

Krankenhäuser im Land Berlin
-Geschäftsführung-

nachrichtlich:
Vorstandsmitglieder und
Mitgliedsverbände der BKG

Lfd. Nr.
372/2018

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom
30/00-AR/sa

Datum
25. September 2018

Telefon (030) 330 996-0
Telefax (030) 330 996-66
www.bkgev.de
mail@bkgev.de

EINLADUNG

Fachveranstaltung „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“

Sehr geehrte Damen und Herren,

im vorigen Jahr hat der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin unter Leitung von Frau Senatorin Dilek Kolat die in 2016 konsentierten Handlungsempfehlungen für die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (**Anlage 1**) befürwortet. Er empfiehlt berlinweit den Beitritt zur Charta und deren praktische Umsetzung. Der Runde Tisch hat es sich zur Aufgabe gemacht, auch selbst Aktivitäten zur Unterstützung der Charta-Umsetzung zu entwickeln.

Aufgrund der großen Relevanz in den Berliner Krankenhäusern wurde die Hospiz- und Palliativversorgung in diesem Bereich als eines der ersten Themen vom Runden Tisch aufgegriffen. Die vom Runden Tisch eingesetzte Arbeitsgruppe „Umsetzung Charta“ hat sich intensiv mit dem Handlungsfeld beschäftigt und ließ sich von zwölf Berliner Krankenhäusern deren Vorgehensweise und gute Praxis vorstellen.

Konzipiert wurde eine für Vertreter der Berliner Krankenhäuser kostenlose Fachveranstaltung in Kooperation mit dem Alice – Museum für Kinder im FEZ-Berlin. Zu der

**Fachveranstaltung Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus
am 06.11.2018 oder am 28.11.2018
jeweils von 9:00 bis 12:00 Uhr
im ALICE - Museum für Kinder im FEZ-Berlin, Straße zum FEZ 2, 12459 Berlin**

sind Sie herzlich eingeladen. Beigefügt erhalten Sie das Einladungsschreiben von Frau Senatorin Dilek Kolat (**Anlage 2**).

Im Anschluss an eine Führung durch die sehenswerte interaktive Ausstellung „Erzähl mir was vom Tod“, die das Museum mit den Franckeschen Stiftungen zu Halle produziert hat, werden Herr Elimar Brandt (Leiter der Arbeitsgruppe „Umsetzung Charta“), Frau Antonia Rode von der Berliner Krankenhausgesellschaft, Frau Dr. Christina Fuhrmann von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und weitere Vertreter des Runden Tisches Ihnen in einem foliengestützten Vortrag die Charta, konkrete Ansätze in den Krankenhäusern und Unterstützungsmöglichkeiten vorstellen und mit Ihnen dazu ins Gespräch kommen. Das Programm der Veranstaltung können Sie der **Anlage 3** entnehmen. Sie erhalten bei der Fachveranstaltung weitere Materialien, darunter elektronisch auch den Fachvortrag, der so konzipiert wurde, dass Sie diesen in Ihrem Krankenhaus einsetzen und auch für Ihre Zwecke modifizieren können. Aufgrund der begrenzten räumlichen Ressourcen am Veranstaltungsort und dem Ansinnen, möglichst allen Berliner Krankenhäusern eine Teilnahmemöglichkeit zu offerieren, wird die Veranstaltung im gleichen Format zwei Mal angeboten.

Für die Anmeldung bitten wir Sie, den beigefügten Anmeldebogen (**Anlage 4**) bis **Freitag, den 19. Oktober 2018** an die Berliner Krankenhausgesellschaft zu senden. Die Anmeldungen werden in der eingegangenen Reihenfolge berücksichtigt. Aufgrund der begrenzten Platzkapazität wird eine frühzeitige Anmeldung empfohlen.

Freundliche Grüße



Marc Schreiner

Anlagen (4)

für die AG Umsetzung Charta
des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin



Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus

I. AUSGANGSSITUATION

Die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist auch eine wesentliche Versorgungsaufgabe von Krankenhäusern in Deutschland.

Diese Behandlung erfolgt sowohl als allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Grundversorgung als auch als spezialisierte Palliativversorgung auf Palliativstationen oder durch multiprofessionelle Palliativdienste im gesamten Krankenhaus.

Die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus außerhalb von Palliativstationen ist sehr unterschiedlich entwickelt. Sie ist abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Länder (z. B. Krankenhauspläne der Länder, Landeskrankenhausgesetze) und der Bundesgesetzgebung (Krankenhausentgeltgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz), den strukturellen Bedingungen im einzelnen Krankenhaus und nicht zuletzt vom persönlichen Engagement motivierter Mitarbeitender.

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin gibt einige Empfehlungen¹⁹ für die strukturierte Integration stationärer palliativer Versorgung in die Regelversorgung, die für Krankenhäuser auch über die Behandlung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen hinaus Bedeutung haben kann.

Der Zugang für Patientinnen und Patienten zu einer bedarfsgerechten allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung im Rahmen ihres Krankenhausaufenthaltes ist nicht flächendeckend verlässlich gesichert. Nur einige Kliniken verfügen über entsprechend standardisierte Abläufe und Vorgehensweisen. Hier besteht Verbesserungsbedarf. Nach derzeitigem Stand gibt es in den rund 2.000 Krankenhäusern in Deutschland mit insgesamt über 500.000 Betten mehr als 300 Palliativstationen mit insgesamt ca. 2.000 Betten²⁰.

Multiprofessionelle Palliativdienste²¹ in unterschiedlicher Ausprägung gibt es bisher nur in einzelnen Krankenhäusern. Die Anzahl dieser Dienste ist nicht genau bekannt (z. B. in Bayern laut Krankenhausplan 2013: 39 sog. „Palliativmedizinische Dienste“). Darüber hinaus sind Mischformen wie z. B. sogenannte Palliativzimmer oder definierte Palliativbetten sowie weitere einrichtungsübergreifende Konzepte einzelner Träger oder Verbände vorhanden (z. B. Spes Viva).

Stationäre Pädiatrische Palliativversorgung im Sinne einer Palliativstation wird derzeit nur im Kinderpalliativzentrum der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke angeboten. Eine zweite Einheit an der LMU München wurde im Juni 2016 eröffnet. In der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen wird z. B. ein Kinderpalliativzimmer vorgehalten. Viele dieser Strukturen sind durch unterschiedliche regionale bzw. länderspezifische Rahmenbedingungen entstanden.

¹⁹ S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung/Langversion 1.0 – Mai 2015 AWMF-Registernummer: 128/001OL (im weiteren „S3-Leitlinie Palliativmedizin“ genannt)

²⁰ Melching H, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015) Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf. Zugegriffen: 04. August 2016
<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>
<http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

²¹ Bisher gebräuchliche Synonyma wie z. B. „palliativmedizinische Dienste“ oder „palliative Konsiliardienste“ sollten nicht mehr verwendet werden. Laut S3-Leitlinie Palliativmedizin: Palliativdienst im Krankenhaus

Die Finanzierung der spezialisierten stationären Palliativversorgung erfolgt überwiegend im Rahmen des DRG-Systems mittels Fallpauschalen, ggf. mit Zusatzentgelten, erlost durch die palliativmedizinische Komplexbehandlung OPS 8-982 und die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung OPS 8-98e²².

Diese OPS beinhalten abrechenbare Leistungen, die durch nachzuweisende Mindestanforderungen definiert sind.

Mit der Ergänzung des § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ist es für Palliativstationen oder -einheiten explizit gesetzlich geregelt möglich, aus dem DRG-Finanzierungssystem als so genannte „Besondere Einrichtung“ zeitlich befristet ausgenommen zu werden. Dafür ist ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend²³. Laut Gesetzesbegründung ist auch bei der Vereinbarung von krankhausindividuellen Entgelten zu erwarten, dass bei diesen Leistungen die geltenden Qualitätsanforderungen berücksichtigt werden, die u. a. in den Strukturmerkmalen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für die palliativmedizinische Komplexbehandlung hinterlegt sind²⁴.

Insbesondere Krankenhäuser mit Palliativstationen und multiprofessionellen Palliativdiensten sind in regionalen Netzwerken wichtige Partner für eine möglichst sektorenübergreifende allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung. Ambulante Hospizdienste sind mit ihren Koordinationsleistungen und Netzwerkaktivitäten mancherorts bereits heute wichtige Partner der Kliniken. Nach Rechtsänderung durch das HPG sieht die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste zwischenzeitlich vor, dass auch die ehrenamtliche Sterbebegleitung für die stationären Patienten der Krankenhäuser bei der Förderung der ambulanten Hospizdienste berücksichtigt werden kann²⁵.

EINFLUSSFAKTOREN

Strukturen und Finanzierung

Die palliativmedizinische Versorgung in Krankenhäusern wird wesentlich von den vorhandenen Strukturen (Palliativstationen, multiprofessionelle Palliativdienste usw.) einschließlich deren Finanzierungsgrundlagen beeinflusst. Die in den palliativmedizinischen OPS im DRG-Finanzierungssystem genannten Mindestmerkmale für abrechenbare Leistungen im Rahmen palliativmedizinischer Komplexbehandlungen (OPS 8.982 und 8.98e) werden auch als Maßstab für die Prozess- und Strukturqualität der spezialisierten stationären Palliativversorgung genutzt. Nachhaltige, überprüfbare und auf wissenschaftlicher Grundlage konsensual entwickelte Qualitätssicherungskonzepte müssen aber zunehmend Grundlage für die Entwicklung von Strukturen der stationären Palliativversorgung werden.

²² Allein 2013 sind im Vergleich zum Vorjahr die Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung von mehr als sieben Tagen um fast 20 % gestiegen.

²³ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) Vom 1. Dezember 2015, Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Absatz 1

²⁴ Ergibt sich aus der Begründung des HPG – Stand: Drucksache des Bundestages 18/6585 vom 04.11.2015

²⁵ Neuregelung im Hospiz- und Palliativgesetz: SGB V § 39a, Absatz 2 wird wie folgt geändert: Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenträgers erbringen.

Multiprofessionelle Palliativdienste sollen die spezialisierte Palliativversorgung auch außerhalb von Palliativstationen ermöglichen. Zugleich stellen sie eine Möglichkeit dar, auch die allgemeine Palliativversorgung durch Mitbehandlung und Kompetenztransfer wirksam zu unterstützen. Gemäß Neuregelung im HPG bzw. der dazugehörigen Begründung sollen die Leistungen der multiprofessionellen Palliativdienste zukünftig im Rahmen eines neuen spezifischen Zusatzentgeltes finanziert und auch im Rahmen von Kooperationen erbracht werden können²⁶.

Sektorenübergreifende Versorgung

Eine wesentliche Aufgabe für eine bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Palliativversorgung stellt die Gestaltung der Nahtstellen in der in vielen Fällen notwendigen ambulant-stationär-ambulanten Versorgung dar. Um für Palliativpatienten insbesondere in der letzten Lebensphase (wenige Monate, Wochen, Tage) Krankenhausaufenthalte im Hinblick auf Häufigkeit und Dauer auf ein notwendiges Maß zu beschränken und deren Wunsch nachzukommen, möglichst viel Zeit in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung zu verbringen, ist es notwendig, sektorenübergreifende Konzepte zu entwickeln, die Kontinuität sichern und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Neben den vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen gibt es für kurzfristige palliativmedizinische Interventionen oder Beratungen, die durch vorhandene ambulante Strukturen wie z. B. die SAPV nicht erbracht werden können, bisher vereinzelt ergänzende Angebote wie z. B. palliativmedizinische Ambulanzen oder tagesklinische Angebote. Allerdings liegen für solche Versorgungsangebote in Deutschland kaum Bedarfszahlen oder Erkenntnisse über deren Wirksamkeit vor.

Qualität, Leitlinien, Zertifizierungen

In einzelnen spezifischen Zertifizierungen sind Anforderungen an die stationäre Palliativversorgung verankert. Diese werden im Rahmen von Zertifizierungsaudits regelmäßig überprüft²⁷ oder durch andere standardisierte Abläufe in eine überprüfbare Versorgungsqualität umgesetzt, so dass die Palliativversorgung für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten bezüglich der jeweiligen Erkrankung (Diagnose und Krankheitsstadium) bedarfsgerecht zur Verfügung steht. Konsentiertere spezifische palliativmedizinische Zertifizierungen können in Zukunft Bausteine für ein strukturiertes Qualitätsmanagement in der stationären Palliativmedizin sein. Eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung kann für Krankenhäuser die freiwillige Teilnahme am Nationalen Hospiz- und Palliativregister sein²⁸.

Im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogramms steht die „S3-Leitlinie Palliativmedizin für erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ als erste wissenschaftliche Leitlinie zur Verfügung. Sie enthält neben wesentlichen Aspekten der palliativmedizinischen Behandlung, Versorgung und Begleitung ein eigenes Kapitel zu Versorgungsstrukturen und kann in weiten Teilen auch für Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen angewendet werden. Leitlinien und deren Implementierung werden die palliativmedizinische Versorgung in Krankenhäusern in den nächsten Jahren nachhaltig beeinflussen.

²⁶ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015, Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) Vom 1. Dezember 2015, Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Absatz 2

²⁷ z. B. Zertifizierung onkologischer Zentren durch die DKG, CCC Zertifizierung der DKH. Damit kann z. B. durch die Entwicklung von SOP's (Standard Operating Procedure)

²⁸ <http://www.hospiz-palliativ-register.de/>

Größe und fachliche Ausrichtung

Je nach Größe (Bettenzahl) und fachlicher Ausrichtung eines Krankenhauses ist der Bedarf an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen sehr unterschiedlich.

Der Bedarf an entsprechend palliativmedizinisch qualifiziertem Personal und geeigneten Angeboten der spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung wird sowohl von der Zahl der Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf als auch von Komplexität und Versorgungsaufwand im Einzelfall bestimmt²⁹.

Die Anbindung der spezialisierten Palliativmedizin (z. B. der Palliativstation oder des Palliativdienstes) an ein bestimmtes Fachgebiet (z. B. Onkologie, Anästhesie, Radiologie, Geriatrie) kann die inhaltliche Ausrichtung, Arbeitsweise und Behandlungsschwerpunkte beeinflussen (z. B. Frühintegration in der Onkologie/Neurologie, Symptomkontrolle bei Multimorbidität in der Geriatrie/Gerontopsychiatrie usw.) und kann somit zu einer unterschiedlichen Ausprägung der stationären Palliativversorgung führen.

Good Practice- und Modellprojekte

Viele Good Practice- und Modellprojekte haben den Aufbau der Palliativversorgung unter den besonderen Bedingungen einzelner Kliniken, Klinikverbände oder Trägerorganisationen voran gebracht und die Palliativversorgung in den Einrichtungen spürbar verbessert³⁰. Sie haben dazu beigetragen, Erfahrungen zu sammeln und die palliativmedizinische Kompetenz in den Einrichtungen zu stärken. Viele dieser zusätzlichen hospizlich-palliativen Angebote und Innovationen werden neben der GKV-Finanzierung auch von Fördervereinen, Spenden, Stiftungsinitiativen u. a. mitgetragen.

²⁹ In der Begründung zum Hospiz- und Palliativgesetz heißt es dazu u. a.: Die allgemeine Palliativversorgung sollte als Basisversorgung Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit sein und grundsätzlich in allen Krankenhäusern gewährleistet werden. Wenn die spezialisierte Palliativversorgung zur Ergänzung der allgemeinen Palliativversorgung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten erforderlich ist, kann in den Krankenhäusern auch ein multiprofessionell organisierter Palliativdienst hinzugezogen werden. Sofern eine qualitativ angemessene Versorgung gewährleistet wird, kann die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste auch durch Kooperationsvereinbarungen organisiert werden, wenn das Krankenhaus keine eigenen palliativmedizinischen Strukturen vorhält. Dies ermöglicht es insbesondere auch kleineren Krankenhäusern, eine spezialisierte Palliativversorgung zu organisieren.

³⁰ z. B. durch Modellvorhaben gem. §§ 63,64 SGB V möglich

II. ZIELE

Da die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu den wesentlichen Versorgungsaufgaben von Krankenhäusern in Deutschland gehört, müssen in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig schwerstkranken und sterbende Menschen betreut und behandelt werden, die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben nachhaltig gesichert und ausgebaut werden. Dabei sind grundlegende Anforderungen der Palliativversorgung wie das Prinzip der Patientenorientierung, Multiprofessionalität und der Vernetzung umzusetzen.

Grundsätzliches

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten (SGB V § 27 Abs. 1, Satz 3). Krankenhäuser müssen – sofern noch nicht geschehen, ihre palliativ-hospizische Verantwortung grundlegend anerkennen und in ihr Gesamtkonzept integrieren (z. B. im Leitbild).

Im Rahmen der Organisationsentwicklung ist darauf zu achten, dass dieses Anliegen sowohl als Leitungsaufgabe als auch durch Förderung und Unterstützung engagierter und motivierter Mitarbeitender in den Entwicklungsprozess einbezogen wird. Dabei ist es unerlässlich, einrichtungs- bzw. trägerintern klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu benennen und die notwendigen finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Feststellung des palliativmedizinischen Versorgungsbedarfs

Für eine bedarfsgerechte Behandlung unheilbar und schwerstkranker Patientinnen und Patienten im Krankenhaus spielt die Ermittlung des palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und der Möglichkeiten der Institution eine besondere Rolle³¹.

Zu Beginn oder im Verlauf des stationären Aufenthaltes ist es daher notwendig, den jeweils individuellen palliativmedizinischen Behandlungsbedarf zu ermitteln. Dabei muss erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten ggf. schon in einer frühen Krankheitsphase, auch wenn ein palliativmedizinischer Bedarf erst potentiell zu erwarten ist, Zugang zu den entsprechenden Beratungsangeboten bekommen (vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin).

Versorgungsangebote/Strukturen

Sofern die Palliativversorgung regelmäßig zum Versorgungsspektrum eines Krankenhauses gehört, sollte sowohl in der Wirtschaftsplanung als auch in der Organisationsentwicklung der zu erwartende palliativmedizinische Betreuungsbedarf berücksichtigt werden.

Qualifizierungsmaßnahmen und/oder ggf. Kooperationsvereinbarungen mit externen Partnern müssen sicherstellen, dass eine palliativmedizinische Expertise sowohl bei bestehendem Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung als auch an allgemeiner Palliativversorgung verfügbar ist.

³¹ vgl. In-Patient Palliative Care Needs: An Epidemiological Study 2011 Gerhild Becker et al, Freiburg

Dabei sollte erreicht werden, dass in allen Berufsgruppen und administrativen Strukturen (Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Verwaltung, Patientenversorgung, Service) entsprechende Grundkompetenzen vorhanden sind. In besonderer Weise sind dabei Bereiche zu berücksichtigen, die sich um die Nachsorge kümmern und Hilfen vernetzen wie z. B. Soziale Arbeit, Case Management u. a.

Besonderes Augenmerk sollte neben dem bedarfsgerechten Aufbau spezialisierter Angebote der Erhöhung der palliativmedizinischen Kompetenz im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung gelten. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses benötigt spezialisierte Angebote, wie etwa das einer Palliativstation oder eines Palliativdienstes. Die meisten Patienten müssen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung bedarfsgerecht versorgt werden; dies setzt entsprechende Kompetenz bei den beteiligten Berufsgruppen und vor Ort tätigen Mitarbeitenden voraus. Darüber hinaus müssen spezialisierte Angebote wie z. B. ein multiprofessioneller Palliativdienst, die Behandlungsmöglichkeit auf einer Palliativstation sowie sektorenübergreifende Strukturen (z. B. palliativmedizinisches Case Management, integrierte Versorgung o. Ä.) unabhängig von der Grunderkrankung erreichbar bzw. verfügbar sein. Diese Möglichkeiten sollten sowohl den Betroffenen und den ihnen Nahestehenden als auch den Mitarbeitenden bekannt sein. Sie sind ein wichtiger Bestandteil palliativer Beratungsgespräche z. B. im Rahmen der Frühintegration und palliativmedizinischen Behandlungsplanung und müssen insbesondere für komplexe palliative Situationen wie ausgeprägte Symptome, Therapiezieländerungen, ethische Entscheidungen

und die palliativmedizinische Therapieplanung zur Verfügung stehen.

Multiprofessionalität/Interdisziplinarität

Die Multiprofessionalität und Interdisziplinarität ist wesentlich für die stationäre palliative Betreuung im Krankenhaus und sollte sowohl in der spezialisierten Versorgung als auch in der allgemeinen Palliativversorgung verfügbar sein. Angebote und Möglichkeiten vieler Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge u. v. a.) sind in die Versorgung zu integrieren. Gleichzeitig muss die palliative Kompetenz innerhalb dieser Berufsgruppen durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen erhöht werden³².

Auch das Erkennen und Eingehen auf spirituelle Bedarfe und Ressourcen von Palliativpatientinnen und -patienten ist integraler Bestandteil eines qualifizierten multiprofessionellen palliativen Behandlungsansatzes und ist in der stationären Palliativversorgung unerlässlich. Dabei sind spirituelle Aspekte der Begleitung auch integrativ bei allen an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen verankert. Darüber hinaus kann spirituelle Begleitung als eigenständiges und qualifiziertes Angebot erforderlich sein³³.

Insbesondere im Krankenhaus spielt die interdisziplinäre Kooperation eine wichtige Rolle. Vor allem in frühen Krankheitsphasen, wenn die Therapieverantwortung in der Regel bei der behandlungsführenden Fachabteilung liegt (z. B. Onkologie, Neurologie, Neonatologie usw.), ist ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen erforderlich (geteilte Verantwortung).

³² siehe hierzu Kapitel: „Bildungsqualität in den Berufsfeldern, die an der Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen unmittelbar beteiligt sind“ und Kapitel „Bildungsqualität in den Berufsfeldern, die verstärkt mit den Themen Sterben und Tod konfrontiert sind (am Beispiel Rettungswesen)

³³ Die eigenständige spirituelle Begleitung ist kein Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV.

Betreuung sterbender Menschen (Finalphase)

Eine besondere Bedeutung im Krankenhaus hat die Betreuung sterbender Menschen in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens und die Begleitung und Beratung ihrer Nahestehenden über den Tod hinaus. Nahezu 47 % aller sterbenden Menschen in Deutschland befinden sich beim Eintritt des Todes in Krankenhäusern³⁴. Nur ein Teil dieser Patientinnen und Patienten benötigt eine spezialisierte palliative Versorgung, z. B. auf einer Palliativstation.

Eine besondere Aufgabe in Krankenhäusern –zumeist im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung und oft unabhängig von der Palliativversorgung – ist die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Finalphase und die Begleitung ihrer Nahestehenden. Diese Aufgabe stellt für die Teams, deren Aufgabe nicht primär die Palliativversorgung ist, das heißt auf den nicht-palliativen allgemeinen Stationen, den Intensivstationen, in der Notaufnahme und an anderen Orten, an denen Menschen im Krankenhaus sterben, oft eine besondere Herausforderung dar. Hier ist es wichtig, die Kompetenz der unmittelbar tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung und Betreuung mit sterbenden Patienten zu stärken und sie durch geeignete Qualifikation zu befähigen, unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen. Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung müssen erreichbar sein, um im Bedarfsfall Unterstützung und Beratung zu bekommen.

Besondere Bereiche

In besonders sensiblen Bereichen (z. B. pädiatrischen und kideronkologischen Abteilungen und Stationen, Intensiv- und Notfallmedizin, Notaufnahme, Neonatologie, Dialyse) werden besonders häufig Patientinnen und Patienten in lebensbedrohlichen Situationen betreut und behandelt. Hier stehen zunächst der Lebenserhalt und die Lebensverlängerung im Mittelpunkt der Therapie. Ein palliativer Ansatz kann hier die Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen, z. B. zu Therapiezieländerungen, zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, bei Fragen zum Patientenwillen oder bei schwer behandelbaren Symptomen unterstützen und helfen, die Betreuung in besonderen Sterbesituationen angemessen zu gestalten (z. B. Reanimation, Beatmung, Sedierung, akute Notfälle, nach Organentnahme, nach Beendigung lebenserhaltender Therapien). In diesen Teams sollten Palliativmedizinerinnen und -mediziner und Palliative Care Pflegekräfte mitarbeiten oder beratend und/oder mitbehandelnd als feste externe Ansprechpartner für spezifische Fragestellungen zur Verfügung stehen (z. B. durch die Palliativdienste im Krankenhaus oder im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung, z. B. mit einem SAPV-Team³⁵).

³⁴ Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2015: Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, einschließl. Sterbe- und Stundentfälle aus 2014, erschienen am 12.11.2015 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Diagnosedaten-Krankenhaus2120621147004.pdf>; Die Angabe findet sich in diesem Link auf Seite 6 oben unter „Krankenhäuser“. Danach sind in 2014 insgesamt 403.800 Menschen in Krankenhäusern verstorben. Bei insgesamt 868.400 Verstorbenen in 2014 waren dies 46,5 % aller Verstorbenen. Die Zahl (rund 47 %) ist übrigens seit Jahren nahezu unverändert.

³⁵ Im Rahmen der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter ist eine Zusammenarbeit mit dem SAPV-Leistungserbringer im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr.2 KHEntG möglich.

Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sollen grundsätzlich mit Strukturen der Kinder- und Jugendhospizarbeit und der (spezialisierten) ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung zusammenarbeiten. Ein sektorenübergreifendes Arbeiten ist hierbei besonders zu fördern. Es sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um eine bedarfsgerechte Palliativversorgung auch auf pädiatrischen Intensivstationen durchführen zu können. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Eltern häufig in besonderer Weise unterstützungsbedürftig sind. Bei der Finanzierung müssen die extremen Fallzahlschwankungen, die daraus resultierenden hohen Vorhaltekosten und die sektorenübergreifende Arbeit berücksichtigt werden.

Strukturelle Rahmenbedingungen im Krankenhaus

Die Verbesserung von Rahmenbedingungen in Krankenhäusern beinhaltet Folgendes:

- bedarfsgerechte personelle Ausstattung der Palliativstationen, der multiprofessionellen Palliativdienste und im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung
- Qualifikationsangebote für alle mit der unmittelbaren Patientenbetreuung befassten Mitarbeitenden in den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses (ähnlich wie Hygiene, Arbeitsschutz usw.)
- klare Zuordnung von Prozessen und Verantwortlichkeiten bezogen auf palliativen Versorgungs- und Betreuungsbedarf in Fachabteilungen und Verwaltung (z. B. durch die Benennung einer oder eines Palliativverantwortlichen)³⁶
- Räumliche Ausstattung (Abschieds- und Gesprächsräume, würdevolle Aufbaumöglichkeiten der Verstorbenen) einschließlich Unterbringungsmöglichkeiten für Nahestehende
- Informationsangebote für Betroffene und ihnen Nahestehende zur Palliativversorgung (Kontakte, Orientierungshilfen für schwierige Situationen usw.)

³⁶ Palliativverantwortliche können in unterschiedlicher Form benannt werden, z. B. haben sich alle Krankenhäuser der Stadt Essen mit einem hohen Anteil an Palliativpatienten verabredet, einen Palliativbeauftragten zu benennen. (Anmerkung: Die Funktion des Palliativbeauftragten unterliegt in den nächsten Jahren einer unabhängigen wissenschaftlichen Überprüfung und Evaluation).

³⁷ siehe hierzu Kapitel: „Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke“ und Kapitel „Universelles Rahmenkonzept“

Vernetzung und Schnittstellen

Krankenhäuser sind – insbesondere auch mit ihren spezialisierten Strukturen – wichtige Partner in den regionalen Netzwerken³⁷. Sektorenübergreifende Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollen weiter ausgebaut und deren Vernetzung befördert werden. Informationen müssen effektiv ausgetauscht, Betreuungskontinuität sichergestellt und bürokratische Hürden überwunden werden. Unnötige und wiederholte Krankenhaus-einweisungen während der Palliativversorgung, etwa durch ungeklärte Zuständigkeiten und fehlende Kommunikationsstrukturen, müssen vermieden werden und die Entlassung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in eine sichere und kompetente ambulante Palliativversorgung, sofern gewünscht und möglich, soll reibungslos organisiert werden.

Krankenhäuser sind durch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte über die Situation der Patientin oder des Patienten und seine ggf. bestehende ambulante Palliativversorgung zu informieren. Zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gehört ebenso auch ein Entlassmanagement, das Probleme beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung löst. Im Rahmen des Entlassmanagements sind die weiterversorgenden Leistungserbringer – insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Hospizdienste und ggf. SAPV-Teams u. a. – rechtzeitig zu informieren, so dass eine Weiterversorgung unmittelbar nach Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgen kann. Die Krankenkassen haben das Entlassmanagement entsprechend zu unterstützen.

Interne Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit

Die palliative Kompetenz eines Krankenhauses sollte sowohl in der Außendarstellung erkennbar sein als auch in der internen Kommunikation als Anliegen und Aufgabe dargestellt werden. Versorgungsangebote und Abläufe sollten transparent gemacht werden und die Arbeit der Teams als wichtiger Beitrag im Gesamtauftrag des Krankenhauses gewürdigt werden. Für Patientinnen und Patienten und Nahestehende sowie Einweisende (z. B. Hausärztinnen und -ärzte) und andere an der Versorgung Beteiligte (z. B. Pflegedienste, Hospizdienste usw.) sollten Kontaktmöglichkeiten und Informationsangebote erkennbar und transparent sein.

III. UMSETZUNG

MASSNAHMENKATALOG

Adressat:

Die Krankenhäuser und Krankenhausträger

Sie sind aufgerufen – sofern noch nicht geschehen –

- Empfehlungen und Standards zu entwickeln und als Grundlage entsprechender struktureller Entwicklungen und Verfahren zur Umsetzung zu etablieren
- ein Konzept zur Organisations-, Qualitäts- und Strukturentwicklung für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung für schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten zu entwickeln bzw. weiter zu entwickeln und umzusetzen – ggf. einschließlich spezifischer Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Dazu gehören:
 - Klärung von Abläufen und Verantwortlichkeiten bezogen auf palliativen Versorgungs- und Betreuungsbedarf durch Benennung von Palliativverantwortlichen als Ansprechpartner
 - Bedarfsklärung für die stationäre Palliativversorgung des einzelnen Krankenhauses zur
 - Einrichtung einer Palliativstation (ggf. auch im Rahmen der Krankenhausplanung des entsprechenden Bundeslandes)
 - und/oder Einrichtung eines Palliativdienstes (ggf. auch in Kooperationen),
 - Beschäftigung einzelner Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und/oder Pflegekräften mit der Weiterbildung Palliative Care,
 - Zusammenarbeit z. B. mit einer externen Palliativmedizinerin oder einem externen Palliativmediziner bzw. Palliativpflegekräften eines anderen Krankenhauses oder einem SAPV-Team.

- Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere Entwicklung von Basiskompetenzen in der Palliativversorgung im Rahmen von innerbetrieblichen Fortbildungen/Informationen über palliative Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen als obligater Bestandteil von Einarbeitungskonzepten
- Klärung einer Beteiligung an regionalen Hospiz- und Palliativnetzen einschließlich einer Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten³⁸ und Beteiligung an Qualitätszirkeln bzw. Palliativkonferenzen
- Klärung einer Beteiligung an bundesweiten Erhebungen³⁹
- Weiterentwicklung des Entlassmanagements⁴⁰ unter besonderer Berücksichtigung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Adressat:

Die Krankenkassen und ihre Verbände

Sie sind aufgerufen,

- den bedarfsgerechten Zugang zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus und die dazu notwendigen strukturellen Entwicklungen – auch entsprechend den Neuregelungen des HPG – zu unterstützen und finanziell abzusichern
- die Entwicklung multiprofessioneller Palliativdienste im Krankenhaus – gemäß Neuregelung des HPG Artikel 4a – zu unterstützen und zu finanzieren
- das Entlassmanagement⁴¹ unter besonderer Berücksichtigung schwerstkranker und sterbender Menschen zu unterstützen
- die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die Palliativversorgung im Krankenhaus aktiv zu begleiten und zu unterstützen.

³⁸ Hinweis auf die Neuregelung § 39a Abs. 2 SGB V

³⁹ z. B. Forschungsprojekte, Nationales Hospiz- und Palliativregister: <https://www.hospiz-palliativ-register.de/>

⁴⁰ Hinweis auf die Neuregelung im VSG § 39 Abs. 1a SGB V

⁴¹ Hinweis auf die Neuregelung im VSG § 39 Abs. 1a SGB V

Adressat:

Die Bundespolitik, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Sie sind aufgerufen,

- die Umsetzung des HPG im Sinne einer Evaluation bezogen auf nachhaltige Entwicklungen im Krankenhaus und den damit verbundenen Zugang zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung für Betroffene in der stationären Versorgung zu beobachten und ggf. Weiterentwicklungen frühzeitig zu fördern
- sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu beobachten und ggf. weiterzuentwickeln.

Adressat:

Die Landesregierungen

Sie sind aufgerufen,

- den bedarfsgerechten Ausbau der stationären Palliativversorgung zu fördern und auch möglicherweise in den Landeskrankengesetzen, Landeskrankenhausplänen und Förderprogrammen entsprechend zu berücksichtigen sowie den Bedarf regelmäßig zu überprüfen
- für den Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgung die dafür erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Adressat:

Die Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen, Verbänden, Gesellschaften und Kammern

Sie sind aufgerufen,

Qualitäts- und Qualifikationskriterien für die Palliativversorgung im Krankenhaus in Konsensprozessen weiterzuentwickeln.

Adressat:

**Die Kirchen und Religionsgemeinschaften
Sie sind aufgerufen,**

- *Ansprechpartner für religiöse und spirituelle Bedürfnisse, soweit diese durch die teamintegrierten spirituellen Angebote nicht aufgefangen oder abgedeckt werden können, als ergänzende Angebote zur Verfügung zu stellen und die Kooperation und Vernetzung mit Krankenhäusern aktiv zu unterstützen*
- *regelmäßig Grundkenntnisse der Palliativversorgung in der Klinischen Seelsorgeausbildung (z. B. 40-Stunden-Kurs) zu vermitteln und regelmäßige Weiterbildungen in Spiritual Care/Palliative Care für Seelsorgende (z. B. 120-Stunden-Kurs)⁴² anzubieten.*

⁴² Zum 120-Stunden-Kurs wird z. B. auf das DGP-Papier „Abschlussbericht der Kommission Qualität Spiritualität“ hingewiesen http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Abschlussbericht_Kommission_Qualität_Spiritualität.pdf; vgl. auch S3-Leitlinie Palliativmedizin unter 11.5.2. Qualifikation von Leistungserbringern in der Palliativversorgung

⁴³ Stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Praxis nicht einheitlich definiert. Nach dem SGB XI umfassen stationäre Pflegeeinrichtungen sowohl die vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) als auch die teilstationären Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen. Zu den stationären Einrichtungen gehört auch ausdrücklich die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich nur auf die stationären Pflegeeinrichtungen.

⁴⁴ Statistisches Bundesamt 2013

Die Senatorin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

An die
Krankenhäuser im Land Berlin
Geschäftsführung

nachrichtlich:
Vorstandsmitglieder und
Mitgliedsverbände der BKG

gemäß Verteiler der BKG

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

II D 21

Bearbeiter/in:

Dr. Christina Fuhrmann

Zimmer:

5074

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2222

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2904

Datum:

21.09.2018



Tag der Deutschen Einheit
Berlin 2018

EINLADUNG

Sehr geehrten Damen und
sehr geehrte Herren,

hiermit lade ich Sie herzlich ein zur

Fachveranstaltung „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ am 06.11.2018 bzw. als Auswahltermin am 28.11.2018

von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr

in das ALICE - Museum für Kinder
im Kinder- und Jugendfreizeitzentrum Wuhlheide (FEZ),
Straße zum FEZ 2, 12459 Berlin.

Als zuständige Senatorin und Leiterin des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin bin ich gerne der Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz gefolgt, ein klares Bekenntnis zu den im Oktober 2016 verabschiedeten neuen Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland auszusprechen. Zusammen mit Verbänden der Wohlfahrtspflege, der Krankenkassen und Fachverbänden, wie der Berliner Krankenhausgesellschaft, setzten wir bei der Eröffnung der 20. Berliner Hospizwoche im September 2017 ein öffentliches Zeichen für den Willen, die Charta und ihre Handlungsempfehlungen im Land Berlin umzusetzen. Diese Verpflichtung geht jeder der Charta-Unterzeichner in seinem Wirkungskreis ein.

Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin (barrierefreier Zugang der Kategorie D)
Fahrverbindungen: U8 Moritzplatz, Bus M29; U6 Kochstr., Bus M29; U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg); S1/S2/S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29; Bus M29, 248;
Zahlungen bitte bargeldlos nur an die Landeshauptkasse, Klosterstr. 59, 10179 Berlin über eine der folgenden Bankverbindungen:
Bankverbindung 1: Postbank Berlin IBAN: DE 47 100 100 100 000 058 100 BIC: PBNKDEFF100
Bankverbindung 2: Berliner Sparkasse IBAN: DE 25 100 500 000 990 007 600 BIC: BELADEBEXX
Bankverbindung 3: Deutsche Bundesbank IBAN: DE 53 100 000 000 010 001 520 BIC: MARKDEF1100

E-Mail: Christina.Fuhrmann@sengpg.berlin.de

Internet: www.berlin.de/sen/gpg/

(Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur bitte ausschließlich an post@sengpg.berlin.de, kein Empfang verschlüsselter Dokumentel.)

Der Runde Tisch hat darüber hinaus entschieden, aus sich heraus Aktivitäten zur Unterstützung der Umsetzung der Charta in Berlin zu entwickeln. Eine spezielle Arbeitsgruppe der Mitgliedsorganisationen stellt sich der Aufgabe, die Auseinandersetzung mit den Handlungsempfehlungen Charta zu den speziellen Anforderungen an die Versorgungs- und Bildungsstrukturen und zu deren Umsetzung in Berlin zu fördern.

Aufgrund der großen Relevanz der Hospiz- und Palliativversorgung in den Berliner Krankenhäusern, die für nahezu die Hälfte aller Berlinerinnen und Berliner der Ort des Lebensendes sind, wurde dieses Thema als eines der ersten aufgegriffen. Dass die Hospiz- und Palliativversorgung in den Krankenhäusern in Berlin zunehmend in den Blick gerät, sehen Sie auch an der Aufbereitung im aktuellen Landeskrankenhausplan und an Maßnahmen der 80plus-Rahmenstrategie zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin. Hier hatte ich Ihnen mit Schreiben vom 24.08.2018 die Zusatzqualifikation „Demenz- und Palliativbeauftragte/-r“ als ein aus Landesmitteln finanziertes Angebot ankündigen können. Die künftigen Beauftragten sollen dazu qualifiziert werden, im Krankenhaus abteilungsübergreifend Multiplikatorenarbeit zu leisten, für Versorgungsbedarfe vulnerabler Patientengruppen zu sensibilisieren sowie geeignete Organisations- und Bildungsmaßnahmen zu implementieren. Der Einsatz von Palliativbeauftragten ist eine der Maßnahmen, die den Krankenhäusern in den Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta empfohlen werden. Wenn Sie sich für den Einsatz eines solchen Beauftragten entscheiden, kann dieser dann auch die Umsetzung weiterer empfohlener Maßnahmen befördern.

Im Rahmen der Fachveranstaltung sollen Anstöße und Impulse für eine gute Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen im Krankenhaus gegeben werden. Als Veranstaltungsort wurde bewusst das Alice-Museum im FEZ gewählt, das mit der überaus erfolgreichen Ausstellung „Erzähl mir was vom Tod“ einen wichtigen Bildungsbeitrag leistet und den intergenerativen Dialog zu existentiellen und wirklich wichtigen Lebensfragen fördert.

Leider sind die Themen Sterben, Tod und Trauer häufig noch mit einem Tabu belegt und werden oft erst angesprochen, wenn es nicht mehr vermeidbar ist. Ich bin der Überzeugung, dass eine frühzeitige Auseinandersetzung im Rahmen von Vorsorge verbunden mit Aufklärung über die bestehenden Möglichkeiten sowohl im individuellen wie institutionellen Rahmen zu mehr Handlungssicherheit und insgesamt zu einer besseren Gestaltung und Versorgung am Lebensende beiträgt. Dazu gehören selbstverständlich auch Maßnahmen zu Klärung und Vermittlung des Patientenwillens über Patientenverfügungen und Notfallverfügungen. Hierzu läuft gerade ein spannender Diskurs zu einem berlinweit einheitlichen Formular, der durch die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eingeführte gesundheitliche Versorgungsplanung in Pflege- und Behindertenheimen ausgelöst wurde.

Es gibt viele „Baustellen“ und auch viele Akteure. Die Handlungsempfehlungen „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ richten sich daher auch an den Bund, die Länder, die Verbände, Kirchen und Religionsgemeinschaften. Aber ohne den Willen der Krankenhäuser und Krankenhausträger, ohne Ihre Durchsetzungskraft für ein konzeptionell, organisatorisch und bildungsseitig abgestimmtes systematisches Vorgehen zur Sicherung einer guten medizinischen, pflegerischen, sozialen und seelsorgerischen Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in Ihren Krankenhäusern geht es nicht!

Sofern noch nicht geschehen, rege ich eine Beschäftigung mit der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen an. Die kostenfreie Fachveranstaltung, zu der ich hiermit einlade, bietet den Teilnehmenden dazu einen Rahmen und vermittelt eine Reihe von konkreten praktischen Hilfen.

Ergreifen Sie die Gelegenheit – auch im Wissen darum, dass im Sinne der Hospizbewegung „ein gutes Leben bis zuletzt“ allen Berlinerinnen und Berlinern und damit auch uns allen persönlich und den uns nahestehenden Menschen zu wünschen ist!

Mit freundlichen Grüßen



Dilek Kolat

PROGRAMM

Fachveranstaltung „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“

Moderation: *Elimar Brandt*

(Leiter der AG Umsetzung Charta des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin*)

9:00 Uhr bis 9:10 Uhr	Begrüßung durch die Vertreterin der gastgebenden Einrichtung <i>Claudia Lorenz</i> (Leiterin des Alice – Museum für Kinder im FEZ-Berlin und Kuratorin der Ausstellung „Erzähl mir was vom Tod“)
9:10 Uhr bis 10:20 Uhr	Führung durch die Ausstellung <i>Pia Grottsch</i> (Museumspädagogin, Bildung und Vermittlung im Alice)
10:20 Uhr bis 10:30 Uhr	Pause
10:30 Uhr bis 10:40 Uhr	Begrüßung durch VertreterInnen der AG Umsetzung Charta <i>Elimar Brandt</i> (Vorsitzender der AG) <i>Antonia Rode</i> (Berliner Krankenhausgesellschaft) <i>Dirk Müller</i> (Hospiz- und Palliativverband Berlin) <i>Dr. Christina Fuhrmann</i> (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung)
10:40 Uhr bis 11:20 Uhr	Vortragsgestützte Vorstellung der Handlungsempfehlungen „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und von in Berlin entwickelten Ansätzen und Instrumenten*** zur Unterstützung der Umsetzung <i>Mitglieder der AG Umsetzung Charta</i>
11:20 Uhr bis 12:00 Uhr	Moderierter Fachaustausch

* Der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung Berlin wurde 2006 gegründet. Er setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Fach-, Wohlfahrts- und Kassenverbände sowie der Politik. Er hat über 40 Mitglieder, die sich gemeinsam zu aktuellen Fragen der Hospiz- und Palliativversorgung verständigen und Empfehlungen aussprechen.
Der Runde Tisch hat sich nach Verabschiedung der Nationalen Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Oktober 2016 mit den konsentierten Handlungsempfehlungen beschäftigt und berlinweit den Beitritt zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland empfohlen.
In 2017 wurde die neue Arbeitsgruppe „Umsetzung Charta“ des Runden Tisches unter Vorsitz von Herrn *Elimar Brandt* gebildet. In der AG sind – neben themenabhängig eingeladenen Gästen - folgende Mitglieder des Runden Tisches vertreten:
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V., Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., BKK-Landesverband Mitte Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V., Home Care Berlin e.V., Hospiz- und Palliativverband Berlin e.V., Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Landesseniorenbeirat Berlin, Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin e.V., Zentrale Anlaufstell Hospiz (zugleich Charta-Koordinierungsstelle für Berlin).

BKG

Berliner
Krankenhausgesellschaft e.V.

Hallerstraße 6 · 10587 Berlin · Tel. (030) 330 996-0 · Fax (030) 330 996-66 · www.bkgev.de · mail@bkgev.de

**Anmeldung zur Fachveranstaltung
„Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“**

- Rücksendung per Mail (rode@bkgev.de) oder per Telefax (030/330 996 66)
bitte **bis zum 19. Oktober 2018** -

Name des Krankenhauses / des Trägers

Ich nehme an der Fachveranstaltung „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ am

06. November 2018

oder

28. November 2018 teil.

Es kann kein Vertreter des Krankenhauses an einer der beiden Veranstaltungen teilnehmen.

Es besteht Interesse an Materialien der Veranstaltung bzw. zur Charta.

Es besteht kein Interesse an Materialien der Veranstaltung bzw. zur Charta.

Hinweis: Während der Veranstaltung werden Fotos zu internen Zwecken und für Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Mit der Anmeldung erklären Sie sich mit der Nutzung des Materials durch die Mitglieder der AG Umsetzung Charta einverstanden.

Name

Tel. für mögl. Fragen

Datum / Unterschrift