

Anlagen

zum Bayerischen Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung

Positionspapier AG 5

Autoren:

Gregor Sattelberger (LV SAPV Bayern), Dagmar Grabner (AWO), Johannes Keller (bpa),
Dr. Julia Berendt (LGL), Harald Braun (ELKB), Günter Beucker (Diakonie), Thomas Hackenberg (vdek),
Goran Todorovic (KVB), Yasemin Günay (DGP Bayern), Tanja Poenitsch (BHÄV), Konrad Göller (BHPV),
Dr. Doris Unterreitmeier (BLAK), Stefan Meier (Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin Nürnberg),
Markus Noris (LV Bayern Physio-Deutschland, als Gast), Verena Walter (BHPV), Katja Goudinoudis (DGP),
Timo Grantz (BHPB), Christof Oswald (DBfK, redaktionelle Überarbeitung),
Cornelia Alheid (LCV Bayern, redaktionelle Überarbeitung)

Positionspapier für eine ambulante Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern

Inhalt:

1. Präambel	2
2. Zielsetzung für das Konzept	3
3. Zielgruppe der Versorgung.....	3
4. Leistungserbringenden.....	4
5. Situation einzelner Leistungserbringenden.....	4
5.1 Aus Sicht der Ärzte	4
5.2 Aus Sicht der ambulanten Pflegedienste	7
5.3 Aus Sicht der ambulanten Hospizdienste	8
5.4 Aus Sicht der Trauerbegleitung	11
5.5 Aus Sicht der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	12
5.6 Aus Sicht der Öffentlichen Apotheken	14
5.7 Aus Sicht der Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit	15
5.8 Aus Sicht der Seelsorge	17
5.9 Aus Sicht der Physiotherapie	19
5.10 Aus Sicht kultursensibler Begleitung.....	20
6. Zwischenfazit	22
7. Empfohlene Maßnahmen	23
8. Fazit	24
Literatur.....	25

1. Präambel

Über 50 Prozent der Patient:innen und Zugehörigen sowie der breiten Öffentlichkeit in Deutschland wünschen sich, die letzte Phase ihres Lebens im häuslichen Umfeld zu verbringen.¹ Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), mit vielen einzelnen Akteuren, stellt die Basis für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen dar. Das Ziel der AAPV ist es, Lebensqualität und Selbstbestimmung dieser Palliativpatient:innen zu erhalten und bestmöglich zu verbessern, damit diese Menschen in Würde und ihrem Wunsch entsprechend leben können.

Die Versorgung von Palliativpatient:innen unterscheidet sich stark von der anderer Patient:innen. Während in der kurativen Versorgung die Heilung der Patient:innen im Vordergrund steht, wird der Schwerpunkt in der Palliativversorgung auf die Fürsorge und Begleitung für Betroffene und ihre Zugehörigen gelegt. Durch das Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art wird die Verbesserung der Lebensqualität für Patient:innen und ihre Zugehörigen angestrebt. Leistungen werden unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Patient:innen von unterschiedlichen Leistungserbringenden erbracht. Man geht davon aus, dass ca. 10-15% der schwerstkranken und sterbenden Menschen eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) benötigen, da sie ein komplexes Symptommengen und einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben, der nur durch eine intensive multiprofessionelle Teamarbeit im Rahmen von Palliative Care Teams sicherzustellen ist. Die SAPV wurde bereits 2009 in der Gesundheitsversorgung umgesetzt. Sie ist weitgehend flächendeckend vorhanden, gesetzlich klar geregelt und in Bayern leistungsgerecht finanziert. Die Basis einer ergänzenden SAPV Leistung, stellt die allgemeine ambulante Hospiz- und Palliativversorgung (AAPV) dar, die vor allem durch Hausärzt:innen, Pflegedienste sowie ambulante Hospizdienste auch mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern erbracht wird. Grundsätzlich erfordert die Hospiz- und Palliativversorgung konzeptionell einen multiprofessionellen Ansatz, um den vielfältigen Herausforderungen in der letzten Lebensphase gerecht werden zu können. Dabei zählen die Soziale Arbeit, die Seelsorge, die Physiotherapie und die niedergelassenen Apotheken zu den weiteren zentralen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung. Selbstverständlich zählen Trauerangebote und der unabdingbare Aspekt der kultursensiblen Begleitung ebenfalls zur Hospiz- und Palliativversorgung.

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat bereits Ende 2015 Anreize zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt, dies geschah beispielsweise über die Formulierung eines gesetzlichen Anspruchs auf palliative Versorgung für Versicherte im Rahmen einer Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) unabhängig von der spezialisierten ambulanten Versorgung mit SAPV.² Es zeigt sich aber, dass es zur konkreten Umsetzung des HPG und einer verbesserten ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung verstärkt regionaler Vereinbarungen³ und eine leistungsgerechte Finanzierung bedarf, um insbesondere die AAPV so zu verbessern, dass ein bedarfsgerechtes und vor allem vernetztes Angebot flächendeckend bei den Patient:innen und seinen Zugehörigen ankommt. Koordination und geförderte Kooperation zwischen den einzelnen Akteur:innen sind erfahrungsgemäß ein Schlüsselfaktor in der AAPV für die es in einem Bundesgebiet wie Nordrhein bereits positive Lösungsansätze für eine flächendeckende Versorgung gibt.⁴

Zudem wird die AAPV im Rahmen des Demographiewandels und der Zunahme an Singlehaushalten deutlich an Bedeutung gewinnen. So sind z. B. bisweilen Patient:innen mit einer nicht malignen Erkrankung im Vergleich zu Patient:innen mit einer Tumorerkrankung in der SAPV-Betreuung signifikant älter und häufiger verwitwet.⁵ Die Fortschritte in der Medizin werden tendenziell auch die Versorgungsnotwendigkeiten in der AAPV steigen lassen. Eine Weiterentwicklung der AAPV ist daher essentiell, damit der Wunsch nach

¹ DHPV 2017, Gomes et al. 2013

² Radbruch 2019

³ Melching 2019

⁴ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2019

⁵ Stiel et al. 2014 Quelle: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1374374>

einem würdigen und selbstbestimmten Leben und Sterben in der eigenen Häuslichkeit künftig für mehr Menschen in Erfüllung gehen kann. Eine Verbesserung der Versorgungssituation kann jedoch nur durch gemeinsames Handeln aller Beteiligten erreicht werden. Einzelne Projekte und Modelle für die allgemeine ambulante Hospiz- und Palliativversorgung (AAPV), wie die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung, das Erlanger Hausarztmodel oder die Integrierte ambulante Hospiz- und Palliativversorgung (IAPV) haben versucht die AAPV maßgeblich zu verbessern, aber keines der Modelle hat sich landesweit durchsetzen können und ist entweder auf der regionalen Ebene verblieben oder wurde wegen mangelnder Beteiligung wieder eingestellt.

Dieses Konzept soll dazu beitragen, die AAPV flächendeckend in Bayern weiterzuentwickeln und richtet sich an alle in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen, insbesondere an die Leistungserbringenden sowie an die Kostenträger. Es zeigt die Ziele auf, stellt den Umsetzungsstand dar und listet empfohlene Maßnahmen auf, die der Erreichung dieser Ziele dienen sollen.

2. Zielsetzung für das Konzept

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat den Versorgungsanspruch für Betroffene und Zugehörige klar beschrieben. Die Schwierigkeit bei der Entwicklung einer Konzeption für Bayern liegt u. a. in dem Umstand, dass zwar die Ansprüche beschrieben wurden, bisher aber keinerlei Personal- und/oder Finanzierungslösungen für deren Erreichung benannt wurden. Das vorliegende Konzept soll zu einer flächendeckenden, vernetzten, koordinierten, ambulanten und leistungsgerecht vergüteten Hospiz- und Palliativversorgung für ganz Bayern beitragen. Die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden in der Versorgung sind maßgeblich für die Qualität verantwortlich. Voraussetzung dafür ist fachliche und soziale Kompetenz, die auch durch Fort- und Weiterbildung gewährleistet werden muss.

Eine bedarfsgerechte AAPV sollte dabei für alle Bürger:innen in Bayern folgende Punkte umfassen:

- Förderung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase
- Versorgung in der vertrauten Umgebung
- Unterstützung der Zugehörigen
- Verhinderung bzw. Linderung belastender Symptome
- Vermeidung unerwünschter und belastenden Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze
- Optimierung der sektoren- und strukturübergreifenden Behandlungsabläufe
- interdisziplinäre und multiprofessionelle vernetzte Versorgung
- zeitgerechte und Ressourcen schonende palliative Versorgung

Eine gut aufgestellte AAPV ist die Basis für die SAPV.

3. Zielgruppe der Versorgung

Die AAPV kümmert sich um Patient:innen mit einer Diagnose, aufgrund derer in Übereinstimmung mit dem Patient:innenwunsch und in Absprache mit den Zugehörigen ein Weg der Palliativversorgung eingeschlagen wird.

Sie umfasst die Versorgung von Patient:innen mit onkologischen und nicht-onkologischen, unheilbaren, fortschreitenden und lebenslimitierenden Erkrankungen sowie von multimorbiden hochbetagten Patient:innen, wenn nach Einschätzung der Fachpersonen das ausgeprägte Leiden der Betroffenen einen regelmäßigen und höheren Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und/oder spiri-

tuellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Zugehörigen erfordert. Die Versorgungssituation ist jedoch weniger komplex als in der SAPV.⁶ Die Zugehörigen werden einerseits möglichst eng in den Versorgungsprozess eingebunden, andererseits sind diese selbst auch Zielgruppe der Angebote durch die AAPV zur Stabilisierung des Patient:innenumfeldes.

Patient:innen und Zugehörigen ist ein möglichst frühzeitiger und niederschwelliger Erstkontakt mit Leistungserbringenden zu ermöglichen. Die AAPV kann bereits ab der Diagnosestellung beginnen und endet mit dem Tod. Patient:innen und ihre Zugehörigen sollten möglichst lange von den Leistungen profitieren können. Erfahrungsgemäß umfasst die Inanspruchnahme der AAPV bis zum Versterben im Median eine längere Dauer als die Inanspruchnahme der SAPV (Median: ≤74 Tage vs. ≤22 Tage; Krumm & Rolke 2020)⁷

Bei dynamischen Krankheitsverläufen ist auch eine diskontinuierliche und punktuelle Versorgung möglich, weil die Patient:innen entweder zeitweise keiner Leistungen bedürfen, da das bestehende in seiner palliativen Kompetenz gestärkte Bezugssystem genügt, um sie in ihrer vertrauten Umgebung ausreichend und entsprechend ihrer Bedürfnisse zu versorgen. Es kann aber andererseits auch notwendig sein, zeitlich begrenzt die SAPV oder eine stationäre Versorgungsform ergänzend zur AAPV hinzuzuziehen. Ein flexibler und durchgängiger Übergang zwischen AAPV, SAPV und stationärer Versorgung in alle Richtungen ist durch die Zusammenarbeit der Leistungserbringenden bei Bedarf jederzeit möglich.

Es kann angenommen werden, dass in Bayern 25-35% der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen der AAPV in Anspruch nehmen⁸ und dieser Wert nach über zehnjähriger gesetzlicher und breiter Etablierung der SAPV auch langfristig erreicht wird.

4. Leistungserbringenden

In der AAPV sind zahlreiche Akteure und Strukturen zu finden, die in der Versorgung von Palliativpatient:innen zwar eine wichtige Rolle spielen, bayernweit aber nicht einheitlich entwickelt sind. Jeder von ihnen sieht sich mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, die es hinsichtlich einer verbesserten Versorgungssituation der betroffenen Menschen zu überwinden gilt. Zu diesen Akteuren und Strukturen zählen neben den Hausärzt:innen, Pflegediensten, ambulanten Hospiz (- und Palliativberatungs)diensten auch die spirituelle Begleitung in Form von Spiritual Care, die psychosoziale Unterstützung außerhalb der Hospiz(- und Palliativberatungs)dienste, die Trauerbegleitung, sowie die Vernetzung mit Communities und Migrantenorganisationen als wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung. Weitere wichtige Leistungserbringende im Netzwerk der AAPV sind Apotheken und (Physio-)Therapeut:innen, die eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen⁹ und in der AAPV an Bedeutung gewinnen müssen.

5. Situation einzelner Leistungserbringenden

5.1 Aus Sicht der Ärzt:innen

5.1.1 Bestehende Maßnahmen/Projekte

In den hausärztlichen Praxen in Bayern wird schon immer das gesamte Spektrum der AAPV und auch in Teilen (als Teil von Teams) der SAPV erbracht.

⁶ Leitlinien Programm Onkologie, (Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, S. 58.

⁷ Der Median kann für die AAPV anderenorts auch bei 174 Tagen liegen (Standardabweichung 4 bis 380 Tage; Mühlensiepen et al. 2019).

⁸ Ditscheid et al. 2019

⁹ Herbst et al. 2017

Dies umfasst vornehmlich die eingehende Untersuchung, Beratung und Aufklärung, Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplanes unter Berücksichtigung des Patient:innenwillens, sowie die Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringenden wie z. B. Vertragsärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizdiensten und nicht zuletzt die Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen gemäß der Ziffern 03370 - 03373 EBM.

Die Beschreibung der hausärztlichen Tätigkeit im Rahmen der palliativmedizinischen Betreuung kann darüber hinaus den entsprechenden Kapiteln des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) https://www.kbv.de/tools/ebm/html/3.2.5_162393940504822270926816.html, sowie den Umsetzungen des Bundesmantelvertrag §87 Abs. 1b https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf entnommen werden. Der aktuelle Umsetzungsstand hier liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB). Es wird derzeit von ca. 706¹⁰ Teilnehmer:innen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BKQPMV) in Bayern ausgegangen.

Die KVB unterhält auch Modelprojekte zur intensivierten AAPV mit der AOK und der SBK.

<https://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/aapv-aok-bayernweit/> und auch in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Bayern bildet sich die AAPV ab, wie in den Leistungsübersichten zur HZV in Bayern zu sehen ist.

https://www.hausaerzte-bayern.de/images/hzv/hzv-in-der-praxis/abrechnung/2020-12-17_Zusammenfassung_Abrechnung_Palliativ_Q1-21.pdf

Welche Aufgaben und Maßnahmen werden in der ambulanten Versorgung von Hospiz- und Palliativpatient:innen erbracht?

Aufgaben und Maßnahmen können den oben genannten Leistungsbeschreibungen entnommen werden. Beispielhaft werden an dieser Stelle unter anderem die Beschreibung der durch den Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) implementierten Leistung „Betreuung am Lebensende“ mit telefonischem Rufdienst für AAPV Patient:innen in den HZV-Verträgen der BKKen und des VdEK (außer TK) in Bayern aufgeführt:

HZV-Verträge BKK Bayern, Bosch BKK und EK – Abrechnung der Leistung Rufbereitschaft am Lebensende

Leistungsinhalt und Abrechnungsregel Palliativpauschale/Zuschlag	Vergütung	Ziffer
Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod • Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen • Dokumentation der Ziffern 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E wöchentlich aufeinanderfolgend, Dokumentation muss immer am gleichen Wochentag erfolgen • Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Abrechnungsvoraussetzung: KV-Genehmigung zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Nachweis über Teilnahme „Kurs-Weiterbildung Palliativ-medicin für Ärzte (40 Stunden)“ bis 30.06.2020 • Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden • Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten • Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Pallcare-Fachkraft • Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.)	75,00 €	3730

¹⁰ Stand: II/2020, Quelle KVB

5.1.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

In der Regel sind in der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) die hausärztlichen Praxen primär und sehr zentral eingebunden.

In der Palliativversorgung im ambulanten hausärztlichen Bereich sind folgende Kooperationen besonders wichtig.

1. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
2. Hospizvereine und -dienste
3. SAPV-Teams
4. Beteiligte gebietsfachärztlicher Bereiche
5. Apotheken und Sanitätshäuser
6. Physiotherapeut:innen

5.1.3 Besonderheiten

Die strukturellen Verbesserungen der AAPV in den letzten 5 Jahren gehen zentral auch auf strukturelle inhaltliche Förderung innerhalb der hausärztlichen Versorgung zurück.

Beispielhaft bietet der BHÄV zusammen mit der KVB (mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)) seit über 5 Jahren (zusätzlich zu den Hospizakademien) mit großem Erfolg eine praxisbegleitende 40 Stunden Weiterbildung Palliativmedizin für die ambulant tätigen Ärzt:innen an.

5.1.4 Probleme und Herausforderungen

Der hohe Zeitaufwand in der AAPV und der Vernetzungsaufwand der vielen Praxen, die sich palliativmedizinisch engagieren, wird weiterhin strukturell oder honorartechnisch in keiner Weise adäquat abgebildet.

Beispielhaft seien hier die Unterbezahlung des EBM genannt:

- Rufbereitschaft am Lebensende GOP 37317 wird nur für 2 Wochen vergütet.
- Leistung GOP 03370 für 37,93 € einmalig bei folgendem, obligaten Leistungsinhalt: „Palliativmedizinische Ersterhebung des Patient:innenstatus inkl. Behandlungsplan“
 - Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des/der Patient:in,
 - Beratung und Aufklärung des/der Patient:in und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patient:innenwillens und ggf. Erfassung des Patient:innenwillens,
 - Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patient:innenwillens

5.1.5 Wünsche

Die zentralen Wünsche aus der vorgenannten Darstellung dieser Arbeitsgruppe bleiben für die AAPV im hausärztlichen Bereich unverändert bestehen:

- Es bedarf unbedingt einer nachhaltigen Förderung und Honorierung der (Palliative Care) Pflege
- Grundlegender Vernetzungsstandard sind die Hausärztliche Praxen (mit VERAH/Tele VERAH/NäPA) und die Hospizvereine bzw. Palliative Care-Teams in den Pflegeheimen
- Wirkliche Förderung von sprechender Medizin (und Zeit)
- Ausweitung der koordinierten AAPV durch KVB mit allen gesetzlichen Krankenkassen in Bayern
- Modul der vernetzten AAPV in allen Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Fazit: Es bedarf einer flächendeckenden Implementierung und Förderung von AAPV-Vernetzungsstrukturen mit niederschwelligem Zugang aller Versorgungspartner und mit adäquater Honorierung

5.2 Aus Sicht der ambulanten Pflegedienste

5.2.1 Beschreibung des Aufgabenfeldes

Ambulante Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und ihre Zugehörigen bei der Pflege zu Hause. Sie bieten Familien Beratung, Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Zugehörige Beruf und Pflege, sowie Betreuung besser miteinander vereinen können. Die Mitarbeitenden in der ambulanten Pflege kennen und betreuen die pflegebedürftigen Menschen und ihre Zugehörigen oft jahrelang und sind so auch in der letzten Lebensphase sehr wichtige Ansprechpartner und Vertrauenspersonen.

Das Leistungsangebot des ambulanten Pflegedienstes erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte,
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Zugehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten, sowie
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Kochen oder Reinigen der Wohnung.

5.2.2 Besonderheiten bei der ambulanten Versorgung von Hospiz- und Palliativpatient:innen

In diesen üblichen Leistungsangeboten sind folgende Herausforderungen für die Pflegenden in der ambulanten Versorgung von Hospiz- und Palliativpatient:innen zu nennen:

- Die Ermittlung des Patient:innenwillens in der letzten Lebensphase
- Flexibles Reagieren auf sich schnell verändernde Pflegesituationen
- Hoher Zeitaufwand bei schwerkranken Menschen mit komplexen Pflegesituationen
- Umfassende Beratung von Pflegekunden und Zugehörigen zur Vorbeugung und in der Bewältigung von Krisensituationen
- Hoher psychosozialer Betreuungsbedarf von Pflegekunden und Zugehörigen
- Dem Wunsch nach Beistand auch außerhalb der gebuchten und vereinbarten Pflegeleistungen, auch nachts nachzukommen
- Intensive Kommunikation mit den behandelnden Ärzt:innen.

Seit Ende 2019 ist in Bayern die neue Leistung der HKP-Richtlinie § 92 SGB V „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“ leistungsfähig umgesetzt.

Die ambulanten Pflegedienste können in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt – insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden, Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen – diese Leistung durchführen.

Die Kooperationen der ambulanten Pflegedienste in Hinblick auf die Versorgung von Hospiz- und Palliativpatient:innen sind vielfältig, unter anderem sind dies:

- An- und Zugehörigen, die auch am Pflegeprozess teilnehmen

- Haus- und Fachärzt:innen
- SAPV
- Hospizvereine
- Externe Dienstleistende, z.B. Wundmanagement, Teams der parenteralen Ernährung

5.2.3 Probleme und Herausforderungen

Die vielfältigen Aufgaben bei der Begleitung und Pflege von Hospiz- und Palliativpatient:innen finden keine adäquate Abbildung insbesondere bei der Definition der Leistungen im SGB XI Bereich.

Die Zugehörigenarbeit ist gerade in dieser sensiblen Phase des Pflegeprozesses von großer Bedeutung und benötigt Ressourcen. Die psychosoziale Begleitung in der Trauerphase ist jetzt schon Bestandteil der Arbeit der Pflegenden, wird jedoch nicht refinanziert. Fern der handwerklichen-manuellen Tätigkeiten sind edukative und kommunikative Leistungselemente, die in dieser Phase eine besondere Bedeutung für die Betroffenen, wie ihre Zugehörigen haben, nicht entsprechend erfasst.

Zwischen der bedürfnisorientierten Palliativversorgung und der Notwendigkeit von zeitoptimierter Erbringung von Pflegeleistungen, die sich aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen und dem Wirtschaftlichkeitsdruck ergeben, entsteht ein Spannungsfeld, das alle am Pflegeprozess Beteiligten stark belastet.

Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl von allein lebenden Hospiz- und Palliativpatient:innen zunimmt und dies die Pflegedienste vor neue und zusätzliche Herausforderungen stellt. Alle bisher beschriebenen Leistungen sind für die Erbringung in der Zeit von 6 – 20 Uhr refinanziert. Nachtzuschläge sind in dieser Finanzierung bisher nicht vorgesehen.

Die Leistung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatient:innen“ ist nicht verordnungsfähig, wenn der Versicherte bereits Leistungen der SAPV in Form der SAPV-Vollversorgung oder der additiv unterstützenden palliativpflegerischen Teilversorgung durch ein SAPV-Team erhält, wobei nicht eindeutig definiert ist, was ein palliativpflegerische Teilversorgung in Bayern bedeutet, da hier die SAPV Leistung als Teamkomplexleistung definiert ist und nicht in ärztliche und pflegerische Versorgung geteilt werden kann (s. Punkt 5.5.1.).

Durch diese Vorgaben können Versorgungslücken für die pflegebedürftigen Menschen entstehen und gewünschte Kooperationen zwischen den SAPV-Teams und den ambulanten Pflegediensten erschwert werden.

5.2.4 Wünsche

Die Versorgung von zuhause gepflegten Menschen auch in der letzten Lebensphase braucht flexible Leistungsangebote und deren Refinanzierung.

Eine wesentliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Beratung und psychosoziale Begleitung der Betroffenen sowie deren Zugehörigen. Hier unterstützen die Pflegenden im Abschiedsprozess und helfen dabei Überlastungssituationen zu vermeiden.

Daneben kommt der Vorausplanung (Patientenverfügung) für zukünftige gesundheitliche Krisen eine immer größer werdende Bedeutung zu. Eine Finanzierung für Beratung – ähnlich wie im stationären Pflegebereich – ist erforderlich.

5.3 Aus Sicht der ambulanten Hospizdienste

5.3.1 Beschreibung des Aufgabenfeldes

Das Angebot der ambulanten Hospizdienste variiert. Allgemein wird von ambulanten Hospizdiensten eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung zu Hause, in Einrichtungen wie Pflegeheimen und der Eingliederungshilfe oder dem Krankenhaus angeboten. Die Aufgaben in der Sterbebegleitung sind nicht

definiert, sondern Ehrenamtlichen handeln und unterlassen, so wie es den Betroffenen guttut. Ehrenamtliche haben keinen Zeitdruck, ein Besuch kann mal kurz sein, mal länger dauern. Dies entscheidet sich in jeder Situation neu. Für die Betroffenen sind Ehrenamtliche eine Entlastung, weil sie emotional belastbar sind und entgegen gesellschaftlicher Normen alle Gedanken und Gefühle zulassen und nicht bewerten. Sie geben allem was bewegt Halt und Raum. Der Kern des Dienstes ist daher das absichtslose Da-Sein und Mit-Aushalten. Alles unterliegt dabei der Schweigepflicht.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen sicher. Weiterhin informieren ambulante Hospizdienste über Angebote und leisten Trauerarbeit und die Begleitung von Zugehörigen. Welche weiteren Aufgaben ein ambulanter Hospizdienst wahrnimmt, liegt in der Verantwortung des Trägers in Verbindung mit den personellen – hauptamtlichen wie ehrenamtlichen – und finanziellen Ressourcen. Zum Angebot eines ambulanten Hospizdienstes an schwerstkranke und sterbende Menschen können unter anderem gehören:

- Ehrenamtliche Begleitung
- Psychosoziale Begleitung
- Palliativpflegerische Beratung
- Begleitung der Kinder schwerstkranker und sterbender Eltern
- Begleitung von Eltern und Geschwistern lebensverkürzend erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener
- Informationen zur Patientenverfügung
- Trauerbegleitung, Trauergruppen
- Mitarbeit in Netzwerken
- Vorträge, Fortbildungen, Seminare und Veranstaltungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer
- Öffentlichkeitsarbeit
- Sensibilisierung und stärkere Einbindung der Gesellschaft

5.3.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die Sterbebegleitung ist ein aufsuchendes Angebot und richtet sich vollumfänglich nach den Wünschen und Nöten der Betroffenen. Der Großteil der Erstkontakte beziehungsweise der Anfragen erfolgen durch Alten- und Pflegeheime und durch Zugehörige. Aber auch SAPV-Teams, Kliniken, ambulante Pflegedienste und Haus- sowie Fachärzt:innen stellen Erstkontakte her.¹¹ Einige Hospizvereine sind in Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken aktiv und damit auch mit der Politik, den Kommunen, Seniorenberatungsstellen, Apothekensprechern, Hausärztezirkeln und weiteren Versorgern der Hospiz- und Palliativversorgung vernetzt und dadurch in die ambulante Versorgung eingebunden.

5.3.3 Besonderheiten

Die heutige Hospizversorgung beruht auf einer ehrenamtlichen Bürgerbewegung und wird immer noch von der Ehrenamtlichkeit geprägt. Die ambulanten Hospizdienste nehmen durch die ehrenamtlich Engagierten eine besondere Rolle in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ein. Ehrenamtliche Hospizbegleiter leisten einen außergewöhnlichen Beitrag, da sie Zeit mitbringen und flexibel auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen eingehen können. Sie sind unvoreingenommen und reagieren in jeder Begleitung individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen. Die Begleitung ist für den betroffenen Menschen kostenfrei und wird von qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern erbracht. Unter der Erfüllung der Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 SGB V besteht die Möglichkeit eine hauptamtliche Koordination – gefördert von den Krankenkassen – anzustellen.

5.3.4 Probleme und Herausforderungen

¹¹ Vgl. Klie T., et al. S. 140f.

Schwierigkeiten innerhalb des ambulanten Hospizdienstes ergeben sich unter anderem durch die sich veränderte Mitgliederstruktur. Das Ehrenamt wird jünger und männlicher, wodurch sich die zeitlichen Ressourcen verändert haben und Ehrenamtliche aufgrund von Beruf und Familie weniger Zeit investieren können.¹²

Bislang kommen die ehrenamtlichen Begleiter:innen meist aus der Mittelschicht und begleiten Menschen der Mittelschicht. Unter den Ehrenamtlichen sind kaum Personen aus Berufs- und Erwerbsstatusgruppen, die über viel Geld aber wenig Zeit verfügen und Personengruppen die mehr Zeit aber weniger Einkommen haben. Weiterhin werden häufiger Sterbende mit einem höheren sozioökonomischen Status von ehrenamtlichen Hospizbegleitern betreut. Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnungslose, aus anderen schwierigen Lebensverhältnissen oder aus sehr gehobenen Wohnvierteln werden deutlich seltener ehrenamtlich begleitet.¹³

Zwischen den Ehrenamtlichen und den Hauptamtlichen kann sich ein Spannungsfeld innerhalb des Hospizdienstes ergeben. Alteingesessene Ehrenamtliche, die den Hospizverein mit aufgebaut haben oder schon sehr lange in dem rein ehrenamtlich arbeitenden Hospizverein tätig sind, können sich nicht immer mit Änderungen und Entwicklungen identifizieren. Auch in der Abgrenzung der ehrenamtlichen Tätigkeit zu hauptamtlichen Berufsgruppen wie Haus- und Fachärzt:innen oder Pflegekräften gibt es mancherorts Schärfungsbedarf und eine Erläuterung dessen, was Ehrenamtliche leisten und was nicht.

Eine weitere Herausforderung ist die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste, welche sich primär aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden zusammensetzt. Durch Krisen und mangelnde Öffentlichkeitsarbeit sind so schnell finanzielle Einbußen zu erwarten. Durch die Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V haben viele ambulante Hospizdienste eine hauptamtliche Fachkraft angestellt, müssen jedoch die Förderkriterien der Rahmenvereinbarung erfüllen. So werden Beratungen und Begleitungen ohne den Einsatz eines Ehrenamtlichen sowie auch neu auf die Hospizdienste zukommende Aufgaben, wie beispielsweise die Trauerarbeit, hier nicht berücksichtigt.

Ambulante Hospizdienste sind mit vielen Versorgern vernetzt; die Kooperationen müssen allerdings auch gelebt werden. Durch die Fluktuation der Mitarbeitenden in Pflegeheimen oder Kliniken ändern sich die Ansprechpersonen und so auch die Einbindung der ehrenamtlichen Hospizbegleiter. Auch die Kommunikation mit der SAPV, den ambulanten Pflegediensten und den Hausärzt:innen ist von Bedeutung, um Betroffenen den Zugang zu einer ehrenamtlichen Begleitung zu ermöglichen.

5.3.5 Wünsche

In ambulanten Hospizdiensten sind medizinisch-pflegerische und psychosoziale Kompetenzen erforderlich. Es wäre daher dringend notwendig, dass sowohl Pflegekräfte als auch Sozialarbeiter:innen gemeinsam in einem ambulanten Hospizdienst arbeiten.

Ambulante Hospizdienste können als neutraler Ansprechpartner die Hospizbewegung weiter vorantreiben und regionale Vernetzung stärken. Der Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken ist erforderlich, um alle Leistungserbringenden einzubinden.

Begleitungen sind nur dann nach §39a Abs. 2 SGB V förderfähig, wenn ein ehrenamtliche/r Hospizbegleiter:in zum Einsatz kommt. Palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratungen für Patient:innen und Zugehörige durch die fachlich verantwortliche Kraft, ohne den anschließenden Einsatz von Ehrenamtlichen, werden im Förderverfahren nicht berücksichtigt. Diese Beratungsleistungen nehmen viel Zeit in Anspruch, weshalb deren Förderfähigkeit in die Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 SGB V aufgenommen werden sollte.

¹² Siehe auch Beitrag zum neuen Ehrenamt der Arbeitsgruppe 6

¹³ Vgl. Klie T., et al. S. 37f., S. 50f. S. 101ff., S. 105, S. 108ff.

Auch Trauerangebote werden nicht über die Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V abgedeckt und sollten daher in diese mit aufgenommen werden

Die Erschließung neuer Felder, wie die kultursensible Begleitung, psychisch Erkrankte, Wohnungslose oder digitale Begleitungsformen sollten mehr in den Fokus rücken.

5.4 Aus Sicht der Trauerbegleitung

5.4.1 Bestehende Maßnahmen und Projekte

In den Definitionen von Palliative Care der WHO 2002¹⁴, der Charta¹⁵ und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands gehört die Trauerbegleitung mit zu den Aufgaben der Hospiz- und Palliativversorgung. In der Praxis der Hospizdienste sind viele Ehrenamtliche und Koordinator:innen zu Trauerbegleitenden weitergebildet und praktizieren diese Tätigkeit schon seit vielen Jahrzehnten.

Die Trauerbegleitung durch Hospizdienste ist seit Beginn der Hospizarbeit in Bayern ein wichtiger Bestandteil der Hospizarbeit und aus dieser nicht mehr wegzudenken. Durch die erfolgten Qualifizierungen der Trauerbegleiter:innen können neben den Einzelbegleitungen auch Gruppenangebote verantwortlich vorbereitet, geleitet und reflektiert werden. Das „Leistungsspektrum“ der Trauerbegleitung hat sich erweitert und besteht vielfach aus:

- Offenen Trauergruppen (Trauercafé, Samstags- oder Sonntags-Treff etc.)
- Festen Trauergruppen (fester Teilnehmerkreis, der sich über einen bestimmten Zeitraum regelmäßig trifft und themenorientiert arbeitet)
- Seelsorgeangeboten in Kliniken und Notfallseelsorge
- Angeboten für trauernde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- Angeboten für spezielle Zielgruppen (Trauernde nach Suizid, Verwaiste Eltern, Sternenkinder ...)

5.4.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die Trauerbegleitung ist ein Angebot in den Räumlichkeiten der Hospizdienste, der Seelsorge, u.U. auch ein aufsuchendes Angebot und richtet sich vollumfänglich nach den Wünschen und Nöten der Betroffenen. Die Verantwortlichen sind in ihrer Region oftmals gut vernetzt. Kooperationen mit Kirchengemeinden und Selbsthilfegruppen, die die verschiedensten Angebote der Trauerbegleitung anbieten, stärken das Netz.

5.4.3 Besonderheiten

Die heutige Hospizversorgung will bewusst Ansprechpartner für Menschen in Trauer sein und das Thema wieder zurück in die Mitte der Gesellschaft bringen. Die Hilfe und die Angebote beruhen auf dem ehrenamtlichen Einsatz von engagierten Bürger:innen. Die Begleitung ist für die betroffenen Menschen kostenfrei und wird von qualifizierten ehrenamtlichen aber auch hauptamtlichen Trauerbegleiter:innen erbracht.

5.4.4 Probleme und Herausforderungen

Die Deutsche Gesellschaft trägt an den Folgen der Weltkriege mit ihren millionenfach sinnlos gestorbenen Toten. Statt Trauer war Stille. Menschen in oder durch Krisen zu begleiten musste erst wieder gelernt werden.

¹⁴ Definition Palliative Care der WHO 2002

¹⁵ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (DGP, DHPV und Bundesärztekammer 2010)

„Trauer wird nicht als Störung oder Krankheit, sondern als eine angemessene Reaktion auf einen erlittenen Verlust verstanden“¹⁶, und darf nicht pathologisiert werden, da die Trauer zum Leben gehört. Deshalb brauchen wir neben Therapeut:innen auch qualifizierte Ansprechpartner und Unterstützungsangebote, um eine erschwerte oder verzögerte Trauer zu erkennen und Wege der Verarbeitung aufzuzeigen.

Durch die Corona-Pandemie ist es besonders aufgefallen, welche Bedeutung das Thema Trauer in Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe hat. Die Beschäftigten in der Einrichtung dürfen nicht vergessen werden und Angebote für Zugehörige werden dringend benötigt. Bei der Vernetzung mit den Hospizdiensten gehört deshalb auch die Begleitung der Mitarbeitenden, der Mitbewohner:innen und der Zugehörigen zu einer wichtigen Aufgabe der Koordinatoren (oder der Trauerbegleiter:innen).

In der Berufswelt wird Trauer, werden Trauernde immer noch ausgegrenzt. Das Funktionieren und die Leistungsorientierung stehen an oberster Stelle. Erfreulich ist, dass im Rahmen der Betriebskultur auch ein Nachdenken über den Umgang mit Verlusterfahrungen der Mitarbeitenden einsetzt. Die Hospiz- und Palliativbewegung setzt sich für eine gelebte Trauerkultur ein: Freiräume, Akzeptanz und eine Haltung des Verständnisses für Trauernde. Trauer soll als normale Reaktion verstanden werden. Dem Trauerprozess und der Trauerarbeit eines jedes Betroffenen muss Raum geschenkt werden, soll der Mitarbeitende gesunden.

Angebote zur Trauerbegleitung sollten in Bayern zum Leistungsspektrum für die Bürgerschaft gehören. Bereits im Kindergarten, über die verschiedenen Schularten bis ins hohe Alter, benötigen wir eine kompetente, verständnisvolle und liebevolle Begleitung Trauernder.

Die Hospizbewegung leistet mit ihren Trauerangeboten einen wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft, der unbedingt gewürdigt werden muss.

5.4.5 Wünsche

Im Hospizdienst sind Ehrenamtliche für die Trauerbegleitung auch künftig von zentraler Bedeutung. Allerdings sollten auch die hauptamtliche Koordinator:innen diese Angebote stellen können.

In Berufen, die häufig mit Sterben, Tod und Trauer zu tun haben, sollten Fort- und Weiterbildungsangebote (Kompetenzen und Fertigkeiten im Umgang mit Trauernden) zum festen Bestandteil werden.

In den Regionen müssen die Unterstützungsangebote noch bekannter und zugänglicher gemacht werden. Alleinstehende, Menschen in Einrichtungen und Randgruppen benötigen dabei Hilfe und Unterstützung. Deshalb sollten alle Zugangswege einfach zu finden und die Angebote leicht erreichbar sein.

Um langfristig in unserer Gesellschaft die Erinnerungs- und Trauerkultur zu verbessern, braucht es die politische Unterstützung bei der Forschung, der finanziellen Förderung und der Haltung zu diesem Tabuthema. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen gibt es noch Entwicklungsbedarf. Trauerbegleitung sollte in Bayern zur Normalität werden.

5.5 Aus Sicht der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

5.5.1 Bestehende Maßnahmen/Projekte

Die SAPV ergänzt die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Ziel ist die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatient:innen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Nur ein geringer Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform.

¹⁶ Definition von Trauer, Sigmund Freud 1915

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatient:innen und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität und/oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme und der Versorgungsaufwand den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur durch speziell ausgebildete und erfahrene Palliative-Care-Fachkräfte in multiprofessioneller Zusammenarbeit eines Kernteams. SAPV ist in Bayern im ambulanten Bereich eine Teamkomplexleistung und kann nicht in ärztliche und pflegerische Leistungen getrennt werden.

Diese beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung, Koordination und/oder (Teil-)Versorgung von einzelnen notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement bei einer rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit.

Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z. B. niedergelassene Ärzt:innen, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen. Leistungen nach SGB XI sind jedoch nicht Bestandteil der SAPV.

5.5.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die SAPV wird von Haus-, Fach- oder Klinikärzt:innen verordnet. Zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden finden individuelle Absprachen statt.

Die Hauptpartner sind vor allem die Hausärzt:innen, Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen, sowie die Palliativstationen, Hospize und ambulante Hospizdienste. Weitere Netzwerkpartner sind z.B. auch Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenhäuser, psychosoziale Beratungsdienste sowie Physiotherapeut:innen.

5.5.3 Besonderheiten

Die Mitarbeitenden der SAPV-Teams beschäftigen sich zu 100% mit der Versorgung von Palliativpatient:innen mit komplexen Symptomgeschehen und intensiven Versorgungsbedarf. Daraus resultiert eine Spezialisierung und Erfahrung, die in den Strukturen der AAPV nur bedingt vorhanden sind. Die Arbeit wird von einem festen multiprofessionellen Team erbracht, das in einem engen regelhaften Austausch steht. Eine ganzheitliche Sichtweise ist die Grundlage für die individuelle Begleitung. Die Arbeitsorganisation erlaubt auch auf Krisen und herausfordernde Ereignisse rasch zu reagieren. Dabei sind eine vorausschauende Versorgung und die Befähigung der Patient:innen und ihres Umfeldes (Eduktion) von herausragender Bedeutung. Eine Rufbereitschaft zur Krisenintervention ist rund um die Uhr sichergestellt, dazu gehören auch notwendige ärztliche und pflegerische Hausbesuche innerhalb dieser Rufbereitschaft.

5.5.4 Probleme und Herausforderungen

Die SAPV ist abhängig von den Strukturen und der Qualität der AAPV. Je besser die AAPV die Palliativpatient:innen versorgen kann, desto mehr Zeit bleibt der SAPV für die Leistungen für die eine hohe Spezialisierung benötigt wird. Unzureichendes Wissen zur palliativen Versorgung sowie ein Personalmangel in der AAPV wirkt sich daher direkt auf die Ressourcen und die Arbeitsweise der SAPV aus. Ein Ausbau und die Förderung der AAPV sind daher wichtig, um die SAPV möglichst zielgerichtet und effektiv einsetzen zu können. Gleichzeitig wird auch ein Ausbau der Kapazitäten in der SAPV benötigt.

Die Leistungen der SAPV werden zunehmend mehr und früher angefordert. Dies liegt zum einen an der zunehmenden Bekanntheit der SAPV, zum anderen am Mangel an Ressourcen in den zuweisenden Strukturen. Es ist zu beobachten, dass immer kränkere Menschen in die SAPV eingebunden werden und das Ziel, zu Hause zu sterben, zunimmt.

Neben der hohen Nachfrage nehmen besonders die psychosozialen Bedürfnisse und Herausforderungen in der Patient:innenbegleitung zu (z. B. alleinstehende Personen, Patient:innen die gleichzeitig Caregiver

für andere Zugehörige sind, Migration). Diese sind sehr zeit- und personalintensiv. Es ist daher auch psychosoziale Kompetenz erforderlich, welche durch eine Erweiterung der Professionen, um z. B. Sozialarbeit, geschaffen werden muss.

Die hohe fachliche Spezialisierung, die Notwendigkeit selbständig und eigenverantwortlich zu arbeiten sowie die Fähigkeit mit emotionalen und sich schnell ändernden Situationen umgehen zu können, setzt voraus, dass es ausreichend ausgebildetes und erfahrendes Personal in den benötigten Berufsgruppen gibt.

5.5.5 Wünsche

Die SAPV ist abhängig von den Strukturen und der Qualität der AAPV. Daher ist es notwendig, dass Palliativkompetenz in den Strukturen der AAPV gezielt und strategisch-systematisch gefördert und aufgebaut wird, wie die Unterstützung bei der Finanzierung der Palliative Care-Kurse oder die Förderung von Palliativwissen im Rahmen des Qualitätsmanagements.

Die Professionen müssen neben der Pflege und Medizin um psychosoziale Berufsgruppen erweitert werden.

Die SAPV muss als Arbeitsfeld einem breiten Feld an zukünftigen, potenziellen Mitarbeitenden bekannt gemacht werden (z. B. durch Praktika in der Ausbildung und Weiterbildung). Für den Bereich sollten Programme entwickelt werden, die sicherstellen, dass ausreichend qualifiziertes und erfahrenes Personal zur Auswahl steht (z. B. Mitwirkung bei der Ausbildung von Pflegenden, Werbung für die Berufe ganz generell) (siehe auch Punkt 5.5.1).

Die Beziehungsarbeit, ethische Verantwortung und die Vermittlung von Sicherheit sind wesentliche Aspekte für den Aufbau von Vertrauen zwischen den Beteiligten. Es muss sichergestellt werden, dass Instrumente, die diese Aspekte fördern (z.B. „Freie Zeit“ bei den Patient:innen und individuelle Priorisierung der Leistungen, Supervisionen, Qualitätszirkel, Coaching durch Leitungen) nicht einer Logik im Sinne eines Leistungskatalogs und standardisiertem Vorgehen untergeordnet werden.

5.6 Aus Sicht der Öffentlichen Apotheken

5.6.1 Bestehende Maßnahmen/Projekte

Versorgung von Palliativpatient:innen mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln, durch Vorratshaltung insbesondere auch von definierten Betäubungsmitteln (BtM) und anderen in der Palliativversorgung relevanten Arzneimitteln zeitnahe Versorgung gewährleistet, Ansprechpartner für gesundheits- und therapieassoziierte Fragen, Ängste, Sorgen, ... besonderes gewachsenes Vertrauensverhältnis zu Patient und Familie/Zugehörigen, niederschwelliges Versorgungs- und Beratungsangebot. Versorgung 24/7 durch zur Dienstbereitschaft eingeteilte Apotheken. Patient:innen individuelle Herstellung von Arzneimitteln.

5.6.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Routinemäßige Versorgung von Patient:innen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung 24/7.

Relevante Kooperationen / interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen, stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, SAPV-Teams, Krankenhäusern und Hospizen.

5.6.3 Besonderheiten

Jahrelang gewachsenes Vertrauensverhältnis zwischen Apotheke und Patient:in/dessen Familie und Zugehörigen. Beschaffung von Medikamenten und diversen Hilfsmitteln sowie Herstellung patient:innenindi-

vidueller Rezeptur Arzneimittel innerhalb kürzester Zeit (weniger Stunden). Gute örtliche und zeitliche Erreichbarkeit (flächendeckendes Netz und Niederschwelligkeit). Breiter Überblick über Arzneimitteltherapie, inkl. alternativer Darreichungsformen und Risiken.

5.6.4 Probleme und Herausforderungen

Datenschutz, Kommunikation zwischen Arzt:innen und Apotheke, Apotheke und Apotheke, Entlassmanagement, ungeklärte Finanzierung von Arzneimittel-Lieferungen sowie schlechte Erreichbarkeit des Verordners im Notdienst. Notwendigkeit des Vorliegens einer schriftlichen Verordnung, für BtM muss die Verordnung im Original vorliegen. Mangelnde Berücksichtigung der Apotheken in Planungen, Kooperationen und Regularien. Mangelndes Bewusstsein und mangelnde Abfrage des pharmazeutischen Leistungsspektrums seitens der eingebundenen Versorgungsstrukturen.

5.6.5 Wünsche

Multiprofessionelle /Interprofessionelle Fortbildungen, Bürokratieabbau, Wahrnehmung und Berücksichtigung des gesamten pharmazeutischen Leistungsspektrums (Arzneimittelexperten) über die reine Distribution hinausgehend. Stärkung regionaler Strukturen (Erhalt der flächendeckenden Versorgung und somit der Apotheke vor Ort!) statt Zentralisierung der Versorgung im Bereich der Hilfsmittel oder der parenteralen Ernährung Vorgaben zur Belieferung von Verordnungen (u.a. Rabatt-/Lieferverträge; Erstattungsbeträge) von Seiten der GKV gehen zu Lasten der pharmazeutischen Expertise und dem Patient:innenwohl. Was zur Schwächung der Vorortversorgung führt. Bsp. Hilfsmittel oder parenterale Ernährung. Ebenfalls wünschenswert wäre ein Aut-Simile-Austausch in Notsituationen (unbürokratisches Handling).

Abrechnungsmodalitäten der Krankenkassen führen zu Regressängsten bei Apothekern, da selbst bei kleinsten Formfehlern relevante Einbußen in der Vergütung zu befürchten sind. Dadurch entstehen eine mangelnde Bereitschaft für den in der Palliativversorgung oftmals erforderlichen Off-label-Use und Verzögerungen bei der zeitnahen, unbürokratischen Versorgung der Patient:innen.

5.7 Aus Sicht der Sozialen Arbeit

5.7.1 Bestehende Maßnahmen und Projekte

Soziale Arbeit ist ein unabdingbarer Bestandteil von Hospizarbeit und Palliative Care. Beide verfolgen ein ganzheitliches Betreuungskonzept, welches die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Zugehörigen in den Mittelpunkt stellt. Darüber hinaus bedarf es auch eine spezielle Expertise, die die Soziale Arbeit einzubringen hat.¹⁷ Seit Beginn der Hospizarbeit und Palliative Care ist Soziale Arbeit ein fester Bestandteil der Versorgung von schwerstkranken Patient:innen sowie deren Zugehörigen und ist in jeder Versorgungsform der Hospizarbeit und Palliative Care zu finden.

5.7.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die Versorgungsstruktur von Sozialer Arbeit ist trotz Ihrer speziellen Expertise noch lange nicht flächendeckend vertreten. Bis jetzt findet sich Soziale Arbeit nur vereinzelt in AAPV und SAPV wieder, ist aber kein integraler Bestandteil.

Das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit mit ihren Schlüsselkompetenzen, wie strategische Kompetenz, Methodenkompetenz, personale und kommunikative Kompetenz, sozial-professionelle Beratungskompetenz, sozial-rechtliche Kompetenz, sozialpädagogische Kompetenz, Selbstkompetenz, Systemkompetenz, Schnittstellenkompetenz und Vernetzungs- und Koordinierungskompetenz trägt im Wesentlichen dazu bei, „...Krankheit und Krankheitsfolgen anzunehmen, zu verarbeiten und das Leben damit möglichst

¹⁷ Vgl. Dachverband Hospiz Österreich (2003) (Abruf 18.10.2021)

selbstbestimmt zu organisieren.“ sowie „... die Selbstbestimmung, Eigenständigkeit und Würde schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu stärken.“¹⁸

So nimmt Soziale Arbeit in der palliativen Versorgung bereits jetzt eine Vielzahl von Aufgaben wahr, wie etwa die Erhebung von Sozialanamnesen/Sozialdiagnosen zur Erkennung von Bedürfnissen und Bedarfen der Patient:innen und Zugehörigen. Weiterhin betreut die Soziale Arbeit die personenzentrierten, empathischen, ressourcenorientierten Gesprächsangebote zur emotionalen Entlastung der Patient:innen und Zugehörigen und die psychosoziale Begleitung und Befähigung des Patient:innen zu Fragen der Identität und Würde und ergänzt damit das Angebot der ehrenamtlichen Hospizbegleitung und rundet das Angebot somit ab. Die Unterstützung und Beratung bei sozialen Problemlagen mit den Methoden der Sozialen Arbeit sowie die Beratung zu palliativer Versorgung in sozialen und sozialrechtlichen Fragen sind ein wesentlicher Bestandteil ihres Leistungsspektrums. Die Gewinnung, Qualifikation, Einsatzkoordination und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen macht einen weiteren großen Teil des Leistungsspektrums der Sozialen Arbeit aus. Darüber hinaus gehört es zu ihrer Aufgabe die Bedürfnisse der Patient:innen und deren Zugehörigen in Netzwerkarbeit und berufspolitischer Tätigkeit zu vertreten.¹⁹

5.7.3 Besonderheiten

Soziale Arbeit stellt aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen aus den Bereichen Methoden, Kommunikation, Ethik und Recht Unterstützungsmöglichkeiten für die Arbeit eines interprofessionellen Teams bereit. Die sach- und interaktionsbezogene Ausrichtung der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung folgt dem Ziel, „...den Sterbensprozess so zu gestalten, dass den Bedarfen, Bedürfnissen und Vorstellungen der Patient:innen und ihrer Zugehörigen möglichst entsprochen werden kann.“²⁰ Mit dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise der Situation in seiner Ganzheitlichkeit (Patient:in, Zugehörige, Umwelt) sorgt die Soziale Arbeit in der palliativen Versorgung für eine bedarfsorientierte Arbeit mit den Patient:innen und ihren Zugehörigen. Soziale Arbeit wirkt auch im Team unterstützend und entlastend, zeigt die psychosoziale Dimension in der Behandlung und Betreuung auf und bietet Lösungsansätze für aktuelle psychosoziale Fragestellungen.²¹

5.7.4 Probleme und Herausforderungen

Trotz Ihrer Kompetenzen und vielseitigen Aufgaben ist die Soziale Arbeit nur sehr lückenhaft in der aktuellen Hospiz- und Palliativversorgung vertreten. Dies beruht vor allem darauf, dass in Deutschland die gesetzliche Grundlage für die Berechtigung dieser Profession fehlt. Die interessierten Hospiz- und Palliativleistungserbringenden können die Soziale Arbeit aufgrund der fehlenden Gesetzgebung nicht finanzieren. Die wenigen bisher tätigen Vertreter:innen der Sozialen Arbeit werden über eine Querfinanzierung der Leistungserbringenden abgedeckt. Ein weiteres Problem ist, dass eine Expertise nur als fehlend anerkannt wird, wenn diese Expertise bereits vorhanden ist oder war. Wenn innerhalb eines Trägers oder eines Teams keine Expertise der Sozialen Arbeit vorhanden ist, wird es umso schwerer die Notwendigkeit und den Bedarf der Sozialen Arbeit in der Hospizarbeit und Palliative Care zu sehen. Des Weiteren wird im Hochschulkontext der Sozialen Arbeit in der Lehre das Thema Hospiz und Palliative Care nur sehr selten und sehr sporadisch gelehrt, es wird also auch kein Anreiz für Studierende der Sozialen Arbeit gesetzt sich für diesen Tätigkeitsbereich zu interessieren.

5.7.5 Wünsche

Soziale Arbeit ist ein notwendiger und integraler Bestandteil der interprofessionellen Arbeit in der palliativen Versorgung. Sozialarbeiter:innen sind spezialisierte Generalist:innen, welche den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und seiner individuellen Situation in den Blick nehmen. Sie sind Spezialist:innen für die

¹⁸ Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Abruf 19.10.2021)

¹⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Soziale Arbeit (2019) (Abruf 19.10.2021)

²⁰ Schneider W et al., Gesundheitswesen 2015; 77: 220

²¹ Vgl. Dachverband Hospiz Österreich (Abruf 17.04.2019)

Komplexität der Bedürfnislagen und den daraus folgenden Herausforderungen in der Versorgung von betroffenen Menschen innerhalb der palliativen Versorgung. Diese Profession muss eine Selbstverständlichkeit in der Palliativversorgung darstellen. Hierfür müssen vor allem dringend die gesetzlichen Gegebenheiten in naher Zukunft angepasst werden um die Finanzierung der Sozialen Arbeit als Berufsgruppe in der Hospizarbeit und Palliative Care zu gewährleisten.

5.8 Aus Sicht der Seelsorge

5.8.1 Bestehende Maßnahmen und Projekte

... in der SAPV:

In ca. 17 bayerischen SAPV-Teams arbeiten Seelsorgende mit Stundenkontingent (meist im Umfang von ca. einer 1/4-Stelle) mit. Wo dies nicht der Fall ist, gibt es vereinzelt eine Zusammenarbeit mit einer Klinik- oder der Gemeindeseelsorge vor Ort.

... in der allgemeinen Versorgung:

Hier gibt es keine strukturell verankerte Einbindung. Im Bedarfsfall werden Seelsorgende hinzugezogen. Eine relativ gute Verbindung von vielen Hospizdiensten zu kirchlicher Seelsorge ergibt sich aufgrund individueller Mitarbeit von haupt-, neben- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Über kultursensible Angebote bilden sich noch vereinzelt, aber zunehmend explizite Kontakte zu unterschiedlichsten Religionsvertretern und deren unterstützende Angebote.

... Beteiligung an Aus- und Weiterbildung:

In der Aus- und Weiterbildung aller Berufsgruppen und Ehrenamtlichen wird Spiritualität und Spiritual Care überwiegend von praxiserfahrenen Seelsorgenden gelehrt.

Seit 2011 finden in München und Bamberg Palliative Care Kurse für Seelsorgende statt, um diese in allen Versorgungsformen, insbesondere auch für die allgemeine Versorgung zu qualifizieren und zu sensibilisieren.

... stationäre Altenhilfe und Eingliederungshilfe

Zur Seelsorge in der stationären Altenhilfe und Eingliederungshilfe wird auf das Positionspapier der AG 3 „Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen“ verwiesen.

... Gesamtschau

Insgesamt kann für den Bereich gesagt werden, dass dort, wo Seelsorge strukturell eingebunden ist, eine seelsorgliche und/oder spirituelle Versorgung vorhanden und im Blick ist. Wo dies nicht der Fall ist, kommt es oft auf individuelle Kontakte an, die immer wieder entstehen aber auch durch Personalwechsel wieder verloren gehen.

5.8.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Grundsätzlich ist Seelsorge ein von den beiden christlichen Kirchen getragener und qualifizierter Dienst, der jedem Menschen offensteht – unabhängig von seiner Konfession, Religion und Weltanschauung. Seelsorgliche Begegnungen unterliegen einer besonderen Vertraulichkeit. Spiritual Care ist gemeinsame Aufgabe aller Begleitenden im Sinne einer geschulten Wahrnehmung der spirituellen/religiösen Themen/Bedürfnissen/Ressourcen von Patient:innen und Zugehörigen. Vor allem im spezialisierten Palliativbereich sind kirchliche Seelsorgende häufig Teil des Teams oder arbeiten zumindest eng mit den Teams zusammen. Mitglieder anderer Religions- und Glaubensgemeinschaften werden bei Bedarf einbezogen.

Gut ausgebildete kirchliche Seelsorgende leisten sowohl durch die eigene Begleitungskompetenz als auch durch das gezielte Einbringen von Wahrnehmungen in das Team einen wichtigen Beitrag zur Aufgabe Spiritual Care. Gleichzeitig können sie ein Verbindungsglied zwischen Palliativteam und Verantwortlichen der unterschiedlichen Spiritualitäten und Glaubensgemeinschaften sein.

Im Bereich der SAPV und APPV, wo Seelsorgende Teil des Teams sind, erfolgt die Einbindung in Team- und Patient:innenbesprechungen sowie Supervisionen, wodurch sowohl das Thema Seelsorge und Spiritual Care bei den Mitarbeitenden präsent bleibt, ein multiprofessioneller Austausch stattfinden und der potenzielle Bedarf einer Begleitung frühzeitig erkannt werden kann. Seelsorgende stehen schwerpunktmäßig für die Patient:innenbegleitung, aber auch für die Begleitung von Mitarbeitenden zur Verfügung. Die Zusammenarbeit im Team wirkt sich positiv auf die Spiritual Care Praxis aus. Seelsorge wendet sich hier überkonfessionell und überreligiös an alle Patient:innen, An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende.

Im allgemeinen Bereich ist aufgrund fehlender multiprofessioneller Teamstrukturen der Bereich der Spiritual Care/Seelsorge schwer fassbar. Ein multiprofessioneller Austausch mit Seelsorge findet nur in Ausnahmefällen statt. Die spirituelle Begleitung erfolgt häufig durch Hospizbegleiter:innen oder wird an die Seelsorge der Gemeinden oder religiösen Gemeinschaften delegiert.

In beiden Bereichen ist eine gute Zusammenarbeit mit den Strukturen, Einrichtungen und Gemeinden vor Ort von Nöten.

Die Begleitung richtet sich immer gleichermaßen an Patient:innen und Zugehörige.

5.8.3 Besonderheiten

Die Chance von Seelsorge und Begleitung durch Kirche und andere Glaubensgemeinschaften liegt in der Möglichkeit einer sektorenübergreifenden und flächendeckenden Vernetzung und Begleitung. Die (überwindbare) Grenze ist hier eher der Datenschutz.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Mitarbeitenden in den Gemeinden und Organisationen vor Ort in der Fläche ist sehr unterschiedlich. Das erschwert den Hospiz- und Palliativteams die Einschätzung, wo auch komplexe und mehrdimensionale palliative Situationen gut begleitet werden können und wo nicht.

5.8.4 Probleme und Herausforderungen

Eine große Herausforderung im Bereich „Spiritual Care und Seelsorge“ ist die Finanzierung von Stellenanteilen für Seelsorgende oder vergleichbare Mitarbeitende in den Hospiz- und Palliativteams. Die Stellenanteile der Seelsorgenden in der SAPV sind 2012 aus einem Pilotprojekt entstanden und werden (noch) von beiden Kirchen finanziert. Eine dauerhafte Festschreibung dieser Stellen ist aber nur teilweise geschehen. Da die grundsätzliche Bereitschaft der Kirchen besteht, Personal für diesen wichtigen Bereich der Palliativversorgung zur Verfügung zu stellen, wären Gespräche zwischen Kirchen, Politik und Fachgesellschaften sehr wünschenswert.

Im allgemeinen Bereich gibt es keine strukturelle Verankerung von Seelsorgenden. Hier ist die Übernahme von Begleitungen und eine enge Kooperation mit Hospiz- und Palliativdiensten sehr individuell von den aktuellen Seelsorgenden vor Ort abhängig.

5.8.5 Wünsche

In allen relevanten Definitionen und Leitlinien ist explizit formuliert, dass die Palliativversorgung neben körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten auch die spirituelle Dimension von Patient:innen und deren Zugehörigen im Blick haben soll. Trotz des Schlichtungsspruchs vom Herbst 2020 sollte dies analog zur politischen und inhaltlichen Diskussion im stationären Bereich, ob eine qualifizierte Seelsorge als fester Bestandteil des Palliativteams in die OPS-Codes aufgenommen wird oder nicht und somit (zum Teil) refinanziert werden kann, auch für den ambulanten Bereich vorangetrieben werden. Hierzu bedarf es weiterer

Gespräche zwischen den Verantwortlichen in Politik und Fachgesellschaften sowie den Kirchen und Religionsgemeinschaften.

5.9 Aus Sicht der Physiotherapie

5.9.1 Bestehende Maßnahmen und Projekte

Die physiotherapeutische Behandlung von Palliativpatient:innen erfolgt in der Regel aufgrund schwerwiegender Diagnosen, wie beispielsweise Tumorerkrankungen und der damit einhergehenden Ödembildung, schmerzhaften Bewegungsstörungen, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Lungen- und Bronchialerkrankungen.

In erster Linie geht es bei der physiotherapeutischen Behandlung darum, Schmerzen zu reduzieren, zentrale Körperfunktionen wie Atmung, Bewegung oder Nahrungsaufnahme und Verdauung zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie die maximal mögliche Eigenständigkeit der Patient:innen zu fördern. Auch vorbeugende Maßnahmen wie die Dekubitus-Vermeidung gehören zu den Aufgaben der Physiotherapie, genauso wie die Schulung der Patient:innen im Umgang mit Hilfsmitteln und die Anleitung von Zugehörigen.

Die Behandlung umfasst unter anderem Lymphdrainage, mobilisierende Maßnahmen und die sog. Fazilitation. Hierbei wird durch Hautkontakt an dem/der Patient:in ein Reiz gesetzt, um so eine reaktive Bewegungsausführung zu provozieren.

Bei Problemen mit der Atmung kommt die Atemtherapie zum Einsatz. Abhängig von der Ursache werden dabei Techniken angewendet, die z. B. durch Hautabhebungen, Massagegriffe und Brustkorbmobilisation zur Atemvertiefung führen oder beim Entweichen der Restluft unterstützen.

5.9.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die ambulante Heilmittelverordnung (Rezept) erfolgt über die behandelnden (Palliativ)mediziner:innen. Die Diagnose, Behandlungsmenge, Behandlungsfrequenzen sowie notwendige Heilmittelkombinationen werden in Absprache mit dem Palliativpatient:innen festgelegt. Die Verordnungsmenge wird durch die Kontrolle der Nah- und Fernziele durch Ärzt:in und Therapeut:in (Befund) bestimmt. Soweit erforderlich werden Hausbesuche verordnet. Palliativpatient:innen und Zugehörige werden dadurch von belastenden Praxisbesuchen soweit wie möglich entlastet.

5.9.3 Besonderheiten

Die physiotherapeutische Behandlung bedeutet in aller Regel konkrete und unmittelbare Hilfe bzw. Erleichterung für die Patient:innen und wird von diesen als äußerst wohltuend empfunden. Für viele beinhaltet der unmittelbare Körperkontakt, der automatisch während der Behandlung entsteht, weitere positive psychosoziale Komponenten, welche gerade in der Sterbephase einen großen Mehrwert bieten können. Das gilt insbesondere für die leider immer größer werdende Gruppe der alleinlebenden Menschen ohne weitere sozialen Kontakte. Oftmals können sich die Patient:innen in solchen Situationen entspannen und öffnen, zeigen mehr Bereitschaft zu kommunizieren, zu interagieren und am Leben teilzuhaben.

5.9.4 Probleme und Herausforderungen

Die Behandlungsdauer ist durch die normale Verordnung bei GKV Patient:innen mit einer Regelbehandlungszeit von 15-25 Minuten als viel zu gering anzusehen. Palliativpatient:innen befinden sich sowohl psychisch als auch physisch in aller Regel in einer äußerst herausfordernden Situation. Zum einen muss Vertrauen aufgebaut werden, zum anderen ist die Vor- und Nachbereitung der körperlich oft stark beeinträchtigten Patient:innen äußerst zeitaufwändig, so dass für die Behandlung selber nur noch ein unzu-

reichendes Fenster verbleibt. Auch erfordert die besondere Situation eines sterbenden Menschen offensichtlich mehr Flexibilität und Sensibilität – ein abruptes, Uhrzeit gesteuertes Beenden der Behandlung ist hier nicht indiziert.

Ein weiteres Problem ist die Verfügbarkeit: Aufgrund des akuten Fachkräftemangels und den daraus resultierenden übervollen Physiotherapie-Praxen ist es oft nicht möglich Hausbesuche für Palliativpatient:innen anzubieten, zumal dies auch wirtschaftlich für die Praxen nicht attraktiv ist.

5.9.5 Wünsche

Wünschenswert wäre die Einführung einer leistungsgerechten Vergütung für die Behandlung von Palliativpatient:innen, z. B. die Einführung eines ICD10-Schlüssels Palliativ. Dieser müsste in die Liste für langfristigen Heilmittelbedarf / besonderen Verordnungsbedarf aufgenommen werden, damit der/die Ärzt:in ohne Anrechnung auf sein/ihr Budget verordnen kann.

Sinnvoll wäre ein struktureller sowie wirtschaftlicher Rahmen für den interdisziplinären Austausch aller beteiligten Berufsgruppen und pflegenden Zugehörigen, um eine optimal abgestimmte Versorgung zu gewährleisten.

Darüber hinaus wäre eine flexiblere Behandlungszeit mit bis zu einer Stunde sinnvoll.

Um die Verfügbarkeit physiotherapeutischer Versorgung für Palliativpatient:innen mit Hausbesuch zu gewährleisten, wäre es wichtig, die Vergütung wirtschaftlich anzupassen. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass Termine häufig durch die vorhandene Multimorbidität kurzfristig abgesagt werden.

5.10. Aus Sicht kultursensibler Begleitung

5.10.1 Bestehende Maßnahmen/Projekte

In der Bundesrepublik Deutschland haben 21,2 Mio. Menschen (ein Viertel der Bevölkerung) einen Migrationshintergrund.²² „Fast 90 Prozent aller schwerkranken und sterbenden Menschen brauchen am Lebensende eine palliative Begleitung.“²³ Trotzdem kommen Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende in der Hospiz- und Palliativversorgung verhältnismäßig wenig vor. Daher besteht ein Handlungsbedarf auf diversen Ebenen, z. B. den Zugang und die Anbindung zur Hospiz- und Palliativversorgung ausbauen, vorhandene Kommunikationsbarrieren abbauen, die kultursensible Kompetenz der Leistungserbringenden stärken.²⁴ Die kultursensible Begleitung sollte daher im ganzheitlichen Versorgungsansatz als eine obligatorische Größe gesehen und gelebt werden.

Zur kultursensiblen Begleitung zählen in erster Linie die Beratung, Begleitung und Versorgung von Patient:innen mit Migrationshintergrund sowie deren Zugehörige. Die aus dem angelsächsischen Raum bekannte Hospiz- und Palliativarbeit wird jedoch nicht flächendeckend in allen Kulturkreisen gelebt. Daher ist ein hoher Informations- und Aufklärungsbedarf bei Betroffenen mit Migrationshintergrund vorhanden. Um dabei die Akzeptanz für diese Versorgungsangebote zu erhöhen und folglich den Aufbau eines palliativen Versorgungsnetzwerkes zuzulassen, ist es wichtig, die Beratungsangebote wo erforderlich unter Einsatz von externen Dolmetschern muttersprachlich anzubieten sowie kulturell bedingte Tabus und Bedürfnisse zu beachten und die Angebote entsprechend anzupassen. Dies ist vor allem dann zu berücksichtigen,

²² Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2020 (eingesehen 19.10.21)

²³ DGP Aktuell 2015 (eingesehen 19.10.21)

²⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2010) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie

sichtigen, wenn die Betroffenen rund um die Themen der Selbstbestimmung (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) informiert bzw. beraten werden oder die interfamiläre Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod durch Gespräche begleitet wird.

Eine gelungene kultursensible Begleitung ist abhängig von der transkulturellen Kompetenz der Leistungserbringenden. Nur wenn eine intern gelebte transkulturelle Identität existiert, kann nach außen eine erfolgreiche kultursensible Begleitung sichergestellt werden. Dies ist durch diverse Bausteine zu erreichen. An erster Stelle steht die Offenheit gegenüber anderen Kulturkreisen und deren Verständnis zum Sterben, Tod sowie Sterbebegleitung, ohne dabei die eigene sowie palliative Haltung zu vernachlässigen. Durch kulturelle Fallbesprechungen und kollegiale Beratungen werden aus der Begleitung gewonnene praktische Erfahrungen im Team reflektiert. Nur durch eine kritische Selbstreflexion anhand von gelungenen und weniger gelungenen Begleitungen, können zukünftige Handlungsmaßnahmen erkannt und abgeleitet werden; diese sind z. B. interne Schulungen und externe Fortbildungen zur Entwicklung der transkulturellen Kompetenz für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen.

Neben der Patient:innenorientierung ist auch die Netzwerkarbeit mit migrationsspezifischen Diensten, Communities sowie Fachstellen ein Aufgabenschwerpunkt der kultursensiblen Hospiz- und Palliativarbeit. Durch Kontaktaufbau und -pflege sowie stetigen Austausch mit den Netzwerkpartnern können u.a. Synergieeffekte erzielt werden. So sind zum Beispiel gemeinsame muttersprachliche Informationsabende zu den Angeboten und der Arbeitsweise der Hospiz- und Palliativversorgung möglich, um die Communitymitglieder auf die Versorgungsangebote, aber auch auf das ehrenamtliche und hauptamtliche Engagement aufmerksam zu machen. Dadurch können potenzielle ehren- und hauptamtliche Mitarbeiter:innen gewonnen werden. Die Netzwerkarbeit schließt auch Schulungsangebote zur kultursensiblen Begleitung am Lebensende für die Netzwerkpartner mit ein.

Die kultursensible Öffnung des Hospiz- und Palliativdienstes ist weiterhin mit einer breit gefächerten Öffentlichkeitsarbeit verbunden. Durch das Mitwirken an diversen Arbeitskreisen und durch Gremienarbeit, aber auch durch die Mitarbeit an in- und externen Projekten (z. B. Entwicklung von Handlungsempfehlungen) kann auf strategischer Ebene die Thematik etabliert werden. Auch die Vernetzung im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sowie die berufspolitische Organisation sind von Bedeutung, um mögliche Defizite in den Versorgungsstrukturen zu benennen und gemeinsame Lösungsansätze zu erarbeiten. Durch eine gezielte Presse- und Medienarbeit wiederum können die Adressaten über die kultursensible Hospiz- und Palliativversorgung informiert werden.

5.10.2 Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum

Die kultursensible Begleitung stellt in der Hospiz- und Palliativversorgung ein übergeordnetes Thema dar, da sie sowohl die Makroebene als auch Meso- und Mikroebene betrifft. Daher obliegt die Verantwortung für die Umsetzung in der Praxis auch bei der Geschäftsleitung der jeweiligen Leistungserbringenden. Eine Kooperation sowie ein stetiger Austausch mit externen Fachstellen, Communities sowie migrationsspezifischen Diensten ist erforderlich, um eine gelingende und qualitativ hochwertige Beratung, Begleitung und Versorgung, aber auch kultursensible Öffnung des Dienstes sicherstellen zu können.

5.10.3 Besonderheiten

Obwohl die kulturelle Kompetenz der Leistungserbringenden bewusst und gezielt zu stärken ist, ist die kultursensible Begleitung grundsätzlich nicht von den originären Versorgungsangeboten losgelöst und ist somit in jeglichen Handlungen auszuleben. Je nach Tätigkeitsfeld und Verantwortungsbereich der jeweiligen Leistungsanbietenden können daher die fachlichen Anforderungen auch variieren. Allerdings sollte innerhalb der Versorgungsstrukturen auf transkulturell aufgestellte Teams geachtet werden, wo einzelne Teammitglieder über Erfahrungen in der Migrationsarbeit verfügen oder eine eigene Migrationsbiografie haben. Dadurch wird die Authentizität der Versorger gestärkt sowie die Akzeptanz für die erbrachten Leistungsangebote im Netzwerk und in den Communities erhöht.

5.10.4 Probleme und Herausforderungen

Die kulturellen Bedürfnisse und Tabus finden innerhalb der vier Dimensionen²⁵ als Teil der Patient:innenbiographie ihren Platz, da sie Einfluss auf alle Lebens- bzw. Notlagen der Patient:innen haben. Durch die Subsumierung werden sie jedoch nicht direkt in den Blick genommen. Dabei sollte zur Stärkung der fachlichen Kompetenzen dem kulturellen Aspekt eine gesonderte Beachtung geschenkt werden, u.a. indem die koordinierende Verantwortung hierfür innerhalb der jeweiligen Leistungserbringenden, sinnvollerweise bei mindestens einer Person gebündelt wird. Auch existiert keine klare allgemeingültige Finanzierungsregelung für den finanziellen und personellen Mehraufwand, der jedoch entsteht, wenn die Leistungserbringenden die kultursensible Begleitung in den Fokus nehmen.

5.10.5 Wünsche

Die kultursensible Versorgung ist vom Ansatz der ganzheitlichen Versorgung und Begleitung nicht wegzudenken. Daher ist es empfehlenswert, in den Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung flächendeckend die kultursensible Arbeit zu etablieren, indem personelle Ressourcen geschaffen werden, die kulturelle Kompetenz innerhalb der Teams verbindlich gestärkt und vor allem die Finanzierung geregelt wird.

6. Zwischenfazit

Wie bereits in der Präambel dargestellt, ist die Koordination und die geförderte Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren Schlüsselfaktor in der Versorgung von Hospiz- und Palliativpatient:innen. Eine Verbesserung der Versorgung kann nur durch gemeinsames Handeln erreicht werden. Diese Notwendigkeit wird von der ambulanten Pflege, der SAPV und den ambulanten Hospizdiensten ebenfalls beschrieben. Regionale Vernetzung sowie ein gezielter und strategisch-systematisch geförderter Aufbau der AAPV-Strukturen, unter Einbezug der Sozialen Arbeit und Förderung der Seelsorge sowie der kultursensiblen Begleitung, tragen maßgeblich zu einer verbesserten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen bei.

Dabei wird deutlich, dass die in der Zielsetzung beschriebenen Personal- und/oder Finanzierungslösungen dringend notwendig sind. Alle Versorger der AAPV weisen auf Finanzierungslücken oder den nicht geregelten Personaleinsatz hin.

Eine besondere Herausforderung stellen die zunehmend alleinlebenden Hospiz- und Palliativpatient:innen, die wachsenden psychosozialen Bedürfnisse, die notwendige Zugehörigenarbeit, die Begleitung in Trauerphasen, die kulturelle Vielfalt in der Begleitung und Versorgung und zeitgleich noch nicht in gleichem Maße vom Versorgungsangebot erreichte Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnungslose und Personen aus anderen schwierigen Lebensverhältnissen dar. Das Anerkennen der Sozialen Arbeit, der Seelsorge, der niedergelassenen Apotheken und der Physiotherapie als integraler Bestandteil der Hospiz- und Palliativversorgung wird zur Verbesserung der Versorgungssituation ebenso beitragen, wie eine kulturelle Kompetenz bei den Leistungserbringenden, mit dem Ziel der Bildung von transkulturellen Teams. Dabei müssen die noch ausstehenden personellen und finanziellen Absicherungen berücksichtigt werden. Ebenso ist die geförderte Vernetzung aller beteiligten Versorger unter Einbezug der ambulanten Hospizdienste für die Verbesserung der AAPV notwendig.

Damit sich die AAPV weiterentwickeln und der Wunsch nach einem selbstbestimmten und würdigen Leben und Sterben in der eigenen Häuslichkeit allen Menschen erfüllt werden kann, sind die nachstehenden Punkte zu regeln:

- Flexible Leistungsangebote und deren Refinanzierung in der Pflege
- Miteinander von SAPV von AAPV

²⁵ psychische, physische, soziale und spirituelle Dimension

- Finanzierung der frühzeitigen und vorausschauenden Beratungen (Gesundheitliche Versorgungsplanung) analog § 132g SGB V auch im ambulanten Bereich
- Finanzierung von Beratungen/Begleitungen auch ohne Einsatz von Ehrenamtlichen bei ambulanten Hospizdiensten
- Geförderte regionale Vernetzung von Kommunen und Krankenkassen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- Verbesserung der Personalsituation; ausreichend ausgebildetes Personal in den Berufsgruppen
- Ausbau der AAPV
- Verbesserung der Palliativkompetenzen auch als Aufgabe der regionalen Vernetzung
- Erweiterung der Professionen: systematischer Einbezug und Finanzierung der sozialen Arbeit und der Seelsorge
- Stärkung der kulturellen Kompetenz u.a. durch Bildung von transkulturellen Teams
- Herstellen der Zugangsgerechtigkeit auch für Wohnungslose und Personen aus schwierigen Lebensverhältnissen

7. Empfohlene Maßnahmen

Die hier empfohlenen Maßnahmen richten sich an die Politik, die Kostenträger, die Bundesverbände der Leistungserbringenden sowie die Kommunen:

7.1. Verbesserung der Vernetzung

- Förderung des Ausbaus von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken auf allen politischen Ebenen, auch durch Mitwirkung und Mitfinanzierung der Kommunen vor Ort und den Kostenträgern.
- Ausbau der Beratungsmöglichkeiten für die SAPV, z. B. wenn AAPV-Strukturen nur unzureichend vorhanden sind oder um eine Early Integration sicher zu stellen.
- Integration von seelsorgerischen und kultursensiblen Angeboten in die vernetzte und koordinierte Leistungserbringung.
- die Anerkennung von Physiotherapie und niedergelassenen Apotheken als elementare Bestandteile der Hospiz- und Palliativversorgung.

7.2. Verbesserung der Vergütung

- Leistungsgerechte Honorierung der sprechenden Medizin und Palliativversorgung im hausärztlichen Bereich.
- Anerkennung einer kommunikationsgestärkten Versorgung im pflegerischen Bereich durch eine leistungsgerechte Vergütung.
- Finanzierung von Beratungen zur Gesundheitlichen Vorausplanung im ambulanten Bereich.
- Finanzielle Förderung von Projekten zur Verbesserung der Versorgungssituation schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer Zugehörigen außerhalb der Regelversorgung in Absprache mit den Versorgern.
- Aufnahme von nicht geförderten Leistungen ambulanter Hospizvereinen in die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V, z. B. Beratungsleistungen ohne folgende ehrenamtliche Begleitung, Trauerbegleitung, Stellen für Sozialarbeiter:innen, kultursensible Begleitung und Leistungen der ehrenamtlichen Vorstände.
- Aufnahme von psycho-sozialen Fachkräften in die feste Struktur von SAPV-Teams.
- Finanzierung von Spiritual Care-Weiterbildungsangeboten.
- Aufnahme von Patient:innenfernen Tätigkeiten in die Vergütung, z. B. von SAPV-Teams und Hospizdiensten / ambulanten Hospizvereinen (Leitungsaufgaben, Personalgewinnung ...).

7.3. Bewusstseins-schaffung

- Ausweitung der Weiterbildungsangebote und -pflicht für Leistungserbringende.
- Aufnahme von Spiritual Care und kultursensibler Aspekte in die Curricula der Leistungserbringenden, wo noch nicht geschehen.
- Entwicklung einer Trauerkultur, z. B. durch Ansprechpartner:innen in Kindergärten und Schulen oder durch Unterstützungsangebote in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe.
- Öffentlichkeitsarbeit für die breite Bevölkerung, insbesondere auch im Hinblick auf die kulturelle Vielschichtigkeit der Hospiz- und Palliativversorgung und sich verändernder psychosozialer Aspekte.
- Unterstützung von Angeboten zur Bewusstseinsbildung im Kindes- und Erwachsenenalter zu den Themen Sterben, Tod und Trauer.
- Förderung der Attraktivität des Pflegeberufs, u.a. durch Verbesserung der Rahmenbedingungen.

8. Fazit

Wie in diesem Positionspapier aufgezeigt, setzt sich die ambulante Hospiz- und Palliativversorgung aus vielen einzelnen Einrichtungen und Akteuren zusammen. Neben niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen und Pflegediensten gehören auch Soziale Arbeit, Seelsorge, Hospizdienste, niedergelassene Apotheken und Physiotherapie zu den elementaren Bestandteilen der Hospiz- und Palliativversorgung und müssen als diese anerkannt werden und eine entsprechende Bedeutung in der Versorgung erhalten. Nur wenn alle eng miteinander vernetzt sind und koordiniert miteinander arbeiten, kann das Ziel, Förderung und Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase, erreicht und die Situation der betroffenen Menschen, die einer AAPV bedürfen deutlich verbessert werden. Die SAPV wird durch eine verbesserte AAPV dann auch wirklich ergänzend zum Einsatz kommen und gleichzeitig deren Ressourcen schonen. Ein vernetztes Arbeiten mit allen Beteiligten ist auch hier von Bedarf. Die Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Menschen und deren Zugehörigen unter den kultursensiblen Aspekt zu stellen, wird auch gelingen lassen, mehr Betroffene in die Versorgung zu integrieren. Trauerbegleitung als konzeptioneller Bestandteil der Hospiz- und Palliativversorgung muss in allen Netzwerken ausreichend und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

Für eine verbesserte ambulante Hospiz- und Palliativversorgung braucht es neben einer leistungsgerechten Finanzierung der einzelnen Akteure, die Qualifizierung der einzelnen Mitarbeitenden und für ein vernetztes Miteinander auch den Ausbau und die Weiterentwicklung regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke und die Anerkennung der Koordination dieser als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die Mitfinanzierung durch Kommunen und Kostenträger. Dadurch werden die Möglichkeiten der Versorgung in der letzten Lebensphase für die Öffentlichkeit sichtbar gemacht und die Bewusstseinsbildung zu den Themenfeldern Sterben, Tod und Trauer, auch mit zusätzlichen Aktionen, gefördert.

Gerade im Hinblick auf den demographischen Wandel zusammen mit der Verbesserung der medizinischen Möglichkeiten wird die AAPV an Bedeutung gewinnen und von mehr und mehr Menschen in Anspruch genommen werden. Dazu die Voraussetzungen zu schaffen muss ein gesamtgesellschaftliches Bestreben sein.

Literatur

Dachverband Hospiz Österreich (2003) Neubearbeitung Standards „Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care“ Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil (Juni 2018) Verfügbar unter: [https://www.palliativ.at/index.php?elD=tx_securedown-](https://www.palliativ.at/index.php?elD=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1634739293&hash=34cb1073007593067df94633f32381cab4ab410b&file=/fileadmin/redakteur/downloads/Standards_Pall_DSA_final.pdf)

[loads&p=17&u=0&g=0&t=1634739293&hash=34cb1073007593067df94633f32381cab4ab410b&file=/filea-](https://www.palliativ.at/index.php?elD=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1634739293&hash=34cb1073007593067df94633f32381cab4ab410b&file=/fileadmin/redakteur/downloads/Standards_Pall_DSA_final.pdf)
[dmin/redakteur/downloads/Standards_Pall_DSA_final.pdf](https://www.palliativ.at/index.php?elD=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1634739293&hash=34cb1073007593067df94633f32381cab4ab410b&file=/fileadmin/redakteur/downloads/Standards_Pall_DSA_final.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer (2010) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie (Stand September 2016), Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> sowie https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Soziale Arbeit - Stellenbeschreibungen für Soziale Arbeit in Palliative Care (2019), Verfügbar: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Stellenbeschreibung_Soziale_Arbeit_.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP Aktuell (2015) - Beihilfe zum Suizid darf kein Dienstleistungsangebot werden, Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell-2015/dgp-mahnt-beihilfe-zum-suizid-darf-kein-dienstleistungsangebot-werden.html>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017) Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. Verfügbar unter: https://www.dhvp.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklarungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung_06102017.pdf

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sowie Bedeutung und Rolle der Sozialen Arbeit, verfügbar unter: <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/rehabilitation-und-teilhabe> und <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/palliativ-care/>

Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, L'hoest, H, Marschall U, Meißner W, Freytag A (2019) Abbildung der Inanspruchnahme palliativer Versorgung anhand bundesweit und regional verfügbarer Verordnungsziffern und Leistungsabrechnungen. GMS. <https://doi.org/10.3205/19dkvf260>

Herbst F, Stiel S, Heckel M, Ostgathe C (2017) Beschreibung und Analyse der Partner in Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern an der Schnittstelle ambulant-stationär: Eine Mixed-Methods-Studie. Z Palliativmed: 18(5): 310-218, <https://doi.org/10.1055/s-0043-118558>

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2019) Hospizarbeit und Palliativversorgung in NRW – das Lebensende menschenwürdig und angstfrei gestalten. Drucksache 17/6593. Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 11.12.2019. Landtag Nordrhein-Westfalen 17. Wahlperiode. Stellungnahme 17/2085; URL: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-2085.pdf>, Zugriff: 30.11.2020)

Krumm N & Rolke R (2020) Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 AnBest-IF. Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein (APVEL). URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/projekt-dokumente/4/2020-04-03_APVEL_Ergebnisbericht.pdf, (Zugriff: 30.11.2020)

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff am 30.11.2020)

Melching H (2019) Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) – Aktueller Stand. FORUM; 5: k.A., <https://doi.org/10.1007/s12312-019-00672-3>

Mühlensiepen F, von Peter S, Samuel Thoma et al. (2019) Pilotprojekt zur Stärkung der ambulanten Palliativversorgung im Land Brandenburg – Analyse von Dokumentationsdaten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/a-0905-2974>

Radbruch L (2019) Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2014 – 2019: Viel erreicht, aber noch lange nicht fertig! Palliativmedizin; 20(05): 216-219, <https://doi.org/10.1055/a-0993-2450>

Schneider W, Eichner E, Thoms U, Stadelbacher S, Kopitzsch F (2015) Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/prozesseffekte und ländliche Versorgung: Gesundheitswesen 2015; 77: 220 Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1382041.pdf>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2020, Verfügbar unter: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/migrationshintergrund-2010220207004%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/migrationshintergrund-2010220207004%20(1).pdf)

Stiel S, Heckel M, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C (2014) Komplexität von Nicht-TumorPatient:innen in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung. Palliativmedizin. 15: PC183, <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374374>

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