

Grundlegendes zu „Seelsorge in der Palliativversorgung“

§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders **aufwändige Versorgung** benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur **Schmerztherapie und Symptomkontrolle** und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der **Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz)**; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

§ 132d SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b **Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen**, soweit dies für eine **bedarfsgerechte Versorgung** notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die **Leistungserbringer** auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der **Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung** sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die **sächlichen und personellen Anforderungen** an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur **Qualitätssicherung und Fortbildung**,
3. Maßstäbe für eine **bedarfsgerechte Versorgung** mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

fest.

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von
spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Vom 20. Dezember 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2007 die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b V i. V. m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie; SAPV-RL) beschlossen.

I. Die SAPV-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
(Spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL)**

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) ¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. ²Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die **medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern**.

(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

(3) ¹Die **individuellen Bedürfnisse und Wünsche** der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. ²Der **Patientenwille**, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(4) ¹Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. ²Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. ³Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre **Lebenserwartung begrenzt** ist (§ 3) und
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine **besonders aufwändige Versorgung** (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch **ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen** (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.

(2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.

(3) ¹Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn **die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund** der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. ²Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

¹Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. ²Anhaltspunkt dafür ist das **Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens**, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. ³Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- **ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik**
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) ¹Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. ²Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche **Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen** sowie die **Beratung, Anleitung und Begleitung** der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

(2) ¹SAPV wird ausschließlich von **Leistungserbringern nach § 132d SGB V** erbracht. ²Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. ³Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,

- vollständige Versorgung
erbracht werden. ⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter **Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit**
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit **Zusatzweiterbildung Palliativmedizin** entspricht
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer **curricularen Weiterbildung zu Palliative Care** entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- **Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr** für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich **Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod**
- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- **Psychosoziale Unterstützung** im Umgang mit schweren Erkrankungen **in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten**
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) ¹Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten **Leistungserbringer** die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche **Koordination** ist sicherzustellen. ²Hierüber sind verbindliche **Kooperationsvereinbarungen** schriftlich oder mündlich zu treffen. ³Kooperationspartner ist auch der **ambulante Hospizdienst**, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. ⁴Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. ⁵Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(5) ¹Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist **vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung** unabdingbar. ²Dieses ist unter **Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung** über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

§ 7 Verordnung von SAPV

(1) ¹SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. ²Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. ³Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.

(2) Die **ärztliche Verordnung** erfolgt auf einem zu vereinbarenden **Vordruck**, der der **Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf** (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

¹**Die Krankenkasse übernimmt** bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung **die Kosten** für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

II. Die SAPV-Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Hess

Implementierung von Palliative Care Teams in Schleswig-Holstein Teil I - Grundlagen und Strukturen

Bei der kontinuierlichen und nachhaltigen Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung kommt dem **Aufbau von Palliative Care Teams** hohe Bedeutung zu.

Nachdem der schleswig-holsteinische Landtag einvernehmlich den Anspruch auf eine Vorreiterrolle des Landes in der Palliativmedizin und Hospizversorgung formuliert hat, wurde beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren ein Arbeitskreis eingerichtet, in dem mit allen Beteiligten, insbesondere dem Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein, nach Wegen gesucht werden soll, diesen Anspruch zu realisieren. Der Arbeitskreis hat Unterarbeitsgruppen gebildet, die Einzelaspekte vertieft behandeln. Dies sind zur Zeit die Unterarbeitsgruppen „Leistungsdefinition“, „Finanzierung“ sowie „Vernetzung“.

In einem ersten Schritt legt die Unterarbeitsgruppe „Leistungsdefinition“ hiermit das Ergebnis aus sechs Sitzungen vor, in denen Palliative Care Teams im Hinblick auf ihre Grundlagen, Adressaten, Aufgaben und Strukturen näher beschrieben werden.

I. Grundlagen

Es wird bewusst darauf verzichtet, den zentralen Begriff **Palliative Care** zu übersetzen um die durchgängige Ausrichtung des hier vorliegenden Konzeptes an der WHO-Definition von Palliative Care zu unterstreichen.

Danach ist Palliative Care ein Behandlungsansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die den Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung gegenüber stehen. Das wird erreicht durch die Prävention und Linderung von Leiden mittels einer **frühen Wahrnehmung und sorgfältigen Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Art.**

Palliative Care

- sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen;
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess;
- hat die Intention, den Tod weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern;
- **integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenversorgung;**
- stellt ein Unterstützungssystem zur Verfügung, das den Patienten hilft, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben;
- stellt ein Unterstützungssystem zur Verfügung, das den Familien hilft, der Erkrankung des Patienten und ihrem eigenen Verlust gewachsen zu sein;
- nutzt einen Teamansatz, um die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien anzugehen, **inklusive Trauer und Trauerbegleitung**, wenn erforderlich;
- will Lebensqualität erhöhen, und kann auch einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung haben;
- kann früh im Verlauf der Erkrankung eingesetzt werden, in Verbindung mit anderen Therapien, die einen lebensverlängernden Ansatz haben, wie Chemotherapie oder Strahlentherapie, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können.

Nach Auffassung der Unterarbeitsgruppe sollen Palliative Care Teams geprägt sein von dem

gleichberechtigten Neben- und Miteinander sowohl unterschiedlicher Berufsgruppen als auch haupt- und ehrenamtlich Tätigen. Sie sollen unter Berücksichtigung gewachsener Strukturen und bei Vermeidung von Parallelvorhaltung und Überkapazitäten integrierter Bestandteil der Regelversorgung werden.

Die Unterarbeitsgruppe schlägt vor, dass zwischen palliativer Basis- und Spezialversorgung unterschieden werden sollte. Die Basisversorgung erfolgt durch niedergelassene Haus- und Fachärzte im unmittelbaren Umfeld der Patienten, durch ambulante Pflege- und komplementäre Dienste. Palliative Care Teams unterstützen und befähigen die Basisversorger mit dem Ziel, Freiräume für neue Aufgaben zu eröffnen.

Die **Spezialversorgung** erfolgt durch Palliativstationen an Krankenhäusern, spezialisierte ärztliche Praxen und Pflegedienste sowie in stationären Hospizen. Palliative Care Teams arbeiten mit diesen spezialisierten Leistungserbringern vor Ort zusammen. Dadurch wird gleichzeitig sichergestellt, dass lokale und regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur positiv genutzt werden können.

Der Aufbau von Palliative Care Teams soll dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patientinnen und Patienten dadurch Rechnung tragen, dass der Wunsch nach würdevollem Lebensende in der eigenen Häuslichkeit umgesetzt werden kann. Maßgeblich ist dabei die von der Patientin oder dem Patienten akzeptierte und gewünschte vertraute bzw. ständige Umgebung, was sich nicht ausschließlich auf die Familie beziehen muss.

Palliative Care Teams müssen zeitnah und ständig erreichbar sein, d.h. 24 Stundentätig, um die gebotene Versorgungssicherheit zu gewährleisten. **Dabei darf der Zugang zu entsprechenden Unterstützungsangeboten weder durch regionale Unterschiede noch durch Kriterien wie Religion, Einkommen, Bildung, Herkunft etc. erschwert oder behindert werden.**

II. Zielgruppe

Die Begleitung, Behandlung und Pflege von Menschen in ihrer letzten Lebensphase darf den betroffenen Menschen nicht losgelöst von seiner Familie, seinen Angehörigen, seinen Freunden betrachten. Palliative Care ist daher an die Gemeinschaft gerichtet, die die Patientin oder der Patient mit seinen An- und Zugehörigen bildet.

Es sind Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und mit absehbar begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einhergehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden, sowie deren An- und Zugehörige.

Palliativpatienten benötigen für die Verbesserung und den Erhalt ihrer Lebensqualität die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die Achtung ihrer Integrität und Würde, eine ausreichende psychosoziale Unterstützung, **Angebote der spirituellen Begleitung** und Hilfen bei der Sicherstellung der Erfordernisse ihrer Alltagswelt bis zum Tod.

Auch An- und Zugehörige von Palliativpatienten benötigen eine entsprechende Unterstützung, insbesondere Pflegeanleitung, psychosoziale Unterstützung und Alltagsunterstützung, **Trauerbegleitung** vor, während und nach dem Versterben.

Die Notwendigkeit einer ambulanten palliativen Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben: fortgeschrittene Krebserkrankung, Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen, Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

III. Aufgaben

Zu den Aufgaben von Palliative Care Teams gehören Aspekte aus den folgenden Komplexen:

Steuerung des Versorgungsprozesses

Auf Wunsch von Menschen, die sich der Zielgruppe zugehörig fühlen, ihrer An- und Zugehörigen, ihrer Behandler oder Betreuer unterstützt das Palliative Care Team die Steuerung des Versorgungsprozesses indem es

- systematische Problem- und Bedarfsanalysen durchführt,
- die rechtzeitige Einbindung der erforderlichen Dienstleister anstrebt und koordiniert,
- die strukturierte Überleitung zwischen Versorgungsbereichen anstrebt und damit die Versorgungskontinuität verbessert,
- versucht, Widersprüche zwischen den beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Diensten zu erkennen und zu lösen,
- darauf hinwirkt, dass die erforderlichen Daten und Informationen allen Prozessbeteiligten zur Verfügung stehen und das Handeln aller Mitwirkenden im Einklang erfolgt.

Netzwerkarbeit

Das Palliative Care Team trägt dafür Sorge, dass die an der Begleitung und Behandlung von Palliativpatienten Beteiligten einer Kommune oder einer Region einander kennen, sich austauschen und zur Kooperation bereit sind.

Es wirkt durch geeignete Instrumente wie Fallkonferenzen, Runde Tische, Qualitätszirkel etc. darauf hin, dass sich aus Basisversorgern und Spezialisten, aus haupt- und ehrenamtlich Tätigen ein tragfähiges Versorgungsnetzwerk entwickelt.

Das Palliative Care Team knüpft Kontakte zu vor Ort vorhandenen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens im weitesten Sinne und wirbt dort für die stetige Verbesserung der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung.

Es versucht aber auch, seine fachliche Arbeit mit übergeordneten Institutionen und Verbänden abzustimmen und zwischen deren Standards und lokalen Besonderheiten zu vermitteln.

Beratung und Begleitung

Das Palliative Care Team unterstützt durch fachliche Beratung und Begleitung die an der Basisversorgung von Palliativpatientinnen und -patienten beteiligten Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten u.a., aber auch im Einvernehmen mit diesen primär Zuständigen die Patienten selbst sowie deren An- und Zugehörige. Es wirkt darauf hin, dass die Betreuung von Palliativpatienten einem ständigen Verbesserungsprozess unterliegt und am jeweiligen Stand der Wissenschaft orientiert ist.

Es regt in Einzelgesprächen wie auch in Gruppen die Reflexion über die ethischen Aspekte von Palliative Care an. Es trägt dazu bei, dass die an der Betreuung von Palliativpatienten Beteiligten lernen, ihren eigenen Belastungen zu erkennen und ihnen angemessen zu begegnen. Insofern gehört es auch zu den Aufgaben des Palliative Care Teams, die eigenen Mitglieder und die Beteiligten im Versorgungsprozess in ihrer jeweiligen Arbeit zu stützen und zu begleiten.

Fortbildung und Schulung

Das Palliative Care Team beteiligt sich an der **Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der beteiligten Gesundheits- und Sozialberufe** sowie an der Schulung sowohl von pflegenden An- und Zugehörigen als auch von ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern vor Ort.

Es trägt durch diese Aktivitäten dazu bei, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen, die andere an der Versorgung Mitwirkende besitzen, zu vertiefen und zu stabilisieren. Es übersetzt das eigene, ständig aktualisierte Fachwissen und die eigene spezielle hospizliche und palliative Kompetenz für diese anderen Akteure, so dass eine ständige Weiterentwicklung der entsprechenden Expertise in der Region stattfinden kann.

Das Palliative Care Team wirkt auf Wunsch mit bei der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit von Hospizinitiativen, Hospizen und Palliativeinrichtungen.

Qualitätssicherung

Das Palliative Care Team sichert zunächst wie alle Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung die Qualität seiner eigenen Arbeit mit den üblichen Instrumenten.

Alle Mitglieder des Palliative Care Teams nehmen regelmäßig und nachweislich an Fortbildungen teil, die auf die besonderen Anforderungen von Palliative Care abgestellt sind. Hier ist vor allem die vorrangige Bedeutung der Patientenwünsche, die Bedeutung von **spirituellen und existentiellen Aspekten**, das Mitwirken von An- und Zugehörigen sowie von ehrenamtlichen Personen zu nennen, woraus sich besondere Qualitäts- und Fortbildungserfordernisse ergeben. Außerdem ergibt sich aus diesen Aspekten die Notwendigkeit, die eigene Haltung ständig zu reflektieren und weiter zu entwickeln.

Darüber hinaus wirkt das Palliative Care Team mit bei der Entwicklung und Umsetzung von palliativmedizinischen und -pflegerischen Leitlinien und Prozessstandards. Es beteiligt sich an Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen zur ständigen Weiterentwicklung der Palliativversorgung vor Ort.

Palliative Care im engeren Sinne

Zur Überbrückung von Krisensituationen und in Fällen, in denen Basisversorger auch mit Anleitung nicht in der Lage oder verfügbar sind, ambulante Palliative Care Leistungen zu erbringen, wird das Palliative Care Team selbst tätig.

Es leistet dann vor allem kompetente und umfassende Symptomkontrolle, Hilfen zur Bewahrung größtmöglicher Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens, **Beistand bei Problemen und Fragen psychosozialer und spiritueller Art**.

IV. Strukturen

Palliative Care ist grundsätzlich auf die enge Zusammenarbeit der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Professionen angewiesen. Im Gegensatz zum stationären Bereich, wo sich diese Zusammenarbeit zunächst auf das Team einer Palliativstation oder eines stationären Hospizes bezieht, ist die **multiprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Bereich** ungleich schwieriger, da die Kooperationspartner häufig von Patient zu Patient wechseln.

Das Ambulante Palliative Care Team muss die folgenden Kompetenzen und Kenntnisse **vorhalten oder organisieren**:

- Palliativmedizinische Kompetenzen
- Palliativpflegerische Kompetenzen
- Kenntnisse des Sozialsystems im Allgemeinen und der Infrastruktur vor Ort
- **Seelsorgerische Kompetenz**
- Psychologisch/psychotherapeutische Kompetenz
- Pharmazeutisch/pharmakologische Kompetenz

Folgende Berufsgruppen sollen im Ambulanten Palliative Care Team vertreten sein:

- Ärzte: Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Pflegende: Pflegefachkräfte mit mindestens 160 Std. Palliative Care Kurs
- Hospizfachkräfte
- Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, **Seelsorger**, ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten **mit Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 80 Std. Palliative Care Kurs¹**

Das Ambulante Palliative Care Team muss im Rahmen eines Hintergrunddienstes ständig und kontinuierlich erreichbar sein:

- für Patienten, die bereits vom Team betreut werden, für deren An- oder Zugehörige sowie für alle an der Betreuung dieser Patienten beteiligten hauptamtlichen oder ehrenamtlichen Kräfte
- für Ärzte und Pflegende von bisher nicht durch das Team betreuten Patienten, wenn diese eine dringende Indikation zum Einbinden des Ambulanten Palliative Care Teams sehen

Das Ambulante Palliative Care Team bietet keinen Hintergrunddienst für Patienten und Angehörige an, die noch nicht vom Team betreut werden, da die Gefahren einer Fehlbehandlung aufgrund mangelnder Informationen zur Krankheits- und Familiensituation in diesem Fall zu groß wären. Der **Vorrang der Regelversorgung** bleibt gewahrt.

Für die Arbeit von Ambulanten Palliative Care Teams ist die **enge Zusammenarbeit mit einem Hospizdienst** grundlegende Voraussetzung. Dieser Hospizdienst soll in angemessener Zahl **ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer** organisieren, **die die Befähigung zur Sterbe- und Trauerbegleitung entsprechend den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz nachweisen können.**

Im interdisziplinären Team ersetzen die Ehrenamtlichen niemanden, und sie greifen nicht in die Belange der anderen ein. Sie ergänzen vielmehr die Arbeit der Hauptamtlichen um spezifische, eigene Beiträge.

Ohne die zuverlässige Einbindung und Mitwirkung ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und -helfer ist ein ambulantes Palliative Care Team nicht denkbar.

Es ist weiterhin erstrebenswert, dass Palliative Care Teams versuchen, das vor Ort vorhandene, allgemeine bürgerschaftliche und ehrenamtliche Engagement und die darin liegenden Ressourcen einzubeziehen.

¹ Fortbildungen in Palliative Care für Seelsorgende (Spiritual Care) bieten an:

in Hamburg: die [Palliative Care Akademie](#)
in Bremen: das [Zentrum für Weiterbildung an der Universität Bremen](#)
in Hannover: das [Pastoralklinikum an der MHH](#)
in Kassel: die [Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Nordhessen e.V.](#)
in Bonn: das [Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus](#)
in Köln: die [Malteser Akademie](#)
in Dresden: die [Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit](#)
in München: das [Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der LMU München](#)
in Langenargen/Bodensee: die [HomeCare Akademie](#)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

| | |
|----------------------------|--|
| Jutta Burchard | St. Elisabeth Krankenhaus, Eutin |
| Uwe Enenkel | Gemeindediakonie Lübeck |
| Dr. Herrmann Ewald | Palliativstation des UK S-H, Kiel sowie Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein |
| Sven Freund | St. Elisabeth Krankenhaus, Eutin |
| Doris Hübner | Krankenpflegeteam Kiel |
| Hannelore Ingwersen | Katharinen Hospiz am Park, Flensburg |
| Isolde Kaiser-Borchert | Hospiz Kieler Förde, Kiel |
| Manfred Kamper | Stiftung „In Würde alt werden“, Husum |
| Erika Koepsell | Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein Neumünster |
| Dr. Dorothea Lohmann | Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein Preetz; verstorben im September 2006 |
| Ingemar Nordlund | Katharinen Hospiz am Park, Flensburg |
| Ingrid Polster | Interdisziplinäre Schmerz- und Palliativstation des UK S-H, Campus Kiel |
| Ingrid Rehwinkel | Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, Kiel |
| Prof. Dr. Petra Saur | Sana Kliniken, Lübeck und Ostholstein |
| Annette Schmitz | Klinikum Neustadt |
| Dr. Brigitte Schoderer | Ärztin, Geesthacht |
| Marina Siebahn | Kreis Krankenhaus Rendsburg-Eckernförde |
| Dr. Dieter Siebrecht | Interdisziplinäre Schmerz- und Palliativstation des UK S-H, Campus Kiel |
| Dr. Carmen-Johanna Steiger | MDK-Nord, Lübeck |
| Ursula Vieth | Hospiz Rickers Kock Haus, Lübeck |
| Martina Wendler | Hospiz-Initiative Eutin |
| Peter Wetzell | Helfen, Pflegen und Versorgen, Kronshagen |
| Ingrid Zellfelder | Diakonisches Werk Schleswig-Holstein |

SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG

Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

10. Mai 2007

A. WAS IST SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG?

Spirituelle Begleitung ist wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung.

Nach der WHO-Definition von Palliative Care besitzt die Begleitung von Patientinnen und Patienten bei sozialen Problemen und spirituellen Bedürfnissen hohe Priorität – neben der Linderung von physischen und psychischen Schmerzen und Symptomen. Unter **Spiritualität** kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinnggebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen.

Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung richtet sich an kranke Menschen, ihre Angehörigen sowie an die Mitarbeitenden – unabhängig von ihrer Weltanschauung, Religion und Konfession. Sie wird zur Zeit im wesentlichen von den großen christlichen Kirchen getragen.

Christliche Kirchen bezeichnen die von ihnen verantwortete spirituelle Begleitung als **Seelsorge**. Durch Gespräch, Beratung und Rituale zielt die Seelsorge auf die Befähigung, für die eigene Seele zu sorgen. Dies geschieht im Vertrauen auf individuell tragende Lebensfundamente und Lebenseinsichten im Horizont eines Gottes oder einer transzendenten Kraft, die sich dem Gegenüber erschließt.

Neben der professionellen spirituellen Begleitung hat auch jede Tätigkeit der anderen an der Palliativversorgung Mitarbeitenden eine **spirituelle Dimension**.

B. WAS LEISTET SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung nimmt die **spirituellen Bedürfnisse der kranken Menschen, ihrer Angehörigen und des gesamten Behandlungsteams** wahr, berät und begleitet diese und trägt so zum Erhalt oder zur Verbesserung der jeweiligen Lebensqualität bei.

Spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende arbeiten mit anderen Mitarbeitenden der Palliativversorgung zusammen, u.U. innerhalb einer festen Teamstruktur. Sie sind nach Möglichkeit rund um die Uhr erreichbar.

Aufgabenfelder:

1. Besuch der kranken Menschen und ihrer Angehörigen
Das Angebot gilt allen kranken Menschen und ihren Angehörigen. Neben **Besuchen am Krankenbett**, Gespräch und Beratung wird der Wunsch nach einer **rituellen Begleitung**, die je nach Beauftragung der jeweiligen Religionsgemeinschaft geschieht, wahrgenommen und erfüllt.
2. Kontakt zu den Mitarbeitenden
Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge ist ebenso ein Angebot für die anderen Mitarbeitenden der Palliativversorgung, insbesondere bei Fragen und Problemen, die sich aus der spezifischen Tätigkeit im Umgang mit kranken und sterbenden Menschen ergeben. Dies geschieht durch **individuelle Gespräche** und Angebote für das ganze Team, durch die **Mitarbeit bei der Gestaltung von Raum und Zeit (z.B. Rituale, Gedenkfeiern)** sowie durch die **Mitgestaltung der Teamkommunikation**

(z.B. Entscheidungsfindungsgespräche, Konfliktbearbeitung, ethische Fallbesprechungen). Darüber hinaus wird der Kontakt zu den Ortsgemeinden, den psychosozialen Diensten sowie weiteren Seelsorgenden gepflegt.

3. Weitere Aufgabenfelder:

a. Lehre und Forschung

Die Kommunikation mit kranken und sterbenden Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden zu reflektieren und zu verbessern ist Aufgabe aller im ambulanten und stationären Bereich Tätigen. Ein Schwerpunkt besteht darin wahrzunehmen, auf welche **spirituellen Ressourcen** die Menschen in diesen Situationen zurückgreifen und wie diese für den Lebens- bzw. Sterbeprozess erschlossen werden können.

Die **Aufgaben und Grenzen von spiritueller Begleitung** und die Rolle von Seelsorge in einem multiprofessionellen Team werden **in die Aus-, Fort- und Weiterbildung** von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Seelsorgenden sowie Mitarbeitenden anderer therapeutischer Berufe **einggebracht**, damit das multiprofessionelle Arbeiten gelernt und eingeübt werden kann.

Um die Lehre zu fundieren und weiterzuentwickeln, ist spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge an **Forschungsprojekten** der Theologie, Pastoralpsychologie, Religionspsychologie wie auch der interdisziplinären Palliativmedizin interessiert und beteiligt.

b. Öffentlichkeitsarbeit

Um die Palliativversorgung in der Öffentlichkeit und unter Mitarbeitenden des Gesundheitswesens bekannter zu machen, beteiligen sich spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende als Initiatoren oder Gesprächspartner an **Diskussionen und öffentlichen Veranstaltungen, in denen würdiges Sterben und Sterbebegleitung dargestellt werden.**

c. Dokumentation und Evaluation

Die **Dokumentation der spirituellen Begleitung bzw. Seelsorge** zum Zwecke eines gemeinsamen Kenntnisstandes und einer koordinierten Begleitung durch das Behandlungsteam (z.B. Vermerke in der Krankenakte) sowie zum Zweck der Evaluation hat in jedem Fall die **Schweigepflicht** der Seelsorgenden, das **Beichtgeheimnis** und die **Regeln des Datenschutzes** zu berücksichtigen.

C. WO WIRD SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG ERBRACHT?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung findet **überall** dort statt, wo kranke Menschen durch Palliativ- und Hospizarbeit begleitet werden – zu Hause, auf der Palliativstation und auf anderen Stationen eines Krankenhauses, im Alten- und Pflegeheim und im Hospiz.

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge arbeitet mit Mitarbeitenden der anderen an der Palliativversorgung beteiligten Dienste zusammen, d.h. mit den stationären, ambulanten und sektorenübergreifenden Teams, mit den Hospizdiensten und speziellen Besuchsdiensten.

D. FÜR WEN ERBRINGT SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG IHRE LEISTUNG?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge in der Palliativversorgung richtet ihr Angebot an kranke Menschen, ihre Angehörigen und an andere Mitarbeitende der Palliativversorgung. Diese Arbeit richtet sich auch an die Institutionen, in deren Rahmen sie wirkt, sowie an das gesellschaftliche Umfeld.

E. WER LEISTET SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG?

Spirituell Begleitende bzw. Seelsorgende brauchen vertiefte Kenntnisse und Kompetenzen in den Bereichen Pastoralpsychologie, Kommunikation, Hermeneutik, Gesundheitsethik und Gestaltung von Ritualen. Dafür sind kontinuierliche Fortbildung und Supervision unerlässlich.

Seelsorgende in der Palliativversorgung haben eine theologische und seelsorgliche Grundausbildung und sind zumeist haupt- und nebenamtlich Tätige der unterschiedlichen pastoralen Berufsgruppen.

F. WAS BRAUCHT SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER PALLIATIVVERSORGUNG?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge braucht für die oben genannten Aufgaben eine entsprechende Beauftragung, personelle Besetzung und Ausstattung mit Sachmitteln. Sie ist in die institutionelle Infrastruktur integriert und vernetzt sich mit lokalen, regionalen und bundesweiten Verbänden und Vereinigungen der Palliativversorgung. Die Tätigkeit wird in Kooperation mit dem Träger der Palliativversorgung wahrgenommen.