

Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates (21.3.2001)

zu zwei Gesetzesanträgen zum Thema

„Ambulante Hospizarbeit“

Stellungnahme der

Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

(vertreten durch den Präsidenten Prof.Dr.med.Eberhard Klaschik)

Einleitung

Es ist das Verdienst der Hospizbewegung, die sich in erster Linie durch ehrenamtliches Engagement auszeichnet, die Sorge um Schwerkranke und Sterbende zu einem zunehmend auch gesellschaftlich wahrgenommenen Thema gemacht zu haben. Nicht zuletzt führte dieses Engagement in Deutschland dazu, daß auch im professionellen Bereich Versorgungsstrukturen entstanden, die die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender in den Mittelpunkt ihres Bemühens stellten. Diese Entwicklung fand bisher primär im stationären Sektor statt und führte bundesweit (bis heute) zur Einrichtung von etwa 65 Palliativstationen an Krankenhäusern und 85 stationären Hospizen. Demgegenüber war eine vergleichbare Entwicklung im ambulanten Sektor ausgeblieben.

Zwar entstanden in den letzten Jahren über 600 ambulante Hospizeinrichtungen in Deutschland, aber nur die wenigsten von ihnen sind in ihrem Angebotsspektrum auch nur annähernd mit dem speziellen Fachwissen ausgerüstet, daß ansonsten nur auf Palliativstationen (Medizin & Pflege) oder in stationären Hospizen (hier in der Regel nur durch ein palliativpflegerisches Angebot repräsentiert) zur Verfügung steht. Der politisch gewollte Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann somit gerade für schwerstkranke Menschen oft nicht realisiert werden.

Insbesondere vor dem Hintergrund der bevorstehenden Einführung einer neuen pauschalierten Krankenhausfinanzierung (DRG) und der dadurch zu erwartenden früheren und auch häufigeren Entlassung schwerkranker Menschen müssen Vorbereitungen getroffen werden, damit eine gesicherte ambulante Versorgung möglich wird. Um Palliativmedizin und Palliativpflege auch im ambulanten Sektor im Sinne einer umfassenden „Palliative Care“ anbieten zu können, bedarf es deshalb neben der Einrichtung von Hospizdiensten auch der Etablierung von professionellen Strukturen mit palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise. Den großen Nutzen solcher Angebote haben die wenigen ambulanten Palliativdienste, die es bisher in Deutschland gibt - z.B. in Berlin, Bonn, Göttingen, Greifswald, München, Ravensburg und Tübingen - eindrucksvoll bewiesen.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin unterstützt in diesem Zusammenhang das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz entwickelte Stufenmodell zur Definition ambulanter Hospizdienste und begrüßt ausdrücklich die Einbindung palliativpflegerischer Kompetenz auch in die Arbeit der Hospizdienste. Nur ein Stufen-

modell, das es erlaubt, Dienste mit unterschiedlichem Angebot zu erfassen, berücksichtigt einerseits die gewachsenen Strukturen vorhandener Dienste und andererseits die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse einer sehr heterogenen Patientenzielgruppe. In Anlehnung an unsere im September 2000 im Rahmen der Debatte um die Pflegerichtlinien des Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen veröffentlichte „Empfehlung über die Gewährleistung einer wirksamen, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung palliativpflegerisch zu betreuender Patienten im ambulanten Sektor“ halten wir darüber hinaus auch überwiegend professionell-palliative Angebotsstrukturen für geboten. Diese sind, im Idealfall, berufsgruppen- und sektorenübergreifend zu gestalten (Stichwort: Integrierte Versorgung), insbesondere auch ärztliche Expertise sollte im Angebotspektrum ambulanter Palliativdienste seinen Platz haben.

Im Folgenden soll stichwortartig und summarisch auf den Fragenkatalog eingegangen werden, der der Sachverständigenanhörung zum Thema „Ambulante Hospizarbeit“ am 21. März 2001 in Berlin zugrunde liegt. Vorab sei zur besseren Orientierung das von der **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz** neu entwickelte Stufenmodell zu „Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit“ sowie die von der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin** entworfene Ergänzung über „Definition & Qualitätskriterien ambulanter Palliativdienste“ kurz skizziert. Erinnert werden soll auch noch an die Tatsache, daß im angloamerikanischen Sprachraum (also den Herkunftsländern von Hospizidee und „Palliative Care“) „Hospice Care“ und „Palliative Care“ inhaltlich nicht streng getrennt sind.

Definitionen ambulanter Hospizarbeit (gemäß BAG-Definition)

- Ambulante Hospizinitiative bzw. Hospizgruppe
 - Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
 - (evtl. im Aufbau befindliche Gruppe von EA zur Sterbebegleitung)
- Ambulanter Hospizdienst (AHD)
 - Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit ... plus
 - Sterbebegleitung durch ehrenamtliche und geschulte HospizhelferInnen ... plus
 - hauptamtliche Koordination / Büro / feste Sprechzeiten
- Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)
 - Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
 - Sterbebegleitung durch ehrenamtliche und geschulte HospizhelferInnen
 - hauptamtliche Koordination / Büro / feste Sprechzeiten ... plus
 - Palliativpflegerische Beratung
- Ambulanter Hospiz- und PalliativPflegedienst (AHPP)
 - Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
 - Sterbebegleitung durch ehrenamtliche und geschulte HospizhelferInnen
 - hauptamtliche Koordination / Büro / feste Sprechzeiten
 - Palliativpflegerische Beratung ... plus
 - Palliativpflege

Definitionen ambulanter Palliativdienste (gemäß DGP-Definition)

- Ambulanter Palliativdienst (APD)
 - Palliativberatung und Palliativpflege
 - Tätigkeiten, die von Ärzten im Delegationsverfahren an Pflegefachkräfte übertragen werden
 - Maßnahmen im Sinne einer psychosozialen Stützung
 - direkte Anbindung ärztlicher und sozialarbeiterischer Expertise
- Pflegedienst mit palliativpflegerischem Schwerpunkt (PDPP)
 - Palliativberatung und Palliativpflege
 - Tätigkeiten, die von Ärzten im Delegationsverfahren an Pflegefachkräfte übertragen werden

1. Ziele von Hospizarbeit, Abgrenzung ambulanter von stationärer Hospizarbeit, Abgrenzung zu sonstigen sozialen Leistungsbereichen, Stellenwert der Ehrenamtlichkeit innerhalb der ambulanten Hospizarbeit

Konzeption hospizlicher und palliativer Arbeit: Die Idee der Hospizbewegung, die sich seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts, beginnend mit der Entwicklung in den angloamerikanischen Ländern, über die ganze Welt ausgebreitet hat, stellt die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen (und ihrer Angehörigen!) ganz in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen. Neben ehrenamtlichem Engagement auf breiter Basis waren von Anfang an auch professionelle MitarbeiterInnen psychosozialer Berufsgruppen in die Entwicklung hospizlicher und palliativer Ansätze eingebunden. In Dame Cicely Saunders, einer der „BegründerInnen“ der modernen Hospizbewegung, die sowohl Krankenschwester als auch Sozialarbeiterin als auch Ärztin ist, spiegelt sich insbesondere der multiprofessionelle Ansatz der Hospizidee sinnbildlich wider. Die Grenzen zwischen hospizlicher und palliativer Arbeit sind fließend, zum Teil werden die Begriffe (z.B. im internationalen Sprachgebrauch) auch synonym verwandt. In Deutschland ist mit hospizlicher Arbeit v.a. das ehrenamtliche Engagement gemeint, während Palliativmedizin und Palliativpflege von professionellen HelferInnen angeboten werden. Steht bei hospizlicher Arbeit mehr die psychosoziale Betreuung im Vordergrund, so wird diese durch palliative Bemühungen im Bereich der somatischen Behandlung ergänzt.

Ambulant und stationär – Gegensatz oder Ergänzung?: Grundsätzlich deckt sich die Devise der Hospizbewegung, den Menschen ein Sterben in gewohnter Umgebung, also zu Hause, zu ermöglichen, mit dem politisch gewünschten Grundsatz „ambulant vor stationär“. Gleichwohl wird es immer wieder Situationen geben, wo auch eine bestmögliche ambulante Betreuung schwerstkranker Menschen an ihre Grenzen stößt und qualifizierte stationäre Einrichtungen (Stationäre Hospize; Palliativstationen) für die weitere Versorgung zur Verfügung stehen müssen. Bei den Bemühungen um angemessene Versorgungsstrukturen gibt es allerdings im ambulanten Bereich erheblichen Nachholbedarf.

Inhalte von „palliativpflegerischer Beratung“: Unter „palliativpflegerischer Beratungsleistung“ ist ein komplexes Angebot verschiedenster Hilfestellungen zu verstehen, die in der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen am Lebensende von hohem Wert sein können. Beratungsinhalte sind nicht nur Aspekte von Schmerztherapie und Symptomkontrolle, sondern auch ethische Fragestellungen und der Umgang mit psychosozialen Nöten. Das Beratungsangebot richtet sich sowohl an Patienten und Angehörige wie auch an andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Finanzierung ehrenamtlicher Leistungen: Um die ehrenamtlichen HelferInnen gut auszubilden und bei ihrer schweren Arbeit adäquat zu begleiten, bedarf es hauptamtlicher Leit- und Koordinierungsstellen. Deren Finanzierung ist entweder steuerfinanziert oder über SGB V sicherzustellen.

Grenzen ehrenamtlicher Leistungen: Direkte palliativpflegerische oder palliativmedizinische Fragestellungen, wie sie bei Sterbenden häufig vorkommen, können von ehrenamtlichen HelferInnen nicht beantwortet werden. Hierzu bedarf es professioneller Expertise. Auch kann von ehrenamtlichen HelferInnen keine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit erwartet werden, die in der Betreuung Sterbender aber eine wesentliche Hilfe und häufig unentbehrlich zur Beruhigung von Patient und Angehörigen ist.

2. Ist-Analyse ambulanter Hospizarbeit (Bestand, Bedarf, regionale Besonderheiten)

Sterbeorte: Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sterben die meisten Menschen in den westlichen Industrienationen in stationären Einrichtungen. Im Gegensatz dazu ist aus vielen Untersuchungen bekannt, daß die Befragten am liebsten zu Hause und in vertrauter Umgebung sterben möchten. In Deutschland ist z.Zt. davon auszugehen, daß sich etwa 50 % der Todesfälle in Krankenhäusern ereignen, ca. 10-20 % der Menschen sterben in Heimen und nur 30-40 % können bis zum Tod, ihrem Wunsch gemäß, zu Hause bleiben. Diese Zahlen sehen noch erheblich ungünstiger aus, wenn man sich allein auf die städtische Bevölkerung bzw. die Versorgung von Krebspatienten bezieht, da hier entweder das ungünstige soziale Umfeld oder auch die fehlende pflegerisch-medizinische Betreuung oft eine an sich unnötige Krankenhauseinweisung am Lebensende notwendig machen.

Benötigte Hilfen: Bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen werden zur Unterstützung des Patienten und seiner Familie auch im ambulanten Sektor v.a. folgende Hilfen benötigt:

- 1) Bestmögliche Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- 2) Psychosoziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit und/oder Tod
- 3) Die Gewißheit, jederzeit (24 h/Tag!) einen kompetenten Ansprechpartner erreichen zu können

Derzeitiges Angebot im Bereich Hospiz- / Palliativ-: Das Angebot stationärer Hilfen in diesem Bereich hat sich im Laufe der 90er Jahre in Deutschland erheblich erweitert, ohne das die Entwicklung im ambulanten Bereich auch nur annähernd Schritt halten konnte. Zwar sind inzwischen über 600 ambulante Hospizgruppen (bzw. –dienste oder -initiativen) bekannt, aber nur die wenigsten besitzen eine über die psychosoziale Stützung hinausgehende Kompetenz. Leider gibt es bisher nur sehr wenige Dienste, von denen auch palliativpflegerische Expertise angeboten wird. Noch seltener sind rein professionelle ambulante Palliativdienste, auch wenn deren Nutzen im Rahmen von Modellprojekten wiederholt in hohem Maße belegt wurde.

Leistungsspektrum ambulanter Hospizdienste: Das Leistungsspektrum ambulanter Hospizdienste beschränkt sich bisher (neben der Öffentlichkeitsarbeit) überwiegend auf die psychosoziale Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen durch geschulte ehrenamtliche HelferInnen.

Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste: Ambulante Pflegedienste sind in ihrem Angebotspektrum sehr viel heterogener als Hospizgruppen. Nur in Ausnahmefällen kann von einem qualitativ guten palliativpflegerischen Angebot gesprochen werden. Allein Pflegedienste bzw. Mitarbeiter-Innen, die sich z.B. auf die Betreuung schwerkranker Krebspatienten spezialisiert haben, sind in der Lage, den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden, die sich in der palliativen Situation stellen. Jedoch wurden die Möglichkeiten dieser Dienste durch die im Sommer 2000 in Kraft getretene „Richtlinie des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“ erheblich eingeschränkt, so daß eine gute palliativpflegerische Versorgung von Schwerstkranken massiv erschwert worden ist. Eine Beratung der Dienste wäre in jedem Falle wünschenswert.

Qualität der ärztlich-palliativmedizinischen Versorgung: Auch die ärztlich-palliativmedizinische Behandlung im ambulanten Sektor läßt häufig Wünsche offen, was v.a. an der mangelnden Erfahrung vieler Ärzte im Umgang mit schwerkranken Krebspatienten, aber auch an der Einführung vieler neuer Hilfsmittel (z.B. Medikamentenpumpen) liegt, deren Gebrauch bisher nicht üblich war. Auch für die meisten Ärzte wäre ein Beratungsangebot für palliativmedizinische Fragestellungen erstrebenswert.

3. Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte und ehrenamtlich Tätige

Ehrenamtlich Tätige: Unter „entsprechend ausgebildete Fachkräfte“ sind im ehrenamtlichen Bereich geschulte (Laien-)HelferInnen zu verstehen, die im Rahmen eines strukturierten Kursangebotes an ihre Arbeit herangeführt worden sind. Im Mittelpunkt der Schulungen stehen psychosoziale Inhalte sowie ausführliche Reflexionen zum Thema Sterben, Tod und Trauer, inkl. der Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen in diesem Zusammenhang. Auch nach Abschluß des Kurses ist parallel zu praktizierten Sterbebegleitungen eine angemessene Praxisbegleitung bzw. die Möglichkeit zur Supervision – auch im Sinne von Qualitätssicherung – zu gewährleisten.

KoordinatorInnen: Auswahl, Schulung, Einsatz und Begleitung von ehrenamtlich Tätigen macht die Notwendigkeit einer hauptamtlichen Kraft erforderlich. Diese Kraft sollte eine abgeschlossene Berufsausbildung im psychosozialen Bereich vorweisen können. Angemessen scheint uns, daß für mindestens 10 einsatzbereite und geschulte Ehrenamtliche (EA) 0,5 Stellen zur Verfügung gestellt werden sollten, für mindestens 25 EA 1 ganze Stelle und für mehr als 50 EA 2 ganze Stellen.

Professionelle Pflegefachkräfte: Von Pflegefachkräften, die Leistungen im Sinne von „Palliative Care“ anbieten wollen, ist zwingend der (geplante) Besuch einer „Palliative Care“-Weiterbildung zu fordern. Sehr viel ausführlicher als in der HospizhelferInnenschulung werden im Rahmen eines berufsbegleitenden 160-Stunden-Kurses nicht nur die Themen Sterben, Tod und Trauer bearbeitet, sondern es wird vor allem Wert auf eine optimale Ausbildung in Palliativpflege gelegt, als deren wesentliche Elemente Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflegetechniken, Ethik und Kommunikation genannt seien. Die für die Arbeit ambulanter Palliativdienste (bzw. palliativpflegerische Angebote von Sozialstationen und privaten Pflegediensten) von der DGP geforderten Qualitätskriterien sind im Anhang zusammengefasst. Als Kriterien für palliativmedizinisch und palliativpflegerisch zu betreuende Patienten sollten dabei die gleichen herangezogen werden, wie sie für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz entwickelt worden sind (vgl. Rahmenvereinbarung § 39a SGB V).

Bereitschaftsdienst rund um die Uhr: Unabdingbar für eine bestmögliche Patientenversorgung ist die ständige Erreichbarkeit des Dienstes rund um die Uhr – und zwar mit der Möglichkeit, professionell auf hohem Niveau reagieren zu können. Da dies von ehrenamtlichen Kräften weder zwingend verlangt noch erwartet werden kann, ist dieser Punkt u.E. ein entscheidendes Argument für die Einbindung professioneller palliativpflegerischer Expertise in die Arbeit von ambulanten Hospizdiensten.

Vor- und Nachteile einer Professionalisierung der Dienste: Grundsätzlich befürworten wir eine enge Verzahnung von professioneller und ehrenamtlicher Tätigkeit, da nur in enger Abstimmung und Zusammenarbeit eine bestmögliche Versorgung schwerkranker Menschen und deren Familien möglich ist. Abhängig von regionalen Besonderheiten und gewachsenen Strukturen sollte es sowohl die Möglichkeit geben, daß rein ehrenamtlich tätige Ambulante Hospizdienste (AHD) mit professionellen Leistungsanbietern (z.B. Sozialstationen oder Ambulanten Palliativdiensten) eng zusammenarbeiten, als auch, daß sowohl ehrenamtliches Engagement wie professionelle Expertise von einem einzigen Anbieter (AHPB bzw. AHPP) gewährleistet werden.

4. Gegenwärtige Finanzstruktur, Verbesserungsmöglichkeiten

Derzeitige Finanzierung ambulanter Hospizarbeit: Die meisten ambulanten Hospizdienste finanzieren sich überwiegend aus Spenden. Nur die wenigsten der Dienste haben einen finanzkräftigen Träger im Rücken. In einigen Bundesländern gibt es allerdings seit einigen Jahren mehr oder weniger umfangreiche Unterstützungsprogramme für den Aufbau einer hospizlichen Infrastruktur im ambulanten Sektor. Die bewilligten Zuwendungen waren und sind eine große Hilfe für die weitere Entwicklung der regionalen Hospizarbeit und kommen damit vielen sterbenden Menschen zugute. Oft bleibt die öffentliche Unterstützung der Dienste durch Länder und Gemeinden jedoch rudimentär, so daß alle Dienste auch weiterhin auf Spenden (bzw. Drittmittel) angewiesen sind, um ihre Arbeit fortsetzen zu können. Eine Unterstützung durch die Krankenkassen im Rahmen des SGB V gibt es bisher nicht.

Derzeitige Finanzierung ambulanter Palliativdienste: Eine einheitliche Finanzierung ambulanter Palliativdienste gibt es nicht. Die wenigen Einrichtungen, die in Deutschland in diesem Sektor bisher tätig sind, spiegeln ein buntes Spektrum unterschiedlichster Träger und gänzlich verschiedener Finanzierungsmodelle wider. Auch diese Dienste sind zum großen Teil auf die Unterstützung durch Spenden angewiesen, werden aber häufig auch durch die Gesetzlichen Krankenkassen teilfinanziert, mit denen – abhängig von regionalen Besonderheiten – unterschiedliche Sondervereinbarungen geschlossen werden konnten. Auch bei der Finanzierung ambulanter Palliativdienste sind Bund, Länder und Gemeinden im Einzelfall engagiert, in der Regel allerdings immer nur zeitlich befristet. Wiederholt mußten nachweislich effektiv arbeitende Dienste ihre Arbeit schon aufgeben, weil die weitere Finanzierung nicht sichergestellt werden konnte.

Favorisierte Finanzierungsstruktur für ehrenamtliches Engagement in Hospizdiensten: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt grundsätzlich die Einbindung palliativpflegerischer Expertise in die Arbeit von ambulanten Hospizdiensten. Alles was geeignet ist, zur Schnittstellenreduktion beizutragen und ein ähnliches Angebotsspektrum unter einem Dach vereint, wird für die konkrete Betreuung von Patienten und deren Angehörigen von Nutzen sein. Aufgrund der regionalen und strukturellen Verschiedenheiten in Deutschland sollte es aber auch in Zukunft möglich sein, unterschiedlich gewachsene Strukturen gleichberechtigt zu unterstützen, wenn dabei die Qualität der geleisteten Arbeit gleichzeitig sichergestellt werden kann. Ehrenamtliches Engagement in Hospizdiensten läßt sich u.E. am besten dadurch fördern, daß verlässliche Geldmittel für Koordinierungsstellen sowie deren primäre Aufgabe (Begleitung der ehrenamtlichen HelferInnen) zur Verfügung gestellt werden.

Favorisierte Finanzierungsstruktur für professionelles Engagement in ambulanten Palliativdiensten: Sondervereinbarungen bzw. eine eigenständige Palliativpflegeleistung im Rahmen der Sicherungspflege im ambulanten Sektor bzw. eine eigenständige palliativmedizinische Gebührensposition im EBM sind dringend zu befürworten, damit auch professionelles palliatives Engagement im ambulanten Sektor flächendeckend angeboten werden kann. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat im Rahmen der Debatte um die Pflegerichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im September 2000 eine Empfehlung vorgelegt, deren nur leicht revidierte Fassung im Anhang zu finden ist und die u.E. als gute Basis für eine zukünftig bessere palliativpflegerische und palliativmedizinische Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen dienen könnte.

5. Optimierung des gegenwärtigen Zustandes (Gesetzentwürfe von BW und RP)

Beurteilung des Gesetzentwurfes Baden-Württemberg: Grundsätzlich ist es sehr zu begrüßen, daß sowohl durch den Gesetzentwurf von Baden-Württemberg wie auch durch den von Rheinland-Pfalz die Finanzierung ambulanter Hospizarbeit in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt wird. Eine gesicherte Finanzierung ambulanter Hospizarbeit ist dringend anzustreben! Baden-Württemberg plädiert für ein auch in Zukunft ausschließlich ehrenamtlich ausgerichtetes Aufgabenspektrum der Hospizdienste. Dies erscheint uns vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren auch in Deutschland gesammelten Erfahrungen jedoch nur bedingt erstrebenswert. Ausschließlich ehrenamtlich arbeitende Hospizdienste, die fast immer – insbesondere im städtischen Raum - auf die Kooperation mit anderen (palliativpflegerisch nicht immer guten) Pflegediensten angewiesen sind, werden mangels palliativpflegerischen know hows immer wieder an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen. Geeignet ist dieses Konzept primär für die „leichter“ Schwerkranken, während Patienten, bei denen die Alternative ambulant oder stationär zur Debatte steht, häufig nur dann bis zum Tod ambulant weiterbetreut werden können, wenn auch palliativpflegerisches Expertenwissen zur Verfügung steht.

Beurteilung des Gesetzentwurfes Rheinland-Pfalz: Der Rheinland-Pfälzer Entwurf greift die soeben beschriebene Problematik in konstruktiver Weise auf, indem er ehrenamtliches Engagement mit palliativpflegerischer Expertise unter einem Dach vereint. Die DGP hält dies für einen Schritt in die richtige Richtung. Dennoch sollte das in diesem Entwurf vorgestellte Modell nicht das einzige bleiben, daß Anspruch auf öffentliche Fördergelder bzw. die Unterstützung durch die Gesetzlichen Krankenkassen beanspruchen kann. Kritisch schätzen wir am Rheinland-Pfälzer Entwurf vor allem die Beschränkung auf eine hauptamtliche Palliative-Care-Kraft ein, mit der naturgemäß eine 24-Stunden-Bereitschaft nicht organisiert werden kann.

Einbeziehung in die Sozialversicherung incl. möglicher Alternativen: Die Einbeziehung der Sozialversicherungsträger über SGB V und SGB XI scheint uns dringend geboten – gerade auch in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung sollte die Versorgungssituation auch im ambulanten Bereich in eigenen Abschnitten geregelt werden. Allein für die Finanzierung ausschließlich ehrenamtlich tätiger Hospizdienste scheint eine steuerfinanzierte Förderung alternativ in Frage zu kommen, da eine gute Betreuung der Sterbenden (unabhängig vom Auftreten von Krankheiten) durchaus auch als gesellschaftliche Aufgabe zu werten ist.

Zur Abgrenzung von Hospizarbeit und häuslicher Krankenpflege: Die Abgrenzung von Hospizarbeit und häuslicher Krankenpflege wird in dem Moment schwierig, wo palliativpflegerische (Beratungs-)Leistungen zum Bestandteil von Hospizarbeit werden. Nicht jedoch die klare Abgrenzung kann das Ziel sein, sondern die Gewährleistung der Qualität der angebotenen Leistung.

Pauschalförderung oder Einzelfallfinanzierung?: Die Koordinationsstellen für die Arbeit der ehrenamtlichen HelferInnen sollten ausschließlich über eine Pauschalförderung finanziert werden. Die Arbeit von Palliative Care-Fachkräften sollte darüber hinaus, je nach Struktur des Dienstes (Hospizdienst, Palliativdienst, Pflegedienst), durch eine Mischfinanzierung sichergestellt werden.

Rahmenempfehlungen auf Bundesebene oder Vereinbarungen auf Landesebene?: Rahmenempfehlungen auf Bundesebene sind möglichen Vereinbarungen auf Länderebene vorzuziehen.

Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

(Definition & Qualitätskriterien ambulanter Palliativdienste)

A. Ambulanter Palliativdienst (APD)

- Aufgaben
 - Professionelle pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, entweder als
 - > eigenständige Palliativpflegeleistung ... oder als
 - > Behandlungspflege im Sinne der Sicherungspflege sowie Grundpflege bei Bedarf
 - Tätigkeiten, die von Ärzten im Delegationsverfahren an Pflegefachkräfte übertragen werden können, z.B.
 - > Medikamentengabe in Form von i.v.-Injektionen sowie s.c.- und i.v.-Infusionen
 - > Versorgung von Portsystemen (incl. Portnadelwechsel) und anderen ZVK-Systemen
 - > Bedienung von Pumpensystemen zur kontinuierlichen Medikamentengabe
 - Maßnahmen im Sinne einer psychosozialen Stützung
 - > Beratung von Patient und Angehörigen
 - > Hilfen beim Umgang mit der Krankheit
 - > Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
 - > Krisenintervention
 - > Hilfestellung im Prozeß des Trauerns
- Strukturqualität
 - Qualifizierte Mitarbeiter
 - > mindestens 5 Pflegefachkräfte (davon mindestens 2 mit Palliative Care-Weiterbildung)
 - > unbedingt erstrebenswert: direkte Anbindung ärztlicher Expertise (Palliativmedizinischer Konsiliardienst)
 - > darüber hinaus wünschenswert: Einbindung sozialarbeiterischer, psychologischer, seelsorglicher sowie physiotherapeutischer Expertise sowie ehrenamtlichen Engagements (evtl. über Kooperationsverträge)
 - 24-h-Erreichbarkeit (inkl. notfallmäßiger Einsatzbereitschaft)
 - Instrumentelle Grundausstattung
- Prozessqualität
 - geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung an der standardisierten APD-Doku der DGP)
 - interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fortbildung, angemessene Praxisbegleitung)
- Ergebnisqualität
 - Evaluation im Rahmen der standardisierten DGP-Dokumentation
 - Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit)

B. Pflegedienst mit palliativpflegerischem Schwerpunkt (PDPP)

- Aufgaben
 - Professionelle pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, entweder als
 - > eigenständige Palliativpflegeleistung ... oder als
 - > Behandlungspflege im Sinne einer Sicherungspflege sowie Grundpflege bei Bedarf
 - Tätigkeiten, die von Ärzten im Delegationsverfahren an Pflegefachkräfte übertragen werden können, z.B.
 - > Medikamentengabe in Form von i.v.-Injektionen sowie s.c.- und i.v.-Infusionen
 - > Versorgung von Portsystemen (incl. Portnadelwechsel) und anderen ZVK-Systemen
 - > Bedienung von Pumpensystemen zur kontinuierlichen Medikamentengabe
- Strukturqualität
 - Qualifizierte Mitarbeiter
 - > Mindestvoraussetzungen ambulanter Pflegedienste ... plus:
 - > mindestens 2 Pflegefachkräfte mit Palliative Care-Weiterbildung
 - 24-h-Erreichbarkeit (inkl. notfallmäßiger Einsatzbereitschaft)
 - Instrumentelle Grundausstattung
- Prozessqualität
 - geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung an der standardisierten APD-Doku der DGP)
 - interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fortbildung, angemessene Praxisbegleitung)
- Ergebnisqualität
 - Evaluation im Rahmen der standardisierten DGP-Dokumentation
 - Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit)

Empfehlung der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin** über die
**Gewährleistung einer ausreichenden, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen
Versorgung palliativpflegerisch zu betreuender Patienten im ambulanten Sektor**

1. Eine eigenständige Palliativpflege-Leistung im Rahmen der Behandlungspflege für palliativmedizinisch zu betreuende Patienten im ambulanten Sektor wird befürwortet.
2. Als Kriterien für palliativpflegerisch zu betreuende Patienten gelten die gleichen, wie sie für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz entwickelt wurden (vgl. Rahmenvereinbarung § 39a SGB V).
3. Inhalt der Palliativpflege-Leistung können alle im Rahmen einer üblichen Behandlungspflege (vgl. Leistungskatalog der Pflegerichtlinien) möglichen Leistungen sein, insbesondere
 - > Beratung und Anleitung der Angehörigen zu Grund- und Behandlungspflege
 - > Versorgung von exulcerierenden Wunden und Dekubitalgeschwüren
 - > Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-)Stomata, incl. Kanülen- bzw. Beutelwechsel
 - > Versorgung von Kathetern und Drainagen
 - > Wechseln und erneutes Anhängen von parenteraler Ernährung und Flüssigkeitssubstitutioninklusive weiterer Tätigkeiten, die von Ärzten im Delegationsverfahren an qualifizierte Pflegefachkräfte (ad personam) übertragen werden können, wie z.B.
 - > Medikamentengabe, auch in Form von s.c.- und i.v.-Injektionen und s.c.- und i.v.-Infusionen
 - > Versorgung von Portsystemen (incl. Portnadelwechsel) und anderen ZVK-Systemen
 - > Bedienung von Pumpensystemen zur kontinuierlichen Medikamentengabesowie Maßnahmen im Sinne einer psychosozialen Stützung, insbesondere:
 - > Beratung von Patient und Angehörigen
 - > Hilfen beim Umgang mit der Krankheit
 - > Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
 - > Krisenintervention
 - > Hilfestellung im Prozeß des Trauerns
4. Die Berechtigung zur Erbringung der Palliativpflege-Leistung ist gebunden an einen Qualifikationsnachweis in Form des Besuchs eines "Palliative Care-Kurses" (160 Std.). Insbesondere die Leitung und deren Stellvertretung eines Ambulanten Palliativdienstes ist zum entsprechenden Nachweis verpflichtet. Sollte ein solcher Nachweis noch nicht möglich sein, kann die Qualifikation übergangsweise (Dauer: 2 Jahre; einmalig wiederholbar) durch einen palliativmedizinisch erfahrenen Arzt ad personam bescheinigt werden. Es wird vorausgesetzt, daß die Pflegeperson eng angebunden an einen ambulanten Palliativdienst bzw. eine spezialisierte Sozialstation tätig ist, die in der ambulanten Versorgung von palliativpflegerisch zu versorgenden Patienten standardisierte Qualitätskriterien einhält:
 - > 24-stündige Erreichbarkeit
 - > notfallmäßige Einsatzbereitschaft
 - > Vorhalten bestimmter Pflegehilfsmittel (z.B. Absauggerät, Medikamentenpumpen)
 - > Beteiligung an der DGP-Pflegedokumentation für Palliativpatienten
 - > regelmäßige Fort- und Weiterbildung in Palliativpflege
5. Jeder Palliativpflege-Einsatz wird mit einer Einsatzpauschale angemessen vergütet. Außerdem sind Tag- und/oder Nachtwachen in Krisensituationen oder zur Finalpflege zu bewilligen.
6. Der Ambulante Palliativdienst stellt der Krankenkasse die erbrachten Leistungen in Rechnung.
7. Für eine optimale und umfassende Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ist als zukünftige Perspektive die Einrichtung palliativmedizinischer Schwerpunktzentren anzustreben, die sektorenübergreifend in jedem Fall konsiliarärztliche wie auch palliativpflegerische Leistungen anbieten und möglichst über ergänzende Angebote im psychosozialen und physiotherapeutischen Bereich verfügen sollten. Eine enge Kooperation mit Palliativstationen sowie Einrichtungen der Hospizbewegung (bzw. eine direkte Anbindung) sollte sichergestellt sein.

(01.03.2001)