



LANDESHAUPTSTADT

Wiesbadener Stadtanalysen



Hospizliche und palliative Versorgung in Wiesbaden



Amt für Statistik
und Stadtforschung

www.wiesbaden.de

Herausgeber

Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Statistik und Stadtforschung
Wilhelmstraße 32, 65183 Wiesbaden
ISSN: 0949-5983
- August 2008

Bezug

Amt für Statistik und Stadtforschung
Information & Dokumentation
Postfach 39 20, 65029 Wiesbaden

Tel.: 06 11/31-54 34
FAX: 06 11/31-39 62
E-Mail: dokumentation@wiesbaden.de
Internet: www.wiesbaden.de

Schutzgebühr: 15 €, zuzüglich Versandkosten



Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung, auch auszugsweise nur mit Quellenangabe gestattet und mit der Bitte um ein Belegexemplar.

Für gewerbliche Zwecke ist es grundsätzlich nicht gestattet diese Veröffentlichung oder Teile daraus zu vervielfältigen, auf Mikrofilm/-fiche zu verfilmen oder in elektronische Systeme zu speichern.

Hospizliche und palliative Versorgung in Wiesbaden

Seite

1	Einleitung	1
2	Ambulante und stationäre Einrichtungen in Wiesbaden	3
2.1	Der ambulante Hospizverein Auxilium	5
2.2	Stationäre Hospize	8
2.2.1	Hospiz Advena	8
2.2.2	Kinderhospiz Bärenherz	13
2.3	Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung e. V.	17
2.4	Zentrum für ambulante Palliativversorgung	18
2.5	Palliativstation der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH (HSK)	20
2.6	Palliativversorgung in Pflegeheimen und durch Pflegedienste	25
3	Umfang und Bedarf an hospizlicher und palliativer Versorgung	27
3.1	Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen	27
3.2	Palliativversorgung und Sterbebegleitung	29
4	Zukünftige Palliative-Care-Bedarfe	32
5	Zusammenfassung	34

ANHANG

Stadtanalysen Nr. 25

Verzeichnis der Tabellen und Bilder

Seite

Bild 1:	Anzahl und Ort der Patientenbegleitungen des Hospizvereins Auxilium 2000 bis 2007	7
Tab. 1:	Betreute und verstorbene Patienten 2007	7
Tab. 2:	Verstorbene und palliativ/hospizlich begleitete Patienten 2007 in Wiesbaden	32

1 Einleitung

*Tod und Sterben
sind gesellschaftlich tabuisiert*

Tod und Sterben sind einerseits gesellschaftlich tabuisiert und werden verdrängt, andererseits bleibt es niemandem erspart, sich - früher oder später - damit zu befassen. Spätestens dann, wenn im eigenen Umfeld Angehörige, Freunde, Bekannte schwer erkranken und/oder sterben, setzt das Nachdenken und die Auseinandersetzung mit dem Thema ein. Nicht nur über den Tod selbst, sondern vor allem auch über den Weg dahin; über die letzte Phase des Lebens, die oftmals anders verläuft als gewünscht, erhofft oder erwartet. Der Wunsch der meisten Menschen ist es, die letzten Tage und Stunden des Lebens zu Hause zu verbringen, keine Schmerzen zu haben und friedlich einzuschlafen. Tatsächlich sieht die Situation anders aus. Gestorben wird mehrheitlich im Krankenhaus und viele sind bis zu ihrem Tod von Schmerzen geplagt, auch deshalb, weil die Palliativmedizin¹, die im Gegensatz zur kurativen Medizin nicht (mehr) das Ziel der Heilung, sondern der Linderung der körperlichen und seelischen Schmerzen verfolgt, in Deutschland ein bisher wenig anerkannter und unterentwickelter Bereich ist.

*Palliative Care und
Hospizarbeit ...*

Bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ist durch Hospizarbeit und Palliative Care in den letzten Jahrzehnten sehr viel in Gang gekommen. Basierend nur auf ehrenamtlichem Engagement hat die Hospizbewegung aus England kommend in den 70er Jahren in Deutschland Fuß gefasst und sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich als wichtiger Bestandteil der Versorgung von Menschen in der letzten Phase ihres Lebens etabliert. Die Palliation in der Pflege und in der Medizin hat im letzten Jahr im deutschen Gesundheitswesen nach jahrelangen Bemühungen die gebührende Anerkennung erlangt, als sie durch das Gesetz zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vom April 2008 endlich einen mit den Krankenkassen abrechnungsfähigen Tatbestand darstellt, der

*... haben Eingang
in gesetzlichen Regelungen
gefunden.*

¹ Zur Begriffserklärung und Definition siehe Glossar im Anhang.

aktuell in Verhandlungen mit den Kostenträgern durch entsprechende Rahmenvereinbarungen und Versorgungsverträge konkretisiert wird.

*Die Bedeutung palliativer
Versorgung und Hospizarbeit wird
infolge des demographischen
Wandels zunehmen*

Die Bedeutung von palliativer Versorgung und Hospizarbeit wird in Zukunft weiter steigen. Angesichts des Vormarsches der Apparatedizin und der rasanten Weiterentwicklung der Medizintechnik werden sich zum einen Fragen des menschenwürdigen Sterbens immer öfter stellen. Zum anderen wird der Anteil alter Menschen ansteigen und damit auch die Zahl derer, die am häufigsten mit Sterben und Tod konfrontiert sind (mehr als 80 % der Verstorbenen sind 65 Jahre und älter; vgl. Tab. 1A im Anhang). Durch die Individualisierungstendenzen in der Gesellschaft mit der Auflösung familiärer und traditioneller Beziehungsgefüge wird zudem der Personenkreis schwerkranker und sterbender Menschen größer werden, der keine Angehörigen hat und auf sich gestellt ist. Die Nachfrage nach Diensten und Institutionen, die die Betreuung in der Lebensendphase übernehmen, wird anwachsen und damit auch die Bedeutung eines gut funktionierenden Versorgungsnetzes.

*Der Bericht liefert eine Bestands-
aufnahme der Palliativen Ver-
sorgung in Wiesbaden ...*

In diesem Bericht stehen die palliative Versorgung und die Hospizarbeit in Wiesbaden im Mittelpunkt. Anliegen der Untersuchung ist es, die Versorgung, Begleitung und Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen darzustellen. Dabei werden die Akteure, die Einrichtungen und Institutionen der örtlichen palliativen und hospizlichen Versorgung vorgestellt, ihre Entstehungsgeschichte und Entwicklung nachgezeichnet, die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche und die Reichweite ihrer Arbeit beschrieben sowie auf die Formen der Zusammenarbeit und Vernetzung eingegangen. Ferner werden Inanspruchnahme der Dienste und Einrichtungen durch die Betroffenen einschließlich der formalen Voraussetzungen umrissen. Schließlich wird vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklung in Wiesbaden der Frage nach den Kapazitäten und den Bedarfen von Betreuung, Versorgung und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden nachgegangen.

*... und geht der Frage des
zukünftigen Bedarfs nach*

*Informationen zum Thema
durch Expertengespräche und
Materialauswertung*

Die Darstellung der Palliativ- und Hospizversorgung basiert im Wesentlichen auf Expertengesprächen mit Akteuren in diesem Bereich, die als Leiter/innen bzw. Mitarbeiter/innen² der Einrichtungen, Institutionen oder Träger tätig sind³. Darüber hinaus wird auf vorhandenes Material, meist Flyer und Informationsbroschüren, sowie die Internetportale zurückgegriffen. Daten- und Zahlenmaterial oder amtliche Statistiken sind zu dem Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung kaum verfügbar.

2 Ambulante und stationäre Einrichtungen in Wiesbaden

*Palliative Care ist ein
ganzheitliches Betreuungskonzept
und ...*

Palliative Care ist das ganzheitliche Betreuungskonzept für Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium und mit einer begrenzten Lebenserwartung. Ziel ist es, die Lebensqualität in der letzten Phase des Lebens zu verbessern und physische und psychische Leiden zu lindern durch eine umfassende, die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen berücksichtigende Versorgung und Betreuung. Palliative Care stellt damit auch einen multidisziplinären Handlungsansatz dar für die Akteure, Einrichtungen und Institutionen, die sich um Menschen in der Lebensendphase kümmern.

*... beinhaltet einen multi-
disziplinären Handlungsansatz*

*Die ambulante Hospizbewegung
nahm sich als erste der
Betreuung und Begleitung von
Menschen in der
Lebensendphase an*

Die ersten, die nach diesen Handlungsgrundsätzen in Wiesbaden arbeiteten, war die Hospizbewegung, zunächst im ambulanten und später auch im stationären Bereich. Der ambulante Hospizverein Auxilium wurde 1987 gegründet, neun Jahre später wurde das Hospiz Advena eröffnet. Das primäre Ziel der hospizlichen Einrichtungen und Organisationen war und ist es, Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten, das Sterben als Teil des Lebens zu begreifen, sich damit bewusst auseinanderzusetzen und den schwerkranken Menschen und ihrem Umfeld (Familie, Verwandte, Freunde) menschlichen, spirituellen und seelsorgerischen Beistand zu leisten.

² Zur besseren Lesbarkeit werden nicht immer beide Geschlechtsformen verwendet, sondern meist nur die männliche. Es sind aber stets beide Geschlechter, Frauen und Männer, gemeint.

³ Vgl.: Übersicht der befragten Experten im Anhang.

*Parallele Entwicklungen
in der Medizin und Pflege
hin zur palliativen Behandlung*

Eng damit verbunden war eine Entwicklung in der Medizin und der Pflege, die für die Versorgung von sterbenden und todkranken Patienten einen Perspektivenwechsel von der vorbeugenden und heilenden hin zur lindernden Behandlung einforderte und eine palliative Behandlung praktizierte. Darüber hinaus galt das Bestreben dem Aufbau einer umfassenden ambulanten Versorgung, um unnötige und entwürdigende Krankenhauseinweisungen am Lebensende zu vermeiden und eine Betreuung bis zum Schluss zu Hause sicherzustellen. Von Anbeginn bestand ein enger Bezug zur Hospizarbeit. Daraus hat sich in Wiesbaden 2001 ein lockerer Zusammenschluss von Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern, Apothekern, Psychologen, Seelsorgern, in der Hospizarbeit hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen entwickelt. 2006 ist daraus das Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung entstanden, das, koordiniert vom Zentrum für ambulante Palliativversorgung am Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden einen Integrierten Versorgungsvertrag Palliativmedizin mit einem Kostenträger (Techniker Krankenkasse) abgeschlossen hat. Parallel dazu ist an der HSK in Wiesbaden eine Palliativstation eingerichtet worden, die 2007 ihren Betrieb aufgenommen hat und auf der Basis eines anderen Versorgungsvertrages mit anderen Kostenträgern (AOK, DAK, Barmer etc.) zusätzlich ambulant arbeitet.

*Gründung des Hospiz-
palliativnetzes und ...*

... der Palliativstation

Der historischen Entwicklung entsprechend werden die Einrichtungen und Institutionen, die in Wiesbaden schwerkranke und sterbende Menschen betreuen, versorgen und behandeln in den folgenden Abschnitten beschrieben und dargestellt und die Form ihrer Zusammenarbeit und Kooperation charakterisiert.

2.1 Der ambulante Hospizverein Auxilium

*Auxilium übernimmt seit 1987
die ambulante Betreuung
schwerkranker und sterbender
Menschen in Wiesbaden*

Der Hospizverein Auxilium war die erste Einrichtung, die sich der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Wiesbaden zugewendet hat. Ausgangspunkt war 1985 die Zeitungsanzeige einer Wiesbadener Ärztin, die als pflegende Angehörige Personen in ähnlichen Lebenslagen suchte, mit denen sie sich austauschen und beraten konnte. Die Betroffenen, die sich daraufhin zusammenfanden, bildeten 1986 eine relativ feste Gruppe, die 1987 den ambulanten Hospizverein Auxilium gründete. Der konzeptionelle Ansatz des Hospizvereins war von Anfang an darauf gerichtet, über die Selbsthilfe pflegender Angehöriger hinaus, das Rüstzeug und das Grundwissen im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu vermitteln. Zunächst wurden Schulungen durchgeführt, später die Ausbildung zur Hospizhelferin / zum Hospizhelfer etabliert.

*Der eingetragene Verein
hat ca. 450 Mitglieder*

Auxilium ist ein eingetragener Verein mit derzeit ca. 450 Mitgliedern. Angeboten anderer Institutionen und Verbände zum organisatorischen Zusammenschluss wurde nicht entsprochen, um sich Eigenständigkeit und Autonomie zu erhalten und die über lange Jahre entwickelte und erprobte Arbeit nach selbst bestimmten Prinzipien fortzuführen und umzusetzen.

*Auxilium übernimmt
die Begleitung
und Betreuung Sterbender
und ihrer Angehörigen ...*

Die Arbeit des Vereins ist darauf gerichtet, schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen zu begleiten, palliativ-pflegerische Beratung und Trauerbegleitung zu leisten. Weiterhin erstreckt sich die Arbeit von Auxilium auf die Ausbildung von Hospizhelfern/innen. Jährlich wird ein Ausbildungsgang durchgeführt, an dem sich i. d. R. 12 Personen beteiligen. Die Ausbildung umfasst etliche Wochenend- und Abendveranstaltungen sowie ein Praktikum. Inhalte der Ausbildung sind die intensive Auseinandersetzung mit Fragen von Leben und Tod, die Klärung und Überprüfung der eigenen Motive für diese Tätigkeit sowie Informationen zu anwendungsbezogenen Themen der Krankenpflege und Kommunikation in der Lebensendphase.

*... und bildet Hospizhelfer/innen
aus*

*Sterbebegleitung beinhaltet
zuhören, emotional unterstützen
und entlasten*

Bei Auxilium sind ca. 40 ausgebildete Hospizhelfer/innen tätig; mehrheitlich handelt es sich dabei um Frauen, die die Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen übernehmen. Die Betreuung ist im Wesentlichen darauf gerichtet, Gespräche zu führen, zuzuhören, emotionale Unterstützung zu leisten und die pflegenden Angehörigen zu entlasten, indem ihnen z. B. durch die Möglichkeit, mal das Haus verlassen zu können und etwas anderes zu machen, ein paar Freiräume eröffnet werden. Die Arbeit der Hospizhelferinnen umfasst ca. vier bis sechs Stunden wöchentlich und erstreckt sich im Durchschnitt auf einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen, wobei die Dauer der Begleitung in der Lebensendphase letztlich sehr unterschiedlich ist. Sie kann nur wenige Tage ausmachen, manchmal auch einige Wochen dauern.

*Drei Hospizfachkräfte über-
nehmen die palliativ-pflegerische
Beratung und Vernetzung*

Neben den ehrenamtlich tätigen Hospizhelferinnen sind bei Auxilium drei hauptamtliche Krankenschwestern mit einer Palliative-Care-Zusatzausbildung beschäftigt, die die Erstkontakte zu den Patienten herstellen und die Hospizhelferinnen einteilen. Darüber hinaus sind sie für die palliativ-pflegerische Beratung und Betreuung zuständig. Sie übernehmen die regelmäßige Krankenbeobachtung und Symptomkontrolle, die Beratung bei der Schmerztherapie sowie die Vernetzung der an der Betreuung, Versorgung und Pflege beteiligten Personen (Hausarzt, Pflegedienst, Angehörige usw.), um eine optimale Versorgung der/des Schwerkranken zu erreichen.

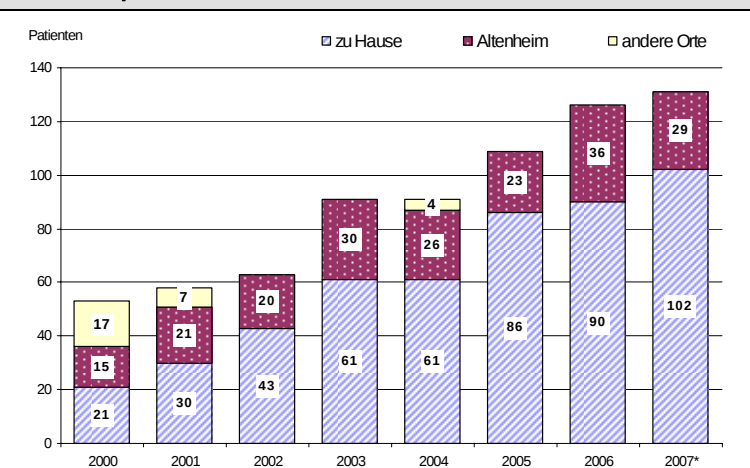
*Die Zahl der betreuten Patienten
steigt*

In der Regel wenden sich Angehörige kranker Menschen um Unterstützung an Auxilium, in einigen Fällen auch die Betroffenen selbst. Zunehmend wird Auxilium auch von den Sozialdiensten der Krankenhäuser eingeschaltet. Im Laufe der Jahre ist die Zahl der vom ambulanten Hospizverein betreuten Menschen kontinuierlich angestiegen (vgl. Bild 1). Während im Jahr 2000 ca. 50 Schwerkranke und Sterbende begleitet wurden, lag die Zahl der Patienten 2007 bei 131. Die Mehrzahl der Patienten wird zu Hause betreut; es finden aber auch Betreuungen in Pflegeheimen statt. Vor einigen Jahren wurden Schwerkran-

*Die Patientenbegleitung findet
überwiegend im häuslichen
Umfeld statt*

ke auch in Hospizen und Krankenhäusern betreut, wie dies z. B. in den Jahren 2000 und 2001 der Fall war. Die Hospize haben inzwischen eigene ehrenamtliche Helferinnen ausgebildet. Betreuung in Krankenhäusern findet noch gelegentlich statt.

Bild 1:
Anzahl und Ort der Patientenbegleitungen
des Hospizvereins Auxilium 2000 bis 2007



* 2007 = 37 Hospizhelfer/innen im Einsatz.

Quelle: Hospizverein Auxilium [Hospizverein Auxilium.xls](#)



*Nicht alle ambulant betreuten
Patienten versterben zu Hause*

Obwohl die Mehrheit der Schwerkranken und Sterbenden im häuslichen Umfeld betreut wird, versterben viele nicht dort, sondern im Krankenhaus oder im Hospiz (vgl. Tab. 1). Im Jahr 2007 sind gut drei Viertel der 131 von Auxilium begleiteten Patienten in den eigenen vier Wänden betreut worden. Die meisten dieser Patienten sind auch 2007 verstorben, aber nur die Hälfte von ihnen zu Hause.

Tab. 1:
Betreute und verstorbene Patienten 2007

Orte	Betreuungen	Verstorbene
Ingesamt	131	103
zu Hause	102	50
Altenheim	29	12
Hospiz	-	23
Krankenhaus	-	18

Quelle: Hospizverein Auxilium



*Sterbebegleitung
durch Auxilium erfahren letztlich
nur wenige*

Gemessen an der Zahl der Verstorbenen in Wiesbaden (2007 sind 2.828 Verstorbene registriert worden) sind die 103 betreuten und verstorbenen Patienten nur ein sehr kleiner Kreis (3,6 %), der Hilfe und Unterstützung durch Auxilium erfahren hat.

*Die Arbeit des Hospizvereins
ist kostenlos*

Die Betreuung und Begleitung durch Auxilium ist für die Betroffenen kostenlos. Der Verein finanziert sich und seine Arbeit durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und die kürzlich ins Leben gerufene Stiftung Marianne Kahn. Hinzu kommt ein kleiner Beitrag der Krankenkassen für die Palliative-Care-Betreuung durch die drei festangestellten Hospizfachkräfte (Krankenschwestern), der jedoch nur einen Bruchteil der Personalkosten abdeckt. Den ehrenamtlich tätigen Hospizhelferinnen werden die Fahrtkosten durch den Verein erstattet.

2.2 Stationäre Hospize

2.2.1 Hospiz Advena

*Das stationäre Hospiz Advena
besteht seit 1996 ...*

Das Hospiz wurde 1996 von der Interessengemeinschaft für Behinderte (IFB) gegründet. Auslöser für die Hospizgründung war, dass behinderte Menschen, die in Einrichtungen des Betreuten Wohnens der IFB lebten, bei unheilbaren Erkrankungen und im Sterben nicht angemessen betreut und begleitet werden konnten. Es gab keine Institution, die bereit und in der Lage war, diese Menschen aufzunehmen. Daraufhin hat der gemeinnützige Verein beschlossen, selbst ein Hospiz zu gründen. Erst als das Haus bereits bestand und Patienten betreut wurden, fanden Verhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen über Fragen der Finanzierung und der Kostenübernahme statt, die 1998/99 zum Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrages führten.

*.. und wurde von der
Interessengemeinschaft
für Behinderte gegründet*

*Kooperation von IFB und Caritas
bei der stationären Hospizarbeit*

Etwa zeitgleich wurden von der Caritas ebenfalls Überlegungen für ein stationäres Hospiz entwickelt, die bei Bekanntwerden der Hospizgründung durch die IFB obsolet waren, da das vorhandene Haus mit 16 Plätzen den Bedarf abdeckt. Um bei der Sterbebegleitung keine Kon-

2001 Gründung der Wiesbadener Hospizgesellschaft in Trägerschaft von IFB und Caritas

flikte aufkommen zu lassen und Konkurrenz zu vermeiden, andererseits eine breite gesellschaftliche Unterstützung und Akzeptanz zu erreichen, haben IFB und Caritas 2001 eine Zusammenarbeit beschlossen und eine gemeinsame Gesellschaft mit jeweils 50 %iger Beteiligung gegründet. Die Wiesbadener Hospizgesellschaft (WHG) ist die Trägerin der stationären Hospize in Wiesbaden. Zu ihnen zählen neben dem Hospiz Advena das Kinderhospiz Bärenherz, das im April 2002 gegründet wurde, sowie das Haus St. Ferrutius in Taunusstein-Bleidenstadt, das im November 2006 durch Umwandlung von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz für den Rheingau-Taunus-Kreis dazu kam. Die Geschäftsführung der WHG lag bis 2006 bei der IFB und wird seither von der Caritas wahrgenommen.

Advena in Erbenheim bietet Platz für 16 Patienten

Advena befindet sich in Erbenheim und besteht aus einem alten Gebäudeteil, der zunächst ausschließlich als Hospiz genutzt wurde, und einem neueren Komplex. Das Haus bietet Platz für 16 Bewohner. Die Bewohnerzimmer sind Einzelzimmer, jeweils zwei Zimmer teilen sich eine Nasszelle. Es gibt Gemeinschafts- und Tagungsräume, einen Wintergarten, Büro- und Personalaufenthaltsräume sowie eine Küche.

Palliative Care bildet die Arbeitsgrundlage von Advena

Die Arbeit des Hospiz Advena orientiert sich an den Grundsätzen der palliativen Versorgung, nach denen der sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Dem ganzheitlichen Ansatz entsprechend wird die Begleitung und Betreuung in der Lebensendphase durch ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Psychologen, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern gewährleistet. Die pflegerische und medizinische Betreuung ist rund um die Uhr sichergestellt.

*Aufnahmekriterien
für eine stationäre Hospiz-
betreuung*

Vorraussetzung für die Aufnahme eines Erkrankten in die stationäre Einrichtung⁴ ist, dass

- es sich um eine Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium handelt,
- eine Heilung ausgeschlossen ist,
- kurative Maßnahmen nichts mehr bewirken können und/oder vom Patienten abgelehnt werden,
- eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen besteht und
- keine ambulante Betreuung möglich ist.

*Das Durchschnittsalter
der Hospizpatienten
liegt bei ca. 70 Jahren*

Bei den Patienten, die im Hospiz aufgenommen werden, handelt es sich mehrheitlich um ältere Menschen; das Durchschnittsalter liegt bei ca. 70 Jahren. Gelegentlich kommen aber auch sehr viel Jüngere, um die letzte Phase ihres Lebens hier zu verbringen. Die Verweildauer beträgt im Schnitt 17 Tage, wobei es in Einzelfällen erhebliche Abweichungen davon gibt: manche Patienten versterben nur wenige Stunden nach Ankunft im Hospiz, bei anderen tritt durch die stationäre Betreuung und Versorgung eine deutliche Verbesserung des Zustandes ein, so dass sich die Lebensdauer um mehrere Wochen, manchmal sogar Monate verlängert. In ganz seltenen Fällen konnten Patienten wieder einigermaßen stabilisiert das Hospiz verlassen. Meist ist die Verweildauer jüngerer Patienten geringer, sie sterben schneller als alte Menschen.

*Die durchschnittliche Auf-
enthaltsdauer beträgt 17 Tage*

*Die Aufenthaltsdauer im Hospiz
hat sich in den letzten Jahren
halbiert ...*

Die Aufenthaltsdauer im Hospiz hat sich deutlich verringert. Während 2001 Schwerkranke im Durchschnitt 35 Tage im Advena verbrachten, hat sich die Verweildauer inzwischen auf die Hälfte der Zeit reduziert. Hervorgehoben wird dies dadurch, dass Patienten immer später und erst dann kommen, wenn medizinisch bzw. medizintechnisch alles „ausgereizt“ ist und kurativ nichts mehr möglich ist; dies gilt insbesondere dann, wenn Patienten aus Krankenhäusern verlegt werden. Diese Entwicklung hat auch die (Arbeits-)Situation für das Hospiz verändert. Die Patientenzahlen sind angewachsen. Während 2001 etwa 140 Patienten versorgt wurden, lag die Zahl der Patien-

⁴ Nach den Rahmenvereinbarungen des Versorgungsvertrages mit den Kranken- und Pflegekassen.

*... und wirkt sich auf das
Betreuungsverhältnis aus.*

ten 2007 bei 220. Dadurch hat sich auch die Art der Betreuung verändert. Von den Beschäftigten wird es als negativ empfunden, dass in der kurzen verbleibenden Zeit oftmals keine Beziehung mehr zu den Patienten aufgebaut werden kann.

*Hospizpatienten
sind meist Frauen und Tumor-
erkrankte*

Hospizpatienten sind mehrheitlich Frauen. Dies ist auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und auf den entsprechend höheren Anteil von Frauen in der Altenbevölkerung zurückzuführen. Zu weit über 90 % sind es Tumorerkrankte. Neurologische und Atemwegs-Erkrankungen kommen nur sehr selten vor. Im Hinblick auf die sozialstrukturelle Zusammensetzung des Patientenkreises lassen sich im Großen und Ganzen keine von der allgemeinen Bevölkerungsstruktur abweichenden Besonderheiten nach Bildung, Beruf oder Einkommen ausmachen. Allerdings besteht der Eindruck, dass Angehörige unterer Schichten früher aus den Krankenhäusern als unheilbar entlassen werden und damit auch früher ins Hospiz kommen, während gebildete und besser situierte Patienten sehr viel stärker darauf bestehen, dass alles medizinisch Mögliche zum Einsatz kommt. Es drängt sich zudem der Eindruck auf, dass Privatpatienten, die Chefarztbehandlung genießen, seltener und später ins Hospiz verlegt werden. Was die Familienkonstellation der Hospizpatienten betrifft, so handelt es sich gleichermaßen um Alleinstehende wie um solche mit Familie und Angehörigen. Dass Personen mit Migrationshintergrund bisher kaum zum Patientenkreis gehören, ist auf das geringere Durchschnittsalter und die geringere Zahl von Sterbefällen in dieser Bevölkerungsgruppe zurückzuführen. Ca. 40 % der Patienten des Advena stammen aus Wiesbaden, 20 % aus dem Rheingau-Taunus-Kreis und die übrigen aus anderen Teilen des Rhein-Main-Gebietes.

*Keine Besonderheiten bei der
Sozialstruktur der Patienten*

*Sowohl Alleinstehende
als auch solche mit Familien-
angehörigen*

*Kaum Patienten
mit Migrationshintergrund*

*Einzugsbereiche
sind Wiesbaden und das Umland*

*Das Personal des Hospizes
hat eine Palliative-Care-Zusatz-
ausbildung*

Im Hospiz sind insgesamt 35 Personen, Festangestellte und geringfügig Beschäftigte, in Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung tätig. Die Pflegekräfte sind erfahrene Krankenschwestern und -pfleger (Durchschnittsalter ca. 46 Jahre), die alle die Palliative-Care-Zusatzausbildung absolviert haben. Fluktuation und Krankenstand sind im Vergleich zu anderen Einrichtungen außerordentlich gering, was auf die besondere Arbeitssituation und -atmosphäre im Hospiz zurückgeführt wird. Zudem arbeiten die meisten Pflegekräfte nicht in Vollzeit und bekommen entsprechendes Rüstzeug (Supervision), um mit belastenden Arbeitssituationen umzugehen. Weiterhin sind ca. 30 bis 35 ehrenamtliche Hospizhelferinnen im Einsatz; meist Frauen höheren Alters, die eine Schulung⁵ absolviert haben und bei der Betreuung und Begleitung der Schwerkranken und ihrer Angehörigen unterstützend tätig sind und u. a. die täglichen Kaffeestunden im Advena bestreiten.

*Hospizhelferinnen
leisten ehrenamtliche Arbeit*

*Ärztliche Betreuung
rund um die Uhr*

Die ärztliche Betreuung liegt bei den Hausärzten der Patienten. Da die Versorgung von Patienten in der Lebensendphase zum einen Erfahrungen der Schmerzbehandlung, zum anderen eine 24-Stunden-Rufbereitschaft erfordert, wird die ärztliche Betreuung in Absprache ganz oder teilweise durch den mit dem Hospiz eng zusammenarbeitenden Schmerzmediziner des Palliativ- und Schmerzzentrums Wiesbaden wahrgenommen.

Weiterhin kümmern sich Psychologen, Physiotherapeuten, Seelsorger usw. bei Bedarf um die Patienten. Einbezogen sind auch die Angehörigen. Eine Trauerbegleitung findet durch Advena nicht statt.

*Die Finanzierung zu 90 %
durch Kassenleistungen gedeckt*

Die Finanzierung der stationären Einrichtung Advena ist zu 90 % durch die Kostenerstattung der Kranken- und Pflegekassen abgedeckt. 10 % der Kosten muss die Einrichtung selbst über Spendeneinnahmen finanzieren. Diese zunächst ungünstig erscheinende Finanzierungsregelung wird vom Hospiz durchaus begrüßt. Mit dem

⁵ Die Hospizhelferinnen-Ausbildung wird von Advena durchgeführt und ist mit der von Auxilium vergleichbar, orientiert sich jedoch stärker auf die Arbeit in der stationären Einrichtung.

Die 10 %ige Selbstfinanzierung schützt vor Geschäftemachern und sichert Qualität der Arbeit

Sterben soll kein Gewinn gemacht werden und diese Regelung trägt dazu bei, dass die Hospizarbeit von „Geschäftemachern“ verschont bleibt. Zugleich ist sie Garant für die Qualitätssicherung der Arbeit, denn nur wenn eine gute Begleitung und Betreuung der Patienten erfolgt, sind auch Spendeneinnahmen gesichert.⁶

Kosten und Abrechnung des Hospizaufenthaltes

Der Tagessatz im Hospiz Advena beträgt ca. 250 Euro. Die Krankenkassen zahlen pro Tag eine Pauschale von 149 Euro und die Pflegekassen je nach Pflegestufe einen Betrag zwischen 33 und 47 Euro. Der Eigenanteil, den die Patienten aufbringen müssen, liegt am Tag zwischen 20 und 60 Euro.⁷ Die Krankenkassen geben bei Aufnahme eines Schwerkranken ins Hospiz eine Zusage der Kostenübernahme von 28 Tagen. Ist die Verweildauer länger, muss eine weitere Kostenübernahme beantragt werden, die i. d. R. problemlos gewährt wird.

2.2.2 Kinderhospiz Bärenherz

Das Kinderhospiz Bärenherz ist 2001 entstanden

Das Kinderhospiz Bärenherz wurde 2001 in Wiesbaden gegründet und ist eines von sieben Kinderhospizen in Deutschland.⁸ Der Gründung der Einrichtung vorausgegangen ist die Entstehung einer Spendeninitiative für die Einrichtung eines Kinderhospizes, 1999 initiiert von der IFB, durch die die notwendigen finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden konnten.

Das Kinderhospiz hat 12 Plätze

Das Kinderhospiz hatte bei seiner Gründung sechs Plätze und wurde inzwischen auf zwölf Plätze erweitert, stößt damit aber an seine Kapazitätsgrenzen, da es an dem ebenfalls nötigen Platz für die Unterbringung der Familienangehörigen mangelt. Es sind fünf Apartments vorhanden, in denen Eltern und Geschwisterkinder untergebracht werden können. Das Kinderhospiz befindet sich in

6 Ein großer Teil des Spendenaufkommens resultiert daraus, dass Angehörige von im Hospiz Verstorbenen in ihrer Traueranzeige auf Blumen verzichten und zu entsprechenden Spenden für Advena aufrufen. Das geschieht in erster Linie dann, wenn die Betreuung und Versorgung zufrieden stellend war.

7 Bei Patienten bzw. deren Angehörigen, die finanziell nicht dazu in der Lage sind, übernehmen bei entsprechender Antragstellung das Sozialamt bzw. der Landeswohlfahrtsverband diesen Betrag.

8 Weitere Kinderhospize befinden sich in Olpe (die erste Einrichtung dieser Art in Deutschland), Hamburg, Düsseldorf, Berlin, Kempten und Leipzig.

Erbenheim in unmittelbarer Nachbarschaft zum Erwachsenenospiz (die Hospize sind in einem Gebäudekomplex, aber als getrennte Einheiten mit separaten Eingängen). Das Kinderhospiz verfügt über sieben Einzel-, ein Zweibett- und ein Dreibettzimmer sowie über Aufenthalts-, Spiel- und Entspannungsbereiche und einen Garten mit Spielfläche.

Bärenherz betreut schwerkranke, mehrfach behinderte Kinder und ihre Familien

Bärenherz bietet Betreuung, Versorgung und Begleitung von schwerkranken Kindern und ihren Familien von der Diagnose der unheilbaren Krankheit bis zum Tod an. Die Arbeit des Hospizes ist damit gleichermaßen auf die Pflege und Versorgung des erkrankten Kindes als auch auf die Betreuung, Begleitung und Unterstützung der Familien gerichtet. Dies umfasst umfangreiche Einzelgespräche und -beratungen, Empfehlungen für Inanspruchnahme weiterer Einrichtungen und Unterstützungsangebote, aber auch Möglichkeiten zum Austausch und (Freizeit)-Angebote insbesondere für die Geschwisterkinder.

Die im Kinderhospiz betreuten Patienten leiden am häufigsten an Stoffwechselerkrankungen, neurologischen Defekten und Erkrankungen, die zum Muskelabbau führen. Tumorerkrankte Kinder kommen eher selten, da sie meist gut an die Kliniken angebunden sind. Bei Stoffwechselerkrankungen besteht eine Lebenserwartung von sechs bis neun Jahren.

Kinder finden in der Lebensendphase ...

Nicht alle Kinder, die im Bärenherz betreut werden, befinden sich in der Lebensendphase und versterben im Hospiz (in diesen Fällen beträgt die durchschnittliche Verweildauer vier bis sechs Wochen). Sehr viel häufiger finden schwerkranke Kinder vorübergehende Aufnahme in der Einrichtung, um ihre Eltern und Familien zeitweise zu entlasten, besonders schwere Krankheitsphasen und -krisen zu überstehen oder Zeiträume zu überbrücken, in denen pflegende Angehörige erkrankt sind oder eine

... und zur Kurzzeitpflege Aufnahme im Hospiz

Auszeit brauchen⁹. Oftmals findet über den gesamten Krankheitszeitraum ein mehrmaliger Aufenthalt zur Kurzzeitpflege im Kinderhospiz statt. In vielen Fällen besteht der Kontakt zwischen den erkrankten Kindern und ihren Familien sowie dem Kinderhospiz über viele Jahre hinweg.

Das Kinderhospiz wird von allen Schichten der Bevölkerung in Anspruch genommen und hat einen bundesweiten Einzugsbereich

Im Jahresdurchschnitt werden sieben schwerkranke und mehrfach behinderte Kinder unterschiedlichen Alters gleichzeitig betreut. Die Patienten und ihre Familien sind sozialstrukturell gemischt, der Anteil der Ausländer bzw. Migranten ist gering. Der Einzugsbereich des Kinderhospizes ist groß. Neben Patienten aus der Region kommen schwerkranke Kinder und ihre Familien aus dem gesamten Bundesgebiet. Dies hängt auch damit zusammen, dass Bärenherz als eine der wenigen Einrichtungen Kurzzeitpflege für schwerstpflegebedürftige Kinder anbietet.

Beschäftigte des Kinderhospiz

Im Kinderhospiz sind 25 Mitarbeiterinnen beschäftigt; der Personalschlüssel liegt bei 1:1. In der Pflege sind Kinderkrankenschwestern tätig, hinzu kommen Erzieherinnen, Heilerzieherinnen, Praktikanten (Schülerinnen der Krankenpflege) sowie Beschäftigte, die in den Bereichen Organisation, Verwaltung und Hauswirtschaft tätig sind und im Sozialdienst arbeiten. Alle Beschäftigten haben die Zusatzausbildung Palliative Care. Anders als im Erwachsenen hospiz kommt der ehrenamtlichen Arbeit im Kinderhospiz eine geringe Bedeutung zu. Zum einen können und dürfen Ehrenamtliche nicht bei der Pflege eingesetzt werden, zum anderen bestehen oftmals falsche Erwartungen und Vorstellungen über die Betätigungsmöglichkeiten. Märchenerzählen und Geschichtenvorlesen ist bei schwerst- und mehrfach behinderten Kindern kaum möglich.

Die Zahl der Ehrenamtlichen ist gering

⁹ Zur Zeit verbringt ein schwerkrankes Kind, das eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigt und beatmet werden muss, die Wochenenden im Hospiz, um den Eltern mit zwei weiteren Kindern ein Stück Familienleben zu sichern.

Ärztliche und ...

Die medizinische Betreuung findet durch den jeweiligen Kinderarzt des kranken Kindes statt oder wird in Kooperation mit dem Schmerzarzt, mit dem das Hospiz zusammenarbeitet, sichergestellt. Wenn Eltern oder Geschwisterkinder in Krisen geraten und / oder nach dem Tod eines Kindes nicht ausreichend durch die Hospizmitarbeiterinnen betreut und begleitet werden können, wird an Psychologen und Psychotherapeuten verwiesen oder auch an den Verein in Mainz, der trauernde Eltern und Geschwisterkinder betreut.

... psychologische Betreuung

Verstirbt ein Kind im Hospiz, findet die Abschiedsfeier nach den Wünschen der Eltern und Angehörigen statt, teilweise werden Rituale zelebriert. Häufig bleibt der Kontakt zwischen dem Hospiz und den Eltern noch danach erhalten. Die Eltern verstorbener Kinder werden z. B. auch zu dem einmal im Monat im Bärenherz stattfindenden Familienbrunch und zu Ausflügen eingeladen.

*Kostenübernahme
des Hospizaufenthalts durch die
Kassen und ...*

Der kostendeckende Tagessatz im Kinderhospiz beträgt 350 Euro. Bei den Kindern, die in der Lebensendphase im Hospiz Aufnahme finden, zahlen die Krankenkassen (Grundlage ist SGB V) einen Tagessatz, der je nach Kasse zwischen 149 und 237 Euro liegen kann. Der Differenzbetrag wird durch die Bärenherz-Stiftung finanziert. Wenn es sich um Kurzzeitpflege handelt, wird von der Pflegekasse eine Kostenübernahme von 1.432 Euro im Jahr gewährt (Grundlage SGB XII), nach den Tagessätzen der Kassen reicht das für einen Aufenthalt im Hospiz von ca. 10 Tagen. Ist der Betrag aufgebraucht und bleibt das Kind dennoch länger im Hospiz, so findet eine Übernahme der Kosten durch die Bärenherz-Stiftung statt. Auch anfallende Kosten für Hilfs- und Pflegemittel, die von den Kassen nicht bezahlt werden, werden von der Stiftung übernommen. Den Eltern bzw. Familien der kranken Kinder wird keine finanzielle Beteiligung für die Kosten des Hospizaufenthalts abverlangt. Die finanzielle Lage der meisten Familien ist wegen der schweren Erkrankung des Kindes ohnehin sehr angespannt.

*... vor allem durch die Bärenherz-
Stiftung**Keine finanzielle Beteiligung
der Familien*

*Stiftungsvermögen und Spenden
sichern die Finanzierung
des Kinderhospiz*

Die Stiftung Bärenherz stellt überwiegend die Finanzierung des Kinderhospiz mit rund 500.000 Euro pro Jahr sicher; die Erstattungen durch die Krankenkassen decken nur etwa ein Drittel der Kosten ab. Die Stiftung ist 2003 aus der Spendeninitiative hervorgegangen. Sie finanziert das Kinderhospiz in Wiesbaden, das im Mai 2007 gegründete Kinderhospiz in Leipzig und das Kinderheim Bärenherz in Heidenrod-Laufenselden (Taunus), in dem schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche leben (Träger der beiden letztgenannten Einrichtungen ist die IFB, das Kinderhospiz Bärenherz gehört zur WHG).

2.3 Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung e. V.

*Ambulante und stationäre
Palliativ- und Hospizversorgung
durch das Netz*

„Das Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung ist ein Versorgungsnetz zur ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen in Wiesbaden und Umgebung“¹⁰. Ziel des Netzes ist es, eine optimale medizinische, pflegerische, psychosoziale, spirituelle und seelsorgerische Begleitung und Betreuung in der Lebensendphase zu gewährleisten. Unheilbar kranken Menschen und ihrem Umfeld (Familie, Angehörige, Freunde) wird durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Mitglieder und der Kooperationspartner des Netzes Hilfe, Unterstützung, Betreuung und Behandlung geboten, um den Verbleib im häuslichen Umfeld auch in der letzten Phase des Lebens zu sichern. Die Arbeit des Palliativnetzes zielt explizit darauf, die ambulante Versorgung zu stärken, die vorhandenen Strukturen zu nutzen und durch enge Zusammenarbeit aller Beteiligten stabile Rahmenbedingungen zu schaffen, zu denen u. a. eine 24-stündige Rufbereitschaft gehört.

*Stärkung
der ambulanten Versorgung*

*Entstehung des Netzwerkes
durch das Engagement
Einzelner*

Ausgangspunkt für die Entstehung des Palliativnetzes in Wiesbaden war das Engagement Einzelner, meist im medizinischen und pflegerischen Bereich Tätiger, die die unzureichende Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden verändern und das würdelose Sterben auch

¹⁰ www.palliativnetz-wiesbaden.de (Zugriff im Juli 2008).

*Abschluss eines integrierten
Versorgungsvertrages*

gerade in Krankenhäusern vermeiden wollten. Daraus ist zunächst in den 90er Jahren in enger Verknüpfung mit der Hospizarbeit eine lockere Interessengemeinschaft und schließlich ein Qualitätszirkel entstanden, in dem Kriterien, Rahmenbedingungen und Anforderungen für eine integrierte, ambulante Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden erarbeitet wurden. 2004 ist der gemeinnützige Verein Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung gegründet worden, der auf Grundlage des in den eigenen Reihen entwickelten Versorgungskonzepts Verhandlungen mit einem Kostenträger (Techniker Krankenkasse) aufgenommen und schließlich einen integrierten Vertrag zur ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen hat, der von einigen anderen Trägern, meist Betriebskrankenkassen, ebenfalls übernommen wurde.

*Das Palliativnetz
ist ein Zusammenschluss
von medizinischen, pflegerischen
und betreuenden Einrichtungen
und Berufsgruppen*

Dem Palliativnetz gehören Hausärzte, Physiotherapeuten, Mitarbeiter psychosozialer und psychoonkologischer Dienste und ambulanter Pflegedienste, Apotheker und Seelsorger sowie ehrenamtlich als auch hauptberuflich in der ambulanten und stationären Hospizarbeit Tätige an. Alle haben den Basiskurs Palliative Care absolviert und arbeiten nach diesen Grundsätzen. Fester Bestandteil der Arbeit des Palliativnetzes ist über die Patientenbetreuung hinaus die Fort- und Weiterbildung der Beteiligten sowie der Kooperationspartner des Netzwerkes. Etwa alle zwei Monate finden im Anschluss an die Palliativkonferenz Qualitätszirkel statt, in denen verschiedene Themen und Fragen zur palliativen Versorgung anhand von Fallbeispielen in dem interdisziplinär und fachübergreifenden Teilnehmerkreis erörtert und besprochen werden. An den Veranstaltungen nehmen im Durchschnitt 20 bis 30 Personen teil.

*Fortbildung in Qualitätszirkeln**ZAPV ist die Management-
gesellschaft des Palliativnetzes*

2.4 Zentrum für ambulante Palliativversorgung

Das Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV) am Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden ist die Managementgesellschaft für das Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung, das die Patientenaufnahme

und -versorgung koordiniert und Träger der Leistungen und Ansprechpartner der Kostenträger ist. Im Jahr 2007 wurden insgesamt 40 Palliativpatienten betreut, derzeit sind es fünf Patienten, die Aufnahme in den Versorgungsverbund gefunden haben.

*Der Zugang zum ZAPV
ist häufig Zufall*

Der Umgang mit dem Sterben und dem Lebensende ist vor allem für die unmittelbar Betroffenen schwierig und oftmals von Scham, Angst und Ablehnung gekennzeichnet. Die Informationen und Kenntnisse über die vorhandenen Möglichkeiten von Hilfe und Unterstützung sind sehr gering. Von daher ist es häufig Zufall, dass Patienten ans ZAPV verwiesen werden. Manchmal geschieht dies durch die behandelnden Hausärzte, die von der Einrichtung gehört haben und/oder zu der Einschätzung gelangt sind, dass die bestehende Versorgung unzureichend ist. In anderen Fällen nehmen Angehörige Kontakt zum Palliativnetz auf, ganz selten auch die Schwerkranken selbst. Ein systematischer oder standardisierter Zugang zur integrierten Palliativversorgung besteht nicht; in erste Linie wirken Mund-zu-Mund-Propaganda und Schneeballverfahren.

Die ambulante palliative Versorgung setzt an den vorhandenen Strukturen an und ...

Wird ein Patient, bei dem eine palliative Situation vorliegt, im Palliativnetz aufgenommen, wird bei der Versorgung und Betreuung an den vorhandenen Strukturen angesetzt und gegebenenfalls ergänzende oder zusätzliche Betreuungsmaßnahmen in Absprache mit dem Patienten, seinem sozialen Umfeld und den übrigen an der Versorgung Beteiligten (Hausarzt, Pflegedienst etc.) in die Wege geleitet, um eine bestmögliche individuelle Betreuung und Versorgung im häuslichen Umfeld bis zuletzt sicherzustellen. Die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten und der Familie haben dabei eine hohe Priorität.

... richtet sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen

Heterogener Patientenkreis

Bei den vom ZAPV betreuten Patienten handelt es sich überwiegend um ältere Menschen quer durch alle Milieus; Deutsche und Migranten sind gleichermaßen vertreten. Betreut werden Alleinstehende und solche mit Angehörigen. Das soziale Umfeld ist aber bei allen sehr

begrenzt; infolge der meist längeren Krankheit haben sich Kontakte zu Freunden und Bekannten stark reduziert. Die Patienten wohnen in Wiesbaden und Umgebung und es findet bei der Versorgung eine enge Zusammenarbeit mit den Hospizvereinen und Pflegediensten in Wohnortnähe der Patienten statt.

*Tagespauschale
deckt alle anfallenden Kosten
der Palliativversorgung ab*

Die Kostenabrechnung der Versorgung erfolgt auf Grundlage des abgeschlossenen Vertrages mit den jeweiligen Kostenträgern, die eine Tagespauschale erstatten (ca. 150 Euro; variiert je nach Kostenträger). Mit dieser Pauschale werden alle anfallenden Leistungen der schmerzmedizinischen Versorgung, der Behandlungspflege, der Schmerz- und Symptomkontrolle, das Case-Management und die 24-Stunden-Rufbereitschaft abgedeckt. Anspruch auf diese Leistungen haben allerdings nur die Patienten, die Mitglied einer der Kassen sind, die diesen Vertrag zur integrierten ambulanten Palliativversorgung mit dem ZAPV abgeschlossen haben.

2.5 Palliativstation der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH (HSK)

*Gründung
der Palliativstation im Jahr 2006*

Die Palliativstation an den städtischen Kliniken besteht seit 2006. Mit dem Aufbau der Palliativmedizin in der Abteilung für Innere Medizin wurde 2005 begonnen. Vor der Stationsgründung wurde zunächst im Konsiliardienst bei anderen Fachrichtungen gearbeitet. Die Palliativstation gewährleistet sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Betreuung von Patienten, die schwerkrank sind und bei denen i. d. R. keine Heilung möglich ist. Durch die Verzahnung von stationärer und ambulanter Betreuung ist eine Kontinuität bei der Versorgung gewährleistet und beim häuslichen Aufenthalt für die Schwerkranken und ihre Angehörigen die Sicherheit vorhanden, dass im Bedarfsfall geordnet in den stationären Bereich übergewechselt werden kann.

*Stationäre und ambulante
Betreuung von Schwerkranken*

*Linderung der Krankheits-
beschwerden und ...*

Konzeption und Arbeitsansatz der Palliativstation bestehen darin, Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine Perspektive zu geben, indem durch medi-

... Sicherung von Lebensqualität

zinische, pflegerische, psychosoziale Maßnahmen und Hilfen die Krankheit eingedämmt und gemildert wird und Strategien für die letzte Lebensphase entwickelt werden. 90 % der Patienten kommen zu dem Zeitpunkt, wenn Therapien keinen Sinn mehr haben und es um die Krankheitsverarbeitung und die Sicherung von Lebensqualität bis zum Lebensende geht. Notwendige Voraussetzung für eine Aufnahme auf die Palliativstation bzw. in die ambulante Versorgung ist die Einsicht der Patienten, dass es keine Heilung mehr gibt. Sie müssen dies akzeptieren und den Perspektivwechsel von der kurativen zur schmerzmedizinischen Behandlung vollziehen und sich darauf einlassen.

Die Palliativstation hat 10 Betten ...

Die Station hat 10 Plätze und befindet sich in einem am Rand gelegenen Bereich des städtischen Klinikums. Der Krankenhauscharakter der Station ist durch Farbgebung, Raumgestaltung und Möblierung gemildert. Es stehen acht Einzelzimmer zur Verfügung und zwei weitere Zimmer, die partiell als Doppelzimmer für die Mitübernachtung von Angehörigen genutzt werden können. Zudem gibt es ein weiteres Zimmer, das bei Bedarf ebenfalls Angehörigen zur Verfügung steht. Die Station hat einen großen Wohn-, Ess- und Aufenthaltsraum und eine geräumige Sonnenterrasse mit Blick über die halbe Stadt und die Taunushänge. Neben den Funktionsräumen, den Stations-, Schwestern- und Ärztezimmern gibt es einen Raum der Stille und eine Küche, die auch von Patienten oder Angehörigen mitbenutzt werden können.

*... und ist wohnlich ausgestattet
und eingerichtet*

Die Station ist keine Hospizeinrichtung, ...

Die Palliativstation der HSK ist kein Hospiz, sondern eine Einrichtung, in der die Patienten bei akuten und krisenhaften Krankheitsverläufen stabilisiert werden, um dann möglichst wieder nach Hause entlassen zu werden. Dort wird ggf. die Betreuung ambulant durch die Palliativstation fortgeführt. Bei der Aufnahme eines Patienten auf die Station lässt sich die Entwicklung seines Zustandes nicht vorhersagen. Im Durchschnitt beträgt die Verweildauer im stationären Bereich 10 Tage. Einige Patienten sind nur wenige Tage hier, bei anderen erstreckt sich der Aufenthalt über drei bis vier Wochen. Etwa die Hälfte der

*... angestrebt wird die häusliche
Versorgung der Patienten*

<i>Etwa die Hälfte der Patienten verstirbt auf der Station</i>	Patienten verstirbt auf der Palliativstation, die andere Hälfte wird nach Hause entlassen. Ein Teil von ihnen kommt wieder; die Quote der Wiederaufnahmen liegt bei ca. 20 %. Im Jahr 2007 war die Station zu 90 % ausgelastet. Manchmal kommt es zu Engpässen; wenn alle Betten belegt sind, bestehen Wartezeiten.
<i>Die ambulante Betreuung durch die Palliativstation ...</i>	Im ambulanten Bereich werden derzeit mehr als 40 Patienten parallel versorgt; seit Bestehen der Einrichtung wurden etwa 150 Schwerkranke durch die Palliativstation ambulant betreut. Dabei handelt es sich aber nicht nur um Patienten, die vorher stationär behandelt wurden. In die ambulante Palliativversorgung werden auch Patienten von außen aufgenommen. Die ambulante Betreuung und Versorgung der Schwerkranken geschieht in einer Netzwerkstruktur, in die neben der Palliativstation der Hausarzt, der häusliche Pflegedienst, ehrenamtliche Hospizhelfer und vor allem die Angehörigen eingebunden sind. Die Intensität der Betreuung durch die Palliativstation und die Häufigkeit des Kontaktes richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und den Bedürfnissen der Patienten. Während in akuten Situationen und Krisenphasen tägliche Hausbesuche anstehen, finden in „normalen“ Zeiten nur regelmäßige wöchentliche oder zweiwöchentliche Telefonkontakte statt.
<i>... baut auf bestehende Versorgungsstrukturen auf</i>	
<i>Die Betreuungskontakte zu den Patienten variieren</i>	
<i>Die Patienten sind meist älter ...</i>	Die Mehrheit der Patienten des stationären und ambulanten Bereichs der Palliativstation ist zwischen 60 und 70 Jahren alt, jüngere Patienten um die 30 oder 40 Jahre sind aber keine Seltenheit. Kinder werden nicht als Patienten aufgenommen, sie werden aber als Angehörige mitbetreut; dem entsprechend ist auf der Station auch ein Spielzimmer eingerichtet worden. Die Patienten im stationären Bereich kommen zu 60 % aus der HSK und werden von anderen Stationen hierher verlegt; ein kleiner Teil kommt direkt über die Notaufnahme und 40 % kommen von außerhalb. Da die HSK ein Krankenhaus mit onkologischem Schwerpunkt ist und insbesondere bei der gynäkologischen Onkologie einen großen regionalen Einzugsbereich hat, handelt es sich auch bei den Patienten der Palliativstation vorwiegend um Tumorpati-
<i>... und sie werden mehrheitlich von anderen Stationen verlegt</i>	
<i>... leiden an Tumorerkrankungen, ...</i>	

... sind mehrheitlich Frauen und gehören eher besser gebildeten Bevölkerungsschichten an

enten und meist um Frauen. Schicht- und sozialstrukturelle Besonderheiten bestehen insofern, als eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Erkrankungssituation und dem Lebensende häufiger bei Patienten mit einem gewissen Bildungsniveau festzustellen ist, entsprechend größer ist der Anteil von Patienten mit höherer Bildung. Gering ist der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund, was zum einen mit Sprachbarrieren, zum anderen auch mit kulturellen Differenzen im Umgang mit Krankheit, Tod und Sterben zu tun hat.

Es gibt keinen systematischen, sondern nur einen zufälligen Zugang zur Palliativstation

Obwohl die Palliativstation Teil der Kliniken ist, ist es keine Selbstverständlichkeit, dass schwer- und unheilbarke Patienten von anderen Abteilungen auf diese Station verlegt bzw. die Palliativmediziner eingeschaltet werden. Es geschieht eher zufällig, dass Patienten auf die Station und in schmerzmedizinische Behandlung kommen. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Die Hoffnung von Ärzten und Pflegepersonal, den Patienten doch noch helfen zu können, spielen ebenso eine Rolle wie die vorherrschende Krankenhauskultur, die Tod und Sterben als Scheitern betrachtet und deshalb ausblendet. Aber auch Patienten scheuen sich, die Palliativstation aufzusuchen. Die einen wollen oder können sich nicht mit der Unheilbarkeit ihrer Krankheit und dem Ansatz der Palliativversorgung auseinandersetzen, für die anderen ist die Palliativstation gleichbedeutend mit Krankenhaus und damit mit entwürdigender Behandlung und Verlust der Individualität verbunden. Sie halten es deshalb trotz schlechter Bedingungen lieber zu Hause aus.

Einzugsbereich ist Wiesbaden und Umgebung

Die meisten Patienten der Palliativstation stammen aus Wiesbaden und der näheren Umgebung. Die ambulante Betreuung deckt das Wiesbadener Stadtgebiet und einen Umkreis von 20 bis 25 km Entfernung ab.

Stationäres Personal und ...

Die personelle Ausstattung der Palliativstation orientiert sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaft für Palliativmedizin, wonach pro Patient 1,5 Pflegekräfte benötigt werden. Auf der Station arbeiten 15 Krankenschwestern bzw. -pfleger, ein Stationsarzt und der ärztliche Lei-

ter. Ferner gibt es jeweils eine halbe Stelle in den Bereichen Casemanagement, Psychologie, Physiotherapie und Seelsorge.

*... ambulantes Team
arbeiten arbeitsteilig*

Das ambulante Team besteht aus zwei Vollzeitpflegekräften und einer drei Viertel Arztstelle. Die 24-stündige Rufbereitschaft wird durch das gesamte ärztliche Team der Palliativstation abgedeckt. Die Mitarbeiter des ambulanten Teams verfügen alle über die Palliative-Care-Zusatzausbildung. Bei den stationären Mitarbeitern ist es etwa die Hälfte.

*Kostenübernahme
der stationären und ambulanten
Palliativversorgung*

Bei der Kostenabrechnung und -übernahme für die palliative Versorgung durch die Palliativstation muss zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich unterschieden werden. Bei der stationären Behandlung wird wie bei jedem anderen stationären Krankenhausaufenthalt nach dem tagesgleichen Pflegesatz abgerechnet. Die Finanzierung der ambulanten Versorgung erfolgt auf Grundlage eines integrierten Versorgungsvertrages zur ambulanten Palliativversorgung, den die HSK mit verschiedenen großen Krankenkassen (u. a. AOK, Barmer, DAK, denen etwa 60 bis 70 % der gesetzlich Krankenversicherten angehören) abgeschlossen hat. Danach wird eine Fallpauschale von 1.600 Euro für die ambulante Versorgung eines Schwerkranken gezahlt, unabhängig davon, wie lange die Betreuung des Patienten erfolgt, ob nur wenige Tage oder ein ganzes Jahr. Mit dieser Pauschale, die neben der Regelversorgung gewährt wird, werden alle zur schmerzmedizinischen Behandlung notwendigen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, Therapien, Medikamente und die Notfallversorgung finanziert. Insgesamt deckt die Fallpauschale die Kosten nicht. Die Finanzierungslücke muss durch Spenden geschlossen werden, die zum einen der Förderverein der Palliativstation durch Mitgliedsbeiträge und Fundraising mobilisiert und die zum anderen über „Kranzspenden“¹¹ zustande kommen.

*Ambulante Versorgung
über einen integrierten Ver-
sorgungsvertrag mit den großen
Kassen*

¹¹ Aufrufe in Traueranzeigen, dass statt Blumen und Kränzen Spenden für die Palliativstation erbeten werden.

2.6 Palliativversorgung in Pflegeheimen und durch Pflegedienste

Das Thema der Versorgung schwerkranker alter Menschen in Pflegeheimen ...

... wurde lange Zeit vernachlässigt

Qualifizierung des Personals notwendig

Eine große Zahl schwerkranker und pflegebedürftiger alter Menschen wird in Pflegeheimen betreut oder zu Hause von Angehörigen mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt¹². In den Altenpflegeheimen, in denen die Bewohner die letzte Phase ihres Lebens verbringen und in denen die Mehrheit von ihnen auch verstirbt¹³, ist das Thema der Pflege von unheilbar kranken und sterbenden Menschen, der Sterbebegleitung und der Umgang mit dem Tod lange Zeit ausgeblendet worden. Neben dem Verschweigen des Sterbens in Institutionen (dies gilt ebenso für Krankenhäuser) hat auch die Entwicklung und Schwerpunktsetzung von Hospizarbeit und Palliativmedizin in Deutschland dazu beigetragen, dass die Situation in den Altenpflegeheimen in den Hintergrund gedrängt wurde. Während die Hospizarbeit darauf gerichtet war (und ist), ambulante Hilfe und Unterstützung anzubieten, um das Sterben zu Hause zu ermöglichen und zu begleiten, zielte die Palliativmedizin zu Anfang vor allem darauf, die Situation Schwerstkranker und Sterbender in den Kliniken zu verbessern. Darüber hinaus waren Hospizarbeit und Palliativmedizin in der Vergangenheit vornehmlich auf Tumorerkrankte gerichtet. Eine Erweiterung auch auf andere Schwerstkranke, u. a. auf pflegebedürftige und häufig demenzkranke alte Menschen, findet erst seit kurzem statt.¹⁴

Eine angemessene Versorgung schwerkranker und sterbender Heimbewohner setzt voraus, dass in den Heimen entsprechende Standards bei der Versorgung pflegebedürftiger und sterbender Bewohner gelten und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dies ermöglichen. Dazu gehört vor allem, dass das Personal entsprechend

¹² Laut Pflegestatistik leben in Wiesbaden rund 2.000 Menschen in Altenpflegeheimen und ca. 1.200 Personen werden von ambulanten Pflegediensten versorgt (Stand 15.12.2005, aktuellere Zahlen sind nicht verfügbar).

¹³ 69 % der Pflegeheimbewohner sterben in der Einrichtung, 31 % versterben im Krankenhaus; vgl: Berls, M. u. a., Institut für Soziologie der Uni Gießen: Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen, o. J. (2007), S. 11.

¹⁴ Vgl. ebenda, S. 8.

*Aktuelle Untersuchung
verweist auf Defizite in
hessischen Altenpflegeheimen*

qualifiziert und befähigt ist, Pflege und Begleitung von Sterbenden durchführen zu können. Wie eine aktuelle Untersuchung der Universität Gießen zu diesem Thema zeigt, ist der Handlungsbedarf in den Altenpflegeheimen noch beträchtlich.¹⁵

*Netzwerkanalyse zu
Palliative Care in Wiesbadener
Altenpflegeheimen lässt eben-
falls Qualifikationsbedarf
erkennen*

Zu ähnlichen Befunden kommt eine Netzwerkanalyse zur Palliative-Care-Qualifikation des Personals in Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten in Wiesbaden, die von der Koordinatorin des Zentrums für ambulante Palliativversorgung durchgeführt wurde.¹⁶ In sieben der insgesamt 23 Altenpflegeheime in Wiesbaden arbeiten Pflegekräfte, die eine Zusatzausbildung in Palliative Care absolviert haben und damit im Umgang mit sterbenden Menschen geschult sind. Zwei Pflegeheime sind dabei, eine Qualifizierung ihrer im Pflegebereich Beschäftigten zu initiieren bzw. durchzuführen.

*In den Altenpflegereinrichtungen
von EVIM wird auf die Palliative-
Care-Zusatzausbildung des
Pflegepersonals besonderer
Wert gelegt*

Der Evangelische Verein für Innere Mission in Nassau (EVIM), einer der Kooperationspartner des Hospizpalliativnetzes, unterhält in Wiesbaden sechs Altenpflegeheime mit insgesamt ca. 650 Bewohnern. EVIM hat sich der Frage der Sterbebegleitung bereits vor vielen Jahren angenommen und arbeitet eng mit dem ambulanten Hospizverein zusammen, der Sterbende in den Heimen betreut, wenn der Betroffene bzw. seine Angehörigen das wünschen. Bestreben von EVIM ist es, dass die hauptamtlichen Pflegekräfte aller Pflegeeinrichtungen den 160-Stunden-Basiskurs Palliative Care als Zusatzausbildung absolvieren. Diese Ausbildung wird den Mitarbeitern nahe gelegt und von EVIM als Arbeitgeber finanziert.

*Bei den Pflegekräften der ambu-
lanten Pflegedienste ist eine
Palliative-Care-Ausbildung
noch eher die Ausnahme*

Die Untersuchung zu Palliative-Care-Standards in Wiesbaden erstreckte sich auch auf die Pflegedienste. Von den 44 ambulanten Pflegediensten, die in der Stadt tätig sind, verfügen neun Pflegedienste über Palliative-Care-Know-how.¹⁷ Bei acht Pflegediensten hat die eine oder

¹⁵ Vgl. ebenda.

¹⁶ Ergebnispräsentation Frau Hach, Koordinatorin des ZAPV, beim Regionaltreffen der Hospize Wiesbaden und Rhein-Main-Taunus am 4. Juni 2008 in Wiesbaden.

¹⁷ Ebenda.

andere dort beschäftigte examinierte Fachkraft die entsprechende Zusatzausbildung absolviert; bei einem ambulanten Dienst sind alle Pflegekräfte entsprechend qualifiziert. Einige Dienste sind dabei, sich mit der Frage der zusätzlichen Qualifikation ihrer Mitarbeiter in diesem Bereich auseinanderzusetzen.

3 Umfang und Bedarf an hospizlicher und palliativer Versorgung

3.1 Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Eine verbindliche Bedarfsplanung für die Palliativversorgung fehlt

Bedarfsanalysen gehen von der Zahl der Tumorerkrankungen aus

Notwendig ist auch die Einbeziehung anderer unheilbarer Erkrankungen ...

... sowie die Bedarfssteigerung in den kommenden Jahren

Eine anerkannte und verbindliche Bedarfsplanung für die erforderliche Ausstattung mit Hospiz- und Palliativplätzen, um die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sicherzustellen, gibt es nicht. Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin nennt in ihrem Bericht einen Bedarf von 28,7 bis 35,9 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner.¹⁸ Bei dieser Berechnung wird von den 209.000 Menschen in Deutschland ausgegangen, die im Jahr 2000 an Krebserkrankungen verstorben sind (ca. 25 % aller insgesamt Verstorbenen), von denen 18 % im letzten Jahr ihrer Erkrankung und 10 % im vorletzten Jahr einen stationären Aufenthalt auf einer Palliativstation benötigten. Es wird festgestellt, dass diese nur an Tumorerkrankungen orientierte Bedarfsanalyse zu kurz greift und auch andere Erkrankungen wie AIDS und neurologische Erkrankungen berücksichtigt werden müssen und Hospizbedarfe zudem zusätzlich zu ermitteln sind. Derzeit, so wird in dem Bericht konstatiert, sind in keiner Region Deutschlands genügend Palliativbetten vorhanden¹⁹. In den nächsten Jahren ist aufgrund der Altersentwicklung und der deutlichen Zunahme von Krebserkrankungen (angenommen werden Steigerungsraten von 35 bis 40 %) mit einem erheblichen Bedarf zu rechnen. Davon geht auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

¹⁸ Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5858, 22. Juni 2005, S. 26.

¹⁹ Vgl. ebenda.

*Die DGP sieht
pro 1 Mio. Einwohner
30 Palliativ- und 20 Hospizbetten
als notwendig an*

*Gegenwärtig ist der Bedarf
in Hessen nicht gedeckt*

*Im Vergleich
zu anderen Regionen
ist die Ausstattung mit Hospiz-
und Palliativbetten in Wiesbaden
ausreichend*

*Geplante Hospizneugründungen
in der Main-Taunus-Region
könnten zu Überkapazitäten
führen*

aus. Nach ihren Einschätzungen werden 30 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner und 20 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner benötigt. In den meisten Gebieten Deutschlands ist die Lage defizitär, so auch in Hessen.²⁰ Hessenweit bestehen neun stationäre Hospize mit insgesamt 82 Plätzen, das Kinderhospiz (12 Plätze) sowie neun Palliativstationen und -einheiten mit zusammen 82 Plätzen. Darüber hinaus verfügen sieben Krankenhäuser über insgesamt 45 Palliativbetten.²¹

Es bestehen deutliche regionale Unterschiede bei der Ausstattung mit stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Hessen. In den südlichen und mittleren Landesteilen ist die Ausstattung besser als im Norden. Unterversorgt sind die ländlichen Gegenden; Hospize und Palliativstationen finden sich meist nur in größeren Städten. In Wiesbaden mit seinen rund 275.000 Einwohnern deckt das vorhandene Platzangebot im Hospiz Advena (16 Betten) und auf der Palliativstation der HSK (10 Betten) nach den o. g. Berechnungen den Bedarf bei Weitem ab. Nach den Bedarfsanalysen der DGP, die von einem Hospizbett je 50.000 Einwohner und einem Palliativbett je 33.300 Einwohner ausgehen, reicht die Zahl an Palliativbetten gut aus; bei den Hospizbetten gibt es nach diesem Versorgungsschlüssel sogar einen deutlichen Überhang von 10 Betten. Da jedoch der Einzugsbereich für das Hospiz weit über die Wiesbadener Stadtgrenzen hinausgeht, sind keine Überkapazitäten vorhanden. Neben dem Hospiz in Wiesbaden bestehen noch zwei weitere Häuser in der Region, in Taunusstein und in Schmitten. Geplant sind weitere Hospize im Main-Taunus-Gebiet (u. a. in Hofheim, Bad Soden, Bad Nauheim, Oberursel, Frankfurt). Bei Kennern der Materie bestehen angesichts dieser sich abzeichnenden Hospizgründungswelle Zweifel, ob sich so viele Einrichtungen dieser Art tragen werden, zumal auch in der Hospizarbeit der Grundsatz ambulant vor stationär gilt und die Bemühungen eher auf dem Ausbau der ambulanten Hospiz-

²⁰ Vgl. www.dgpalliativmedizin.de/Presse, Zugriff im Juli 2008.

²¹ Vgl. Gronemeyer, R. u. a., 2007: Versorgung am Lebensende, Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Soziologie, S.111 und KASA - Hofgeismarer Hospiztage, Juni 2008, in: www.kasa-hessen.de

versorgung, einer stärkeren regionalen Vernetzung, einer verstärkten Qualifizierung der Mitarbeiter und einer dauerhaften Qualitätssicherung der Arbeit liegen müssen.

3.2 Palliativversorgung und Sterbebegleitung

Bestandsaufnahme zur Palliativ- und Hospizversorgung in Hessen lässt Defizite erkennen

Eine Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, die von der Uni Gießen im Auftrag des hessischen Sozialministeriums durchgeführt wurde, führt zu folgenden Befunden: „Die derzeitige Versorgungssituation von schwerstkranken Menschen am Lebensende in Hessen erscheint in einigen Bereichen verbesserungsbedürftig. Zahlreiche Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Betroffene sowie deren Angehörige aus sozialen, finanziellen und nicht zuletzt strukturellen Bedingungen heraus nicht in dem Maße palliativ versorgt und hospizlich begleitet werden, wie es in der jeweiligen Lebenssituation notwendig und hilfreich wäre. Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung müssen geleistet werden“.²²

Es bestehen große regionale Unterschiede, ...

Die Untersuchung, die anhand von drei Beispielregionen (Frankfurt, LK Gießen/Lahn-Dill-Kreis sowie Waldeck-Frankenberg) vorgenommen wurde, konstatiert große regionale Unterschiede der Versorgung. Während in den Städten mit einem hohen Anteil Alleinstehender die Angebote vor allem der institutionellen Hilfen relativ gut sind, bestehen in ländlichen Gebieten erhebliche Defizite auch und gerade bei der Unterstützung pflegender Angehöriger. Als großes Manko wird insgesamt die Zeitknappheit bei der Versorgung Sterbender angesehen, die sowohl eine angemessene Zuwendung für die Patienten als auch die Kommunikation unter den Betreuenden stark einschränkt. Der zunehmende Wettbewerb bei der palliativen Versorgung und die wirtschaftlichen Eigeninteressen der Leistungsanbieter bergen eine Gefahr für die notwendige Kooperation und Vernetzung der Akteure in diesem Bereich. Erheblicher Handlungsbedarf besteht nach den Ergebnissen der Studie bei der Pallia-

... Unterversorgung besteht vor allem in ländlichen Gebieten

Zeitknappheit einerseits, ...

... zunehmender Wettbewerb von Anbietern andererseits stehen einer guten Palliativversorgung entgegen

²² Gronemeyer, R. u. a., a.a.O.

*Handlungsbedarf besteht
bei der Palliativversorgung und
Sterbebegleitung in Kranken-
häusern und Pflegeheimen*

tivversorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen und der Palliative-Care-Qualifizierung des Personals. Zudem ist gerade in Krankenhäusern die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Hospizgruppen und -vereinen vielfach unterentwickelt und der Sterbebegleitung wird nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Als notwendig wird die Erweiterung der Palliativversorgung auf alle Schwerkranken angesehen; auch diejenigen, die nicht an Tumorerkrankungen leiden, benötigen eine entsprechende Betreuung.²³ Dies gilt vor allem auch für schwerkranke, häufig demente alte Menschen in Pflegeheimen, die oftmals nicht hinreichend versorgt werden.²⁴

*Die Hospiz- und Palliativver-
sorgung in Wiesbaden ist
vergleichsweise gut ausgebaut,
kann auf langjährige Erfahrungen
und tragfähige Netzwerkakteure
zurückgreifen, ...*

Da Wiesbaden und Umgebung nicht in die Untersuchung einbezogen war, lassen sich auf dieser Basis der Studie keine Aussagen zur örtlichen Versorgungslage treffen. Von Insidern der Wiesbadener Hospiz- und Palliativszene werden die langjährigen Erfahrungen, die Angebote, die Ausstattung und Qualität der ambulanten und stationären Hospizarbeit, die Anzahl der Plätze in stationären Hospizen und der Palliativstation, die ehrenamtliche Hospizarbeit, die Vernetzung der Akteure und die Implementierung von Fort- und Weiterbildung sowie die Qualitätssicherung der Arbeit als sehr gut und im Vergleich zu anderen Regionen Hessens als optimal und beispielhaft bezeichnet. Als großes Manko wird von den Akteuren aber der gesellschaftliche Kontext angesehen, der Tod und Sterben in eine Grauzone verweist bzw. darin belässt und die Institutionen, Einrichtungen und Angebote, die sich an Schwerstkranken und Sterbende richten, dementsprechend nicht hinreichend in der (Stadt-)Öffentlichkeit wahrgenommen und gewürdigt werden. Es existiert ein diffuses Verständnis und ein unklares Bild von hospizlicher und palliativer Versorgung. Unkenntnis und Informationsmangel führen dazu, dass die Mehrheit der Schwerstkranken und Sterbenden sowie ihre Angehörigen die vorhandenen Möglichkeiten der Hilfe, Unterstützung, Begleitung und Betreuung in der Lebensendphase nicht nutzen.

*... trotzdem mangelt es ihr
an öffentlicher Wahrnehmung
und Anerkennung*

²³ Vgl. ebenda.

²⁴ Vgl. Berls, M. u. a., Institut für Soziologie der Uni Gießen: Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen, o. J. (2007).

*Die Möglichkeiten
der palliativen Versorgung und
der hospizlichen Begleitung
sind zu wenig bekannt ...*

Auch in Arztpraxen, bei Pflegediensten, in Krankenhäusern und in Altenpflegeheimen ist das Wissen um Möglichkeiten und Maßnahmen der palliativen Versorgung und der Sterbebegleitung gering und ungenügend. Es gibt bisher keine systematischen und standardisierten Zugangswege von der Regelversorgung in die Palliativversorgung und es mangelt vor allem bei der Betreuung von schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen in Institutionen an Fähigkeiten und Kenntnissen in Palliative Care und einem adäquaten Umgang der Krankenhäuser und Pflegeheime mit den Betroffenen und der Situation.

*... und systematische Zugänge
sind nicht etabliert*

*Konkurrenz statt Kooperation
befürchtet*

Sorge bereitet gegenwärtig, dass im Zuge der nunmehr möglichen Abrechnungsfähigkeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung neue Anbieter auf den Markt drängen und durch wirtschaftliche Eigeninteressen Kooperations- und Netzwerkstrukturen beschädigt werden könnten oder die bestehenden Einrichtungen und erprobten Verfahren im Zuge eines Konkurrenzkampfes ins Hintertreffen geraten und vom eigentlichen Ziel, die ambulante hospizliche und palliative Versorgung auszubauen und eine gute Qualität der Versorgung zu sichern, ablenken könnten.

*Ausweitung der palliativen
und hospizlichen Versorgung
auch in Wiesbaden ...*

Dass aber trotz akzeptabler Versorgungslage im Vergleich zu anderen Regionen Hessens die palliative und hospizliche Versorgung und Betreuung auch in Wiesbaden erweitert und besser werden muss, ergibt sich nach Einschätzung der Akteure allein schon aus dem geringen Anteil der in Wiesbaden versterbenden Menschen, der durch die ambulanten und stationären Palliative-Care-Maßnahmen in der Endphase des Lebens erreicht wird. Im Jahr 2007 sind in Wiesbaden 2.828 Menschen verstorben (vgl. Tab. 1A im Anhang). Knapp 800 Schwerst- und Sterbende²⁵ sind durch die ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen versorgt, betreut und begleitet worden (vgl. Tab. 2). Der Anteil der

*... angesichts der Zahl
der Sterbefälle notwendig*

²⁵ Diese Angabe ist nur als grober Richtwert zu verstehen; denn

- es können bei den betreuten und begleiteten Patienten Doppelerfassungen vorliegen,
- es ist nicht bekannt, ob alle betreuten Patienten auch im Jahr 2007 verstorben sind,
- es liegen keine Angaben zu palliativversorgten Patienten in Pflegeheimen und durch Pflegedienste vor.

Menschen, der in der Lebensendphase eine Palliative-Care-Versorgung erfahren hat, liegt damit bei nicht einmal 30 %.

Tab. 2:
Verstorbene und palliativ/hospizlich begleitete Patienten 2007 in Wiesbaden

Verstorbene insgesamt ¹⁾	2.828
Betreute/begleitete Patienten ²⁾	
durch	
Auxilium	ca. 100
Advena	200
Palliativstation	
ambulant	ca. 150
stationär	ca. 280
ZAPV	40
Insgesamt	ca. 770

Quelle:
1) Bestandsdatensatz Einwohnerwesen.
2) Patientenangaben zu den jeweiligen Einrichtungen erfolgten im Rahmen der Expertengespräche. Dabei sind Mehrfachzählungen von Patienten, die sowohl ambulant als auch stationär behandelt wurden und die wiederholt auf der Palliativstation aufgenommen wurden, nicht ausgeschlossen. Es handelt sich deshalb um ungefähre Richtwerte.



4 Zukünftige Palliative-Care-Bedarfe

Steigende Bedarfe

bei Palliative Care resultieren ...

Alle Gutachten, Berichte, Berechnungen und Einschätzungen zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen gehen davon aus, dass der Bedarf an ambulanten und stationären Einrichtungen, ehrenamtlichen und hauptamtlichen Fachkräften und Helfern zukünftig steigen wird.

... aus den bisherigen Versorgungslücken und ...

Neben der Notwendigkeit, die bestehenden Defizite bei der palliativen und hospizlichen Versorgung auszugleichen und einerseits die vorhandenen Versorgungslücken vor allem in ländlichen Gebieten und in Institutionen (Krankenhäusern und Pflegeheimen) zu schließen und andererseits die Versorgung auf bisher ausgegrenzte Patientengruppen (alte pflegebedürftige Menschen und Nichttumorpatienten) zu erweitern, ergeben sich stei-

*... der demographischen
Entwicklung*

gende Bedarfe aus der zukünftigen demographischen Entwicklung, insbesondere durch die Alterung der Bevölkerung. Zukünftig werden sich die bereits bekannten Trends fortsetzen: das Leben der Menschen wird sich weiter verlängern und der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung wird weiter ansteigen.

*Nach der Bevölkerungsprognose
bis 2025 wird in Wiesbaden der
Anteil der 65-Jährigen und Älte-
ren um 11 % zunehmen und ...*

Nach der aktuellen Bevölkerungsprognose des Amtes für Wahlen, Statistik und Stadtforschung bis zum Jahr 2025²⁶ wird in Wiesbaden bei einem leichten Bevölkerungswachstum von 3 % der Anteil der 65-Jährigen und Älteren um 11 % zunehmen, wobei innerhalb dieser Altersgruppe höchst unterschiedliche Entwicklungsverläufe stattfinden werden. Während die Zahl der so genannten Jungalten (65- bis 70-Jährige) schrumpft, steigt insbesondere die Zahl der Hochbetagten stetig an. Im Vergleich zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird sich die Zahl der 85-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2025 um 53 % erhöhen. Dies hängt zum einen mit einer weiteren Lebensverlängerung, zum anderen mit sinkenden Sterberaten zusammen. Die durchschnittliche Lebenserwartung wird sich bei den Männern bis zum Jahr 2025 um 2,8 Jahre auf 80,3 Jahre erhöhen, bei den Frauen wird sich die Lebensdauer um 2,4 Jahre auf 84,6 Jahre verlängern.²⁷

*... besonders
der Anteil der Hochbetagten
stark ansteigen*

*Die Lebensdauer
wird sich verlängern*

*Die Sterbefälle werden sich
in etwa auf dem heutigen Niveau
bewegen*

Die Zahl der Sterbefälle wird sich in den kommenden 18 Jahren hingegen nicht sehr verändern. Während in den 90er Jahren bis zur Jahrtausendwende jährlich über 3.000 Sterbefälle in Wiesbaden zu verzeichnen waren, ist die Zahl der Verstorbenen in den letzten Jahren auf durchschnittlich ca. 2.800 gesunken (vgl. Tab. 2A und 3A im Anhang).²⁸ Bis zum Jahr 2025 werden die jährlichen Sterbefälle bei ca. 2.800 liegen.

²⁶ Vgl. Härle J., Butz D.: Prognose der Wiesbadener Bevölkerung und Haushalte bis 2025, in: Statistische Berichte 1/2008, (Hg.): Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Wahlen, Statistik und Stadtforschung, Juli 2008.

²⁷ Vgl. ebenda, S. 28 und S. 32.

²⁸ Angestiegen ist in diesem Zeitraum jedoch die Zahl derjenigen, die an Tumorerkrankungen verstorben sind (vgl. Tab. 3A).

Hospizliche und palliative Versorgung wird sich zunehmend auf (sehr) alte Menschen konzentrieren müssen

Im Hinblick auf die zukünftige Weiterentwicklung der hospizlichen und palliativen Versorgung in Wiesbaden werden demnach keine Kapazitätserweiterungen aufgrund einer steigenden Zahl von Sterbefällen notwendig sein. Angesichts der Zunahme der Hochaltrigkeit wird sich die Arbeit im Palliative-Care-Bereich immer stärker auf die Begleitung und Betreuung von hochbetagten Menschen konzentrieren müssen, die zu Hause oder in Altenpflegeheimen die letzte Phase ihres Lebens verbringen. Die Zahl dieser Patienten wird sich deutlich erhöhen.

5 Zusammenfassung

Palliative und hospizliche Versorgung in Wiesbaden

Der Bericht geht der palliativen und hospizlichen Versorgung in Wiesbaden nach, beschreibt die entsprechenden Einrichtungen und Institutionen für Schwerstkranke und Sterbende, die Form ihrer Zusammenarbeit und Kooperation und die zukünftige Entwicklung.

Der ambulante Hospizverein Auxilium ist 1987 entstanden

Der Hospizverein Auxilium wurde 1987 gegründet und er stellte die erste Einrichtung dar, die sich der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Wiesbaden zuwendet und nach den Handlungsgrundsätzen von Palliative Care arbeitet. Die Zahl der betreuten Menschen ist kontinuierlich angestiegen, 2007 waren es 131. Die Mehrzahl der Patienten wird zu Hause betreut. Die Betreuung und Begleitung durch Auxilium ist kostenlos. Der Verein hat ca. 40 ehrenamtliche Hospizhelferinnen und drei Hospizfachkräfte.

Das stationäre Hospiz Auxilium besteht seit 1996

Das stationäre Hospiz Advena wurde 1996 von der Interessengemeinschaft für Behinderte (IFB) gegründet und 2001 in die Wiesbadener Hospizgesellschaft (WHG) überführt, die von IFB und Caritas getragen wird.

Ganzheitliches Versorgungskonzept durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Arbeit des Hospiz Advena orientiert sich an den Palliative-Care-Grundsätzen, nach denen der sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Dem ganzheitlichen Ansatz entsprechend wird die Begleitung und Betreuung in der Lebensend-

	phase durch ein interdisziplinäres Team rund um die Uhr gewährleistet.
<i>Patienten sind meist Ältere, Frauen und Tumorerkrankte</i>	Das Hospiz hat 16 Betten. Bei den Patienten handelt es sich meist um ältere Menschen (Durchschnittsalter ca. 70 Jahre) und mehrheitlich um Frauen. Zu weit über 90 % sind es Tumorerkrankte. Ca. 40 % der Patienten des Advena stammen aus Wiesbaden. Die Verweildauer beträgt im Durchschnitt 17 Tage. Im Vergleich zu früher hat sich die Aufenthaltsdauer deutlich verringert. 2007 wurden insgesamt 220 Patienten betreut.
<i>Haupt- und Ehrenamtliche</i>	Advena hat insgesamt 35 Beschäftigte in Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung; darüber hinaus sind ca. 35 ehrenamtliche Hospizhelferinnen im Einsatz. Die Finanzierung von Advena ist zu 90 % durch die Kostenerstattung der Kranken- und Pflegekassen abgedeckt. 10 % müssen über Spendeneinnahmen finanziert werden.
<i>Das Kinderhospiz Bärenherz ist 2001 entstanden</i>	Das Kinderhospiz Bärenherz wurde 2001 in Wiesbaden gegründet. Es hat zwölf Plätze und fünf Appartements, in denen Eltern und Geschwisterkinder untergebracht werden können.
<i>Betreuung der schwerstkranken Kinder und der Familien</i>	Bärenherz übernimmt Betreuung, Versorgung und Begleitung von schwerkranken Kindern und ihren Familien von der Diagnose der unheilbaren Krankheit bis zum Tod. Die Patienten leiden am häufigsten an Stoffwechselerkrankungen, neurologischen Defekten und Erkrankungen, die zum Muskelabbau führen. Nicht alle Kinder befinden sich in der Lebensendphase und versterben im Hospiz. Sehr viel häufiger werden schwerkranke Kinder in Kurzzeitpflege betreut. Der Einzugsbereich des Kinderhospizes ist deutschlandweit.
<i>Stiftung Bärenherz deckt die Hospizkosten ab</i>	Die Stiftung Bärenherz stellt überwiegend die Finanzierung des Kinderhospiz sicher. Den Eltern bzw. Familien der kranken Kinder wird keine finanzielle Beteiligung abverlangt.

*Hospizpalliativnetz Wiesbaden
und Umgebung ...*

*... zielt auf eine gute häusliche
Versorgung in Lebensendphase
und*

*... auf die Stärkung
der ambulanten Strukturen*

Das Hospizpalliativnetz Wiesbaden und Umgebung ist ein Versorgungsnetz zur ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung. 2004 ist der gemeinnützige Verein gegründet worden. Ziel des Palliativnetzes ist es, eine optimale medizinische, pflegerische, psychosoziale, spirituelle und seelsorgerische Begleitung und Betreuung zu gewährleisten und den Verbleib im häuslichen Umfeld auch in der letzten Phase des Lebens zu sichern. Die Arbeit des Palliativnetzes zielt explizit darauf, die ambulante Versorgung zu stärken und die vorhandenen Strukturen zu nutzen. Dem Netz gehören Hausärzte, Physiotherapeuten, Mitarbeiter psychosozialer und -onkologischer Dienste und ambulanter Pflegedienste, Apotheker und Seelsorger sowie ehrenamtlich als auch hauptberuflich in der ambulanten und stationären Hospizarbeit Tätige an.

*Abschluss
eines integrierten Vertrages zur
ambulanten Palliativversorgung*

2006 ist mit einem Kostenträger (Techniker Krankenkasse) ein integrierter Vertrag zur ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen worden.

*Das ZAPV ist Management-
und Koordinationseinheit
des Palliativnetzes*

Das Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV) ist die Managementgesellschaft für das Hospizpalliativnetz, das die Patientenaufnahme und -versorgung koordiniert, Träger der Leistungen und Ansprechpartner der Kostenträger ist. 2007 wurden insgesamt 40 Palliativpatienten betreut; derzeit sind es fünf Patienten.

*Die Palliativstation der HSK
wurde 2006 eingerichtet
und übernimmt die stationäre
und die ambulante Versorgung*

Die Palliativstation an der HSK besteht seit 2006 und gewährleistet sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Betreuung von Patienten. Die Palliativstation ist kein Hospiz; die Patienten sollen möglichst wieder nach Hause entlassen werden (etwa die Hälfte stirbt auf der Station).

*60 % der Patienten
kommen aus der HSK*

Die Station hat 10 Plätze. Die Patienten werden zu 60 % von anderen Stationen der HSK hierher verlegt. Die Mehrheit der Patienten ist zwischen 60 und 70 Jahren alt, mehrheitlich sind es Frauen und Tumorkrankungen. Die meisten Patienten stammen aus Wiesbaden und der näheren Umgebung. Im Durchschnitt beträgt die Verweildauer im stationären Bereich 10 Tage.

*Meist sind es ältere Frauen
mit Tumorerkrankungen*

Die ambulante Betreuung findet in einer Netzwerkstruktur statt

Im ambulanten Bereich werden derzeit mehr als 40 Patienten parallel versorgt; seit Bestehen der Einrichtung wurde etwa 150 Schwerkranke durch die Palliativstation ambulant betreut. Dies geschieht in einer Netzwerkstruktur, in die neben der Palliativstation der Hausarzt, der häusliche Pflegedienst, ehrenamtliche Hospizhelfer und vor allem die Angehörigen eingebunden sind.

Personelle Ausstattung der Palliativstation

Auf der Station arbeiten 15 Krankenschwestern bzw. -pfleger, ein Stationsarzt, der ärztliche Leiter und weitere Fachkräfte. Das ambulante Team besteht aus zwei Vollzeitpflegekräften und einer drei Viertel Arztstelle. Die Kostenübernahme der ambulanten Versorgung erfolgt auf Grundlage eines integrierten Versorgungsvertrages, den die HSK mit verschiedenen großen Krankenkassen abgeschlossen hat.

Bei der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Pflegeheimen besteht beträchtlicher Handlungsbedarf

Eine große Zahl schwerkranker und pflegebedürftiger alter Menschen wird in Pflegeheimen betreut oder zu Hause von Angehörigen mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt. Eine aktuelle Untersuchung der Universität Gießen verweist auf einen beträchtlichen Handlungsbedarf in den Altenpflegeheimen. Zu ähnlichen Befunden kommt eine Netzwerkanalyse zur Palliative-Care-Qualifikation des Personals in Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten in Wiesbaden, die von der Koordinatorin des ZAPV durchgeführt wurde.

Wiesbaden verfügt über genügend stationäre Plätze

Eine anerkannte und verbindliche Bedarfsplanung für die erforderliche Ausstattung mit Hospiz- und Palliativplätzen gibt es nicht. Laut Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin werden 30 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner und 20 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner benötigt. In den meisten Gebieten Deutschlands ist die Lage defizitär. Dies trifft auch für Hessen zu, wobei deutliche regionale Unterschiede bestehen. In Wiesbaden mit seinen rund 275.000 Einwohnern deckt das vorhandene Platzangebot im Hospiz Advena (16 Betten) und auf der Palliativstation der HSK (10 Betten) nach den o. g. Berechnungen den Bedarf bei Weitem ab.

*Defizite
bei der palliativen Versorgung ...*

Eine aktuelle Bestandsaufnahme der gesamten palliativen Versorgung in Hessen verweist darauf, dass deutliche Anstrengungen zur Verbesserung geleistet werden müssen.

*... lassen sich in Wiesbaden
nicht ausmachen*

Von Insidern der Wiesbadener Hospiz- und Palliativszene werden die örtlichen Bedingungen im Vergleich zu anderen Regionen Hessens als gut und beispielhaft bezeichnet. Als großes Manko wird die fehlende öffentliche Wahrnehmung und Würdigung der Arbeit angesehen.

*Zukünftig wird der Bedarf
an palliativer und hospizlicher
Betreuung hochbetagter und
pflegebedürftiger Menschen
anwachsen*

Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung werden keine Kapazitätserweiterungen aufgrund einer steigenden Zahl von Sterbefällen notwendig sein, denn diese werden sich bis zum Jahr 2025 kaum erhöhen. Angesichts der Zunahme des Anteils alter Menschen und der Hochaltrigkeit wird sich die Arbeit im Palliative-Care-Bereich immer stärker auf die Begleitung und Betreuung von hochbetagten, pflegebedürftigen und demenzkranken Menschen konzentrieren müssen, die zu Hause oder in Altenpflegeheimen die letzte Phase ihres Lebens verbringen. Die Zahl dieser Patienten wird sich deutlich erhöhen.

Bearbeiterin: Barbara Lettko

Literatur

Berls, M. u. a., Institut für Soziologie der Uni Gießen: Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen, o. J. (2007)

Gronemeyer, R. u. a.: Versorgung am Lebensende, Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen, Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Soziologie, 2007

Härle, J., Butz, D.: Prognose der Wiesbadener Bevölkerung und Haushalte bis 2025, in: Statistische Berichte 1/2008, (Hg.): Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Wahlen, Statistik und Stadtforschung, Juli 2008

Hessisches Ärzteblatt 1/2006

Kern, M., Müller, M., Aurnhammer, K. 1996: Basiscurriculum Palliative Care, Eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin, in: Müller, M. u. a. (Hg.): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter, Curricula ... in: Palliativmedizin, Schriftenreihe 7, Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e. V., Bonn 1997

Spezialisierte ambulante Palliativversorgungsrichtlinie/SAPV-RL, § 1 (1), Bundesanzeiger Nr. 39 (S. 911) vom 11.03.2008

Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5858, 22. Juni 2005

ANHANG

Seite

Glossar	A1
◆ Hospize/Hospizarbeit/Hospizbewegung	A1
◆ Integrierte palliative Versorgung	A2
◆ Palliative Care	A3
◆ Palliativmedizin	A5
◆ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ...	A6
Übersicht 1A: Befragte Experten/innen / Gesprächspartner/innen	A9
Tab. 1A: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht	A10
Tab. 2A: Gestorbene in Wiesbaden 1998 bis 2007	A10
Tab. 3A: Verstorbene insgesamt und mit der Todesursache bösartige Neubildungen in Wiesbaden 1998 bis 2007	A10

Anhang

Glossar

◆ Hospize/Hospizarbeit/ Hospizbewegung

Hospize waren im frühen Christentum und zz. der Kreuzzüge Herbergen, ...

... ab Mitte des 19. Jahrhunderts stellen sie Einrichtungen für Sterbende dar

Die moderne Hospizarbeit beginnt 1967 in London

1985 erster Hospizverein in Deutschland

Hospiz stammt von dem lateinischen *hospitum* und bedeutet so viel wie Herberge und Gastfreundschaft. Hospize boten in der frühen Phase der Ausbreitung des Christentums im Römischen Reich Reisenden, Bedürftigen, Kranken und Sterbenden Hilfe und Unterkunft. Später wurden Hospize meist von Mönchsgemeinschaften geleitet und waren Herbergen für Teilnehmer von Kreuzzügen und für Pilger. Das erste Hospiz, das sich - im heutigen Wortsinn - der Begleitung Sterbender widmete, wurde 1842 in Lyon gegründet; es folgten weitere Hospizgründungen in Frankreich. Davon unabhängig entstanden 1879 und 1905 Hospize in Dublin und Paris.¹

Als Ausgangspunkt der modernen Hospizarbeit und der Palliativmedizin gilt die Gründung der St. Christopher's Hospice in London 1967 durch die Ärztin Cicely Saunders. Hier erhielten schwerstkranke und sterbende Menschen eine schmerzlindernde Behandlung und emotionale und psychosoziale Unterstützung. Von dort breitete sich die Hospizidee in vielen anderen Ländern aus. Den theoretischen Hintergrund der deutschen Hospizbewegung prägte Elisabeth Kübler-Ross mit ihren Arbeiten zur Sterbeforschung und ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ (1969), das die Phasen des Krankheitsverlaufes und Sterbeprozesses aufzeigt sowie die Möglichkeiten der psychosozialen und spirituellen Begleitung.

Die Hospizarbeit hat viele Organisationsformen, erstreckt sich auf den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich; inner- und außerhalb von Institutionen. Hospiz ist weniger ein Ort, als vielmehr eine Lebenshaltung. Die erste ambulante Einrichtung dieser Art in Deutschland war der Hospizverein Christopherus, der 1985 in München entstand; das erste stationäre Hospiz wurde in Aachen gegründet.

¹ Vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, a. a. O., S. 9.

*Grundprinzipien
der hospizlichen Versorgung*

„Wichtige *Grundprinzipien* der Hospizbewegung sind:

1. Es geht um den einzelnen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen auf allen Ebenen (z. B. der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen Ebene). Der Mensch wird als soziales Wesen betrachtet und seine Angehörigen und nahen Bekannten werden grundsätzlich mit einbezogen.
2. Die Arbeit geschieht in einem interdisziplinären Team aus Ärzten, pflegendem Personal, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Krankengymnasten, Psychologen usw..
3. In die Arbeit werden freiwillige Helfer/innen (Ehrenamt) einbezogen. Sie dienen der Integration des Sterbenden und des Sterbens in die Gesellschaft.
4. Das Team der Helfenden verfügt über gründliche Kenntnisse in der Symptomkontrolle (Palliation, Palliative Care, insbesondere der Schmerztherapie).
5. Die Kontinuität der Hilfen ist gesichert: Dies bedeutet, dass das Hilfsangebot rund um die Uhr zur Verfügung steht. Es bedeutet zudem, dass den Hinterbliebenen auch noch nach dem Tod ihres Angehörigen Unterstützung (Trauerbegleitung) angeboten wird“.²

*Hospizarbeit beruht vor allem
auf ehrenamtlichem Engagement*

Trotz zunehmender Etablierung und Institutionalisierung der Hospizarbeit und des Einsatzes von Hospizfachkräften ist ehrenamtliches Engagement bei der Betreuung schwerkranker Menschen und bei der Sterbebegleitung unverzichtbar. Hospizhelfer/innen sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Hospizbereich tätig.

*Versorgungsqualität
für Schwerkranke
wird durch Vernetzung aller an
der Betreuung und Versorgung
Beteiligter gewährleistet*

◆ Integrierte palliative Versorgung

„Die integrierte Versorgung mit der Auflösung der Trennung der ambulanten und stationären Sektoren kann Menschen mit schweren unheilbaren Erkrankungen eine möglichst reibungslose Versorgungskette ermöglichen. Die Palliativmedizin ist mit dem inter- und multidisziplinären Ansatz in herausragender Weise dazu geeignet, sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgungsmodelle umzusetzen. (...) Durch die Vernetzung der vorhandenen Strukturen sollen vor allem zwei Dinge

² www.wikipedia/Hospizbewegung (Zugriff 15. Juli 2008).

*Vielzahl von integrierten
palliativen Versorgungsverträgen*

erreicht werden: Die Versorgungsqualität der betroffenen Patienten und ihrer Angehöriger soll verbessert und die Wahrscheinlichkeit, dort sterben zu können, wo es sich die meisten Menschen wünschen, nämlich zu Hause, soll deutlich gesteigert werden.“³ Die Umsetzung dieses Konzepts ist durch die strenge sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens, das zwischen ambulanten und stationärem Sektor und den einzelnen medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen klar differenziert, außerordentlich erschwert. Erst nachdem 2004 mit einer Gesetzesnovellierung (SGB V) die integrierte Versorgung durch die Möglichkeit des direkten Vertragsabschlusses zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinfacht wurde (§ 140 a), sind solche Versorgungsverträge abgeschlossen worden. Bei den Leistungserbringern kann es sich um Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Träger von Einrichtungen oder Managementgesellschaften handeln. Inzwischen existieren verschiedene Konzepte der integrierten palliativen Versorgung, selbst in einzelnen Regionen gelten verschiedene Versorgungsverträge und je nachdem, welcher gesetzlichen Krankenkasse der Patient angehört, kommt der eine oder andere Vertrag zum Tragen. In Wiesbaden haben zwei Leistungserbringer (das Zentrum für ambulante Palliativversorgung (ZAPV) und die Palliativstation der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken) mit verschiedenen Krankenkassen jeweils unterschiedliche integrierte Versorgungsverträge abgeschlossen.

*Ganzheitliches
Betreuungskonzept
für unheilbar Kranke*

◆ Palliative Care

Unter Palliative Care wird ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten verstanden, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren, progredienten (stark fortgeschrittenen) Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung befinden.⁴ Abgeleitet ist der Begriff vom lateinischen pallium (Mantel) und palliare (lindern).

³ Zwischenbericht der Enquete-Kommission, a. a. O., S. 34.

⁴ Vgl. Kern, M., Müller, M., Aurnhammer, K. 1996: Basiscurriculum Palliative Care, Eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin, in: Müller, M. u. a. (Hg.), 1997: Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter, Curricula ... in: Palliativmedizin, Schriftenreihe 7, Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorkranken e. V., Bonn, S. 29.

*Verbesserung
der Lebensqualität*

„Ziel ist es, die Lebensqualität des Patienten in seiner letzten Lebensphase zu verbessern bzw. möglichst langfristig zu erhalten. Dies erfordert

- eine symptomorientierte, kreative, individuelle ganzheitliche Therapie und Pflege,
- die Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte,
- die Einbindung Angehöriger und
- die Vernetzung stationärer und ambulanter Unterstützungsmaßnahmen.“⁵

*Ein adäquater deutscher
Fachbegriff fehlt bisher*

Bisher gibt es keinen deutschen Fachbegriff, der den Sachverhalt der ganzheitlichen Ausrichtung des Konzeptes Palliative Care adäquat wiedergibt; die Umschreibung mit Palliativpflege, -versorgung oder -betreuung greift zu kurz. In Großbritannien wird zwischen den Begriffen Palliative Care und Hospiz nicht differenziert, sondern sie werden synonym für die umfassende Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verwendet.

*Inter-
und multidisziplinärer Ansatz*

Wesensmerkmal von Palliative Care ist ein inter- und multidisziplinärer Arbeitsansatz, der die medizinischen, pflegerischen, psychotherapeutischen, spirituellen, seelsorgerischen und sonstigen Kompetenzen bündelt und das Zusammenwirken aller bei der Versorgung und Betreuung Beteiligter im Interesse des Patienten beinhaltet.

*Curriculum
für die einzelnen Berufsgruppen
seit Mitte der 90er Jahre*

Seit etwas über zehn Jahren gibt es ein Curriculum Palliative Care für hauptamtliche Mitarbeiter, das auf die einzelnen Berufsgruppen abgestimmt ist. 1996 entstand das Basiscurriculum Palliative Care für Pflegende sowie das Curriculum Palliativmedizin für Medizinstudenten und für Ärzte, 1997 folgte das Basiscurriculum für Sozialarbeiter in Palliativmedizin und 1999 die Qualifikation in der Sterbegleitung für Seelsorger. Die Zusatzausbildungen werden von verschiedenen Trägern durchgeführt. Die Qualifikation ist inzwischen bei vielen ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen Einstellungsvoraussetzung für eine Beschäftigung. Auch Pflegeheime und am-

5 Ebenda.

bulante Pflegedienste legen zunehmend auf diese Zusatzqualifikation bei ihren Fachkräften Wert.

Advena führt Palliative-Care-Ausbildung durch

In Wiesbaden wird der Palliative-Care-Basiskurs für Pflegende einmal im Jahr im Hospiz Advena angeboten. Der Basiskurs für diese Berufsgruppe umfasst 160 Stunden und erstreckt sich berufsbegleitend über einen Zeitraum von zwei Jahren. Voraussetzung für die Teilnahme ist ein qualifizierter Abschluss in einem Pflegeberuf.

◆ Palliativmedizin

Vorbeugen und Lindern von Leiden und Schmerzen

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliativmedizin „... ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“⁶ Palliative Behandlung und Betreuung bedeutet lindernde Behandlung im Gegensatz zur kurativen (heilenden) Behandlung. Palliativmedizin stellt einen ganzheitlichen Ansatz dar, bei dem physische, psychische, soziale und spirituelle Probleme behandelt werden, mit dem Ziel, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Anders als in älteren Definitionen und Arbeitsansätzen der Palliativmedizin zielt sie inzwischen nicht nur auf die Behandlung und Begleitung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen, die weit fortgeschritten sind und fortschreiten, sondern auch auf die Vorbeugung von Schmerzen und belastenden Symptomen. Zudem wird nicht nur der Schwerkranke, sondern auch sein familiäres Umfeld in den Blick genommen.

Ganzheitlicher Ansatz der auf Behandlung und Vorbeugung von Schmerzen zielt ...

... und den Schwerkranken und dessen Familie in den Blick nimmt

Palliativmedizin ist nicht nur auf die Behandlung von Tumorkranken beschränkt (obwohl in Hospiz- und Palliativeinrichtungen vorwiegend Personen mit diesen Erkrankungen betreut werden), sondern richtet sich auch

⁶ Weltgesundheitsorganisation 2002, zitiert in: Zwischenbericht der Enquete-Kommission a. a. O., S. 5.

Keine Sterbemedizin

auf AIDS-Kranke und Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen. Palliativmedizin kann ambulant, teilstationär und stationär stattfinden. Wesentliche Komponenten der Palliativmedizin sind Symptomkontrolle, psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit und Sterbegleitung. Palliativmedizin ist keine Sterbemedizin. Ziel ist keine Verkürzung des Lebens, sondern sinnlose und belastende Therapieversuche zu verhindern und ein beschwerdefreies (vor allem schmerzfreies) Dasein zu ermöglichen.

*Entwicklung der Palliativmedizin
in Deutschland seit 1983*

Die erste Palliativstation wurde 1983 an der Kölner Universitätsklinik eingerichtet. 1993 wurde in Nordrhein-Westfalen modellhaft die Weiterbildungsmaßnahme Palliativmedizin durchgeführt. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. wurde 1994 gegründet. 2003 führte die Bundesärztekammer Palliativmedizin als Zusatzweiterbildung ein. „Anders als in anderen europäischen Staaten entwickelten sich in Deutschland Hospizbewegung und Palliativmedizin weitgehend unabhängig voneinander“⁷ und mit etwa zehnjähriger Verspätung gegenüber anderen Ländern.⁸ Zu Anfang wurde der Hospizarbeit eher der Teil der spirituellen und emotionalen Betreuung sowie der Sterbegleitung zugewiesen, während die Palliativmedizin für die eigentliche medizinische Behandlung und Pflege der Patienten als zuständig angesehen wurde. Diese Art der Arbeitsteilung läuft dem ganzheitlichen Betreuungskonzept bei der Versorgung Schwerkranker und Sterbender zuwider und ist in der Praxis nunmehr weitestgehend einem interdisziplinären und kooperativen Arbeitsansatz gewichen.

*Ursprüngliche Trennung
von Hospizbewegung
und Palliativmedizin ...**... ist inzwischen
überwunden*

◆ **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

*SAPV
ist eine Kassenleistung*

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz⁹ sind die Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eine Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzli-

⁷ Vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission, a. a. O., S. 9.

⁸ Vgl. Hessisches Ärzteblatt 1/2006, S. 839.

⁹ GKV = Gesetzliche Krankenversicherung.

*Ziel von SAPV ist die Sicherung
von Lebensqualität
in der Lebensendphase*

chen Krankenversicherung wird (§ 37b SGB V). Daraufhin hat der gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung erarbeitet und im Dezember 2007 beschlossen. Danach dient SAPV 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 (...) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern“.¹⁰

*Anspruchsvoraussetzungen
und Bedingungen von SAPV*

Anspruchsvoraussetzung für SAPV ist eine unheilbare Krankheit im fortgeschrittenen Stadium und eine besonders aufwändige Pflege. Die Leistungserbringung soll in koordinierter und vernetzter Form und in multiprofessioneller Zusammenarbeit aller Berufsgruppen erfolgen und an den vorhandenen Versorgungsstrukturen ansetzen. Alle zur spezialisierten ambulanten Versorgung notwendigen Maßnahmen und Behandlungen werden von den Kassen abgedeckt.

*Trotz Gesetzesgrundlage
fehlt es an der praktischen
Umsetzung*

Während die SAPV seit April 2008 Gesetzeskraft hat, ist in der Praxis der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen noch alles beim Alten, da sich die Krankenkassen noch nicht mit den Leistungserbringern (Verhandlungspartner sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Träger der Pflegeeinrichtungen, Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung und der kassenärztlichen Bundesvereinigung) über eine Rahmenvereinbarung verständigen konnten. Das Ringen um diese Vereinbarungen, die festlegt, wer welche Leistungen erbringen und in welcher Höhe abrechnen kann, erfolgt vor dem Hintergrund nicht unbeträchtlicher finanzieller Mittel, die für SAPV zum Gesundheitsbudget bereitgestellt wurden. Für das laufende Jahr stehen 130 Mio. Euro zur Verfügung, 2009 sind es 180 Mio. Euro und 2010 beläuft sich der Betrag auf 240 Mio.

*Finanzielle Mittel für SAPV
stehen bereit*

¹⁰ Spezialisierte ambulante Palliativversorgungsrichtlinie/SAPV-RL, § 1 (1), Bundesanzeiger Nr. 39 (S. 911) vom 11.03.2008.

*Zukünftige Entwicklung
bei den Leistungsanbietern
wird über Versorgungsqualität
entschieden*

Euro, die für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung Verwendung finden sollen.¹¹ Insbesondere die Hospiz- und Palliativverbände, die grundsätzlich die SAPV begrüßen, da sie eine eklatante Versorgungslücke schließt, befürchten, dass Eigeninteressen von Leistungsanbietern der geforderten Kooperation im Interesse der Versorgung schwerstkranker Menschen zuwiderlaufen und neue Versorgungseinrichtungen entstehen könnten (z. B. der Aufbau von Palliativstationen in Krankenhäusern),¹² die zu wenig oder gar nicht an den vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen anknüpfen.

11 Vgl. www.aerztezeitung.de (Zugriff 29.07.2008).

12 Vgl. ebenda.

Übersicht 1A:**Befragte Experten/innen / Gesprächspartner/innen**

- Geschäftsleitung der Interessengemeinschaft für Behinderte e. V. (IFB)
- Direktorin der Caritas
- Leiterin des Kinderhospiz Bärenherz
- Leiter des Hospiz Advena
- Geschäftsführer und leitende Hospizfachkraft des Hospizvereins Auxilium e. V.
- Koordinatorin des Zentrums für ambulante Palliativversorgung
- Ärztlicher Leiter der Palliativstation der HSK
- Geschäftsführer der Altenhilfe EVIM



Tab. 1A:
Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	Insgesamt		Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
0- bis unter 65-Jährige	469	16,6	304	23,6	165	10,7
65- bis unter 75-Jährige	548	19,4	326	25,3	222	14,4
75- bis unter 85-Jährige	863	30,5	400	31,1	463	30,0
85-Jährige und Ältere	948	33,5	256	19,9	692	44,9
Insgesamt	2.828	100,0	1.286	100,0	1.542	100,0

Quelle: Bestandsdatensatz Einwohnerwesen; Stand 31.12.2007

**Tab. 2A:**
Gestorbene in Wiesbaden 1998 bis 2007

Jahr	Gestorbene
1998	3.087
1999	3.104
2000	2.998
2001	2.851
2002	2.996
2003	3.014
2004	2.854
2005	2.749
2006	2.596
2007	2.828

Quelle: Bestandsdatensatz Einwohnerwesen

**Tab. 3A:**
Verstorbene insgesamt und mit der Todesursache bösartige Neubildungen in Wiesbaden 1998 bis 2007

Jahr	Verstorbene insgesamt ¹⁾	Todesursache: Bösartige Neubildungen	
		abs.	%
1998	3.060	709	23,2
1999	3.103	725	23,4
2000	3.026	725	24,0
2001	2.950	713	24,2
2002	3.001	762	25,4
2003	2.961	726	24,5
2004	2.732	670	24,5
2005	2.769	724	26,1
2006	2.646	702	26,5
2007	2.753	723	26,3

1) Die zu Tab. 2A abweichenden Zahlen der Verstorbenen resultieren aus unterschiedlichen Registrierungszeitpunkten

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt





► Frühere Publikationen auf Anfrage erhältlich

- | | |
|---------------|---|
| 1/2000 | Wahrnehmung von Lärm in Wiesbaden
- Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage |
| 2 | Wohnortwechsler und ihre Motive
- Ergebnisse einer Zuzugs- und Wegzugsbefragung |
| 3 | Wege zur Berufsbildung für Alle
- Bildungsverläufe von betreuten Jugendlichen |
| 4 | Sicherheitsempfinden und Kriminalitätsgeschehen in Wiesbaden |
| 1/2001 | Das Reiseziel Wiesbaden aus Sicht der Touristen
- Ergebnisse einer Gästebefragung |
| 2 *) | Aufbau eines Monitoringsystems zur sozialen Siedlungsentwicklung in Wiesbaden |
| 1/2003 | Prognose der Wiesbadener Bevölkerung 2003 bis 2020 |
| 2 | Monitoringsystem zur Ausländerintegration in Wiesbaden - <i>vergriffen</i> |
| 1/2004 | Migrantinnen und Migranten in Wiesbaden |
| 2 | Trends der Beschäftigtenentwicklung in Wiesbaden
- „Gewinner-“ und „Verliererbranchen“ |
| 1/2005 | Monitoring zum demographischen Wandel in Wiesbaden |
| 2 | Monitoring zu Arbeitsmarkt und Wirtschaftsentwicklung in Wiesbaden |
| 1/2006 | Wer bezieht Wiesbadens Neubauwohnungen? |
| 2 | Religionszugehörigkeit in Wiesbaden |
| 1/2007 | Wie gesund sind Wiesbadens Schulanfänger?
- Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen |
| 2 | Lebensqualität aus Bürgersicht
Wiesbaden im „Urban Audit“- Städtevergleich |

Die Schutzgebühr beträgt pro Heft 15 €, zuzüglich Versandkosten.

*) Nur noch als Textbeitrag erhältlich 5 €.



► Frühere Publikationen auf Anfrage erhältlich

25	Wiesbadener Online - Internetnutzung und Perspektiven für E-Government in der Wiesbadener Bevölkerung	(Juni 2003)
26	Sportverhalten der Wiesbadener Bevölkerung Teil I: Ergebnisse der Erwachsenenbefragung	(Juli 2003)
27	Sportverhalten der Wiesbadener Bevölkerung Teil II: Ergebnisse der Kinder- und Jugendbefragung	(Juli 2003)
28	Die Wiesbadener Stadtverwaltung und ihre Kunden	(Januar 2004)
29	Beteiligung als Teil der Bürgerfreundlichkeit planender Verwaltungsbereiche Wiesbadens	(August 2004)
30	Das Zusammenleben von Deutschen und Ausländern aus der Sicht der Wiesbadener Bürger	(Juli 2004)
31	Wohndauer im Wandel Veränderungen in Wiesbaden von 1997 bis 2004	(Dezember 2005)
32	Das Heiratsverhalten von Wiesbadenern ausländischer Herkunft	(Januar 2006)
33	Berufspendler von und nach Wiesbaden	(Februar 2006)
34	Frauen in Wiesbaden	(März 2006)
35	Jugendliche in Wiesbaden Zu den Lebenslagen der 14- bis 22-Jährigen	(August 2006)
36	Die Entwicklung des Pkw-Bestandes in Wiesbaden 1995 - 2005	(September 2006)
37	Wohnen und Leben im Alter	(Juli 2007)
38	Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen in Wiesbaden	(August 2007)
39	Familienfreundlichkeit aus Bürgersicht - Wiesbaden im Städtevergleich	(September 2007)
40	Nationalitätenspezifische Integration	(November 2007)
41	Wiesbadener Wanderungsbilanzen	(Dezember 2007)
42	Die volkswirtschaftliche Entwicklung der Rhein-Main-Region Wiesbaden nimmt Spitzenstellung ein	(Februar 2008)
43	Wohnstandortwechsel von Haushalten in Wiesbaden	(März 2008)
44	Minijobs und Minijobber in Wiesbaden	(April 2008)
45	Familienhaushalte in Wiesbaden	(Juni 2008)
46	Sportvereine und Betriebssportgruppen in Wiesbaden	(Juni 2008)

Publikationsbezug ist kostenfrei

Aktuelle Hefte sind im Internet abrufbar www.wiesbaden.de/statistik



► Frühere Publikationen auf Anfrage erhältlich

- Nr. 14** Freizeitmöglichkeiten und kulturelle Angebote für Jugendliche
- Ergebnisse einer Befragung von 14- bis 22-Jährigen
Juni 2000
- Nr. 15** Die Attraktivität Wiesbadens als Wirtschaftsstandort
- Ergebnisse einer Betriebsbefragung
Oktober 2000
- Nr. 16** Die Zukunft der Wiesbadener Maifestspiele
Februar 2002
- Nr. 17** Bürgernähe und Kundenorientierung der Ortsverwaltungen
- Ergebnisse der Befragung von Kunden/innen und Mitarbeiter/innen
Juni 2005
- Nr. 18** Daten zum Verkehrsverhalten der Wiesbadener Bevölkerung
- Ergebnisse der KONTIV 2002
Oktober 2005
- Nr. 19** Der Wiesbadener Wochenmarkt und seine Besucher
- Ergebnisbericht zur Besucherbefragung im Herbst 2005
März 2006
- Nr. 20** Die CALIGARI FilmBühne in der Publikumswertung
- Ergebnisbericht zur Besucherbefragung im Frühjahr 2006
August 2006
- Nr. 21** Wiesbadener Musik- und Kunstschule
Zusammenfassende Darstellungen
der Ergebnisse der Bevölkerungs-, Schüler-, Eltern- und Wartelisteumfrage
September 2007
- Nr. 22** Sozialräumlicher Wandel in Wiesbadener Wohnquartieren 1998 - 2006
November 2007
- Nr. 23** Lebenslagen älterer Migranten/innen in Wiesbaden
Juni 2008
- Nr. 24** Kriminalität in Wiesbaden von 1994 bis 2007
August 2008
- Nr. 25** Hospizliche und palliative Versorgung in Wiesbaden
August 2008

Die Schutzgebühr beträgt pro Heft 15 €, zuzüglich Versandkosten.



► www.wiesbaden.de/statistik

Wie viele Menschen wohnen in Wiesbaden und seinen Stadtteilen?
Wo leben die meisten Singles?

Wie viele Beschäftigte sind im Einzelhandel tätig?

Diese und andere Fragen beantwortet das Web-Angebot von
"Statistik Wiesbaden":

In der Reihe **Statistik aktuell** stehen monatlich aktualisierte Informationen zur Einwohnerzahl, zum Arbeitsmarkt und zu den Verbraucherpreisen bereit.

Das **Statistische Informationssystem** enthält Daten zu allen wesentlichen städtischen Lebensbereichen (Bevölkerung, Wirtschaft, Wohnen, Bildung, Soziales etc.) und zeigt die Entwicklung der letzten fünf Jahre auf. Auch ein Vergleich Wiesbadens mit den anderen Rhein-Main-Städten ist möglich. Die Daten sind auch als CD-Rom (15 €, zuzüglich Versandkosten) erhältlich.

Monitoringsysteme sind eine Zusammenstellung von Kennzahlen zu wichtigen städtischen Themen, zum Beispiel zum Stand der Integration von Migranten oder zum Wohnungsmarkt, zur Bildungsbeteiligung, zum Arbeitsmarkt und zum demographischen Wandel.

Für alle, die es genau wissen wollen: Die **Stadtteilprofile** bieten für jeden der 26 Wiesbadener Ortsbezirke statistische Informationen und Kennzahlen. Diese Informationen können auch für noch kleinere Gebietseinheiten zusammengestellt werden.

Wer noch mehr wissen möchte, kann eine passgenaue Auswertung statistischer Daten anfordern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes für Statistik und Stadtforschung beraten gerne.



Amt für Statistik und Stadtforschung
Information & Dokumentation
Postfach 39 20, 65029 Wiesbaden
☎ 06 11/31-54 34 | FAX: 06 11/31-39 62
E-Mail: dokumentation@wiesbaden.de

Internet: www.wiesbaden.de/statistik

Informierte wissen mehr ...



Amt für Statistik und Stadtforschung
Wilhelmstraße 32 | 65183 Wiesbaden

Telefon 06 11 | 31 54 34
E-Mail dokumentation@wiesbaden.de



www.wiesbaden.de/statistik