

Veranstaltung

**„Wo wir stehen und was wir  
wollen – Zur Weiterentwicklung der  
Hospiz- und Palliativversorgung  
in Brandenburg“**

Mittwoch, 16.10.2013

14.00 – 18.00 Uhr

Staatskanzlei

Heinrich-Mann-Allee 107

14473 Potsdam



**Impressum:**

Dokumentation

**Veranstaltung „Wo wir stehen und was wir wollen –  
Zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“**

**Redaktion:**

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)

Stefan Weigand

Aline Schubanz

Stand: 01.12.2013

**Herausgeber:**

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Friedrichstraße 231

10969 Berlin

**Titelbild:**

Billy Frank Alexander Design / freeimages.com



**Kontakt:**

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Friedrichstraße 231

10969 Berlin

Tel.: 030 – 4431 9060

Fax: 030 – 4431 9063

Email: sekretariat@gesundheitbb.de

Web: www.gesundheitbb.de



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Projekt „Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“ – ein partizipativer Prozess</b> .....	4
<b>1. Eröffnung: Wo stehen wir? Was wollen wir?</b> .....	6
1.1 Grußwort des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg ....	6
1.2 Input: Elke Franke, AOK Nordost.....	10
1.3 Input: Dr. Michael Schmidt, LAG Hospiz e.V. Brandenburg.....	11
1.4 Input: Dr. Heike Borchardt, Hospiz- und Palliativberatungsdienst Potsdam .....	13
<b>2. Parallele Workshops</b> .....	15
2.1 Workshop „Qualität: Aspekte einer guten Versorgung für Alle“ .....	15
2.2 Workshop „Zugang: Wie erreichen wir alle, die Bedarf haben?“ .....	18
2.3 Workshop „Kooperation: Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg“ .....	21
<b>3. Abschlussrunde: Die Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg weiter entwickeln!</b> .....	24
3.1 Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg: Danksagung und Ausblick.....	24
<b>Anhang</b> Übersicht Beteiligung Projekt „Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“ April – Dezember 2013.....	26



## Vorwort: Die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg – ein partizipativer Prozess

In dem im Jahr 2005 von der Landesregierung in Auftrag gegebenen Gutachten „Neue Wege in der Palliativversorgung“ der Medizinischen Hochschule Hannover wurde eine große Bereitschaft für Veränderungen bei der Versorgung schwerstkranker und sterbender Patient/innen festgestellt. Gleichzeitig wurde festgehalten, dass sich auf Basis vielversprechender Modellprojekte und regionaler Konzeptentwürfe sehr gute Voraussetzungen ergeben, die Palliativversorgung zu optimieren. Gesundheit Berlin-Brandenburg hat vor diesem Hintergrund von April bis Dezember 2013 das vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg geförderte **Projekt „Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“** (vgl. Projektablauf S. 5) durchgeführt, um die seitdem eingetretenen Entwicklungen zu analysieren. Von großer Bedeutung war es dabei, die Bedarfe und Herausforderungen gemeinsam mit den vielfältigen Akteuren der Versorgung und Betreuung zu reflektieren und zu benennen. Dabei sollte der Zugang zu den Angeboten, die Versorgungs- und Betreuungsqualität sowie die Kooperation der Akteure in den vorhandenen Strukturen im Mittelpunkt stehen. Leitender Gedanke war stets, eine gute Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in die Strukturen der Regelversorgung zu integrieren.

Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, wie dynamisch sich die Landschaft der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg entwickelt hat. Doch auch wenn sich sehr Vieles positiv entwickelt hat und die Zahl der Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in den letzten 13 Jahren deutlich gestiegen ist, steht ein Flächenland wie Brandenburg immer noch vor besonderen Herausforderungen. Diese Herausforderungen wurden auf der **Tagung „Wo wir stehen und was wir wollen – Zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“** von den verschiedenen Akteuren benannt.

Deutlich wurde: der **Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung** gestaltet sich gerade angesichts der flächenmäßigen Ausdehnung Brandenburgs nicht immer einfach. Bestimmte Gruppen von Patient/innen – z.B. Menschen in Pflegeheimen, ältere Personen aus ländlichen Regionen, Aussiedler/innen und Kinder – sind von Zugangsschwierigkeiten betroffen. Darüber hinaus bestehen regionale Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Versorgungsangebote sowie unterschiedlich definierte Zugangsvoraussetzungen zu den verschiedenen Versorgungsarten. Auch werden Menschen mit entsprechendem Bedarf oft erst sehr spät in die ambulante oder stationäre Hospizversorgung aufgenommen. Sinnvoll erscheint es hier, vermehrt Transparenz über die Angebote und ihre Besonderheiten herzustellen – sowohl unter den Professionellen als auch für die Patient/innen, etwa durch zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit und erweiterte Angebote der Krankenkassen.

Hinsichtlich der **Kooperation der Akteure** konnte Gesundheit Berlin-Brandenburg sowohl Hindernisse als auch zahlreiche Anreize für gelingende Kooperationen identifizieren. In den Diskussionen im Rahmen des Projektes zeigte sich ein relativ heterogenes Meinungsbild, das von Eindrücken gut gelingender Kooperation über die Annahme von gemäßigter Konkurrenzorientierung hin zur Beobachtung von gegenseitigem ‚Ausbooten‘ zwischen verschiedenen Akteuren reichte. Mitunter legen auch die gesetzlich geregelten Versorgungsformen und die damit verbundenen Abrechnungsmodalitäten den Grundstein für eine gut funktionierende Zusammenarbeit oder aber auch für Konkurrenzdenken. Konsens war daher, dass erst eine gute Vernetzung professioneller Akteure sowie der ehrenamtlich Tätigen und Angehörigen eine lückenlose und ganzheitliche Versorgung der Betroffenen ermöglicht. Eine möglichst gute Zusammenarbeit aller Beteiligten kann etwa über die Form von Kooperationsverträgen, regionalen Gremien und regelmäßigen Austauschtreffen gelingen. Zudem wurden Vorschläge zur Verbesserung des Entlassungsmanagements und zum Ausgleich langer Wegstrecken erarbeitet.

Einen weiteren zentralen Themenstrang bildete die Diskussion zur **Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung**. Einigkeit bestand darüber, dass sich die Qualität im hospizlichen und palliativen Bereich von der sonstigen medizinischen Versorgungsqualität unterscheidet, insbesondere aufgrund der hier so wichtigen psychosozialen Komponente. Konsens war ferner, dass im Fokus der Versorgungs- und Betreuungsqualität die individuelle Zufriedenheit der Patient/innen und Angehörigen stehen sollte und dabei Selbstbestimmung, Anerkennung und ein ganzheitlicher Ansatz zentral sein sollten. Neben solchen weichen Indikatoren wurde auch betont, dass nur eine vernetzte und abgestimmte Versorgung eine gute Qualität erbringen kann – in diesem Zug wurde etwa die Einbeziehung der Hausarzt/innen thematisiert. Auch verbesserte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, etwa für Pflegepersonal oder vermehrte berufsbegleitende Angebote zur palliativmedizinischen Qualifikation, waren ein wichtiges Anliegen.

In der vorliegenden Dokumentation finden Sie alle Beiträge der Tagung „Wo wir stehen und was wir wollen – Zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“, die am 16. Oktober 2013 in der Potsdamer Staatskanzlei stattfand. Wir möchten die Inhalte und Diskussionen der Tagung einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machen, damit diese auch künftig dazu beitragen, die Hospiz- und Palliativversorgung im Land Brandenburg zu entwickeln.

# Projekt „Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“ – ein partizipativer Prozess

## Auftakt: Expertenworkshop

Datum: 17. Juni 2013  
Ort: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Büro Potsdam  
12 Teilnehmer/innen: Palliativmediziner/innen, ausgewählte Vertreter/innen ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Krankenkassen und des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg  
Resultat: Festlegung zentraler Themenfelder des Projektes: Qualität, Zugang und Kooperation

## Experteninterviews

Zeitraum: Juni/Juli 2013  
Expert/innen: Dr. Markus Deckert, Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg e.V.  
Sylvia Gareis, BKK Landesverband Mitte  
Dr. Dirk Harms, SAPV-Interessengemeinschaft Brandenburg  
Dr. Michael Schmidt, LAG Hospiz Brandenburg e.V.  
Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Hausärzterverband Brandenburg  
Resultat: Vertiefung aufgeworfener Fragestellungen aus dem Expertenworkshop und Konkretisierung der inhaltlichen Schwerpunkte für die Tagung

## Veranstaltung „Wo wir stehen und was wir wollen – Zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“

Datum: 16. Oktober 2013  
Ort: Staatskanzlei in Potsdam  
Teilnehmer/innen: 75 Anmeldungen aus dem Spektrum Allgemeinmediziner/innen und Fachärzt/innen, Vertreter/innen von ambulanten und stationären Hospizdiensten, von ambulanten Kinderhospizdiensten und Palliativ Care Teams, von Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren, fachliche Vertreter/innen der Krankenkassen und des MDK, Wohlfahrts-, Berufs- und sonstige Landesverbände, Vertreterinnen des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg  
Resultat: Zahlreiche noch zu konsultierende Vorschläge für Handlungsempfehlungen

## Dokumentation der Tagung

Form: Online-Publikation und Druckexemplare  
Ziel: Ergebnissicherung und Verbreitung der Resultate in der fachbezogenen Öffentlichkeit

## Handlungsempfehlungen

Weiteres Vorgehen: Gesundheit Berlin-Brandenburg bündelt die Ergebnisse und leitet sie an das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg weiter.

# 1. Eröffnung: Wo stehen wir? Was wollen wir?

## 1.1 Grußwort des Ministeriums: „Zum Status quo der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“

*Bettina Baumgardt, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg*

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor knapp 30 Jahren startete in Deutschland die Hospizbewegung aus einer Situation heraus, die durch Tabuisierung von Sterben und Tod und einer Isolation der Betroffenen gekennzeichnet war. Seither hat eine dynamische Entwicklung stattgefunden. Die Hospizbewegung hat vor allem als eine Bürgerbewegung einen Bewusstseinswandel und eine Haltungsänderung im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen in unserer Gesellschaft in Gang gesetzt und sie hat auch der Palliativmedizin ihren Weg geebnet. Die Dynamik dieser Entwicklung wird deutlich in der großen Zahl der seither entstandenen Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung.

Auch in Brandenburg ist die Zahl der Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in den letzten 13 Jahren deutlich gestiegen. Viele Patient/innen erhalten heute bereits eine ihrem Bedarf entsprechende gute Versorgung. Jedoch steht ein Land wie Brandenburg vor besonderen Herausforderungen, denn auch in der Fläche muss eine optimale Versorgung derjenigen Patient/innen sichergestellt sein, die von einer schweren und unheilbaren Erkrankung betroffen sind.

Ich freue mich deshalb ganz besonders, heute mit Ihnen – den Fachleuten und den ehrenamtlich Engagierten – die Gelegenheit zu haben, Versorgungsbedarfe im Land Brandenburg zu identifizieren und in die Diskussion darüber zu treten, wie es uns gemeinsam gelingen kann, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Doch zunächst möchte ich Ihnen die Hintergründe für die Durchführung dieses von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. gemanagten Projekts zur Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativversorgung im Land Brandenburg erläutern. Erlauben Sie mir deshalb einen kurzen Rückblick:

Viele von Ihnen erinnern sich an die Anfänge der Brandenburger Hospizbewegung. Ende der 1990er Jahre erfolgte eine neue Schwerpunktsetzung in der Brandenburgischen Gesundheitspolitik: Schwerstkranken und sterbenden Menschen sollte es möglich sein, ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Leben bis zuletzt führen zu können. Mit der Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Jahr 2000 begann die organisierte Entwicklung der Hospizarbeit in Brandenburg. Nur wenige Jahre später (etwa ab 2003) schlossen sich Vertreter/innen von ambulanten und stationären Hos-

pizen, von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, von Krankenhäusern, Krankenkassen, der Kassenärztliche Vereinigung, der Landesärztekammer, des Gesundheitsministeriums und anderer Brandenburger Einrichtungen zu einer Gemeinschaftsinitiative „Menschenwürdig leben bis zuletzt“ zusammen. Diese Gemeinschaftsinitiative verstand sich als Träger eines Gesundheitszielprozess zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen im Land Brandenburg. Den Anstoß zur Gründung der Gemeinschaftsinitiative gab ein Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von 2002 zur Sterbebegleitung in Deutschland. Die Mitglieder der Gemeinschaftsinitiative in Brandenburg, zu der seinerzeit über 60 Mitglieder gehörten, hatten vereinbart, darauf hinzuwirken, dass schwer kranke und sterbende Menschen in Brandenburg die Hilfen erhalten, die sie benötigen, um in einer durch Vertrautheit und Geborgenheit geprägten Umgebung möglichst selbstbestimmt, schmerz- und symptomfrei bis zuletzt leben zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, musste in einem ersten Schritt die Versorgungssituation im Land Brandenburg analysiert werden, um in weiteren Schritten Versorgungsbedarfe zu identifizieren und Handlungsempfehlungen entwickeln zu können. Deshalb wurde seinerzeit die Medizinische Fachhochschule Hannover beauftragt, ein Gutachten zur Situation schwerstkranker und sterbender Menschen in Brandenburg zu erstellen. Das Land und die Primärkrankenkassen haben die Beauftragung gemeinsam getragen.

Das 2005 unter dem Titel „Neue Wege in der Palliativversorgung“ veröffentlichte Gutachten diente seitdem als Planungsgrundlage – u.a. für die Errichtung stationärer Hospizbetten im Land Brandenburg und für die Errichtung von Palliativstützpunkten, den heutigen SAPV-Teams. Eine Art Planungsgrundlage wollten und mussten wir uns damals geben, denn Brandenburg hatte es geschafft, eine Ausnahme im sogenannten Investitionsprogramm Pflege des Bundes zu erwirken, damit aus diesem Topf die Hospize bei uns gefördert werden konnten: 72% Bund, 18% Land, 10% Träger, insgesamt 4,2 Mio. Euro, das war ein nicht unwichtiger Baustein. Seit dieser Zeit hat sich die Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg sehr gut entwickelt. Ausgehend von den Handlungsempfehlungen im Gutachten wurden bis heute 89 Hospizplätze in acht stationären Hospizen errichtet und 10 Palliativ Care Teams erbringen landesweit Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Doch das Gutachten aus 2005 hat Schwachstellen, es weist Fehler auf und

es entspricht nicht mehr dem aktuellen Sachstand. Die Fragen von heute sind andere als die Fragen von damals.

Die Diskussion mit verschiedenen Partnern im Lande darüber, wie mit diesem Befund umzugehen sei, hat uns angeregt, mit Ihnen allen in einen systematischen Austausch zu Fragen der Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg zu treten. Ausgehend von den Ergebnissen des Gutachtens und der seither eingetretenen Entwicklungen ist es uns, dem Gesundheitsministerium wichtig, gemeinsam mit Ihnen – den Expertinnen und Experten – Entwicklungsbedarfe zu analysieren, gute Praxis sichtbar zu machen, Impulse zu erschließen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Im Rahmen eines im Frühjahr dieses Jahres gestarteten Projekts in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg und gefördert vom MUGV wurden Interviews zu vorbereitenden Fragestellungen mit Vertreter/innen von Kosten- und Leistungsträgern und Fachverbänden geführt. In einem weiteren Schritt in Vorbereitung der heutigen Fachveranstaltung fand am 17. Juni ein Workshop mit zentralen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg statt. Anhand der Themenfelder

- Kooperation und Zusammenarbeit
  - Qualität der Versorgung
  - Zugangswege zur Hospiz- und Palliativversorgung
  - Umgang mit spezifischen Herausforderungen, wie Fachkräftemangel und demographischer Wandel
- wurden Fragen zur qualitativen Weiterentwicklung von Hospiz- und Palliativversorgung im Land Brandenburg ermittelt, gebündelt und erörtert, die in der heutigen Veranstaltung weiter diskutiert werden sollen.

Die heutige Fachtagung steht unter dem Motto „Wo wir stehen und was wir wollen – Zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“. Ich glaube, 13 Jahre nach den Anfängen der Hospizbewegung in Brandenburg haben wir heute einen besseren Überblick, wo wir in Brandenburg stehen, wie die Situation in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aussieht. Eine Vielzahl von Flyern, Broschüren, Wegweisern und anderen Informationsmaterialien der LAGO, der LAG Hospiz, der Akademie für Palliativ Care, der Brandenburgischen Krebsgesellschaft, des Tumorzentrums Land Brandenburg – um nur einige zu nennen – tragen u.a. dazu bei, Patient/innen, Angehörige, Interessierte sowie die Fachwelt über bestehende Versorgungsangebote zu informieren sowie die Fachwelt auf Möglichkeiten von Maßnahmen zur Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung hinzuweisen.

Wir haben gute Versorgungsstrukturen und äußerst engagierte ehrenamtlich und professionell tätige Frauen und Männer in Brandenburg, doch die Versorgung ist nicht immer und überall optimal. Es gibt nach wie vor spezielle Probleme in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die zum Teil auch auf Bundesebene einer Lösung bedürfen, und von denen ich an dieser Stelle einige exemplarisch als Stichworte nennen möchte:

## **Finanzierung ambulanter Hospizarbeit nach § 39 a SGB V**

In § 5 der Rahmenvereinbarung sind die personellen Mindestanforderungen an das hauptamtliche Personal eines ambulanten Hospizdienstes geregelt. Bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich der beruflichen Qualifikation müssen erfüllt sein (Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in; Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in). Darüber hinaus müssen eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Beruf, eine Palliative Care Weiterbildungsmaßnahme für Pflegenden sowie bestimmte Zusatzqualifikationen (z.B. Seminar zur Erlangung von Führungskompetenzen) nachgewiesen werden. Die Erfüllung der personellen Mindestanforderungen stellt Brandenburger Hospizdienste, insbesondere diejenigen Dienste, die sich neu gegründet haben, vor große und oftmals schwer lösbare Probleme. Hinzu kommt, dass ein neu gegründeter Hospizdienst zunächst für ein Jahr vorfinanzieren muss, bevor ein Anspruch auf eine Förderung gemäß § 39 a SGB V begründet ist. Die den Hospizdiensten in dieser Zeit entstehenden Kosten für die Schulung der Mindestzahl von 15 ehrenamtlichen Hospizhelfer/innen (Mindestzahl von 15 Ehrenamtlichen gemäß § 2 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung), für Personalkosten der/des hauptamtlichen Hospizmitarbeiters/-in sowie Kosten im Zusammenhang mit der notwendigen Palliativ-Care Zusatzqualifikation müssen aus eigenen Mitteln aufgebracht werden. Die einjährige Vorfinanzierung sowie bestimmte Fördervoraussetzungen gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39 s SGB V stellen viele ambulante Hospizdienste, vor allem kleinere Dienste in den ländlichen Regionen Brandenburgs, vor große Probleme.

Die in der Rahmenvereinbarung festgelegten Qualitätskriterien sind unerlässlich, Ausnahmeregelungen sollten jedoch möglich sein, um bestehende Versorgungslücken schließen zu können. Im Fokus des gesundheitspolitischen Handelns sollte die Verkürzung der Vorfinanzierungszeiten für ambulante Hospizdienste gemäß § 39 a SGB V stehen. Hierzu besteht bereits Einvernehmen zwischen dem MUGV, den Brandenburger Krankenkassenverbänden sowie der LAG Hospiz Brandenburg. Eine entsprechende Intervention auf Bundesebene ist aus Sicht der Beteiligten notwendig.

## **Finanzierungsmöglichkeiten: Europäischer Sozialfonds (ESF)**

Im 2. Entwurf des Operationellen Programms des ESF für 2014-2020 mit Stand vom 27.08.2013 wurde u.a. Bildung und Fachkräftesicherung als landespolitische Priorität festgelegt.

## **Fachkräftemangel: Qualifizierungsbedarf und -angebote**

Grundsätzlich bedarf es weiterhin großer Anstrengungen, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sowie qualifizierte Pflegekräfte für SAPV zu gewinnen. Gerade in den ländlichen Regionen fehlt es an gut qualifizierten Fachkräften. Ein großes Problem stellen die von den Pflege-



diensten zu tragenden Kosten für die Palliativ Care-Zusatzqualifikation sowie fehlendes Personal während dieser Qualifikationsmaßnahme dar. Die Brandenburger Krankenkassenverbände bieten hierbei Unterstützung, indem Übergangsregelungen (wie z.B. sechs Wochen Praktikum für Palliativ-Pflegekräfte, pflegedienstübergreifende Personalvorhaltung, Anwendung der Empfehlungen nach § 132 d SGB V zu den personellen Anforderungen) ermöglicht werden.

### **Transparenz bzgl. bestehender Angebote, Zugangswege (Öffentlichkeitsarbeit)**

Es gibt nach wie vor das Problem, dass Patient/innen und auch Hausärzt/innen nicht genau über Strukturen und Möglichkeiten einer Hospiz- und Palliativversorgung informiert sind. Hierbei spielen Transparenz und Zugangswege eine große Rolle. In der Sitzung des Arbeitskreis Hospiz- und Palliativversorgung der LAGO am 10.10.2013 wurde dieses Problem angesprochen und die Idee entwickelt, über die KV intern geeignetes Informationsmaterial zu verteilen bzw. in einem Artikel der KV intern erneut über Aufgaben und Angebote ambulanter Hospizdienste zu informieren.

### **Einbindung Palliativmediziner/innen in die Versorgung**

Die Zahl von knapp 300 ausgebildeten Palliativärzt/innen ist in Brandenburg gut, aber nur ca. 100 Palliativmediziner/innen sind auch tatsächlich an der Versorgung beteiligt. Dies wird zumindest in der Fläche spürbar.

### **Verbesserung von Kooperationen und Zusammenarbeit – Einbindung der Hausärzt/innen**

Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist eine originäre Aufgabe der Hausärzt/innen. Seitens der Ärzteschaft besteht die Meinung, dass das derzeitige Gesundheitssystem den/die Hausarzt/-ärztin dabei kaum unterstützen würde. Die Ärzt/innen hätten zu wenig Zeit, sich angemessen um die Patient/innen zu kümmern. Vor allem die Honorierung der Ärzt/innen sei unzureichend, da der Begriff „Palliativversorgung“ in der Gebührenordnung gar nicht vorkommt. Darüber hinaus könne die Verschreibung teurer Schmerzmittel im Rahmen einer palliativmedizinischen Pflege dazu führen, dass Hausärzt/innen ihre Arzneimittelbudgets überziehen. Aus der Sicht der Ärzt/innen sei das finanzielle Risiko bei der Versorgung von Schmerzpatienten für die Hausärzte besonders hoch.

Für eine gute AAPV ist eine entsprechende Ausbildung notwendig. Diese Ausbildung würde jedoch vielen Hausärzt/innen, die zu Zeiten studiert hätten, als Palliativmedizin noch nicht gelehrt worden sei, fehlen. Außerdem sei eine gute Vernetzung aller Beteiligten notwendig. Ein Sterbender sollte von seinen Angehörigen, seinem/r Hausarzt/-ärztin und seinem vertrauten Pflegedienst umsorgt werden. Auf diese Grundversorgung könne – falls notwendig – eine SAPV „aufsatteln“. Genau hier sehen Palliativmediziner/innen ein Problem

bei der spezialisierten Palliativversorgung, denn für die SAPV werden die Hausärzt/innen benötigt. SAPV-Teams würden diese unterstützen und beraten, beispielsweise beim Wundmanagement oder bei der Schmerztherapie. Das kann aber nur funktionieren, wenn alle eng zusammenarbeiten: Hausarzt/-ärztin, Pflegedienst, ambulante Hospizdienste, Apotheken und Sozialdienste. Diese Strukturen haben sich bisher aber noch nicht ausreichend etabliert.

Mit dem neuen EBM, der seit dem 1. Oktober gilt, ist neu eingeführt worden bei der AAPV

- Beratung, Aufklärung, Ermittlung des Patientenwillems
- Zuschlag für Hausbesuche

### **AAPV versus SAPV**

Die Mehrzahl der Schwerkranken und Sterbenden möchte in der letzten Lebensphase in der gewohnten Umgebung verbleiben, von der Familie betreut und unterstützt von Pflegediensten, Hospizdiensten und gegebenenfalls weiteren Berufsgruppen. Darüber hinaus möchten sie von ihrem/r Hausarzt/-ärztin behandelt werden. Dies kann im Rahmen einer vernetzten ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden. Diese Versorgung muss flächendeckend angeboten werden. Auch wenn durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) eine gute Behandlung und Pflege möglich ist, benötigt ein geringer Anteil der Betroffenen eine spezialisierte Art der Versorgung in Form der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Nach wie vor ist und bleibt die Arbeit der Hausärzt/innen unentbehrlich bei der ganzheitlichen Versorgung der Patient/innen. SAPV wird immer mehr als unterstützende Leistung und Hilfsangebot in der Versorgung schwerstkranker Menschen wahr- und angenommen. Nach Auskunft der Brandenburger Krankenkassenverbände ist jedoch zu beobachten, dass SAPV zu einem sehr frühen Zeitpunkt verordnet wird, wo im Einzelfall eine gute allgemeine Palliativversorgung ausreichen würde (das Problem besteht bundesweit).

### **Flächendeckende SAPV-Versorgung, Finanzierung, Fachkräfte**

In Brandenburg wurden frühzeitig (2007) die SAPV eingeführt, obwohl die gesetzlichen Regelungen nicht optimal gewesen sind. Der heutige Stand mit 10 zugelassenen Palliativ-Care-Teams ist guter Bundesdurchschnitt. Die vorgeschriebene Qualifizierung von Fachkräften (160 Stunden plus 6 Monate Berufserfahrung) könnte durchaus etwas gelockert werden. Sie gäbe immer die Anregung an Pflegedienste, Kräfte zu qualifizieren und unterstützt den Ansatz, dass die SAPV dann beratend zur Seite steht. Das Problem der Vorfinanzierung müsse der Bundesgesetzgeber lösen. Beobachtet wird derzeit bei den Hausärzt/innen die Tendenz, dass sie sich aus der Betreuung ihrer Patient/innen zurückziehen. Dem sollte entgegen gewirkt werden. Nach Angaben der Krankenkassenverbände bestehen für alle Landkreise Vertragsabschlüsse. Dennoch kann aus Sicht der Brandenburger Krankenkassenverbände noch nicht von einer flächendeckenden Sicherstellung der



Versorgung ausgegangen werden, denn es bestehen noch Versorgungslücken, insbesondere im Norden Brandenburgs.

Diese und andere Probleme wurden in den vorangegangenen Gesprächen und Veranstaltungen bereits identifiziert, es wird heute viel Raum für den fachlichen Austausch darüber sein.

Zum Schluss möchte ich noch kurz einige Aktivitäten auf Bundesebene erwähnen, an denen das Land Brandenburg beteiligt ist und an die wir anknüpfen können:

Die Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder ein besonderes Anliegen. Seit 2001 hat sich die GMK wiederholt in ihren jährlichen Konferenzen mit der Thematik befasst<sup>1</sup>. In diesem Jahr ist Brandenburg Vorsitzland für die Gesundheitsministerkonferenz. In dieser Funktion sind wir in dem vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Forum „Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland“ vertreten. Die konstituierende Sitzung, an der ich in dieser Funktion für die Länder teilnehmen durfte, fand am 04.07.2013 im Bundesministerium für Gesundheit statt. Es ist vorgesehen, die Erfahrungen aus den Ländern in diesem Forum sichtbar zu machen – auch eine Chance für uns, bundesrechtliche Änderungsbedarfe zu artikulieren.

Frau Ministerin Anita Tack hat im Dezember 2010 die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ unterzeichnet. Ein Jahr später hat das Brandenburgische Gesundheitsministerium gemeinsam mit der Landeszentrale für politische Bildung eine Veranstaltung dazu hier in Potsdam gemacht, um das Thema in der zivilgesellschaftlichen Diskussion weiter zu verankern. Als GMK-Vorsitzland 2013 würdigt Brandenburg die Charta und die bundesweit positiven Entwicklungen. Die Umsetzung der Charta ist eine Gemeinschaftsleistung, bei der die Länder eine wichtige Rolle

spielen, weil Gesundheit einschließlich der letzten Lebensphase in Länderverantwortung liegt. Am 11. September 2013 fand auf Einladung des „Interfraktionellen Gesprächskreises Hospiz“ im Deutschen Bundestag eine öffentliche Sitzung des Runden Tisches der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Berlin statt. Vertreter/innen der Politik sowie Mitglieder des Runden Tisches haben über die Weiterentwicklung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu einer Nationalen Strategie diskutiert. Stellvertretend für Frau Ministerin Tack als Vorsitzende der GMK 2013 nahm Frau Staatssekretärin Hartwig-Tiedt an einem moderierten Dialog zum Thema „Warum eine nationale Strategie? – Zur Bedeutung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“, teil. Am 7. November findet in diesem Strategieprozess die erste Sitzung einer Gesamt-AG zur Vorbereitung und Identifizierung von 10-15 Handlungsfeldern statt (5 sollen prioritär sein). An dieser Sitzung werde ich für die Länder, wieder in unserer diesjährigen GMK-Vorsitzfunktion teilnehmen und Impulse aus den Ländern und in die Länder kommunizieren.

Auch mit Blick auf diese ganz aktuellen Prozesse auf Bundesebene finde ich es so ge Glückt, dass wir heute in dieser Form miteinander in den fachlichen Austausch gehen und sowohl unsere Arbeit im Lande als auch erforderliche Impulse Richtung Bund diskutieren und fokussieren können.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen herzlich für Ihr Kommen, wünsche uns allen einen erfolgreichen Tagungsverlauf und freue mich auf interessante Diskussionen. Ich hoffe, dass es uns gelingt, eine geeignete Plattform zu schaffen, die es uns ermöglicht, die Hospiz- und Palliativversorgung im Land Brandenburg weiter zu verbessern.

Vielen Dank!

<sup>1</sup> 74. GMK 2001: Würdevolles Sterben; 75. GMK 2002: Sterbebegleitung in Deutschland; 78. GMK 2005: Finanzierung von Kinderhospizen; 79. GMK 2006: Aufbau einer sektorübergreifenden, insbesondere ambulanten palliativmedizinischen, palliativpflegerischen Versorgung; 82. GMK 2009: Situation der sektorübergreifenden palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung; 83. GMK 2010: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen; 84. GMK 2011: Forschungsauftrag „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“).



## 1.2 Input: Elke Franke, AOK Nordost

### Situation der stationären Hospiz- und Palliativversorgung

In Brandenburg gibt es insgesamt 8 Hospize mit 89 vollstationären Plätzen. Das Gutachten aus 2005 sah nur 83 Hospizplätze vor. Es gibt ein Tageshospiz mit zwei teilstationären Plätzen, zu welchem bisher noch keine Erfahrungen zur Nachfrage und Belegung existieren. Darüber hinaus gibt es ein Kindertageshospiz in Frankfurt/Oder, welches sich bisher ohne Krankenkassen-Vertrag über Spenden und Einzelfallentscheidungen finanziert. Die Vergütungsregelungen bestehen aktuell bis 31.12.2013. Mit 89 Hospizbetten und 56 Palliativbetten in Krankenhäusern haben wir eine Versorgungsdichte von 59 Betten je 1 Mio. Einwohner/innen erreicht – eine Zahl, die sich durchaus sehen lassen kann (Einwohnerzahl Brandenburg Stand 2012: 2.449.500).

### Situation der ambulanten Hospizversorgung

Im ambulanten Hospizbereich gibt es 21 geförderte Ambulante Hospizdienste und drei weitere ohne Antrag auf Förderung. Dort arbeiten 921 ehrenamtliche Helfer/innen, welche 982 Sterbebegleitungen geleistet haben. Dies stellt ein Plus von über 5% gegenüber dem Vorjahr dar. Die Hospizbewegung in Brandenburg legte den Grundstein für ein qualifiziertes und regional weit reichendes Netz, welches sich stetig weiterentwickelt. Dafür an dieser Stelle unseren ganz herzlichen Dank.

### Finanzierung der Hospizversorgung

Die Gesamtförderung der Krankenkassen in 2013 umfasst 1,05 Mio. Euro, davon hat allein die AOK Nordost knapp 300.000 Euro finanziert. Das entspricht einer Steigerung von über 13%. Es besteht eine gute, konstruktive Zusammenarbeit und beidseitige Gesprächsbereitschaft auch Neuem gegenüber mit den einzelnen Akteuren und der LAG Hospiz. Die Krankenkassen nutzen ihren Ermessensspielraum bei Personalfragen und der Prüfung der Förderanträge aus.

### Situation der SAPV

Im Land Brandenburg basiert die SAPV auf Einzelverträgen nach § 132d SGB V mit spezialisierten Palliative-Care-Teams (PCTs), welche die palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen „aus einer Hand“ erbringen. In Neuruppin wurde im Jahr 2007 der erste Vertrag gestartet. Seitdem erfolgte der stetige Auf- und Ausbau der SAPV in Anlehnung an das Gutachten der Medizinischen Hochschule Hannover, ohne jedoch starr an diesen Empfehlungen fest zu halten. Aktuell sind nunmehr zehn einheitliche und kassenübergreifende Verträge abgeschlossen.

### Finanzkennzahlen zur SAPV

Im Folgenden werden ein paar Finanzkennzahlen zur SAPV bei der AOK Nordost genannt. Im Jahr 2011 beliefen sich die Ausgaben für die SAPV noch auf 1,167 Mio. Euro (Versichertenzahl 593.214), so waren es in 2012 bereits 2,106 Mio. Euro (Versichertenzahl 587.657), wobei die Tendenz weiterhin steigend ist. Die 10 Palliative-Care-Teams haben 197 Kooperationsverträge mit Palliativmediziner/innen und 78 Kooperationsverträge mit Palliativ-Pflegediensten (mit unterschiedlicher Fachkraftvorhaltung) abgeschlossen (gemäß Meldung der PCTs). Für das 2. Halbjahr 2013 ist eine Evaluation der Vertragsumsetzung durch alle 10 PCTs mit den Vertragspartner/innen vereinbart. Die Auswertung im 1. Quartal 2014 soll als Basis für die weiteren Vertragsverhandlungen im Jahr 2014 dienen und den Krankenkassen wie auch den PCTs einen differenzierten Einblick in die regionale Versorgungssituation geben. Ggf. ist im Ergebnis über erforderliche Strukturänderungen zu diskutieren, um Anreize für die Versorgung in strukturärmeren Regionen zu setzen, sofern damit die Versorgungssituation für unsere Versicherten nachhaltig verbessert werden kann. Einzelne Versorgungslücken bestehen dennoch, insbesondere in ländlichen Regionen wie z. B. in der Uckermark. Ursachen liegen dort vor allem in der regional nicht ausreichenden Anzahl von Pflegediensten mit qualifizierten SAPV-Pflegefachkräften sowie zum Teil auch im Mangel an aktiv mitwirkenden Palliativmediziner/innen.

### Engagement der AOK Nordost

Die AOK Nordost hat gemeinsam mit der LAGO in den letzten Jahren viele Aktivitäten unternommen, um den Ausbau weiter voran zu treiben. So haben wir im letzten Jahr im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Onkologische Pflegenachmittage“ über die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen und Möglichkeiten zur SAPV informiert. Wir begleiten eine Reihe von Arbeitsgruppen der LAGO sowie sind aktiv in Netzwerktreffen in den Regionen eingebunden. Diese Netzwerktreffen, in denen viele Akteure der allgemeinen wie auch spezialisierten, der ambulanten wie stationären Palliativversorgung gemeinsam versuchen, die Versorgung in ihrer Region zu strukturieren, sind ein wichtiger Baustein in diesem multidisziplinären Leistungsangebot.

Im Weiteren wurden auch im letzten Jahr die Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte zu SAPV geschult. Für die Mitarbeiter/innen der AOK Nordost, insbesondere im Leistungs- und Abrechnungsbereich sowie der Kundenberatung, werden regelmäßig Inhalte der SAPV im Intranet und in Workshops kommuniziert. Ganz besonders möchte ich die gute Zusammenarbeit mit den Vertreter/innen der PCTs hervorheben – ob mit dem einzelnen Team oder mit der Interessengemeinschaft SAPV. Hier hat sich in den wenigen Jahren ein sehr konstruktives Miteinander entwickelt. Gemeinsam suchen wir nach Lösungen, um bestehende Probleme schnellstmöglich zu erkennen und eine Lösung zu finden.

### Verbesserungsbedarf sehen wir:

- in der stärkeren Einbindung der Ambulanten Hospizdienste in die allgemeine wie auch spezialisierte Palliativversorgung. Sie sind ein sehr wichtiger, aber zu wenig genutzter Partner im Rahmen der psychosozialen Betreuung und damit auch im Sinne einer Entlastung der SAPV-Teams.
- in der Bereitschaft der bereits weitergebildeten Palliativärzt/innen zur Mitarbeit in der SAPV. Hier haben wir im Bundesvergleich mit 277 Palliativmediziner/innen (Stand 2012) eine durchaus gute Basis.
- in der Optimierung der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern bei Entlassung in die Häuslichkeit und den Hausärzt/innen
- in der Optimierung der Qualifizierungsmöglichkeiten und -angebote sowie der Bereitschaft zur Qualifizierung. Dies betrifft gleichermaßen Ärzt/innen wie Pflegedienste

## 1.3 Input: Dr. Michael Schmidt, LAG Hospiz e.V. Brandenburg

Hospizarbeit und Palliativversorgung werden sehr häufig und immer wieder in einem Atemzug genannt. Es gibt natürlich große Schnittmengen und wir hängen zusammen und müssen uns gegenseitig unterstützen, doch im Zuge der Fortentwicklung von SAPV wird Hospizarbeit nicht selten zur Seite gedrängt. Im Aufbau palliativer Versorgung wird die hospizliche Versorgung meist nicht primär geordert und gerät dann aus dem Blickfeld. Hospizarbeit orientiert von ihrem Selbstverständnis auf den Betreuungsaspekt am Lebensende im psychisch-menschlichen Bereich, Hospizarbeit setzt auf zuwendende würdevolle Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden oft mit hohem Zeitaufwand, neben der notwendigen pflegerischen und ärztlichen Palliativversorgung.

Lassen Sie uns also diese Bereiche heute mal getrennt betrachten, wohlwissend dass wir eine Einheit sind bzw. sein sollten. Ich beziehe mich heute auf die Hospizversorgung. Wo stehen wir nach ca. 13 Jahren Hospizarbeit im Land Brandenburg? Die ersten Anfänge gab es Mitte der 1990er-Jahre in Lehnin, der Dachverband LAG Hospiz wurde 2000 gegründet.

### Zahlen und Fakten zur Hospizversorgung

Aktuell gibt es landesweit 89 Hospizbetten in 8 stationären Hospizen; Mitte der 1990er-Jahre waren es gemäß der Regionalkonferenz des Gesundheitsministeriums 75 Betten und 83 Betten laut dem Gutachten zur Palliativversorgung aus dem Jahre 2005, welches als Planungsgrundlage diente, vor allem auch für den Aufbau der SAPV-Teams. Während Mitte der 1990er-Jahre ein Versorgungsschlüssel von 1:32.000 vorlag, liegt dieser nun bei 1:28.000 (Jahr 2011/12).

Es gibt 24 ambulante Hospizdienste mit 921 Ehrenamtlichen, die ihren Dienst kostenlos zur Verfügung stellen! Nach eigener Erhebung bei Hospizdiensten im Jahr 2012 (Rücklaufquote 80%) fanden 740 Sterbebegleitungen statt (davon 456 in der Häuslichkeit, 274 in

Heimen, 10 bei Kindern und Jugendlichen). Extrapoliert man auf alle Hospizdienste (ca. 982 Begleitungen), dann sind das ca. 3% der Sterbefälle/Jahr im Land Brandenburg, d.h. 97% sterben ohne hospizliche Mitversorgung. Hier steckt noch ein hoher Begleitungsbedarf drin.

### Finanzierung der Hospizversorgung

Stationäre Hospize werden über die 90 : 10-Finanzierung getragen, d.h. 90% werden von den Krankenkassen unter Anrechnung der Leistung der Pflegeversicherung übernommen und 10% sind Eigenanteil, welcher zumeist durch Spenden abgedeckt wird. Vergütungsgrundlage hierbei sind individuelle Verträge gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V und Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Es gibt eine Neuerung seit Mitte 2013: Es wurde eine Muster-Personalstruktur definiert und ein einheitlicher Sachkostensatz wurde für 2 Jahre festgelegt.

Ambulante Hospizdienste werden über die Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V finanziert. Dieses Gesetz umfasst vorwiegend die Förderung von Personalkosten (Koordinatoren) und Fortbildungskosten durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände Land Brandenburg. 2012 wurden 21 Dienste mit einem Fördervolumen von insgesamt 1,05 Mio. Euro gefördert.

### Problemfelder in der Hospizarbeit

#### Zugang zu hospizlicher Versorgung:

Positiv zu vermerken ist die konstruktive Zusammenarbeit mit palliativ subspezialisierten Hausärzt/innen und Palliativdiensten mit Palliativ-Care-Schwestern. Auf der anderen Seite problematisch ist die „Polypragmasie“ der Palliativversorgung, damit ist die Leistungserbringung durch mehrere Anbieter zugleich am Krankenbett gemeint. Dies liegt v.a. an der mangelnden

Transparenz der Angebote für Bedürftige und Angehörige, aber z.T. auch für medizinisches Fachpersonal. Hier besteht Informationsbedarf darüber, wann ein/e Patient/in ein/e Palliativpatient/in ist und darüber, was ambulant möglich ist und was nicht. Darüber hinaus gibt es ebenfalls in der Bevölkerung nicht genügend Kenntnisse über unterschiedliche Versorgungsarten.

Ein weiteres Problem ist, dass Patient/innen häufig nicht oder nicht mehr in Palliativ-Care-Teams (PCT's) eingeschleust werden. Dies liegt häufig daran, dass die örtlichen Pflegedienste und Hausärzt/innen oft außen vor bleiben, sobald ein Palliativpflegedienst tätig wird. Dies motiviert nicht, Patient/innen in die Hospiz- und Palliativversorgung einzuschließen und führt letztendlich zum „Ausbooten“ der lokalen Pflegedienste. Um dies zu vermeiden, sollten die Verträge entsprechend modifiziert werden!

#### **Kooperation der Akteure:**

Hausärzt/innen fordern Ehrenamtliche häufig nicht an, Hospize werden in die Betreuung nicht mit einbezogen. Die Gründe dafür sollten eruiert werden (bspw. mittels einer Befragung und anschließenden Evaluation). Es gibt Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen Anbietern und konkurrierende Angebote im städtischen Raum, während es im ländlichen Raum an Angeboten mangelt, was häufig zu langen Fahrzeiten (50 Kilometer und mehr) führt.

Nur ein kleiner Teil der palliativ-subspezialisierten Ärzt/innen in Brandenburg arbeitet in PCT's und Palliativ-Netzwerken mit (Stand 21.12.12: 197 Palliativ-Ärzt/innen, aber nur ca. 90 in PCT's aktiv; 78 Palliativdienste mit Palliativ-Fachkräften!). Hier sollten ebenfalls die Gründe mittels einer Befragung von Hausärzt/innen eruiert werden.

Auch die Zusammenarbeit mit Heimen gestaltet sich häufig schwierig. Hier ist oftmals nur wenig Palliativ-Kompetenz vorhanden. Probleme gibt es auch beim Entlassungs- und Überleitungsmanagement: Patient/innen kommen oft zu spät ins Hospiz oder in hospizliche Betreuung. Hier ist eine Vorverlegung der hospizlichen und palliativen Angebote zu überlegen, d.h. Patient/innen sollten zeitiger darauf hin informiert und orientiert werden, wobei der Sozialdienst als Schnittstelle besser genutzt werden könnte.

#### **Strukturbedingte Probleme:**

Im Flächenland Brandenburg gibt es lange Wege für die 24h-Bereitschaft. Besonders kleine Hospizdienste ohne großen Träger im Hintergrund sind trotz Krankenkassen-Förderung existenzgefährdet. Probleme hierbei sind u.a. die Finanzierung der Sachkosten für Büro, Miete, Kfz, Strom und Probleme der Vorfinanzierung von neuen Diensten oder Zweit-Koordinator/innen.

#### **Versorgungsqualität:**

Der Personalbestand ist noch nicht ausreichend: Es gibt zu wenig Palliativ-Schwestern in der Fläche. Auch der Stand der Qualifikation des Personals ist oft unzureichend, v.a. bei Pflegediensten und in Heimen. Eben-

falls sind die Fort- und Weiterbildungsangebote nicht ausreichend, insbesondere niederschwellige Angebote fehlen. Häufig gestaltet sich auch die Freistellung für die Fortbildung durch die Träger schwierig, v.a. bei dünner Personaldecke.

Standards und Leitlinien sind wünschenswert (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin). Qualitätsmanagement ist wichtig im Hospizbereich. Dennoch sind weiche Kriterien, wie z.B. soziale Kompetenz nicht messbar, harte Kriterien wie u.a. Personalbesetzung und Arbeitszeit hingegen schon.

Großer Verbesserungsbedarf besteht bei der psychosozialen Betreuung und pflegerischen Versorgung in Heimen. Es ist wichtig, Trennungen zu überwinden und die Kooperation untereinander zu stärken, insbesondere auch die Kooperation zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern in der Hospiz- und Palliativversorgung.

#### **Weitere wichtige Kriterien für die Versorgungsqualität sind:**

- Arbeitsklima: Vorurteile abbauen/Vertrauen aufbauen
- Mitarbeiterpflege/Zufriedenheit fördern
- Konfliktmanagement/Supervision
- Selbstfürsorge vs. Überforderung
- Erst versorgen – dann abrechnen!
- „Haltung“ entwickeln – auf den Menschen und dessen Bedürfnisse schauen!

#### **Fazit**

##### **Besondere Stärken der Hospizarbeit in Brandenburg:**

- menschliche Betreuung, Fürsorge-Aspekt und Kooperationswille mit Palliativversorgung (SAPV etc.)
- Trauerarbeit für Betroffene und Angehörige
- Aufbau der Kinderhospizarbeit in Frankfurt/Oder, Eisenhüttenstadt und Cottbus (Björn-Schulz-Stiftung)
- Öffentlichkeitsarbeit: Hospizwoche, Hospiztage, Hospiz macht Schule, LAG-Förderung etc.

##### **Defizite der Hospizarbeit in Brandenburg:**

- Einbeziehung hospizlicher Kompetenz in die Palliativversorgung ist ungenügend, Ehrenamtliche werden nicht angefordert
- mangelnde Transparenz der Angebote auch bei Fachpersonal (Wann ist ein/e Patient/in ein/e Palliativpatient/in? Wann findet Verlegung auf eine Palliativ-Station oder in ein Hospiz statt? -----> Wichtig: Vorverlegung der Angebote!)
- strukturbedingte Probleme: lange Wege, 24h-Bereitschaft, Netzwerk-Arbeit
- Vor-Ort-Pflegedienste fliegen aus der Versorgung raus, wenn Palliativ-Pflegedienste in Anspruch genommen werden

Konsequenz: Patient/innen werden nicht mehr eingeschleust

Verbesserung: klare Trennung zwischen SAPV, AAPV und Behandlungspflege

- kleine Hospizdienste ohne großen Träger im Hintergrund sind oft existenzgefährdet

- Palliativversorgung in Heimen: nicht alles ist durch Pflegesatz abgedeckt (laufende Symptomkontrolle, Amyotrophe Lateralsklerose, Demenz, Behinderung, Migrant/innen etc.)

### Verbesserungsbedarf der Hospizarbeit in Brandenburg

Verbesserungsbedarf wird v.a. in besseren Zugangswegen, erhöhter Transparenz der Angebote und einer Vorverlegung des Hospiz-Zugangs gesehen. Darüber hinaus könnte die Öffentlichkeitsarbeit über Veranstaltungen der LAG Hospiz, der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg, Krankenkassenzeitschriften und die ARD-Themenwoche gestärkt werden. Wünschenswert wäre ebenfalls die Vor- bzw. Zwischenfinanzierung neuer Hospizdienste und Zweitkoordinator/innen, eine bessere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren der Versorgung sowie eine Optimierung der Überleitung von Patient/innen (Vorverlegung der Angebote der Hospizversorgung und Palliativversorgung). Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle (ambulant/stationär) sollten gestärkt werden und die Zusammenarbeit der Hospizversorgung mit Hausarzt/innen und regionalen Pflegediensten sowie SAPV sollten gestärkt werden. Es sollte eine konkrete strukturelle Einbindung der Hospizdienste in

Palliativversorgungs-Strukturen (Team-Sitzungen der PCT's) und in Hausärzte-Versorgungsstrukturen erfolgen, wobei insgesamt ein kollegialer konkurrenzfreier Umgang der einzelnen Versorgungsstrukturen gewahrt werden sollte.

Hospiz- und Palliativ-Kompetenz in Alten- und Pflegeheimen sollte ebenfalls gestärkt werden. Oft sind dort lediglich 50% Fachkräfte und 50% Hilfskräfte tätig. Auch im Bereich der Psychoonkologie und psychosozialen Betreuung besteht Verbesserungsbedarf. Weiterhin sollten neue Modelle (z.B. Tageshospize) implementiert werden, Transparenz und Gerechtigkeit in der Leistungsabrechnung und Verteilung der finanziellen Mittel gewährleistet und Vernetzungen (Pflegedienste, Ärzt/innen, Hospizdienste, PCTs usw.) stabilisiert werden. Palliativmedizinische Qualitäten der Krankenhausärzt/innen sollten genutzt werden und verstärkt niederschwellige Qualifikationsangebote initiiert werden (Port-Pflege, Wundversorgung, Schmerzmanagement, Gesprächsführung, Palliativ-Kompetenz für Kinder, Heime mit Demenzkranken etc.). Zudem sollten zwecks verbesserter Fortbildung Hospitationsmöglichkeiten geschaffen und Freistellungen durch die Träger ermöglicht werden.

## 1.4 Input: Dr. Heike Borchardt, Hospiz- und Palliativberatungsdienst Potsdam

### Ambulante Hospizdienste – ambulant vor stationär

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit steht der schwerst- und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Nahestehenden. Zu den häufig geäußerten Wünschen gehört der Wunsch, bis zum Lebensende zu Hause oder im vertrauten Umfeld bleiben zu können. Dies zu ermöglichen, ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.

### Bedeutung der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen

Wesentliches Merkmal der ambulanten Hospizarbeit ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen. Sie werden in einem 10-monatigen Vorbereitungskurs ausgebildet. Inhalte sind u.a.:

- Auseinandersetzung mit den Themen Abschied, Sterben, Tod und Trauer
- Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit
- Kommunikation
- Umgang mit Grenzen
- Motivation

In der psychosozialen Begleitung der Betroffenen übernehmen die Ehrenamtlichen vielfältige Aufgaben (z.B. Sitzwachen, Spaziergänge und Gespräche). Durch ihre Arbeit leisten sie nicht nur einen unverzichtbaren Beitrag in der Begleitung der Betroffenen, sondern sie tragen wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen vollzieht.

### Zitate von Ehrenamtlichen:

„Was ich als Ehrenamtliche mache, dass kann kein anderer (Familie, Arzt...), ich bin unvoreingenommen...“

„Hilfe sein, sich auszusprechen, Dinge zu ordnen...“

„im Zuhören den Reichtum des Lebens würdigen, da sein“

„Sterben als Teil meines Lebens“

„als Mensch gefragt sein...“

Die Begleitung und Unterstützung endet nicht mit dem Tod, sie wird auf Wunsch der Angehörigen in der Zeit der Trauer weitergeführt. Vor diesem Hintergrund werden durch die ambulanten Hospizdienste in der Regel



ebenfalls Trauerberatung oder auch Trauergruppen angeboten. Um qualifizierte Angebote für Trauernde zu machen, braucht es qualifizierte Mitarbeiter/innen. Die Finanzierung der Trauerarbeit ist nicht gesichert.

Die ambulanten Hospizdienste führen außerdem in der Regel auch Beratung und Informationsveranstaltungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer durch. Implementierung der Hospizidee in stationäre Einrichtungen – Abschiedskultur in Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen.

Damit ein Leben bis zuletzt in der vertrauten Umgebung ermöglicht werden kann, ist ein Versorgungsnetzwerk erforderlich, in dem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten ambulanten und stationären Angebote sowie die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Die Organisation eines solchen Netzwerkes, das mit seinen palliativmedizinischen, palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angeboten dem ganzheitlichen Ansatz der Betroffenen Rechnung trägt, zählt zu den zentralen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.

Die hauptamtlichen Koordinationskräfte, die die Arbeit der Ehrenamtlichen unterstützen und begleiten, haben zugleich wesentliche Aufgaben in der Koordination der hospizlichen und palliativen Versorgungsleistungen. Wir haben ein großes Potential an qualifizierten Mitarbeiter/innen bei den hauptamtlichen Koordinator/innen. Sie verfügen z.T. über langjährige Erfahrungen in der Hospizarbeit und sind sehr qualifiziert. Finanzierung der Ausbildung zur Psychoonkologin durch die Krankenkassen wäre wünschenswert. Dann könnte die psychoonkologische Versorgung der Patienten in AAPV und SAPV besser gewährleistet werden.

### **Allgemeine Palliativversorgung:**

Es wird von der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung gesprochen. Zu der allgemeinen Palliativversorgung gehört in erster Linie die kontinuierliche Versorgung durch Haus- und Fachärzt/innen, Pflegedienste in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Seelsorger/innen, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/innen sowie Therapeut/innen) und den ambulanten Hospizdiensten. Aber auch die stationären Pflegeeinrichtungen und allgemeinen Krankenhäuser gehören dazu. Der überwiegende Teil schwerstkranker und sterbender Menschen wird in der Regel in der allgemeinen Versorgung betreut. Die Vernetzung der ambulanten Hospizdienste mit den Hausärzt/innen ist wichtig.

### **Spezialisierte Palliativversorgung:**

Stationäre Hospize, Palliativstationen und seit ihrer Einführung 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind Bestandteile der spezialisierten Palliativversorgung. Rund 10-15 % der Sterbenden benötigen schätzungsweise eine spezielle Versorgung.

Ambulante Hospizdienste, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, erhalten für die hauptamtlichen Koordinationskräfte eine Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 39a, Abs.2 SGB V. Die dadurch nicht gedeckten Kosten des ambulanten Hospizdienstes erbringt der Träger durch Spenden. Für die Betroffenen sind die Leistungen der ambulanten Hospizdienste kostenfrei. Nach wie vor ist es schwierig, für eine neue Koordinationskraft in Vorleistung zu gehen.

## 2. Parallele Workshops

---

### 2.1 Workshop

#### „Qualität: Aspekte einer guten Versorgung für Alle“

*Impuls: Dr. Markus Deckert, Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg*

*Moderation: Michael Nehls, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Landesverband Berlin-Brandenburg*

In diesem kurzen Referat werde ich Ihnen keine Checkliste der Aspekte und Kriterien liefern können, die wir dann in der Diskussion auf Ihre mögliche Realisierung hin abhaken können. Stattdessen möchte ich zuerst Fragen stellen: Was bedeutet Qualität? Können wir sie messen? Wie kommen Qualitätskriterien zustande? Und im Hintergrund stets: Was bedeutet das für die Palliativversorgung?

#### Was bedeutet Qualität?

Wir haben uns in professionellen Zusammenhängen daran gewöhnt: Qualität ist, wenn es zertifiziert ist und ein QM-System hat. Der Vorteil der Zertifikate ist: Ich muss bei der Unübersichtlichkeit der Angebote und ihrer Bewertungsmöglichkeiten nicht mehr selbst nachdenken. Ein EU-Öko-Zertifikat erleichtert mein Gewissen beim Lebensmitteleinkauf, ein nach ISO 9003 zertifizierter Pflegedienst wird meinen kranken Verwandten schon gut versorgen.

Wenn ein Auto eine frische TÜV-Plakette hat, darf ich bestimmte Mindesteigenschaften voraussetzen – mehr nicht. Es sagt nichts darüber, ob das Auto seinen Zweck erfüllt oder meinen Bedürfnissen entspricht. Der Verdacht liegt nahe, dass auch andere Qualitätszertifikate trotz hohen Aufwands nicht viel mehr sagen. Welche Qualität den Bedürfnissen unserer Patient/innen gerecht wird, mit welcher Qualität meiner Arbeit ich selbst zufrieden bin – das ist nicht selten etwas ganz anderes. In der QM-Branche gibt es den schönen Spruch: „Qualität erkennt man, wenn man sie sieht“. Es scheint also in aller Zertifizierung immer noch eine intuitive Dimension zu geben. Um diesen komplexen Begriff handhabbarer zu machen, wurde er deshalb in die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität zerlegt. Das klingt erstens logisch, und zweitens erfreulich einsichtsvoll, wenn das, auf das alle hinaus wollen, das gute Ergebnis, erst am Ende der Überlegungen steht. Logisch, weil ich zuerst die materiellen und logistischen Grundlagen brauche, um etwas zu tun – die Werkstatt sozusagen. Dann brauche ich Arbeitsabläufe, um dort etwas zu Wege zu bringen, und es hilft, darüber nachzudenken, bevor ich loslege. Beachte ich das beides nicht, ist das Risiko groß, dass nichts Gescheites dabei herauskommt. Umgekehrt ist dies allein aber längst keine Garantie für ein gutes Ergebnis.

Das gilt in der Welt des Organisierbaren, Planbaren, Budgetierbaren. Wie viele Errungenschaften der Menschheit und wie viel gelungenes Leben in Wirklichkeit unter völlig chaotischen Bedingungen zustande gekommen sind – darüber denken Qualitätsmanager/innen lieber nur nach Feierabend nach. Ich betone das deshalb, weil wir Mediziner/innen insgesamt, und erst recht wir Palliativmediziner/innen, häufig mit den existentiellen Fragen des Lebens konfrontiert sind. Es wäre höchst abträglich, wenn wir dabei den ganzen Tag gegen die Widrigkeiten struktureller oder prozessualer Unordnung kämpfen müssten. Aber es hilft, in unseren Herzen und unserer DRG-durchgetakteten Arbeitsgestaltung etwas Luft für das kreative Chaos des Spontanen zu lassen.

#### Können wir Qualität messen?

Das lateinische Wort „qualis“ stellt die Frage: Wie ist etwas beschaffen? Quantitäten können diese Frage nur unzureichend beantworten. Kann man Farbe messen? Goethe hätte dies entschieden von sich gewiesen, wir können heute eine exakte Wellenlänge von 647,1 nm als Rot und eine möglichst geringe Abweichung davon als Qualitätskriterium für einen Laser festlegen. Wir können auf solche Weise auch zu beschreiben versuchen, warum eine Energiesparlampe nicht so gemütlich wirkt wie eine Glühbirne, aber dabei wird ein Stück der Qualität „Gemütlichkeit“ auf der Strecke bleiben. Es fällt uns leicht, zu sagen, „diese Küche ist gemütlicher als jenes Wohnzimmer“, aber messen können wir das nicht. Womöglich sind „Gemüt“ und „Messung“ Qualitäten, die sich nicht besonders gut vertragen.

Wir können gewissermaßen nur die Größe und Zahl der Einrichtungsgegenstände, Wandöffnungen, Materialien und Lichtquellen quantifizieren und daraus Anhaltspunkte gewinnen, ob das Zimmer gemütlich sein kann oder woran es vielleicht hapert. Die tatsächliche Qualität „Gemütlichkeit“ können wir letztlich nur intuitiv und mit großen persönlichen Abweichungen feststellen. Genauso verhält es sich erst recht mit dem Lebensabschnitt, auf dem wir eine/n Patienten/in begleiten.

Immerhin: in unserem Wohnbeispiel haben wir eine zwar komplexe Qualität, die wir aber mit dem einen Begriff „Gemütlichkeit“ allgemeinverständlich beschreiben. Verfügen wir für die Qualität der Palliativversorgung über einen ähnlich handhabbaren Begriff?

### Wie kommen Qualitätskriterien zustande?

In der Industrie werden zu Beginn des QM-Prozesses Qualitätsziele definiert. Das beliebteste dabei ist „Kundenzufriedenheit“, die wieder auf vielerlei Weise gemessen werden kann – z.B. in dem man die Kund/innen nach jeder Bestellung mit einem Online-Fragebogen traktiert. Wenn aber ein wesentlicher Teil unseres Dienstes Sterbebegleitung ist, dann erreichen wir den/die Kunden/-in da, wo er/sie die Ergebnisqualität beurteilen könnte, auch online nicht mehr.

Was macht den/die Sterbensranke/n „zufrieden“? Schmerzfreiheit? Oder die Möglichkeit, in seinem/iherem Leiden einen Sinn zu sehen? Versöhnt und in innerem Frieden aus der Welt zu gehen? Oder einfach nur von diesem anstrengenden Prozess nichts mehr zu merken? Wie erfasse ich die viel zitierte Selbstbestimmtheit? Was ist ihm/ihr wichtig, wie finden wir das heraus, und wie finden wir heraus, welches dieser widersprüchlichen Ziele für sie/ihn Vorrang hat?

Offenbar werden wir das übergeordnete Qualitätsziel nicht verbindlich festlegen können, um dann mittels normgerechter Ausstattung und Standard-Arbeitsanweisungen die dafür nötige Struktur- und Prozessqualität definieren, auditieren und budgetieren zu können. Dies wäre das Gegenteil von allem, wofür Palliativversorgung angetreten ist.

Dies verstanden, ist es genauso wenig sinnvoll, auf jegliche Qualitätskriterien zu verzichten, denn dann könnte jede/r willkürlich Palliativmedizin nennen, was er/sie dafür hält – und die Fähigkeit von Palliativpatient/innen, marktgerecht „mit den Füßen abzustimmen“, ist nun einmal sehr beschränkt.

Eine ganze Wissenschaft beschäftigt sich damit, Qualitätsindikatoren zu ermitteln, quantifizieren, validieren und implementieren. Eine beliebte, aber durchaus aufwändige Methode dazu ist das Delphi-Verfahren, bei dem in mehreren Durchläufen letztlich Expertenmeinungen gebündelt werden. In der aktuellen Ausgabe (September 2013) der Zeitschrift für Palliativmedizin findet sich die Darstellung eines Delphi-Verfahrens zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Palliativmedizin, die eindrucksvoll die Reduktion von zuerst 60

auf acht – übrigens erstaunlich banale – Indikatoren zeigt und dieses Vorgehen diskutiert. Die Autoren um Christian Schulz vom Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf stellen dort vor allem klar, dass es sich immer um einen fortdauernden Prozess handelt: anders als ein einmal veröffentlichter Katalog suggeriert, sind dies nie abschließende Kriterien, mit denen dann die Qualität eingefangen ist, sondern Indikatoren, die selbst weiter überprüft werden müssen und nur darauf hinweisen, wo die Qualität sich befinden könnte und ob man näher dran oder weiter weg ist.

Das Ganze ist also weniger mit einem GPS-Navigationsgerät als mit „heiß“ und „kalt“ beim Topfschlagen zu vergleichen. Anders als auf dem Kindergeburtstag sollte ich aber beizeiten wieder mit eigenen Augen nachsehen, wo der Topf steht und was darunter ist. Ich sehe dann Dinge, die in keinem QM-System beschrieben werden: Ich sehe, ob der Umgang der Mitarbeiter/innen untereinander heiter und freundlich ist, ob in der Teeküche gelacht oder gemobbt wird, ob Patient/innen auch im Leiden noch einmal ein Lächeln möglich ist und ob jemand ihre Hand hält, obwohl schon das Essen ausgeteilt werden müsste. An solchen Beispielen erkenne ich wahrscheinlich Qualität, wenn sie da ist.

Ein berühmtes Ergebnis systematischer Qualitätsentwicklung ist der bekannte Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP). Wie Stefan Eychmüller vom Inselspital Bern im Editorial der oben genannten Zeitschrift berichtet, wurde dieser Leitfaden in seinem Herkunftsland Großbritannien kürzlich reevaluiert und es stellte sich heraus, dass er die Versorgungsqualität von Sterbenden tatsächlich verbessern kann. Er kann aber auch als Checkliste verwendet werden, die Punkt für Punkt abgehakt wird, um ein bestimmtes Entgelt vom Kostenträger zu erhalten. Dann, das fand der Bericht ebenfalls heraus, wird das Gegenteil erreicht: Sterben nach Standardarbeitsanweisung.

Das Chaotische, Spontane, Echte, das uns als Menschen ausmacht, lässt sich also weiterhin nicht standardisieren und mit einem QM-System erfassen, erst recht nicht in der Begleitung am Lebensende. Das mag für manche beunruhigend sein. Aber es ist gut so.

## Protokoll: Resultate der anschließenden Diskussion im Workshop

### Wichtige Qualitätskriterien, die genannt wurden:

- Benennung von Kriterien für Qualität aus der Perspektive der Patient/innen, u.a. Zufriedenheit der Patient/innen, Angehörigen und des Personals
- mehr Zeit in der Palliativversorgung, um individuellen Anspruch am Lebensende gerecht zu werden
- Selbstbestimmung der Patient/innen, Unterschied zwischen Wunsch und Erleben ist möglichst gering
- allen Aspekten der Bedürfnisse des Menschen gerecht werden – Ganzheitlichkeit – auch das spirituelle Wesen Mensch wahrnehmen, Leidenslinderung aller vier Dimensionen, Würdigung der Lebensleistung des Menschen, Zufriedenheit, Menschlichkeit, Geborgenheit, Wohlfühlen – egal, wo man sich befindet (ob zu Hause oder im Krankenhaus) und so wenig wie möglich Angst zu haben
- Begleitung durch Seelsorge nicht nur als Definition von Leiden, sondern auch als Ressourcenorientierung/Konzepte zur spirituellen Begleitung durch Seelsorge, die sich an Bedürfnissen der Betroffenen orientieren → sollten selbstverständlich zur Struktur gehören, mitfinanziert werden
- gute Qualität liegt vor, wenn die Versorgung am Lebensende nicht auf SAPV beschränkt bleibt, sondern sich auch auf andere Bereiche erstreckt, wie Hausärzt/innen, Pflegeheime, Krankenhäuser, Netzwerkarbeit in Versorgung
- Anbindung von SAPV an andere Bereiche – Einbeziehung der Hausärzt/innen in den Versorgungsgebieten
- bessere Erreichbarkeit der Hospize im Flächenland
- Gespräche für Angehörige als Wegbegleiter/innen, Angebote für Trauer der Angehörigen
- Qualität bedeutet auch, als Professionelle kritisch in Abständen darüber zu schauen, wo wir stehen (Selbstreflektion)

### Weitere Aspekte:

- trotz Fortschritten: Ausbau der Palliativstrukturen wird als sehr wichtig angesehen
- Netzwerkarbeit mit verbesserter Kommunikation: Verbesserungen in der Interaktion und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure, um den Patient/innen, die es benötigen, den Zugang zu einer spezialisierten, aber auch allgemeinen Palliativversorgung zu ermöglichen
- allgemeine Palliativversorgung wird auch von Hausärzt/innen geleistet und eben dort auf dieser Ebene und auf der Ebene der Pflegeheime, der ambulanten Pflege und der Angehörigen sowie des weiteren Umfeldes bedarf es Unterstützung in Richtung Ausbildung und Bekanntmachung von palliativen Strukturen und Angeboten
- insbesondere berufsbegleitende Angebote zur Qualifikation von Ärzt/innen in der Palliativversorgung mithilfe der Implementierung von palliativmedizinischen Inhalten

### Ausblick und Verbesserungsmöglichkeiten:

- Blick auch auf die Defizite richten und diesen Denkansatz für positive Entwicklungen zunutze machen
- Begegnung der Defizite in der palliativmedizinischen Versorgung bei Demenzkranken
- keine Festlegung eines strikten Qualitätsmaßstabes für die SAPV in Brandenburg (wäre mehr Blockade, als er Nutzen bringen würde)
- palliativen Gedanken stärker in Pflegeheimstrukturen etablieren
- kritische Hinterfragung des Status quo in regelmäßigen Abständen, um Qualität zu gewährleisten

## 2.2 Workshop

### „Zugang: wie erreichen wir alle, die Bedarf haben?“

*Impuls: Dr. Silke Philipp, Fachärztin für Allgemeinmedizin*

*Moderation: Stefan Weigand, Gesundheit Berlin-Brandenburg*

Wer hat Bedarf, an der Palliativversorgung teilzuhaben? Es sind Patient/innen mit einer schwerwiegenden, nicht heilbaren Erkrankung, bei der wir mit einer begrenzten Lebenszeit von wenigen Tagen bis Wochen rechnen und eine komplexe Betreuung erforderlich ist. Im Fokus steht die SAPV-Versorgung (vs. AAPV-Versorgung). Bedarf besteht für Patient/innen, Angehörige, betreuende Ärzt/innen und Pflegedienste.

#### **Folgende Personengruppen haben Schwierigkeiten beim Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung:**

- Pflegeheimpatient/innen: bei ihnen wird die SAPV üblicherweise abgelehnt, obwohl ärztliche Versorgung erfolgt, wie ambulant durch Hausärzt/innen (nicht per se palliativmedizinische Qualifizierung), Pflegepersonal ist ebenfalls nicht palliativmedizinisch ausgebildet. Bedarf besteht jedoch auch für diese Patient/innen! Pflegeheimpersonal steht einer SAPV-Verordnung oft ablehnend gegenüber aus Sorge, kontrolliert zu werden
- Eine Frage aufgrund verschiedener Erfahrungen: Wie sind die Themen Tod und Sterben in Pflegeeinrichtungen verortet, d.h. wie werden Angehörige und Betroffene in diesen Fragen begleitet? Solche Fragen sind z.B. Umgang mit Einweisungen in Krankenhäuser, Ruf von Notarzteinsätzen, Unterstützung von Angehörigen in ihren Entscheidungen, Verabschiedungsrituale von Verstorbenen
- Aussiedler/innen: in unserer Region leben russische Aussiedler/innen deutscher Herkunft – vorrangig Kommunikationsproblematik aufgrund sprachlicher Barrieren; bei anderem kulturellen Hintergrund: schwierig ist für Aussiedler die Inanspruchnahme anderer Dienste, wie z.B. ambulante Hospizdienste. Den Umgang mit Sterben und Tod erlebe ich bei diesen Menschen oft anders: der Tod wird einerseits oft als Lebensschicksal akzeptiert, andererseits bestehen auch unrealistisch hohe Erwartungen an medizinische Möglichkeiten
- Betreuung von Kindern ist durch die übliche SAPV nicht abgedeckt, da es m. E. hier keine Kinderärzt/innen mit Palliativausbildung gibt bzw. ist unklar, ob es dafür überhaupt eine spezielle Qualifizierung gibt und es nicht eine stärkere Vernetzung von Kinder- und Palliativärzt/innen geben müsste
- dezentral wohnende Menschen haben schlechteren Zugang aufgrund der weiten Fahrwege

#### **Bekanntheitsgrad der Möglichkeiten der SAPV-Versorgung:**

Das Wissen über die Möglichkeiten der SAPV ist regional sehr verschieden verbreitet, der Informationsstand hängt mit den örtlichen Ressourcen des konkreten Angebots zusammen. Wenn die Angebote nur begrenzt vorhanden sind, sind auch die entsprechenden Möglichkeiten nur begrenzt bekannt – sowohl bei der Bevölkerung als auch bei ärztlichen Kolleg/innen, v.a. den Hausärzt/innen und Onkolog/innen.

Als Beispiel kann die Region Oberhavel herangezogen werden, wo ein im Aufbau befindliches Palliativ Care Team (PCT) existiert, an dem sicher die allgemeine Problematik der SAPV deutlich wird. In diesem Rahmen sind sechs Palliativärzt/innen vertraglich an die Hospita als Träger der lokalen SAPV und Vertragspartner der Krankenkassen für die nördliche Region Brandenburgs angebunden. Praxisstandorte bestehen in den Orten Oranienburg, Leegebruch, Zehdenick.

Problematisch sind hier die offensichtlich regional weiten Entfernungen von bis zu 35 Kilometern, die nur begrenzt Raum für kollegiale Vertretung und Teambesprechungen lassen. Ein weiteres Problem ist die Sorge der ärztlichen Kolleg/innen mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin, durch die Vernetzung im PCT einer noch größeren Arbeitsbelastung ausgesetzt zu sein. Alle ärztlichen Kolleg/innen, die SAPV anbieten, sind in eigenen Praxen niedergelassen und haben hier bereits unabhängig von der Palliativversorgung ein hohes Patientenaufkommen zu betreuen. Zudem besteht das Problem fehlender Pflegedienste, die vertraglich mit der HOSPITA kooperieren. Bisher konnte sich aus folgenden Gründen noch mit keinem Pflegedienst vernetzt werden:

- die Ausbildung von Pflegekräften ist häufig schwierig (genereller Fachkräftemangel, Freistellung für Ausbildung und Hospitationen, obwohl der Ausbildungs- und Hospitationsumfang schon angepasst wurde)
- weite Fahrwege, die bei der Finanzierung unzureichend berücksichtigt werden
- teilweise fehlt Wissen über Ausbildungsmöglichkeiten und die bestehenden strukturellen vertraglichen Regelungen über die Palliativpflege

Schwierig ist zudem, dass es häufig auf ärztlicher Seite an Wissen über Wege der Ordnungsweise (Formular Nr. 63) und der Finanzierung außerhalb der Krankenkassenvergütung fehlt. Oft besteht die Sorge, dass die SAPV das allgemein kassenärztliche Budget reduzieren könnte.

### **Zur Frage der Zusammenarbeit und der Verordnungsweise der SAPV, um Zugang zu ermöglichen:**

SAPV bedeutet immer Kooperation zwischen ärztlichen Kolleg/innen, Pflegekräften und anderen sozialen Diensten, Apotheken und Lieferanten von Medizinbedarf. Meiner Erfahrung nach sind letztlich immer wieder viele persönliche Gespräche notwendig, um die aufzubauenen Strukturen, die Finanzierungs- und sinnvollen Kooperationsmöglichkeiten zu erklären. Die Brücke ist bei uns auch möglich durch den ambulanten Hospizdienst, der häufiger durch Angehörige angesprochen wird und gute Kenntnisse über die regional bestehenden Möglichkeiten hat.

### **Zur Kooperation zwischen Haus- und Palliativärzt/innen:**

Vereinzelt gibt es Hausärzt/innen, die den Nutzen der SAPV anzweifeln, aber nach meiner Erfahrung erleben andere Hausärzt/innen die SAPV als Entlastung: die Versorgung gibt mehr Sicherheit im Umgang mit den Patient/innen und den Angehörigen. Probleme gibt es bei der Verordnungsweise:

#### **Teilversorgung:**

Der/die Hausarzt/-ärztin bleibt bei der Betreuung der Ansprechpartner und der/die Palliativ-arzt/-ärztin kümmert sich nur um palliativmedizinische Fragen, hat beratende Funktion. Ist der/die Palliativarzt/-ärztin auch als Hausarzt/-ärztin tätig, ist diese Differenzierung sowohl für Hausarzt/innen als auch Patient/innen schwierig, etwa an den Punkten Verordnung anderer, nicht palliativmedizinischer Medikamente oder medizinische Ansprechbarkeit im Notfall. Erhöht sich der Betreuungsumfang (wenn z.B. der Hausarzt sich nicht mehr mit verantwortlich fühlt), dann ist der Aufwand der Betreuung mit der Teilversorgungspauschale pro Woche nur unzureichend abgedeckt, ggf. ist dann ein Wechsel in die Vollversorgung notwendig. Andererseits ist das nicht im Interesse des/der Palliativarztes/-ärztin aus den oben genannten Gründen, da die Kapazitäten der Palliativärzt/innen bisher sichtlich begrenzt sind.

#### **Neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):**

Bei Teilversorgung: Hausarzt/innen können auch die Ziffern für die allgemeine palliativmedizinische Versorgung ansetzen neben der SAP-Versorgung durch Palliativärzt/innen.

#### **Vollversorgung:**

Palliativarzt/-ärztin übernimmt die vollständige Betreuung. Dies ist jedoch nicht das Ziel der Versorgung, es sei denn, Vollversorgung wird realisiert für die Patient/innen der eigenen Praxis oder der/die bisherige Hausarzt/-ärztin ist in Urlaub oder anderweitig nicht ansprechbar.

#### **Bei Verordnung:**

Kriterien der Trennung zwischen AAPV und SAPV nicht scharf: m. E. SAPV dann zu verordnen, wenn neben der komplexeren fachlichen Problematik insgesamt psy-

chosoziale Aspekte eine größere Rolle spielen, insbesondere die Begleitung der Angehörigen und Pflegedienste. Wichtige Aufgabe ist das Vermitteln von Sicherheiten im Umgang mit der veränderten Lebenssituation und die Nutzung der vorhandenen Strukturen zum Aufbau eines Betreuungsnetzes und Inanspruchnahme von Möglichkeiten eines erweiterten Zeitrahmens für die Kommunikation mit allen Beteiligten.

#### **Kooperation mit Krankenhäusern:**

Ist oft noch unzureichend, hier fehlt ebenfalls Wissen über die vorhandenen Strukturen in der Region. Im Entlassungsmanagement sollte die Möglichkeiten der SAPV-Verordnung konkret genutzt werden, um die ambulanten Betreuungsmöglichkeiten vor der Entlassung besser vorzubereiten. Wesentlich ist die gute Kommunikation mit ambulanten palliativmedizinisch tätigen Ärzt/innen. Die Zusammenarbeit sollte nicht erst dann genutzt werden, wenn eine katastrophenähnliche Situation da ist; die Möglichkeit zum Beziehungsaufbau zwischen Palliativarzt/-ärztin und Patient/-in sollte möglichst vorher erfolgen.

#### **Zusammenarbeit mit Pflegediensten:**

Ist immer wesentliche Basis, erfolgt zur Zeit in unserer Region noch nicht über eine SAPV-Verordnung, sondern über eine Verordnung häuslicher Krankenpflege, beschränkt sich auf individuelle Kooperation zwischen Hausarzt/-ärztin, Palliativarzt/-ärztin und Pflegedienst. Wichtig: immer auch Diskrepanz zwischen Vorstellungen der „Helfer/innen“ in verschiedenen beruflichen Kontexten und dem, was Betroffene und deren Familien in Anspruch nehmen möchten, bedenken!

#### **Ideen für eine gute Versorgungspraxis:**

Hintergrund ist, dass in dem Flächenland Brandenburg andere Betreuungsmöglichkeiten als in dicht besiedelten Städten existieren. Problematisch ist die Realisierung einer 24h-Erreichbarkeit. Zum Beispiel existierte ein zentraler 24h-Telefondienst als Ansprechmöglichkeit für Betroffene, Pflegedienste, Kassenärztlichem Notdienst – zurzeit ist dieser außer Kraft gesetzt aufgrund der Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Eine eigene Vergütung sollte wieder ermöglicht werden. Mein Vorschlag wäre, dass Palliativärzt/innen, die am Telefondienst beteiligt sind, die Möglichkeit bekommen sollten, vom allgemeinen KV-Dienst befreit zu werden (siehe Modell Augenärzt/innen) – so könnte die Doppelbelastung Palliativtelefondienst und KV-Dienst vermieden werden.

Palliativbetten in Pflegeheimen könnten ein wohnortnahes Angebot sein, wobei die entsprechenden Strukturen (z.B. Personal auf Honorarbasis, Räumlichkeiten, Rituale) erst aufgebaut werden müssten. Solche Betten wären insbesondere dann hilfreich, wenn das nächste Hospiz weit weg ist und das häusliche System überfordert ist! Auch Wegepauschalen müssen eine angemessene Berücksichtigung bei der Vergütung finden. Allgemein sollten bürokratische Hürden niedrig gehalten werden – in diesem Zuge sollten auch Aspekte der Dokumentation und eigener palliativmedizinischer Dokumentationssysteme überdacht werden.

## Protokoll: Resultate der anschließenden Diskussion im Workshop

### Versorgungsstrukturen, die Zugang erschweren:

- Die Verteilung der insgesamt 270 ausgebildeten Palliativärzt/innen ist in Brandenburg sehr ungleich (in der Uckermark bspw. gibt es nur zwei Palliativärzte). Die meisten Palliativärzt/innen siedeln sich offenbar im nahen Umkreis von Berlin an, eine bessere Verteilung ist von Nöten
- Aufgrund von Konkurrenzdenken blockieren mitunter Pflegeheime und Pflegedienste (die oft als Erste bemerken, wenn der Tod von Patient/innen näher rückt) die Kooperation mit externen SAPV-Pflegediensten und schicken die Patient/innen lieber ins Krankenhaus. Je kleiner die Heime sind, desto besser kann die Zusammenarbeit funktionieren, da in großen Heimen oft nicht spezifisch ausgebildetes Palliativpersonal tätig ist. Ggf. wären Palliativbetten in Pflegeheimen eine sinnvolle Alternative zu den Palliativstationen der Krankenhäuser
- Hausärzt/innen sind in der Regel die primären Vertrauenspersonen der Patient/innen im medizinischen System, während Palliativmediziner/innen mitunter als Fremdkörper von den Patient/innen erfahren werden. Die Hausärzt/innen zeigen aber zum Teil wenig Interesse an einer Zusammenarbeit mit der Hospiz- und Palliativversorgung. Mangelnde Überweisung in SAPV erschwert Zugang (der für potentielle SAPV-Patient/innen auf dem Land, z.B. Uckermark, sowieso schon aufgrund fehlender Strukturen erschwert ist). Es sollte ggf. eine Evaluation über den Hausärzterverband durchgeführt werden, weshalb die Kooperation nicht funktioniert und es sollten die Versorgungsverträge überarbeitet werden
- Krankenhäuser wenden sich z.T. gegen die Einbeziehung von Palliativärzt/innen, da sie befürchten, dass durch die SAPV die Überweisung in die Klinik ersetzt wird → hier werden Strukturen benötigt, die bei den Kliniken aufklären und diese Barrieren überwinden.
- Die Abgrenzung von SAPV und AAPV wird als unscharf beschrieben, auch z.T. Unschärfe in der Abgrenzung zu Pflegestufe 3, weswegen die Ärzterverbände genauere Definitionen herausarbeiten sollten
- Zum Teil bestehen Wartezeiten für die Aufnahme in stationäre Hospize, obwohl vermutlich eine Anzahl von Brandenburger Patient/innen auch schon in Berliner Einrichtungen versorgt werden
- Notarzt-Patient/innen auf dem Land erhalten oftmals nicht direkten SAPV-Zugang, da ihr spezifischer Bedarf nicht erkannt wird → hier bedürfte es einer Aufklärung und Qualifizierung des entsprechenden Personals in den Rettungsstellen etc. über Kliniken/Landeskrankenhausgesellschaft
- Auch Berater/innen der Krankenkassen sind teilweise nicht gut informiert über die Angebote (z.B. SAPV unbekannt) und die jeweils regional vorhandenen Strukturen → deswegen können sie die Versicherten mitunter nur unzureichend beraten. Krankenkasse sollte als Lotse/Wegweiser im System für Versicherte fungieren und dazu auch eine eigene Hotline als Anlaufstelle für Patient/innen schalten oder zumindest eine/n eigene/n Ansprechpartner/in benennen
- Entfernungspauschalen wichtig, auch für Ehrenamtliche in Ambulanten Hospizdiensten, die z.T. lange Wege auf sich nehmen müssen, aber bisher in der Regel keine Entschädigung dafür erhalten
- Modell guter Praxis: in Bad Belzig gibt es ein Tageshospiz. Es ist eine Beratungs- und Begegnungsstätte mit kostenlosem Abholdienst für die Patient/innen. Der Einzugsbereich liegt bei ca. 40 km → Tageshospiz kann Lücke zwischen ambulant und stationär schließen. Zudem Abholdienst sehr geeignet, um Entfernungen auf dem Land zu überbrücken

### Fachbezogene Kommunikation/ Öffentlichkeitsarbeit, die gestärkt werden sollte:

- Es sollte den befürchteten (finanziellen) Belastungen der Hausärzt/innen und dem Konkurrenzdenken bzgl. der SAPV entgegengewirkt werden. Eine Informationsveranstaltung ist weniger sinnvoll – besser kann dies durch Stammtische, Fortbildungen, Aufklärung an der Basis geschehen. Hier sollte auch verbreitet werden, dass die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) keine gesonderte fachliche Ausbildung voraussetzt, und dass die SAPV-Abrechnung außerhalb des Budgets über eine gesonderte vertragliche Regelung mit den Krankenkassen erfolgt.

- Kommunikationswege über Zeitschriften/Newsletter des Hausärzterverbandes, der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen, um dort Strukturen, Aufgaben, Möglichkeiten der Palliativversorgung darzustellen
- Vernetzung mit Krisentelefonen, Telefonseelsorge, Patientenverfügungs-Beratungsstellen, UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Verbraucherzentrale etc., um dort Hospiz- und Palliativthemen und -strukturen präsenter zu machen
- Flyer und Broschüren in Wartezimmer der Ärzt/innen, damit Palliativmedizin bekannter wird und richtig verstanden wird. Auch Empfangskraft im Wartezimmer sollte über regionale Hospiz- und Palliativstrukturen informiert sein
- Wegweiser und Broschüren der LAGO – Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. nutzen (Neuer Wegweiser Onkologie kürzlich erschienen)
- Patient/innen besser aufklären, ob sie eine lebenserhaltende Maßnahme wünschen oder lieber ihre restliche Lebenszeit qualitativ so gut wie möglich verbringen möchten
- Bei Migrant/innen und Aussiedler/innen vermehrt Sprach- und Kulturmittlung einsetzen, aber auch über Grenzen der Hospiz- und Palliativversorgung aufklären. Zugleich auch Professionelle über kulturspezifischen Umgang mit Tod und Sterben fortbilden (z.B. über Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe in Berlin)

### Sinnvolle allgemeine Öffentlichkeitsarbeit:

- Niedrigschwellige Aufklärung durch öffentliche Medien nutzen wie beispielsweise die Themenwoche auf ARD
- Regionalpresse aktivieren: ist sehr dankbar, wenn konkrete Patientengeschichten berichtet werden können → dadurch kann Wissen über Angebote und Strukturen vermittelt werden

## 2.3 Workshop

### „Kooperation: Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg“

*Impuls: Dr. Anja Bargfrede, LAGO Brandenburg e.V.*

*Moderation: Marisa Elle, Gesundheit Berlin-Brandenburg*

#### Die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e. V. (LAGO):

Wir, die LAGO, sind ein Netzwerk aus den in der onkologischen Versorgung in Brandenburg relevanten Einrichtungen. Unser Ziel ist es, die handelnden Akteure zu vernetzen, Kooperationspartner zu sein, Kontakte zu vermitteln und die onkologischen Strukturen nachhaltig zu verbessern, d. h. unser Satzungsziel ist die Kooperation und die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg. Zu unseren Aufgaben zählen u.a. die Förderung und der Ausbau der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie der Palliativ- und Hospizversorgung.

#### Aktivitäten der LAGO auf dem Gebiet der Palliativ- und Hospizversorgung:

Hierzu gehören u.a. die Initiierung und Koordinierung von Netzwerken zur Verbesserung der ambulanten palliativen Versorgung von Krebskranken gemeinsam mit verschiedenen Partnern im Land Brandenburg. Dazu zählen derzeit das Palliative Netzwerk Potsdam (PNP) und das Netzwerk Palliativversorgung Niederlausitz (NPN). Zudem werden neue SAPV-Netze gefördert und unterstützt bei der Suche nach Kooperationspartnern in der Region. Des Weiteren koordinieren wir die LAGO-Facharbeitskreise Palliativ- und Hospizversorgung und

Onkologische Pflege und organisieren den jährlichen Potsdamer Hospiztag gemeinsam mit dem Hospiz- und Palliativberatungsdienst Potsdam.

Die sektorenübergreifende Arbeit der LAGO zeigt sich beispielhaft an den Mitgliedern der Arbeitskreise und Netzwerke. Sie kommen etwa aus den Bereichen: Pflege, Medizin, Psychologie, Ehrenamt, Sozialarbeit, Seelsorge, Ministerium, Versicherungsträger, Rehabilitation, Verbände und Interessenvertreter.

Der Nutzen dieser intersektoralen Tätigkeiten besteht insbesondere darin, die verschiedenen Partner/innen vor Ort kennen zu lernen und ein Forum für einen fachlichen Austausch zu schaffen. Zudem wird es ermöglicht, Kooperationen zu schließen und Projektideen zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln.

#### Kooperationen in der Brandenburger Hospiz- und Palliativversorgung:

Kooperationen sind von immenser Bedeutung. Insgesamt gibt es gute Kooperationsstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung im Land. Damit haben wir eine gute Grundlage. Auf dem heutigen Workshop stellen wir uns dennoch die Fragen: Wo fehlt es noch an Kooperationen im Land? Wie können Kooperationen gefördert werden? Welche konkreten Beispiele haben

die Teilnehmer/innen? Konkrete Beispiele, die aktuell in den Netzwerken und Arbeitskreisen diskutiert werden und die Kooperation im Bereich Palliativ- und Hospizversorgung betreffen, sind identisch mit den Themen, die im Expertenworkshop zur Vorbereitung auf die heutige Fachtagung angesprochen wurden:

- Entlassungsmanagement: Probleme bei den Überleitungsprozessen („Entlassungen zum Wochenende“), z. B. ist häufig kein/e Hausarzt/-ärztin mehr zu finden, der/die ein Rezept für die neu-verordneten Medikamente aus dem Krankenhaus verschreiben kann oder die entsprechende Apotheke ist bereits geschlossen. Viele Krankenhäuser geben den Patient/innen keine oder nicht ausreichende Medikamente mit nach Hause

- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV): es fehlen Kooperationspartner in ländlichen Regionen; z.T. gibt es einen „Kampf“ um Patient/innen zwischen SAPV-Diensten und lokalen Pflegediensten

Unser Wunsch wäre es, dass ambulante Hospizdienste und ihre Ehrenamtlichen frühzeitiger in die Versorgung einbezogen werden. Wichtig ist auch zu sehen, dass sich die lokalen Versorgungsbedingungen unterscheiden: Potsdam ist gut versorgt und in der Uckermark beispielsweise gibt es viele weiße Flecken.

### Protokoll: Resultate der anschließenden Diskussion im Workshop

Das Schließen von Kooperationen habe eine immense Bedeutung für eine gut funktionierende Zusammenarbeit der einzelnen Akteure. Das wurde im Workshop immer wieder betont. Dabei wurden von den Teilnehmenden insbesondere folgende Akteure als wichtige Partner/innen genannt:

- Hausarzt/innen
- Palliativ Care Teams
- ambulante Hospiz- und Pflegedienste
- stationäre Hospiz- und Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser bzw. Palliativstationen
- Apotheken
- Sanitätshäuser
- Therapeut/innen
- Behinderteneinrichtungen
- Betreutes Wohnen

Anschließend wurden Anreize sowie Hindernisse für eine gut funktionierende Zusammenarbeit diskutiert:

Hindernisse	Anreize
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Befindlichkeiten (Professionelle vs. Ehrenamtliche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsverträge, Anerkennung der Kompetenz sowie richtige Selbstdarstellung</li> <li>• Netzwerke schaffen und eine Kultur des Miteinander entwickeln → z.B. „Runder Tisch“ mit Ehrenamtlichen oder Finanzierung einer Koordinatorenstelle</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliches Selbstverständnis von Palliativ- und Hospizversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitbild und Reflexion der eigenen Arbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeines Verständnis des Begriffes „Sterbebegleitung“ führt häufig dazu, dass zu spät professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betroffenen und Angehörigen die Angst vor Angeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung nehmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfe der Betroffenen werden nicht klar kommuniziert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient/innen fragen, was sie sich wünschen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient/in wird nicht als Palliativ-patient/in identifiziert, obwohl hier besondere Obacht und adäquate Anpassung der Behandlung erforderlich sei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein „Siegel“ für Patient/innen einführen, bspw. über Kurzbrief oder Formular. Ziel: angepasste Behandlung sowie Aufmerksamkeit und Sensibilisierung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Personalfuktuation in den Krankenhäusern, v.a. Ärzt/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiter/innen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine angemessene finanzielle Vergütung der ambulanten Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesetzgeber formuliert entsprechende Handlungsgrundlage für Kooperationen: alte Dienste bleiben eingebunden und können Maßnahmen weiterhin abrechnen</li> <li>• Kurze Wege ermöglichen schnelle Versorgung der Betroffenen und reduzieren Kosten</li> <li>• Anreize für AAPV schaffen, um Ausbau zu ermöglichen</li> </ul>

Hindernisse	Anreize
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel an qualifiziertem Personal aufgrund hoher Kosten und Zeitmangel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Anforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination der Netzwerkarbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkurrenzdenken, auch zwischen einzelnen Landkreisen sowie Berliner und berlinnahen Diensten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsverträge schließen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassungsmanagement: jedes Krankenhaus hat eigenen Bogen für Entlassungsmanagement (Ausnahme SAPV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitnahe Kontaktaufnahme mit weiterbehandelnden Akteuren; gut geplante Entlassung der Patient/innen ermöglicht den „Drehtüreffekt“ zu reduzieren und würde Kosten sparen</li> <li>• Sozialarbeiter/innen in den Kliniken sensibilisieren, die dann Kontakt zu PCTs bei Entlassung aufnehmen können</li> <li>• Rückmeldung von ambulanten Teams nach Entlassung an stationäre Einrichtungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel an Kooperationspartner/innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt/innen leiten seltener Begleitungen ein in einigen Landkreisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt/innen mehr Vertrauen vermitteln, sie stärken und ihnen vermitteln, welche Dienste es gibt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Pflege stärker in die Hospiz- und Palliativversorgung einbeziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorträge zu Versorgungsstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung und Angehörigeninformation anbieten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehleinschätzungen des MDK kommt oft aufgrund fehlender medizinischer Informationen zustande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bessere Kooperation und mehr bzw. bessere medizinische Informationen für MDK</li> </ul>

## 3. Abschlussrunde: Die Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg weiter entwickeln!

*Moderation: Stefan Weigand, Gesundheit Berlin-Brandenburg*

Stefan Weigand bittet die Sprecher/innen der Workshops, die wichtigsten Ergebnisse der Diskussionen bezogen auf Handlungsbedarf und -empfehlungen vorzustellen. Zunächst berichtet Michael Nehls aus dem Workshop „Qualität“, wo insbesondere die Frage diskutiert wurde, ob und wie weiche Qualitätsindikatoren gebildet werden können. Konsens war, dass im Fokus der Versorgungs- und Betreuungsqualität die individuelle Zufriedenheit der Patient/innen und Angehörigen stehen sollte. Maren Thierock stellt die Resultate des Workshops „Zugang“ dar, in dem sowohl Zugangsschwierigkeiten einzelner Patient/innen-Gruppen als auch Zugangsproblematiken in verschiedenen Settings – wie etwa Heimen – thematisiert wurden. Als Lösungen erschien v.a., vermehrte Transparenz herzustellen

– sowohl unter den Professionellen als auch für die Patient/innen, etwa durch zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit und eigene Anlaufstellen der Krankenkassen. Ines Knospe berichtet anschließend aus dem Workshop „Kooperation“, in dem zahlreiche Hindernisse als auch Anreize für gelingende Kooperationen genannt wurden. Insbesondere wurden Vorschläge zur Verbesserung des Entlassungsmanagements, für den vermehrten Einsatz der AAPV und zum Ausgleich langer Wegstrecken erarbeitet.

Stefan Weigand dankt den Sprecher/innen der Workshops sowie allen weiteren Referent/innen und den Teilnehmenden der Tagung für ihr Engagement und bittet Bettina Baumgardt um das Schlusswort.

### 3.1 Ministerium: Danksagung und Ausblick

*Bettina Baumgardt, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg*

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist nicht immer so, dass bei einer Veranstaltung, die mit verschiedenen Formateilen arbeitet, am Abend noch genauso viele da sind, wie am Mittag. Heute ist das so, und ich finde, das spricht sehr für Ihr engagiertes Einbringen in das Thema!

Ich bedanke mich sehr herzlich dafür, dass Sie uns den ganzen Nachmittag mit Ihrer Anwesenheit und interessanten Impulsen bereichert haben. Ich hatte Gelegenheit, in allen drei Workshops einmal zu sein und durfte sie thematisch alle erleben. Auch die Phasen, die solch ein Workshop durchlebt, habe ich mir auch alle einmal ansehen dürfen: die Eingangs- und Warmwerde-Phase, die Phase der Diskussion und zu guter Letzt die Schlussphase, wenn es darum geht, Ergebnisse zu sichern und abzustimmen. Ich habe in allen 3 Workshops eine ganz konstruktive und intensive Atmosphäre gespürt. Dafür möchte ich Ihnen noch mal sehr herzlich danken!

Das Gesundheitswesen in Deutschland zeichnet sich durch einige Faktoren aus, die wichtige Rahmenbedin-

gungen auch für die Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg darstellen. Das Gesundheitswesen ist

- ... sektoriert und spezialisiert
- ... selbstverwaltet
- ... hat einen hohen Bedarf an Kooperation und Koordination
- ... es besteht keine Planungskompetenz auf Landesebene – aber in Brandenburg ergibt sich eine entsprechende landespolitische Verpflichtung aus Artikel 8 der Landesverfassung: „Recht auf Sterben in Würde“

Daher engagiert sich das MUGV in der Moderation des Prozesses und der Förderung der strukturierten Zusammenarbeit der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung. Bei dem von Gesundheit Berlin-Brandenburg getragenen Projekt handelt es sich um einen partizipativ angelegten Prozess – darum haben wir heute auch so oft „Wir müssen kommunizieren“ gehört! Wichtig ist vor diesem Hintergrund die Einbeziehung aller Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung in den Prozess. Um diese größtmögliche Beteiligung zu realisieren, wurden u.a. Experteninterviews durchgeführt und – bereits im Juni diesen Jahres – ein Expertenworkshop in Potsdam durchgeführt, der zur Vorbereitung der heutigen Veran-

staltung diene. Zum heutigen Tag eingeladen waren u.a. Vertreter/innen von ambulanten und stationären Hospizen, von ambulanten Pflegediensten, von Krankenhäusern, Krankenkassen, der Kassenärztliche Vereinigung und der Landesärztekammer, niedergelassene Ärzt/innen und weitere Leistungserbringer und Kostenträger.

### **Ausblick**

Gesundheit Berlin-Brandenburg wird die Resultate der Tagung und des gesamten Prozesses als eine Art wissenschaftliches Sekretariat zusammentragen. Ziel sind Handlungsempfehlungen, die sortiert sein wollen und auch legitimiert werden müssen. Die hier Beteiligten müssen also darin auch erkennen, dass dies ihre Ansprüche an eine Entwicklung in der Zukunft sind. Es muss auch klar sein, an wen sich die Handlungsoptionen richten können.

Leitgedanke wird dabei immer die Integration guter Sterbebegleitung in die Regelversorgung sein. Die Handlungsempfehlungen werden sich u.a. beziehen auf regionale Gegebenheiten, den Austausch guter Praxis und des Zugangs zur SAPV. Auch die Frage, wie eine berufs- und sektorenübergreifende Kooperation gelingen kann, wird von Bedeutung sein, etwa bei der Zusammenarbeit von hausärztlicher Versorgung und SAPV oder der Integration von Palliativ Care in Pflegeheimen. Wir haben viele Beispiele in der interdisziplinären Zusammenarbeit, wo ein besseres Kennenlernen auch das Abflauen einer befürchteten Konkurrenz – ob tatsächlich, oder empfunden – dann sehr schnell verursachen kann.

Themen, die sich auf der Bundesebene auf tun, betreffen die Vorfinanzierung ambulanter Hospizdienste, die Notwendigkeit bundesweiter Forschung (siehe GMK/AOGL-Initiative) und die Frage, wie sich Koordinations-

und Teambildungsmaßnahmen stärker in der ärztlichen Vergütung sowie in der Vergütung der häuslichen Krankenpflege abbilden lassen. Ein großes Thema ist selbstverständlich auch der Umstand, dass bisher nur die wenigsten Bürger/innen in hospizlicher Begleitung und/oder spezialisierter Versorgung sterben und damit die Frage, ob und wenn ja welchen Gruppen hier vermehrt der Zugang ermöglicht werden soll. Insbesondere werden wir ein Augenmerk darauf legen, inwieweit die besonderen Bedingungen in Brandenburg als Flächenland ausreichend in den bundesrechtlichen Vorgaben berücksichtigt sind und inwieweit rechtliche Voraussetzungen für Wege-Pauschalen zur Überbrückung der Entfernungen bestehen.

### **Danksagung**

Zum Schluss möchte ich noch ganz herzlich Frau Franke, Frau Borchardt und Herrn Dr. Schmidt auf dem Podium danken, die uns mit ihren Impulsen anfangs in die Diskussion hineingeleitete haben. Ich möchte Herrn Dr. Deckert, Frau Dr. Philipp und Frau Dr. Bargfrede für die Impulse in den Workshops danken. Ich möchte Herrn Nehls, Frau Elle und Herrn Weigand für die Moderation der Workshops danken. Ich möchte Frau Thierock und Frau Knospe für die Berichterstattung aus den Workshops danken. Ebenfalls möchte ich Herrn Weigand dafür danken, dass er uns so gut durch den Nachmittag geführt hat, und Herrn Pospiech, der intensiv an der Vorbereitung beteiligt war und gerne hier gewesen wäre. Ich möchte allen Kolleg/innen von Gesundheit Berlin Brandenburg sehr herzlich danken für die Vorbereitungen und Ihnen allen für Ihr engagiertes Tun und Ihre Ideen, Ihre vielen konstruktiven Hinweise. Diese werden wir aufnehmen, bündeln und zu Handlungsempfehlungen für unser aller Arbeit fruchtbar machen.

Vielen Dank an Sie alle, und kommen Sie gut nach Hause!

## Anhang: Übersicht Beteiligung Projekt „Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Brandenburg“ April – Dezember 2013

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Udo	Adamini	Brilon	BACB e.V.			X
	Johannes-C.	Albrecht	Potsdam	Evangelisches Zentrum für Altersmedizin Potsdam		X	
	Nicole	Ambrasas	Berlin	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin- Brandenburg e.V.		X	X
Dr. med.	Kerstin	Andrehs	Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH			X
Dr. med.	Nanett	Baehring	Borkwalde	Arztpraxis Dipl.-Med. S. Schröder			X
Dr.	Anja	Bargfrede	Potsdam	LAGO Brandenburg e.V.		X	X <sup>1</sup>
Dipl.- Med.	Ingrid	Bartels	Rathenow	Paracelsus Krankenhaus Rathenow			X
Dr. med.	Birgit	Bartels- Reinisch	Buckow	Rehabilitationsklinik „Märkische Schweiz“			X
	Bettina	Baum- gardt	Potsdam	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg	Referat 21, Haus 8	X	X <sup>1</sup>
Dr. med.	Johannes	Behrendt	Brandenburg	FA für Innere Medizin / Gastroenterologie			X
	Brigitte	Bergmann	Nauen	Havelland Klinik Nauen			X
	Manuela	Berthold	Cottbus	Stadt Hospiz Cottbus			X
Dr. med.	Anne-Grit	Bialojan	Pritzwalk	KMG Kliniken AG	Klinikum Pritzwalk		X
	Dorothee	Binder- Pinkepank	Berlin	Verband der Ersatzkassen e.V. vdek			X
Dr. med.	Tanja	Blaszczok- Hopf	Kloster Leh- nin	Luise-Henrietten-Stift			X
	Lothar	Bochat	Schwedt	Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e. V. (LAG-SH)			X
Dr.	Torsten	Bock	Wittenberge	Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis			X
	Jan	Böhm	Eberswalde	Werner-Forßmann- Krankenhaus Betriebs GmbH			X
Dr. med.	Uta	Böhme	Eisenhütten- stadt	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
	Benno	Bolze	Berlin	Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV)			X
	Heike	Borchardt	Potsdam	Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst Potsdam (HPP)		X	X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013  
2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dr. med.	Jens Peter	Bork	Kloster Leh- nin	Luise-Henrietten-Stift	Evangelische Kliniken		X
Dr. med.	Berit	Böttcher	Potsdam	Hausarztpraxis			X
Dr. med.	Gunter	Brauer	Cottbus	Arztpraxis			X
	Katrin	Brauer	Luckau	Malteser Hilfsdienst e. V.	Ambulanter Hospiz- und Palliativ- beratungsdienst	X	X
MR Dr. med.	Hans-Peter	Braun	Cottbus	Arztpraxis			X
	Babett	Brendel	Finsterwalde	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.		X	X
Dr. med.	Kai Enno	Brogmus	Woltersdorf	Evang. Krankenhaus Woltersdorf	Ärztlicher Dienst		X
Dipl.- Med.	Ulrike	Bromm	Lieberose	Arztpraxis			X
Dr.	André	Buchali	Neuruppin	MVZ für Strahlentherapie an den Ruppiner Kliniken GmbH	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie		X
	Diana	Budert	Cottbus	Ambulanter HospizDienst			X
	Bernd	Butschkau	Eberswalde	Evangelischer Verein	„Auf dem Drachenkopf“ e.V.		X
Dr. med.	Claudia	Cruz Pinto	Cottbus	Praxis für Allgemeinmedizin	und Palliativmedizin		X
Dr. med.	Peter Markus	Deckert	Brandenburg	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH	Klinik für Innere Medizin II		X <sup>2</sup>
Prof. Dr. med.	Rolf	Dein	Perleberg	Kreiskrankenhaus Prignitz gGmbH	Innere Medizin		X
Dr. med.	Irina	Dirzus	Hennigsdorf	Oberhavel Kliniken GmbH	Klinik Hennigsdorf		X
	Karin	Dlubis- Mertens	Berlin	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.			X
	Michael	Doll	Cottbus	Malteser Hilfsdienst e. V.	Ambulante Hospiz- und Palliativ- beratungsdienste	X	X
	Sabine	Dörr	Potsdam	get together kommunikation		X	
Dr. med.	Sylvia	Döscher	Frankfurt (Oder)	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
	Sylvia	Drendel	Senftenberg	Hospizdienst	Oberspreewald- Lausitz e. V.		X
Dr. med.	Barbara	Dube	Cottbus	Gemeinschaftspraxis Anästhesiologie	Schmerztherapie & Palliativmedizin		X
Dr. med.	Andreas	Duckert	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Klinik für Strahlentherapie	X	X
Dr. med.	Alexandra	Dukat	Potsdam	Klinikum Ernst von Bergmann	Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde		X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview



Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Jürgen	Dusel	Potsdam	Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie	Referat Behindertenpolitik		X
Dipl.- Med.	Karsten	Ehrich	Rathenow	Paracelsus Krankenhaus Rathenow			X
	Jana	Ehrlich- Repp	Potsdam	LAGO Brandenburg e.V.		X	X <sup>1</sup>
Dr. med.	Christine	Eichler	Potsdam	Klinik-Betriebsgesellschaft Am Weinberg gGmbH	Evangelisches Zentrum für Altersmedizin		X
	Heike	Eichler	Potsdam	Klinikum Ernst von Bergmann	Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde		X
	Marisa	Elle	Potsdam	Gesundheit Berlin- Brandenburg		X	X
Dr. med.	Andreas	Erben	Fürstenwalde	Medizinische Einrichtungs- GmbH	Facharzt für Allgemeinmedizin		X
Dr. med.	Gesine	Eschen- burg	Schwielow- see, OT Ca- puth	Hausarztpraxis Teichmann			X
	Anita	Eschner	Oranienburg	SEKIS Oberhavel			X
	Elisabeth	Feldtkeller	Potsdam	Björn Schulz STIFTUNG			X
Dr. med.	Michael	Fischer	Rüdersdorf	Immanuel Klinik Rüdersdorf			X
	Sabine	Fischer- Volk	Potsdam	Verbraucherzentrale Brandenburg e.V.			X
Dr. med.	Ulrich	Fleck	Luckenwalde	Ambulanter Palliativ- und Hospizdienst Luckenwalde e. V.		X	X
	Bärbel	Fliege	Perleberg	Caritas Altenhilfe gGmbH Ambulanter Caritas-Hospiz- Dienst		X	
	Elke	Franke	Teltow	AOK Nordost		X	X <sup>1</sup>
Dr. med.	Jan	Friedrichs	Potsdam	Praxis für Innere Medizin / Hausarzt			X
	Andrea	Fuß	Königs Wus- terhausen	Chronos e. V.		X	X
Dipl.-Med	Harald	Fuss	Bad Saarow	HELIOS Klinikum Bad Saarow	Innere III		X
	Sylvia	Gareis	Berlin	BKK Landesverband Mitte			X <sup>2</sup>
Dr. med.	Knud	Gastmeier	Potsdam	Praxis		X	X
	Ute	Gajewski	Perleberg	Caritas Altenhilfe gGmbH Ambulanter Caritas-Hospiz- Dienst		X	
	Martina	Geiers- berg	Brandenburg an der Havel	Ambulanter Kinderhospizdienst der Björn Schulz Stiftung		X	X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Ines	Geissler	Rüdersdorf	Immanuel Klinik Rüdersdorf			X
Dr. med.	Steffen	Gerecke	Frankfurt (Oder)	PCT „Am Oderfluss“ GbR			X
Dr. med.	Anke	Gerhardt	Potsdam	Medizinisches Versorgungszentrum			X
Dr. med.	Michael	Göner	Potsdam	St. Josefs-Krankenhaus Potsdam	Medizinische Klinik		X
Dipl.-Med.	Ingo	Grafe	Nordwestuckermark, OT Gollmitz	Arztpraxis			X
	Antje	Graßhoff-Greif	Berlin	Verband der Ersatzkassen e.V. vdek Landesvertretung Berlin und Brandenburg		X	
Dipl.-Med.	Kathrin	Grießmann	Treuenbrietzen	Johanniter-Krankenhaus im Fläming GmbH	Klinik III		X
	Mathias	Grüneberg	Neuruppin	Praxis für Allgemeinmedizin			X
Dr. med.	Liane	Grützner	Luckenwalde	DRK-Krankenhaus gGmbH Luckenwalde			X
Dr. med.	Oliver	Günter	Eberswalde	Martin-Gropius-Krankenhaus	II. Psychiatrische Klinik	X	X
Dr. med.	Heinke	Günter	Eberswalde	Medizinische Einrichtungs-GmbH	Fachärztin für Allgemeinmedizin		X
	Margarete	Günther	Kyritz	Ambulanter Hospizdienst Kyritz e. V.			X
Dipl.-Med.	Kirstin	Günther	Cottbus	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
Dr. med.	Georg	Günther	Potsdam	Medizinisches Versorgungszentrum			X
	Katrin	Gutschmidt	Brandenburg	Jedermann Gruppe e. V.			X
	Heidrun	Hahne	Potsdam	Seniorenrat des Landes Brandenburg e. V.			X
	Ulrike	Hammad	Kloster Lehnin	Luise-Henrietten-Stift			X
	Dirk	Harms	Brandenburg	Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin		X	X <sup>2</sup>
	Birk	Hauf	Berlin				X <sup>1</sup>
	André	Heene-mann	Eberswalde	Evangelischer Verein	„Auf dem Drachenkopf“ e.V.	X	X
Dr. med.	Frank	Heinrich	Rathenow	Paracelsus Krankenhaus Rathenow			X
Dr.	Hans-Joachim	Helming	Potsdam	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg			X
Prof. Dr.	Sieglinde	Heppener		Seniorenrat des Landes Brandenburg e. V.		X	

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview



Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dr. med.	Friedrich-Wilhelm	Heßmer	Lauchhammer	Urologische Praxis			X
	Simone	Hentzschel	Teltow	AOK Nordost		X	
	Martina	Hickstein	Potsdam-Babelsberg	DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordost e.V.			X
Dr. med. univ.	Enzo	Hilscher	Lenzen	Arztpraxis			X
	Jörg-Friedrich	Hirte	Kloster Lehnin	Luise-Henrietten-Stift			X
	Susanne	Hoch	Neuruppin	Ambulanter ehrenamtlicher Hospizdienst	c/o Ruppiner Hospiz „Haus Wegwarte“	X	X
	Dana	Horschig	Fürstenwalde	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.		X	
	Antje	Höhne	Elsterwerda	Ärztetz Südbrandenburg (ANSB) Consult GmbH		X	X
Dr. med.	Winfried	Huhnt	Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH	Klinik für Strahlentherapie		X
Dr.	Hartmut	Jäckel	Brandenburg	c/o Jedermann Gruppe e. V.			X
Dr. med.	Sabine	Jander	Potsdam	Klinikum Ernst von Bergmann	Konservative Intensivmedizin (K1)		X
	Imke	Jonas	Bad Liebenwerda	Ambulanter Hospizdienst der Caritas		X	X
Dr. med.	Cornelia	Jonuleit	Löwenberger Land	Arztpraxis			X
Dr.	Carsten	Kampe	Potsdam	Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg			X
	Beatrice	Kamradt	Bad Saarow	PCT Ärztehaus am HELIOS-Klinikum			X
Dr. med.	Tatjana	Karl	Am Mellensee	Arztpraxis		X	X
Prof. Dr. med.	Michael	Kiehl	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Klinik für Innere Medizin		X
	Uta	Kilian-Zech	Potsdam	LAGO Brandenburg e.V.		X	
Dr. med.	Frank	Kinzel	Rüdersdorf	Immanuel Klinik Rüdersdorf	Palliativstation		X
	Anja	Kistler	Potsdam-Babelsberg	DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordost e.V.			X
	Gudrun	Klabuhn	Schwedt	Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e. V. (LAG-SH)			X



Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dr. med.	Silke	Klauß	Rheinsberg	Praxis für Allgemeinmedizin			X
	Gabriele	Klembal- ski	Teltow	AOK Nordost			X
	Knut	Klinkmül- ler	Elsterwerda	FA für Urologie			X
Dr. med.	Reinhardt	Knie	Woltersdorf	Evang. Krankenhaus „Gottesfriede“			X
Dr. med.	Uwe	Knitter	Prenzlau	Med.-Soz. Zentrum Uckermark gGmbH			X
	Ines	Knospe		Oberhavel Hospiz		X	
	Susanne	Knüppel	Frankfurt (Oder)	Regine-Hildebrandt-Haus			X
	Angelika	Koal	Cottbus	REKIS Cottbus	Regionale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe		X
Dr. med.	Sigrun	Kokott	Cottbus	Arztpraxis			X
	Karin	Konrad	Königs Wus- terhausen	Chronos e.V. Ambulante Hospizdienste		X	
	Felise	Krauthau- sen	Brandenburg	Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin		X	X
	Kerstin	Kretsch- mer	Cottbus	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Klinik für Anästhesiologie		X
	Jens	Kreutzer	Teltow	AOK Nordost			
Dr. med.	Frank	Krimpho- ve	Dallgow-Dö- beritz	Palliativmedizin-Zentrum- Havelland (P-Z-HVL)			X
	Baigal	Kutzer	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)			X
Dr. med.	Stephan	Langen	Leegebruch	Arztpraxis			X
	Carola	Legler	Potsdam	Humanistischer Verband Deutschlands Regionalverband		X	
	Christine	Lehnik	Cottbus	Praxis für Palliativmedizin		X	
Dr. med.	Hans-Josef	Lemmen	Prenzlau	Kreiskrankenhaus Prenzlau GmbH		X	X
Dr. med.	Gerhard	Lenke	Rüdersdorf	Immanuel Klinik Rüdersdorf	Innere Medizin		X
Dr.	Romana	Lenzen- Großim- linghaus	Berlin	Dominikus-Krankenhaus Berlin-Hermsdorf	Abteilung für Geriatric		X
	Barbara	Lepke	Oranienburg	Oberhavel Hospiz		X	
	Monika	Linde	Frankfurt (Oder)	Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KOBs)	im Haus der Begegnung		X
Dr. med.	Hartmut	Linde	Potsdam	Medizinisches Versorgungszentrum		X	X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Manuela	Lindner	Brandenburg	Jedermann Gruppe e. V.			X
Dipl.-Med.	Claudia	Lindner	Templin	SANA Krankenhaus Templin	Innere Medizin		X
	Birgit	Löffler	Königs Wusterhausen	Chronos e.V. Ambulante Hospizdienste		X	
Dipl.-Med.	Christof	Löschner	Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH	Innere Medizin		X
Dipl.-Med.	Ramona	Löwe	Lieberose	Arztpraxis			X
	Katrin	Lübbe	Potsdam	Björn-Schulz-Stiftung		X	
Dr. med.	Carsten	Lüdke	Bad Saarow	Praxis für Allgemeinmedizin			X
	Petra	Lueper	Fürstenwalde	Ambulanter Hospizdienst Fürstenwalde e.V.		X	
	Wolfgang	Luplow	Lübbenau / Spreewald	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Regionalverband Brandenburg Süd e.V.			X
	Claudia	Marche	Brandenburg	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH		X	
Dipl.-Med.	Annelie	Marquart	Eberswalde	Werner-Forßmann-Krankenhaus Betriebs GmbH			X
Dr. med.	Johannes	Mattes	Brandenburg	Onkologische Schwerpunktpraxis			X
Dr. med.	Anita	Matthies	Herzberg	Kreiskrankenhaus Herzberg			X
Dr. med.	Annerose	Meier	Schwedt	ASKLEPIOS Klinikum Uckermark	Klinik für Innere Medizin II		X
		Meieritz	Potsdam	Grieneisen GBG Bestattungen GmbH			X
	Andrea	Merda-Piehl	Potsdam	Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Landesverband Brandenburg			X
Dr. med.	Torsten	Mey	Leegebruch	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
Dipl.-Med.	Beate	Möller	Wriezen	Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH			X
	Marita	Moskwyn	Teltow	AOK Nordost			X
	Monika	Müller	Berlin	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.			X
	Reinhild	Nass	Rüdersdorf			X	
Prof. Dr.	Friedemann	Nauck	Berlin	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.			X
Dr. med.	Frank	Naumann	Woltersdorf	Evang. Krankenhaus Woltersdorf	Ärztlicher Dienst		X
	Monika	Ne-gendank	Potsdam	PCT „Potsdam und Umland GbR“			X
	Michael	Nehls	Berlin	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin		X	X <sup>1</sup>

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dr. med.	Chris	Neiße	Lübben	Spreewaldklinik Lübben			X
Dr.	Bernd	Niederland	Potsdam	Volkssolidarität Landesverband Brandenburg e.V.			X
Dr. med.	Kay	Niemier	Kremmen	Sana Kliniken Sommerfeld			X
Dr. med.	Bernd	Nierste	Altdöbern	Arztpraxis			X
	Petra	Nimz	Rathenow	Ambulanter Hospizdienst	„Leben bis zuletzt“		X
Dr. med.	Liane	Nowak	Grünheide	MEDIAN Klinik Grünheide			X
Prof. Dr.	Dieter	Nürnberg	Neuruppin	HOSPAG Gesellschaft für Hospiz- und Palliativbetreuung			X <sup>1</sup>
	Anne	Oberländer	Frankfurt (Oder)	Wichern Diakonie			X
Dr. med.	Marianne	Obst	Cottbus	Gemeinschaftspraxis Anästhesiologie			X
Dr.	Christel	Oehm	Potsdam	Brandenburgische Krebsgesellschaft e.V.		X	X
	Pascal	Pabst-Thuro	Eichwalde				X
	Daniela	Pawlowski	Neuenhagen	ZAK Evelin Funke GmbH		X	
Dr.	Silke	Philipp	Oranienburg	Arztpraxis		X	
	Peter	Pickert	Frankfurt (Oder)	Arztpraxis			X
	Ellen	Piehl	Lübben	Betreuungsverein Lebenshilfe BB e.V	Geschäftsstelle Hönnow	X	X <sup>1</sup>
	Christa	Pilarski	Perleberg	Ambulantes Caritas-Hospiz			X
Dr. med.	Christoph	Pils	Königs Wusterhausen	Arztpraxis			X
Prof. Dr.	Wilfried	Pommerien	Brandenburg	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH			X
	Stefan	Pospiech	Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg		X	X <sup>1</sup>
Dr. med.	Stefanie	Poth-Wirbeleit	Rüdersdorf	Immanuel Klinik Rüdersdorf			X
	Kornelia	Puls	Luckenwalde	Ambulanter Palliativ- und Hospizdienst Luckenwalde e.V.		X	
Dr. med.	Matthias	Purfürst	Cottbus	Gemeinschaftspraxis Anästhesiologie	Schmerztherapie & Palliativmedizin		X
	Johannes	Rahm	Bad Saarow	HELIOS Klinikum Bad Saarow	Innere III		X
Dr. med.	Lars-Uwe	Rau	Rheinsberg	Arztpraxis			X
	Sarah	Rauer	Potsdam	LAGO Brandenburg e.V.		X	
	Birgit	Rauhut	Neuruppin	Pflege und Palliativdienst der Hospa gGmbH			X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Carola	Regler	Potsdam	Humanistischer Verband Deutschlands			X
	Helmut	Reichardt	Potsdam	Klinikum Ernst von Bergmann	Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde	X	X
	Ines	Riedel	Eisenhütten- stadt	Städtisches Krankenhaus	Eisenhüttenstadt GmbH		X
	Achim	Rieger	Berlin	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin			X
	Horst	Ritter	Eberswalde	Hospiz am Drachenkopf e.V.		X	
	Jürgen	Rittmüller	Potsdam	Humanistischer Verband Deutschlands Regionalverband		X	
Dr. med.	Astrid	Roschke	Vetschau	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
	Sandra	Rose	Neuruppin	Arztpraxis			X
Dr. med.	Kathrin	Rosen- berg	Woltersdorf	Evang. Krankenhaus „Gottesfriede“			X
	Olaf	Roxlau	Eberswalde	Palliative Care Team Barnim	der GLG Ambulante Pflege & Service GmbH		X
Dipl.- Med.	Frank	Rudolph	Neuruppin	Arztpraxis			X
	Carmencita	Rupprecht	Kloster Leh- nin	Luise-Henrietten-Stift	Hospiz		X
	Marlene	Rupprecht MdB	Berlin	SPD-Bundestagsfraktion			X
	Eveline	Sachse	Perleberg	Caritas Altenhilfe gGmbH Ambulanter Caritas-Hospiz- Dienst		X	
	Gladys	Samol	Eisenhütten- stadt	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	Regionalverband Oderland-Spree		X
Dipl.- Med.	Frank	Sauer	Lübben	Asklepios Fachklinikum Lübben			X
Dr. med.	Annette	Sauer	Potsdam	Medizinisches Versorgungszentrum			X
	Cornelia	Schaap	Potsdam	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg		X	X
	Dietmar	Schade	Lindow	Arztpraxis			X
Dr.	Ines	Schade	Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH	Medizinische Klinik B		X
Dr. med.	Sigrid	Schadow	Hennigsdorf	Oberhavel Kliniken GmbH	Klinik Hennigsdorf		X
Dr. med.	Olaf	Schär	Großräschen	Praxisgemeinschaft			X

- 1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013
- 2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Bärbel	Schenk	Teltow	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS)			X
	Christian	Schirmer	Kloster Leh- nin	LAG Hospiz Brandenburg e.V.		X	X
Dr. med.	Lorenz	Schlenger	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Klinik für Strahlentherapie		X
Dr. med.	Mechthild	Schmidt	Nauen	Havelland Klinik Nauen			X
Dr.	Michael	Schmidt	Kloster Leh- nin	LAG Hospiz Brandenburg e.V.		X	X <sup>1,2</sup>
	Angela	Schmidt- Gieraths	Kloster Leh- nin	Luise-Henrietten-Stift	Ambulanter Hospizdienst Potsdam-Mittelmark	X	X
MR Dr. med.	Rolf	Schönfeld	Oranienburg	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin			X
	Ralph	Schrader	Eberswalde	Werner-Förßmann- Krankenhaus Betriebs GmbH			X
	Rosemarie	Schramm	Luckenwalde	Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Kreisverband Fläming- Spreewald e.V.		X	
Dr.	Jens-Uwe	Schreck	Potsdam	Landeskrankenhausgesell- schaft Brandenburg e.V.			X
	Yvonne	Schröder	Luckenwalde	DRK Krankenhaus Luckenwalde	Anästhesie/ Intensivmedizin	X	X
	Sylvia	Schröter- Körschen- haus	Teltow	AOK Nordost		X	X <sup>1</sup>
Dr. med.	Beatrix	Schuback	Doberlug- Kirchhain	FÄ für Frauenheilkunde			X
	Aline	Schubanz	Berlin	Gesundheit Berlin- Brandenburg		X	X <sup>1</sup>
	Angelika	Schultkau	Spremberg	Ambulanter Hospizdienst Spremberg e.V.			X
	Jens	Schulz	Cottbus	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	Regionalverband Südbrandenburg		X
Dr. med.	Katrin	Schumann	Brandenburg	St. Marien Krankenhaus			X
Prof. Dr.	Ulrich	Schwan- tes	Potsdam	Hausärzteverband Brandenburg			X <sup>2</sup>
	Heike	Schwarz	Bad Belzig	Johanniter-Krankenhaus im Fläming GmbH	Tageshospiz „Augenblick“	X	X
	Renate	Schwarz	Neuruppin	Stationäres Hospiz „Haus Wegwarte“	c/o Ruppiner Hospiz e. V.		X
Dr. med.	Katrin	Semmler- Tazzioli	Strausberg	Krankenhaus Märkisch- Oderland GmbH			X
Dr. med.	Kristiane	Senftle- ben	Bad Saarow	HELIOS Klinikum Bad Saarow			X

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
	Yvett-Catrin	Seraphim	Brandenburg	Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg g.e.V.			X
	Petra	Sigel	Potsdam	Trauerbegleitung, -beratung und -therapie			X
Dr.	Thomas	Sitte	Fulda	Deutsche PalliativStiftung			X
Dr. med.	Anke	Sommer	Eberswalde	MEG Medicus Center GmbH Eberswalde	FÄ f. Innere Medizin		X
PD Dr. med. ha- bil.	Jens	Soukop	Cottbus	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Klinik für Anästhesiologie,		X
PD Dr. med.	Anne-Dorte	Sperfeld	Bad Saarow	HELIOS Klinikum Bad Saarow	Neurologie		X
Dipl.- Med.	Ralf	Stahl					X
	Martina	Stahlberg	Berlin	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin- Brandenburg e.V. (MDK)		X	X
Dr. med.	Kerstin	Stahlhut	Rüdersdorf	Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf	Praxis für Hämatologie und Internistische Onkologie	X	X
OÄ Dipl.- Med.	Dagmar	Stein	Kloster Leh- nin	Evangelische Kliniken Lehnin	„Klinik für Palliativ-		X
Dipl.- Med.	Marina	Steinborn	Forst	Krankenhaus Forst GmbH	Anästhesie und Intensivtherapie		X
Dr. med. Dr. med. dent.	Alexander	Steiner	Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH	Klinik für Mund- Kiefer-Gesichts- chirurgie / Plastische Operationen		X
	Hans Joachim	Stiefel	Rüdersdorf	Arztpraxis			X
Dr. med.	Sabine	Stöbe	Cottbus	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Klinik für Anästhesiologie,	X	X
Dipl.- Med.	Doris	Strenger	Cottbus	Praxis für Allgemeinmedizin	und Palliativmedizin		X
Dr. med.	Kristiane	Strohbach	Bad Saarow	HELIOS Klinikum Bad Saarow	Innere Medizin		X
	Heinz	Strüwing	Schwedt	Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e. V. (LAG-SH)			X
Dr. med.	Marita	Stuhl- mann	Bad Belzig	Praxis			X
	Maren	Thierock	Neuruppin	OGD MVZ Neuruppin	Fachärztin für Allgemeinmedizin	X	X
Dr. med.	Peter	Thomaßen	Rathenow		Paracelsus Krankenhaus Rathenow		X



Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dipl.-Med.	Astrid	Tributh	Potsdam	Facharztpraxis für Allgemeinmedizin/ Sportmedizin	Schmerztherapie/ Palliativmedizin	X	X
	Mandy	Tuchart	Luckenwalde	PCT „Palliativmedizin Luckenwalde PML“			X
	Birgit	Vater	Luckenwalde	Ambulanter Palliativ- und Hospizdienst Luckenwalde e.V.			X <sup>1</sup>
	Mari	von Boch	Berlin	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg e.V.		X	
	Cornelia	von Hackewitz	Fürstenwalde	Ambulanter Hospizdienst	Fürstenwalde / Spree e.V.		X
Dipl. med. paed.	Annette	Wallenburg	Cottbus	PCT Cottbus / Spree-Neiße	c/o Cottbuspflege		X
Dr. med.	Sabine	Walter	Cottbus	Gemeinschaftspraxis Dipl.-Med. Anders, Dr. Hebold			X
Prof. Dr. med. habil.	Friedemann	Weber	Senftenberg	Praxis für Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin			X
	Stefan	Weigand	Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg		X	X <sup>1</sup>
Dr.	Birgit	Weihrauch	Berlin	Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)			X
	Ramona	Weinert	Eisenhüttenstadt	Selbsthilfe-Zentrale Eisenhüttenstadt			X
	Christel	Wendt	Pritzwalk	Ambulantes Hospiz Pritzwalk	DRK Kreisverband Prignitz		X
Dipl.-Med.	Katharina	Wendt	Beeskow	Oder-Spree-Krankenhaus GmbH	Palliativstation		X
Dr. med.	Margit	Wessel	Eisenhüttenstadt	Städtisches Krankenhaus	Eisenhüttenstadt GmbH		X
	Wolf-Dieter	Willholz	Groß Kreuz	Deutscher Familienverband - Landesverband Brandenburg e.V.			X
Dr. med.	Peter Karl	Wirth	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Klinik für Strahlentherapie		X
	Hanka	Wolf	Bernau	FÄ für Innere Medizin			X
Dr. med.	Steffen	Wolf	Cottbus	Netzwerk für ambulante Palliation Südbrandenburg e.V.			X
Dr. med.	Carmen	Wolf	Spremberg	Spremberger Krankenhausgesellschaft			X
	Rainer	Wolff	Fürstenwalde	Ambulanter Hospizdienst Fürstenwalde e.V.		X	

1 Teilnahme Experten-Workshop 17. 7. 2013

2 Telefonisches Experteninterview

Titel	Vorname	Name	Ort	Institution	Abteilung	Anmeldung Tagung	Einladung Tagung
Dr.	Udo	Wolter	Cottbus	Landesärztekammer Brandenburg			X
Dr. med.	Reinhard E.	Wurm	Frankfurt (Oder)	Klinikum Frankfurt (Oder)	Klinik für Strahlentherapie		X
	Ling	Yue	Berlin	Charité-Universitätsmedizin Berlin Campus Mitte		X	
	Rebecca	Zeljar	Berlin	Verband der Ersatzkassen e.V. vdek Landesvertretung Berlin und Brandenburg		X	
Dr. med.	Hanna- Luise	Zscherpel	Potsdam	Hausarztpraxis			X
			Frankfurt/ Oder	Ambulanter Kinderhospizdienst der Björn Schulz Stiftung			X
			Potsdam	Landkreistag Brandenburg			X
			Potsdam	Städte- und Gemeindebund Brandenburg			X
			Lübben	Ambulanter Hospizhelferkreis Lübben	LDS-Hospizdienst		X
			Potsdam	Evangelisches Hospiz Potsdam			X
			Cottbus	Gemeinschaftspraxis für Anästhesie			X
			Lauchham- mer	Hospiz Friedensberg gGmbH			X
			Potsdam	Klinikum Ernst von Bergmann	Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde		X
			Oranienburg	Oberhavel Hospiz e. V.			X
			Frankfurt (Oder)	Soziale Betreuungsgesellschaft	PWB pewobe		X
			Frankfurt (Oder)	Telefonseelsorge Frankfurt			X
			Prenzlau	Uckermärkischer Hospizverein e.V.			X

