

Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis und die Stadt Würzburg

1. Fortschreibung und Weiterentwicklung 2015

Dokumentation des Workshops Hospiz- und Palliativversorgung für die Region Würzburg

am 28. Januar 2016
im Rathaus der Stadt Würzburg



Eckdaten zum Workshop in der Stadt Würzburg

Teilnehmer/innen:

Anzahl Teilnehmer/innen: ca. 70 Personen

Veranstalter:

Stadt Würzburg: Volker Stawski

Dokumentation:

Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern bestehen aus:

Arbeitsgruppe für Sozialplanung
und Altersforschung (AfA): Doris Rudolf

Institut für Sozialplanung, Jugend- und
Altenhilfe, Gesundheitsforschung
und Statistik (SAGS): Christian Rindsfüßer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Programm.....	IV
Begrüßung	1
Vorträge.....	1
1 Vorstellung der Ziele des Workshops, Volker Stawski, Stadt Würzburg	1
2 Aktuelle Sterbefallschätzung für die Stadt und den Landkreis Würzburg, Christian Rindsfüßer SAGS	1
3 Einführung „Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung“ - Dr. B. van Oorschot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg	2
4 Das Neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), Dr. R. Schäfer, Palliativstation Stiftung Juliusspital.....	3
5 Hospiz und SAPV-Versorgung, Dr. E. Köhler, Ärztlicher Ambulanter Palliativdienst am Juliusspital Sibylla Baumann, Hospiz Juliusspital	6
6 Finanzierungsproblematik der Hospiz-/ Palliativarbeit in stationären Alten- und Pflegeheimen, Leistungsangebote aus SGB V und SGB XI, Bettina Albert, Main-Klinik, Überleitungspflege	7
7 Psychosoziale Betreuung in der Palliativ- und Hospizversorgung, Dr. E. Jentschke, Gerontopsychiatrische Beraterin der Seniorenvertretung der Stadt Würzburg	8
8 Vorstellung Projekt Ethikberatung, Nadine Lexa. Stadträtin	9
9 Die Situation ambulanter Hospizbegleitung, Wolfgang Engert, Hospizverein Würzburg e.V., Georg Bischof, Hospiz- und Palliativdienst der Malteser Würzburg	9
10 Die Rolle des Hausarztes in der Palliativversorgung, Dr. R. Mauser, Hausarzt	10
11 Die Herausforderung an den Schnittstellen: Allgemeine – spezialisierte Palliativversorgung. Stationär – ambulant – Pflegeheim, Dr. B. van Oorschot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg	11

Programm

Ablauf	Vortragende
Begrüßung	Dr. Hülya Düber Sozialreferentin der Stadt Würzburg
Vorträge mit Diskussion	
Vorstellung der Ziele des Workshops	Volker Stawski, Stadt Würzburg
Aktuelle Sterbefallschätzung für die Stadt und den Landkreis Würzburg	Christian Rindsfüßer SAGS
Einführung „Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung“	Dr. B. van Oorscot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg
Das Neue Hospiz- und Palliativgesetz	Dr. R. Schäfer, Palliativstation Stiftung Juliusspital
Hospiz und SAPV-Versorgung	Dr. E. Köhler, Ärztlicher Ambulanter Palliativdienst am Juliusspital Sibylla Baumann, Hospiz Juliusspital
Finanzierungsproblematik der Hospiz- / der Palliativarbeit in stationären Alten- und Pflegeheimen, Leistungsangebote aus SGB V und SGB XI	Bettina Albert, Main-Klinik, Überleitungspflege
Pause	
Psychosoziale Betreuung in der Palliativ- und Hospizversorgung	Dr. E. Jentschke, Gerontopsychiatrische Beraterin der Seniorenvertretung der Stadt Würzburg
Projekt „Ethikberatung“	Dr. N. Lexa, Stadträtin

Ablauf	Vortragende
Die Situation ambulanter Hospizbegleitung	Wolfgang Engert, Hospizverein Würzburg e.V. Georg Bischof, Hospiz- und Palliativdienst der Malteser Würzburg
Die Rolle des Hausarztes in der Palliativversorgung	Dr. R. Mauser, Hausarzt
Die Herausforderung an den Schnittstellen: Allgemeine – spezialisierte Palliativversorgung. Stationär – ambulant – Pflegeheim	Dr. B. van Oorschot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg
Schlusswort	Dr. Schwab Ärztlicher Direktor des Geriatriezentrums Würzburg im Bürgerspital Volker Stawski, Stadt Würzburg

Begrüßung

Eröffnet wurde der Workshop am 28.01.2016 in Würzburg im Rahmen der 1. Fortschreibung des „Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts für die Stadt und den Landkreis Würzburg“ (SPGK) von Frau Dr. Düber, Sozialreferentin der Stadt Würzburg. Sie begrüßte alle Teilnehmer/innen und Referent/innen der Veranstaltung und bedankte sich gleich zu Beginn für das große Engagement und die gute Arbeit der vielen Institutionen, die im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in Würzburg tätig sind. Anschließend betonte Frau Dr. Düber die Bedeutung dieses Versorgungsbereichs – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – für die Stadt und den Landkreis Würzburg und insbesondere für die Fortschreibung des SPGK als zentrales Handlungsfeld. Hierzu gab sie einen kurzen Überblick über die Entwicklungen der stationären und ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung in Würzburg in den vergangenen Jahren. Im Weiteren stellte Frau Dr. Düber die Referent/innen der Veranstaltung und ihre fachlichen Beiträge vor. Abschließend wünschte sie allen Teilnehmer/innen eine gute Veranstaltung und ertragreiche Diskussionen mit vielen Ergebnissen, die als Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation in die Fortschreibung des SPGK aufgenommen werden können.

Vorträge

1 Vorstellung der Ziele des Workshops, Volker Stawski, Stadt Würzburg

Vgl. Präsentation *Einführung Hospiz- und Palliativversorgung_Stawski.ppt*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien:

- Die Region (Stadt und Landkreis Würzburg) hat in diesem Bereich gute Einrichtungen. Dieses Angebot ist sehr wichtig für die Region.
- Information zum Hospiz- und Palliativangebot und der Fortschreibung des Seniorenpolitische Gesamtkonzepts finden sich unter: www.wuerzburg.de/bsb.

2 Aktuelle Sterbefallschätzung für die Stadt und den Landkreis Würzburg, Christian Rindsfüßer SAGS

Vgl. Präsentation *Sterbefallschätzung Region Würzburg_Rindsfüßer.ppt*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien:

- Das Statistische Landesamt Bayern geht von einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung aus. Der Zuwachs der Zahl hochbetagter Bürger/innen ist im Landkreis größer als in der Stadt Würzburg, in beiden Gebietskörperschaften jedoch auf hohem Niveau.

- Durch die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur steigt die absolute Anzahl der jährlichen Sterbefälle im Landkreis schneller als in der Stadt.
- Bei einer konstanten Lebenserwartung werden die Sterbefälle deutlich stärker ansteigen.

3 Einführung „Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung“ – Dr. B. van Oorschot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg

Vgl. Präsentation *Einführung Allgemeine und Spezialisierte Palliativversorgung_Oorschot.ppt*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien:

- Seit drei Jahren gehört die Palliativmedizin zum Pflichtcurriculum im Medizinstudium an der Universität Würzburg. Assistenzärzte der Universitätsklinik können sich in der beruflichen Praxis palliativmedizinisch weiterbilden. Etwa in drei Jahren haben somit alle jungen Ärzt/innen zumindest Grundkenntnisse in diesem Bereich.
- Seit 2002 gibt es eine neue Definition der Palliativmedizin: Diese hat nicht mehr nur die Betreuung am Lebensende zur Aufgabe, sondern übernimmt eine Funktion in einer integrierten Betreuung auch zur Lebensverlängerung sowie Gesundheit.
- Die Grundlagen des Handelns sind die „Leitlinie Palliativversorgung (S3)“ und die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“.
- In Deutschland hat sich ein zweistufiges Modell entwickelt,
 - die Allgemeine (Ambulante) Palliativversorgung (APV/AAPV) für niedrigen und mittleren Palliativbedarf,
 - und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) für einen hohen Bedarf.
- Die Leitlinie S3 definiert, dass SAPV-Leistungen nur für komplexe Situationen eingesetzt werden. Die Grundpflege wird von ambulanten und stationären Pflegediensten bzw. Einrichtungen geleistet.
- Sterbende im Pflegeheim werden i.d.R. durch die Allgemeine Palliativversorgung betreut, dies sehen manche kritisch und beklagen ein „Sterben 2. Klasse“.
- Das Palliativnetzwerk Würzburg ermöglicht eine gute Koordination und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteur/innen.
- **Was kann vor allem für Betroffene getan werden:**
 - Viele Symptome die palliativmedizinisch behandelt werden, gehen auf medikamentöse Unter- oder Fehlversorgung zurück. Durch eine gute medikamentöse Einstellung lassen sich viele Probleme vermeiden.

- Demenzerkrankungen werden häufig übersehen, hier ist eine bessere Diagnostik wichtig.
- SAPV kommt vor allem bei Tumorpatient/innen zum Einsatz, bei Patient/innen mit anderen Erkrankungen wird sie zu wenig eingesetzt.
- Die Palliativmedizin hat sich aus der Onkologie heraus entwickelt; für ältere Menschen ohne Krebserkrankungen muss noch vieles dazugelernt werden. Es geht dabei insbesondere um die Frage, *wie diese optimal betreut werden können.*

4 Das Neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), Dr. R. Schäfer, Palliativstation Stiftung Juliusspital

Vgl. Präsentation *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)_Schäfer.pptx*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien:

- Das Gesetz hat umfangreiche und ambitionierte Ziele, dazu gehört u. a.:
 - Schaffung einer flächendeckenden Versorgung.
 - Stärkung der Bedeutung der Allgemeinen Palliativversorgung.
 - Verbesserung der Information und Beratung zum Thema.
 - Verbesserung der Koordination der Beteiligten: Patient/in im Mittelpunkt.
 - Berichtspflicht: Kassenärztliche Vereinigungen und Andere sollen Daten zur Inanspruchnahme und Nachfrage erheben um einen besseren Überblick über Bedarfe zu erlangen.
- Neu: Die palliative Versorgung wird Teil der Krankenversorgung und der häuslichen Krankenpflege.
- Sterbebegleitung ist nun als Auftrag der Pflege verankert.
- Bedeutung für die Krankenhäuser u. a.:
 - Palliativstationen können wählen, wie die Leistungen abgerechnet werden können. Erfahrungen zeigen, dass eine Abrechnung nach DRG zu einer Unterfinanzierung der Palliativstationen führen kann.
 - Krankenhäuser können Konsiliardienste einrichten. Diese werden zu einem späteren Zeitpunkt extra vergütet. Sie sind eine Chance für Häuser, die keine Palliativstation haben.

- Bedeutung für SAPV-Träger u. a.:
 - Zur Konfliktlösung sollen in Zukunft Schiedsstelle(n) eingerichtet werden.
 - Hausärzte können SAPV unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zur Allgemeinen Palliativversorgung anbieten. So könnten Lücken im Versorgungsnetz geschlossen werden. Gefahr: Entstehen einer „SAPV-Light“.
- Bedeutung für Kassenärzte u. a.:
 - Kassenärztliche Vereinigungen bieten verstärkt Fortbildungskurse an, z. B. Basiskurs Palliativmedizin. Angedacht ist, diese als E-Learning-Kurse anzubieten. Dies ist vor allem bei Inhalten, die sich mit der persönlichen Zuwendung zur/m Patient/in auseinandersetzen, kritisch zu sehen.
 - Besondere Vergütung für ärztliche Betreuung in Pflegeheimen ist im Rahmen von Kooperationsverträgen möglich.
- Bedeutung für stationäre Hospize u. a.:
 - Betriebskosten werden zu 95 % erstattet, 5 % müssen durch Eigenmittel (z. B. Spenden) aufgebracht werden.
 - Verwaltungsaufwand wird zukünftig vergütet, bisher war dies nicht der Fall.
 - Ein vereinfachter Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz soll ermöglicht werden. Bisher ist das kaum möglich ohne „Zwischenstation“ im Krankenhaus.
 - Bundesweit sollen Rahmenvereinbarungen für alle deutschen Hospize entstehen. Bisher ist die Qualität in bayerischen Hospizen hoch, deshalb ist abzuwarten, ob dieser Standard gehalten wird.
- Bedeutung für Hospizvereine u. a.:
 - Ermöglichung von Sterbebegleitungen in einem Krankenhaus.
 - Verbesserung der Finanzierung u. a. durch Festlegung bedarfsgerechter Anteile Ehrenamt/ Hauptamt.
 - Eigene Rahmenvereinbarung für ambulante Kinderhospizdienste.
- Bedeutung für Krankenkassen u. a.:
 - Pflicht zur Beratung und Information, Gefahr: Parallelstrukturen. Beratungsangebote sind jetzt schon gut.

- Bedeutung für Pflegeheime:
 - Pflegeheime sollen Kooperationsverträge mit Vertragsärzten schließen.
 - Sterbebegleitung als Auftrag an die Pflegeheime.
 - Beratung, Information und Fallbesprechungen werden vergütet.
 - Pflegeheim sollen Zusammenarbeit mit Hospizdiensten intensivieren.
- Fazit: Das Gesetz bringt das Thema voran und bietet die Chance wichtiger Weiterentwicklungen.

Weitere Diskussionsbeiträge:

- Aus dem Plenum wird berichtet, dass Bürger/innen nicht immer einen Platz in der Palliativstation in Würzburg bekommen, wenn dieser benötigt wird. Dies kann von Seiten der Expert/innen nicht bestätigt werden. Mit 25 stationären Palliativ- und 10 Hospizplätzen hat sich die Versorgungssituation in Würzburg deutlich entspannt. In der Regel gelingt es bei Bedarf innerhalb weniger Tage, Patient/innen unterzubringen.
- Es wurde kritisiert, dass die Pflegeheime in der neuen Gesetzgebung hätten stärker in die Pflicht genommen werden sollen (zu viele Soll-Vorschriften).
- Kann der Wille des Einzelnen ausreichend berücksichtigt werden? Nach Einschätzung des Expert/innen hat sich hier vieles verbessert z. B. durch das Patientenverfügungsgesetz (seit 2009). Voraussetzung ist, dass Bürger/innen Patientenverfügungen erstellen und Vertreter/innen benennen, die für sie handeln.
- Vertreter/innen von Pflegeeinrichtungen weisen darauf hin, dass schon jetzt in Pflegeheimen Sterbebegleitung stattfindet. Schwierigkeiten in der optimalen Versorgung entstünden auch dadurch, dass es nicht immer gelingt Ärzt/innen als Kooperationspartner zu verpflichten.
- Voraussetzung für eine gute Sterbebegleitung in den Pflegeheimen ist eine ausreichende Finanzierung, um entsprechende Personalkapazitäten vorhalten zu können.

5 Hospiz und SAPV-Versorgung, Dr. E. Köhler, Ärztlicher Ambulanter Palliativdienst am Juliusspital Sibylla Baumann, Hospiz Juliusspital

Vgl. Präsentation *SAPV und stationäres Hospiz Würzburg_Köhler, Baumann.pptx*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien, Dr. E. Köhler:

- Seit 2010 besteht das SAPV-Angebot für die Stadt, den Landkreis Würzburg und weitere (Teil-) Landkreise.
- Die häufigste Versorgungsart ist die Teilversorgung zu Hause: Hier wird eine 24- Stunden Erreichbarkeit für die Patient/innen bzw. deren Angehörigen gewährleistet.
- Seit 2013 finden auch Teilversorgung im Hospiz oder Umzüge ins Hospiz während der Versorgung statt. Seit das Hospiz in Würzburg entstanden ist, übernimmt dieses eine wichtige Rolle. Die Versorgung der Patient/innen dort ist sehr gut. Für viele Patient/innen ist dieser Schritt, der die Trennung von der Familie beinhaltet, aber sehr schwierig.
- Erkrankungen der SAPV-Patient/innen: 78 % Krebserkrankungen.
- Das Durchschnittsalter der Patient/innen liegt bei 74 Jahre. Bei den Älteren sind in der Regel auch die/der Partner/in alt, was die Versorgung zu Hause erschwert.
- Die Versorgung auf der Palliativstation ist auf 14 Tage begrenzt; im Hospiz gibt es keine zeitliche Begrenzung, jedoch wird die Notwendigkeit eines längeren Hospizaufenthaltes häufig von den Krankenkassen in Frage gestellt.
- Bestehende Probleme der Palliativpflege und Sterbebetreuung in Pflegeheimen:
 - Zeitmangel, Personal ist motiviert, aber häufig zeitlich stark eingeschränkt,
 - Fachkräftemangel,
 - Mangelnde Deutschkenntnisse,
 - Gefahr des „Ausnutzens“ von ehrenamtlichen Hospizhelfer/innen,
 - Einschränkende hausinterne Regelungen,
 - Mangelnde Flexibilität bei Medikation,
 - Pflegkräfte erkennen den Bedarf an palliativen Maßnahmen nicht immer.
- Bestehende Probleme der Palliativpflege und Sterbebetreuung bei ambulanten Diensten:
 - Ähnliche Probleme wie in den Heimen.

- Allgemeine Defizite:
 - Für reine Schmerzpatient/innen ist die SAPV nicht zuständig.
 - Bislang sehr wenig Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen durch die SAPV.
 - Versorgung von beatmeten Patient/innen.

Ergänzungen zu den Vortragsfolien, Sybilla Baumann:

- Hospize sind auf jüngere Patient/innen ausgerichtet. Diese sind noch mehr als Ältere auf Hospize angewiesen, damit sie nicht in ein Pflegeheim müssen (wo sie sich aufgrund ihres Alters fehlplatziert fühlen würden). Deshalb werden jüngere Patient/innen vorgezogen. Die direkte Übernahme aus einem Pflegeheim ist auch schwierig.
- Hospiz ist nicht auf die Aufnahme von Demenzerkrankten eingerichtet.

Wie kann eine Verbesserung der Situation mit/ in den Heimen aussehen:

- Fortbildung des Pflegepersonals stärken.
- Personalschlüssel verbessern.
- Förderung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Betreuung in den Pflegeheimen.
- Vernetzung mit dem Palliativzentrum und deren Ansprechpartner/innen.
- Am wichtigsten ist es, den Patient/innen und Angehörigen Zeit und Zuwendung spenden zu können. Den Angehörigen muss häufig die Angst genommen werden, dass sie die Betreuung ihrer Sterbenden „nicht richtig“ machen. Die dafür benötigte Zeit muss durch gesetzliche Grundlagen ermöglicht werden.

6 Finanzierungsproblematik der Hospiz-/ Palliativarbeit in stationären Alten- und Pflegeheimen, Leistungsangebote aus SGB V und SGB XI, Bettina Albert, Main-Klinik, Überleitungspflege

Vgl. Präsentation *Palliativversorgung in Klinik und Heim_Albert.pptx*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien

- Seit Januar 2016 kann in schwierigen Situationen Kurzzeitpflege auch ohne Pflegestufe in Anspruch genommen werden (Abrechnung über Krankenversicherung).

Das wäre wichtig:

- Bessere ärztliche Versorgung im Heim, etwa durch Hausärzte, bessere Kooperation.

- Problem: Fachkräftemangel in den Pflegeheimen.
- Schmerzdienst in Krankenhaus etablieren, wenn keine Palliativstation vorhanden.

7 Psychosoziale Betreuung in der Palliativ- und Hospizversorgung, Dr. E. Jentschke, Gerontopsychiatrische Beraterin der Seniorenvertretung der Stadt Würzburg

Vgl. Präsentation *Psychosoziale Betreuung in der Palliativ- und Hospizversorgung_*
Jentschke.pptx

Ergänzungen zu den Vortragsfolien

- Geriatrische Patient/innen sind häufig multimorbid und chronisch krank. Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen spielen dabei eine wichtige Rolle.
- Geriatrische Patient/innen müssen mehr als bisher ins Zentrum der Palliativversorgung gerückt werden.
- Ältere Patient/innen mit Demenzen werden häufig medizinisch nicht adäquat behandelt. Die Diagnostik ist häufig nicht ausreichend oder fehlerhaft; Therapie ebenso.
- 2007 hatten die wenigsten Ärzte/innen eine palliativmedizinische Weiterbildung; ebenso die Pflegekräfte. Diese Situation hat sich verbessert.
- Problem bei einer Demenzerkrankung:
 - Diagnostiken erfolgten nicht sauber, dies ist aber grundlegend für die richtige Behandlung.
 - Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung müssen sehr früh erstellt werden, wenn Demenz vorliegt. Patient/innen müssen früh informiert werden, dass eine palliativmedizinische Begleitung möglich ist.
 - Bei Menschen, die sich nicht mehr äußern können, ist es sehr schwierig Schmerzen zu erkennen und einzuschätzen.
- Probleme bei Depressionen:
 - Depressionen sind im Alter schwierig zu diagnostizieren und werden häufig von anderen Erkrankungen überlagert.
 - Mit der wachsenden Anzahl älterer Menschen ist ein Anstieg der Suizidrate zu erwarten. Vor allem ältere Männer sind gefährdet.
 - Einige Gründe für Alterssuizid:
 - Schmerz,
 - Angst vor der Fortentwicklung von Krankheiten,

- Einsamkeit, Alleinleben,
- Schuldgefühle, Kriegserfahrungen u. a.
- Dignity-Therapie: „Würdetherapie“ in der Palliativstation: Menschen ihre Würde zurück geben, sie hören, ihre Erfahrungen aufbewahren.

Das wäre wichtig:

- Einsatz multidisziplinärer Teams in allen Bereichen.
- Erweiterung der Palliativmedizin in die Geriatrie hinein.

Weitere Diskussionsbeiträge:

- In den letzten Lebenswochen kann der Einsatz von Teams (und somit von vielen verschiedenen Personen mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund) Patient/innen auch überfordern. Die verschiedenen Angebote müssten vorher einsetzen. So sollten beispielsweise familiäre Konflikte nicht erst am Lebensende gelöst werden.

8 Vorstellung Projekt Ethikberatung, Nadine Lexa. Stadträtin

Das Modellprojekt „Ethikberatung“ ist geplant und wird voraussichtlich Ende 2016 beginnen. Durch die Beratung in Pflegeeinrichtungen oder anderen Einrichtungen sollen gravierende Maßnahmen (z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen) verhindert oder reduziert werden. In ethischen Fallbesprechungen sollen Pflegekräfte, Angehörige und andere Akteur/innen beraten werden. Ziel ist es, dass Einrichtungen im Laufe der Zeit lernen, entsprechende Konfliktsituationen besser als bisher selber lösen zu können.

9 Die Situation ambulanter Hospizbegleitung, Wolfgang Engert, Hospizverein Würzburg e.V., Georg Bischof, Hospiz- und Palliativdienst der Malteser Würzburg

Vgl. Präsentation *Die Situation ambulanter Hospizvereine_Engert,Bischof.ppt*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien

- Die Hospizbegleitung sollte nicht kurz vor dem Lebensende einsetzen, sondern eine Begleitung über einige Zeit ermöglichen. Bereits jetzt dauern manche Begleitungen über ein Jahr an. Vor allem brauchen die Angehörigen die Unterstützung.
- Trauerbegleitung soll zur Enttabuisierung des Themas beitragen.
- Durch den Kinderhospizdienst werden vor allem trauernde Kinder betreut.

- Etwa zwei Drittel der begleiteten „Fälle“ können nicht abgerechnet werden (z. B. Begleitung in der Klinik).
- Immer häufiger kommt es zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen, z. B. in Wohngruppen. Damit müssen sich die Hospizdienste auseinandersetzen bzw. sich darauf einstellen.

Das wäre wichtig:

- Wertschätzung der Arbeit der Ehrenamtlichen: Ehrenamtlichen Helfer/innen arbeiten unter hohem Einsatz und qualifiziert.
- Eine städtische Förderung der Hospizarbeit sollte überprüft werden.
- Eine Förderung durch die Krankenkassen lt. § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V hängt grundsätzlich vom Einsatz von Hauptamtlichen ab, unabhängig von der Zahl der Ehrenamtlichen. Das wird dem Einsatz der Ehrenamtlichen nicht gerecht.
- Öffentlichkeitsarbeit gestaltet sich schwierig. Die Stadt könnte dies stärker als bisher unterstützen und Öffentlichkeit herstellen.
- In der SAPV-Versorgung für Kinder und Jugendliche besteht in Unterfranken eine große Lücke.

10 Die Rolle des Hausarztes in der Palliativversorgung, Dr. R. Mauser, Hausarzt

Vgl. Präsentation *Hausärzte in der Palliativversorgung_Mauser.ppt*

Ergänzungen zu den Vortragsfolien

- Die Allgemeine Palliativversorgung (APV) (und somit die Hausärzte) übernimmt 85-90 % der Palliativversorgung.
- Fachärzte sind in Pflegeheimen häufig wenig präsent. Während die onkologische ärztliche Versorgung in der Regel gut funktioniert, sind andere Fachrichtungen (z. B. Kardiologie) häufig unterrepräsentiert.
- Hausärzte haben oft ein langjähriges, vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Patient/innen. Dies ist eine gute Voraussetzung für eine palliativmedizinische Betreuung.

11 Die Herausforderung an den Schnittstellen: Allgemeine – spezialisierte Palliativversorgung. Stationär – ambulant – Pflegeheim, Dr. B. van Oorschot, Palliativstation am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Universität Würzburg

Vgl. Präsentation *Einführung Allgemeine und Spezialisierte Palliativversorgung_Oorschot.ppt*:

Ergänzungen zu den Vortragsfolien

- Nach der Entlassung aus einer Palliativstation gehen die meisten Patient/innen nach Hause bzw. zu Angehörigen. Ist dies nicht möglich gehen vor allem jüngere Patient/innen häufiger ins Hospiz, Ältere dagegen eher in ein Pflegeheim.
- 80 % der Demenzerkrankten werden im Krankheitsverlauf in einem Pflegeheim versorgt. Dabei müssen die Behandlungsziele an den Krankheitsverlauf angepasst werden. So ist in einer fortgeschrittenen Phase die Herstellung von Komfort wichtiger als der Kompetenzerhalt.

Das wäre wichtig:

- Sterbebegleitung setzt im Pflegeheim oft zu spät an bzw. Menschen kommen zu spät ins Pflegeheim. Somit bleibt keine Zeit, eine gute Beziehung und Vertrautheit aufzubauen und gemeinsam eine gute Begleitung zu gestalten.
- Das Angebot von Hospizbetten in Pflegeheimen ist wichtig, um einen letzten Ortswechsel zu verhindern. Dies muss aber auch finanziell unterstützt sein.
- Wie können Drehtüreffekte zwischen Heim und Klinik abgebaut werden?
 - Systematische Identifizierung von Patient/innen, die einen Palliativbedarf haben, z. B. durch den Einsatz von Indizes in der Klinik.
 - Erstellung von Notfallplänen, damit die Mitarbeiter/innen im Pflegeheim flexibel auf sich verändernde Situationen reagieren können.
- Stärkung der Allgemeinen Palliativversorgung.
- Verbesserung des Personalschlüssels in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege.