

Hospiz- und Palliativversorgung in Nürnberg - Langfassung

Im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 22.9.2016 wird die Verwaltung gebeten, vor dem Hintergrund des Ende 2015 in Kraft getretenen Hospiz und Palliativgesetzes (HPG) aufzuzeigen:

1. Welche Bedarfe bestehen in der Hospiz- und Palliativversorgung (ambulant und stationär)?
2. Angebote für besonderen Gruppen (mit Behinderung, Migrationshintergrund, Obdachlosigkeit), inwieweit diese bekannt sind und ausgebaut werden sollen
3. Welche Netzwerke laut Gesetz sind vorhanden?
4. Wie sind Zugänge zu bestehenden Angeboten gewährleistet?
5. Wie werden ehrenamtliche Strukturen gefördert?

Zur Beantwortung werden im Folgenden zunächst in **Kapitel 1**, nach einem kurzen allgemeinen Problemaufriss (Kap. 1.1), die generelle Versorgungsstruktur spezifiziert (Kap 1.2) sowie die Neuerungen des HPG kurz erläutert (Kap. 1.3). In **Kapitel 2** werden Hospiz- und Palliativstrukturen speziell in Nürnberg beleuchtet: Stationäre Versorgung (2.1), Ambulante Versorgung (2.2), Hospizdienste (2.3), Weiterbildungsstrukturen (2.4), Vernetzungsstrukturen (2.5), Besondere Zielgruppen (2.6) sowie Förderung ehrenamtlicher Hospizarbeit (2.7). Hauptgegenstand von **Kapitel 3** ist die Frage des Bedarfs, im stationären Bereich (3.1), im ambulanten Bereich (3.2) und bezüglich besonderer Zielgruppen (3.3). **Kapitel 4** gibt eine kurze Zusammenfassung der Fragen des Antrags (4.1) sowie ein allgemeines Fazit und den Ausblick (4.2).

1. Einleitung

1.1 Allgemeines

Bedingt durch die demografische Entwicklung (resultierend in der Zunahme der Pflegebedürftigkeit) gewinnt die hospizlich-palliative Betreuung und Versorgung zunehmend an Bedeutung. Neben der Angst vor Schmerzen ist die Sorge, allein oder unter Fremden zu sterben, die größte Angst vieler Schwerstkranker. Hospize oder Palliativstationen in Krankenhäusern achten als stationäre Einrichtungen darauf, eine persönliche Atmosphäre zu schaffen. Wenn es gesundheitlich möglich ist, möchten die meisten Menschen ihre letzten Tage und Wochen im familiären Kreis zu Hause verbringen. Mit der ambulanten Unterstützung von Hospizdiensten und spezialisierten ambulanten Palliativversorgungsteams kann das realisiert werden. Einer Repräsentativumfrage des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes zufolge wünschen sich zwei Drittel der Befragten (Deutsche ab 18 Jahren) das eigene Zuhause als Sterbeort (DHPV 2012). Tatsächlich beschließt jede/r Fünfte sein/ihr Lebensende in den eigenen vier Wänden. Jede/r Zehnte würde seine letzte Lebensphase gern in einem Hospiz verbringen – in der Realität sind dies aber nur drei Prozent. Fast jeder Dritte stirbt indes in einem Pflegeheim, obwohl nur zwei Prozent dies wollen.

1.2 Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung

Das hospizlich-palliative Versorgungssystem besteht aus folgenden Einrichtungen bzw. Versorgungsarten:

(1) (Stationäre) Hospize: Hospize sind spezielle stationäre Einrichtungen für schwerstkranken und sterbende Menschen. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine progredient verlaufende Erkrankung, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische und

eine palliativ-pflegerische Versorgung notwendig und erwünscht ist. Ferner ist Voraussetzung, dass von einer begrenzten Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist. Vom Hospiz soll eine ganzheitliche Versorgung von professionellen Mitarbeitern und ehrenamtlichen Helfern sichergestellt werden mit dem Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung so weit wie möglich zu erhalten. Im Fokus der Versorgung steht neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.

Es handelt sich um kleine Einrichtungen (mit in der Regel 8 bis höchstens 16 Plätzen) mit familiärem Charakter, deren räumliche Gestaltung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen ausgerichtet ist.

(2) Krankenhäuser: Viele Krankenhäuser bieten eine palliativmedizinische Behandlung an, um dem Schwerstkranken ein beschwerdearmes, angstfreies und würdevolles Sterben zu ermöglichen. Hier erfolgt eine ganzheitliche Behandlung zur Kontrolle von Symptomen und der psychosozialen Stabilisierung der Betroffenen. Angehörige werden dabei durch speziell geschultes Personal einbezogen.

(3) Palliativpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen stellen Palliativpflege (Palliative Care) z.B. mit Unterstützung von ambulanten Hospizdiensten oder der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung sicher. Pflegeeinrichtungen beschreiben in Konzepten zur Sterbebegleitung unter anderem, wie eine Leidenslinderung durch spezielle pflegerische Maßnahmen durchgeführt wird oder wie Angehörige unterstützt werden können. Zudem können diese Häuser sowie Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung leben und betreut werden, eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.

Bei Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden, wird nach der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V grundsätzlich nicht die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung angenommen. Hier können ambulante Hospizdienste und SAPV-Teams die stationäre Heimversorgung ergänzen.

(4) Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV): Die AAPV ist die ambulante Regelversorgung. Sie wird durch Pflegedienste (mit)ausgeführt. Hausärzte dienen dabei als Lotsen der Palliativversorgung. Sie leiten und koordinieren deren Behandlung. Aber auch die auf Palliativversorgung spezialisierten Pflegeberater der AOK unterstützen Sie und beraten Betroffene und ihre Familienangehörigen individuell. Sie helfen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

(5) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Gesetzliche Grundlage hierfür sind v.a. § 37b SGB V und § 132d SGB V. Seit 2007 besteht ein Anspruch der Versicherten auf SAPV. Sie SAPV dient dazu, dass Schwerstkranken, die eine besonders aufwendige medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, bis zum Ende im häuslichen Umfeld leben können. Dazu werden Teams mit speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften gebildet, die in der Regel im Team die Schwerstkranken und Sterbenden zu Hause betreuen. Die psychosoziale Unterstützung der Angehörigen gehört dazu. Die SAPV-Teams sind rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche erreichbar.

In stationären Hospizen besteht Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV. Im Vordergrund steht auch hier nicht der kurative Ansatz, sondern die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden zu lindern. Damit wurde eine Lücke geschlossen für Personen, die nicht mit dem Angebot eines ambulanten Hospizdienstes auskommen und die durch das Angebot der SAPV nicht auf eine stationäre Hospizversorgung angewiesen sind. Die spezialisierten Leistungserbringer sind besonders qualifizierte Ärzte (anerkannte Zusatzqualifikation Palliativmedizin im Umfang von 160 Stunden, zusätzlich Erfahrung in der Palliativversorgung) und Pflegefachkräfte (Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden, zusätzlich Erfahrung in der Palliativversorgung), die als Palliativ-Care-Team zusammenarbeiten.

(6) Ambulante Hospizdienste: Ambulante Hospizdienste leisten Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische Beratung. Sie kommen infrage, wenn der Sterbende nicht im Krankenhaus behandelt werden muss und auch kein Aufenthalt im Hospiz notwendig ist. Unter Anleitung von Fachkräften helfen Ehrenamtliche bei der Betreuung zu Hause oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Ziel ist es, dem Pflegebedürftigen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Auch die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen spielen eine zentrale Rolle. Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes gibt es in Deutschland derzeit etwa 1.500 ambulante Hospizdienste.

(7) Pflegedienste mit dem Schwerpunkt Palliativversorgung: Immer mehr Pflegedienste bieten auch Palliativpflege an. Examinierte Pflegekräfte mit der Zusatzausbildung „Palliative Care“ übernehmen unter anderem die Überwachung der Schmerztherapie, Verbandswechsel, Tumor- oder Dekubitusversorgung. Palliativmedizinisch erfahrene Pflegedienste arbeiten häufig mit den SAPV-Teams eng zusammen.

(8) Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin: Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ sind geschult auf die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung. Auch hierbei soll die bestmögliche Lebensqualität unter Einbezug der Angehörigen erreicht und sichergestellt werden.

(9) Selbsthilfegruppen: Neben den professionellen Angeboten in der Hospiz- und Palliativversorgung sind vor allem Selbsthilfegruppen eine wichtige Anlaufstelle für Angehörige. In Selbsthilfegruppen können sie sich austauschen und Unterstützung in dieser schweren Lebenslage finden. Zusätzlich werden oft wichtige Informationen und Tipps weitergegeben.

1.3 Wesentliche Änderungen durch das HPG

Am 5. November 2015 hat der Bundestag des HPG (Hospiz- und Palliativgesetz) beschlossen, einen Tag später auch der Bundesrat. Die gesetzlichen Änderungen sind am 1.1.2016 in Kraft getreten. Ziele dieses Gesetzes sind u.a. Verankerung der Sterbebegleitung in der Regelversorgung (SGB XI-Versorgungsauftrag), Verwirklichung eines flächendeckenden Angebots der Hospiz- und Palliativversorgung (HPV); Verbesserung von Information und Beratungen zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung und der Selbstbestimmung am Lebensende; Verbesserung der Koordination und Vernetzung in der HPV:

- (1) Stärkere Verankerung der Palliativversorgung in der Regelversorgung, z.B. umfasst die Häusliche Krankenpflege jetzt auch ambulante Palliativversorgung; die vertragsärztliche Versorgung wird um die Verordnung von SAPV erweitert.
- (2) Einführung einer Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen: Mit dem HPG ist ein Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und der Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung geschaffen worden. Der Anspruch umfasst die Information über das regional vorhandene Beratungs- und Versorgungsangebot sowie deren Ansprechpartner und ggf. Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme. Die Krankenkassen können diese Beratung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bzw. den Beratungen durch Pflegestützpunkte abstimmen.
- (3) Verbesserung der Sterbebegleitung in Pflegeheimen: Zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe können den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase anbieten, u.a. spezifische Beratung und Fallbesprechungen; bei den Fallbesprechungen sind u.a. Hausärzte einzubeziehen (§ 132g SGB V). Außerdem werden Pflegeheime in § 114 SGB XI Abs. 1 explizit aufgefordert, ab dem 1.7.2016 u.A. über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz zu berichten. Mit dem Ziel, eine koordinierte Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit der Ärzteschaft zu gewährleisten, wurde der Abschluss von Kooperationsverträgen stationärer Pflegeeinrichtungen mit Vertragsärzten verbindlicher vorgeschrieben. Bisher war der Abschluss solcher Kooperationsvereinbarungen lediglich eine Kann-Option, zukünftig sollen Pflegeeinrichtungen entsprechende Verträge abschließen.

Um dies zu unterstützen, wird die Teilnahme von Vertragsärzten an solchen Verträgen finanziell gefördert. Ferner können Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Bedingungen in ein stationäres Hospiz wechseln.

(4) Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen:

a) Stationäre Hospize: Krankenkassen zahlen zukünftig 95% (statt bisher 90%) der zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung.

b) Ambulante Hospizdienste: Die Förderung durch die Krankenkassen wurde erweitert. Während bis dato nur die Personalkosten gefördert, umfasst die Förderung nun auch die Sachkosten. Zudem wurde der Förderbetrag je Leistungseinheit von 11 auf 13 % der monatlichen Bezugsgröße erhöht. Neue Hospizdienste müssen nicht mehr mindestens ein Jahr bestehen, um in die Förderung durch die Krankenkassen einbezogen zu werden.

2. Hospiz- und Palliativstrukturen in Nürnberg

In Nürnberg sterben pro Jahr **knapp 6.000 Menschen** (2015: 5.881; 2016: 5.712)¹; dies entspricht knapp 1% der Bevölkerung (dieser Wert liegt im Bundesdurchschnitt). Eine Auswertung über die Sterbeorte der Nürnbergerinnen und Nürnberg liegt bislang nicht vor. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die tatsächlichen Sterbeorte nicht mit den gewünschten übereinstimmen (wie überall im Bundesgebiet; vgl. 7. Altenbericht der Bundesregierung).

Im Folgenden werden die verfügbaren Daten zu den einzelnen Versorgungssegmenten präsentiert. Die Recherche hierzu ist in Teilen unvollständig, zum einen wegen der Komplexität des Gegenstandes, zum anderen, weil von den einzelnen Einrichtungen nicht alle gewünschten Informationen geliefert werden konnten.

2.1 Stationäre Versorgung

a) Stationäre Hospize

Nürnberg verfügt über **zwei stationäre Hospize** mit insgesamt **22 Plätzen**: Das Haus Xenia mit 10 Plätzen (Träger: Caritas Nürnberg) und das Mathildenhäus in Mögeldorf (Träger: Evangelischer Gemeindeverein Nürnberg Mögeldorf e.V.) mit 12 Plätzen. Beide zusammen versorgen etwa 300 Patientinnen und Patienten pro Jahr.

Haus Xenia: Die Auslastungsquote betrug 92% im Dreijahres-Schnitt 2014-2016. Im Schnitt werden 160-170 Patienten pro Jahr betreut. Die Zahl der Anfragen wird mit 600-650 angegeben, wobei diese immer an beide Hospize gestellt werden. Ferner werden etwa 400 Angehörigengespräche pro Jahr geführt. Nach Einschätzung des Hospizes bestehen hinsichtlich der Zahl der verfügbaren (Palliativ-)Ärzte „keine Probleme mit der Versorgung“.

Mathildenhäus: Im Jahr 2016 betrug die Auslastungsquote 83,8% (86,8% im Durchschnitt der Jahre 2014-2016), 139 Patientinnen und Patienten wurden aufgenommen (135 im Dreijahres-Schnitt), es gab 370 Aufnahmeanfragen und von den betreuten Bewohnern verstarben im Jahresverlauf 119. Das Mathildenhäus arbeitet mit etwa 7 Palliativärzten zusammen.

	Belegungsquote %*	Durchschnittliche Verweildauer*	Betreute Bewohner*	Anfragen 2016
Haus Xenia (10 Plätze)	92%	20 Tage	160-170	ca.600-650 (beide Hospize)
Mathildenhäus (12 Plätze)	87%	26,3 Tage	135	370

* 3-Jahres-Durchschnitt (2014-2016)

¹ Stadt Nürnberg, Amt für Statistik und Stadtforschung. Monatsbericht für Dezember 2016, März 2017

b) Krankenhäuser

(1) Palliativstationen

In Nürnberg gibt es **eine Palliativstation** mit insgesamt **21 Betten** im Klinikum Nürnberg. Die Statistik von 2015 weist aus, dass 606 Patienten betreut wurden (darunter v.a. Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen); davon haben 573 eine sog. „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (auf der Palliativstation) erhalten und 33 eine sog. „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (auf anderen Stationen). Insgesamt steigt tendenziell die Zahl der Behandlungen, aktuell dürften es ca. 700 Patienten pro Jahr sein.

(2) Palliativmedizinische Dienste (PMD) in Krankenhäusern

Palliativmedizinische Dienste stehen Krankenhauspatienten außerhalb der Palliativstation zur Verfügung. Es handelt sich um multiprofessionelle Teams aus qualifizierten Ärzten und Pflegepersonal sowie Psychologen und Case Management. Versorgungsangebote sind z.B. Erstgespräche zu Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung, konsiliarische palliativmedizinische Mitbehandlung, palliativpflegerische Beratung, Unterstützung bei der Organisation der weiteren Versorgung, Gesprächsangebote zu Krankheitsverlauf, Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht usw.

In Nürnberg bestehen an **2 Krankenhäusern** Palliativmedizinische Dienste. Im **Klinikum Nürnberg** bietet der Palliativbereich an beiden Klinikstandorten Nord und Süd einen Konsildienst (d.h. fachärztliche Beratung für andere Krankenhausabteilungen) an. Da der Bedarf nicht mehr gedeckt werden konnte, wurde 2015 ein PMD eingerichtet. Das Team besteht aus einem Palliativmediziner, 2 ausgebildeten Palliative Care-Kräften und einer Sozialpädagogin. Das Klinikum Nürnberg verfügt mittlerweile über ein sehr gut ausgebautes Palliativ-Netzwerk: dazu gehören u.a. niedergelassene Ärzte, SAPV-Teams in Nürnberg und Umgebung, das Hospiz-Team, Pflegeheime und ambulante Dienste. Ferner besteht im **Krankenhaus Martha-Maria** ein weiterer Palliativmedizinischer Dienst (Palliativteam).

In den übrigen Krankenhäusern in Nürnberg bestehen keine speziellen Palliativdienste. Die Sterbebegleitung erfolgt hier vorwiegend durch Seelsorger, Psychologen und Sozialpädagogen sowie ehrenamtliche Hospizhelfer (teils Klinikintern, teils extern z.B. über das Hospiz-Team). Es gibt dort auch speziell in Palliativversorgung weitergebildete Ärzte und Pflegekräfte, Zahlen hierzu liegen allerdings nicht vor.

c) Pflegeheime

Bei stationär Pflegebedürftigen nach SGB XI wird nach der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V grundsätzlich nicht die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung angenommen. Hier können aber ambulante Hospizdienste und SAPV-Teams die Heimversorgung ergänzen.

In Nürnberg besteht eine stationäre Pflegeeinrichtung mit 4 speziellen Hospiz-/Palliativbetten (Pro Seniore Residenz Noris, Glockenhof). Dieser „besondere Service“ ist jedoch noch nicht durch die Krankenkassen anerkannt. Das Personal verfügt über eine Weiterbildung in Palliative Care und Schmerzassistenz (durch Diakonie Neuendettelsau), es wird mit dem Hospiz-Team (auch SAPV) kooperiert. Nach Angaben der Einrichtung ist die Auslastung „ausreichend, der Bedarf ist da“.

In den übrigen Pflegeheimen findet selbstverständlich auch eine Sterbebegleitung statt, teilweise in Kooperationen mit dem Hospiz-Team, dem SAPV-Team und (Haus-)Ärzten.

Wie viel Personal jeweils über eine Palliative Care-Weiterbildung verfügt und wie hoch die Qualität der Versorgung tatsächlich ist, kann im Rahmen dieses Berichts nicht definitiv geklärt werden; auch liegen keine Zahlen bezüglich der jährlich durchgeführten Sterbebegleitungen vor.

2.2 Ambulante Versorgung

a) AAPV

Die AAPV ist die ambulante Regelversorgung von Schwerstkranken und sterbenden Menschen. Pflegedienste arbeiten hier mit den Haus- und Fachärzten der Patientinnen und Patienten zusammen. Auch die Hospizdienste sind in der AAPV tätig, da sie aber auch im stationären Setting eingesetzt werden können, werden sie hier gesondert behandelt (Kap. 2.3).

(1) Ärzte mit Palliativweiterbildung:

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen einer umfassenden Weiterbildung zum Palliativmediziner und einer 40-stündigen Fortbildung für Hausärzte auf diesem Gebiet. Daneben gibt es niedergelassene (Haus-)Ärzte, die über keine der beiden Zusatzausbildungen verfügen, aber dennoch große Praxiserfahrung in der Versorgung Sterbender haben.

Den Recherchen zufolge gibt es in Nürnberg mindestens **9** Ärzte mit Palliativweiterbildung und mindestens **7** Ärzte, die zwar nicht über die spezielle hausärztliche Weiterbildung verfügen, aber aufgrund ihrer Erfahrung und/oder anderen Qualifikationen (z.B. Onkologie) eine Palliativversorgung anbieten. Abgesehen davon leisten die die meisten Hausärzte mehr oder weniger auch Palliativversorgung, es fehlt aber an einer flächendeckenden Weiterbildung. Im Rahmen dieses Berichts können keine Aussagen zur Qualität der tatsächlichen Versorgung und zu jährlichen Versorgungsquoten gemacht werden (keine zentralisierte und vollständige Datenerfassung vorhanden).

(2) Pflegedienste mit Palliativversorgungsangebot:

Den Recherchen zufolge gibt es in Nürnberg **7 Pflegedienste**, die u.a. Palliativversorgung im Rahmen der AAPV anbieten, wobei einer davon darauf spezialisiert ist. Von den Einrichtungen konnten nicht alle zahlenmäßige Angaben machen; Folgendes lässt sich sagen:

- Auf AAPV spezialisiert hat sich der Pflegedienst „Freie Sozialstation Palliative Care Team“. Er bietet auch eine spezielle Schmerztherapie und Screening-Verfahren in Kooperation mit Haus- und Fachärzten an. Nach eigenen Angaben gibt es ca. 1-2 Anfragen pro Monat, was rund 12-24 Versorgungsfällen pro Jahr entspricht (darunter auch Kinder und jüngere Erwachsene). Allerdings erstreckt sich das Versorgungsgebiet über die Stadtgrenzen Nürnbergs hinaus. Das Durchschnittsalter der versorgten Personen liegt bei ca. 50 Jahren, die die mittlere Versorgungsdauer beträgt ca. 3 Wochen.
- Die Diakoniestation Lichtenhof der Rummelsberger Dienste gibt an, ca. 6-12 Palliativversorgungen pro Jahre durchzuführen, bei Bedarf in Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team (siehe Pkt. b).
- Die Diakoniestation Ziegelstein-Buchenbühl leistet eigenen Angaben zufolge ca. 2-3 Akutversorgungen (in Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team) und ca. 2-3 Langzeitversorgungen pro Jahr.
- Der Ambulante Pflegedienst im Seepark der Diakonie Mögeldorf berichtet von ca. 10-15 versorgten Patientinnen und Patienten jährlich (in Kooperation mit dem Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst der Diakonie Mögeldorf).
- Die Diakoniestation St. Jobst verzeichnet pro Jahr ca. 8-10 Palliativbetreuungen, teilweise bei Bedarf mit dem SAPV-Team (siehe Pkt. b). Die Zusammenarbeit mit Hausärzten wird als sehr gut bewertet.
- Der Sozialpflegerische Dienst der Christengemeinschaft Nürnberg e.V. betreut nach eigenen Angaben ca. 20-25 Palliativpatientinnen und -patienten, ebenfalls zum Teil mit SAPV-Unterstützung.

Die Zusammenarbeit mit den (Haus-)Ärzten und anderen Akteuren der AAPV funktioniert (den Angaben der Dienste zufolge) größtenteils gut, könnte aber insgesamt noch breiter vernetzt und gebündelt werden. Zu diesem Zweck wurde in **Erlangen** beispielsweise das Modellprojekt „vAAPV“ (vernetzte Allgemeine Ambulante Palliativversorgung) ins Leben geru-

fen. In Nürnberg soll dies in Zukunft im Rahmen des 2016 neu gegründeten HPV (Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Nürnberg) erreicht werden; vgl. Kap. 2.5.

b) SAPV

Die SAPV gehört überwiegend zur ambulanten Versorgung und kommt dann zum Zuge, wenn die AAPV an ihre Grenzen stößt; wie oben dargestellt, kann SAPV aber auch im stationären Kontext eines Pflegeheims erbracht werden.

In Nürnberg existiert aktuell **1 SAPV-Dienst**. Dieser wurde 2012 als „gGmbH SAPV Team Nürnberg“ gemeinsam vom Hospiz-Team Nürnberg und dem Klinikum Nürnberg gegründet (Gesellschafteranteile 65% Hospiz-Team, 35% Klinikum). Im Jahr 2016 wurden ca. 420 Patientinnen und Patienten im Stadtgebiet versorgt (2015 ca. 400 Personen).

2.3 Hospizdienste und Hospizvereine

Im Hospizdienst werden Ehrenamtliche eingesetzt, die von einem hauptamtlich geführten Dienst koordiniert werden. Im Stadtgebiet Nürnberg sind **3 Hospizdienste** aktiv, das Hospiz-Team, der Hospizverein Mögeldorf und der Rummelsberger Hospizverein (vorrangig im Nürnberger Süden). Ein „Sonderprojekt“ ist die ehrenamtliche Sitzwache des Krankenhauses Martha-Maria.

(1) Hospizdienst des Hospiz-Teams

Das Hospiz-Team wurde bereits 1992 gegründet. Rund 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen engagieren sich darin ehrenamtlich. Die Einsätze werden von einem hauptamtlichen Koordinatoren-Team geplant und organisiert. Die Begleitungsdauer variiert stark (wenige Stunden bis mehrere Monate). In der Regel werden die Betroffenen zu Hause begleitet, zum Teil auch in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe. Der Einzugsbereich erstreckt sich auf das Nürnberger Stadtgebiet und den näheren Umkreis.

Aufgrund der großen Anzahl der Begleitungen differenzieren sich diese in unterschiedliche Zielgruppen, denen jeweils spezialisierte Koordinatorinnen und Koordinatoren zugeordnet sind.

- Allgemeiner Hospizdienst für Schwerstkranke und Sterbende: Die Betroffenen werden ehrenamtlich begleitet und können auch die hauptamtlichen Koordinatoren im „Palliative Care Beratungsdienst“ (PCBD) in Anspruch nehmen.
- Kinderhospizdienst (das Versorgungsgebiet geht über Nürnberg hinaus).
- Zusammenarbeit mit und Einsatz von Ehrenamtlichen im Klinikum Nürnberg Nord, speziell auf der Palliativstation (Haus 10/4).
- Zusammenarbeit mit dem Palliativmedizinischen Dienst (PMD) am Klinikum Süd.
- Zusammenarbeit mit und Einsatz von ehrenamtlich Mitarbeitenden im stationären Hospiz Haus Xenia.
- Zusammenarbeit mit dem stationären Hospiz „Mathilden-Haus“ in Mögeldorf.
- Begleitung von Menschen mit Behinderung: Seit 2004 Kooperationen mit den großen Trägern der Behindertenhilfe (z.B. Lebenshilfe, Diakonie Neuendettelsau, Rummelsberger Diakonie). Ehrenamtliche Mitarbeitende werden im Rahmen einer besonderen Schulung vorbereitet und in den kooperierenden Einrichtungen eingesetzt.
- Begleitung von Menschen in Obdachlosigkeit. Zusammenarbeit mit der Heilsarmee. (AG Sterbebegleitung für wohnungs- und obdachlose Menschen (vgl. SozA 23.4.2015).

Über die Anzahl der Begleitungen macht das Hospiz Team folgenden Angaben (2016):

- 286 Begleitungen mit Ehrenamtlichen-Einsatz (2015: 210), inkl. 3 Begleitungen in Behinderteneinrichtungen und 4 Begleitungen in Obdachloseneinrichtungen).
- 134 Begleitungen ohne Ehrenamtlichen-Einsatz.
- 33 Begleitungen von Kindern und Jugendlichen (incl. 2 Begleitungen in Behinderteneinrichtungen).
- 120 Trauerberatungen im Haus.
- 145 Beratungen per Telefonberatung und Hospiz.
- 156 Beratungen zu Patientenverfügungen.

Besonders hervorzuheben ist auch der **Hospizlich Palliativ-Geriatrie Dienst (HPGD)** des Hospiz-Teams in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Ein Stamm an ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen des Hospiz-Team Nürnberg ist in den beteiligten Häusern zu festen Sprechzeiten eingesetzt. Mitarbeiter/innen der Häuser können diese Ehrenamtlichen bei Bedarf ansprechen und um eine Beratung und Begleitung bitten. Die Vermittlung erfolgt somit vor Ort. Den Recherchen zufolge wird der HPGD aktuell **in 7 Einrichtungen** umgesetzt (eine achte ist in Planung).

(2) Hospizdienst der Diakonie Mögeldorf

Die Diakonie Mögeldorf verfügt über den „Ambulanten Hospiz- und palliativen Beratungsdienst“ (als Fachdienst) sowie den (ehrenamtlichen) „Ökumenischen Hospizbegleiterkreis“. Dort begleiten Frauen und Männer verschiedenen Alters und verschiedener Berufe Menschen in ihrer letzten Lebensphase und deren Angehörige, sowohl im häuslichen als auch im stationären Bereich. Hauptamtliche Begleitung erfolgt mittels a) Gesprächsangeboten durch die Koordinatoren und das Leitungsteam, b) monatliche Supervision, c) monatliches Treffen des Hospizkreises. Das Team besteht aus 5 Hauptamtlichen (1 Vollzeit- und 3 Teilzeitkräfte, 1 Geringverdienerin), der Kreis der Ehrenamtlichen umfasst derzeit 54 Personen. Pro Jahr werden ca. 100 Patienten betreut, Tendenz steigend.

Der Einzugsbereich erstreckt sich auf das Nürnberger Stadtgebiet. Engere Zusammenarbeit besteht mit den eigenen Einrichtungen der Diakonie (Diakonie Nürnberg Ost, ambulanter Dienst Seepark); darüber hinaus aber auch mit allen Nürnberger Pflegediensten sowie Hausärzten.

(3) Hospizdienst der Rummelsberger Diakonie

Der Hospizdienst der Rummelsberger Diakonie besteht aus einem hauptamtlichen Fachdienst („Fachstelle für Hospiz- und Palliative Care“) und einem ehrenamtlichen Hospizbegleiterkreis (Verein Rummelsberger Hospizarbeit). Letzterer besteht bereits seit 1999 und leistet Begleitung zuhause und in stationären Pflegeeinrichtungen. Im Lauf der Jahre haben sich weitere Schwerpunkte herausgebildet, z.B. Beratung zu Patientenverfügungen oder Angebote für Trauernde. Alle Ehrenamtlichen werden für ihren Dienst umfassend geschult und begleitet. Seit 2012 ist nach § 39a SGB V eine Fachkraft für Hospiz-koordination fest angestellt (Fachstelle für Hospiz- und Palliative Care). Das Versorgungsgebiet umfasst alle Einrichtungen der Rummelsberger Dienste, vornehmlich im Nürnberger Süden sowie im Zentrum der Stadt. Genauer Zahlen zu Betreuungen liegen nicht vor.

Neben diesen 3 Diensten ist das Palliativprojekt des Krankenhauses Martha-Maria erwähnenswert. Seit 2010 besteht dort eine Sitzwache bei Schwerstkranken und Sterbenden. Speziell ausgebildete Ehrenamtliche (50 Stunden, gefördert durch Bayerische Stiftung Hospiz) begleiten Schwerstkranke und Sterbende sowie deren Angehörige. Einmal monatlich trifft sich die Sitzwachengruppe zu Weiterbildung und Supervision unter Leitung der Krankenhaus-Seelsorge. (Das Koordinationsteam ist telefonisch montags bis freitags 10.00 bis 18.00 Uhr erreichbar.)

2.4 Weiterbildungsstrukturen

Nürnberg ist strukturell im Weiterbildungssektor sehr gut aufgestellt: Es existieren zwei große Hospizakademien (für eine Vielzahl von Berufsgruppen und Ehrenamtliche) sowie Fortbildungsveranstaltungen einzelner Träger für ihre speziellen Betreuungsgruppen.

a) Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin (Hospiz-Team)

2003 gründete das Hospiz-Team Nürnberg als alleiniger Gesellschafter die Akademie als ein 100%-iges Tochterunternehmen. Aufgabe der Akademie ist die Hospiz- und Palliativarbeit in die Öffentlichkeit zu bringen und gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote zu entwickeln, um so die hospizlich palliative Versorgung **in der Region** zu fördern. Neben der Qualifikation von Hospizbegleitern, Pflegenden, Ärzten, Physiotherapeuten und medizinischen Fachangestellten in den Bereichen Hospiz und Palliativ Care bietet die Akademie jährlich **ca. 60 Veranstaltungen** für verschiedene Zielgruppen an, darunter auch Inhouse-Schulungen an. Das

umfangreiche Jahresprogramm der Akademie kann unter www.hospiz-akademie-nuernberg.de abgerufen werden. Auch das Trauerinstitut, dessen Aufgabe es ist, Trauerbegleiter für ihre Aufgabe zu qualifizieren, ist unter dem Dach der Akademie organisiert.

b) GGSD Hospizakademie Nürnberg

Das Kompetenzzentrum Palliative Care und Hospizkultur existiert als eigene Abteilung der GGSD (Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste e.V.) seit 2006 und befindet sich unter dem Dach der Hauptverwaltung in Nürnberg. Das Team ist mit Kursen an den verschiedenen Schulstandorten der GGSD in Bayern und mit Inhouse-Schulungen oder Projektberatung auch direkt vor Ort präsent. Im Zusammenwirken der bayerischen Hospizakademien konzentriert sich die Hospiz Akademie der GGSD nicht ausschließlich, aber mit besonderem Engagement auf die Unterstützung von Mitarbeitenden in Pflegeheimen und Pflegediensten. Unter den zwei Arbeitsschwerpunkten „Fort- und Weiterbildung Palliative Care“ und „Organisationsentwicklung Hospizkultur“ ist in den letzten Jahren ein dichtes Programm mit aufeinander abgestimmten Bausteinen konzipiert worden. Angebote sind u.a. Basiskurse Palliative Care für Pflege, Palliative Aromapflege, Begleitung von geistig eingeschränkten Menschen, Vorsorgemultiplikatorinnen und –multiplikatoren.

c) Weitere Fortbildungsangebote

Für Ehrenamtliche des **ökumenischen Hospizbegleiterkreis der Diakonie Mögeldorf** wird eine eigene Fortbildung angeboten; diese besteht aus Orientierungs- und Ausbildungskursen und einer Praxisphase im stationären und ambulanten Bereich (Kursgebühr 150 €).

Für professionell im Gesundheitswesen Tätige gibt es darüber hinaus die obligatorischen Angebote (Seminare/Fortbildungsveranstaltungen) des **Bayerischen Hausärzteverbands** sowie ein „Thanatologisches Seminar“ des staatlich anerkannten **Ausbildungsinstituts IVS** (Institut für Verhaltenstherapie); dessen Aufgabe ist die Fort- und Weiterbildung zur psychotherapeutischen Begleitung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen.

2.5 Vernetzungsstrukturen

Die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz ist für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ein wichtiger Baustein, um die Anforderungen an eine qualifizierte Sterbebegleitung erfüllen zu können. Insbesondere geht es dabei um die Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen oder auch SAPV-Teams. Um die Information der Verbraucher über Versorgungsangebote zu verbessern, sind stationäre Pflegeeinrichtungen durch das HPG seit dem 1. Juli 2016 dazu verpflichtet, zusätzlich zu den bisher schon zu veröffentlichenden Informationen zur Zusammenarbeit mit Ärzten und Apotheken den Kassen Kooperationen mit Hospiz- und Palliativnetzen mitzuteilen. Diese Informationen werden im Zusammenhang mit dem Transparenzbericht veröffentlicht.

Der bayerische Hospiz- und Palliativverband (BHPV) hat im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Ausführung des HPG entsprechende Rahmenbedingungen entwickelt und die Gründung von Hospiz- und Palliativnetzwerken angestoßen. Zentrale Aufgabe der Netzwerke ist es, „Landkreise, Städte und Gemeinden bei Aufbau und bei der Koordination hospizlicher und palliativer Netzwerkstrukturen vor Ort unter Berücksichtigung gewachsener Strukturen [zu] unterstützen“ und den „Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit Palliative Care-Angeboten und deren Vernetzung mit vorhandenen örtlichen Strukturen und Gegebenheiten weiter voranzutreiben“. Insbesondere ist damit auch eine Anschubfinanzierung (Finanzierung von Koordinatorenstellen) verbunden.

Was die Stadt Nürnberg betrifft, so wurde auf Initiative des Hospiz-Teams Nürnberg in Zusammenarbeit mit dem Seniorenamt der Stadt Nürnberg im Sommer 2016 das **Hospiz- und Palliativnetzwerk Nürnberg (HPVN)** gegründet. Durch regionale Vernetzung aller an der hospizlich-palliativen Versorgung Beteiligten soll das Ziel erreicht werden, einen Beitrag zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur von schwerstkranken und sterbenden Menschen in der Stadt Nürnberg zu leisten. Der Zielerreichung dienen v.a. folgende Maßnahmen:

- a) Gemeinsamer Aufbau von Strukturen für eine allgemeine und spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung, sowohl ambulant als auch stationär, im Stadtgebiet (die z.B. auch von den Krankenkassen anerkannt werden).
- b) Schaffung eines gemeinsamen Fort- und Weiterbildungsangebotes für ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitende in der hospizlich-palliativen Versorgung („Advanced Care Planning“).
- c) Aufbau eines neuen hospizlich-palliativen Beratungsangebotes für Ärzte und Pflegepersonal („Hospiz- und Palliativzentrum Nürnberg“).
- d) Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

Bedarfsgerechte Versorgung, partnerschaftliche Zusammenarbeit (wissen, was die anderen tun) und die Kooperation Ehrenamtlicher mit Hauptamtlichen sind dabei wichtige Handlungsfelder.

Grundsätzlich steht eine Mitarbeit im HPV Nürnberg allen Personen/Einrichtungen offen, die hospizlich-palliativ tätig sind. Deswegen verfolgt das HPV ein dreistufiges Vorgehen: Zuerst werden Kooperationsvereinbarungen mit den stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen, im Anschluss daran mit ambulanten Pflegediensten und drittens mit weiteren an der Versorgung beteiligten Gruppen (z.B. Ärzte-Netzwerke, Einrichtungen der Behindertenhilfe, stationäre Hospize).

Mitte 2016 fand ein erstes Informationstreffen statt (mit 80 Teilnehmern), fast alle Einrichtungen haben ein Interesse an einer Zusammenarbeit bekundet. Im September 2016 erfolgte die Vertragserstellung und der Versand der Kooperationsverträge. Mit aktuell 36 Einrichtungen (Stand Anfang Mai 2017) sind bereits Kooperationsverträge geschlossen worden. Die Kooperationspartner verpflichten sich u.a. zur Umsetzung der Beschlüsse in ihren Einrichtungen und zur verbindlichen Teilnahme an den zu erarbeitenden Fortbildungsangeboten. Geplant sind regelmäßige Netzwerktreffen: das erste fand im November 2016 statt, das zweite im April 2017.

Das o.g. **Hospiz- und Palliativzentrum** verfolgt dabei das Ziel, Menschen, die in eine hospizlich palliative Situation geraten, umfassend beraten zu können. Dazu soll ein Beratungstelefon („Clearingtelefon“) eingerichtet werden, das werktags zwischen 9.00 und 17.00 Uhr besetzt ist. Dazu erfolgt zunächst ein Profilerfassung aller Organisationen im Bereich der hospizlich-palliativen Versorgung in Nürnberg (Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Angebotsstruktur) und anschließend Vernetzung aller im Stadtgebiet etablierten Institutionen, Beratungsstellen etc., die mit der Versorgung von Menschen in hospizlich-palliativer Form in Berührung sind. In Kooperation mit dem Jobcenter werden Mitarbeitende für die Betreuung der Hotline ausgewählt, im September 2017 soll mit entsprechenden Schulungen begonnen werden. Der Start des Clearingtelefons ist für November 2017 geplant.

2.6 Besondere Zielgruppen

Im Folgenden werden Informationen referiert, die auf telefonischen Recherchen des Seniorenamtes basieren; eine standardmäßige Erfassung der Inanspruchnahme von Palliativversorgungsleistungen der genannten Zielgruppen ist bislang nicht vorhanden.

a) Menschen mit Behinderung

Seit 2004 besteht eine Kooperation des **Hospiz-Teams** mit den großen Trägern der Behindertenhilfe (z.B. Lebenshilfe, Diakonie Neuendettelsau, Rummelsberger Diakonie). Ehrenamtlich Mitarbeitende werden im Rahmen einer besonderen Schulung vorbereitet und in den kooperierenden Einrichtungen (inkl. Wohngruppen) eingesetzt. Laut Angaben des Hospiz-Teams nehmen die Anfragen deutlich zu. 2016 hat das Hospiz-Team 8 Menschen mit Behinderungen begleitet; 2017 sind es bereits 12 Personen. Das Hospiz-Team stellt zum 1.1.2018 eine weitere Fachkraft für Palliative Care für Menschen mit Behinderung ein, da Anfragen verstärkt auch von außerhalb des Stadtgebiets von Nürnberg kommen.

Die „**Freie Sozialstation** (Palliative Care Team)“ berichtet von dem Problem, dass bei schweren körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen die Versorgung ambulant kaum zu leisten sei, es sei denn, die Betroffenen befinden sich in einer speziellen Pflegeeinrichtung für behinderte Menschen; diese sind jedoch kaum vorhanden (in Nürnberg ansatzweise verwirklicht im Mittelfränkischen Blindenheim sowie im SUSA-Projekt der Noris Inklusion mit dem NürnbergStift).

Im Bereich stationärer Hospize nimmt das **Hospiz Xenia** Menschen mit Behinderung eher selten auf, aber „es kommt immer mal wieder vor“. Das Hospiz **Mathildenhaus** berichtet über Erfahrungen mit behinderten Menschen, konkrete Zahlen konnten nicht genannt werden.

b) Menschen mit Migrationshintergrund

Den Recherchen zufolge gibt es in Nürnberg **10 ambulante Pflegedienste**, die ihr Angebot überwiegend an Menschen mit Migrationshintergrund richten; 7 davon sind russisch ausgerichtet, 2 russisch/kroatisch und 1 türkisch/islamisch. Inwieweit diese Pflegedienste auch Palliativversorgung anbieten und Mitarbeitende mit entsprechenden Qualifikationen beschäftigen, ist nicht bekannt. Der auf AAPV spezialisierte Pflegedienst „Freie Sozialstation“ gibt an, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund erst sehr spät, wenn überhaupt melden.

Laut Angaben des **Hospiz-Teams** gibt es nur wenige Anfragen von Migranten. Bei den schon länger in Deutschland lebenden Familien (dritte Generation speziell türkischstämmiger Menschen) nimmt die Zahl zu (2016 waren es 6 Familien). Bei Menschen aus osteuropäischen Ländern nehmen die Anfragen ebenfalls zu, es besteht aber häufig ein Sprachproblem; hier wäre Personal mit entsprechenden Sprachkenntnissen vonnöten bzw. eine stärkere Kooperation mit den auf Migranten spezialisierten Pflegediensten.

Das **Haus Xenia** nimmt eigenen Angaben zufolge „immer mal wieder“ Migranten auf, man habe schon einige Erfahrungen. Insgesamt sei aber die Zahl der Anfragen eher gering.

Das Pflegeheim „**Pro Seniore Residenz Noris**“ nimmt dagegen viele Migranten auf, dies bringe die Lage in der Südstadt und ein multikulturelles Team mit sich (Personal und Bewohner aus ca. 30 verschiedenen Nationalitäten). Deshalb werden auch im kleinen Palliativbereich (4 Betten) immer wieder Menschen mit Migrationshintergrund versorgt.

c) Wohnungslose Menschen

Erfahrungen mit wohnungslosen Menschen können nur wenige Einrichtungen berichten: Die auf AAPV spezialisierte „Freie Sozialstation“ z.B. spricht als Probleme den Versorgungsort und die Kostenübernahme an. Das stationäre Hospiz Xenia nimmt, eigenen Angaben zufolge, Obdachlose auf, meist über die Straßenambulanz oder Domus (stationäre Einrichtung der Caritas); es komme insgesamt aber selten vor.

Die prekäre Lage von sterbenden wohnungslosen Menschen wurde bereits im Sozialausschuss thematisiert. In der Sitzung vom 23.04.2015 wurde eine „Versorgungslücke einer palliativ-medizinischen und –pflegerischen Behandlung für wohnungslose und obdachlose Menschen“ konstatiert. Das Sozialamt (unter Federführung des Sozialpädagogischen Fachdienstes, SFD) hat deshalb mit Leistungserbringern der Obdachlosenhilfe und dem Hospiz-Team eine **Kooperationsvereinbarung** geschlossen. Darin wird insbesondere festgehalten, dass a) kein Mensch von der Hospizbegleitung ausgeschlossen wird, b) eine dauerhafte Vernetzung und Informationsflüsse zwischen Obdachlosenhilfe und Hospiz-Team gewährleistet ist, c) ausgewählte ehrenamtliche Hospizbegleiter besonders für die Zielgruppe geschult werden, d) Peergruppen-Mitglieder zur Begleitung von Sterbenden durch die Hospizakademie ausgebildet werden, und e) eine kostenlose Sterbebegleitung durch ehrenamtliche Betreuung des Hospiz-Teams durchgeführt wird.

Insofern sind geeignete Strukturen geschaffen worden. Mitarbeitende des SFD wurden z.B. entsprechend geschult, auch die Zusammenarbeit des SFD mit dem Hospiz-Team ist hervorragend. Laut Hospiz-Team verläuft die Zusammenarbeit mit den Trägern der Obdachlosenhilfe größtenteils motiviert und ergebnisorientiert, wodurch in kurzer Zeit passgenaue Hilfen für die betroffenen Menschen zur Verfügung gestellt wurden. Das Hospiz-Team hebt dabei

besonders die gute Kooperation mit der Heilsarmee (als stationäre Einrichtung) hervor (einige Begleitungen haben stattgefunden), auch mit dem Verein Rampe e.V. (Mitarbeiterschulungen).

2.7 Förderung ehrenamtlicher Hospizarbeit

Die **gesetzliche Förderung** ambulanter Hospizdienste erfolgt gemäß § 39a SGB V, wonach die Krankenkassen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung fördern müssen. Wie oben dargestellt (Kap. 1.3) umfasst die Förderung Personal- und Sachkosten, der Förderbetrag je Leistungseinheit ist auf 13 % der monatlichen Bezugsgröße festgelegt.

Darüber hinaus fördert die **Bayerische Stiftung Hospiz** ehrenamtliche Hospizarbeit. Ziele der Stiftung gemäß Satzung sind: Verankerung der Hospizidee in der Gesellschaft, Aufbau eines Netzwerks, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung im ethischen, sozialwissenschaftlichen, palliativmedizinischen und pflegerischen Bereich und deren Umsetzung. Gefördert werden können Antragsteller, deren Vorhaben mit den Zielen der Stiftung vereinbar sind. Insbesondere bei Aus-, Fort- und Weiterbildung sind jedoch alle gesetzlichen Ansprüche auf Förderung (z.B. § 39a SGB V) vorrangig gegenüber den Stiftungsleistungen, d.h. müssen zunächst beantragt und ausgeschöpft werden. Es gibt im Wesentlichen zwei Arten der Förderung durch die Stiftung:

- a) Grundkursförderung: Hospizvereine, die nicht nach § 39a Abs. 2 SGB V gefördert werden können, erhalten für die Grundausbildung von ehrenamtlichen Hospizhelfern einen Zuschuss von maximal 18 € pro Fortbildungseinheit. Förderfähig sind Kosten der Grundausstattung, insbesondere Büroeinrichtung und Büroausstattung sowie Fachliteratur. Die Höhe der Zuwendung für den einzelnen Empfänger beträgt maximal 2.000 Euro.
- b) Unterstützung der ehrenamtlichen Hospizarbeit („1 €-Förderung“): Gemeinnützig tätige Hospizvereine (die Mitglied beim Bayerischen Hospizverband e.V. sind), Verbände der freien Wohlfahrtspflege sowie freigemeinnützige Stiftungen können 1 € für jede geleistete ehrenamtliche Helferstunde erhalten. Diese Förderung stellt keine „Bezahlung“ der Helfer dar, sondern soll dazu genutzt werden, für die Helfer Vorsorgemaßnahmen und Auslagensatz zu finanzieren sowie fachliche Anleitung und Begleitung (z.B. Supervision, Praxisberatung) zur Verfügung stellen zu können. Auch hier ist Bedingung, dass keine Möglichkeit besteht, eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V zu beanspruchen.

Für das Förderjahr 2017 gibt es weitere Fördermöglichkeiten durch die Stiftung: So können alle Hospizvereine einen Zuschuss zu den Kosten der Öffentlichkeitsarbeit für das Jahr 2017 erhalten (förderfähig sind dabei die Kosten den Druck von Flyern und Broschüren, Durchführung von Infoveranstaltungen etc.). Außerdem kann die Ausbildung von Trauerbegleitern und Beraterschulungen teilweise bezuschusst werden (förderfähig sind hier die Kosten der Ausbildung sowie die Reisekosten mit maximal 0,35 € je gefahrenem Kilometer; nicht förderfähig sind Kosten für Übernachtung und Verpflegung). Hospizvereine ohne Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V können außerdem einen Zuschuss zu ihren Supervisionskosten für das Jahr 2017 erhalten (maximaler Zuschuss 80,- € pro Supervisionsstunde á 45 Min.).

Die Stadt Nürnberg (**Seniorenamt**) fördert die beiden ehrenamtlichen Hospizdienste des Hospiz-Teams und der Diakonie Mögeldorf bereits seit langer Zeit, aktuell mit einem Betrag von 12.000 € jährlich. Diese Förderung erfolgt komplementär zur Förderung der Bayerischen Stiftung Hospiz, d.h. die Stadt fördert nur, wenn auch die Bayerische Stiftung fördert (im Rahmen ihrer „1 €-Förderung“).

Ferner sei darauf hingewiesen, dass seit 2007 in Nürnberg die **Hospiz- und Palliativstiftung** besteht. Sie verfolgt den Zweck, die Hospiz- und Palliativarbeit in der Region Nürnberg und die Entwicklung des Hospiz- und Palliativgedankens zu unterstützen. Die Stiftung gründete sich auf Initiative des Hospiz-Teams und wurde ermöglicht durch eine großzügige private Zuwendung (Stiftungskapital 50.000 €). Allerdings konnten daraus bislang keine Projektförderungen erfolgen, Zustiftungen und Spenden sind daher dringend erwünscht.

3. Bedarf

3.1 Bedarf im stationären Bereich

Bei den stationären Hospizen und Palliativstationen liegt der Bedarf nach Angaben der Europäischen Vereinigung für Palliativpflege (**EAPC**) bei 80-100 Betten pro Million Einwohner². Da nur in Deutschland eine Trennung zwischen stationären Hospizen und Palliativstationen besteht, wurde in den europäischen Empfehlungen keine Differenzierung zwischen der Zahl der benötigten Hospize (die i.d.R. 8-12 Betten aufweisen) und Palliativstationen vorgenommen. Es kann daher angenommen werden, dass die Hospiz- und Palliativbetten zu annähernd gleichen Teilen vorgehalten werden sollten. Zu bedenken ist ferner, dass der Bedarf an stationären Betten nicht allein aufgrund vorliegender Erkrankungen und Symptome erfasst werden kann, sondern auch die ambulanten Versorgungsstrukturen, soziale Eingebundenheit und individuellen Bedarfe hierfür relevant sind. Legt man dennoch diese Bedarfsmarge zugrunde, ist in **Nürnberg** der Bedarf an stationären Einrichtungen rein rechnerisch knapp gedeckt (43 Plätze gesamt bei aktuell etwa 530.000 Einwohnern).

Darüber hinaus empfiehlt das EAPC, dass 1 palliativmedizinischer Dienst an jede Palliativstation angegliedert sein und bei Bedarf jedem Krankenhaus zur Verfügung stehen sollte. Für ein Krankenhaus mit 250 Betten sollte mindestens ein Team vorhanden sein.

Nach Einschätzung der Hospize in Nürnberg ist ein (zusätzlicher) Bedarf an qualifizierter Sterbebegleitung eher im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen gegeben.

3.2 Bedarf im ambulanten Bereich

Nach allgemeiner Experteneinschätzung (u.a. GKV, BMG, StMGP) und den genannten Quellen ist davon auszugehen, dass 90% der Sterbenden durch niedergelassene Ärzte und Pflegedienste im Rahmen der AAPV versorgt werden (sollten). Von diesen 90% sollte SAPV für ca. 10% der Sterbenden relevant sein, für die AAPV nicht mehr ausreicht.

Rein rechnerisch würde es sich in **Nürnberg** grob gerechnet um ca. 5.000 Personen mit Bedarf an AAPV handeln. Ob in dieser Größenordnung tatsächlich AAPV geleistet bzw. in Anspruch genommen wird, ist unbekannt. Ferner bestünde rechnerisch der Bedarf an SAPV für etwa 500 Personen in Nürnberg. Die Erhebungen aus Kap. 2 legen zumindest die Vermutung nahe, dass dieser Wert in etwa erreicht wird.

Der GKV-Spitzenverband nennt (gemäß § 132d SGB V) in seinen Empfehlungen und Maßstäben der SAPV als Anhaltswert, dass 1 SAPV-Leistungserbringer mit 8 Vollzeitstellen auf 250.000 Versicherte kommen sollte. Diese Zahl kann zur Orientierung dienen, ersetzt jedoch keine individuelle Prüfung des Bedarfs. Indikatoren für die individuelle Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leistungserbringern können insbesondere sein: die regionale Siedlungsstruktur, die Altersstruktur, epidemiologisch relevante Erkrankungen, die demografische Entwicklung. So soll zwischen Regionen mit geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte unterschieden werden.

Die EAPC schätzt den Bedarf an SAPV-Teams auf 4-10 pro Million Einwohner sowie den Bedarf an ambulanten Hospizdiensten auf 12-25 pro Million Einwohner schätzt. Angesichts der in den europäischen Ländern sehr unterschiedlichen Strukturen sind diese Werte jedoch nicht auf Deutschland übertragbar. Zum Beispiel geht die EAPC von 10-12 ehrenamtlich Mitarbeitenden pro Hospizdienst aus. Wie oben dargestellt, verfügen die Hospizdienste in Nürnberg jedoch über deutlich mehr Ehrenamtliche (ca. 200 in 2 Diensten), sodass auch in diesem Bereich von einer guten Bedarfsdeckung ausgegangen werden kann.

² Vgl. Radbruch, L., Payne. S. (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa, Weißbuch zu Empfehlungen der EAPC, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg.12, S.216-227. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2017): Hospiz- und Palliativversorgung 2016 in Deutschland.

3.3 Bedarf besonderer Zielgruppen

Das System der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland richtet sich an alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen. Insofern ist auch keine wissenschaftlich fundierte Differenzierung bestimmter Versorgungsformen nach Zielgruppen vorgesehen, vorhandene Bedarfsquoten beziehen sich auf die Bevölkerung (bzw. die Sterbenden) im Ganzen.

Differenzierte Bedarfe ergeben sich jedoch aufgrund der spezifischen Besonderheiten und Probleme, die für bestimmte Zielgruppen charakteristisch sind, und die sich vor allem auf die der Erreichung Zielgruppen und ihres (verbesserten) Zugangs zu den bestehenden Versorgungsangeboten beziehen. Hierzu gibt es z.B. Hinweise in den Handlungsempfehlungen zur **Charta schwerstkranker und sterbender Menschen** in Deutschland³:

(1) Menschen mit Migrationshintergrund

Die speziellen Problematiken der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sind im Gesamtzusammenhang des Gesundheitssystems zu sehen. Das erste Hauptproblemfeld betrifft Kommunikationsbarrieren. Das reicht von Missverständnissen und Lücken in der Anamnese über nicht adäquat kommunizierbare Erwartungen der Betroffenen bis zur Problematik der (in der Praxis oft vorkommenden) Übersetzung durch Familienangehörige; diese ist oft fehlerhaft, zudem können ethische Probleme und Belastungen für die Familienstrukturen insgesamt resultieren. Kommunikationshemmnisse können insgesamt Fehlallokationen im System verursachen (Doppeluntersuchungen, häufige Arztwechsel etc.).

Ein zweites Problemfeld ist die mangelnde interkulturelle Kompetenz der Leistungserbringer. Kulturklischees und scheinbar feste Verhaltensmuster verfangen immer weniger bei zunehmend komplexer werdenden Migrationsgeschichten. Erfolg verspricht nur eine individuelle Herangehensweise, bei der die individuelle Migrationsgeschichte, die aktuellen Erkrankungen und die Behandlungswünsche adäquat einbezogen werden.

Faktoren aus beiden Problemfeldern können auch ursächlich für einen erschwerten Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung sein. Als mögliche Maßnahme auf kommunaler Ebene werden z.B. kommunikative Dolmetscherdienste für hospizliche Situationen (und entsprechende Schulungen) empfohlen. Nicht zuletzt ist es auch Aufgabe lokaler bzw. regionaler Netzwerke (wie dem HPVN), Netzwerkmitglieder für das Thema zu sensibilisieren und entsprechende Fortbildungsangebote zu kreieren.

(2) Menschen mit (geistiger) Behinderung

Aufgrund der wachsenden Zahl älterer schwerstkranker Menschen mit Behinderungen treten die spezifischen Probleme bei der Sterbebegleitung dieser Personengruppe stärker in den Fokus als in der Vergangenheit. Der (eigenständige) Anspruch SAPV gilt zwar grundsätzlich auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe, perspektivisch sollte aber die AAPV stärker umgesetzt werden. Grundsätzlich gilt auch bei diesem Personenkreis der individuelle Handlungsansatz für eine personenzentrierte Sterbe- und Trauerbegleitung. Gesetzliche Betreuer von Menschen mit geistiger Behinderung sollten mit Fragen der Hospiz- und Palliativbegleitung vertraut sein.

In stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben die Bewohnerinnen und Bewohner oft durch jahre- bis jahrzehntelangen Aufenthalt eine hohe emotionale Bindung an Einrichtung und Personal aufgebaut. Faktisch sind Mitarbeitende in stationären Behinderteneinrichtungen jedoch weniger pflegerisch als pädagogisch qualifiziert, Kompetenzen im Bereich Palliative Care sind kaum vorhanden. Sofern derartige pflegerische und betreuende Kompetenzen nicht von der Einrichtung selbst vorgehalten werden können (was durchaus anzustreben wäre), sind daher strukturierte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern besonders wichtig. Auch dies ist eine Aufgabe für lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke. Dazu gehört selbstverständlich auch, haupt- und ehrenamtlich Begleitende auf die Besonderheiten der Personengruppe hin zu schulen.

³ Vgl. DGP / DHPV (Hg.): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Download unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de.

Letztlich sind aber perspektivisch alle Einrichtungen der Hospiz- und Palliativkultur sowohl hinsichtlich der Abläufe und Strukturen als auch der Qualifikation der Mitarbeitenden auf den Personenkreis hin zu befähigen.

(3) Wohnungs- und Obdachlose

Die Situation wohnungsloser und obdachloser Menschen ist häufig gekennzeichnet durch eine normabweichende Lebensrealität, hohe gesundheitliche Belastungen und unzureichende Unterbringung, was zusammengenommen die würdevolle Versorgung am Lebensende stark gefährdet. Dabei ist ihre Situation keineswegs einheitlich: Manche leben ganz auf der Straße, andere sind ordnungsrechtlich unterbracht oder in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, manche leben in ambulanten Wohnformen oder bei Freunden und Bekannten.

Wohnungs- und Obdachlose tauchen bislang höchst selten im Versorgungssystem auf. Insofern ist hier der individuelle Zugang zur Gruppe (wiederum) das Entscheidende. Ansatzpunkte sind etwa, ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen aufzubauen. Oft haben diese keinen Hausarzt und es gibt keine oder nur eine lückenhafte Diagnostik. Unter Umständen ist eine Aufgabe, geeignete Unterkünfte bzw. Räumlichkeiten für sterbende Wohnungslose zu finden; es kann aber auch ihr Wunsch sein, im gewohnten Umfeld zu bleiben. Mit anderen Worten: die Art der Sterbebegleitung ist stark abhängig vom gesamten Lebenssetting der Betroffenen.

Auch hier eröffnen sich wiederum Aufgabenfelder für die mehrfach angesprochenen Hospiz- und Palliativnetzwerke. In diesem Rahmen (oder auch unabhängig davon) sind Kooperationen zwischen kommunaler Wohnungslosenhilfe und Hospizarbeit (Hospizdienste etc.) sinnvoll und ein möglicher Weg, Verbesserungen zu bewirken; in Nürnberg ist dieser Weg bereits besritten worden (vgl. Kap. 2.6).

4. Zusammenfassung

4.1 Kurzzusammenfassung zu den Fragen des Antrags der Fraktion B90/GRÜNE

Ist die Versorgung bedarfsgerecht? Wie sind Zugänge zu bestehenden Angeboten gewährleistet? (Frage 1 und 4)

Nach den verfügbaren Informationen kann die Qualität der Versorgungsstruktur im Hospiz- und Palliativbereich in Nürnberg nur geschätzt werden. Es lässt sich jedoch für den ambulanten ebenso wie den stationären Bereich die begründete These aufstellen, dass die Leistungserbringung in Nürnberg im Wesentlichen bedarfsgerecht erfolgt. Dies betrifft auch die Art des Zugangs in das Versorgungssystem (AAPV, SAPV, einzelne Versorgungselemente). Insbesondere mit dem Hospiz-Team (und seinen „Ablegern“, wie der Hospiz-Akademie) als einem zentralen Akteur verfügt Nürnberg auch über Strukturen, die andernorts nicht vorhanden sind und in die Region über Nürnberg hinaus ausstrahlen.

Ein verbesserter Zugang zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung ist nicht zuletzt eine der Intentionen des Gesetzgebers mit dem HPG gewesen. Insofern lässt sich sagen, dass die Zugangswege in Nürnberg bereits auf einem vergleichsweise hohen Niveau gewährleistet bzw. gesichert sind, durch die Vernetzungsaktivitäten des HPVN aber mit Sicherheit in Zukunft noch weiter verbessert werden können.

Welche Angebote bestehen für besondere Gruppen (mit Behinderung, Migrationshintergrund, Obdachlosigkeit)? Inwieweit sind diese bekannt? Sollten diese ausgebaut werden? (Frage 2)

Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung richten sich an die gesamte Bevölkerung, insofern auch an spezielle Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, mit Behinderung oder wohnungslose Menschen. Die Recherche zur Inanspruchnahme hat gezeigt (in den Grenzen möglicher Genauigkeit), dass diese besonderen Gruppen „im System vorkommen“, jedoch eher am Rande und eher unsystematisch (Ausnahme: Wohnungslose).

Dies lässt auch vermuten, dass die Angebote zu wenig bekannt sind. Insofern bestätigt die Recherche die Ergebnisse (einiger weniger existenter) wissenschaftlicher Untersuchungen hierzu. Es ist davon ausgehen, dass die Frage des Zugangs der genannten Zielgruppen noch nicht ausreichend „bearbeitet“ ist. Ansätze wie bei den wohnungslosen Sterbenden weisen in die richtige Richtung. Analog hierzu braucht es auch Ansätze, die Menschen mit Migrationshintergrund besser einbeziehen können sowie auch Menschen mit Behinderungen (beide Gruppen werden quantitativ anwachsen). Dabei sind jeweils unterschiedliche Handlungsansätze erforderlich.

Welche Netzwerke laut Gesetz sind vorhanden? (Frage 3)

Die vom HPG vorgesehene Netzwerkbildung aufgrund der neu eingeführten Versorgungsplanung ist in Nürnberg bereits seit 2016 auf den Weg gebracht. Bislang sind 36 Kooperationsvereinbarungen der Netzwerkbetreiber (Hospiz-Team, Seniorenamt) mit stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen worden. Es wird darauf hingewirkt, möglichst alle (knapp 60) stationären Einrichtungen zu erreichen. In weiteren Schritten sollen auch ambulante Pflegedienste und weitere Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung einbezogen. Damit wird der Gesetzesauftrag in Nürnberg vorbildlich umgesetzt.

Wie werden ehrenamtliche Strukturen gefördert? (Frage 5)

Eine öffentliche finanzielle Förderung ehrenamtlicher Strukturen der Hospizarbeit erfolgt in Nürnberg im Prinzip über drei Wege: 1) gesetzlich (gemäß SGB V), 2) durch den Freistaat (Bayerische Stiftung Hospiz) und 3) kommunal (freiwillige Förderung des Seniorenamtes).

Darüber hinaus stellen natürlich auch die Einrichtungen bzw. Wohlfahrtsverbände eigene Mittel für die Förderung ihrer ehrenamtlichen Hospizarbeit bereit. Private Stiftungen spielen eine untergeordnete Rolle.

Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen der Hospizarbeit erscheint damit im Wesentlichen als ausreichend.

4.2 Fazit und Ausblick

Bereits vor der Verabschiedung des HPG war der Ausbau der Versorgungsstruktur der Hospiz- und Palliativversorgung in Nürnberg weit vorangeschritten. Das HPG hat nun eine Reihe von Ergänzungen und Änderungen für die Hospiz- und Palliativversorgung auf den Weg gebracht. Diese werden den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung weiter vorantreiben. Insbesondere die ambulante und stationäre Pflege wird durch ergänzende Möglichkeiten (häusliche Krankenpflege, gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe) eine noch größere Verantwortung in der Palliativversorgung erhalten.

Mit dem im Jahr 2016 begonnenen Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerk Nürnberg (HPVN) haben das Hospiz Team und die Stadt Nürnberg, vertreten durch das Seniorenamt, einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgung unternommen. Damit ist der Weg für eine bessere Vernetzung der Partner und der Ausbau der Versorgungsstrukturen vorgezeichnet.

Das Seniorenamt wird regelmäßig über die Fortschritte der Netzwerkarbeit bzw. des Ausbaus der Versorgungsstrukturen (z.B. Weiterbildungsbereich, neue Beratungsangebote) im Sozialausschuss berichten.