

Hospiz

1

Die Geschichte der Hospize reicht weit zurück. Im Mittelalter war ein Hospital oder der lat. Name „Hospitium“ = Herberge, ein Beherbergungswesen, eine gastliche Aufnahme / Gastfreundschaft von kirchlichen oder klösterlichen Häusern, für Pilger (Pilgerherbergen), Bedürftigen (Armenhaus), Fremden (Asyl - vergl. Hotel) oder Kranken. Erst später geht der Begriff über zum heutigen Krankenhaus. Heute ist im deutschen Sprachraum eine Hospiz eine Einrichtung zur würdigen Beherbergung am Ende des Lebens = eine Sterbebegleitung.

In Lyon (Frankreich) gründete Madame Jeanne Garnier 1842 ein Haus, das sich speziell der Pflege von Sterbenden widmete. 1879 öffneten die irischen Schwestern der Nächstenliebe das „Our Lady's Hospice of the Care of Dying“ in Dublin. Hospiz nennt man eine stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung, die meist über nur wenige Betten verfügt und wie ein kleines Pflegeheim organisiert ist. Das erste stationäre Hospiz St. Christopher Hospiz, das wesentlich auf Cicely Saunders zurückgeht, wurde 1967 in Sydenham bei London in Großbritannien gegründet. Dort entstand auch 1982 das erste Kinderhospiz. Heute werden in diesem Haus 2000 Patienten und ihre Angehörigen, im Jahr, betreut. Die internationale Hospizarbeit wurde dann nachhaltig durch die Arbeit von Elisabeth Kübler-Ross beeinflusst. In Deutschland hat unter anderem Christoph Student viel zur Entwicklung der Hospizbewegung beigetragen. 1986 wurde im Haus Horn in Achen, das erste Hospiz eröffnet. In Datteln wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen 1998 das erste Kinderpalliativzentrum mit, im benachbarten Familien- und Gästehaus, eröffnet und finanziert. Inzwischen gibt es in der BRD mindestens 179 Hospize und 231 Palliativstationen in Krankenhäusern, sowie über 1500 ambulante Hospizdienste. Die meisten wurden von kirchlichen Einrichtungen, gemeinnützigen Organisationen, Stiftungen, Vereinen oder Bürgerinitiativen gegründet und Anfangs fast ausschließlich durch Spenden gelder finanziert, und durch ehrenamtliche Mitarbeit, unterstützt.

2
Unter dem Namen „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) wurde der Deutsche Hospiz und Palliativ Verband“ (DHPV) 1992 vom Krankenhausellsorger Heinrich Pera in Halle (Saale) gegründet. Ziel ist die Verbreitung der Hospizbewegung und die Zusammenführung der daran Interessierten sowie die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen für die ambulante und stationäre Hospizarbeit. Verbandsmitglieder des DHPV führen mehrfach Gespräche mit Vertretern der Krankenkassen und Ministerien, sowie Bundestagabgeordneten, um eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung der Hospizarbeit zu schaffen. Das gelang im Dezember 1996 mit der Zustimmung des Deutschen Bundestages zum § 39a des SGB V, dessen praktische Umsetzung in den Rahmenvereinbarungen zwischen BAG und den Krankenkassen festgeschrieben wurde. 2007 kam es zur Namensänderung von BAG Hospiz zu DHPV. Der Verband hat zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesärztekammer eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ erarbeitet. Sie wurde am 17. August 2010 verabschiedet.

1995 wurde die „Deutsche Hospiz Stiftung“ als Interessenvertretung für Schwerstkranke und Sterbende gegründet. Seit 2012 nennt sie sich Deutsche Stiftung Patientenschutz. Die Stiftung betreibt selbst keine Hospizeinrichtungen, sondern setzt sich, wie auch die DGP und DHPV, für Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende ein und vertritt bundesweit die Interessen der Schwerstkranken und Pflegebedürftigen gegenüber Politik, Krankenkassen und Leistungserbringern. Wie auch die anderen Hospiz- und Palliativverbände arbeitet die Stiftung auf gesellschaftlicher Ebene an der Verbesserung der Situation für Schwerstkranke. Hospiz als Lebenshaltung soll für jeden der jährlich rund 800.000 Sterbenden in der BRD Realität werden, lautet die Kernforderung. Dazu sei es notwendig, den Hospizgedanken überall dort zu verwirklichen, wo Menschen sterben - sei es in der Pflegeheimen, in Krankenhäusern - oder zu Hause.

Stationäre Hospize sind heute in der Regel Leistungserbringer des Gesundheitswesens und werden - auch auf Grund der stetigen politischen Arbeit der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutschen Stiftung Patientenschutz und des DHPV - größtenteils über die Krankenkassen finanziert.

Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass der Patient an einer unheilbaren, in absehbarer Zeit zum Tode führender Krankheit leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen ist. Dabei kann es sich um eine fortgeschrittene Krebserkrankung, AIDS im letzten Stadium der Krankheit, Erkrankungen des Nervensystems mit fortschreitenden Lähmungen, oder fortgeschrittene chronische Nieren-, Herz-, Verdauungs- oder Lungenerkrankungen handeln. Eine Erkrankung gilt als nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegen gewirkt werden kann.

Wenn bei einer solchen Diagnose eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist, oder vermieden werden soll, aber eine ambulante Versorgung bei Unterbringung im eigenen Haushalt, bei Angehörigen oder im Pflegeheim, als nicht ausreichend erscheint, kann eine palliative medizinische und pflegerische Versorgung angezeigt sein. Die vollstationäre Hospizpflege muss von einem Arzt verordnet werden, unter Angabe der Diagnosen, der Prognose und weiterer Details zur Begründung. z.B. Belastende Symptome wie Husten, Angst oder auch außen wachsende, zerfallende Tumore die einer speziellen Mundversorgung bedürfen. Diese ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V wird benötigt, damit die Einrichtung den entsprechenden Antrag zur Kostenübernahme an die Krankenkasse stellen kann. (Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI) Die Verordnung und die Entsprechende Antragsbewilligung gelten für zunächst 28 Tage und werden vor Ablauf dieser Frist, ggf. verlängert, wenn die Voraussetzungen weiter gegeben sind.

Die Einschränkungen sind notwendig, da die gesetzlichen Krankenkassen einen Teil des tagesbezogenen Bedarfssatzes finanzieren. Privatversicherten wird empfohlen, vor der Aufnahme im stationären Hospiz eine Kostenzusage ihrer Krankenkasse einzuholen, da nicht jede Versicherung, die in Rechnung gestellten Kosten übernimmt. Das Erkaufen eines Hospizpflegeplatzes ist durch die Aufnahmebedingungen ausgeschlossen, um Hospizplätze freizuhalten für diejenigen, die der speziellen Versorgung bedürfen.

Bis Juli 2009 zahlten Hospizpatienten einen Eigenanteil von durchschnittlich 7% zu, was durch Beschluss des Deutschen Bundestages vom 18. Juni 2009 entfällt. Seit 1. August 2009 tragen die Krankenkassen 90% der zuschussfähigen Kosten (Tagespflegesatz), von dem je nach Pflegestufe ein Teil zu Lasten der Pflegeversicherung geht. 10% des Pflegesatzes müssen stationäre Hospize, weiterhin, selbst aufbringen. Wozu größtenteils Spendengelder verwendet werden. Zudem werden Spendenmittel eingesetzt, wenn Patienten aufgenommen werden, die aus verschiedenen Gründen nicht Krankenversichert sind. (z.B. Personen ohne festen Wohnsitz) Die gesetzlich verankerten 10% Eigenanteil der stationären Hospize werden regelmäßig als unrealistisch bewertet. Tatsächlich würden

Hospize teils 30 Prozent der Kosten tragen, was in den weniger erfolgreichen Verhandlungen mit den Krankenkassen, um die tagesbezogenen Bedarfssätze begründet ist.

Die auch sonst im häuslichen Bereich übliche Selbstbeteiligung an Arznei- und Hilfsmittelkosten müssen die Patienten jedoch selbst tragen, wenn sie nicht von Zuschüssen befreit sind.

44 9
Hospize haben es sich zur Aufgabe gemacht, unheilbare Kranke in ihrer letzten Lebensphase im Sinne der Palliative Care zu versorgen. Es gibt ambulante, teilstationäre und stationär tätige Hospizvereinigungen, also Leistungserbringer im hospizlichen und palliativen Bereich. Eine Datenbank zur Recherche hospizlicher und palliativer Leistungserbringer stellt den Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland bereit. Bei einem Hospiz sollen fünf Qualitätskriterien verwirklicht werden:

- Der Kranke und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes
- Die Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team
- Einbeziehung freiwilliger Begleitpersonen
- Palliative Care - Sorge um Schmerzfreiheit und Lebensqualität statt Medical Care - auf Heilung gerichtete Behandlung, Kurz d.h.: Lebensqualität statt Lebensquantität.
- Trauerbegleitung

Bei allen pflegerischen und medizinischen Handlungen stehen aber der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Kranken, immer an erster Stelle.

Die Träger der Häuser sind die, wie schon Anfangs erwähnten Gründungsmitglieder.

Offt ist die medizinische Versorgung unterschiedlich gewährleistet. Einige stationäre Hospize stehen unter ärztlicher Leitung, andere arbeiten mit niedergelassenen Ärzten vor Ort zusammen, wobei der Patient sein Recht auf freie Auswahl geltend machen kann.

Dann ist es oft der langjährige Hausarzt des Kranken, der die medizinische und menschliche Begleitung seines Patienten bis zu dessen Lebensende übernimmt. Eine fachliche Weiterbildung in Palliativmedizin, ist dabei aber von Vorteil.

Eine stationäre Hospiz fällt heute in der BRD rechtlich unter das Heimgesetz. Aber einige Paragraphen müssen im Hospiz nicht angewandt werden.

Heute wollen Hospize das Sterben wieder in das Leben integrieren. Den Kranken und Angehörigen soll ein Stück Normalität vermittelt werden, was im Krankenhaus und zuhause durch Überforderung der pflegenden Angehörigen, oft nicht mehr gegeben ist. Laut Umfrage, möchten 90% aller Menschen zuhause sterben. Tatsächlich sterben nach Schätzungen jedoch etwa 50% der Menschen im Krankenhaus und weitere 20% im Pflegeheim. Hospize wollen dabei eine menschenwürdige Alternative sein, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr gewollt wird, oder aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, (und deshalb von den Krankenkassen auch nicht mehr bezahlt wird) ein Pflegeheim aber aufgrund unzureichender medizinischer und pflegerischer ~~und pflegerischer~~ Versorgungsmöglichkeiten, bei schwerer Erkrankung nicht in Frage kommt.

Qualifizierung ehrenamtlicher Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

I. Aufgaben:

- Begleitung in der letzten Lebensphase - vorwiegend im häuslichen Umfeld
- Unterstützung und Entlastung von Angehörigen
- Ergänzung anderer professioneller Dienste in der hospizlichen und palliativen Versorgung und Betreuung.

II. Voraussetzungen:

- Fähigkeiten zur Kommunikation
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und der eigenen Endlichkeit.
- " sich auf den Gruppenprozess einzulassen und eigene Erfahrungen einzubringen.
- Bereitschaft, Neues auszuprobieren und eigene Grenzen wahrzunehmen.
- Offenheit für religiöse Fragen
- Psychische Belastbarkeit
- Regelmäßige Teilnahme
- Verpflichtung zur Verschwiegenheit und sollte nicht selbst in Therapie (um Schwierigkeiten und Probleme therapeutisch aufzuarbeiten) oder in akuter Trauer, sich befinden.

III. Dauer der Ausbildung

Die Vorbereitung umfasst 80-90 Std., das Praktikum 50 Std. und sollte in Einrichtungen stattfinden, die mit örtlichen Hospizgruppen zusammenarbeiten. (Krankenhaus, Pflegeheim oder ambulanter Pflegedienst) Das Praktikum muss von den Kursteilnehmern dokumentiert und mit der Kursleitung ausgewertet werden.

Der Zeitraum der gesamten Qualifizierungsmaßnahme soll etwa 1 Jahr umfassen, um die jeweiligen Handlungsfelder kennenzulernen und das Begleiten sterbender Menschen und ihrer Angehörigen einzüben. Dazu gehören folgende Aufbausysteme: Grundkenntnisse zum Sterbeprozess und zur Sterbebegleitung - Erwerben von pflegerischen Grundkenntnissen (Todeszeichen) - Spirituelle + seelsorgerische Elemente in der Sterbebegleitung (Rituale) - Trauer (Kinder + Trauer, Trauerrituale) - Informationen zu Sachthemen wie Vollmachten, Verfügungen etc. - Bestattungswesen und rechtliche Fragen.

IV. Kosten der Qualifizierung

Die jeweiligen Hospizgruppen entscheiden über die Teilnahmegebühren und die Finanzierung der Ausbildung. Bei erfolgreicher beständiger Teilnahme, wird oft die Teilnehmergebühr zurückerstattet. Oft werden auch die Fahrt- und Sachkosten, sowie die Versicherungen, Fortbildungen und Supervisionen erstattet.

V. Teilnahmebescheinigung

Zur Begleitung der ehrenamtlichen praktischen Arbeit, gehört auch die Teilnahme an der regelmäßigen Supervision. Sie ist ein Angebot und Verpflichtung zugleich. (Ausssprachen) Ebenso gehören regelmäßige Fortbildungen und folgende Versicherungen zur Tätigkeit: Haftpflichtversicherung, Kaskoversicherung für private-eigene Fahrzeuge, Unfallversicherung und Rechtsschutzversicherung.

Bei erfolgreicher Teilnahme wird durch ein Zertifikat und einen Nachweis dokumentiert, daß die ehrenamtliche Hospizhelferin oder -helfer, befähigt sind dieses Amt auszuführen. Inhalte, Zeitaufwand und Praktikum geben darüber Auskunft.