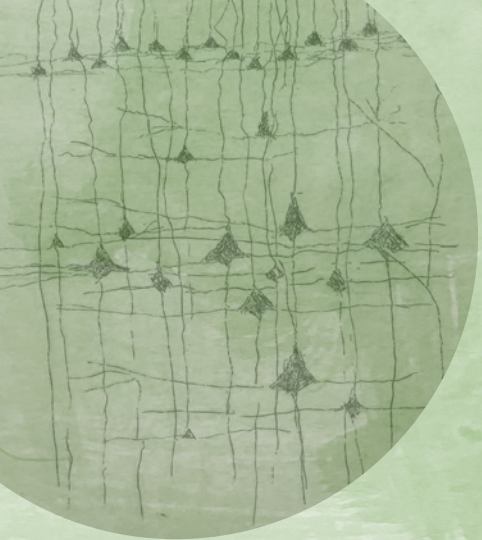
VERWEILDAUER | FEB.2021–2022



W56 - NeuroPalliativeCare

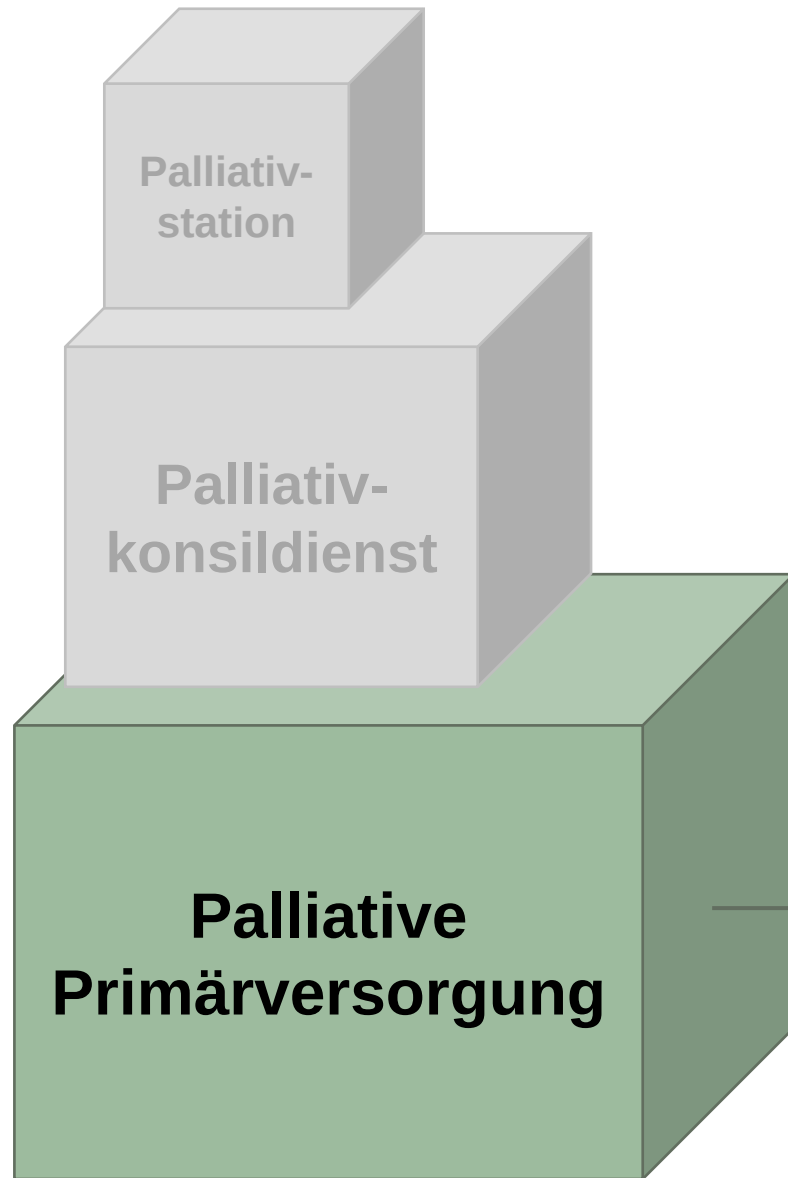


ENTLASSMODUS | FEB.2021–2022

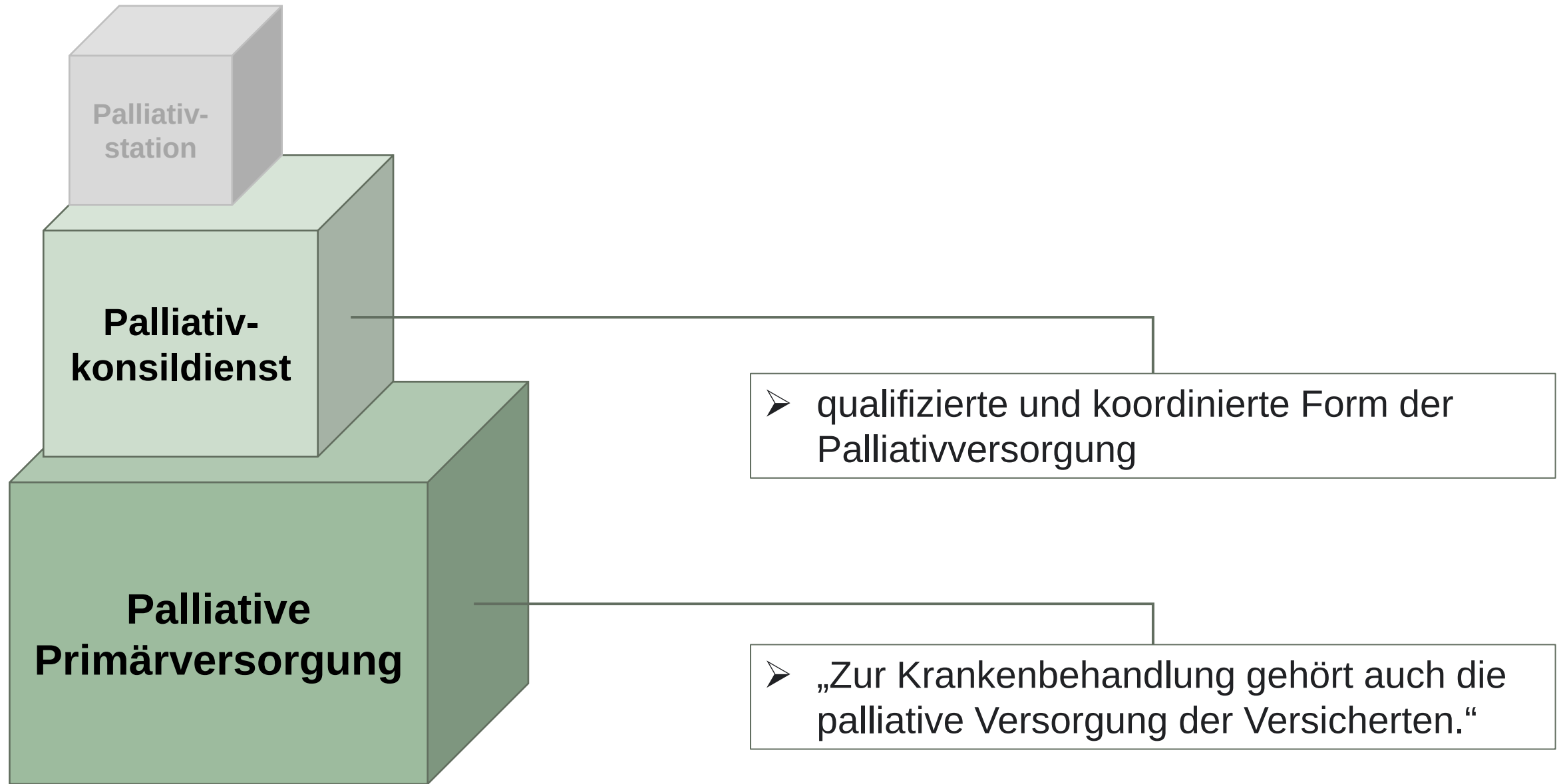


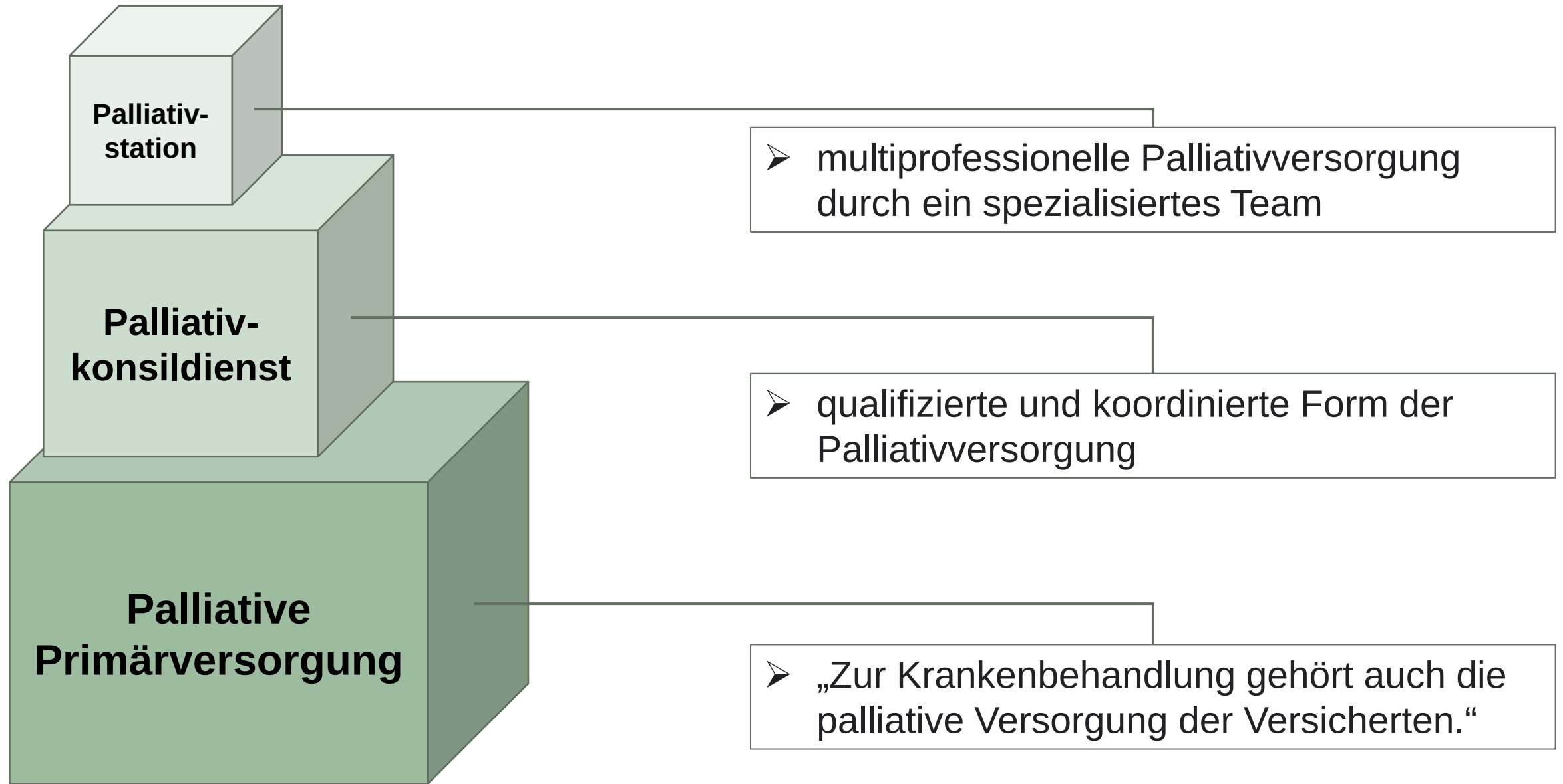
NEUROPALLIATIVECARE

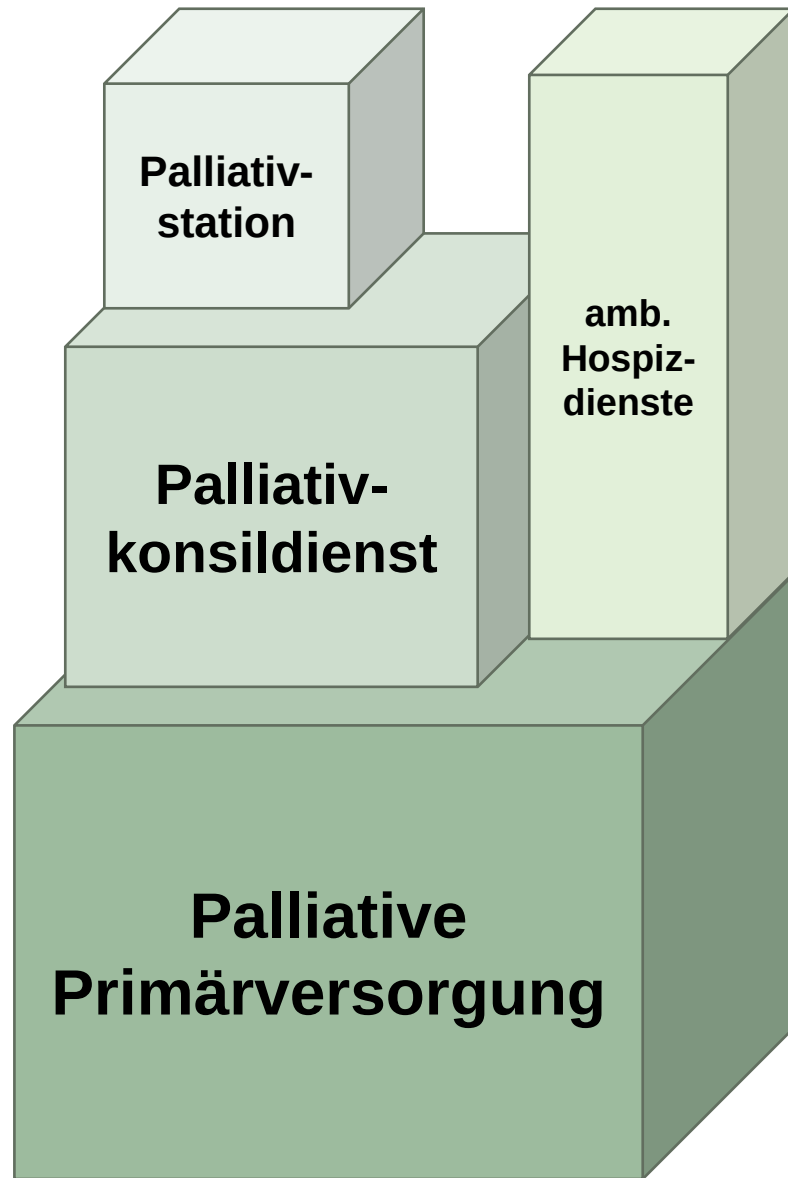
Stationäre Versorgung

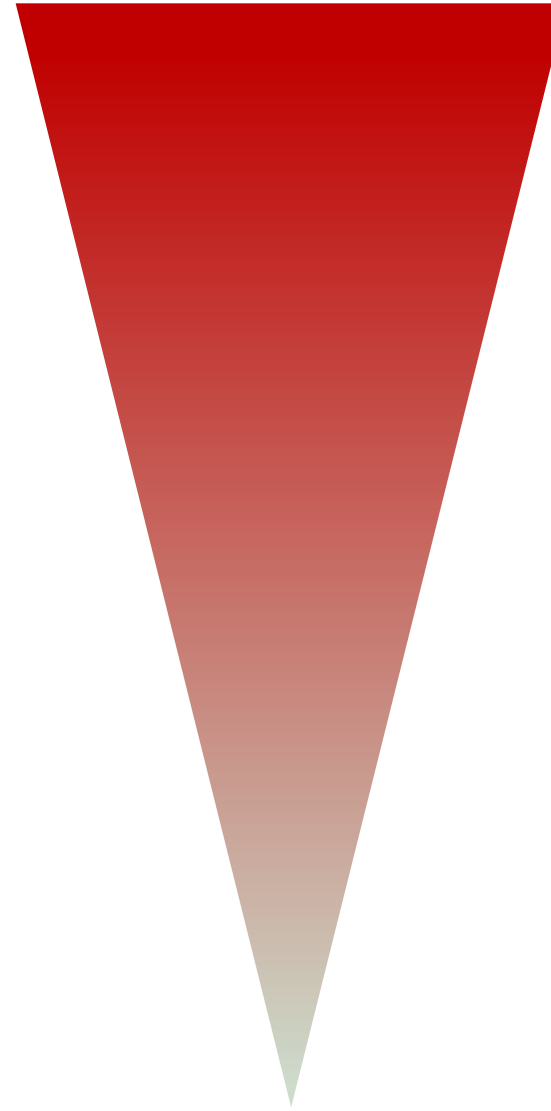
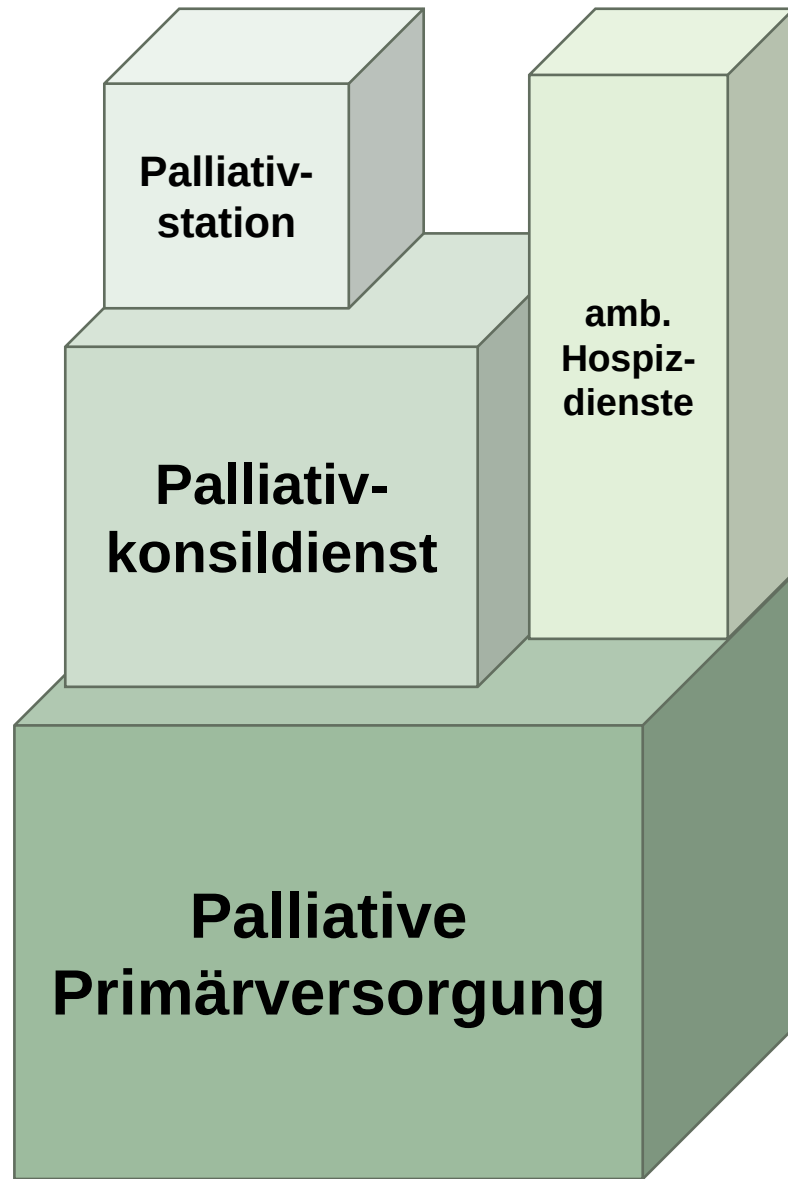


- „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“

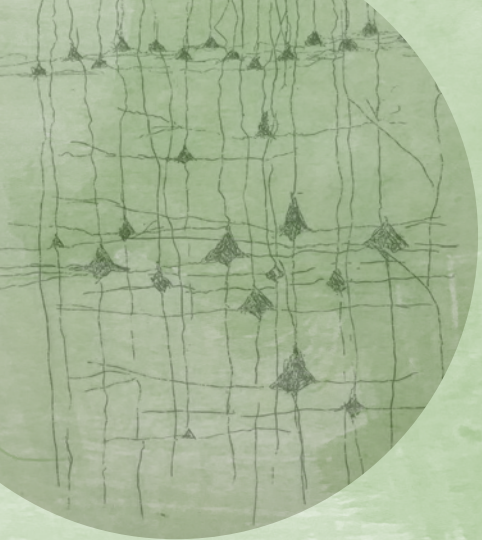






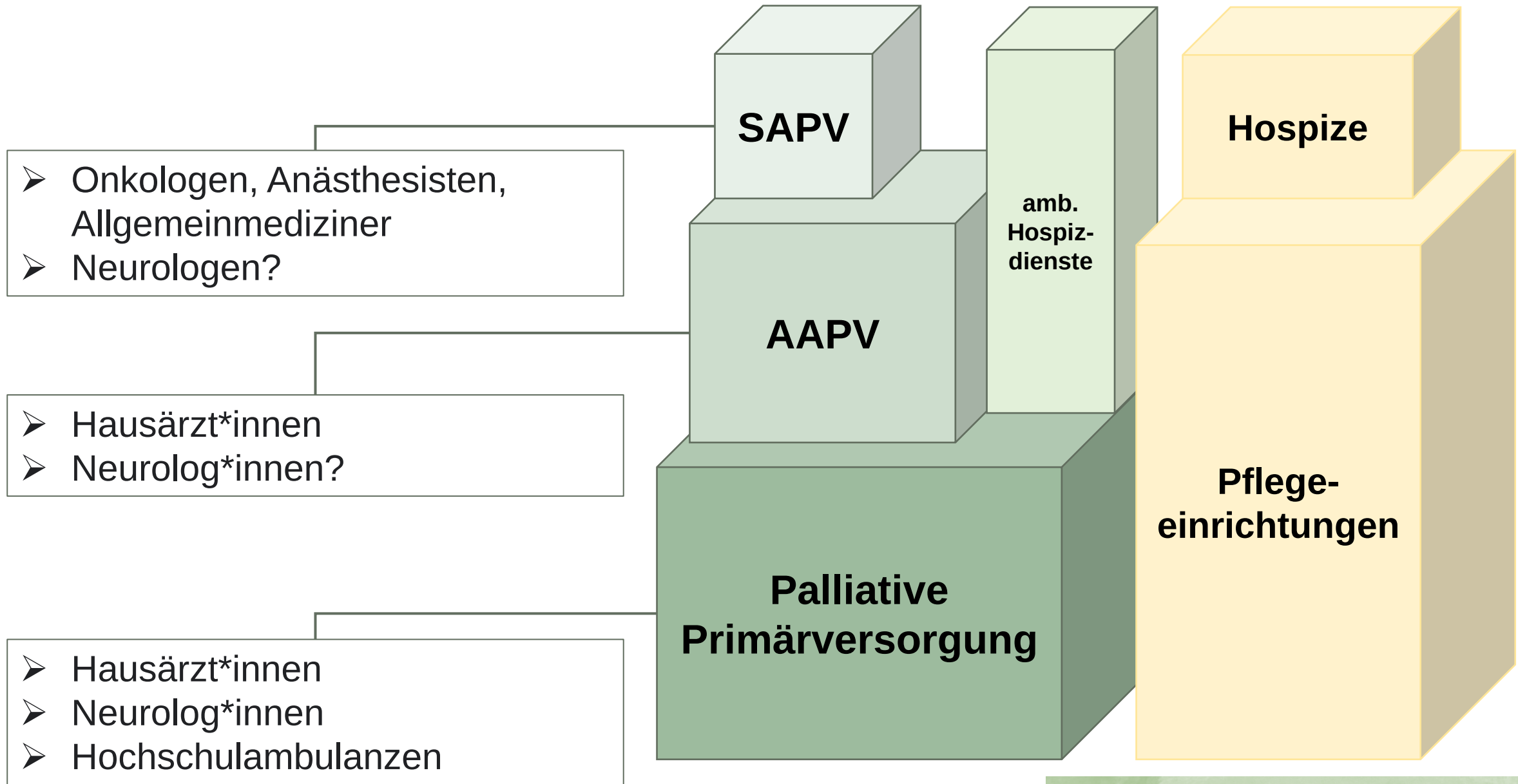


**Symptomlast
und
Komplexität**

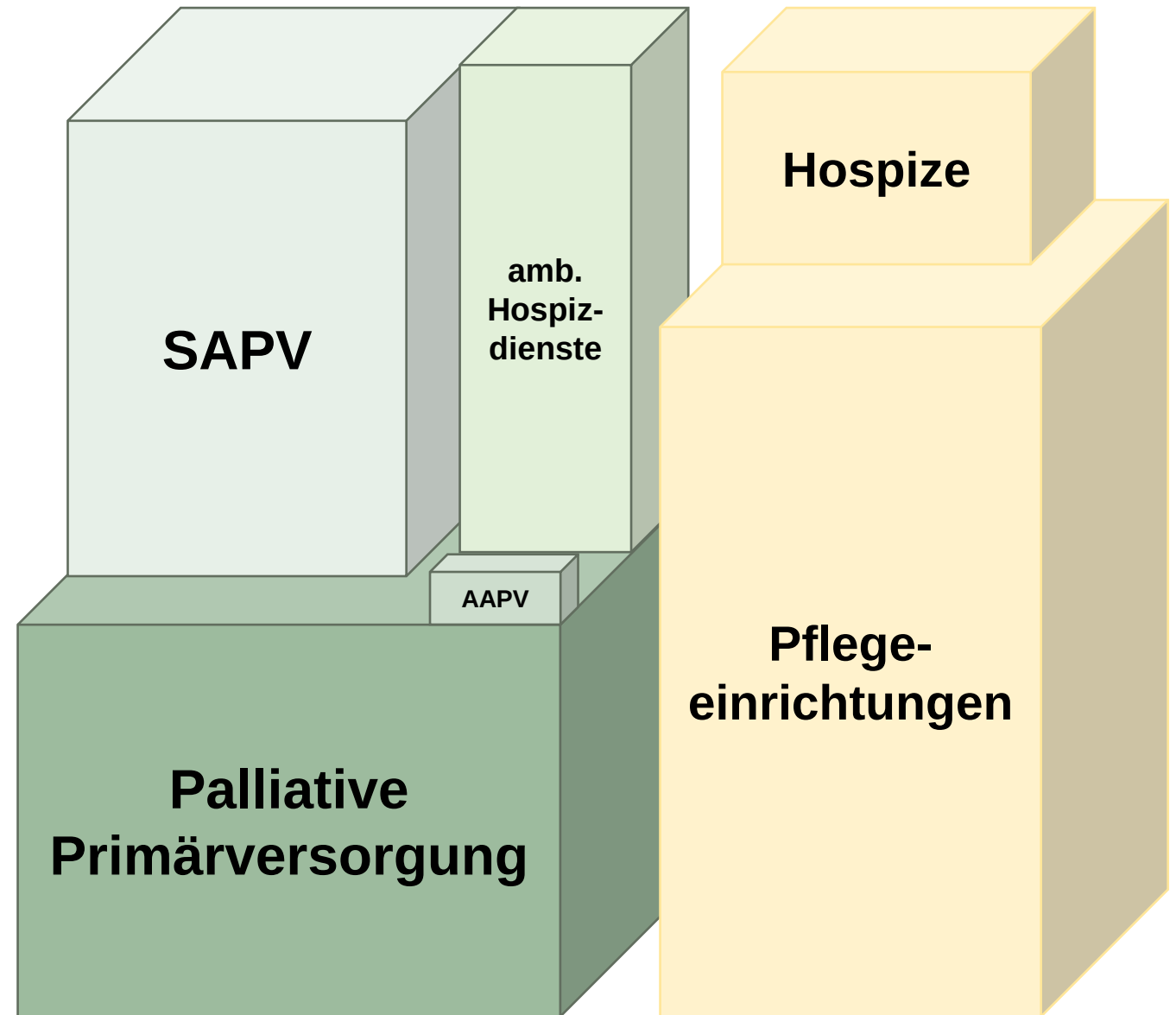


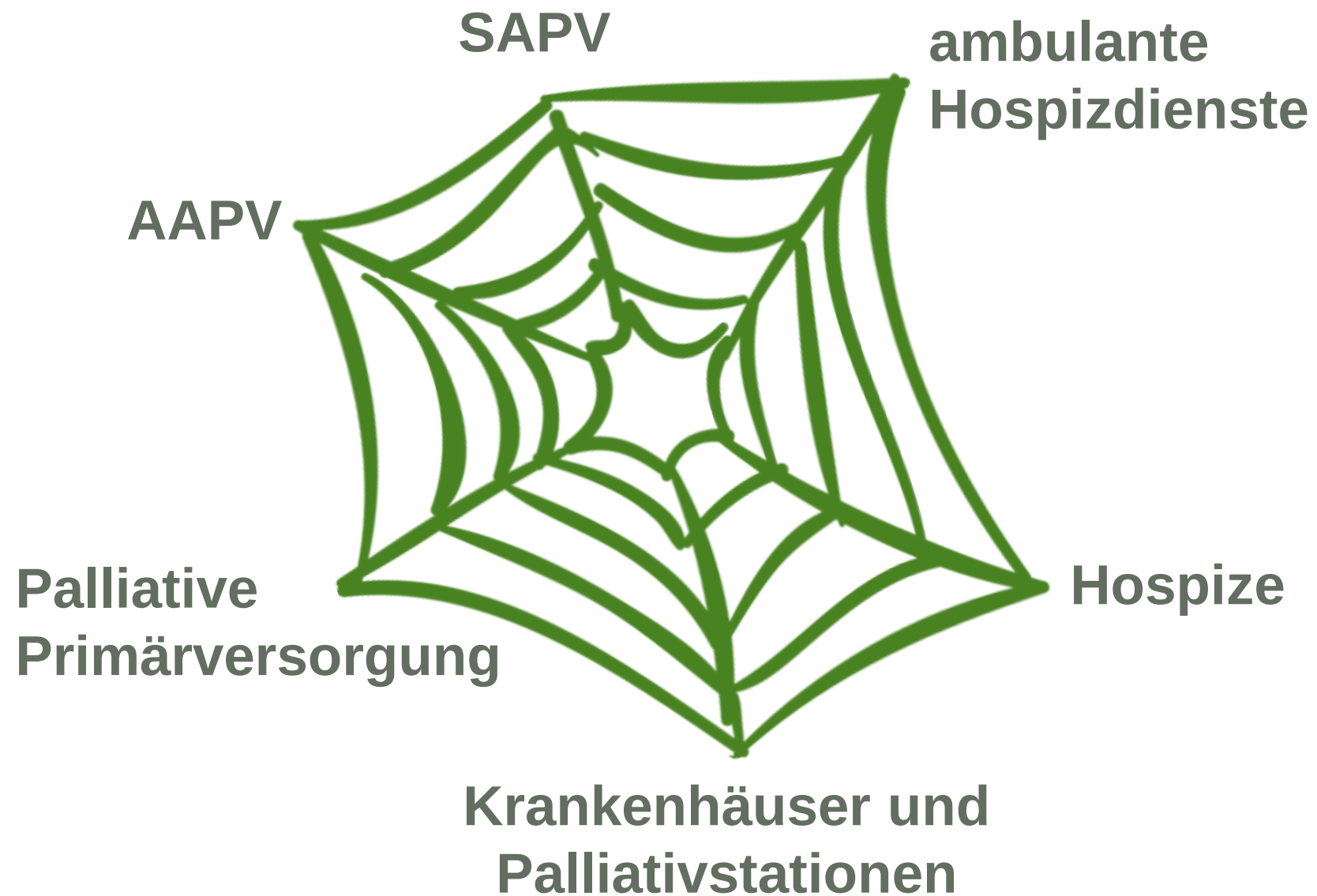
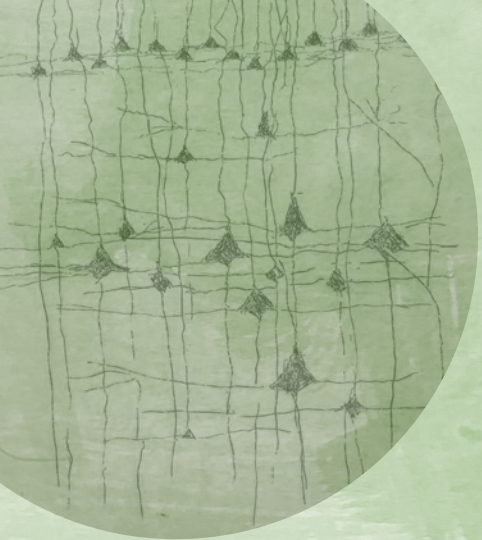
NEUROPALLIATIVECARE

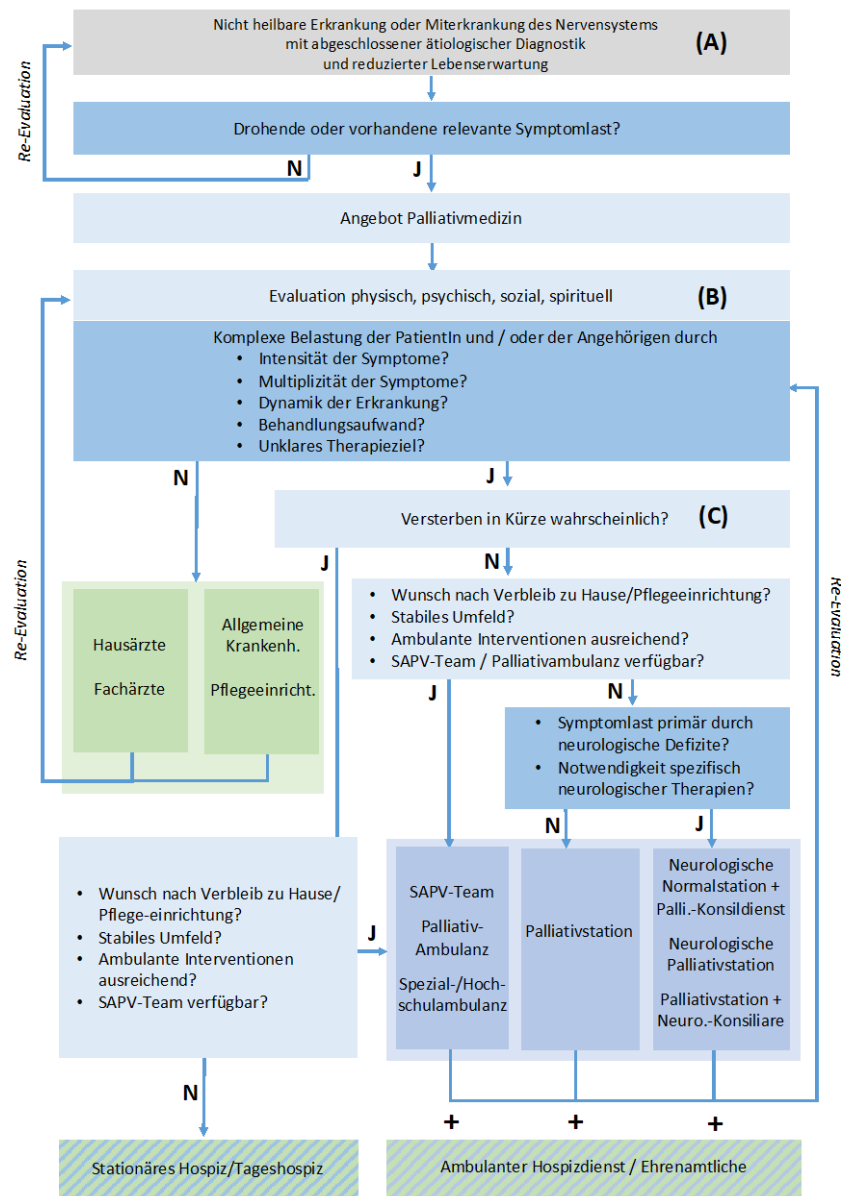
Ambulante Versorgung



VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN – ambulant Setting





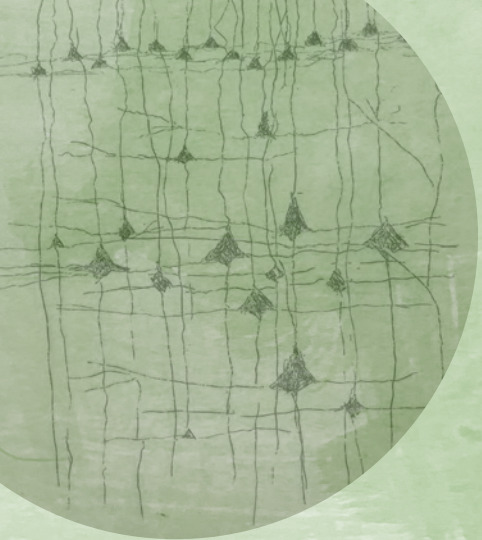


Integration der NeuroPalliativeCare

SOP Versorgungsstrukturen der S2k Leitlinie

„Neurologische Palliativmedizin“

Autoren (alphabetisch): B. Ilse, A. Kowski, C. Ploner, A. Willert



HOSPIZ- UND PALLITIVARBEIT – BERLIN2030

- Werden die bestehenden Ressourcen angemessen verwendet?
- Sollte die AAPV gestärkt oder die SAPV ausgebaut werden?
- Welche Herausforderungen bestehen aktuell an den Schnittstellen ambulant zu stationär? Welche erwarten uns?
- Brauchen wir mehr *Neuro* in der Palli oder mehr Palli in der *Neuro*?
- Wieviel digitale Transformation verträgt die PalliativeCare?

Fr. Jala El Jazairi

Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin



Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Jala El Jazairi

Zentrale Anlaufstelle Hospiz

www.hospiz-aktuell.de

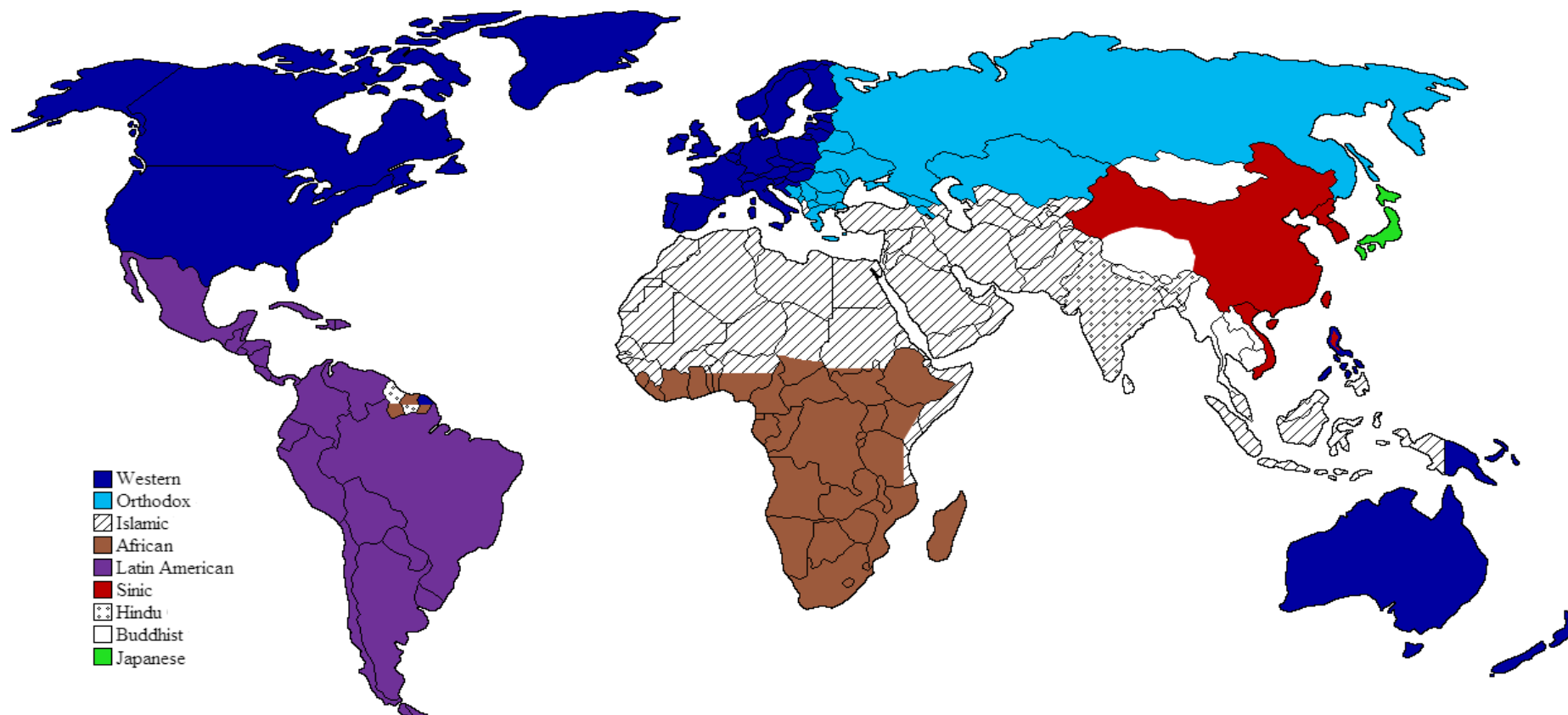
Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Nach U. Braukämper handelt es sich bei „KULTURKREIS“ um ein...

„räumlich-zeitliches Konstrukt der "KULTURKREIS-Weltkarte.

Quelle: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Clash_of_Civilizations_map.png

Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin



Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Value –Weltkarte:

Geographie

Sprache

Religion

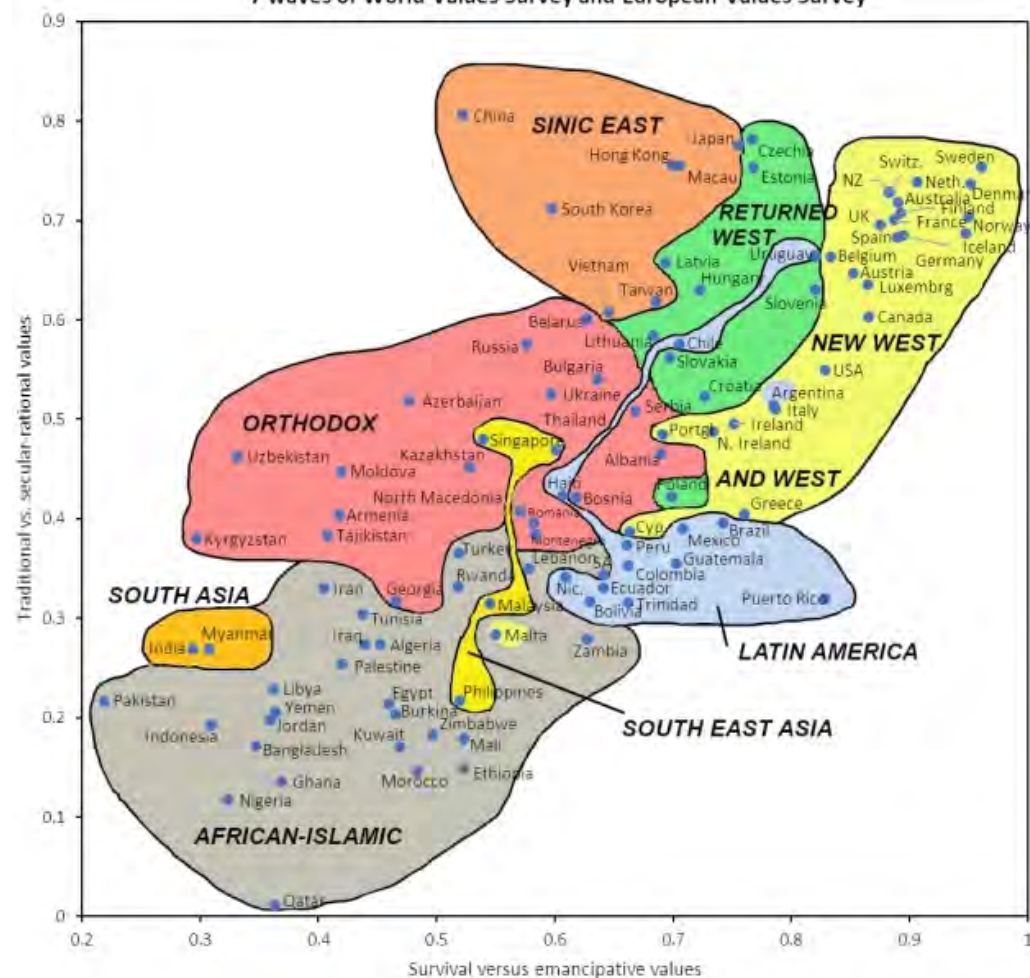
Politische und wirtschaftliche Entwicklung

<https://colinmathers.com/2020/08/03/variations-in-cultural-values-across-105-countries-in-2019/>

Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Update of Inglehart-Welzel Cultural Map for year 2019

Estimates for 2019 based on latent variable analysis of all
7 waves of World Values Survey and European Values Survey



Zentrale Anlaufstelle Hospiz

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung

Ziele :

- *Verbesserung der interkulturellen Bildung in den Versorgung-und Beratungsstrukturen*
- *Verbesserung der Kultur-und Sprachmittlung bei Vorsorge und Versorgung am Lebensende*
- *Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit*
- *Förderung der Vernetzung*

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Bei Menschen mit Migrationshintergrund (besonders bei nicht in Deutschland aufgewachsen Migrant*innen) sind folgende **Merkmale** zu stellen:

-Rückkehrorientierung?

Der Wunsch Rückkehr zum Heimat ist nicht immer präsent.

Viele Ältere Menschen wollen mit ihrer Familie in Deutschland lieben.

Migrant*innen mit Fluchterfahrung aus Krieg gebiet können nicht zurückkehren.

Video woher kommen Sie ? Wollen Sie doch hier lieben?!

<https://www.youtube.com/watch?v=raHewDGezn0&t=1s>

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Fehlende staatliche Integrationsmaßnahmen:

Die Integrationsmaßnahmen haben sich in Deutschland verbessert. Sie orientieren sich um Sprache Arbeit und Building. Weniger wurde für die älteren Generationen geplant.

- Geringe Deutschkenntnisse: besonderes bei Gast Arbeiter Generation und Migranten
- Informationsdefizite: Migrant*innen *nutzen ihre eigene Medien Quellen!*

Interview mit VCare - <https://hospiz-aktuell.de/iko/netzwerk>

(Beratungsangebote gäbe es sogar auf Vietnamesisch, doch würden diese Infos und auch Dienstleistungen in der Realität kaum genutzt. Bevor professionelle Hilfe Anspruch genommen wird, werden Lösungen im Familienkreis gesucht, weiß An Ngo: „Angehörige geraten hier in einen moralischen Konflikt: Sie wollen den Erwartungen der Eltern gerecht werden, also dass sie diese pflegen. Sie wollen aber auch ihr eigenes Leben unabhängig von den Eltern gestalten.“)

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Lebenslauf und Gewohnheiten ?

-Altersbilder und Sozialleben

Das Altern der eigenen Eltern nicht miterlebt haben keine „Vorbilder“, die das „Altwerden“ vorgelebt haben.

Kontakte, falls vorhanden, ausschließlich zu ***Einrichtungen der eigenen Nationalität***

Kontakte zu öffentlichen Einrichtungen waren meist von negativen Erfahrungen geprägt (Ausländerstelle etc.) ...

Kommunikationsmethoden nutzen

- **Information durch vereinfachte grafischen Methoden /Piktogramme**
- **Fragebogen und Datenerfassung**
- **Sprachvermittlung und mehrsprachige Flyer**
- **Beratung in Fremdsprachen**
- **Vernetzung mit Migrationsorganisation und Nachbarschaftsakteurer*innen**

Kommunikationsmethoden nutzen

Information durch vereinfachte Piktogramme

Piktogramme in der visuellen Kommunikation erstellen. Die sollten nicht neu entwickelt werden. viele davon sind bereits im Internet zu finden. Bei der Auswahl der Piktogramme für die Einrichtungen/Stationen sollten einige Punkte berücksichtigt:

- Welche Motivation hatten die Mitarbeiter um Piktogramme zu nutzen? Z.B für Fragen ob den Grafik für die Organisation des Pflegealltags oder allgemeine Informationen: Mahlzeiten, Besucherregeln helfen Könnten.
- Welche Piktogramme sind kultursensibel? Neutral oder für eine bestimmte Zielgruppe geeignet? Z.B Frau mit Kopftuch, Mann aus Afrika, sexuell neutral Menschenbild. Körperteile ...etc.
- Die Piktogramme sind eine Chance aber sie sind **begrenzt** ,und stellen nur als Ergänzung andere Kommunikation Methoden dar.
- Die Nutzungsrechte und gebühren berücksichtigen.
- Leitfaden über die Nutzung der Piktogramme und ihre Bedeutung in Schriftform(Begriffsliste) sind stark empfohlen.
- Hilfreich ist ein Nutzer Test durchzuführen für die Evaluierung und besser Auswahl.

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Kommunikationsmethoden nutzen

Best Practice:

Als Beispiel hat das Projekt (My Health) <http://www.healthonthemove.net/de/event/myhealth-migrantas-poster-campaign-2020-berlin/>

Gemeinsam mit Alexianer und Charité des Booklet “ Sprachbarriere Überwinden“ entwickelt wo Fremdsprachen, Farben, Piktogramme kombiniert um wichtige Informationen zu vermitteln.

die Partizipation der Zielgruppe in Workshops zur Gestaltung der Piktogramme.

http://www.migrantas.org/web_migrantas_deutsch.html

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Kommunikationsmethoden nutzen

- **Fragebogen und Datenerfassung**

Wichtig sind für die Datenerfassung zweisprachige Fragebögen mit Bildern.

Die Dokumentation soll auf Deutsch sein aber mit Sicherstellung der Kommunikation mit den nicht deutschen sprachigen Patienten und deren Angehörigen.

Die Nutzung sollte für: Tagesablauf, Biographie, soziale und familiäre Aspekte, Anamnese und Schmerzen Beschreibung.

Kommunikationsmethoden nutzen

- **Fragebogen und Daten Erfassung**

Link zu den Fragebogen mit Piktogramm allgemeine Fragen und Beschwerde verfassen Tool

Setzer Verlag Tip Doc App und Formulare : <http://www.setzer-verlag.com/>

Pharmazeutische Zeitung, 2015 (im Anhang)

REFUGIUM Hamburg: <https://refugium.budrich.de/psychische-gesundheit/>,
<https://refugium.budrich.de/hygiene/>

Gesundheit Information und Fragebogen; Migration-Gesundheitsbund, <https://www.migration-gesundheit.bund.de/de/startseite/>

Daten Schutz Erklärung BAMF,

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Integrationskurse/Kursteilnehmer/InfoBlaetter/630-154_infoblatt-dsgvo.html?nn=402148

Schweizer Rotes Kreuz migesplus , Transkulturelle Anamnese Fragen Katalog -

<https://www.migesplus.ch/publikationen/transkulturelle-anamnese>

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Kommunikationsmethoden nutzen

Sprachvermittlung und mehrsprachige Flyer

Sprach und Kulturvermittlung ist nun notwendig um wichtige Fragen zu beantworten und sicher die Einwilligung und Entscheidung der Patienten zu verstehen.

Hier sollte nach Thema und Situation die passenden Angebote benutzt werden.

- Intern Pool- Mitarbeiter mit Sprachkenntnisse
- Übersetzung Apps für Notfall
- Familie
- Ehrenamtliche Mitarbeiter
- Professionelle Dolmetscherdienst.

Für wichtig Gespräche wie die Bandung der Heilung Maßnahmen, die Patientenverfügung, Hospiz Anmeldung sollte professionell durch Dolmetscherdienst die Kommunikation gesichert.

Triaphon Medizinische Notfälle- <https://triaphon.org/>

Gemeinde Dolmetscherdienst Berlin- <https://www.gdd-berlin.de/>

Sprint : <https://www.sprint-berlin.de/>

SMP : <https://smp-berlin.de/>

Link zu den Best Practice Handbuch von BAMF:

<http://www.dtppp.com/wp-content/uploads/2015/12/gesundheits-integration.pdf>

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Kommunikationsmethoden nutzen

- **Sprachvermittlung und mehrsprachige Flyer**

Die Zweite Generation ist in Deutschland aufgewachsen sind meistens zweisprachige und können Informationen übermitteln. nun oft hat die zweite Generation nur die Muttersprache mündlich gelernt und kann die Sprache nicht lesen.

Die Erstellung der zweisprachige Flyer ist in diesem Fall um die Kinder und Eltern mit den Informationen zu erreichen.

In Hospiz und Palliativversorge gibt es noch Bedarf für mehrsprachige Infomaterialien:

Wie Hospizvertrag Formulare, Infomaterial Versorgung beim Inkontinenz, Datenschutzerklärung für Apotheken.
Einen Infomodel der an Sozialmedien, Audio und Visuell Material sich basiert wird die Mehrheit erreichen. Mund zu Mund Propaganda durch die Vernetzung und soziokulturelle Veranstaltungen bleibt auch den einfacher weg für Kommunikation

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Kommunikationsmethoden nutzen

Beispiele:

Lebens Ende /Krebs: Macmillian Cancer Support-

<https://www.macmillan.org.uk/cancer-information-and-support/get-help/in-your-language>

ESMO Cancer Guide- <https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides>

Gesundheitsinfomaterial z.B. Vorsorgevollmacht: MedlinePlus-

<https://medlineplus.gov/languages/languages.html>

Kommunikationsmethoden nutzen

• Beratung in Fremdsprachen

1. Unabhängige Patientenberatung , <https://www.patientenberatung.de/>
2. Malteser russische HPV und Muslimische Trauer gruppe, <https://www.malteser-berlin.de/angebote-und-leistungen/hospizarbeit/russischsprachige-hospizarbeit.html>
3. Lazarus Trauer Begleitung und Café, <https://www.lazarushospiz.de/ambulantes-hospiz/>
4. Dong Ban Ja Interk. Hospiz und Trauer Begleitung, <https://humanistisch.de/x/vorsorgenetz/inhalte/interkultureller-hospizdienst-dong-ban-ja>
5. GePGeMi e.V: Seniorinnen Plattform, <https://www.gemi-berlin.de/aktuelle-projekte-1/asiat-innen-aktiv-f%C3%BCr-ein-leben-ohne-diskriminierung/arbeitskreis/>
6. IKMO Berlin, VIA Verband für Interkulturelle Arbeit, <https://ikmo-berlin.de/>
7. Berlin Beratungsnetzwerk für Zugewanderte , <https://www.beratungsnetz-migration.de/l/de>
8. Silbernetz, Anti Rassismus, <https://www.silbernetz.org/>
9. Schwulen Beratung Berlin, auch für zugewanderten LGBTQ+, <https://schwulenberatungberlin.de/post/expertise-inter-seniorinnen-in-berlin/>
10. TABEA e.V. – Tod in der Fremde, Trauer Begleitung,
11. Kooperationsverband Gesundheit Chancengleichheit <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/>
12. Islam IQ Muslimische Sterbebegleitung, <https://www.islamiq.de/2019/04/13/sterbebegleitung-fuer-muslime/>
13. Bundesverband Netzwerke von Migrant*innen Organisationen e.V. (BV NeMO) Samofa <http://www.samofa.de/category/gesundheit/>

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Vernetzung

Vernetzung mit Migrationsorganisation und Nachbarschaftsakteurer*innen

Communities lassen sich in Berlin von etablierten Mig. Organisationen beraten und gehen zu Community Veranstaltungen, Nachbarschaft und Selbsthilfegruppen.

Erreicht können die Migrant*innen durch:

- Ältere Migrantinnen und Migranten
- Organisationen im Alters- und Migrationsbereich
- Regelstrukturen
- Herkunfts- und sprachspezifische informelle und formelle Netzwerke
- Migrantenorganisationen / Organisationen der Migrantenselbsthilfe
- Schlüsselpersonen
- Zweite Generation

Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung in Berlin

Beispiele:

Patenschaftsprojekte können als gute Beispiele für gelingende Dialog vorgestellt werden, und stellen in der Praxis kleine Schritte dar.

Wichtig zu wissen :

Kontinuität Langfristig statt Kurzfristige Planung um die vertrauen zu bauen ...
Auf Augen höhe im Dialog mit den Mig. Organisation und gruppen sprechen
Ihre Talent und Ressourcen erkennen..

wenn eine Einrichtung sich interkulturelle öffnet werden die Zahlen der Migrantenpatienten steigen!

Zentrale Anlaufstelle – Unionhilfswerk
Interkulturelle Öffnung Hospiz und Palliativversorgung
in Berlin

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Jala El Jazairi

Zentrale Anlaufstelle Hospiz/ IKÖ

Richard-Sorge-Straße 21A

10249 Berlin

(030) 42 26 58 85

Jala.eljazairi@unionhilfswerk.de

ikoe@hospiz-aktuell.de

Fr. Nare Yesilyurt

Kultursensible Hospizarbeit am Beispiel Hospiz Ipek





Hospiz Ipek

DAS ERSTE KULTURSPEZIFISCHE HOSPIZ IN DEUTSCHLAND

Verbindung von Kunst und Sterbebegleitung











Was ist Kultur?

- Jeder Mensch wird in eine kulturell geprägte Welt hineingeboren
- Duden: Gesamtheit der geistigen, künstlerischen, gestaltenden Leistungen einer Gemeinschaft
- Kultur ist ständig im Wandel, aber im Wesentlichen abhängig von:
 - Lebensort
 - Sozialisation
 - **Religion**

Was ist kulturspezifische Pflege?

- **Unser kultursensibler Leitsatz:** „Kulturspezifität“ bedeutet, dass unsere Patient*innen im Hospiz Ipek unabhängig von ihrem Glauben, ihrer Einstellung zum Leben und zum Tod und ihrer kulturellen Identität Versorgung finden, die ihnen und ihren Angehörigen den Umgang mit ihrer Situation erleichtert.

Psychische Bedürfnisse

Sterben ist neben dem körperlich-biologischen Vorgang ein überwiegend **emotionaler Prozess**. Hilfreicher **Beistand heißt** zuerst: „**Mit-dabei-Sein**“. Im Sterben richtet sich der Blick vor allem auf Lebensereignisse, die besonders schön waren, oder solche, mit denen man sich noch nicht ausgesöhnt hat. Der Sterbende sucht einen Begleiter, dem er sich zumuten kann, einen Menschen, der es mit ihm aushält.



Soziale Bedürfnisse

Fürsorge für den Sterbenden muss immer auch Fürsorge für **die Angehörigen und Nahestehenden einschließen**. Eine solche Fürsorge kann bedeuten: **Einbeziehung in die Pflege**; umfangreiche Information über das Geschehen; Gelegenheiten, über Gefühle und das eigene Erleben zu sprechen. Es ist gut, wenn Schuldgefühle und verpasste Gelegenheiten vor dem Tod ausgesprochen werden. Das Totenbett kann ein Ort der Versöhnung werden.





Körperliche Bedürfnisse

Tödliche Erkrankungen gehen immer mit einer Vielzahl von Symptomen einher. Besonders die **Linderung von Schmerzen** steht im Vordergrund, und es gilt, den Teufelskreis von Schmerzen, Angst, Vereinsamung, Depression, Schlaflosigkeit und Erschöpfung zu durchbrechen. In nahezu allen Fällen ist es möglich, die Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.



Geistliche Bedürfnisse

Alle Menschen haben Sehnsucht nach Liebe, Geborgenheit und Angenommen sein. Selbstmitleid, Traurigkeit, Verzweiflung und Angst sind einige der Signale für das Bedürfnis, geliebt zu werden. – Angesichts schwerer Krankheit stellt sich unweigerlich die Frage nach dem Sinn und Ziel des Lebens. **Der Glaube, dass Gott alles in den Händen hält und ihm nichts entgleitet**, kann Situationen Bedeutung und Sinn verleihen.



Gebet am Krankenbett

Das hilfreichste Gebet ist meist ein kurzes, einfaches **Aussprechen der Hoffnungen, Ängste und Nöte des Leidenden vor Gott** und die Vergewisserung, dass Gott fähig ist, dem Kranken in seiner Situation zu begegnen. Durchs Gebet erfährt der Kranke Trost und Ermutigung und sein Verhältnis zu Gott wird gestärkt.

Weitere Besonderheiten Unserer Hospiz



Therapiepferd



Sterbebegleitung im Freien

Welche Religionen gibt es?

- Anzahl existierender Religionen ist nur schwer festlegbar, da es verschiedene Auffassungen dazu gibt, was eine Religion ausmacht
- Allgemein werden fünf große Weltreligionen unterschieden:
Hinduismus, Buddhismus, Judentum, Christentum und Islam

Dokumentation der Diskussionsrunden





Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Diskussionsrunde 1

Ambulante ärztliche Palliativversorgung im Überblick

– Stärkung der AAPV in Berlin

Moderation: **Anne-Susanna Dreßke**
(Vorstand HPV Berlin e.V.)

Co-Moderation: **Dr. Christina Fuhrmann**
(Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung)

Diskussionsergebnisse:

- aktuell starkes SAPV-NW in BE (große Dichte) – „trügerische Sicherheit“
→ Generationswechsel in der SAPV steht bevor – Nachwuchsgewinnung muss im Fokus stehen
- Anzahl der Hausarzt*innen im Rückgang begriffen
→ Gewinnung für die AAPV wird noch schwieriger werden
- Koordinierung von SAPV/AAPV muss aufgebaut werden
→ beim Auf- und Ausbau der reg. NW mit AAPV im Fokus stehen
→ Gewinnung der Mitarbeit über FB-Angebote z.B. zum Thema: außerklinisches Ethikkomitee/Ethische Fallbesprechung (Nachfrage vor allem von HA)
- Informationsarbeit zur AAPV über Berliner Hausärzterverbund verstärken
→ Wie stehen die Chancen AAPV zu entwickeln?
→ Win-Win Situation klar herausarbeiten und darstellen
- AAPV bei SAPV-Ärzt*innen ausbauen/ansiedeln?
- Pilotprojekt in BE anstoßen
- Offene Fragen: Finanzierung + Kompetenz/Bildung + Strukturen (welche sind sinnvoll in BE?)

Kontaktaufnahme mit AAPV-Team in Bad Homburg – könnte dies ein Modell für BE sein?

Ergänzungen zum Protokoll:

1. Die hausärztlichen Palliativziffern – Palliativmedizinische Versorgung

- GNR **03370** – Ersterhebung
- GNR **03371** – Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis
- GNR **03372** – Zuschlag zu den GNR 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit
- GNR **03373** – Zuschlag zu den GNR 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit.

Das sind die Leistungen, die ein Hausarzt im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten ohne separate Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnen darf.

2. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Im Gegensatz zu den hausärztlichen Palliativziffern sind die neu eingeführten Ziffern für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung teilweise an



Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Voraussetzungen gebunden, die der Arzt aufgrund einer entsprechenden Weiterbildung gegenüber der KV nachweisen muss. Dies gilt für die Ziffern **37300, 37302, 37317 und 37318**.

Die Voraussetzungen sind an praktische und theoretische Weiterbildungen geknüpft, die sich wie folgt darstellen:

Nachweis der praktischen Kenntnisse:

- eine mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) oder
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten in den vergangenen drei Jahren
- Nachweis der theoretischen Kenntnisse: 40-stündiger Kurs „Weiterbildung Palliativmedizin“ oder
- alternativ bestimmte Fortbildungen zum Thema Schmerztherapie oder
- psychosoziale Aspekte, wie zum Beispiel im Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer

Des Weiteren ist der Arzt verpflichtet, jährlich acht Fortbildungspunkte nachzuweisen.

Anhang:

Beratung & Projekte

Projekttitel:

Pilotierung einer integrativen und vernetzten sowie plattformartigen **allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung (AAPV)**

Gefördert durch:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI)

Projektpartner:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen & AOK Hessen

Laufzeit:

01.10.2020 – 30.09.2023 (drei Jahre)

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Hintergrund (palliative Versorgungslücke):

Verschlechtert sich der Zustand eines palliativen Patienten **am Wochenende**, z. B. indem **Übelkeit, Schmerzen, Fieber oder Luftnot** auftritt, versucht er zunächst den Hausarzt zu erreichen. Geht dieser nicht ans Telefon, da er **außerhalb seiner Sprechzeiten** anruft, bleiben in der Regel zwei Optionen: Entweder der Patient ruft den **Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD)** oder er wählt den **Notruf**. Während der Anruf beim ÄBD häufig mit langen Wartezeiten verbunden und meist kein Palliativmediziner erreichbar ist, kommt es häufig zu **ungewollten Krankenhauseinweisungen**. Ähnliches passiert in der Regel, wenn der Rettungsdienst gerufen wird. Anschließend folgen **kostspielige Behandlungen**, die ursprünglich **nicht vom palliativen Patienten gewünscht** waren. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich das vorliegende Projekt mit der Ausgestaltung einer **absichernden Versorgungsform**, die den **Willen des Patienten umsetzt, ungewollte Krankenhausaufnahmen verringert** und die **Vernetzung der Leistungserbringer verbessert**. Durch die optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen sowie Synergieeffekte sollen ebenfalls Gesundheitsausgaben reduziert werden. Ein klares Ziel dieses Projekts ist die Nachhaltigkeit und somit die **Überführung in die Regelfinanzierung**.

Zielgruppe:

- Allgemeine ambulante Palliativpatienten
- Schwerstkranke, chronisch Kranke
- Wunsch auf Verbleib in der Häuslichkeit (Zuhause oder im Pflegeheim), keine Krankenhausbehandlung mehr gewünscht
- Noch kein Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) (keine sehr hohe Symptomlast, keine starken Schmerzen etc.)

Zielsetzung:

- Durch die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) soll die bestehende **palliative Versorgungslücke** geschlossen werden.

Dies beinhaltet:

- Die Umsetzung des Patientenwillens
- Verbesserung der hausärztlichen Delegation von ambulanten palliativen Versorgungsaufgaben an Palliative Care Fachkräfte
- Bessere persönliche und digitale Vernetzung der beteiligten Versorger sowie der Patienten und Angehörigen
- Verringerung ungewollter Krankenhausaufnahmen mit nicht gewollter Folgediagnostik
- Übertragbarkeit des AAPV-Piloten in die Regelfinanzierung der Krankenkassen, so dass er integraler Teil der Regelversorgung wird.
- Nachweis der kosteneffektiveren Versorgung durch den geplanten AAPV-Piloten im Vergleich zum bisherigen Versorgungsmodell

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

AAPV-Versorgungskonzept:

Bei einer Notsituation, wo der Hausarzt nicht zu erreichen ist, kann der Patient oder seine Angehörigen ein Team aus Palliative Care Fachkräften über eine Rufnummer erreichen. Die Palliative Care Fachkräfte kümmern sich um die weitere Unterstützung und Versorgung. Eine detailgenaue Beschreibung erhalten unsere Patienten beim ersten Gespräch.

Sie wohnen im Hochtaunuskreis und haben Interesse an einer AAPV-Versorgung für sich oder Ihren Angehörigen?

Sie sind ein engagierter Hausarzt im Hochtaunuskreis und wollen an dem AAPV-Projekt teilnehmen?

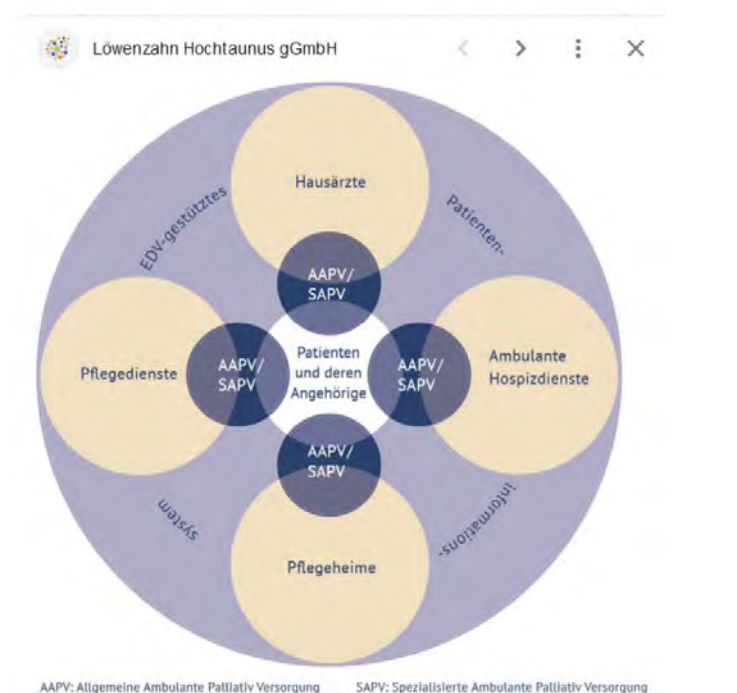
Melden Sie sich gerne bei:

Fridtjof Biging (Koordinator):
Tel: 06172 / 499 763 13
E-Mail: aapv@palliativteam-hochtaunus.de

Sie haben Fragen zum Projekt oder wollen sich über die Versorgungsform austauschen?

Melden Sie sich gerne bei:

Corinna Müller (Stellv. Projektleitung & wissenschaftliche Fachkraft):
Tel: 06172 / 595 021 4
E-Mail: corinna.mueller@loewenzahn-ggmbh.de



Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

REGION > BAD HOMBURG > NACHRICHTEN > BAD HOMBURG > **FÜR BESSERE GESUNDHEITSVERSORGU**

BAD HOMBURG

Sonstiges | 06.07.2022

Für bessere Gesundheitsversorgung



Die Gewinner des Konkret-Preises der Lilly Deutschland Stiftung mit Vorstands- und Jury-Vertreterinnen (v. l.): Dr. Wolfgang Steinbach, Dr. Isabella Erb-Herrmann, Alexandra Eichner, Fritz Arndt, Dr. Philipp von Trott und Corinna Müller. Foto: D. Beichert/BusinessPhoto

Bad Homburg (hw). Die Lilly Deutschland Stiftung, die ihren Sitz in Bad Homburg hat, hat drei regionale Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit dem Konkret-Preis ausgezeichnet. Die Löwenzahn Hochtaunus gGmbH bekam den mit 10 000 Euro dotierten ersten Preis für ihr Pilotprojekt „Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)“. Den zweiten Preis mit einem Preisgeld von 5000 Euro erhielt die Gesundheitsnetz Region Bamberg eG für ihre webbasierte, digitale Wundakte namens „decubitoool“. Der dritte Preis und 3000 Euro Preisgeld gingen an das Programm „Durchatmen, trotz COPD“ der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH.

Die drei Gewinner-Projekte ermöglichen in vorbildlicher Weise eine integrierte Gesundheitsversorgung durch den Einsatz digitaler Anwendungen und Vernetzung der medizinischen Leistungserbringer und Patienten. Die Preisträger wurden bei der Preisverleihung in Bad Homburg bekannt gegeben.

Mit dem Konkret-Preis fördert die Lilly Deutschland Stiftung herausragende Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patienten in Deutschland. Dabei sollten sie sich von bestehenden Angeboten unterscheiden, einen Mehrwert für Patienten bieten oder Versorgungslücken schließen.

Startseite > Rhein-Main > Hochtaunus

Bessere Hilfe für Schwerkranke im Hochtaunus

Erstellt: 22.03.2019, 08:41 Uhr
Von: [Torsten Weigelt](#)

 Kommentare



Im Hochtaunuskreis wird eine Versorgungslücke für Schwerkranke geschlossen. © dpa

*Hospizhelfer und Palliativärzte beginnen ein hessenweites Pilotprojekt.
Noch sind aber Spenden nötig.*

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Wer jedoch „nur“ an den Folgen eines schweren Schlaganfalls leidet oder an schwerer Demenz, unterliegt der „Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ (AAPV) und ist ein Fall für den Hausarzt. Das reiche auch in der Regel aus, so Gaertner. Allerdings gebe es eine Versorgungslücke für die Zeit, in der die hausärztlichen Praxen geschlossen seien.

Dann müssten die Angehörigen sich an den allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden oder gleich den Notarzt rufen. Die hätten jedoch keinen Zugriff auf die jeweilige Patientenakte und seien in der Regel auch nicht palliativmedizinisch geschult. Folge: Die Betroffenen landen häufig in der Notaufnahme der Krankenhäuser. Das sei aber oft nicht im Sinne der Patienten, weiß Hans-Jörg Todt aus dem Vorstand des Bad Homburger Hospizdienstes.

Um diese Versorgungslücke für die AAPV-Patienten zu schließen, haben Hospizhelfer und Palliativmediziner im Hochtaunuskreis nun ein Pilotprojekt ins Leben gerufen. Herzstück ist eine neue Service- und Beratungsstelle, die ein Rund-um-die-Uhr-Angebot bietet.

Dazu ist die Stelle eines Fallmanagers geschaffen worden, der Patienten und ihre Angehörige berät und den Einsatz der Palliativmediziner koordiniert. Ist dieser nicht im Einsatz, gibt es Rufbereitschaften. Angesiedelt ist die Service- und Beratungsstelle beim Palliativteam Hochtaunus.

Schon jetzt würden 31 Patienten betreut, sagt Robert Gaertner. Er geht aber davon aus, dass der Bedarf deutlich höher ist. Im Hochtaunuskreis rechnet Gaertner mit einem Potenzial von mehr als 100 Patienten.

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Man plane erst einmal mit einer Testphase von drei Jahren, erläutert Hans-Jörg Todt. Das Problem: Die Kosten für die Service- und Beratungsstelle werden nicht von den Krankenkassen übernommen. Deswegen sind die Initiatoren auf Spenden angewiesen.

100 000 Euro pro Jahr seien nötig, rechnet Hans-Dieter Homberg vom Vorstand der Rind'schen Bürgerstiftung vor. Die Stiftung beteilige sich mit einem „nennenswerten Betrag“, so Homberg. Außerdem hat nun auch die Gemeinnützige Stiftung der Taunussparkasse eine Spende von 10 000 Euro beigesteuert. „Hier entsteht ein Modell, das über den Hochtaunuskreis hinaus in Hessen und in anderen Bundesländern angewendet werden kann“, lobt Landrat Ulrich Krebs (CDU), der Verwaltungsratsvorsitzender der Taunussparkasse ist.

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Diskussionsrunde 2

Transition lebensverkürzt erkrankter Menschen vom Kinderhospiz- in den Erwachsenenhospizbereich

Moderation: **Nils Groß**
(Vorstand HPV Berlin e.V.)

Co-Moderation: **Marie Liebig**
(Fachstelle Menschenkind)

Diskussionsergebnisse:

Schwerpunkt der Diskussion:

- Fragestellung: Was braucht erfolgreiche Transition:
 - o Möglichkeit 1: Erwachsenenhospize öffnen sich für mehrfache Aufenthalte
 - o Möglichkeit 2: Die Altersgrenze wird aufgehoben, wichtig für Aufnahme im Kinderhospiz ist allein der Zeitpunkt der Diagnose
 - o Möglichkeit 3: Mehrgenerationenhospize
- Die Teilnehmer: innen identifizieren eine weitere Möglichkeit.
 - o Möglichkeit 4: Betreffend die stationären Angebote ist die fehlende Struktur im Gesamtnetzwerk zu betrachten, Bedarfe sollten erforscht werden – sind hospizliche Formen der stationären Begleitung nötig?

Die Vor- und Nachteile aller Möglichkeiten werden diskutiert, dabei wird der Schwerpunkt der Diskussion auf die stationäre Arbeit gelegt.

Abschließend wird der Bedarf eines Projektes zu tatsächlichen Fallzahlen, den Bedarfen des Personenkreises und personellen Voraussetzungen gesprochen.

	Möglichkeit 1	Möglichkeit 2	Möglichkeit 3	Möglichkeit 4
Inhalt:	Erwachsenenhospize öffnen sich für mehrfache Aufenthalte	Die Altersgrenze wird aufgehoben, wichtig für Aufnahme im Kinderhospiz ist allein der Zeitpunkt der Diagnose	Mehrgenerationenhospize	Betreffend die stationären Angebote ist die fehlende Struktur im Gesamtnetzwerk zu betrachten, Bedarfe sollten erforscht werden – sind hospizliche Formen der stationären Begleitung nötig?
Besonderheiten:			Vgl. Neuropalliativstationen	Projekt/Studie zur Erhebung der tatsächlichen

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

				Fallzahlen, Bedarfe und personellen Strukturen ist Voraussetzung
Vorteile:	<i>In der Kürze der Zeit nicht identifiziert</i>	Eine Weiterversorgung im gewohnten Umfeld mit den bestehenden Strukturen wäre so möglich	Synergieeffekte durch den Austausch von mehreren Generationen	Eine zielgerichtete und personenkreiszentrierte Systemanpassung wäre so realistisch
Nachteile:	Die hospizliche Haltung ist anders gewachsen, die Arbeitsweisen und die personellen Strukturen sind sehr unterschiedlich	Konstrukt würde Transitions- und familiäre Ablösungsprozesse aufrechterhalten, ein Übergang in das Erwachsenenleben wäre erschwert	Hoher (finanzieller) Aufwand, da alle personellen Bedarfe und sozialrechtlich verankerten Qualitätskriterien sowie Raum- und Strukturvorgaben bedacht werden müssen	Kostenintensiv und zeitaufwändig
Ergebnis: Das Entwachsen aus dem Kinderhospizbereich ist vernetzt zu betrachten. Eine Weiterbetreuung durch die ambulanten Kinderhospizstrukturen ist vorstellbar, jedoch steht das stationäre System vor anderen Herausforderungen: Wohnmöglichkeiten fehlen, die einen stationären Aufenthalt evtl. nicht mehr nötig machen. Nach der Diskussion scheint es sinnvoll, langfristig in Richtung eines neuen Angebotes für den stationären Bereich zu denken. Die Gruppe regt daher ein durch Landes- oder Bundesmittel finanziertes Projekt unter Beteiligung des Personenkreises an, um tatsächliche Fallzahlen, Bedarfe und personelle Voraussetzungen zu ermitteln.				

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Diskussionsrunde 3

Beispiel guter palliativen Versorgung im Krankenhaus: Die Neuropalliative Station an der Charité

Moderation: **Markus Luther**
(Geschäftsführung HPV Berlin e.V.)
Co-Moderation: **PD Dr. med. Alexander Kowski**
(Oberarzt der Neuropalliativen Station der Charité)

Diskussionsergebnisse:

Die mehr als 10 Teilnehmende an der Diskussion in Präsenz und 1 online Teilnehmende haben die Zeit genutzt, um die bei dem Impulsvortrag angeschnittenen Aspekte einer guten palliativen Versorgung aufzugreifen und PD Dr. med. Alexander Kowski weiterführende Fragen zu stellen.

Es folgt eine Zusammenstellung der zentralen Richtungen, Aussagen und Aspekte der Diskussion:

- Als Idee könnte die Aufnahme in / Annahme für ein stationäres Hospiz nur dann erfolgen, wenn ein (interner oder externer) palliativer Konsildienst dies empfiehlt. (Anm.: Dies soll nur bei Verlegung von einer Palliativstation bzw. aus einem Krankenhaus heraus geschehen.)
- Für die gemeinsame Arbeit an einer besseren Struktur und Nachhaltigkeit im Bereich der Palliativarbeit ist die Berliner Krankenhausgesellschaft ein wichtiger Ansprechpartner
- Was hat sich mit Blick auf die generalistische Ausbildung in Ihrer Arbeit verändert bzw. was denken Sie, was uns die generalistische Ausbildung bringen wird?
Antwort: Wir schauen mit Sorge in die Zukunft
- Wir (Anm.: die hier Anwesenden) müssen im Gespräch bleiben
- Wir müssen stärker und lauter werden
- Einzelne Einrichtungen können die Berliner Probleme nicht lösen
- Was sind die wirklichen Themen der Versorgung?
 - Diese müssen politisch angegangen werden
- „Fachexpertise muss da sein“
- „Diese Runde hat Spaß gemacht.“
- Es braucht den Austausch auf allen Ebenen (auch der ärztlichen Ebene)
- Eine ganzheitliche Betrachtung sollte beachtet werden (z.B. auch das spirituelle)
- Es bedarf interdisziplinärer Teams, die sich auch gegenseitig unterstützen
- „Die Annäherung / Die Verbindung von Neurologie und Palliativ finde ich klasse.“
- Auch Grenzen müssen beachtet werden: Hospize müssen nicht die Rettung der Welt schultern.
 - Dies ist ein weiterer Grund, aus dem wir alle zusammenrücken sollten

Dokumentation des 5. Berliner Hospizforums am 18.11.2022

Diskussionsrunde 4

Interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Moderation: **Michaela Schulze**
(Vorstand HPV Berlin e.V.)

Co-Moderation: **Fr. Jala El Jazairi**
(Fachzuständige für Interkulturelle Öffnung Hospiz in Berlin)

Diskussionsergebnisse:

- Es fand eine kontroverse Diskussion zwischen dem Team der Brückenbauer*innen Palliative Care und dem interkulturellen Hospizdienst statt.
- In der Diskussion konnten die unterschiedlichen Meinungen etwas geglättet werden und die Diskussionsrunde kam zu der Erkenntnis, dass ein regelmäßiger Informationsaustausch, Kommunikation und ein aufeinander zugehen die Schlüssel zur Umsetzung sein können.
- Des Weiteren wurde klar, dass nicht die eine Seite nur erwarten kann, sondern auch aufeinander zugehen sehr wichtig ist.
- Es ist wichtig, die Bedürfnisse des zu betreuenden Menschen zu erfassen und versuchen, gemeinsam Lösungen zu finden.
Dabei spielt die Nationalität keine Rolle, denn wie von den Teilnehmer: innen erkannt wurde, tickt der Mensch in der letzten Phase seines Lebens gleich (unabhängig von einer Nationalität)
- Am Ende tauschten die Teilnehmer: innen Adressen aus und vereinbarten, aufeinander zuzugehen, wenn Bedarf ist.



+++ Jazzklänge +++

Ein musikalischer Beitrag von
Daniel Hartwig und Higinio Andrade

„Irgendwann“ von Gerhard Schöne



Irgendwann siehst du zum letzten Mal Schnee.
Irgendwann trinkst du den letzten Kaffee,
Streichelst den Hund, tanzt durch den Saal.
Alles, alles gibt's ein letztes Mal.

Irgendwann schmeckst du zum letzten Mal Brot,
Schwimmst du im See und betrachtest ein Boot,
Winkst einem Kind, gehst durch ein Tal.
Alles, alles gibt's ein letztes Mal.

Irgendwann hörst du die letzte Musik,
Wirst du umarmt und erhaschst einen Blick,
Liest einen Brief, schreibst eine Zahl.
Alles, alles gibt's ein letztes Mal.

Irgendwann heißt, es kann morgen gescheh'n,
Und dass wir uns heut' das letzte Mal seh'n.
Drum, was du erlebst, erleb es total,
Denn alles, alles gibt's ein letztes Mal,
Alles, alles gibt's ein letztes Mal.

"Lass nun ruhig los das Ruder" von Reinhard Mey

Lass nun ruhig los das Ruder
Dein Schiff kennt den Kurs allein
Du bist sicher Schlafes Bruder
Wird ein guter Lotse sein

Lass nun Zirkel, Log und Lot
Getrost aus den müden Händen
Aller Kummer, alle Not
Alle Schmerzen enden

Es ist tröstlich einzusehen
Dass nach der bemessenen Frist
Abschiednehmen und Vergehen
Auch ein Teil des Lebens ist

Und der Wind wird weiter wehen
Und es dreht der Kreis des Lebens
Und das Gras wird neu entstehen
Und nichts ist vergebens

Es kommt nicht der grimme Schnitter
Es kommt nicht ein Feind
Es kommt, scheint sein Kelch auch bitter
Ein Freund der's gut mit uns meint

Heimkehren in den guten Hafen
Über spiegelglattes Meer
Nicht mehr kämpfen, ruhig schlafen
Nun ist Frieden ringsumher

Und das Dunkel weicht dem Licht
Mag es noch so finster scheinen
Nein, hadern dürfen wir nicht
Doch wir dürfen weinen

Filmvorführung: „Heute nicht“

Ein Film von Jim Rakete aus dem Kinderhospiz Bethel



Quelle: Dr. C. Fuhrmann: Bildschirmfotografie aus Filmvorführung

Trailer:

<https://www.youtube.com/watch?v=AQ7SX1p5JdA>

Weitere Links zum Film:

<https://www.bethel.de/aktuelles/nachrichten-aus-bethel/heute-nicht-premiere-fuer-kinderhospiz-film>

<https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr5/wdr5-westblick-aktuell/audio-sehr-viel-leben-auch-im-hospiz-neuer-film-von-jim-rakete-100.html>

https://rbbmediapmdp-a.akamaihd.net/content/01/0d/010d5155-4359-44ae-8434-cdefa8a2bc88/13306064-e877-4983-b609-3ed08d3013d0_4ec1cc80-f0a7-4d9c-8eb5-26f405fde71d.mp3



Impressionen 5. Berliner Hospizforum 2022



