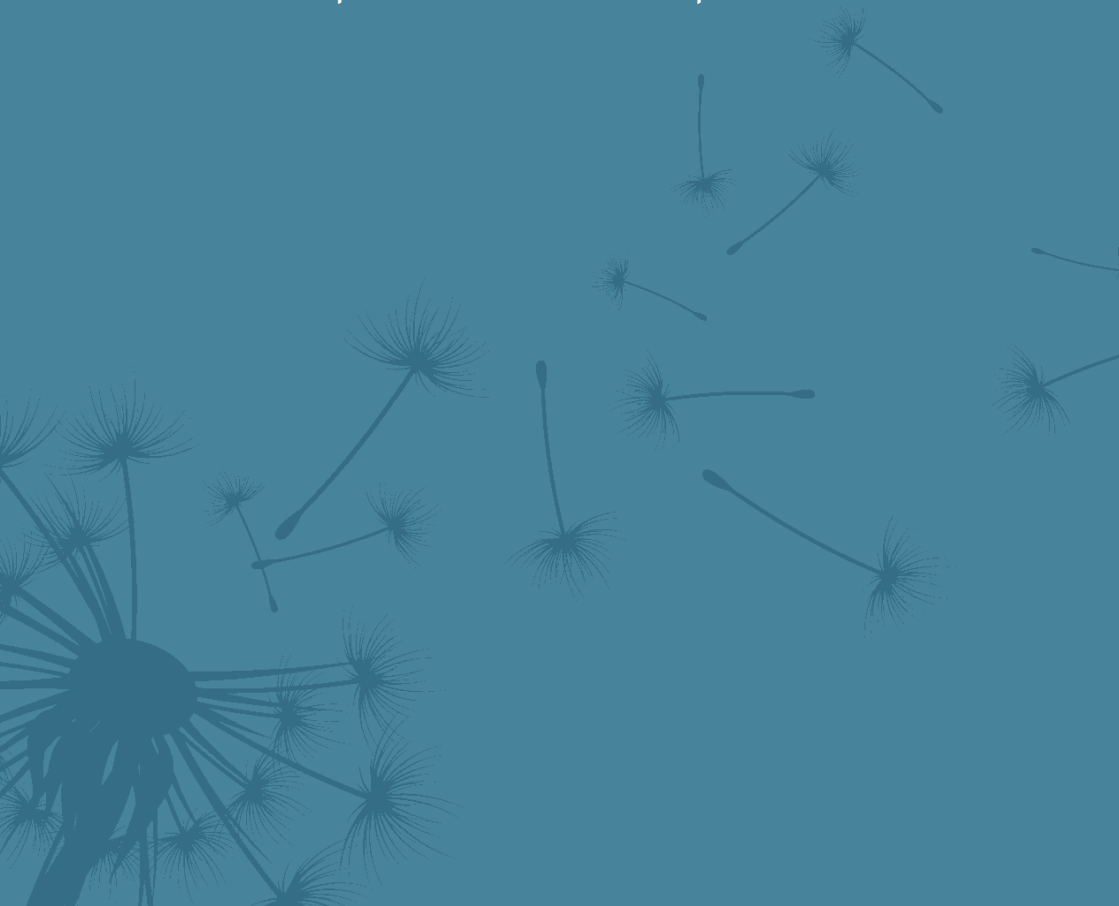


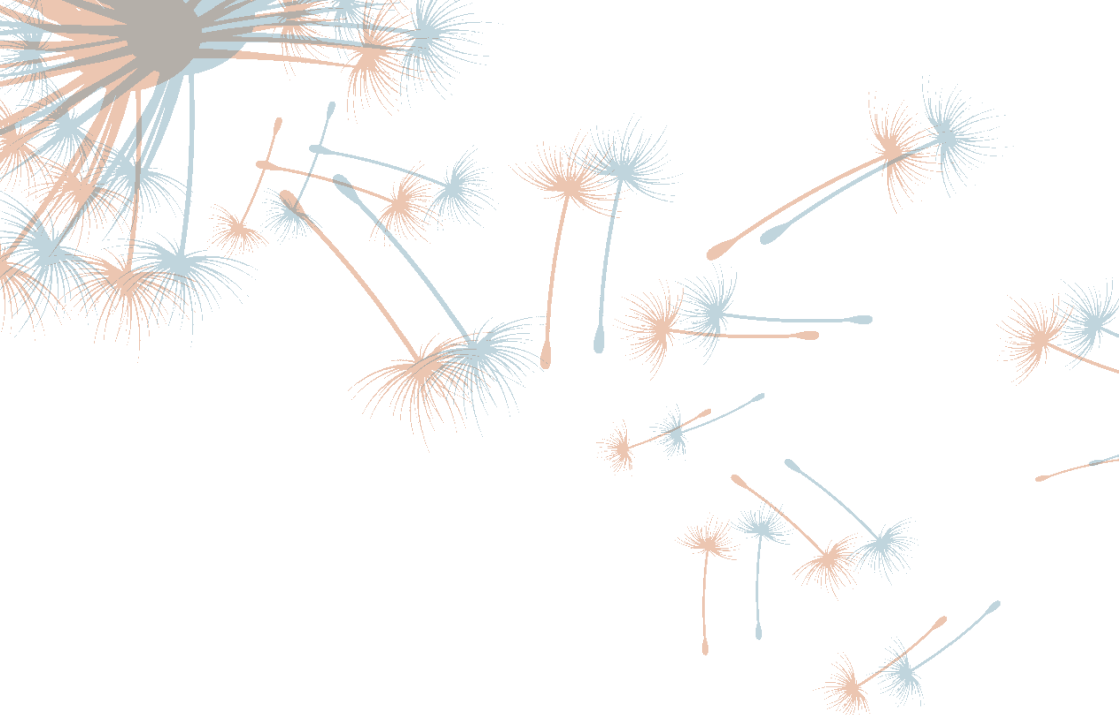
Kathrin Heiß, Christian Banse, Gerhild Rosenkranz, Friedemann Nauck

HOSPIZBEGLEITUNG IM KRANKENHAUS

Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

Handreichung zur Implementierung von
Ehrenamt im Krankenhaus - Ergebnisse eines
multiprofessionellen Workshops





Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Grußworte	9-10
1. Einleitung	11
2. Zentrale Themen und Probleme der Implementierung	15
2.1. Sensibilisierung für die Hospizbegleitung im Krankenhaus	15
2.2. Konzepte für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus	16
2.3. Aufgaben der Ehrenamtlichen im Krankenhaus / Grenzen der ehrenamtlichen Hospizbegleitung	16
2.4. Was bedeutet diese Einschätzung der Teilnehmenden des Workshops für die Zusammenarbeit zwischen Ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern?	18
2.5. Wie können die angesprochen Probleme gelöst werden?	18
2.6. Und was machen wir damit?	19
3. Formalrechtliche Fragen und Antworten	21
3.1. Die DGP zum Inhalt und zur Zielsetzung des HPG	21
3.2. Die Geschäftsführung Kliniken der UMG zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Hospizdiensten	22
3.3. Die Rechtsabteilung der UMG zur Haftung/Versicherung von freiwilliger Arbeit	23
3.4. Der Datenschutzbeauftragte der UMG zum Datenschutz	24
3.5. Der DHPV zur Anerkennung und Abrechnung der Hospiz- begleitungen für die Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V	25
4. Erfahrungen der Workshop-Teilnehmenden bei der Implementierung	27
4.1. Vorbemerkung	27
4.2. Zur Sensibilisierung für die Hospizarbeit im Krankenhaus sind wichtig	27
4.3. Konzepte für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus	31
4.4. Um die Aufgaben Ehrenamtlicher besser zu definieren, ist wichtig	34

Impressum

Dipl.-Sozialpäd. Kathrin Heiß, Dr. disc. pol. Christian Banse, Gerhild Rosenkranz,
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

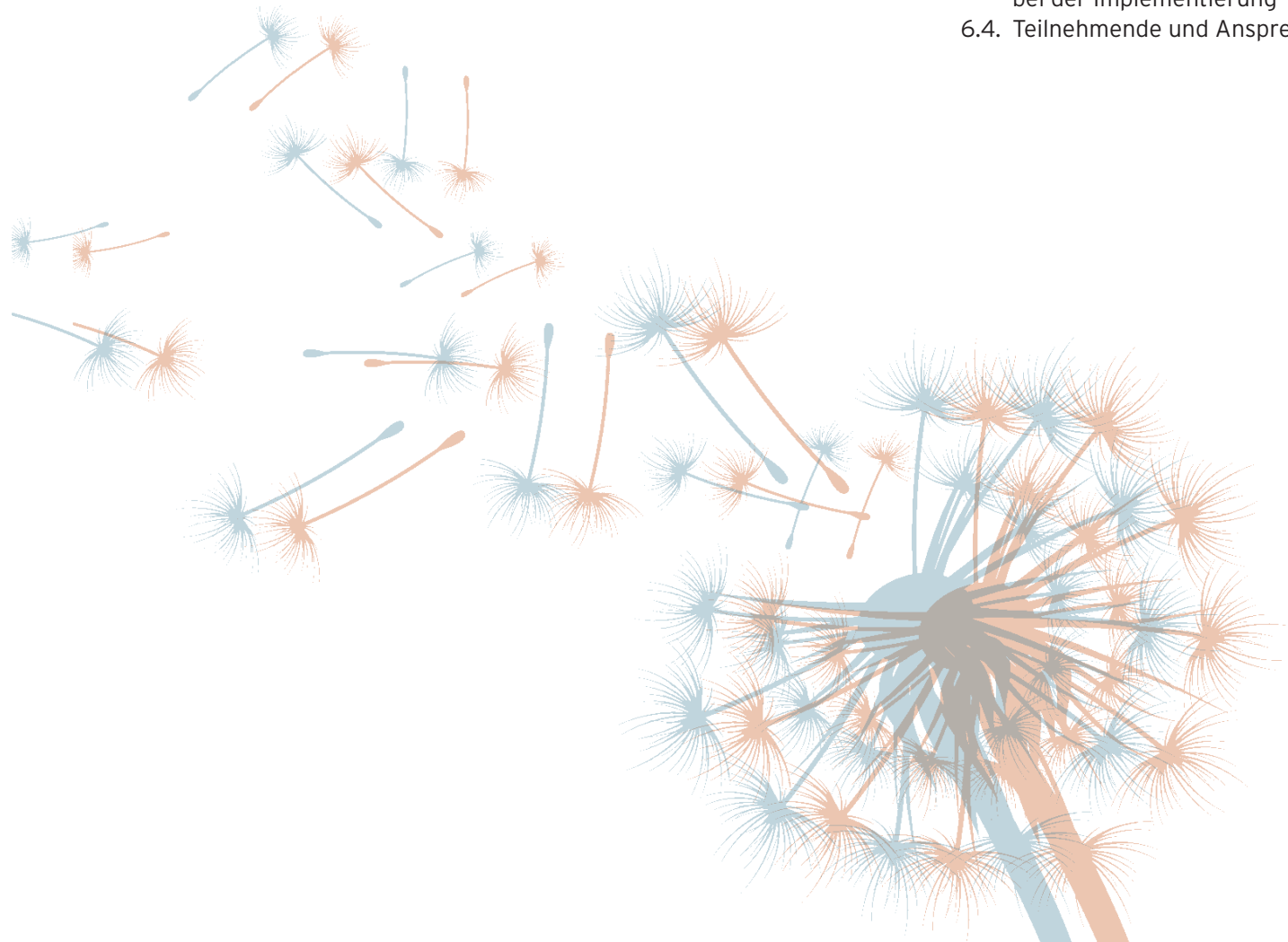
Sie können die Handreichung in digitaler Form auf
<http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/content/ehrenamt.html> abrufen.
Beim Ehrenamtlichen Dienst der Klinik für Palliativmedizin können Sie gedruckte Handreichungen
anfordern (ehrenamt-pzg@med.uni-goettingen.de).

Gestaltung & Layout: Klartext GmbH, Am Güterverkehrszentrum 2, 37073 Göttingen

Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

5. Ausblick: Was folgt aus den Ergebnissen des Workshops? Welche Fragen bleiben offen?	35
6. Anhang	38
6.1. Argumente für einen Kooperationsvertrag	38
6.2. Zur Vorbereitung Ehrenamtlicher auf den Einsatz im Krankenhaus	39
6.3. Übersicht: Ansprechpartner für Ideen und Erfahrungen bei der Implementierung	44
6.4. Teilnehmende und Ansprechpartner	46



Ziel des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) war und ist es, sterbenden Menschen jegliche Unterstützung zu geben, die sie wünschen und benötigen. Hierfür, so Till Hiddemann aus dem Bundesministerium für Gesundheit, bedarf es einer Verbesserung der Versorgung in ganz Deutschland - auch in ländlichen Regionen. Das HPG setzt mehrere Schwerpunkte um, wobei die palliative Versorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung (§ 27 Abs. 1 SGB V) wird. Neben der Stärkung aller Versorgungsbereiche, dem flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung, der Umsetzung des Netzwerkgedankens sowie einer stärkeren Berücksichtigung der Hospizarbeit in Pflegeheimen werden erstmals Krankenhäuser als Auftraggeber von Sterbebegleitung durch Ambulante Hospizdienste im Gesetz genannt (§ 39a Abs. 2 SGB V).

Diese Maßnahme des Gesetzgebers soll dazu führen, dass Patienten und ihre Angehörigen bereits frühzeitig auch von hospizlicher Versorgung und ehrenamtlicher Begleitung bei fortgeschrittener und unheilbarer Erkrankung im Krankenhaus profitieren. Schon lange wissen wir, dass gute Palliativversorgung nicht ohne hospizliche und damit ehrenamtliche Begleitung umsetzbar und umgekehrt gute Hospizversorgung nicht ohne palliativmedizinische Unterstützung machbar ist.

Auf einigen Palliativstationen, so auch auf der Palliativstation der Klinik für Palliativmedizin in Göttingen, ist das Ehrenamt fester Bestandteil im Palliativzentrum. So haben wir bereits seit mehr als zehn Jahren Ehrenamtliche im Einsatz auf der Palliativstation und vereinzelt auf Stationen der Universitätsmedizin Göttingen (UMG). Diese langjährige Erfahrung zeigt uns einerseits, wie hilfreich es ist, befähigte Ehrenamtliche in die Begleitung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen frühzeitig einzubinden, andererseits haben wir zumindest in der Anfangsphase die Erfahrung gemacht, dass es nicht immer einfach ist, Haupt- und Ehrenamt in die Betreuung und Versorgung der Patienten reibungslos einzubeziehen.

Nachdem das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet wurde, kam uns die Idee, sich mit Kolleginnen und Kollegen zusammzusetzen und Erfahrungen auszutauschen, um eine Handreichung für die Implementierung von hospizlichem Ehrenamt in ein Krankenhaus vorzubereiten. Unterstützt durch eine Teilfinanzierung dieses Projektes durch Gelder aus der NDR-Spendenaktion „Hand in Hand für Norddeutschland“ und durch die Unterstützung der Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) konnten wir den Workshop in Göttingen umsetzen. Die Planung des Workshops haben wir bewusst multiprofessionell, also mit

Koordinatorin, Pflegekraft, Arzt und Wissenschaftler geplant, um möglichst viele Perspektiven in den Workshop und damit in eine erste Handreichung zum Thema „Sterbebegleitung durch Hospizdienste im Krankenhaus“ einfließen zu lassen.

Wir sind dankbar für die umfassende Unterstützung und hervorragende, oft auch kritische und kontroverse Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops. Nur dadurch ist uns allen deutlich geworden, dass wir mit der Implementierung von ehrenamtlicher Begleitung bei Patienten mit fortgeschrittener und unheilbarer Erkrankung im Krankenhaus erst am Anfang stehen. Bedanken möchten wir uns besonders bei den geladenen Referentinnen und Referenten, die uns an vielen Stellen hilfreiche Tipps und Hinweise bezüglich der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen und damit für eine erfolgreiche Umsetzung gegeben haben: Rosemarie Fischer, Ulrich Domdey, Heiner Melching, Corina Naujock, Thomas Voigt, Dr. Thomas Langbein und Ulrich Kreuzberg. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Lena Deiseroth, unserer Studentischen Hilfskraft, die uns nicht nur als Protokollantin des Workshops eine große Unterstützung war, sondern auch mit ihrer Perspektive als eine unserer Ehrenamtlichen.

Die vorliegende Zusammenfassung des Diskurses aus drei Workshopteilen möchte Sie, liebe Leserinnen und Leser, dazu anregen, mitzudenken und mit uns daran weiterzuarbeiten, mit eigenen Erfahrungen und Anregungen dazu beizutragen, dass die Hospizidee auch in den Krankenhäusern ankommt. Sowohl für die Ambulanten Hospizdienste als auch für die Krankenhäuser ist es hilfreich, möglichst rasch und zielführend auch in Krankenhäusern Hospizarbeit und Palliativversorgung zum Wohle der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu implementieren.

Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen und wünschen viel Freude beim kritischen Durcharbeiten der Ergebnisse unseres Workshops.

Dezember 2018

Kathrin Heiß

Koordinatorin Ehrenamt Klinik für Palliativmedizin, Projektkoordination

Dr. disc. pol. Christian Banse

Soziologe, Forschungsbereich Klinik für Palliativmedizin

Gerhild Rosenkranz

Stationsleitung Klinik für Palliativmedizin

Prof. Dr. Friedemann Nauck

Direktor Klinik für Palliativmedizin

Grußwort

Das Hospiz- und Palliativgesetz hat Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung ehrenamtlicher Begleitung in stationären Krankenpflegeeinrichtungen geschaffen und gibt der Hospizbewegung neue Anreize, diese Orte des Sterbens zukünftig mehr in den Blick zu nehmen. Gleichwohl bleibt der hospizliche Einsatz in erster Linie bürgerschaftliches Engagement. Daher freuen wir uns, dass wir im Rahmen eines Moduls des Multiprofessionellen Implementierungsworkshops „Hospizbegleitung im Krankenhaus“ die Gelegenheit hatten, Einblicke in die Entwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen zu geben. Damit ließ sich dieses Projekt auch in einen geschichtlichen Zusammenhang stellen.

Durch den Workshop ist deutlich geworden, dass es bereits viele Erfahrungen und Konzepte gibt, die es zu würdigen gilt. Diese lassen erkennen, dass Hospizarbeit deutlich mehr ist als ein finanzierter Teil des Gesundheitssystems. Aber die Hospizbewegung muss sorgsam mit ihren Ressourcen umgehen und bei der Erschließung neuer Tätigkeitsfelder jeweils eigene Wege finden, möglicherweise durch eine weitere Professionalisierung der Strukturen in den Hospizdiensten. Patentrezepte zur Implementierung von ehrenamtlicher Hospizbegleitung im Krankenhaus wird es nicht geben. Mit dieser Handreichung wird jedoch ein Erfahrungsschatz zur Verfügung gestellt, der bei der Erarbeitung eigener regionaler Konzepte Orientierung geben kann. Dafür gilt es, den Initiatoren und Mitwirkenden dieses Workshops zu danken.

Der weiteren Entwicklung von Vernetzungsstrukturen hospizlicher Arbeit und palliativer Versorgung können wir daher in Niedersachsen - auch Dank dieses Projektes - durchaus positiv entgegensehen.

Für den Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.

Ulrich Domdey

Vorsitzender

Rosemarie Fischer

Referentin

Grußwort

Hospizarbeit und Palliativversorgung sind aus dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Das Fundament der seit Ende der 60er Jahre stetigen Weiterentwicklung dieser beiden untrennbar miteinander verbundenen Bereiche bildet das enorme bürgerschaftliche Engagement des Ehrenamtes sowie der große Einsatz hauptamtlich tätiger Menschen in der Hospiz- und Palliativversorgung. Aber auch in weiten Teilen der Politik und bei Akteuren des Gesundheitswesens wird die Bedeutung der Hospiz- und Palliativversorgung, als wesentlicher Bestandteil einer fürsorglichen Gesellschaft, anerkannt. Dies findet auch Ausdruck in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die einen breiten politischen und gesellschaftlichen Diskurs befördert, der sich u.a. im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) im Jahr 2015 niederschlug. Die Charta und die daraus entwickelten Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie, können zudem als größter Bottom-up-Prozess der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte betrachtet werden.

Die Handlungsempfehlung zu Leitsatz 2 behandelt u.a. das Thema "Zugangsgerechtigkeit" mit dem Ziel, möglichst allen Menschen ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend den Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung zu öffnen und die noch bestehenden strukturellen Defizite in den Blick zu nehmen. Das bedeutet auch, den Transfer von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Krankenhäusern weiterzuentwickeln. Das HPG hat die Möglichkeit geschaffen, dies durch die Finanzierungsmöglichkeit des hospizlichen Ehrenamtes im Krankenhaus weiter zu befördern.

Die DGP, als wissenschaftliche Fachgesellschaft mit über 6.000 Mitgliedern aus allen relevanten Berufsgruppen und des Ehrenamtes, ist sehr dankbar, dass sich die Göttinger Arbeitsgruppe mit den Teilnehmer*innen des multiprofessionellen Workshops diesem Thema intensiv angenommen hat und erste Ergebnisse in dieser Handreichung vorlegt. Wir hoffen, dass sie den Diskurs zum Thema Haupt- und Ehrenamt in der Palliativversorgung weiter anregt, und das partnerschaftliche Zusammenwirken dieser beiden Ebenen weiter befördert.

Prof. Dr. Lukas Radbruch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Heiner Melching

Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

1. Einleitung

Die vorliegenden Anregungen richten sich an alle, die ein Interesse daran haben, dass die ehrenamtliche Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen¹ ein wichtiger Teil der Hospizarbeit und der Palliativversorgung bleibt, auch wenn sich gesellschaftliche Bedingungen verändern und die, die in der Hospiz- und Palliativversorgung tätig sind, sich neuen Herausforderungen stellen müssen. Von einigen dieser Herausforderungen für die ehrenamtliche Begleitung in einem Krankenhaus und davon, wie die Beteiligten ihnen begegnen können, handelt die vorliegende Handreichung. Sie gibt den Diskussionsstand eines Workshops wieder, der sich vor allem mit der Herausforderung der Implementierung und der Verbesserung der ehrenamtlichen Hospizarbeit im Krankenhaus auseinandergesetzt hat. Die Ergebnisse des dreiteiligen Workshops, die die intensive Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer² wiedergeben, sind in dieser Handreichung zusammengefasst.

Wie, warum und mit welchem Ziel kam es zu dem Implementierungsworkshop?

Auslöser für die Idee zum Workshop war das 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das ehrenamtliche Sterbebegleitungen als zu fördernde Hospizarbeit im Krankenhaus erstmalig anerkennt. Damit wurde der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen im Krankenhaus gestärkt und eine finanzielle Grundlage für die Koordination der Begleitungen geschaffen. Mehr noch kann diese Entwicklung als ein Schritt gesehen werden, durch den das Thema Sterben und die Notwendigkeit von ehrenamtlichen Sterbebegleitungen auch öffentlich im Krankenhaus platziert werden.

Zugleich entstanden aus den Erfahrungen des Ambulanten Hospizdienstes des Palliativzentrums Göttingens und im Austausch mit anderen Diensten neue Fragen, die sich dadurch stellten, dass ehrenamtliche Haltungen und Vorgehensweisen auf Strukturen von Krankenhäusern trafen, die unter Umständen auch Veränderungen im Handeln der Ehrenamtlichen bedeuten konnten.

¹ Wir verwenden im Folgenden den Begriff „Angehörige“. Darunter verstehen wir Familienmitglieder, Freunde und das soziale Umfeld der Patientinnen.

² Wir verwenden weitgehend willkürlich sowohl männliche als auch weibliche Formen geschlechterspezifischer Bezeichnungen. Gemeint sind jeweils beide Geschlechter.

Mit dem Ziel der Integration Ehrenamtlicher in die Versorgungsstruktur von Krankenhäusern wurden Mittel der Benefizaktion „Hand in Hand für Norddeutschland“ für die Förderung eines Workshops erfolgreich beantragt. Der mehrteilige Workshop sollte Raum schaffen zum weiteren Austausch über Praxiserfahrungen und die Darstellung möglicher Probleme und Lösungen, indem die Perspektiven der Ambulanten Hospizdienste und Ehrenamtlichen, der Krankenhäuser, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e.V. (DHPV) einbezogen werden sollten. Es wurde schnell deutlich, dass - abhängig von den jeweiligen Strukturen, die die Einrichtungen vor Ort vorfinden, und von den Interessen und Zielen der Teilnehmenden - verschiedene Wege der Implementierung möglich sind. Der Workshop hatte also auch zum konkreten Ziel, sowohl bestehende Ressourcen der Workshop-Teilnehmenden, die ins Gespräch kommen sollten, als auch die Ressourcen der jeweiligen eigenen Einrichtungen und der der möglichen Kooperationspartner für die Implementierung zu erkennen. Die Teilnehmenden sollten für sich und ihre Einrichtung eigene Lösungen finden, die der jeweiligen lokalen Situation angemessen sind.

Um eine breite Vielfalt bestehender Strukturen der Zusammenarbeit bei dem Workshop zu ermöglichen, sollten im multiprofessionellen Workshop Mitarbeiterinnen aus dem Krankenhaus (Leistungs- und Praxisebene) und aus den Ambulanten Hospizdiensten (Koordination und Ehrenamtliche) vertreten sein, um für die Implementierung Praxiserfahrungen zu sichern und Handlungsempfehlungen zu formulieren. Die Teilnehmenden wurden anhand von Motivationsschreiben zur Einrichtung, zu der eigenen Funktion und Aufgabe, zu den bisherigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Hospizdiensten und Krankenhäusern und zum Ziel der Teilnahme am Workshop so ausgewählt, dass verschiedene Einrichtungen und Personen mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund vertreten waren.

Schließlich wurden 18 Teilnehmende, und zwar 12 Koordinatorinnen und 1 Ehrenamtliche aus Ambulanten Hospizdiensten und 5 Mitarbeiter aus verschiedenen Krankenhäusern, zum Workshop eingeladen.³ Darüber hinaus bereicherten Experten mit ihren Statements die Diskussion und standen für konkrete Fragen der Umsetzung zur Verfügung.⁴ Das fünfköpfige interprofessionelle Workshop-Team⁵ aus der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) sorgte für die Vorbereitung und methodische Organisation.

Unsere Fragen an die Teilnehmenden im Workshop waren:

Welche Strukturen bestehen vor Ort?

Welche Hindernisse gibt es dort bei der Implementierung (oder Vertiefung) ehrenamtlicher Begleitung?

Gibt es Erfahrungen, mit denen sich die Implementierung erleichtern lässt? Und darüber hinaus auch mit Blick auf diese Handreichung: Welche Lösungsstrategien lassen sich verallgemeinern und können für andere Einrichtungen eine Hilfe sein?

Wie sind wir im Workshop methodisch vorgegangen?

Um dem Anspruch, möglichst viele Erfahrungen und Problembeschreibungen zu erfassen, gerecht zu werden, wurde mit ‚offenen‘ Methoden gearbeitet, die dann der Suche nach zentralen Themen dienen sollten, die für die Implementierung besonders schwierig sein können. Mit offenen Themensammlungen im Plenum, mit AGs, die verschiedene Fragen vertieften und in denen gewährleistet wurde, dass alle zu Wort kommen, mit einer abgewandelten Form der zielorientierten Methode SCORE und schließlich durch das Clustern von Ergebnissen kamen verschiedene Methoden zum Einsatz. Die SCORE-Methode fragt nach den Zielen, die man anstrebt, den Ressourcen, die man dafür braucht, und den Ursachen für bisherige Schwierigkeiten. Sie ist (so wie es das Ziel des ganzen Workshops war) darauf ausgerichtet, Lösungen zu finden und nicht bei der Problembeschreibung stehen zu bleiben.

3 Die Mitarbeitenden kamen aus der Stabstelle Klinik für Gerontopsychiatrie, Stationsleitung Pflege, Pflege, Sozialdienst und Psychoonkologie

4 Der Workshop konnte für die offenen formalrechtlichen Fragen auf die Expertise von Experten zurückgreifen. Diese Experten waren ein Vertreter der DGP-Geschäftsführung, ein Mitglied des DHPV-Vorstandes, ein Mitglied der Geschäftsführung der Universitätsmedizin Göttingen (UMG), ein Datenschutzbeauftragter der UMG und ein Mitarbeiter der Stabsstelle Recht der UMG.

5 Das Team bestand aus dem Direktor der Klinik für Palliativmedizin (Arzt), der Stationsleitung (Pflege), einer Ehrenamtskoordinatorin (Sozialpädagogin), einer Ehrenamtlichen (Medizinstudentin) und einem Wissenschaftlichen Mitarbeiter (Soziologe).

Welche zentralen Probleme und Themen wurden genannt?

Eine erste Bestandsaufnahme der gemachten Erfahrungen bestätigte die Vermutung, dass die Umsetzung einer Implementierung von Ehrenamt in das Krankenhaus bei vielen nicht wie gewünscht verläuft:

So wurde etwa aus Sicht der Koordinatorinnen der Ambulanten Hospizdienste bemängelt, dass es mit den Krankenhäusern häufig zu Kommunikationsproblemen käme, weil man dort auf Widerstände stieß und weil verbindliche Kontakte fehlten.

Unklarheiten bestanden auch darin, für welche Aufgaben das Ehrenamt überhaupt eingesetzt werden sollte.

Schließlich gab es eine Menge an Fragen, die sich auf die konkrete Umsetzung und den Inhalt des HPG bezogen.

Für die Frage nach der Zusammenarbeit von Hospizdiensten mit Krankenhäusern konnten drei Themenfelder von den Teilnehmenden benannt werden, die die wahrgenommenen Hindernisse deutlich machen:

1. Es müsste eine **Sensibilisierung für die Hospizbegleitung** stattfinden.
2. Es fehlt an **Konzepten für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus**.
3. Die **Aufgaben der Ehrenamtlichen im Krankenhaus** müssten deutlicher werden, auch die Grenzen in Abgrenzung zu Pflegeaufgaben.

2. Zentrale Themen und Probleme der Implementierung

2.1. Sensibilisierung für die Hospizbegleitung im Krankenhaus

- weil es keinen Bedarf gibt?

Ein grundlegendes Problem für die Implementierung ist, dass von Seiten des Krankenhauses bisher gar kein spezifischer Bedarf erkannt und formuliert wird. Es wird also in diesen Fällen gar nicht daran gedacht, die ehrenamtlichen Begleitungen der Hospizdienste für schwerkranke Patienten anzufragen. Woran liegt das?

- weil verschiedene Sprachen gesprochen werden?

Fraglich ist, ob das Krankenhaus das Angebot der Hospizdienste überhaupt „versteht“. Die Hospizbewegung und das System Krankenhaus verwenden unterschiedliche Sprachen.

- weil das Wissen fehlt? Weil die mögliche Entlastung nicht erkannt wird?

Eine Ursache kann sein, dass die Station bzw. das Krankenhaus überhaupt nicht oder nur wenig von dem Angebot ehrenamtlicher Arbeit durch Hospizdienste weiß. Das könnte daran liegen, dass das Angebot der ehrenamtlichen Unterstützung für ein Krankenhaus nur schwer einzuordnen ist oder weil der Hospizdienst selbst wenig dazu beiträgt, das Angebot in der Öffentlichkeit und besonders im Krankenhaus zu vermitteln. Auch sind hospizliche Themen in Aus- und Fortbildungen der Krankenhäuser bisher unterrepräsentiert.

Eine weitere Ursache kann sein, dass die palliative Erkrankung nicht der Einweisungsgrund ist und so die hospizlich-palliative Anbindung nicht im Vordergrund der Versorger eines Krankenhauses steht. Zudem ist manchmal unbekannt, welche Patientengruppen neben den Krebserkrankten noch für eine hospizliche Begleitung infrage kommen.

- weil die gemeinsame Struktur fehlt?

Fehlende gemeinsame Treffen oder regelmäßige Angebote des Hospizdienstes verhindern Begleitungen. Es wurde immer wieder betont, dass auch die hierarchische Struktur im Krankenhaus eine Zusammenarbeit erschwert und abschreckend wirkt.

- weil die Haltung fehlt, die Hospizarbeit einzubeziehen?

Neben den wichtigen Ressourcen Wissen und Zeit, die im Krankenhaus zuweilen fehlen, ist auch die offene Haltung dem Thema Sterben, Tod und Trauer gegenüber eine Ressource, die häufiger fehlt. Die Sensibilisierung wäre also eine Ressource für einen offeneren Umgang mit dem Thema Sterben und den Sterbenden und ihren Angehörigen.

Das Ziel dieser Sensibilisierung ist eine bedarfsgerechte Begleitung und eine Rückmeldung über gelungene Zusammenarbeit an die Beteiligten, so dass es im klinischen Alltag normal wird, dass jede Patientin mit einer fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung Zugang zu hospizlichen Angeboten erhalten kann.

2.2. Konzepte für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus

- weil das Angebot dem Krankenhaus nicht konkret genug vermittelt wird?

Die Probleme bei der Implementierung gehen nicht nur von den Krankenhäusern aus, sondern auch die Hospizdienste selbst steuern Probleme zur fehlenden oder ungenügenden Zusammenarbeit bei:

Häufig ist das Angebot der ehrenamtlichen Begleitung nicht „passgenau“ für das jeweilige Krankenhaus bzw. die jeweilige Abteilung formuliert. Es wird zudem nicht ausreichend beworben. Zu selten werden elektronische Medien wie das Internet oder krankenhausesinterne Informationssysteme (Bildschirme/Fernseher), die etwa in Eingangsbereichen aufgehängt sind, genutzt, um das Profil der Einrichtung und das Begleitungsangebot zu vermitteln. Vielleicht hilft hier eine Öffnung dem aktuellen Zeitgeist gegenüber.

Man muss zudem die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass Patienten und Angehörige auf den Stationen vielleicht tatsächlich keine hospizliche Begleitung benötigen.

2.3. Aufgaben der Ehrenamtlichen im Krankenhaus/ Grenzen der ehrenamtlichen Hospizbegleitung

- weil die Aufgaben zu wenig definiert werden?

Die Aufgaben der Ehrenamtlichen im Krankenhaus sind meist nicht ausreichend geklärt. Es gibt darüber hinaus nicht immer klare Abgrenzungen zu den Aufgaben der Pflegenden, so dass das Handeln individuell interpretiert wird.

- weil es zu wenig Klarheit über Richtlinien und Rechtsgrundlagen und damit verbunden viel Unsicherheit gibt?

Ein Grund könnte sein, dass es zu wenige Richtlinien gibt (oder diese zu wenig bekannt sind), die den Bereich des ehrenamtlichen Handelns im Krankenhaus festlegen. Ein Ziel für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen Ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern müsste die Aufklärung über den rechtlich-formalen Status der Ehrenamtlichen im Rahmen der Begleitungen im Krankenhaus sein. Hilfreich dazu ist die Klärung der Gesetzeslage. Dafür sind solche Veranstaltungen wie der Workshop, die Informationen bereitstellen, hilfreich. Eine wichtige Frage ist dabei, was im Kooperationsvertrag festgehalten wird. So könnte in einem Kooperationsvertrag, der die für beide Seiten strittigen Punkte klärt, fest verankert werden, dass ehrenamtliche Begleitungen keine pflegerischen Tätigkeiten beinhalten bzw. keinen Ersatz für den Mangel an Pflegepersonal darstellen.

- weil es zu wenig eigene Klarheit über das Rollenkonzept der Ehrenamtlichen gibt?

Für die Koordinatorinnen der Hospizdienste ist es wichtig, dass die Ehrenamtlichen der fehlenden Sicherheit begegnen und lernen, auch Nein zu sagen, wenn sie durch eine Situation überfordert werden oder Tätigkeiten verlangt/angefragt werden, die nicht zu ihren Aufgaben gehören. Zudem handelt ehrenamtliche Begleitung auch von Dingen, die für den Alltag des Patienten hochrelevant sein können, weil die Begleitung für den Patienten auch für Fragen da sein kann, für die im Krankenhaus oft kein Platz ist. Die entscheidende Unsicherheit, die immer wieder formuliert wurde, ist, „ob ich als Ehrenamtlicher das darf?“ Die Ehrenamtlichen müssen wissen, wer die Verantwortung für die Begleitung trägt. Wie entscheidend ist das Hausrecht? Geklärt werden muss, mit welchem Auftrag Ehrenamtliche in einem Krankenhaus tätig werden sollen.

Die vielschichtige und manchmal kontroverse Diskussion unter den Teilnehmenden des Workshops zu diesen Fragen (die schwer voneinander zu trennen sind) zeigte, wie unterschiedlich in den Krankenhäusern mit Ehrenamtlichen und dem Angebot der Hospizdienste umgegangen wird - und wie unterschiedlich auch die Vertreterinnen der Hospizdienste ihre Aufgaben sehen. So gibt es viele Unklarheiten von allen Beteiligten, was die (formalrechtliche) Verantwortung im Einsetzen ehrenamtlicher Begleitungen betrifft. Es gibt einige Einschätzungen, dass etwa beim Essen anreichen und der Mobilisation von Patienten die Grenzen ehrenamtlicher Tätigkeit zu den Aufgaben der professionell Pflegenden überschritten werden. Zugleich aber - so eine andere Sicht - er-

möglichst manchmal diese Art der Unterstützung im Krankenhaus eine würdevolle Situation für den Patienten. Als Problem wurde dabei auch betont, dass es häufig keine Übergaben gibt. Damit fehle der Austausch der Pflegenden mit den Ehrenamtlichen.

2.4. Was bedeutet diese Einschätzung der Teilnehmenden des Workshops für die Zusammenarbeit zwischen Ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern?

Zusammenfassend kann man festhalten, dass in den Diskussionen ganz grundlegende Fragen thematisiert wurden, die vor allem das Selbstverständnis von Ambulanten Hospizdiensten und den Ehrenamtlichen sowie deren Aufgaben und Angebote betreffen. Noch einmal gebündelt:

→ Es bestehen Unsicherheiten bei den Koordinatorinnen der Ambulanten Hospizdienste, was die Anforderungen aus dem Krankenhaus, die Finanzierung von Begleitungsangeboten und Konzepte, mit denen man die Kluft zwischen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen im Krankenhaus überbrücken kann, betrifft.

→ Es bestehen Unsicherheiten, wenn es um das Selbstverständnis von Ehrenamtlichen und den Ambulanten Hospizdiensten geht, darüber, was der Ehrenamtliche im Krankenhaus wissen und können muss und was eine ehrenamtliche Sterbebegleitung im Unterschied etwa zur hauptamtlichen Begleitung ausmacht.

2.5. Wie können die angesprochenen Probleme gelöst werden?

- vor Ort, im Aufeinandertreffen der Einrichtungen?

Im weiteren Verlauf des Workshops wurde angestrebt, dass die Teilnehmenden die Themen, Problembeschreibungen und Fragen an der jeweiligen eigenen Situation vor Ort konkretisieren und für sich selbst (der Koordination des Hospizdienstes und/oder für sich als Beteiligter) ein Konzept entwickeln, wie sie die Probleme, die vorher erfasst werden müssen, dort angegangen werden können, und zwar mit welchem Ziel und mit welchen Ressourcen.

Dazu gehört die Suche nach den wichtigen Schnittstellen zwischen Ambulanten Hospizdienst und Krankenhaus und somit zwischen Ehrenamt und Hauptamt.

Dazu gehört die Vermittlung dessen, was an der ehrenamtlichen Hospizbegleitung besonders ist, was es heißt, wenn Ehrenamtliche auf die Station kommen, wenn Angehörige betreut werden bzw. wenn man über die medizinische Betreuung hinaus für den Patienten und seine Angehörigen da ist.

Dazu gehört die Anerkennung dessen, dass man Konzepte entwickelt, die als Einstiegspraktiken in das Krankenhaus fungieren können.

- mit welchen Informationen und Wissens-Ressourcen?

Vor allem wurde betont, dass es zu wenig Wissen über die gesetzlichen Grundlagen gibt, auch was die Relevanz eines Kooperationsvertrages betrifft. In diesem Zusammenhang war vielen Teilnehmenden unklar, was das Krankenhaus von der neuen Regelung im HPG hat. Wichtig für die Zusammenarbeit ist die Auftragsklärung und die Statusklärung sowie in diesem Zusammenhang auch der Versicherungsschutz.

- oder reichen hospizliche Konzepte?

Dem Wunsch nach rechtlich-formaler und verbindlicher Klarheit stand aber auch Kritik an zu vielen Auflagen gegenüber, die, so eine Einschätzung, das zivilbürgerliche Engagement eventuell schwächen und einengen könnten.

Man sieht an diesen Konflikten die eingangs angesprochenen Veränderungen, mit denen sich Hospizbegleitungskonzepte auseinandersetzen müssen. Eine Frage im Workshop war: „Gibt es rote Linien der Hospizarbeit, die nicht überschritten werden sollen oder dürfen?“

2.6. Und was machen wir damit?

Im Folgenden haben wir mögliche Lösungen für die angesprochenen Probleme auf zweifache Weise dargestellt.

- Wir stellen einzelne Kommentare und Hinweise in Text-Boxen vor. Sie beruhen auf den Inhalten der Vorträge der Expertinnen und Experten, die wir eingeladen hatten, um uns wichtige Antworten zu offenen Fragen der Teilnehmenden zu liefern. Die Antworten sind für die jeweils konkrete Umsetzung der Ziele vor Ort relevant.
- Außerdem fassen wir die zentralen Lösungen der Teilnehmenden zusammen. Sie sind das Resultat der eigenen Erfahrungen und des Austauschs der Workshop-Teilnehmenden.
- Schließlich möchten wir am Ende der Handreichung einige zentrale Themen herausgreifen und als offene Diskussionspunkte formulieren, die für die weitere Entwicklung bei der Implementierung wichtig sein können.

3. Formalrechtliche Fragen und Antworten

3.1. Die DGP zum Inhalt und zur Zielsetzung des HPG

Warum nimmt das HPG Begleitungen im Krankenhaus als Thema auf und formuliert deren Anerkennung für die Förderung (Ambulanter Hospizarbeit) durch die Krankenkassen?

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) hat u. a. zum Ziel, die Palliativversorgung und Hospizkultur in Krankenhäusern zu stärken. In der Begründung zum HPG betont der Bundesrat, dass damit die Einführung und Ausprägung des hospizlichen Gedankens sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in stationären Pflegeeinrichtungen und allen Abteilungen der Krankenhäuser gemeint ist. Krankenhäuser können Ambulante Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen, die durch die Krankenkassen im Rahmen der Förderung Ambulanter Hospizdienste zu fördern sind.

Das HPG selbst regelt nicht die Qualität oder die Implementierung von Ehrenamtlichen - und schon gar nicht die Zusammenarbeit mit ihnen -, sondern Strukturen und die Finanzierbarkeit von Leistungen. Die Herausforderungen bei der Implementierung des Ehrenamtes löst das HPG nicht. Hier sind die Akteure selbst gefordert.

Hinweis auf die S3-Leitlinie Palliativmedizin mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung, in der die Einbindung von Hospizdiensten/Ehrenamt als „konsensbasierte Schlüsselempfehlung“ formuliert ist.

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin spricht davon, dass Patientinnen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und ihren Angehörigen in der Palliativversorgung Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizhelfer angeboten werden sollten. Zur Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche ist in der S3-Leitlinie zu lesen: „Sterbebegleitung soll als gesamtgesellschaftlicher Auftrag gelebt werden und nicht ausschließlich durch professionelle Begleiter geleistet werden. Zudem sichert die Ehrenamtlichkeit die Alltagskompetenzen in der mitmenschlichen Begleitung. Durch die Integration von Ehrenamtlichen sind Betreuungsangebote möglich, die sich allein über hauptamtliche Mitarbeiter nicht refinanzieren

lassen (z. B. Vorlesen, Spaziergänge, Angehörige entlasten, Alltagsgespräche, Feste etc.). Selbstverständlich sollten Ehrenamtliche nicht als Ersatz für professionelle Mitarbeiter ‚missbraucht‘ werden.“

Quellen: Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode - Drucksache 18/5170, S. 2, 3, 45.
S3-Leitlinie Palliativmedizin mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung (Langversion 1.1 - Mai 2015)

Heiner Melching, Geschäftsführer

3.2. Die Geschäftsführung Kliniken der UMG zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Hospizdiensten

Wer sind die Ansprechpartner im Krankenhaus, um für die Hospizarbeit zu sensibilisieren und das Angebot vorzustellen? Welches Interesse haben Krankenhäuser an einer Zusammenarbeit?

Hospizarbeit im Krankenhaus braucht das Einverständnis und die Unterstützung der Geschäftsführung. Dabei müssen die verschiedenen „Sprachen“ der jeweiligen Adressaten im Krankenhaus beachtet werden. Für die oberste Leitung sollte eher sachlich und konkret formuliert werden, was Hospizarbeit leistet. Außerdem sollte aufgezeigt werden, für welche Patientenzielgruppe das Versorgungsangebot durch Ehrenamtliche erweitert werden soll und worin die Einzigartigkeit von Hospizarbeit und Ehrenamt besteht. „Würdevolles Sterben“ sollte für Krankenhäuser als ein Bestandteil des Versorgungsauftrages verstanden werden. Hospizarbeit stellt ein prägendes Element für einen Standort dar. Die Qualität und der professionelle Hintergrund des Hospizehrenamtes müssen vermittelt und verstanden werden: Der Hintergrund ist professionell, weil durch ein qualifiziertes und koordiniertes Ehrenamt Begleitungen ermöglicht werden. Geklärt werden muss, warum Ehrenamtliche ins Krankenhaus zur Unterstützung kommen, was sie in die Struktur einbringen, was niemand sonst leisten und übernehmen kann.

Die Professionalität, die Wertschöpfung und der Mehrwert von Hospizehrenamt müssen transportiert und geschätzt werden.

Corina Naujock, Geschäftsführung Kliniken

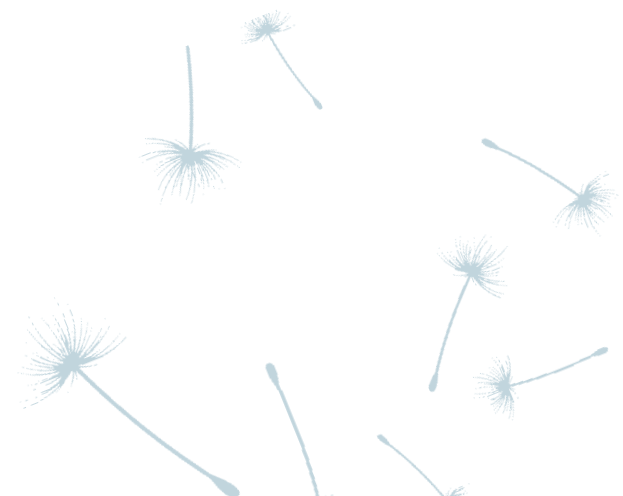
3.3. Die Rechtsabteilung der UMG zur Haftung/ Versicherung von freiwilliger Arbeit

Welchen Status haben Ehrenamtliche? Was dürfen Ehrenamtliche, was nicht - in Abgrenzung zu den Professionellen, z. B. zur Pflege? Was darf delegiert werden? Wer haftet?

Der Bundesgerichtshof (BGH) sagt: „Wer es tut oder das Gebotene unterlässt, der haftet.“ Es kann immer etwas „schief gehen“, deshalb gibt es eine Versicherung. Man haftet, weil man schuldhaft handelt. Im Schadensfall wird rechtlich nach der Durchführungsverantwortung und der Anordnungsverantwortung gefragt. Es haftet auch der, der das Gebotene unterlässt, z. B. die in der Situation gebotene Aufklärung und Information. Sorgfalt im Handeln ist wichtig! Die Haftung bleibt beim Verein/beim Dienst, der eine Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche in angemessener Höhe vorhalten sollte. Das Thema, wie Ehrenamtliche versichert sind, könnte ein wichtiges Argument für die Krankenhausleitung sein, die Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst zu forcieren. In der Regel schließt die Haftpflichtversicherung von Pflegeheimen und Krankenhäusern Ehrenamtliche externer Dienste nicht mit ein.

Die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) haftet für Ehrenamtliche auch dann, wenn diese nicht namentlich angemeldet sind. Wenn die Eintrittsvoraussetzungen der Unfallversicherung gegeben sind, ist es unschädlich, wenn zuvor die Anmeldung versäumt wurde. Der Verein/Ambulante Hospizdienst muss den Unfall melden. Es ist jedoch sinnvoll, der Unfallversicherung im Vorfeld zu melden, wer für den Verein/Ambulanten Hospizdienst tätig ist.

Thomas Voigt, Leitung Stabsstelle Recht



3.4. Der Datenschutzbeauftragte der UMG zum Datenschutz

Was fordert der Datenschutz bei der Kooperation von Krankenhaus und Ambulanten Hospizdienst? Kann Datenschutz als Chance statt als Problem gesehen werden?

Zielsetzung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist ein wirksamer Schutz personenbezogener Daten vor unbefugtem Zugriff. In der Hospizarbeit betrifft das im Wesentlichen Daten zur Gesundheit der Personen.

Das Schutzstufenkonzept der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen unterscheidet:

- A frei zugängliche Daten (z. B. im Telefonbuch, Adressbuch)
- B keine besondere Beeinträchtigung (z. B. beschränkt zugängliche Daten wie Verteilerlisten)
- C Beeinträchtigungen des Ansehens (z. B. Ordnungswidrigkeiten)
- D Beeinträchtigung der Existenz (z. B. Gesundheitsdaten, Vorstrafen)
- E Gefährdung von Freiheit und Leben (z. B. Daten potentieller Opfer von strafbaren Handlungen)

Die Grundsätze⁶ des Datenschutzes in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten sind:

- Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (gesetzliche Grundlage ODER Einwilligung der Person, d. h. auch, dass sie ausreichend informiert wurde)
- Zweckbindung (Begrenzung der Speicherdauer von Daten)
- Erforderlichkeit (Datenminimierung)
- Transparenz (gegenüber dem Betroffenen)
- Datensicherheit (Vertraulichkeit, IT-Sicherheit)
- Kontrolle (der Datenintegrität, der Verarbeitungsprozesse)

Sobald der Zweck der Datenverarbeitung erfüllt ist, müssen die Daten gelöscht werden. Gegenüber den Patienten besteht Informationspflicht darüber, welche Daten wie verarbeitet und gespeichert und wann sie gelöscht werden. Dabei ist die Erfüllung dieser Informationspflicht an keine bestimmte Form hinsichtlich der Darstellung, den Fristen und der Umsetzung gebunden.

In der Zusammenarbeit von Ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern sollte dem Kooperationsvertrag in der Anlage ein Auftragsverarbeitungsvertrag (Vertrag über die Verarbeitung von Daten) hinzugefügt werden. Es braucht die Einwilligungserklärungen der Patientinnen gegenüber dem Krankenhaus

⁶ Für die Einhaltung dieser Grundsätze ist hier die UMG, vertreten durch den Vorstand, verantwortlich.

und dem Ambulanten Hospizdienst und eine Verschwiegenheitserklärung zwischen Ambulanten Hospizdienst und Ehrenamtlichen⁷.

Wichtig sind die interne Dokumentation (Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten), die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten (vielleicht über den Landesverband), die Erfüllung der Informationspflichten, die Wahrung der Rechte Betroffener, ein Löschkonzept und die Datenschutzfolgenabschätzung.

Keine Aufsichtsbehörde wird willkürlich Sanktionen verhängen, wenn Datenschutzverstöße nicht mit grobem Vorsatz begangen worden sind! Datenschutz wird und darf niemals die bestmögliche Betreuung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase be- oder gar verhindern! Die Anwendung der EU-DGSVO ist noch nicht rechtssicher und wird erst mit juristischen Einzelfallentscheidungen konkretisiert werden⁸.

Dr. Thomas Langbein, Datenschutzbeauftragter

3.5. Der DHPV zur Anerkennung und Abrechnung der Hospizbegleitungen für die Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V

Was sind die Kriterien der Anerkennung stationärer Begleitungen für die Förderung nach §39a? Wer ist Auftraggeber? Was heißt Auftrag durch das Krankenhaus? Ist ein Kooperationsvertrag für die Förderung zwingend erforderlich?

Es gibt keine genaue Festlegung im HPG und der Bundesrahmenvereinbarung (BRV), was genau ein „Auftrag“ ist. Ist ein Auftrag ein Anruf durch den Sozialdienst mit einer Anfrage zur Begleitung oder setzt er eine Kooperationsvereinbarung voraus? Auf jeden Fall setzt der „Auftrag“ ein Einverständnis des Krankenhauses voraus. In der BRV wird ein abgestimmtes Vorgehen zwischen dem Krankenhaus und dem Ambulanten Hospizdienst festgeschrieben. Ein zwischen der stationären Einrichtung und dem Ambulanten Hospizdienst abgestimmtes Vorgehen hilft, ein gemeinsames Verständnis sicherzustellen. Diese Abstimmung kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden: (1) Ehrenamtliche und Station, (2) Fachkraft/Koordination und Station/Pflegedienstleitung und

⁷ Jede Nutzung von Daten stellt eine Verarbeitung dar und unterliegt somit - bei personenbezogenen Daten - der DS-GVO. Wenn der Hospizdienst vom Krankenhaus betrieben wird und im Behandlungsvertrag verankert ist (wobei die Versorgung durch die Patienten explizit erlaubt sein muss), braucht es keine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber den Hospizmitarbeitern. Wenn aber der Hospizdienst extern organisiert ist, ist neben dem Auftragsverarbeitungsvertrag auch die Entbindung von der Schweigepflicht erforderlich.

⁸ An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass der DHPV im Mai 2018 eine Handreichung zum Datenschutz mit Musterformularen erarbeitet hat (https://www.dhvp.de/service_broschueren.html).

(3) Geschäftsleitung/Vorstand und Geschäftsleitung/Pflegedienstleitung, die jeweils mit regelmäßigen Gesprächen, einem Informationsaustausch und jährlichen Auswertungstreffen die Kooperation würdigen.

Zur Anerkennung der stationären Begleitungen für die Förderung durch die Krankenkassen gelten die gleichen Voraussetzungen, wie sie für Begleitungen im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen gelten: Ständige fachliche Verantwortung mindestens einer Fachkraft nach §39a SGB V, Einsatz qualifizierter Ehrenamtlicher, sachgerechte Dokumentation etc. entsprechend der Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 8 SGB V⁹.

Ulrich Kreuzberg, Vorstandsmitglied des DHPV

4. Erfahrungen der Workshop-Teilnehmenden bei der Implementierung

4.1 Vorbemerkung

Die Rahmenvereinbarung (s. o. 3.5.) beschreibt und benennt die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung als den Teil der Hospizarbeit, der für die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen nach §39a Abs. 2 SGB V anerkannt wird. Hospizarbeit versteht sich darüber hinaus als bürgerschaftliche Bewegung, die gesellschaftlich wirksam sein und zu einem veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer beitragen möchte. Die nachfolgenden Hinweise und Konzepte von Hospizarbeit im Krankenhaus folgen einem viel breiteren Hospizverständnis, als es in §39a Abs. 2 SGB V benannt wird. Die in der Handreichung genannten Konzepte zeigen verschiedene Formen der Implementierung ehrenamtlicher Hospizarbeit in die Strukturen eines Krankenhauses. Die verschiedenen Konzepte der Teilnehmenden sind aus den vor Ort gewachsenen Strukturen bereits vor der Einführung des HPG und ohne Aussicht auf Berücksichtigung für die Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V entstanden.

4.2. Zur Sensibilisierung für die Hospizarbeit im Krankenhaus sind wichtig

Gespräche und Treffen zwischen Ambulanten Hospizdienst und der Geschäftsleitung des Krankenhauses

Gespräche sind für eine dauerhafte Zusammenarbeit der Beteiligten notwendig. Eine Zusammenarbeit kann nur gelingen, wenn die Krankenhausleitung Hospizarbeit begrüßt und sich aktiv an der Gestaltung beteiligt. Für konstruktive und erfolgreiche Gespräche ist eine gute Vorbereitung auf die Gesprächspartner wichtig. Das Krankenhaus hat die Fürsorgepflicht für seine Patientinnen, deshalb möchte die Krankenhausleitung auch verstehen, für welche Aufgaben die Ehrenamtlichen qualifiziert sind, was sie leisten können und welche Fähigkeiten sie mitbringen. Auch die offene Diskussion von schwierigen Themen, wie das Thema der Verbesserung der Patientenversorgung und damit einhergehend eine Attraktivitätssteigerung des Krankenhauses durch den Einsatz von Ehrenamtlichen sowie schließlich das Thema Kostenübernahme der Ehrenamtskoordination durch den Ambulanten Hospizdienst, können helfen, eine Kooperation voranzubringen. Für beide Seiten

⁹ Es handelt sich um die Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016.

kann ein ausgearbeiteter Leitfaden für die Hospizarbeit im Krankenhaus als Basis für die gemeinsame Arbeit dienen, auf die sich alle Akteure besinnen und berufen können. Außerdem ist ein zeitlich festgelegter Projektablauf mit eingeplanter Evaluation zur Durchführung der nächsten Schritte sinnvoll. So wichtig gesetzte Fristen für die Fortschritte der Implementierung auch sind, könnte es doch hilfreich sein, diese nicht zu eng zu setzen, um zeitlichen Spielraum für unvorhergesehene Probleme zu haben und Frustration zu vermeiden. Der Plan kann beispielsweise den Beginn der Implementierung auf einer Pilotstation mit bestimmten ehrenamtlichen Angeboten oder eine offene Hospizsprechstunde im Krankenhaus enthalten. Ein Kooperationsvertrag ist zwar gesetzlich nicht vorgeschrieben, aber sehr hilfreich für die Umsetzung, denn er kann Klarheit schaffen und ein klares Zeichen setzen, dass die Zusammenarbeit von beiden Seiten gewollt ist.

Hospizsprechstunden zu einer festen Tages- und Wochenzeit im Krankenhaus stellen ein niederschwelliges und offenes Angebot für verschiedene Personengruppen dar, z. B. für Patientinnen und deren Angehörige, Ehrenamts-Interessierte sowie Hauptamtliche. In den Hospizsprechstunden sind bedarfsabhängig Beratungen, Erstkontakte bei Begleitungswunsch und Terminvereinbarungen für Erstkontakte durch die Koordinatoren oder durch erfahrene Ehrenamtliche des Hospizdienstes möglich. Die Verlässlichkeit dieses Angebots ist durch feste Termine und Räumlichkeiten, die bei der Krankenhausleitung angefragt werden sollten, gewährleistet. Steht kein eigener Raum zur Verfügung, könnte eine Mitbenutzung der Räumlichkeiten von beispielsweise den Grünen Damen oder der Seelsorge nach Absprache möglich sein.

Die gemeinsamen Erfahrungen von Fortbildungen können Haupt- und Ehrenamtliche in Kontakt bringen und bieten eine Möglichkeit zum Kennenlernen. Einbeziehung von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Krankenhauses in Vorbereitungskurse, Praxisbegleitungen und Fortbildungen der Ehrenamtlichen fördern das gegenseitige Verständnis. Thematische Schwerpunkte können beispielsweise verschiedene Organisationsformen der Hospiz- und Palliativarbeit, häufige Symptome und Krankheitsbilder bei Palliativpatienten, Hygienemaßnahmen im Krankenhaus etc. sein. Ebenso können krankenhauserne Fortbildungen für Ehrenamtliche geöffnet werden.

Durch Fortbildungen der Krankenhausmitarbeiter durch Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten ist eine Sensibilisierung für die Themen Hospizarbeit, Sterben und Tod und über den Charakter des Ehrenamts möglich. Sie können auch Raum bieten für einen Dialog zwischen Krankenhausmitarbeiterinnen

und Hospizkoordinatorinnen, um sich kennen und verstehen zu lernen. Durch die Geschäftsleitung kann solch eine Schulung als interne Krankenhausfortbildung während der Arbeitszeit angeboten und anerkannt werden, was die Resonanz steigern kann. Wichtig hierfür sind die Planung und Erstellung eines klaren Fortbildungskonzepts durch z. B. die Koordinatorinnen des Ambulanten Hospizdienstes, die enge Absprache zwischen Ambulanten Hospizdienst und der Krankenhausleitung und die Werbung für die Fortbildung beispielsweise durch die Aufnahme in einen krankenhausernen Fortbildungskatalog. Zu klären ist außerdem, wie die Referententätigkeit der Koordinatorinnen finanziert werden kann (als Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Koordinationstätigkeit oder als Referententätigkeit außerhalb der Arbeitszeit auf Honorarbasis).

Auch die Präsenz des Ambulanten Hospizdienstes in den Pflegeschulen vor Ort kann zur Sensibilisierung für die Hospizarbeit beitragen: Durch einen Unterrichtsblock, der von den Koordinatoren und/oder Ehrenamtlichen des Ambulanten Hospizdienstes in enger Absprache mit den Lehrerinnen/Dozentinnen der Pflegeschule vorbereitet und geplant wird, setzen sich schon Auszubildende mit dem Hospizgedanken auseinander, egal in welcher Fachrichtung sie später arbeiten werden. Auf diese Weise kann die Hospizidee aufgenommen und auf viele Stationen im Krankenhaus gestreut werden, ohne jede Station explizit zu kontaktieren.

Durch regelmäßige Evaluationstreffen/Runde Tische können Ambulante Hospizdienste und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses bei bestehender Zusammenarbeit in Kontakt bleiben, um gut laufende Angebote weiter zu fördern sowie Probleme gemeinsam diskutieren und Lösungsansätze finden zu können. Wichtige Punkte zur Umsetzung sind die Regelmäßigkeit der Besprechungen, die Offenheit und Kritikfähigkeit der Teilnehmenden sowie die Verlässlichkeit aller Beteiligten; es erscheint sinnvoller, seltener Treffen mit allen Akteuren zu planen statt häufigere Teamsitzungen, zu denen nicht alle Professionen erscheinen. Die Planung der Treffen (Zeit, Ort, Beteiligte) sollte von einem zuverlässigen Akteur der Runde durchgeführt werden. Zusätzlich können auch Supervisionen zur Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Ambulanten Hospizdienst und Krankenhaus beitragen. Zu klären ist, welche Aufgaben und Ziele der Runde Tisch haben soll. Diese inhaltliche Klärung entscheidet auch darüber, welche Personengruppen man einladen sollte.

Präsenz zeigen

Neben Teambesprechungen können auch verschiedene Arten von struktureller Präsenz die Aufmerksamkeit der Krankenhausmitarbeiterinnen, Patienten und

Angehörigen auf die Hospizarbeit erhöhen:

- **Gerade in Wartezonen in Krankenhäusern gibt es häufig Bildschirme**, auf denen auch über die Ambulanten Hospizdienste als Kooperationspartner informiert werden kann. Auf diese Weise werden auch Patientinnen und Angehörige direkt kontaktiert. Hierfür muss in Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung und den zuständigen IT-Mitarbeiterinnen eine entsprechende Datei erstellt werden.
- **Durch Pinnwände auf den Stationen können Aushänge des Ambulanten Hospizdienstes** die Kooperation bewerben und somit neben den Hauptamtlichen auch Patienten und Angehörige direkt erreichen und informieren. Auch hier muss in Absprache mit der Geschäftsleitung und der Stationsleitung ein Aushang erstellt werden, von dem die Patienten und Angehörigen als Adressaten nicht sofort „abgeschreckt sind“, sondern sich persönlich angesprochen und verstanden fühlen.
- **Flyer vom Ambulanten Hospizdienst verteilen und auslegen** ist eine altbewährte Methode zur Präsenzsteigerung. Hierbei stehen zwei unterschiedliche Überlegungen im Vordergrund: Zum einen können Flyer für stationäre Begleitungen im Krankenhaus entworfen werden, um die Passgenauigkeit auf die Adressaten im Krankenhausbetrieb zu erhöhen. Zum anderen zeigen allgemeine Hospizdienstflyer die große Bandbreite der Hospizarbeit auf. Weitere Fragen sollten geklärt werden: Wo sollen die Flyer ausgelegt werden? Wer gibt die Flyer an Patientinnen und Angehörige ab? Letztere Frage ist auch mit der grundsätzlichen Sensibilisierung von Hauptamtlichen für Hospizarbeit verbunden.
- **Informationsschilder im Stationszimmer** können zielgerichtet auf die Hauptamtlichen zugeschnitten werden, um die bestehende Möglichkeit der ehrenamtlichen Hospizbegleitung auch ihnen ins Gedächtnis zu rufen, so dass sie bei Bedarf Informationen an Patienten weitergeben können.
- **Eine Art „Ehrenamtsmarkierung“ in der Patientenübersicht (Patienten-tafel, Belegungsplan der Station etc.)** kann bei Patientinnen angebracht werden, die schon ehrenamtlich begleitet werden. Wenn die Sticker konsequent durch die Hauptamtlichen bei der Arbeit oder Ehrenamtlichen bei ihren Besuchen angebracht werden, wird die Hospizarbeit auch auf Station sichtbarer und greifbarer.
- **Ehrenamts-Visitenkarten in den Patientenakten** können - ähnlich den Stickern - die Aufmerksamkeit auf die Hospizarbeit erhöhen. Des Weit-

eren ist eine schnelle und unkomplizierte Kontaktierung der Ehrenamtlichen und Koordinatorinnen bei Gesprächsbedarf seitens der Hauptamtlichen möglich.

- **Gezieltes Abfragen nach Begleitungsbedarf bereits bei der Patientenaufnahme** im allgemeinen Anamnesebogen kann einfach und ohne großen Mehraufwand das Interesse und Bedürfnis seitens der Patientinnen nach mehr Unterstützung und Fürsorge ermitteln helfen. Hierfür kann in Absprache mit der Geschäftsleitung und den involvierten Mitarbeitern ein Fragebogen(-Item) entworfen und den Krankenhausmitarbeitern vorgestellt werden. Eine vorherige Sensibilisierung der Hauptamtlichen durch z. B. eine Fortbildung zum Thema Hospizarbeit erscheint sinnvoll, damit der Fragebogen bzw. das Fragebogen-Item effektiv eingesetzt werden kann. Ob ein Hospizdienst benötigt wird, ergibt sich erfahrungsgemäß oft erst im stationären Verlauf.

Alle genannten Optionen benötigen personelle (und finanzielle) Ressourcen zum Designen der Aushänge und Markierungen, zum Erstellen von Werbe-Dateien und Fragebögen bzw. Fragebogen-Items und für Austausch und Absprachen. Dabei können oftmals Ehrenamtliche helfen, die Kenntnisse in den Fachbereichen besitzen (IT, Grafikdesign etc.). Die Umsetzung der Ideen sollte in Rücksprache mit der Geschäftsleitung und ggf. weiteren betroffenen Akteuren geschehen, um sicherzustellen, dass das Endprodukt auch genutzt wird.

4.3. Konzepte für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus

Die Einbindung von Hospizbegleitern in die Begleitung von Patientinnen kann auch vom Krankenhaus initiiert werden. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sollten an der Auseinandersetzung, wie eine erfolgreiche Hospizbegleitung im Haus stattfinden kann, und der Erarbeitung des Konzeptes beteiligt werden. Mit einem gemeinsamen Konzept können alle Hospizdienste des Einzugsgebietes des Krankenhauses angesprochen werden.

Die „Sektorenübergreifende Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“ beinhaltet eine grundlegende Vernetzung zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen, Pflegediensten und Ambulanten Hospizdiensten. Der erstmalige Kontakt der Patientin durch den Koordinator findet bereits im Krankenhaus statt bzw. die Einbindung Ambulanter Hospizdienste wird im Entlassungsmanagement berücksichtigt. Gerade nach einem stationären Aufenthalt

mit verschiedenen Angeboten wie u. a. Kunsttherapie, Psychoonkologie und Seelsorge kann eine fortführbare, bereits stationär begonnene ehrenamtliche Begleitung eine Konstante der psychosozialen Begleitung sein. Enge Kontakte und Absprachen zwischen Koordinatorinnen und dem Entlass-Management/Sozialdienst können hier die Voraussetzung für eine frühzeitige Integration der Hospizarbeit schaffen.

Sitzwachen bei sterbenden oder unruhigen Patienten können Patienten beruhigen und Hauptamtliche unterstützen. Eine Vorbereitung der interessierten Ehrenamtlichen auf diese Tätigkeit ist wichtig, da Sitzwachen oft ohne lange Vorlaufzeit angefragt werden und die Ehrenamtlichen schnell reagieren müssen. Auch eine enge Absprache zwischen Krankenhausmitarbeitern und Koordinatorinnen sowie die Klärung von strukturellen Anforderungen (wie schnell können Ehrenamtliche da sein? Bis wann sollen Hauptamtliche den Koordinatorinnen bei Bedarf für die Nacht Bescheid gegeben haben?) erscheint sinnvoll, um eine zuverlässige und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Auch das Angebot eines „Notfalltelefons“ kann diskutiert werden.¹⁰

Besuchs- und Hintergrunddienste zu festen Tageszeiten und Wochentagen auf bestimmten Stationen (Pilotstationen oder Palliativstation) ermöglichen das Knüpfen von Kontakten und die Unterstützung der Hauptamtlichen.

- **Beispiel Gesprächsangebot für Patientinnen und Angehörige:** verlässliches Angebot durch Ehrenamtliche zu festen Zeiten (z. B. drei Tage die Woche).
- **Beispiel Kaffee-Kuchen-Kontakte, Kaffeetafel:** Ehrenamtliche schenken an bestimmten Wochentagen Kaffee aus und bieten Kuchen in einem Begegnungsraum an für Patienten, Angehörige und Hauptamtliche. Auf diese Weise können die Beteiligten außerhalb der Krankenzimmer miteinander in Kontakt treten und Gespräche in größerer Runde und anderer Atmosphäre führen. Wenn Betroffene nicht in den Begegnungsraum kommen möchten oder können, kann ihnen Kaffee und Kuchen von den Ehrenamtlichen auch in das Krankenzimmer gebracht werden.
- **Beispiel Besuchsnachmittage:** Eine Gruppe Ehrenamtlicher kommt an einem festen Wochentag auf eine bestimmte Station und verteilt Kaffee und

Kuchen an die Patientinnen und deren Angehörige. Als „Türöffner“ wird ein Blümchen verschenkt. Die Ehrenamtlichen bieten Zeit für Gespräche, fürs Dasein und Wünsche der Betroffenen.

- **Beispiel Mittagsdienst als Hintergrunddienst:** Ehrenamtliche können während wichtiger Übergaben, z. B. multiprofessionellen Besprechungen, erste Ansprechpartner sein, indem sie Gespräche mit den Patientinnen und Angehörigen anbieten, zur Klingel und ans Telefon gehen, die Dringlichkeit von Anliegen klären und ggf. gezielt Mitarbeiter aus der Besprechung holen. Damit können Ehrenamtliche den Patientinnen und Angehörigen Sicherheit vermitteln und den Hauptamtlichen eine störungsarme, konzentrierte Besprechung ermöglichen. Während der Mittagszeit können die Ehrenamtlichen auch beim Essen austeilen helfen, was ebenfalls ein Türöffner und eine Möglichkeit sein kann, sich als Ehrenamtliche den Patienten vorzustellen.

Bei den verschiedenen beispielhaft genannten Angeboten müssen die Aufgaben der Ehrenamtlichen klar definiert und zwischen Ehrenamtlichen, Koordinatorinnen und Krankenhausmitarbeitern besprochen worden sein. Eine Übergabe von einer Krankenhausmitarbeiterin an die Ehrenamtlichen zu Beginn des Einsatzes ist erforderlich, um über Besonderheiten der Patienten zu informieren, z. B. zu Möglichkeiten der Nahrungsaufnahme, dem Bedürfnis nach Ruhe und zur zeitlichen und örtlichen Orientierung. Hierbei ist es sinnvoll abzuklären, welche Patienteninformationen an die Ehrenamtlichen weitergegeben werden und mit welchem Ziel (siehe auch Datenschutz).

Zur Organisation der Einsatzzeiten bietet sich ein online einsehbarer und/oder bei Gruppenabenden ausliegender Einsatzplan an, in den sich die Ehrenamtlichen selbst oder über die Koordinatorinnen eintragen können. Für den Fall, dass Einsätze unbesetzt bleiben, kann es hilfreich sein, das Prinzip der Freiwilligkeit ehrenamtlicher Arbeit gemeinsam mit Koordinatorinnen und Krankenhausmitarbeitern zu thematisieren, damit kein Konflikt zwischen Freiwilligkeit und Verlässlichkeit entstehen kann.

Auf einer Pilotstation können Koordinatoren und Ehrenamtliche mit den Hauptamtlichen der Station die Strukturen und Abläufe in einer Krankenhaus-einrichtung kennen lernen und erste Begleitungskonzepte realisieren. Koordinatorinnen und Vertreter der Geschäftsleitung können hierfür eine geeignete Station finden und im zunächst begrenzten Rahmen mit der Zusammenarbeit beginnen. Auf einer Pilotstation kann sich zeigen, ob sich z. B. genügend Eh-

¹⁰ Das Konzept wie auch der Begriff der Sitzwache wurden im Workshop kontrovers diskutiert und zeigen das Spannungsfeld auf, in dem sich Hospizarbeit bewegt: nicht Lückenbüßer struktureller Probleme in der Gesundheitsversorgung zu werden und gleichzeitig schwerst-kranken und sterbenden Menschen in Krisensituationen und im Sterben beizustehen. Ebenso in Kritik steht auch die Verwendung der Begriffe „Notfall/Notfalltelefon“. Ein Vorschlag war, von „Akut-Begleitung“ zu sprechen.

renamtliche für bestimmte Begleitungskonzepte engagieren, welche Probleme bei der Kooperation entstehen und wie diesen bei einer möglichen Angebotsausweitung auf andere Stationen vorgebeugt werden kann. Weiterhin können Anfragen für Patienten von anderen Stationen bedient werden und müssen sich nicht auf die Pilotstation beschränken.

4.4. Um die Aufgaben Ehrenamtlicher besser zu definieren, ist wichtig

Vorbereitung: Grundsätzlich ist eine Vorbereitung der Ehrenamtlichen auf das „Setting Krankenhaus“ sinnvoll: Die Ehrenamtlichen müssen sich vorab damit auseinandersetzen, dass eine Begleitung auf Station unter Umständen kurz ist und nicht immer zu Hause weitergeführt werden kann, z. B. aufgrund der Größe des Einzugsgebietes. Wenn Patienten entlassen oder verlegt werden oder verstorben sind, werden manchmal die Ehrenamtlichen nicht informiert, sodass sie sich dann nicht immer von den Patienten verabschieden können. Auf Station stehen sie in engem Kontakt mit den Hauptamtlichen und können ihnen verantwortungsvoll Rückmeldung zu den Patienten geben. Dabei sollten Ehrenamtliche nicht als „Spione der Hauptamtlichen“ dienen, sondern die Privatsphäre der Patientinnen beachten. Um die Krankenhausumgebung kennenzulernen, können die Ehrenamtlichen z. B. während ihres Praktikums im Vorbereitungskurs auf einer Palliativ- oder Pilotstation hospitieren und gemeinsam mit erfahrenen Ehrenamtlichen Besuchs- und Hintergrunddienste übernehmen.

Klärung der Aufgaben: Weiterhin gibt eine Klärung des Aufgabenbereichs und Rollenverständnisses der Ehrenamtlichen zwischen Koordinatorinnen und Geschäftsleitung Sicherheit für die Zusammenarbeit. Die Aufgaben können auch im Kooperationsvertrag festgehalten werden, damit auch juristische (Was dürfen die Ehrenamtlichen?) und datenschutzrechtliche (Welche Informationen dürfen die Ehrenamtlichen erhalten?) Klarheit herrscht. Die Freiwilligkeit ehrenamtlicher Hospizarbeit kann auch bedeuten, dass das Angebot abgelehnt werden darf, sowohl von Patientinnen und Angehörigen als auch vom Krankenhaus.

5. Ausblick: Was folgt aus den Ergebnissen des Workshops? Welche Fragen bleiben offen?

Festzuhalten ist, dass die Teilnehmenden des Workshops mit ihren Erfahrungen deutlich machen, dass eine erfolgreiche Kooperation zwischen Ambulanten Hospizdienst und Krankenhaus davon anhängig ist,

- ob vom Krankenhaus bzw. von der Leitung die Zusammenarbeit tatsächlich gewollt ist,
- ob die eigenen Ressourcen realistisch eingeschätzt oder andere hilfreiche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden,
- ob der Ambulante Hospizdienst die Krankenhausstrukturen und umgekehrt das Krankenhaus die Struktur des Ambulanten Hospizdienstes verstehen und anerkennen lernt,
- ob es gelingt, eine hospizliche Einstellung bzw. das Besondere der ehrenamtlichen Begleitung zu vermitteln,
- und ob in diesem Zusammenhang die hospizliche Arbeit konkret definiert werden kann.

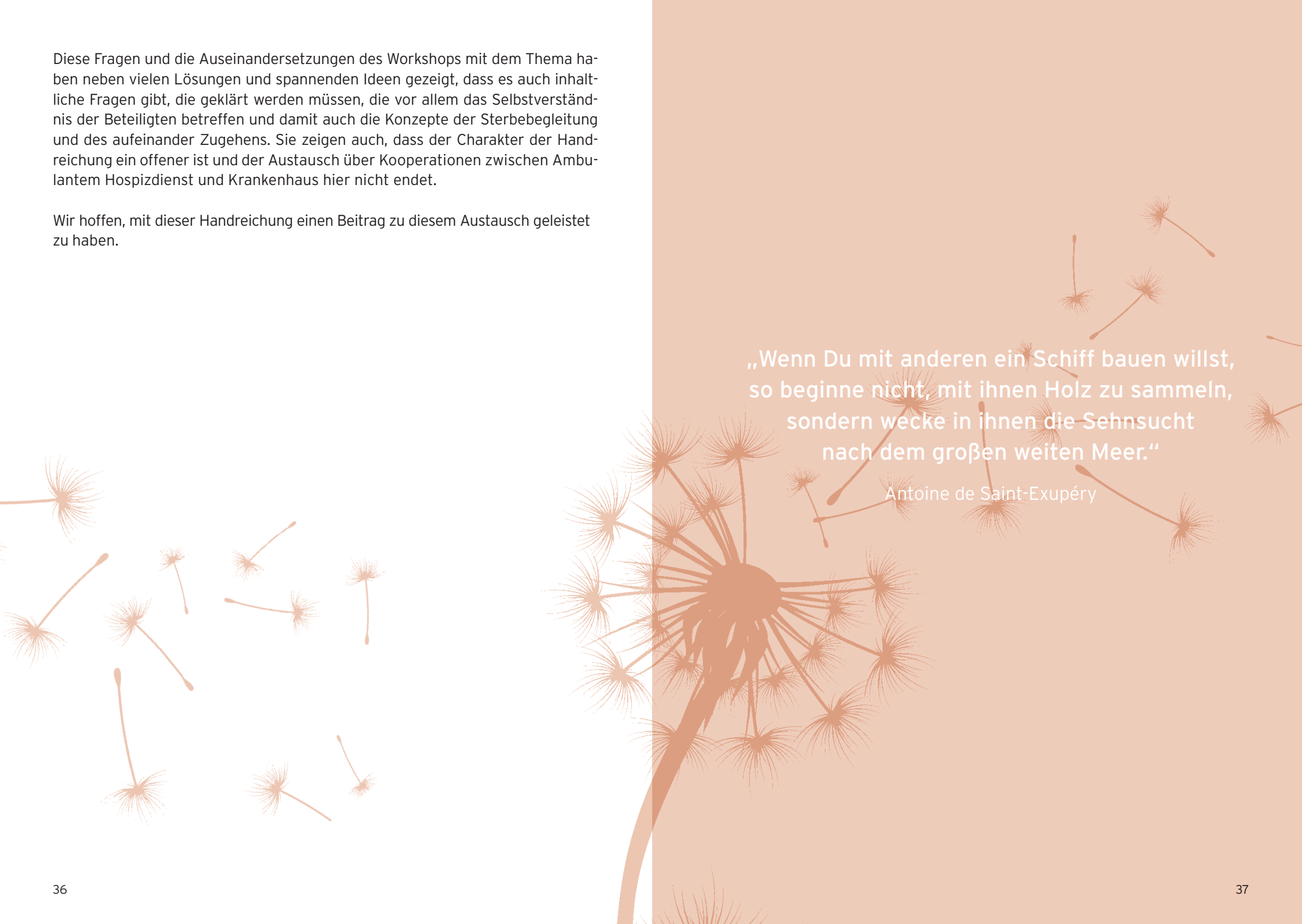
Viele Fragen sind auch nicht geklärt worden oder wurden von den Teilnehmenden ganz unterschiedlich beantwortet und bewertet. So kann grundlegend gefragt werden, inwieweit sich das Ehrenamt des Ambulanten Hospizdienstes verändern muss und verändert wird. Benötigt es eine weitergehende Qualifizierung der Ehrenamtlichen und der Koordinatorinnen? Verändert etwa die Frage der Finanzierung die Einschätzung dessen, was als Hospizarbeit gelten kann? Werden Fragen zur Finanzierung wichtiger als die Begleitung des Patienten durch eine Ehrenamtliche des Ambulanten Hospizdienstes?

Sind etwa durch Prozesse der Professionalisierung der Hospizarbeit (wenn es die denn gibt) grundlegende hospizliche Aspekte und Gedanken infrage gestellt, etwa der Gedanke der Freiwilligkeit oder der der Absichtslosigkeit? Hat sich der Inhalt dieser Konzepte durch die Versuche, den Krankenhäusern näher zu kommen, verändert?

Sind demgegenüber die Erwartungen der Krankenhäuser an ehrenamtliche Hilfe zu groß, wenn davon ausgegangen wird, dass die Ehrenamtlichen auch strukturelle Probleme auf der Station durch die Übernahme von Aufgaben, die etwa regulär das Pflegepersonal übernimmt, lösen?

Diese Fragen und die Auseinandersetzungen des Workshops mit dem Thema haben neben vielen Lösungen und spannenden Ideen gezeigt, dass es auch inhaltliche Fragen gibt, die geklärt werden müssen, die vor allem das Selbstverständnis der Beteiligten betreffen und damit auch die Konzepte der Sterbebegleitung und des aufeinander Zugehens. Sie zeigen auch, dass der Charakter der Handreichung ein offener ist und der Austausch über Kooperationen zwischen Ambulanten Hospizdienst und Krankenhaus hier nicht endet.

Wir hoffen, mit dieser Handreichung einen Beitrag zu diesem Austausch geleistet zu haben.



„Wenn Du mit anderen ein Schiff bauen willst,
so beginne nicht, mit ihnen Holz zu sammeln,
sondern wecke in ihnen die Sehnsucht
nach dem großen weiten Meer.“

Antoine de Saint-Exupéry

6. Anhang

Durch die nun folgenden Anhänge sollen einige Hilfestellungen für die Implementierung gegeben werden. So liefert eine Workshop-Teilnehmerin Argumente für einen Kooperationsvertrag. Es wird aus den Erfahrungen zweier Einrichtungen auf das wichtige Thema der Vorbereitung von Ehrenamtlichen eingegangen. Schließlich stellen einige Workshop-Teilnehmende ihren Wissensschatz zur Verfügung, wenn es um spezifische Themen geht, zu denen die Leser dieser Handreichung vertiefende oder praktische Nachfragen haben. Wir hoffen, damit dem offenen Charakter des Workshops und der Handreichung gerecht zu werden und den Austausch von Erfahrungen weiter zu fördern.

6.1. Argumente für einen Kooperationsvertrag

Von Astrid Karahan

Das Malteser Hospiz-Zentrum begleitet als ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Erkrankte und ihre Zugehörigen seit 27 Jahren in der Häuslichkeit, in Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus.

Seit fast 20 Jahren unterstützen geschulte Ehrenamtliche des Malteser Hospiz-Zentrums die Patienten der Palliativstation eines großen Krankenhausträgers. Dieses beruht auf einer gewachsenen und bewährten Zusammenarbeit. Die Ehrenamtlichen sind vom Hospizdienst geschult und werden hier kontinuierlich begleitet, fortgebildet und supervidiert. Es besteht ein regelmäßiger konstruktiver Austausch von Palliativstation und Hospizdienst.

Bis einschließlich 2016 wurde dieser Einsatz durch die Krankenkassen nicht gefördert, sondern lediglich durch Spendengelder des Hospiz-Zentrums ermöglicht.

Auf Grundlage des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes formuliert die Rahmenvereinbarung zum §39a SGB V nun eindeutig für Hospizdienste den Auftrag, in Krankenhäusern zu begleiten, wenn das Krankenhaus den Hospizdienst beauftragt. Eine finanzielle Förderung für einsatzbezogene Kosten des Dienstes können dann im Folgejahr von den Krankenkassen refinanziert werden.

Folgende Vorteile für einen Kooperationsvertrag wurden für das Gespräch mit dem Krankenhaus schriftlich formuliert:

- Ein schriftlicher Kooperationsvertrag setzt ein klares Zeichen, dass diese gewachsene Zusammenarbeit weiterhin von beiden Seiten gewollt ist, unabhängig von aktuell beteiligten Personen.
- Die Abläufe werden vereinbart und formuliert, Schweigepflicht und Datenschutz sind rechtlich eindeutig geregelt.
- Bürgerschaftliches Engagement/Ehrenamt ist im hospizlichen/palliativen Kontext ausdrücklich gewollt.
- Erkrankte und Angehörige befinden sich in einer krisenhaften, belastenden Situation während des Krankenhausaufenthaltes. Viele Patienten versterben auf der Palliativstation. Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen haben ganz klare Aufgaben, z. B. Symptomkontrolle, um die Lebensqualität zu verbessern. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen tragen durch sogenannte „weiche“ Faktoren, wie Zeit und Zuwendung, zum selben Zweck bei. Die Patienten und Angehörigen fühlen sich dadurch in ihrer Belastung zusätzlich wahrgenommen. Damit wird auch das Hauptamt unterstützt.
- Berücksichtigungsmöglichkeit des Ehrenamtes zur Abrechnung der Komplexpauschale Palliativmedizin (<http://www.icd-code.de/ops/code/8-982.html>).
- Die Ehrenamtlichen können Unterstützung bei pflegefernen Tätigkeiten im Stationsalltag leisten.
- Die Ergänzung von Haupt- und Ehrenamt schafft für die Patienten und die Hauptamtlichen eine deutlich höhere Zufriedenheit.
- Der ambulante Hospizdienst ist ein ergänzendes Angebot von der vom Krankenhaus organisierten Patientenüberleitung.

6.2. Zur Vorbereitung Ehrenamtlicher auf den Einsatz im Krankenhaus

Von Kathrin Heiß und Josefine Lammer

Auf eine qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher für die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen wird in der Hospizarbeit von Beginn an großen Wert gelegt, ohne dass es dafür ein bundeseinheitliches Curriculum gibt. Empfehlungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher wurden erstmals 1995 formuliert und unter Berücksichtigung der sich weiterentwickelnden Hospizlandschaft 2005 und zuletzt 2017 vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV; ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) überarbeitet.

Auch der gesetzliche Rahmen ehrenamtlicher Hospizarbeit hat sich verändert und setzt für die Förderfähigkeit nach §39a Abs. 2 SGB V u.a. voraus, dass Ehrenamtliche qualifiziert vorbereitet sind.

Anfangs stand die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Häuslichkeit im Vordergrund der Hospizarbeit. Weit mehr Menschen sterben jedoch nicht zu Hause, sondern in Institutionen wie einem Pflegeheim oder im Krankenhaus und werden auch dort zunehmend hospizlich begleitet. Die Änderungen in der Gesetzgebung zur Hospizarbeit (zuletzt 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz) tragen dieser Realität Rechnung und nehmen Begleitungen in Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe wie auch in Krankenhäusern in die Förderung der ehrenamtlichen Hospizarbeit auf.

Was aber bedeutet es für die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen, sich in stationären Einrichtungen zu bewegen? Braucht es eine besondere Vorbereitung und Befähigung der Hospizbegleiter, die in stationären Einrichtungen ihren Dienst am Menschen leisten?

Unsere hier dargestellten Überlegungen gründen auf Erfahrungen der Ökumenischen Hospizhilfe Mannheim (seit 2000) und des Ehrenamtlichen Dienstes der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (seit 2008) mit dem Einsatz ehrenamtlicher Hospizbegleiter im Krankenhaus.

Ehrenamtliche werden im Krankenhaus mit einigen Gegebenheiten und Herausforderungen konfrontiert, die sich vom Einsatz in der Häuslichkeit unterscheiden. Nachfolgend skizzieren wir kurz die Aspekte, die wir im Zusammenhang mit dem Einsatz Ehrenamtlicher im Krankenhaus in der Vorbereitung Ehrenamtlicher berücksichtigen.

Viele erkrankte Menschen, viele Schicksale

Je nach Einsatz, ob in der Begleitung einzelner Patienten oder im Rahmen wiederkehrender Projekte wie z. B. bei wöchentlichen Besuchsnachmittagen, sind den Ehrenamtlichen die Patienten und deren Angehörige mitunter kaum vertraut. Die Ehrenamtlichen werden im Krankenhaus mit Bildern von Krankheit und Bedürftigkeit und mit dem Schicksal vieler verschiedener Menschen konfrontiert, die man vielleicht auch noch hätte begleiten können. Die Bilder von Krankheit und die Bedürftigkeit der Menschen sehen und aushalten zu können, dem Anspruch gerecht zu werden, immer wieder offen zu sein, die Möglichkeit, in unerwartete und neue Situationen geraten zu können, ist eine Herausforderung. „Wie bei alldem den Blick auf den gewählten Auftrag behalten und mit den eigenen Grenzen umgehen?“ ist eine der Fragen, die besonders beim Übergang von der Theorie in die Praxis ehrenamtlicher Begleitungen reflektiert und durch Supervision begleitet werden.

Kurze Begleitungen, fehlender Abschluss

Bei Einsätzen im stationären Bereich bedarf es einer hohen Akzeptanz von „Nicht-Fertigem“, „Nicht-Gelungenem“ und der Bereitschaft zur Würdigung kleinster Erfolge und zur Demut. Die Dauer und Häufigkeit der Kontakte sind oft sehr begrenzt, etwa durch die Liegedauer, den Stationsablauf, durch Besuche von Angehörigen, denen natürlich Vorrang gegeben wird, und durch den Krankheitsverlauf. Begleitungen im Krankenhaus können kurz und intensiv sein. Anders und häufiger als bei ambulanten Begleitungen „fehlt das Ende“, wenn Patienten doch frühzeitiger als erwartet versterben, entlassen oder verlegt werden, ohne dass die Begleitung fortgeführt wird oder werden kann. Es kann zu einem abrupten Beziehungsabbruch kommen. Bei Entlassung oder Versterben der Patientin nicht zeitnah informiert worden zu sein und/oder den Moment des Abschieds verpasst zu haben, ist etwas, das bei manchen Ehrenamtlichen auch als Enttäuschung gegenüber den Krankenhausmitarbeitern erlebt werden kann. In der Vorbereitung Klarheit zu schaffen über die Bedingungen, Regeln und Abläufe im Krankenhaus und ein Gefühl für die Gegebenheiten zu entwickeln, ist uns in den Qualifizierungsangeboten wichtig. Als hilfreich erleben wir den regelmäßigen Austausch der Ehrenamtlichen mit den Hauptamtlichen der jeweiligen Krankenhausstation zu den Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit.

Ein Angebot machen und Ablehnung erfahren

Ehrenamtliche stellen sich und ihre Zeit für andere Menschen zu Verfügung, die wiederum für sich entscheiden, ob sie dieses Angebot annehmen möchten. Ob ein Kontakt gelingt oder überhaupt möglich ist, entscheidet manchmal der Zeitpunkt der Anfrage. Unter Umständen ist die Hospizbegleiterin einfach nur ein Gesicht, ein Kontakt zu viel an dem Tag, in dieser Stunde. Mit Ablehnung muss in der Hospizarbeit immer gerechnet werden. Annahme und Ablehnung können Ausdruck der persönlichen Auswahl einer Begleiterin sein, aber ebenso auch ein Ausdruck der Entscheidung darüber, wie man sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen will. Die Behandlung im Krankenhaus ist meist verbunden mit der Hoffnung auf gesundheitliche Besserung. Dieser Hoffnung steht für manche Patientinnen, Angehörige und Mitarbeitende das Angebot ehrenamtlicher Hospizbegleitung entgegen. Eine Ablehnung des Angebots erfordert von Ehrenamtlichen die Fähigkeit zur „professionellen“ Distanz und zur Reflexion.

Viele verschiedene Beteiligte

In stationären Einrichtungen begegnen Ehrenamtliche den begleiteten Menschen nicht nur im Kreise der Familie, sondern zusätzlich im Kreis vieler Berufsgruppen, wie z. B. Ärztinnen, Pflegenden, Therapeuten, Reinigungskräften, Sozialarbeiterinnen und Seelsorgern. Die Ehrenamtlichen externer Hospizdienste sind einerseits Gast im Krankenhaus, verstehen sich aber andererseits auch als Teil des erweiterten Teams im Sinne der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen erfordert ein Grundverständnis für die verschiedenen Herangehensweisen und Arbeitsbedingungen und die Struktur des Krankenhauses. Um dieses Grundverständnis zu fördern, binden wir Mitarbeitende verschiedener Bereiche des Krankenhauses als Referenten zu speziellen Fachthemen oder zum Austausch über die Zusammenarbeit in den Vorbereitungskurs für Hospizbegleiterinnen ein.

Hygienevorschriften und multiresistente Erreger

Hygiene und der Umgang mit multiresistenten Erregern ist im Krankenhaus ein zunehmend wichtiges Thema, das eine Anleitung der Ehrenamtlichen bereits im Vorfeld ihrer Einsätze verlangt. Dabei ist uns wichtig, dass die Risiken ernst genommen werden, ohne zu verunsichern oder Ängste zu schüren. Die Ehrenamtlichen sollen wissen, welche Maßnahmen im stationären Alltag durchgeführt werden, wenn ein Verdacht auf eine Infektion oder Keimbesiedelung besteht bzw. welches Verhalten in diesem Fall angebracht ist, auch um Spielräume auszuloten, die die Isolation der betroffenen Patienten lindern.

Alle genannten Themen werden auch nach Abschluss des Vorbereitungskurses in der Praxisbegleitung und Supervision der Ehrenamtlichen wieder aufgegriffen.



6.3. Übersicht: Ansprachpartner für Ideen und Erfahrungen bei der Implementierung

Zu folgenden Themen (beschrieben unter 4. Erfahrungen der Workshop-Teilnehmenden bei der Implementierung) können die zugeordneten Einrichtungen auf Erfahrungen zurückgreifen und stehen für Fragen und Austausch zur Verfügung:

Thema	Ansprachpartner
Zur Sensibilisierung für die Hospizarbeit im Krankenhaus sind wichtig	
Gespräche und Treffen zwischen Ambulanten Hospizdienst und der Geschäftsleitung des Krankenhauses	2, 5, 8, 10, 12
Hospizsprechstunden zu einer festen Tages- und Wochenzeit	8
Die gemeinsamen Erfahrungen von Fortbildungen von Haupt- und Ehrenamtlichen	3, 4, 7, 9
Fortbildungen der Krankenhausmitarbeiter durch Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten	1, 3, 7, 11, 12
Präsenz des Ambulanten Hospizdienstes in den Pflegeschulen vor Ort	1, 7, 11
Regelmäßige Evaluationstreffen/Runde Tische mit Mitarbeitern des Ambulanten Hospizdienstes und Krankenhauses	7, 8, 9, 12
Präsenz zeigen durch Werbung / Information auf Bildschirmen in Wartezonen in Krankenhäusern	7, 9, 12
Präsenz zeigen durch Aushänge des Hospizdienstes auf Pinnwänden auf den Stationen	2, 7, 8, 12
Präsenz zeigen durch Verteilen und Auslegen von Hospizdienst-Flyern	1, 2, 7, 8, 9, 10, 12
Präsenz zeigen durch eine Art „Ehrenamtsmarkierung“ der Patientenübersicht (Patiententafel, Belegungsplan der Station etc.)	3, 4
Präsenz zeigen durch Ehrenamts-Visitenkarten in den Patientenakten	3, 6
Präsenz zeigen durch gezieltes Abfragen nach Begleitungsbedarf bereits bei der Patientenaufnahme	3

Konzepte für die ehrenamtliche Begleitung im Krankenhaus	
Die Einbindung von Hospizbegleitern in die Begleitung von Patientinnen sollte auch vom Krankenhaus initiiert werden	1, 4, 5, 8, 9, 10
Die „Sektorenübergreifende Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“	1, 3, 8, 10, 11, 12
Sitzwachen bei sterbenden oder unruhigen Patienten	1, 7, 8, 9, 10, 12
Besuchs und Hintergrunddienste - Beispiel Gesprächsangebot für Patientinnen und Angehörige	1, 3, 4, 7, 8, 9, 12
Besuchs- und Hintergrunddienste - Beispiel Kaffee-Kuchen-Kontakte, Kaffeetafel	3, 4, 6
Besuchs- und Hintergrunddienste - Beispiel Besuchsnachmittage	1, 7
Besuchs- und Hintergrunddienste - Beispiel Mittagdienst als Hintergrunddienst	3
Pilotstation	1, 2
Aufgaben der Ehrenamtlichen im Krankenhaus / Grenzen der ehrenamtlichen Hospizbegleitung	
Vorbereitung auf das „Setting Krankenhaus“	1, 3, 7, 8, 9, 10
Klärung von Aufgaben	1, 3, 4, 7, 8, 9, 10

6.4. Teilnehmende und Ansprechpartner

Teilnehmende		Kontaktdaten der Ansprechpartner
Regina Barthel Kordinatorin hospiz-initiative kiel e.v.	1	0431 - 220 335 10 barthel@ hospiz-initiative-kiel.de
Antje Doß Kordinatorin Malteser Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst in Stadt und Region Hannover	2	0511 - 213 748 51 antje.doss@malteser.org
Astrid Fährmann Kunst- und Entspannungstherapeutin, Kreativpädagogin Klinikum Hann. Münden GmbH		
Kathrin Heiß Kordinatorin Ehrenamtlicher Dienst Klinik für Palliativmedizin Universitätsmedizin Göttingen	3	0551 - 39-10514 ehrenamt-pzg@ med.uni-goettingen.de
Cornelia Hlawatsch Pflegerische Leitung Bereich Palliativmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	4	01522 - 281 79 05 palliativstation@uke.de
Theresa Jansen Kordinatorin Stiftung Hospizdienst Oldenburg		
Astrid Karahan Stellvertr. Hospizleitung Kordinatorin Malteser Hilfsdienst e.V., Hospiz-Zentrum Bruder Gerhard, Hamburg	5	040 - 603 30 01 astrid.karahan@ malteser.org
Sandra Köbe Kordinatorin Hospizarbeit in der Region Rotenburg (Wümme) e.V.	6	04261 - 209 78 88 info@hospiz-row.de

Elke Krämer Kordinatorin Hospizbewegung Peine e.V.		
Josefine Lammer Kordinatorin Ökumenische Hospizhilfe Mannheim	7	0621 - 280 003 50 oek.hospizdienst@ diakonie-mannheim.de
Eva Maschinski Kordinatorin Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Alpha Hann. Münden	8	05541 - 981 919 alpha.muenden@evlka.de
Daniela Pfeiffer Kordinatorin Hospizverein Osterode e.V.		
Frank Rieke Fachberater für Demenz AWO Psychiatriezentrum, Klinik für Gerontopsychiatrie Königslutter	9	05353 - 901 525 frank.riek@awo-apz.de
Ina von Rössing Kordinatorin Hospiz-Initiative Salzgitter e.V.		
Doris Schroeder Ehrenamtliche Hospizarbeit Braunschweig e.V.	10	Ulrich Kreutzberg Kordinator 0531 - 164 77 info@hospizarbeit- braunschweig.de
Irmgard Wobken Kordinatorin Hospiz-Hilfe Meppen	11	05931 - 845 680 wobken@ hospiz-meppen.de
Ulrike Wohlgemuth Kordinatorin Ambulanter Hospizdienst der Diakonie Alten Eichen Hamburg	12	040 - 548 716 80 u.wohlgemuth@ diakonie-alten-eichen.de



Mit Unterstützung des DHPV
**Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.**



Mit Unterstützung der DGP
**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**



Initiative
zur Umsetzung der
CHARTA zur Betreuung
schwerkranker und sterbender
Menschen in Deutschland
und ihrer
Handlungsempfehlungen