



Antwort

der Landesregierung

auf die

Große Anfrage

der Fraktion der CDU

Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein

Drucksache 14/676

Federführend ist die Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales.



**Antwort
der Landesregierung
auf die Große Anfrage
der Fraktion der CDU**

**Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein
(Drucksache 14/676)**

Federführend ist die Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales



0. Vorbemerkung

Die moderne Hospizbewegung, die 1967 in England ihren Ausgangspunkt hatte und seit Mitte der 80er Jahre auch in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, tritt für eine gleichgewichtige ärztliche, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung Schwerstkranker und Sterbender unter Einbeziehung der ihnen nahestehenden Menschen ein. Die Hospizbewegung setzt sich dafür ein, Hilfen anzubieten und Bedingungen zu schaffen, die ein Sterben in Würde unter Beachtung der Individualität und der Wünsche des einzelnen Menschen ermöglichen. Anders als noch vor Jahren wird unter Hospiz heute nicht mehr ein konkretes Haus für Sterbende verstanden. Hospiz steht heute vielmehr für ein umfassendes ganzheitliches Unterstützungskonzept für sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Dazu gehört,

- Sterbende nicht alleinzulassen in ihrem letzten Lebensabschnitt,
- ihnen Geborgenheit und Fürsorge in möglichst vertrauter Umgebung zu vermitteln,
- die oft unerträglichen Schmerzen zu lindern und damit
- zu ermöglichen, sich in dieser finalen Phase mit Fragen des Lebens und Sterbens bewußt auseinanderzusetzen sowie „letzte Dinge“ weitgehend selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu regeln.

Die Hospizarbeit vollzieht sich sowohl im häuslichen Bereich als auch in stationären pflegerisch-betreuenden Einrichtungen sowie in Krankenhäusern. Sie ergänzt die Arbeit der hauptamtlich für die pflegerische, soziale und medizinische Betreuung verantwortlichen Personen durch in der Hospizarbeit erfahrene ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, Betreuerinnen und Betreuer. Die ehrenamtliche Flankierung der professionellen Dienste gehört zu den entscheidenden Merkmalen der Hospizbewegung, deren besonderes Verdienst darin besteht, die Gedanken einer humanen Sterbebegleitung nicht nur abstrakt formuliert zu haben, sondern durch persönliche Hilfeleistungen ihrer Mitglieder konkret zu verwirklichen.

1. Situation der Hospizbewegung

Frage 1.1: . Wie ist die Versorgung und Begleitung Sterbender in Schleswig-Holstein stationär und ambulant

- a) in den Städten,
- b) im ländlichen Raum?

Antwort: In Schleswig-Holstein starben 1995 (letztes abgeschlossenes Erhebungsjahr des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein) 31.288 Menschen (männlich: 14.196, weiblich: 17.092), davon in Krankenhäusern

10.742 = 34,3 % (männlich: 5.179, weiblich: 5.563). In den kreisfreien Städten starben 7.808 Menschen (männlich: 3.425, weiblich: 4.383), in den Kreisen 23.480 Menschen (männlich: 10.771, weiblich: 12.709). Daten über Heim- und Haussterbefälle - differenziert nach Städten und ländlichem Raum - sowie anderes Material, auf das sich qualitative, quantitative und zugleich regionalbezogene Aussagen im Sinne der Fragestellung stützen könnten, liegen nicht vor.

Die Versorgung und Begleitung Sterbender ist ohnehin weniger von regionalen Besonderheiten oder institutionellen Angeboten abhängig. Sie ist vielmehr in hohem Maße von der individuellen Familien- und Lebenssituation der Sterbenden, dem Sterbeverlauf und dem Sterbeort im engeren Sinne geprägt.

Bei einem ununterbrochenen Verbleib des Menschen in seiner eigenen Wohnung bis zum Tod wird dieser häusliche Bereich regelmäßig nach und nach den individuellen Bedürfnissen angepaßt. Je nach Bedarf ist dabei eine Unterstützung durch die vielfältigen ambulanten Pflege- und Sozialdienste (u. a. Sozialstationen, Haus- und Familienpflege, Hausbetreuungsdienste, Besuchsdienste, Wohnraumberatung) sowie ggf. auch durch Patientengruppen und Selbsthilfeorganisationen möglich, um den weiteren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erleichtern. Mehrpersonenhaushalte bieten in der Regel dafür bessere Voraussetzungen als Einpersonenhaushalte ohne familiäre oder nachbarschaftliche Anbindungen.

Die Allgemein- und Spezialstationen von Krankenhäusern sind neben ihren kurativen und lebenserhaltenden Aufgabenstellungen mit der Situation Sterbender vertraut. Die personellen Ressourcen und räumlichen Voraussetzungen für eine Sterbebegleitung insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Dienst aber auch im Krankenhaussozialdienst oder in der Krankenseelsorge setzen jedoch Grenzen für die wünschenswerte aktive Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Eine andere Situation besteht dagegen in Palliativstationen. Es handelt sich dabei um spezifische Einheiten in Akutkrankenhäusern, in denen der Hospizgedanke integraler Bestandteil der Gesamtversorgung ist. Die stationäre Palliativmedizin ist die Behandlung insbesondere von Patienten mit aktiver, progressiver, unheilbarer Krebserkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Ziel der Palliativmedizin ist nicht eine Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern adäquate Symptomkontrolle. Dabei steht die konsequente Schmerztherapie im Vordergrund. Das gleiche gilt für AIDS-Patienten mit z.B. notwendiger Schmerzbehandlung. Aufgabe der Palliativstationen ist neben einer engen Kooperation mit nie-

dergelassenen Ärztinnen, Ärzten und Pflegeeinrichtungen auch die Einbeziehung der Angehörigen. Palliativstationen sollten nur an Häusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung vorgehalten werden.

Auch Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen des betreuten Wohnens, in denen hilfe- und pflegebedürftige Menschen ihr neues Zuhause gefunden haben, sind zunehmend darauf eingerichtet, daß ihre Bewohnerinnen und Bewohner dort auch begleitet ihr Leben beschließen können. Auch hier geschieht dieses regelmäßig unter Hilfestellung ambulanter Einrichtungen und Dienste.

Eine besondere Stellung nehmen stationäre Hospize ein. Diese sind speziell auf die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen ausgerichtet. Entsprechend ihrem Selbstverständnis bieten sie neben fachpflegerischer Betreuung und ambulanter medizinischer Versorgung mit gleicher Wertigkeit psychosoziale und seelsorgerisch-spirituelle Begleitung an, für Angehörige auch über den Tod des Patienten hinaus (siehe auch Anlage 1: Empfehlungen für Qualitätsanforderungen an stationäre Hospize).

Aufgaben der Sterbebegleitung werden außer von den in der Hospizbewegung sowie in den Patientengruppen und Selbsthilfeorganisationen ehrenamtlich tätigen Personen auf den verschiedenen Ebenen in unterschiedlicher Ausprägung daher auch von hauptberuflich im Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich tätigen Personen wahrgenommen.

Frage 1.2: Wie ist der Stand in der Ausbildung im haupt- und ehrenamtlichen Bereich in der schleswig-holsteinischen Hospizarbeit zu bewerten?

Antwort: Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hospizbewegung und auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter traditioneller stationärer Einrichtungen, in denen kranke und alte Menschen bis zu ihrem Tod medizinisch oder pflegerisch betreut werden, müssen nach übereinstimmender Auffassung aller Beteiligten gezielter als bisher auf die Arbeit mit sterbenden Menschen vorbereitet werden und zwar auch, um die eigenen insbesondere emotionalen Belastungen bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen besser bewältigen zu können.

Für die Befähigung und Ermutigung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten, teilstationären und stationären Hospizdiensten liegen die als Anlage 2 beigefügten „Empfehlungen für Vorbereitungskurse von Hospizhelfern“ der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland beim Bundesministeri-

um für Arbeit und Sozialordnung vom 31. Oktober 1995 vor. Es besteht Übereinstimmung mit dem Hospizverband Schleswig-Holstein, daß diese Empfehlungen eine geeignete Grundlage für die Vorbereitung der in diesem Bereich ehrenamtlich Tätigen bilden.

Die Vorbereitung von Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und Krankenpflegern, Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Sozialfachkräften auf die Begleitung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wird in den Regelungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung zunehmend mehr berücksichtigt. Notwendig sind insbesondere interdisziplinäre Formen der Fort- und Weiterbildung.

Hospizarbeit und Palliativpflege bilden 1997 einen der Arbeitsschwerpunkte des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ). Das für den Herbst 1997 geplante Norddeutsche Pflegeforum mit Tagungen in Kiel und Hannover soll sich diesem Themenbereich widmen.

In der Erörterung befindet sich darüber hinaus z. Z. eine mit anderen norddeutschen Ländern koordinierte landesrechtliche Regelung einer Pflegefachweiterbildung „Onkologie und Palliativpflege“. Lücken in der Qualifizierung von Krankenpflegekräften erweisen sich insbesondere dann, wenn Pflege und Betreuung in Einrichtungen mit besonderen Versorgungsschwerpunkten geleistet werden.

Auf Anregung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat sich die Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein zwischenzeitlich ebenfalls dieser Thematik angenommen. So war das Thema „In Würde sterben - Sterbebegleitung - Sterbehilfe“ Gegenstand der Eröffnungsveranstaltung des Arbeitsjahres 1997 der Akademie am 8. Februar 1997.

Die Landesregierung wird sich - im übrigen in Übereinstimmung mit der als Anlage 3 beigefügten Entschließung der 69. Gesundheitsministerkonferenz vom 21./22. November 1996 - auch zukünftig dafür einsetzen, daß Zielsetzungen und Perspektiven der Hospizbewegung stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der medizinischen, pflegerischen und sozialpflegerischen Berufe berücksichtigt werden.

Frage 1.3: Wo gibt es in Schleswig-Holstein ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen oder Hospiz-Initiativen?

Antwort: Nach Kenntnis des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales bestehen derzeit folgende 15 dem Hospizverband Schleswig-Holstein angeschlossene Initiativen:

Hospiz-Gruppe Elmshorn
Bauerweg 24
25335 Elmshorn

Katharinen Hospiz am Park
Mühlenstr. 1
24937 Flensburg

Förderverein Flensburger Hospiz e.V.
Sandwigstr. 33
24960 Glücksburg

Arbeitskreis Hospiz
an der Ökumenischen Sozialstation Geesthacht
Neuer Krug 3
21502 Geesthacht

Hospiz-Initiative Kiel e.V.
Waitzstr. 58 a
24105 Kiel

Lübecker Hospizbewegung e.V.
Talweg 8
23558 Lübeck

Freundeskreis Hospiz Meldorf e.V.
Küsterstr. 7
25704 Meldorf

Hospiz-Initiative Neumünster
Ev. Familienbildungsstätte
Am alten Kirchhof 16
24534 Neumünster

Omega-Gruppe Norderstedt
Ochsenzoller Str. 124
22848 Norderstedt

Hospiz-Gruppe Ratzeburg e. V.
Hasselholt 7
23909 Ratzeburg

Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Kanalufer 48
24768 Rendsburg

Stationäres Hospiz
Haus Porsefeld
Hospizinitiative Pflege LebensNah
Mühlengraben 2
24768 Rendsburg

Ambulanter Hospizdienst Schleswig
Feldstr. 1 a
24837 Schleswig

Freundeskreis Hospizdienst Schleswig e.V.
Bismarckstr. 12 a
24837 Schleswig

Hospiz-Gruppe Uetersen
Heidredder 14
25436 Uetersen

Darüber hinaus bestehen folgende dem Hospizverband Schleswig-Holstein nicht angeschlossene 5 Gruppen, in denen ebenfalls Hospizarbeit geleistet wird:

Hospiz-Gruppe Bad Oldesloe
Kirchberg 4
23843 Bad Oldesloe

Besuchsdienst Bad Segeberg
Kirchplatz 7
23795 Bad Segeberg

Hospiz-Gruppe der Johanniter-Hilfsgemeinschaft Kiel
Königsberger Str. 53
24161 Altenholz

Ökumenische Hospizgruppe
Kreis Plön
Hufenweg 12
24211 Preetz

Sylter Hospizverein
Norderstr. 81 f
25980 Westerland

Frage 1.4: Wieviele stationäre Hospizplätze gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort: In Schleswig-Holstein gibt es insgesamt folgende 22 Hospizplätze bzw. Plätze in Palliativstationen:

Haus Porsefeld, Rendsburg
stationäres Hospiz
mit 10 Plätzen

Katharinen Hospiz am Park, Flensburg
(Palliativstation der beiden kirchlichen Krankenhäuser
St. Franziskus-Hospital und Diakonissenanstalt)
mit 6 Betten

Friedrich-Ebert-Krankenhaus, Neumünster
(Palliativstation)
mit 6 Betten

Frage 1.5: Wie ist das Angebot im ambulanten Hospizbereich?

Antwort: Gegenwärtig sind etwa 220 ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in Hospizinitiativen aktiv. Nach einer Vorbereitungszeit begleiten sie schwerstkranke und sterbende Patienten überwiegend zu Hause, aber auch in Alten- und Pflegeheimen sowie vereinzelt in Krankenhäusern. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen grundsätzlich keine Grund- oder Behandlungspflege. Ihre Aufgabe ist vielmehr die psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien.

2. Finanzierung / Ausbildung

Frage 2.1: Wie werden stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen finanziell unterstützt?

- a) in der Ausbildung, unterschieden nach ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kräften,
- b) in der Fortbildung, unterschieden nach ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kräften,
- c) in dem Angebot an Supervisionen, unterschieden nach ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kräften?

Antwort: Zur Förderung der Versorgung und Betreuung von Sterbenden hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales seit 1992 den Hospizhausbetreuungsdienst des Katharinen Hospizes am Park, Flensburg, und seit 1993 die Hospiz-Initiative Pflege LebensNah, Rendsburg, als Modellmaßnahmen durch Landeszuwendungen in Höhe von 344.450,- DM (1992 - 1996) gefördert. Für die Errichtung des stationären Hospizes Haus Porsefeld, Rendsburg, sind zusätzlich 500.000,- DM Landesmittel bereitgestellt worden.

Für das Katharinen Hospiz am Park, Flensburg, ist für 1997 eine weitere die Modellphase abschließende Förderung vorgesehen. Darüber hinaus ist für das stationäre Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg, für 1997 eine Teildefizitabdeckung im Hinblick auf die erheblichen Anlaufschwierigkeiten infolge der immer noch bei etwa nur 50 v. H. liegenden Auslastung dieser Einrichtung mit Hospizpatientinnen und -patienten vorgesehen.

Die örtlichen Hospiz-Initiativen werden ab 1997 unter weitgehender Anlehnung an die erwähnten „Empfehlungen für Vorbereitungskurse von Hospizhelfern“ vom 31. Oktober 1995 unterstützt. Diese Unterstützung soll sich ausschließlich auf den ehrenamtlichen Bereich erstrecken. In Übereinstimmung mit dem Hospizverband Schleswig-Holstein werden insoweit grundsätzlich nur die Kosten für Referenten honorare übernommen. Ausnahmsweise können auch Sachkosten bezuschusst werden. Eine Förderung von hauptamtlichen Kräften und die Übernahme laufender Kosten sind bisher nicht vorgesehen.

Auch Aktivitäten der Verbände werden grundsätzlich nur durch Übernahme von Kosten für Honorarkräfte gefördert. Hierfür sind im Regelfall Anträge der örtlichen Initiativen Voraussetzung. Kosten der Supervision durch die Verbände sind grundsätzlich nicht förderfähig.

Die Beschränkung der Förderung auf die ehrenamtlich Tätigen berück-

sichtigt die Ehrenamtlichkeit als eine der wesentlichen Grundlagen der Hospizbewegung.

Für die vorstehend beschriebenen Förderungen sind im Landeshaushalt 1997 im Kap. 1005 - TG 62 (Besondere soziale Maßnahmen der Landes) insgesamt 390.000,- DM (lfd. Nr. 1.8 der Erläuterungen) bereitgestellt worden.

Darüber hinaus sehen auch die als Anlage 4 beigefügten „Richtlinien über die Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 des Landespflegegesetzes (LPflegeG)“ vom 19. August 1996 (Amtsbl. Schl.-H. 1996 S. 606) Maßnahmen zur Beseitigung von Versorgungslücken bei der Pflege und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ausdrücklich als förderfähig an (Ziffer 2.2, Buchst. f, erster Spiegelstrich / finanziert aus Titel 1005 - 684 02 MG 01).

Frage 2.2: Wie hoch sind die Pflegesätze im stationären und ambulanten Hospizbereich?

Antwort: Der Tagespflegesatz im stationären Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg, beträgt derzeit 340,- DM, von denen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bisher 170,- DM übernehmen. Eine Neuverhandlung des Pflegesatzes auf der Grundlage des § 39 a SGB V i. d. F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes ist vorgesehen. Danach haben die Krankenkassen rückwirkend ab 1. Januar 1997 einen täglichen Zuschuß mindestens in Höhe von sechs v. H. der monatlichen Bezugsgröße (= z. Z. 256,20 DM täglich) zu gewähren. Zusätzlich kommen Leistungen der Pflegeversicherung in Betracht. Im ambulanten Bereich gilt derzeit ein mit den Krankenkassen abrechenbarer Stundensatz von 42,11 DM für unter § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege) fallende Leistungen.

Für die Palliativstation des Katharinen Hospizes am Park, Flensburg, beträgt der tägliche Pflegesatz derzeit 538,38 DM.

Für die Palliativstation des Friedrich-Ebert-Krankenhauses, Neumünster, steht die Pflegesatzverhandlung noch aus.

Frage 2.3 Wer übernimmt die Kostenträgerschaft?

Antwort: Kostenträger sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. die privaten Krankenversicherungsunternehmen - ggf. auch die für Beihil-

fen im öffentlichen Dienst zuständigen Stellen - sowie bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI zusätzlich auch die Pflegekassen. Eine volle Kostendeckung ist aber lediglich bei stationärer Behandlung und Betreuung in Palliativstationen gewährleistet. Soweit in anderen Fällen Restkosten verbleiben, sind diese von den Betroffenen zu tragen, ersatzweise bei Vorliegen insbesondere der einkommens- und vermögensmäßigen Voraussetzungen von den Trägern der Sozialhilfe nach Maßgabe des Bundessozialhilfegesetzes. Darüber hinaus finanzieren sich Hospizeinrichtungen und -initiativen traditionell aus Spenden. Für die psychosoziale und spirituelle Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch in der Hospizarbeit ehrenamtlich Tätige werden Kostenbeiträge nicht erhoben.

Frage 2.4: Welches Fortbildungsangebot gibt es für ehrenamtlich und hauptamtlich Tätige im Hospizbereich in Schleswig-Holstein?

Frage 2.5: Von welchen Einrichtungen werden diese Fortbildungen angeboten?

Antwort: Fortbildungsmaßnahmen werden vor Ort von den einzelnen Hospizinitiativen für die Vorbereitung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt. Die Konzepte sind zum Teil unterschiedlich, aber abgestimmt auf die Aufgaben der ehrenamtlich Tätigen. Sie entsprechen inhaltlich weitgehend den erwähnten „Empfehlungen für Vorbereitungskurse von Hospizhelfern“. Die Kurse werden auch für hauptamtlich Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern angeboten.

Ein besonderes überregionales Fortbildungsangebot ist die alle zwei Jahre stattfindende Sankelmarker Hospiztagung, die 1998 erneut durchgeführt werden soll. Zusätzlich bietet das Diakonische Werk in Rendsburg jährlich einen Tag für ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter an. Außerdem besteht seit Herbst 1996 der von der Universitätsklinik Kiel koordinierte Arbeitskreis „Palliativmedizin für Schleswig-Holstein“. Ferner werden am Jugendhof Scheersberg alljährlich dreitägige Seminare zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender durchgeführt.

Frage 2.6: Ist das Fortbildungsangebot im Hospizbereich in Schleswig-Holstein ausreichend?

Antwort: Bei der Beantwortung der Frage 1.2 wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Landesregierung eine intensivere Aus-, Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der Betreuung Schwerkranker und Sterbender für notwendig hält. Sie wird sich deshalb weiterhin dafür einsetzen, daß dieser Themen-

bereich verstärkt Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen findet.

3. Personal

Frage 3.1: Wie hoch schätzt die Landesregierung den künftigen Bedarf an haupt- und ehrenamtlich Tätigen für den stationären und ambulanten Hospizbereich in Schleswig-Holstein?

Antwort: Der Bedarf an haupt- und ehrenamtlich Tätigen für den stationären und ambulanten Hospizbereich in Schleswig-Holstein wird sich an der weiteren Entwicklung der Hospizbewegung und der Verbreitung des Hospizgedankens in Schleswig-Holstein ausrichten. Auf die Antworten zu den Fragen 4.2, 5.1 und 5.2 wird verwiesen.

Frage 3.2: Wie ist der Personalschlüssel für stationäre Hospizeinrichtungen?

Antwort: Es gibt derzeit keinen allgemeingültigen Personalschlüssel für Hospizeinrichtungen. Der Grund hierfür liegt in der sehr differenzierten Trägerstruktur mit teilweise unterschiedlichen Betreuungsschwerpunkten. Der Personalschlüssel des stationären Hospizes Haus Porsefeld, Rendsburg, liegt z. Z. bei 1 Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter zu 1 Patientin bzw. Patienten.

4. Trägerlandschaft

Frage 4.1: Wer sind die Träger von ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein

- a) im stationären Bereich,
- b) im ambulanten Bereich?

Antwort: Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1.3 und 1.4 verwiesen.

Frage 4.2: Wo müssen nach den Vorstellungen der Landesregierung künftige Hospizeinrichtungen entstehen?

Antwort: Nach den derzeit auf Bundesebene diskutierten Anhaltswerten wird von einem stationären Hospizplatz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgegangen. Aus der Sicht der Landesregierung ist es gegenwärtig nicht möglich, aber auch nicht erforderlich, konkrete Aussagen über wei-

tere Standorte zu machen. Die derzeit noch zurückhaltende Inanspruchnahme des Hospizes in Rendsburg zeigt, daß sich der Hospizbereich insgesamt einer „Planung von oben“ entzieht. Insoweit ist eine Anpassung der Infrastruktur nur in dem Maße vorzunehmen, wie sich der Hospizgedanke in der Bevölkerung insgesamt und innerhalb der vorhandenen Versorgungssysteme entwickelt. Die Landesregierung geht davon aus, daß die in Absprache mit dem Hospizverband Schleswig-Holstein ab 1997 vorgesehenen Fördermaßnahmen mit dazu beitragen werden, nach und nach eine landesweit flächendeckende Bildung von Hospizinitiativen zu erreichen. Die verbesserte Finanzierung stationärer Hospize (vgl. Antwort zu Frage 2.2) wird ebenfalls in diese Richtung wirken.

Frage 4.3: Wo müssen nach den Vorstellungen der Landesregierung Hospizeinrichtungen an bestehende Krankenhäuser angegliedert werden?

Antwort: Die Angliederung stationärer Hospizeinrichtungen an Krankenhäuser ist derzeit nicht beabsichtigt.

5. Bedarf

Frage 5.1: Wie groß ist nach Einschätzung der Landesregierung der Bedarf an stationären und ambulanten Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein

- a) unterteilt nach Frauen und Männern
- b) unterteilt nach dem Bedarf, der sich aus den Krankheitsbildern ergibt?

Frage 5.2: Plant die Landesregierung den Ausbau von ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein?

- a) Wenn ja, in welcher Form?
- b) Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Antwort: Die Landesregierung hält den Begriff „Bedarf“ im Zusammenhang mit der Verwirklichung der Ziele der Hospizbewegung beim gegenwärtigen Erkenntnisstand für wenig sachgerecht (siehe auch Antwort auf Frage 4.2). Das gilt ebenfalls für eine Unterscheidung nach Geschlecht sowie eingeschränkt auch für eine Differenzierung nach Krankheitsbildern. Es gilt vielmehr, die Entwicklung der Hospizbewegung und insbesondere das Nachfrageverhalten der Betroffenen sorgfältig zu beobachten und zu bewerten. Vorrangig ist in diesem Bereich die ideelle und materielle Förderung von Initiativen und Maßnahmen, die es dem einzelnen Menschen ermöglicht, den letzten Lebensabschnitt in gewohnter Umgebung unter

Betreuung und Begleitung von nahestehenden Angehörigen und Freunden mit einem hohen Maß an Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu verbringen.

6. Altersstruktur

Frage 6.1: Wie ist die Altersstruktur der Menschen, die in stationären Hospizeinrichtungen leben oder von ambulanten Diensten betreut werden?

Antwort: Statistisches Material über die Altersstruktur der Menschen, die in stationären Hospizeinrichtungen leben oder von ambulanten Diensten betreut werden, liegt der Landesregierung nicht vor. In der Palliativstation des Katharinen Hospizes am Park, Flensburg, liegt der Altersdurchschnitt der Patienten bei 63 Jahren. Die jüngste Patientin war 24 Jahre, die älteste Patientin 96 Jahre alt. Im Hospiz-Hausbetreuungsdienst in Flensburg liegt der Altersdurchschnitt höher als auf der Palliativstation.

Im stationären Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg, liegt das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten bei 78 Jahren, das der männlichen Patienten bei 71,6 Jahren.

Frage 6.2: Welche Entwicklung erwartet die Landesregierung beim künftigen Bedarf an Hospizplätzen hinsichtlich der Altersstruktur und der steigenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten in unserer Gesellschaft?

Antwort: Die steigende Lebenserwartung und die Zunahme an Ein-Personen-Haushalten sprechen tendenziell für eine wachsende Nachfrage nach Hospizplätzen. Auch von der zunehmenden Verbreitung des Hospizgedankens und der zum 1. Juli 1997 erfolgten Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospizversorgung sind nachfragesteigernde Effekte zu erwarten. Konkrete Vorausschätzungen lassen sich daraus aber gegenwärtig noch nicht ableiten (siehe Antworten auf die Fragen 4.2, 5.1 und 5.2).

7. Verweildauer

Frage 7.1: Wie lang ist die durchschnittliche Verweildauer in den stationären Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein?

Antwort: Die durchschnittliche Verweildauer im stationären Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg, beträgt derzeit 10,5 Tage. Sie schwankt zwischen einem Tag und mehreren Monaten.

Frage 7.2: Wie lang ist die durchschnittliche Betreuungsdauer Sterbender im ambulanten Bereich?

Antwort: Die Dauer der Betreuung Sterbender im ambulanten Bereich liegt zwischen wenigen Tagen und mehreren Monaten, in einigen Fällen auch bei mehr als zwölf Monaten. Eine durchschnittliche Betreuungsdauer mit planungsrelevantem Aussagewert für die Landesebene läßt sich für diesen Bereich nicht ermitteln bzw. könnte eher zu Fehlinterpretationen führen. Von einer Umfrage bei den in der Antwort auf die Frage 1.3 genannten Hospizinitiativen ist daher abgesehen worden.

8. Angehörige

Frage 8.1: Wie ist zur Zeit die Einbindung der Familienangehörigen der Sterbenden in die Hospizarbeit?

Antwort: Die Angehörigen werden in gleichem Maße wie die Patienten in der Hospizarbeit begleitet. Einerseits werden ihnen Gesprächsangebote gemacht, andererseits wird versucht, Angehörige z. B. für kleinere pflegerische Unterstützungen anzuleiten. Das Betreuungsangebot geht auf Wunsch auch über den Tod des Patienten hinaus. Dieses geschieht zum Teil in sogenannten Trauergruppen. Darüber hinaus haben Angehörige von Verstorbenen bei gemeinsamen Veranstaltungen und in speziellen Gesprächskreisen die Möglichkeit, sich über Trauer und Verlust auszutauschen. Unterstützungs- und Fortbildungsangebote für pflegende Angehörige enthalten im Regelfall auch das Thema Sterbebegleitung.

Frage 8.2: Wie weit darf eine Hospizeinrichtung nach Einschätzung der Landesregierung vom bisherigen Lebensumfeld des Sterbenden entfernt liegen, wenn die Angehörigen in die Arbeit eingebunden werden sollen?

Antwort: Die Entfernung hängt wesentlich von den Transportmöglichkeiten der Angehörigen ab. Bei Benutzung von Personenkraftwagen erscheinen auch Entfernungen von bis zu 50 km vertretbar. Sind Angehörige jedoch auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen, können auch geringere Entfernungen einer Kontinuität der persönlichen Beziehungen zwischen Sterbenden und Angehörigen entgegenstehen. Dieses macht deutlich, daß die in der

Antwort auf die Frage 4.2 erwähnte Relation von einem Platz je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner für Schleswig-Holstein keinen geeigneten Orientierungswert darstellen kann.

Frage 8.3: Hält die Landesregierung die zeitweise gemeinsame Unterbringung von Sterbenden und Angehörigen in Hospizeinrichtungen für sinnvoll?

- a) Wenn ja, wie soll das Angebot ausgebaut werden?
- b) Wenn ja, wer trägt die zusätzlichen Kosten, die durch die Unterbringung von Angehörigen entstehen?

Antwort: Einer der Wünsche Sterbender ist, im Kreise vertrauter Menschen zu sterben. Die Landesregierung betrachtet die Möglichkeit einer zeitweisen gemeinsamen Unterbringung von Sterbenden und deren Angehörigen oder Freunden dementsprechend als einen zwingenden Bestandteil stationärer Hospizeinrichtungen. Die Palliativstationen in Neumünster und Flensburg sowie das stationäre Hospiz in Rendsburg bieten Familienangehörigen und Freunden die gemeinsame Unterbringung in den Einrichtungen entweder im selben oder in einem sogenannten Angehörigenzimmer an. Die damit verbundenen zusätzlichen Kosten sind nicht in den in der Antwort auf die Frage 2.2 genannten Tagessätzen enthalten und von den Betroffenen selbst zu tragen. In Einzelfällen ist bei Bedürftigkeit eine Übernahme dieser Kosten aus Spendenmitteln möglich.

9. Schleswig-Holstein im Vergleich mit den anderen Bundesländern

Frage 9.1: Wie ist die Situation der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein im ambulanten und stationären Bereich im Vergleich zu anderen Bundesländern?

Antwort: Ein wertender Vergleich der Hospizbewegungen der Länder ist nicht möglich. Dafür wären neben einer rein zahlenmäßigen Gegenüberstellung von Hospizinitiativen und -einrichtungen eine detailliertere Untersuchung und insbesondere eine inhaltliche und qualifizierte Bewertung der zum Teil sehr unterschiedlichen Konzeptionen erforderlich. Die nachstehende Aufstellung kann daher nur einen allgemeinen Überblick über die insoweit in den Ländern bestehenden Versorgungsstrukturen bieten. Die Daten sind durch Länderumfrage aktuell erhoben worden. Soweit die Länder mit dem Hinweiszeichen * versehen sind, beruhen die Angaben auf einer Veröffentlichung der Malteser Fachstelle Hospizarbeit (Stand: April 1996). Fehlende Einzelangaben sind durch einen Gedankenstrich gekennzeichnet.

Land	Hospiz- initiativen	stationäre Hospize (Plätze)	Palliativ- stationen (Plätze)
Baden-Württemberg	130-150	5 (48)	1 (10)
Bayern*	31	-	-
Berlin	12	0	3 (27)
Brandenburg	1	0	2 (45)
Bremen	4	0	1 (6)
Hamburg	1	0	1 (10)
Hessen	6	2 (-)	2 (30)
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	2 (17)
Niedersachsen	37	3 (-)	2 (-)
Nordrhein-Westfalen	ca. 170	21(ca.230)	10 (ca. 70)
Rheinland-Pfalz	12	1 (-)	3 (-)
Saarland	3	1 (16)	1 (5)
Sachsen*	6	1 (-)	1 (-)
Sachsen-Anhalt	6	1 (8)	2 (20)
Schleswig-Holstein	22	1 (10)	2 (12)
Thüringen	4	0	1 (10)

13. Juni 1997

bieb1029

**Empfehlungen
für
Qualitätsanforderungen an stationäre Hospize**

der
**Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Hospizbewegung
in der Bundesrepublik Deutschland
beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung**

Die Hospize wollen sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende ermöglichen. Ihr Ziel ist es, das Leben weder zu verkürzen noch es zu verlängern. Die Sterbenden und ihre Angehörigen stehen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Zentrum des Handelns der Hospize.

Die Hospize sind in erster Linie Orte der palliativ-medizinischen Betreuung, der lindernden Pflege und Fürsorge und nicht nur Orte der Therapie. Stationäre Hospize nehmen ihre Bewohner vollstationär auf oder bieten Kurzzeitpflege an. Ein eigener ambulanter Hospizdienst ist für die Einrichtung eines teilstationären (Tageshospiz) oder stationären Hospizes Voraussetzung. Der Bedarf an stationären Hospizen richtet sich nach dem örtlichen Bedarf und den jeweiligen Gegebenheiten.

Stationäre Hospize müssen sich den Sterbenden und deren Familien anpassen, nicht umgekehrt. Daran müssen sich die baulichen Strukturen und die Arbeit der Hospize ausrichten. Die äußere und innere Gestaltung sollte etwas von der besonderen liebevoll-fürsorglichen Umgangsform mit Sterbenden und Trauernden widerspiegeln, die für die Hospizarbeit typisch ist. Deshalb müssen stationäre Hospize möglichst viel an häuslich-vertrauter Atmosphäre ausstrahlen, die Menschen in der letzten Lebensphase ebenso einlädt wie deren Angehörige und Freunde.

Institutionelle und therapeutische Anforderungen

I. Bauliche Voraussetzungen

1. Gebäude:

Bei den Einrichtungen sollte es sich um kleine familiäre Einrichtungen handeln, die über mindestens 6 Betten verfügen und eine persönliche, dem Leben zu Hause möglichst ähnliche Atmosphäre ausstrahlen sollten. Nach dem heutigem Stand der Hospizarbeit ist davon auszugehen, daß eine Obergrenze von 16 Betten nicht überschritten werden sollte.

1.1 Zugang:

- Anfahrtsweg muß für Liegendtransporte möglich sein.
- Zuweg durch Beschilderung erkenntlich, besonders nachts

1.2 Eingang:

- lichte Durchgangsbreite mindestens 95 cm
- barrierefreier Zutritt/Zugänge (rollstuhlgerecht)

1.3 Flure:

- Flure innerhalb eines Geschosses sollten eben sein, geringe Niveauunterschiede sind durch geeignete Rampen auszugleichen.
- Mindestbreite sollte der eines Krankenbettes entsprechen.
- Feste Handläufe müssen beidseitig vorhanden sein.
- in Treppenträumen und Fluren ausreichende Beleuchtung, insbesondere Nachtbeleuchtung

1.4 Aufzüge:

bei mehrgeschossigen Einrichtungen Personenaufzug (rollstuhlgerecht) und/oder Lastenaufzug (z.B. Transport von Betten)

1.5 Fußböden:

rutschfester, leicht zu reinigender Belag

1.6 Wände:

Haltegriffe, Handläufe, Stoßleisten

1.7 Türen:

teilweise behindertengerecht (DIN 18025 Bl. 1), lichte Durchgangsbreite grundsätzlich ausreichend auch für ein Pflegebett

1.8 Fenster:

regulierbare Öffnungen zur zugfreien Dauerlüftung

1.9 Heizung:

Zentralheizung muß für eine Raumtemperatur von mindestens 22°C ausgelegt sein, in den Sanitärräumen bis mindestens 24°C

1.10 sanitäre Installationen:

- Warmwasserversorgung:
- maximale Auslauftemperatur von 40°C (Verbrühungsrisiko)

- Badewanne im Pflegebad:
 - freistehend, zumindest an drei Seiten frei erreichbar für Pflegepersonal und/oder Lifter
 - günstige Badewannenlänge 170 cmergänzend Haltegriffe, Badewannen-Einstiegstritt, Badewannensitz

- Duschen, möglichst bodengleich
- gleitsicherer Boden, Haltegriffe, Duschsitz
- mindestens eine Dusche für maximal 4 Betten

- Waschgelegenheit:
je Zimmer 1

- Toiletten:
behindertengerechte Ausrüstung bis zu Vorrichtungen für Rollstuhlfahrer (bei rollstuhlgerechten Zimmern)

- Fäkalienausguß

- in Bade- und Duschräumen eine nichtstationäre (mindestens pneumatische) Notrufanlage

1.11 Elektroinstallation:

- Nacht- und Notbeleuchtung in Fluren und Sanitärräumen
- ausreichende Raumbeleuchtung, Nachttischlampen für jeden Pflegeplatz
- Notrufanlage in allen den Patienten zugänglichen Räumen und Fluren, außerdem Notruf in Wohn-/Schlafzimmern, bedienbar vom Bett aus
- Kabel- oder Satellitenanschluß für Radio und Fernsehen

1.12 bautechnischer Brandschutz

1.13 eigenständiger Telefonanschluß

- für die Verwaltung
- für jedes Zimmer

2. Räume:

2.1 Wohn-/Schlafräume:

- Anzustreben sind Einzelzimmer mit der Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen; mindestens 18 qm- Wohn-/Schlafräume (Pflegeplätze) müssen unmittelbar von einem Flur erreichbar sein.
- Niveaugleichheit zum Flur und innerhalb der Räume sollte gewährleistet sein
- Notruf (siehe auch 1.10 und 1.11)

2.2 Gemeinschaftsräume:

variabel nach Bettenzahl

2.3 Verabschiedungszimmer

(falls eine Aufbahrung nicht im Zimmer möglich ist)

2.4 Raum der Stille

soweit möglich

2.5 Teamraum/Beratungszimmer

2.6 Schwesternzimmer/Büro

2.7 Raum für ehrenamtliche Mitarbeiter

2.8 Räume für Pflegezubehör

2.9 Küche mit Kochgelegenheit für die Bewohner und ihre Angehörigen, Wirtschaftsräume:

z.B. Lager, evtl. Wäscherei

2.10 Schmutzräume für Fäkalienspüle und Wäsche

II. Ausstattung

1. Einrichtung und Mobiliar:

- behindertengerechte geeignete Sitzmöglichkeit mit Tisch im Zimmer, auch zur Einnahme des Essens
- Nachttisch
- Sitzmöglichkeit für Besucher
- Schlafmöglichkeit für Besucher
- Bilder, soweit der Patient sie nicht selbst mitbringt
- Krankenbetten mit Bettgitter und Bett-Aufrichter
- Schränke
- Fernsehgerät, Radio, Telefon, soweit diese Geräte nicht vom Bewohner mitgebracht werden

bei Bedarf:

- Toilettenstühle
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Rollstühle, Gehhilfen
- Infusionsständer
- Lagerungshilfen

2. Instrumentelle Grundausrüstung:

Neben dem üblichen Instrumentarium zur Sicherstellung einer optimalen Grund- und Behandlungspflege und palliativ-medizinischen Behandlung sind vorzuhalten:

- Blutdruckmeßgerät, Blutzuckermeßgerät, Teststreifen
- Ernährungspumpe
- Sauerstoffgerät mit Zubehör

- Absauggerät
- Inhalationsgerät
- Keil, Guedeltubus
- Perfusor
- Sterilisator
- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- besonders gesicherter Schrank für Betäubungsmittel

III. Personal:

1. Zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigen die Hospize unter Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter einen Pflegedienst mit qualifiziertem Pflegepersonal, so daß palliativ-medizinische Behandlung erbracht werden kann, und weitere Dienste, Anzahl und Qualifikation des Personals, richten sich in diesen Diensten nach Patientenzahl und den pflegerischen Anforderungen.
 - in jeder Schicht, auch nachts, mindestens eine geeignete Pflegefachkraft für den Pflegedienst
 - einen jederzeit abrufbereiten Arzt mit schmerztherapeutischen Kenntnissen (niedergelassener Arzt, Heim-/Krankenhausarzt) für den ärztlichen Dienst
 - einen psycho-sozialen Dienst z. B. Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Psychologe
 - einen pastoralen Dienst
 - eine Verwaltungsleitung
 - einen technischen Dienst
 - einen hauswirtschaftlichen Dienst
 - einen Küchendienst und
 - einen Reinigungsdienst
- 1.1 Die Dienste können mit Ausnahme des Pflegedienstes auch stundenweise oder von externem Personal erbracht werden.
- 1.2 Geeignete Tätigkeitsbereiche können teilweise auch von ehrenamtlichen Mitarbeitern abgedeckt werden, sofern sie über die entsprechende Qualifikation verfügen.
2. Die Hospize sorgen für eine regelmäßige Praxisbegleitung, Supervision und Fortbildung ihres Betreuungspersonals. Für das Pflegepersonal ist eine palliativ-care Ausbildung anzustreben.

3. Von der Hospizidee und ihrem ganzheitlichen Ansatz her ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erforderlich. Hierzu gehören ein geplantes und strukturiertes vertrauensvolles Zusammenwirken und ein regelmäßiger Austausch im Gespräch.

IV. Medizinische und pflegerische Indikationen

1. Als Grundvoraussetzung für die Aufnahme in vollstationäre Hospizeinrichtungen muß der Patient an einer Erkrankung leiden,
 - die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und nur eine palliativ-medizinische Behandlung möglich oder vom Patienten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten läßt.

Dies trifft z. B. auf Patienten mit bösartigen Tumoren oder AIDS-Vollbild zu.

2. Der medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, muß darüber hinaus in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laien Helfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und der (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsinstanzen (niedergelassener Arzt, Sozialstationen etc.) regelmäßig übersteigen. Ohne die Behandlung und Betreuung in stationären Hospizen ist Krankenhausbehandlung in der Regel nicht zu vermeiden.

2.1 Ein quantitativer Versorgungsbedarf besteht, wenn die Erkrankung des Patienten und seine spezifische Lebenssituation laufende, intensive Überwachung und die ständige Bereitschaft zu außerplanmäßigen medizinischen und pflegerischen Einsätzen oder klinischen Notfallmaßnahmen erfordert. Betroffen sind insbesondere Patienten mit einem kontinuierlichen Versorgungsbedarf (24h-Betreuung) sowie Angstzuständen, Schlaf-, Gemüts- und zerebralen Störungen oder Infektiösität. Hierzu gehören insbesondere auch Patienten mit Schmerzzuständen und der Notwendigkeit einer zeitabhängigen, dosisvariieren Schmerztherapie, bei der die Dosis täglich anzupassen ist.

2.2 Ein erhöhter qualitativer Versorgungsbedarf besteht, wenn Symptome oder Syndrome entweder als Folge der Grunderkrankung oder als Folge palliativ-therapeutischer Maßnahmen auftreten, die extrem bedrohlich erlebt werden bzw. mit ständiger Dekompensationsgefahr einhergehen und ambulant nicht beherrscht werden können.

Hierzu gehören insbesondere

- exulzierende Tumore (insbesondere mit starker Geruchsbildung) oder fortgeschrittene entstellende Tumore im Gesichts- und Halsbereich
- unstillbares Erbrechen oder schwere Diarrhöe mit massiven Flüssigkeitsverlusten z. B. bei Magen-Darmtumoren oder AIDS
- schwere Atemstörungen z.B. als Folge fortgeschrittener Lungentumoren oder oberer Einflußstauung
- schwere profuse Blutungen z. B. bei schweren Allgemeininfektionen (Sepsis) oder tumorbedingten Gefäßerosionen
- schwere Obstipation bis zum drohendem Ileus als Folge von Tumoren des Magen-darmtraktes oder als Nebenwirkung der Schmerztherapie
- neurologische Dekompensationen wie Hirndrucksymptome mit vegetativen Krisen z. B. Bradycardie, therapieresistente Fieberzustände, starke Blutdruckschwankungen
- schwerste reaktive neuropsychiatrische Veränderungen z. B. im Rahmen nicht therapierbarer Infektionen des Zentralnervensystems wie Tuberkulose, Pilzinfektionen, Lues
- schwere Atemstörungen mit Angst- oder Erstickungsgefahr z. B. bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
- massive, reaktive Streß- und Angstzustände mit nächtlicher Schlaf-, Hilfs- und Orientierungslosigkeit.

V. Medizinische und pflegerische Leistungen

1. Im Rahmen der Versorgung in stationären Hospizen stehen medizinische und pflegerische Leistungen sowie psychosoziale, seelsorglich-spirituelle und Trauerbegleitung (siehe Abschnitt VI) in einem engen inhaltlichen Zusammenhang. Diese Einzelleistungen werden häufig in den Handlungen miteinander verbunden.

1.1 Stationäre Hospize müssen insbesondere auf die Möglichkeiten von Kriseninterventionen eingerichtet sein. Hierbei kann es sich neben körperlichen Krisen um psychische Krisen (z.B. Depression mit Suizidalität) handeln. Ziel ist es, die Patienten nach überstandenen akuten Krisen, entsprechend ihrer Wünsche und den medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten nach Hause zu entlassen.

1.2 Um angesichts der Gesundheitsstörungen eine differenzierte Krankenbeobachtung, Dokumentation und Informationsweitergabe durchführen, eine fallangemessene palliativ-medizinische Behandlung der sterbenden Patienten sicherstellen sowie zusätzliche Beeinträchtigungen seiner Lebensqualität vermeiden zu können, müssen die stationären Hospize u. a. die folgenden Dienstleistungen mehrfach täglich bis stündlich anbieten wie

- umfassende regulatorische Handlungen zur Symptomkontrolle,
- aufwendige hygienische Maßnahmen,
- spezielle medizinisch-technische Interventionen,
- Krisenintervention,
- ausreichende Bewältigungs- und Unterstützungsangebote,
- Beobachtung und Überwachung des Gesamtgeschehens unter Wahrnehmung der medizinischen Behandlung.

2. Die Hospize stellen die sach- und fachkundige, umfassend geplante Pflege sicher, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Um in der Pflege individuell und zielorientiert handeln zu können, werden auch die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden in den Pflegeprozeß einbezogen.

Hierzu gehören im einzelnen u.a.:

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Information und Aufklärung über die Notwendigkeit und Wirkung von Pflegemaßnahmen
- Hilfen bei der allgemeinen und speziellen Körperpflege
- Unterstützung beim
 - An- und Auskleiden
 - Betten und Lagern
 - Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeerkrankungen
 - Hilfen bei der Ernährung und Nahrungsaufnahme
 - Durchführung hygienischer Maßnahmen
 - Hilfe bei Ausscheidungen
 - Anleitung zur Mitwirkung oder Selbsthilfe bei der Pflege und beim Gebrauch von Hilfsmitteln

3. Die Hospize müssen folgende differenzierte Therapien und Maßnahmen anbieten können:

- qualifizierte Schmerzbehandlung körperlicher und psychischer Symptome (Periduralkatheter, patientenorientierte, zeitabhängige dosisvarierte Schmerztherapie, die täglich mehrfach anzupassen ist, psychosoziale Interventionen, physikalische Therapien);
- mehrfach täglich zu wiederholende Atemgymnastik, Abklopfen des Brustkorbes oder Absaugen bei verschleimten Atemwegen;
- lindernde Formen der Sauerstoffzufuhr bei Atemnotbeschwerden;
- künstliche Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr unter Kontrolle der Körperausscheidungen;
- fachgerechte Versorgung von Wunden unterschiedlicher Ursache und Versorgung von krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z.B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln);
- Durchführung von Injektionen, Infusionstherapie, Stomaversorgung, Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle, Katheterisierung, Einläufe, Instillationen und Spülungen, medizinische Einreibungen, Dekubitusversorgung, Überwachung der Medikamenteneinnahme, Sondernahrung, sowie die Anwendung von physikalischen Therapien zur Linderung von Krankheitsbeschwerden;
- aufwendige Pflegeleistungen bei infektiösen Patienten unter Beachtung der Hygienevorschriften;
- Versorgung des Leichnams.

VI. Psychosoziale Maßnahmen und seelsorglich-spirituelle Begleitung

1. Die Hospize bieten gemäß ihrem Selbstverständnis neben medizinischer und fachpflegerischer Betreuung mit gleicher Wertigkeit psychosoziale und seelsorglich-spirituelle Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen. Zur Begleitung in diesem Sinne gehört auch ein Hilfsangebot für Angehörige über den Tod des Patienten hinaus.

1.1 Psychosoziale Begleitung

- Hilfestellung bei (zeitl. u. örtl.) Orientierung, Hilfen bei der Planung und Durchführung der Tages- und Wochenstrukturierung, Anleitung und Hilfe bei Erhalt oder Wiedererlangung der Lebensqualität, Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien, Vorbeugung der Isolierung des Patienten, Begleitung der Angehörigen bei Antragstellungen und Finanzierungsfragen
- Hilfestellung bei Suizidalität und Depression, Krisenintervention (Versagenskrisen, Sinnkrisen, Vernachlässigung, Mißhandlung), Hilfen beim Entwirren komplexer Reaktionsweisen und Strukturieren des Verarbeitungsprozesses in der Konfrontation mit dem Sterben (Angst)
- Findung und Gewährleistung von Erlebnis- und Einstellungswerten (lebensbiographische Arbeit), Hilfen beim Aufspüren von Ressourcen bei Patient und Angehörigen, Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten
- Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft einschließlich Nutzung und Stärkung des vorhandenen sozialen Netzes, Planung und Aufbau von Hilfen in Zusammenarbeit mit vorhandenen sozialen Diensten (Vermittlungen)

1.2 Trauerbegleitung

Schwerstkranke und Sterbende selbst durchlaufen zum Teil schmerzliche Trauerprozesse. Eine ganzheitliche Betreuung trägt diesen Befindlichkeiten angemessen Rechnung durch eine einführende und qualifizierte Trauerbegleitung. Den Angehörigen und Freunden wird während und nach der Zeit des Sterbens durch ein differenziertes Einzel- und Gruppenangebot verschiedener Formen zur Verarbeitung der Trauer eine grundlegende, zeitlich überschaubare Hilfe zur Lebensbewältigung geleistet. Diese Hilfe kann psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen oder Problemsituationen vorbeugen. Sie vermag psychischen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

1.3 Seelsorglich-spirituelle Begleitung

Die Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden sowie deren Angehörigen und Freunden umfaßt auch die Hilfe bei der Suche nach Antworten auf Lebens-, Sinn,-

Schuld- und Glaubensfragen. Den vielfältigen jeweiligen Wert- und Glaubensvorstellungen sowie Lebensstilen der Patienten, ihrer Angehörigen und Freunde entsprechend bieten die Hospize seelsorglich-spirituelle Hilfen an. Hierzu gehört es auch, den Bewohnern die Ausübung ihrer Religion zu ermöglichen.

VII. Organisatorische Voraussetzungen

Die stationären Hospize haben ferner die nachfolgend genannten organisatorischen Voraussetzungen zu erfüllen:

- Führen einer aktuellen Patienten-Pflegedokumentation
- Zugriffsmöglichkeit zur Patientendokumentation für die Information des Haus- und Notarztes, des Arztes des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der vertretenden Pflegekraft oder anderer einsichtsberechtigter Personen;
- Mitarbeiterdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen;
- Treffen wirksamer Vorkehrungen dafür, daß
 - die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden,
 - die Schweigepflicht gewahrt wird.

VIII. Vernetzung

Eine enge Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, z.B. Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern und Heimen ist unerlässlich. Die Hospizdienste ergänzen diese in sinnvoller Weise. Entsprechende Kommunikationsstrukturen sind einzurichten. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen Sozialleistungsträgern ist anzustreben.

Bonn, 31.10.1995

Empfehlungen für Vorbereitungskurse von Hospizhelfern

der
**Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Hospizbewegung
in der Bundesrepublik Deutschland**
beim
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Befähigung und Ermutigung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem ambulanten, stationären und teilstationären Hospizdienst

Die Kurse für Hospizhelferinnen und -helfer dienen zu deren Qualifizierung, sollen die Qualität der angebotenen Leistungen in medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Hinsicht sichern und dazu beitragen, daß Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, ihrer Angehörigen und Freunde von den Teilnehmern/innen berücksichtigt werden. Eine solche Vorbereitung ist vor dem patientennahen Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unabdingbar.

Abgesehen davon ist es wünschenswert, daß Bewerber in ihrem familiären oder nachbarschaftlichen Umfeld bereits Sterbende besucht, sie in ihrer Krankheit begleitet und Hinterbliebenen in ihrer Trauer beigestanden haben. Dazu bedarf es zunächst keiner

besonderen Qualifizierung, wohl aber einer Bereitschaft zu Mitgefühl und Zuwendung im Umgang mit Menschen, des Taktgefühls sowie der Fähigkeit zu intuitivem, verantwortlichem und mitmenschlichem Verhalten. Andererseits muß, wo es um koordinierte Begleitung Sterbender geht, dafür gesorgt sein, daß alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit dem Konzept dieser Arbeit identifizieren und ihre Tätigkeit an diesem Konzept ausrichten. Freiwilliges soziales Engagement in diesem Sinne ist sowohl von hauptberuflicher Tätigkeit als auch von privatem Handeln einschlägiger Art abzugrenzen: Es hat bewußtseinsbildende Funktion und Wirkung in der Öffentlichkeit.

Auch wer ehrenamtlich in einem Hospizdienst mitarbeiten will, bringt persönliche Lebens- und Berufserfahrung mit. Künftige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen bereit sein:

- ihre Persönlichkeit weiter zu entwickeln,
- Spezialwissen und Handlungsfähigkeit im eigenen (Fach-)Bereich einzubringen,
- Grundwissen zur psychosozialen, pflegerischen und medizinischen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zu erwerben und zu vertiefen und
- sich speziell für den Hospizdienst vorzubereiten und weiterzubilden.

Ähnlich wie hauptamtliche sollen auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lage sein, den vielfältigen und unterschiedlichen Bedürfnissen Sterbenskranker, ihrer Angehörigen und Freunde gerecht zu werden. Dabei sind die seelischen, geistigen, körperlichen und sozialen Situationen der zu versorgenden Menschen zu berücksichtigen. Daher sollen für den Bereich der Pflege hinsichtlich der Qualifikation der ehrenamtlichen Helfer/innen mindestens die Anforderungen der Pflegekurse nach § 45 PflegeVG erfüllt werden.

Die im Folgenden dargestellten Inhalte und Strukturen sind als Vorschläge für eine vorbereitende Arbeit gemeint. Je nach den örtlichen Gegebenheiten können sie modifiziert werden. Denn die konkrete Ausgestaltung der Vorbereitungskurse hängt von den Erfahrungen und den Zielsetzungen des jeweiligen Hospizdienstes ab. Darum muß sich die Vorbereitung in erster Linie auf die örtlichen Gegebenheiten und die Belange der Teilnehmer stützen.

Vor Beginn des Kurses empfehlen wir drei Schritte:

I.1 Einzelgespräche:

Bewerber und Bewerberinnen sollten zunächst im Einzelgespräch über den Hospizdienst und die dabei in Frage kommenden Tätigkeiten informiert werden. Dabei ist die für den Einsatz wichtige Grundhaltung des Hospizdienstes zu verdeutlichen, z.B. Wertvorstellungen, ethische Überzeugungen, Menschenbild des Trägers, Vorstellungen über die Arbeit und die Erwartungen des Trägers gegenüber den an der Mitarbeit Interessierten.

Ebenso wichtig ist es zu erfahren, was die Bewerberinnen und Bewerber erwarten. Die Motivation für den Wunsch nach Mitarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Erörterung. Es bedarf der Klärung, ob beiden Seiten das Anliegen gemeinsam ist. Um spätere Mißverständnisse zu vermeiden, sollte von vornherein Einvernehmen darüber erzielt werden, daß eine künftige Mitarbeit von der Bereitschaft abhängt, sich auf eine bestimmte Idee und ein definiertes Konzept zu verpflichten.

I.2 Fragebogen:

Zur eigenen Information bedient sich der jeweilige Hospizdienst eines Fragebogens. Dieser enthält außer den Personaldaten Fragen an die Bewerberinnen und Bewerber hinsichtlich ihrer Einsatzfähigkeit und zeitlichen Verfügbarkeit, auch nach bereits vorliegenden Qualifizierungen und besonderen Neigungen. Der Fragebogen muß der Bewerberin oder dem Bewerber deutlich machen, daß deren Wünsche berücksichtigt werden. Die Daten werden im Fall, daß es zum Einsatz kommt, in die Kartei aufgenommen. Anderenfalls müssen sie vernichtet bzw. nach Absprache abgelegt oder zurückgegeben werden.

I.3 Informationsveranstaltung:

Inhalte, Verlauf und Rahmen der Vorbereitungskurse werden in einer Informa-

tionsveranstaltung vorgestellt:

- Aufbau der Gesamtmaßnahme,
- Daten und Termine,
- Voraussetzungen und Bedingungen zur Teilnahme (z.B. Regelmäßigkeit, Schweigepflicht, gruppendynamische Regeln u.a.m.).

Schon in dieser Phase muß das Hauptziel der Kurse zur Sprache kommen. Es geht darum, die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer angesichts des Leidens, Sterbens und der Trauer gesprächsfähig zu machen bzw. sie in ihrer diesbezüglichen Gesprächsfähigkeit zu fördern. Hierbei sind einige Bedingungen besonders zu beachten:

Erste Bedingung ist die persönliche Auseinandersetzung mit dem Gedanken an den eigenen Tod. Ohne Berücksichtigung der eigenen Sterblichkeit und bisheriger Verlusterfahrungen in der eigenen Lebensführung ist menschlicher Zuspruch am Sterbebett kaum überzeugend zu leisten. Deshalb kommt im Rahmen eines Seminars zur Sterbebegleitung dieser Phase persönlicher Betroffenheit, Auseinandersetzung und Sinnfindung besondere Bedeutung zu.

Zweite Bedingung ist die Bereitschaft, sich für andere in einer besonders schwierigen Lebensphase aktiv und zuverlässig tätig zu engagieren und aus eigener Erfahrung sowie der Erfahrung anderer zu lernen. Umgang mit Sterbenden und Trauernden kann nicht nur als Wissen weitergegeben und gelehrt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen bereit sein, die Not anderer mitzutragen sowie Behutsamkeit und Takt in der Gesprächsführung weiter zu vertiefen. Mit Beginn der praktischen Arbeit treffen sie sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch, um ihre Beobachtungen, Erlebnisse und Fragen miteinander zu besprechen.

Dritte Bedingung für das Gelingen einer ehrenamtlichen Sterbebegleitung ist es, dies nicht isoliert, sondern im Zusammenwirken sowohl mit anderen Diensten (Sozial-, Pflege-, Besuchsdienste usw.) als auch mit den Angehörigen und Freunden zu tun. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer müssen in der Lage sein, gute Kontakte zu den Angehörigen herzustellen und die Bedeutung anderer Dienste, die sich um den Sterbenden bemühen, anzuerkennen.

Ferner sollten alle Beteiligten sich rechtzeitig klarmachen, daß der Befähigungsprozeß mit den Kursen nicht abgeschlossen ist. Fortbildungen, Beratungen, Supervision und der Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen schließen sich an und gehören verpflichtend zur Mitarbeit im Hospiz.

II. Der Vorbereitungskurs:

II.1 Ziele:

Ein wichtiges Ziel des Vorbereitungskurses ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für Lebensereignisse wie Abschied, Trauer, Krankheit, Sterben, Tod, im eigenen Lebensweg vorzubereiten. Darum sollen in diesem Vorbereitungskurs die Förderung der Gesamtpersönlichkeit sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit im Vordergrund stehen, um ein hohes Maß an Aufrichtigkeit in der Begegnung mit den Sterbenskranken zu erreichen. Erst auf dieser Basis läßt sich für die Kurse und die praktische Arbeit grundlegendes Wissen vermitteln und können notwendige Fertigkeiten gewonnen werden. Die Vorbereitung hilft den im Hospiz Mitarbeitenden dabei, eine Einstellung, die die Würde und Selbstbestimmung eines Menschen beachtet, in die Begleitung Sterbender einzubringen. Sie müssen lernen, Gefühle zuzulassen und zu achten, aber auch über Gefühlsverletzungen zu sprechen, ja sich eigenen Verdrängungen, Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf Sterben, Tod und Trauer zu stellen und diese zu bearbeiten (Supervision).

II.2 Inhalte:

Es wird empfohlen, daß die Kursangebote stets vier konstituierende Elemente enthalten:

- a) Auseinandersetzung mit der eigenen Erfahrung der Teilnehmer zu Tod, Trauer und Sterben.
- b) grundlegende Informationen über das Hospizkonzept und die Lebensbedürfnisse sterbender Menschen;

c) Übungen zur Beratungs- und Handlungskompetenz im Hospizbereich.

d) Praktikum in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und in ambulanten und stationären Einrichtungen für schwerkranke und sterbende Menschen;

Der Vorbereitungskurs besteht aus Grundkurs und Aufbaukurs. Erfahrungsgemäß hat sich hierfür ein Zeitumfang von ca. 80 Zeitstunden bewährt. Für die Vermittlung von pflegerischen Fähigkeiten erhöht sich die Gesamtstundenzahl auf ca. 105 Zeitstunden. Er verfolgt das Ziel, Informationen über die Grundlagen der Hospizarbeit sowie über die persönliche Eignung jedes einzelnen Teilnehmers zu vermitteln.

II.3 Grundkurs:

Die Teilnahme am Grundkurs ist in der Regel für alle Interessierten offen. Themen, wie der Umgang mit der eigenen Biographie und mit Trauererfahrungen sowie die Einführung und Einübung in Wahrnehmung und Gesprächsführung, erfordern geschützte Räume und einen großzügigen Zeitrahmen. Bei der Durchführung hat sich eine Aufteilung in Wochenend-, Ganztags- und Abendveranstaltungen bewährt. Am Ende des Grundkurses hat jeder Teilnehmer die freie Entscheidung zu treffen, ob die weitere Zusammenarbeit mit der Hospizgruppe unter Berücksichtigung der hinzugewonnenen Erkenntnisse anzustreben ist.

1.0 Grundkurs:

Schwerpunkt: Selbsterfahrung und Fähigkeiten

1.1 Eigene Biographie

- a) persönliche Erlebnisse;
- b) Gefühlswelten;
- c) weltanschauliche, religiöse und gesellschaftliche Verhaltensmuster;
- d) Ängste und Hoffnungen;
- e) Glaubensbilder und Glaubenswege;
- f) Bilder und Symbole.

1.2 Trauer (-arbeit)

- a) Trennung und Verlust;

b) Perioden und Phasen der Trauer, Gestaltung der damit verbundenen Aufgaben;

c) Strategien zur Trauerbewältigung;

d) Einübung von Trauer: abschiedlich leben.

1.3 Kontakt und Kommunikation

a) Wahrnehmungsbereitschaft und -fähigkeit;

b) Selbst- und Fremdannahme;

c) Sich-Einfühlen und Mitgehen;

d) Körpersprache;

e) Aktives Hinschauen;

f) Aktives Zuhören;

g) weitere Formen der Gesprächsführung (z.B. Intervention).

II.4 Aufbaukurs:

Voraussetzung für die Teilnahme am Aufbaukurs ist die Teilnahme am Grundkurs. Er dient der Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen und Fertigkeiten für die praktische Arbeit.

2.0 Aufbaukurs

Schwerpunkt: Kenntnisse und Fertigkeiten

Als Inhalte werden vorgeschlagen:

2.1. Das Hospizkonzept

- Geschichte, Stand und Umsetzungsformen der Hospizbewegung;
- Ausbreitung der Hospizidee;
- Schmerztherapie und Symptomkontrolle;
- pflegewissenschaftliche Hintergründe (z.B. „Palliative Care“);
- Krankheitsbilder.

2.2 Umgang mit Sterbenden sowie deren Freunden und Angehörigen

- Vertiefung der Gesprächsführung;
- Kenntnisse der Familienstrukturen;
- Patientenbeobachtung.

2.3 Die Tätigkeit im Hospizdienst

- Arbeit im interdisziplinären Team;
- Selbstverständnis des Ehrenamts;
- Rechts- und Versicherungsfragen;
- Gesellschaft und Öffentlichkeit.

2.4 Die Helferpersönlichkeit

a) Hilfsfähigkeit und -bedürftigkeit;

b) Helferrollen;

c) Beachtung von Grenzen/Vermeidung von Ausgrenzung;

d) Einfühlen, Mit-Fühlen, Mit-Leiden;

e) Psychohygiene (z.B. Burn-out-Vorbeugung).

Ergebnisniederschrift
der 69. GMK
am 21. und 22. November 1996
in Cottbus

Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland

EntschlieÙung

Die Versorgungssituation schwerstkranker und sterbender Menschen muß auf eine tragfähige strukturelle und finanzielle Basis gestellt werden. Hierzu sind insbesondere folgende Maßnahmen vorzubereiten und durchzuführen:

1. Bund und Länder haben unter Berücksichtigung der GMK-EntschlieÙung vom November 1994 den Belangen stationärer Hospize sowie ambulanter Hospizdienste Rechnung zu tragen und nach Möglichkeiten für eine tragfähige finanzielle Grundlage zu suchen. Dabei sind insbesondere Mischfinanzierungskonzepte in Erwägung zu ziehen.
2. Im Rahmen der landesgesetzlichen Regelungen zum Pflegeversicherungsgesetz und der Krankenhausplanung soll auf eine an den örtlichen Gegebenheiten und dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung orientierte bedarfsgerechte Hospizpflege und palliativmedizinische Versorgung hingewirkt werden. Hierbei sollten gegebenenfalls auch Kriterien für die personelle und räumliche Ausstattung der jeweiligen Einrichtungen einbezogen werden.
3. Für die Sicherstellung einer gleichbleibend hohen Qualität der Hospizpflege im ambulanten und stationären Bereich sind Standards zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang bedarf es auch der Klärung von Fragen der Rechts- und Fachaufsicht. Die Fach- und Rechtsaufsicht über stationäre Hospize ist derzeit noch unklar. Bei stationären Hospizen handelt es sich um Einrichtungen, die sich vor allem in Bezug auf Zielsetzung, Aufgabenzuschnitt und Leistungsspektrum deutlich von den traditionellen Einrichtungen zur Betreuung von alten, pflegebedürftigen und behinderten Menschen unterscheiden. Im

79

Ergebnisniederschrift
der 69. GMK
am 21. und 22. November 1996
in Cottbus

Zentrum der Hospizbewegung steht neben der Pflege die psychosoziale Betreuung und Begleitung unheilbar schwerkranker sterbender Menschen und ihrer Angehörigen im Rahmen eines interdisziplinär ausgerichteten Versorgungskonzepts.

4. Die jeweiligen Einrichtungen und deren Träger werden aufgefordert auf eine enge Verzahnung aller an der Betreuung und Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen beteiligten Einrichtungen und Institutionen im ambulanten und stationären Bereich hinzuwirken.
5. Bund, Länder, die Ärztekammern u. a. auf diesem Gebiet Verantwortung tragende Verbände und Institutionen haben dafür Sorge zu tragen, daß die Sterbebegleitung stärker als bisher Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und anderen beteiligten Berufsgruppen findet und vor allem die Fortbildung interdisziplinär erfolgt.
6. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sind eine wichtige Säule der Hospizarbeit. Ihre Tätigkeit ist zu fördern und zu stützen.
7. Die gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben sind weiter zu verbessern. Hierzu bedarf es auch einer dem schwierigen und komplexen Thema angemessenen kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit, in die alle im Hospizbereich Tätigen einzubeziehen sind.

**Richtlinien
über die Förderung sonstiger Maßnahmen
zur Verbesserung der pflegerischen
Versorgung der Bevölkerung nach § 7
des Landespflegegesetzes (LPflegeG)**

Gl.Nr. 6670.1

Bekanntmachung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

vom 19. August 1996 – IX 503 b – 458.111–31.13 – 70.1 –

1 Rechtsgrundlage

1.1 Nach Maßgabe dieser Richtlinien und der Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO werden Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Verbesserung der sozialpflegerischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung gewährt (§ 7 Abs. 1 LPflegeG).

1.2 Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung von Zuwendungen besteht nicht. Über die Gewährung von Zuwendungen entscheiden die Bewilligungsbehörden (Ziff. 6.1) nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

1.3 Bestehende Zuständigkeiten der Gemeinden, Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge nach § 2 der Gemeindeordnung und § 2 der Kreisordnung bleiben unberührt.

2 Ziel und Gegenstand der Förderung

2.1 Ziel der Förderung ist, gemeinsam mit allen an der Pflege beteiligten Institutionen und Organisationen einschließlich der Interessenvertretungen der Pflege- und Hilfebedürftigen

- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung der häuslichen Pflege beizutragen,
- die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer selbständigen Lebensführung der Betroffenen zu unterstützen,
- bestehende Versorgungsangebote weiterzuentwickeln sowie das Vor- und Umfeld von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI zu verbessern und
- auf eine Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären gesundheits- und sozialpflegerischen Einrichtungen und Dienste hinzuwirken.

2.2 Förderfähig sind insbesondere Maßnahmen und Projekte zur

- a) Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
- b) Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zur Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helferinnen und

Helfer einschließlich der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten,

- c) Unterstützung selbstorganisierter Pflege,
- d) Weiterentwicklung bestehender und Entwicklung neuer Formen pflegerischer und betreuerischer Angebote,

e) Fernetzung von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die nicht vom Elften Buch Sozialgesetzbuch erfaßt werden,

f) Beseitigung von Versorgungslücken bei der Pflege oder Betreuung von

- schwerstkranken und sterbenden Menschen,
- Menschen mit schweren Kopf- und Gehirnerkrankungen,
- Menschen mit besonderem Pflege- und Hilfebedarf, z.B. AIDS-Kranken,
- psychisch Kranken und
- anderen besonderen Personengruppen, insbesondere von pflegebedürftigen Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen,

soweit nicht andere Sozialleistungsträger, insbesondere Pflegekassen, leistungspflichtig sind (siehe auch Ziff. 4.2).

2.3 Zuwendungen können auch für Erhebungen zur Situation Pflege- und Hilfebedürftiger und ihrer Familien sowie zum Bestand und zur Fortentwicklung der gesundheits- und sozialpflegerischen Versorgungsstruktur gewährt werden.

3 Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfänger

Zuwendungen können auf Antrag gewährt werden an

- a) im Bereich der sozialpflegerischen, pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung tätige Organisationen und Dienste,
- b) Selbsthilfegruppen sowie
- c) sonstige Maßnahme- oder Projektträger, die über besondere Erfahrungen in den förderfähigen Bereichen verfügen.

4 Art und Umfang der Zuwendung

4.1 Zuwendungen werden im Regelfall als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung mit Höchstbetrag in Form nicht rückzahlbarer Zuschüsse gewährt. Zuwendungen bis zu 100.000,- DM werden als Festbetragsfinanzierung gewährt.

4.2 Förderfähige Aufwendungen sind alle nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit notwendigen maßnahmebezogenen Aufwendungen, soweit hierfür nicht andere Sozialleistungsträger oder sonstige Dritte einzustehen haben.

4.3 Die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger soll eine Eigenbeteiligung in Höhe von mindestens 20 % der förderfähigen Aufwendungen erbringen. Die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger hat alle sonstigen Fördermöglichkeiten auszuschöpfen. Zweckbestimmte Leistungen und Zuwendungen Dritter sind unter Anrechnung auf die Eigenbeteiligung nach Satz 1 in voller Höhe einzusetzen. Die Gesamtfinanzierung muß gesichert sein.

4.4 Förderfähig sind Maßnahmen und Projekte, deren Gesamtaufwendungen im Sinne der Ziffer 4.2 jährlich mindestens 10.000,- DM betragen; in den Fällen der Ziffer 2.2 Buchst. b und c sowie Ziffer 2.3 kann hiervon abgewichen werden.

4.5 Bei der Förderung von Baumaßnahmen nach diesen Richtlinien ist der Erste Teil der Landespflegegesetzverordnung – LPflegeGVO vom 19. Juni 1996 (GVBl. Schl.-H. S. 521) entsprechend anzuwenden.

5 Sonstige Zuwendungsbestimmungen

5.1 Die Ergebnisse der geförderten Maßnahmen sind von der Zuwendungsempfängerin oder dem Zuwendungsempfänger zu dokumentieren und dem Land sowie den Kreisen und kreisfreien Städten zur Auswertung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Dabei ist sicherzustellen, daß ein Rückschluß auf betroffene Personen nicht möglich ist.

5.2 Die Bewilligungsbehörde (Ziff. 6.1) kann die Förderung von Modellvorhaben von einer wissenschaftlichen Begleitung durch ein mit der Zuwendungsempfängerin oder dem Zuwendungsempfänger gemeinsam zu bestimmendes Institut oder Unternehmen abhängig machen.

5.3 Die Förderung von Maßnahmen und Projekten ist grundsätzlich auf drei Jahre begrenzt. Eine längerfristige Förderung setzt einen befürwortenden Beschluß des Landespflegeausschusses voraus.

5.4 Modellvorhaben sollen nur dann gefördert werden, wenn die Fortführung des Vorhabens nach Beendigung der Modellphase hinreichend wahrscheinlich ist.

6 Verfahren

6.1 Zuständige Bewilligungsbehörden sind die Kreise oder kreisfreien Städte (örtliche Bewilligungsbehörden), in denen die Maßnahmen schwerpunktmäßig durchgeführt werden (§ 4 Abs. 3 LPflegeG). Für Maßnahmen oder Projekte von Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unter unmittelbarer Aufsicht des Landes stehen, ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (überörtliche Bewilligungsbehörde) zuständig (§ 4 Abs. 3 Satz 3 LPflegeG).

6.2 Im Einvernehmen mit den betroffenen Kreisen oder kreisfreien Städten können Maßnahmen oder Projekte auch vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt werden. Das gilt insbesondere für Modellvorhaben und andere Maßnahmen, die über die Zuständigkeitsbereiche einzelner Kreise oder kreisfreier Städte hinausgehen. Dabei kann eine von § 4 Abs. 5 Satz 1 LPflegeG abweichende Kostenverteilung vereinbart werden.

6.3 Dem Antrag sind eine Erläuterung der vorgesehenen Maßnahme, eine Projektbeschreibung nach einem vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten erstellten Muster sowie ein Kosten- und Finanzierungsplan beizufügen. Der Kosten- und Finanzierungsplan muß alle maßnahmebezogenen Einnahmen (Erträge) und Ausgaben (Aufwendungen) im Sinne der Ziffer 4.2 einschließlich der Angaben über die Höhe des Eigenanteils und der beantragten Drittmittel enthalten. Für Baumaßnahmen gilt Ziffer 4.5.

6.4 Hält die örtliche Bewilligungsbehörde die vorgesehene Maßnahme für förderfähig, legt sie den Antrag dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Herstellung des Einvernehmens nach § 7 Abs. 2 LPflegeG und zur Aufnahme in den Förderplan nach § 4 Abs. 2 LPflegeG vor. Dabei bestätigt sie, daß die Mitfinanzierung durch den Kreis oder die kreisfreie Stadt und die nach § 4 Abs. 3 Satz 2 LPflegeG beteiligten Kreise oder kreisfreien Städte gesichert ist oder wird.

6.5 Unter Zugrundelegung der Entscheidung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Ziffer 6.4 erteilt die örtliche Bewilligungsbehörde einen Bescheid über die beantragte Zuwendung. Das Einvernehmen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales gilt als hergestellt, wenn das Ministerium nicht innerhalb eines Monats nach Vorlage des Antrags Einwände erhebt. Der Bewilligungsbescheid wird wirksam, sobald sich die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger mit den Bewilligungsbedingungen einverstanden erklärt hat.

6.6 Der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der gewährten Zuwendung ist gegenüber der örtlichen Bewilligungsbehörde nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides zu führen und von dieser zu prüfen. Das abschließende Ergebnis der Prüfung ist dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mitzuteilen.

6.7 Die Ziffern 6.4 bis 6.6 gelten sinngemäß für Maßnahmen, für die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als überörtliche Bewilligungsbehörde zuständig ist.

6.8 Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendungen sowie für den Nachweis und die

Prüfung der Verwendung sowie die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung der Zuwendungsbescheide und die Rückforderung der gewährten Zuwendungen gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO einschließlich der VV-K in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes (insbesondere §§ 116, 117, 117 a LVwG), soweit nicht in diesen Richtlinien Abweichungen zugelassen worden sind.

6.9 Für die Kreise und kreisfreien Städte finden die für sie jeweils geltenden verfahrens- und haushaltsrechtlichen Bestimmungen Anwendung.

7 Übergangsregelung, Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. September 1996 in Kraft. Sie gelten nicht für Maßnahmen, für die bis zum 31. August 1996 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales oder von den Kreisen oder kreisfreien Städten Zuwendungen bewilligt worden sind. Ziffer 6.4 Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 1997 mit der Maßgabe, daß anstelle der Aufnahme in den Förderplan die Mitwirkung des Landespflegeausschusses tritt.

Amtsbl. Schl.-H. 1996 S. 606

