

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Renate Künast, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulla Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Annalena Baerbock, Ekin Deligöz, Harald Ebner, Matthias Gastel, Britta Haßelmann, Christian Kühn (Tübingen), Markus Kurth, Lisa Paus, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Claudia Roth (Augsburg), Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Viele Menschen wünschen sich eine vertraute und beschützte Umgebung für ihre letzte Lebensphase. Sie haben große Angst davor, unter unwürdigen Bedingungen, unter Schmerzen oder einsam die letzten Lebensmonate zu verbringen und zu sterben. Die Politik ist aufgefordert, diese Ängste und Sorgen ernst zu nehmen und die Wünsche der Bürgerinnen und Bürger für ein menschenwürdiges Lebensende in der Gesundheits- und Pflegepolitik zu berücksichtigen. Außerdem bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte über das Sterben und den Tod und über Selbstbestimmung und Würde in der letzten Lebensphase, zu der Politik einen wesentlichen Beitrag leisten kann.

Die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie müssen in das Zentrum der Versorgung rücken. Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer Versorgung, bei der nicht Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund stehen. Es muss vielmehr um den bestmöglichen Erhalt der Lebensqualität, um menschliche Nähe und Zuwendung sowie natürlich die Linderung von Schmerzen und weiteren belastenden Symptomen gehen. Im Mittelpunkt müssen der kranke Mensch, seine Angehörigen und Nahestehenden mit ihren individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen stehen.

Die derzeitige Palliativ- und Hospizversorgung ist für viele Menschen nicht ausreichend zugänglich oder zu wenig bekannt. Zwar hat sie sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Dennoch sind wir im ambulanten Bereich, in strukturschwachen und ländlichen Regionen und vor allem bei der Versorgung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher noch weit von einem flächendeckenden sowie hinreichend finanzierten Versorgungsangebot entfernt.

Das Ziel ist, in der letzten Lebensphase Leiden zu lindern, die Lebensqualität zu verbessern und Ängste zu nehmen. Dies darf nicht davon abhängen, wo ein Mensch stirbt. Deshalb muss die Palliativ- und Hospizversorgung vor allem in

bisher unterversorgten Regionen ambulant und (teil-)stationär deutlich ausgebaut werden. Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen brauchen gute Beratungsangebote, die Gesundheits- und Pflegeberufe müssen im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung besser ausgebildet und die Forschung deutlich ausgebaut werden.

Die strikte Orientierung am Willen schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen, bürgerschaftliches Engagement und die enge Zusammenarbeit von Ehrenamt und verschiedensten Professionen bilden den Kern einer guten Palliativ- und Hospizversorgung und -kultur. Dies gilt es in allen Bereichen zu stärken, sei es ambulant, in Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen.

- II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,
1. die Beratung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen zur Palliativ- und Hospizversorgung massiv zu verbessern, u. a. durch
 - die Schaffung eines Anspruchs für alle Versicherten auf individuelle Pflegeberatung, Aufklärung, Unterstützung und Begleitung durch ein unabhängiges Case Management (Fallmanagement). Ziel ist die möglichst individuelle Abstimmung, Bündelung und Koordination von Leistungen für die Betroffenen vor allem in längerfristigen Pflege- und Behandlungssituationen;
 - eine deutlich stärkere Förderung von Angeboten der Trauerbegleitung und psychosozialen Betreuung für Angehörige durch die gesetzliche Krankenversicherung;
 - eine bessere öffentliche Information über die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung;
 2. gemeinsam mit Ländern und Kommunen das bürgerschaftliche Engagement in der Palliativ- und Hospizarbeit besser zu unterstützen und mehr Menschen für freiwillige und ehrenamtliche Aufgaben in diesem Bereich zu gewinnen, u. a. durch
 - geeignete Konzepte zur Einbindung der freiwillig Tätigen in die tägliche Versorgungspraxis und die Zusammenarbeit mit den professionellen Akteuren der Hospiz- und Palliativarbeit;
 - die weitere Stärkung von Maßnahmen, mit denen Freiwillige und Ehrenamtliche qualifiziert sowie professionell begleitet und unterstützt werden;
 - bessere Bedingungen für die Arbeit vor allem ambulanter Hospizdienste. Die Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist zu verbessern (§ 39a SGB V). Dadurch soll eine verlässliche Finanzierung der Dienste auch in der Entstehungsphase und die bessere Wahrnehmung bisher nicht bzw. unterfinanzierter Aufgaben, etwa der Trauerbegleitung, sichergestellt werden;
 3. die Palliativ- und Hospizversorgung bedarfsgerecht auszubauen, um eine hochwertige Versorgung „aus einer Hand“ zu erreichen, u. a. durch
 - den deutlichen Ausbau der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV), um allen schwerkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten der Zugang zu einer umfassenden Palliativversorgung zu ermöglichen. Die AAPV muss der bereits bestehenden Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gleichwertig sein. Zudem

sollte die Bundesregierung darauf hinwirken, dass alle privat krankenversicherten Personen eindeutige Ansprüche auf Leistungen der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung erhalten können;

- das nachdrückliche Einwirken auf die gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer, weitere Verträge zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) abzuschließen, insbesondere zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen;
 - eine weitere Liberalisierung der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen, so dass eine bedarfsgerechte und möglichst unbürokratische Versorgung mit Schmerzmitteln ermöglicht wird;
 - die Schaffung wirksamer Anreize zur besseren Vernetzung und Kooperation der verschiedenen professionellen wie ehrenamtlichen Akteure im ambulanten wie stationären Sektor, um eine gute Versorgung „aus einer Hand“ zu erreichen;
 - die bessere Unterstützung stationärer Hospize, zum Beispiel mit einer Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschusses von derzeit 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und durch verbindliche Vereinbarungen zu Leistung und Qualität, insbesondere zu angemessenen Personalschlüsseln;
 - die Entwicklung regionaler Bedarfsanalysen gemeinsam mit Ländern und Kommunen, anhand derer die vorhandenen aber auch fehlenden Angebote für eine flächendeckende ambulante und (teil-)stationäre palliativ-hospizliche Versorgung einer Region ermittelt und Verabredungen zur Schließung von Versorgungslücken getroffen werden. Dazu sollte die Auflegung eines Förderprogramms zur gezielten Bezuschussung des Aufbaus der erforderlichen Angebote geprüft werden;
4. die Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu verbessern, u. a. durch
- ein gemeinsam mit den Ländern zu entwickelndes Konzept zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel ist die Etablierung einer palliativ-hospizlichen Kultur, ebenso wie die Verbesserung der Kooperation und Vernetzung mit den örtlichen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung, z. B. ambulanten Hospizdiensten oder SAPV-Teams;
 - die zügige Schaffung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente für stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser. Dabei sind auch die Anforderungen an eine palliativ-hospizliche Versorgung explizit zu berücksichtigen und dafür ein entsprechend höherer Personalbedarf auszuweisen. Bis zur Einführung solcher Instrumente wird stationären Pflegeeinrichtungen ein Vergütungszuschlag gewährt, sofern sie einen durch palliative Aufwendungen bedingten erhöhten Versorgungsaufwand nachweisen können;
 - wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der mangelhaften (fach-)ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu sind die bestehenden, weitgehend wirkungslosen Regelungen zur Kooperation von niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten und Pflegeeinrichtungen v. a. nach § 119b SGB V auf die Ursachen ihrer Unwirksamkeit hin zu prüfen und entsprechend anzupassen, z. B. durch einen Vergütungszuschlag sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die Pflegeeinrichtungen;

5. die Forschung in diesem Bereich stärker zu fördern und Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung gezielt zu unterstützen, u. a. durch
- die Entwicklung einer Forschungsagenda für die Palliativversorgung, die mit einer deutlichen Ausweitung der Förderung insbesondere der interdisziplinären Palliativversorgungsforschung und der Schaffung einer hinreichenden Datenbasis zum Status Quo der palliativ-hospizlichen Versorgungsangebote in Deutschland verbunden sein soll. An der Entwicklung der Forschungsagenda werden Betroffene, Angehörige und Akteure aus der Praxis beteiligt. Um die gewonnenen Forschungserkenntnisse schneller in den Versorgungsalltag zu überführen, muss die Forschungsagenda auch ein Förderprogramm für den Praxis-Transfer vorsehen. Das Ziel ist eine auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Palliativversorgung;
 - gemeinsam mit den Ländern zu ergreifende Maßnahmen gegen die weiterhin unzureichende Berücksichtigung von Palliative Care in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe, für den Aufbau weiterer Lehrstühle zur Palliativversorgung an deutschen Hochschulen und ein Förderprogramm zum leichteren berufs begleitenden Erwerb entsprechender Kompetenzen.

Berlin, den 24. März 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Aus zahlreichen Umfragen wissen wir, dass sehr viele Menschen ihrem Altern, Lebensende und Sterben mit großen Sorgen und vor allem Ängsten entgegensehen. Nach den Gründen gefragt, nennen sie vor allem die konkreten Bedingungen, unter denen Schwerkranke und Sterbende in unserer Gesellschaft leben. Sie haben Angst davor,

- einsam in einem Krankenhaus oder Pflegeheim und nicht zu Hause die letzte Lebensphase verbringen und sterben zu müssen,
- Angehörigen, pflegerischem/medizinischem Personal oder gleichsam der ganzen Gesellschaft zur Last zu fallen – sowohl durch die direkte Pflege als auch durch die entstehenden Kosten der Pflege,
- durch eine schwere Erkrankung sozial isoliert zu werden,
- zunehmend abhängig von der Hilfe anderer zu werden,
- Schmerzen zu haben, die nicht ausreichend gelindert werden (können),
- dass die Entscheidung gegen den Einsatz oder gegen die Weiterführung des Einsatzes medizinischer Apparate missachtet oder nicht durchgesetzt wird,
- dass eine Therapie oder auch eine ambulante Pflege nicht bezahlt wird, auch wenn diese die Situationen verbessern würde.

Diese Ängste nehmen wir ernst, auch wenn manche unbegründet sein mögen. So darf man durchaus feststellen, dass sich die Palliativ- und Hospizversorgung in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt hat. In der 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages hat die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ebenfalls einen Antrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Versorgung Schwerkranker und Sterbender eingebracht (vgl. Bundestagsdrucksache 16/9442 „Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranke

und Sterbende schaffen“, 04.06.2008). Einige der darin formulierten Forderungen sind inzwischen umgesetzt, etwa die Verankerung der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium. Positiv zu bewerten ist auch die Einführung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als fester Leistungsbestandteil in die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2007 (§ 37b SGB V), wenngleich ihre Umsetzung v. a. in strukturschwachen Regionen teilweise sehr schleppend voranschreitet und eine Weiterentwicklung und ausreichende Finanzierung in fast allen Bundesländern dringend angezeigt ist. Positiv zu erwähnen ist auch der Prozess der Formulierung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, die bis zum Jahr 2016 zu einer nationalen Strategie weiterentwickelt werden soll oder das im Jahr 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit begründete „Forum Hospiz- und Palliativversorgung“.

Dennoch bleiben diese Fortschritte vor allem im ambulanten Bereich unzureichend und viele formulierte berechnete Forderungen und Empfehlungen haben den Weg vom Papier in die Versorgungspraxis noch nicht geschafft. Des Weiteren konzentriert sich die Palliativ- und Hospizversorgung häufig auf Menschen mit Krebserkrankungen. Die erhöhten Bedarfe hingegen bei anderen chronischen unheilbaren und lebenslimitierenden Erkrankungen, bei Menschen mit Migrationshintergrund, bei hochbetagten, mehrfacherkrankten PatientInnen, bei Menschen mit Behinderungen, bei wohnungslosen Menschen und/oder bei BewohnerInnen von stationären Pflegeeinrichtungen werden bei Weitem nicht gedeckt, zum Teil nicht einmal diskutiert. Das betrifft auch die Bedürfnisse und Bedarfe der Angehörigen Schwerstkranker und Sterbender nach Angeboten der Unterstützung und Begleitung während der Erkrankung und in der Phase der Trauer. Hinzu kommt, dass die Leistungsangebote regional sehr unterschiedlich, in ländlichen bzw. strukturschwachen Regionen sehr schwach ausgeprägt sind. Auch eine aktuelle Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und der Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften vom Februar 2015 kommt zu dem Schluss, dass die Palliativversorgung in Deutschland sich im internationalen Vergleich nur im Mittelfeld bewege („Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung“).

Neben dem eigentlichen Angebot der Palliativ- und Hospizversorgung sind für die Erwartung eines menschenwürdigen Lebensendes aber auch die Bedingungen in unserem Gesundheits- und Pflegesystem von erheblicher Bedeutung. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass viele Menschen mit unserem System der pflegerischen Versorgung häufig die Angst vor Fremdbestimmung und Verlust der Menschenwürde assoziieren. Auch im Gesundheitswesen empfinden sich noch immer viele Menschen eher als Objekt einer Behandlung denn als gleichberechtigtes, souverän handelndes Subjekt. Grundlegende pflegepolitische Reformen stehen weiterhin aus. So ist beispielsweise ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der für die gleichberechtigte Erfassung und Berücksichtigung pflegerischer Bedarfe aufgrund körperlicher, geistiger oder psychischer Einschränkungen in der sozialen Pflegeversicherung sorgen soll, zwar angekündigt, aber immer noch nicht eingeführt worden. Die in den letzten Jahren geschaffenen Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, etwa das jüngst reformierte Familienpflegezeitgesetz, sind allenfalls erste Schritte. Leider gehen sie im Wesentlichen an den Bedürfnissen und an der Lebenswirklichkeit der meisten Menschen vorbei. Auch bei der Verankerung wirkungsvoller PatientInnenrechte stecken wir noch in den Kinderschuhen.

Nicht zuletzt müssen wir bei der Entwicklung besserer Versorgungsangebote und Rahmenbedingungen berücksichtigen, dass sich in den letzten Jahrzehnten unser gesellschaftliches Zusammenleben und damit auch unser Umgang mit Sterben und Tod massiv verändert haben. Unter anderem bedingt durch die beruflich geforderte Mobilität leben Familien immer seltener am selben Ort. Dennoch möchte die Mehrheit der Bevölkerung im Kreise naher Bezugspersonen und in ihrem vertrauten Lebensumfeld sterben. Doch etwa 80 Prozent der Menschen in Deutschland sterben in Kliniken oder stationären Pflegeeinrichtungen, oft ohne Beistand. Die stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen können die – sehr personalintensiven – Erwartungen etwa des psychosozialen, spirituellen und seelischen Beistands oft nicht erfüllen. Verbunden mit dem medizintechnischen Fortschritt, der den Prozess des Sterbens verändert hat, hat diese Entwicklung mit dafür gesorgt, dass die Angst vor Abhängigkeit und Fremdbestimmung bei schwerer Krankheit wächst.

All diese Faktoren verdeutlichen, wie notwendig und dringlich Verbesserungen der Versorgungsangebote und der personellen Ausstattung etwa in Pflegeeinrichtungen oder Kliniken sind. Es bedarf einer grundlegenden gesellschaftlich-kulturellen Bewusstwerdung und Verständigung darüber, wie wir uns in einer sich so verändernden Gesellschaft ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Lebensende vorstellen und für alle Menschen realisieren können.

Wir brauchen eine Versorgung, die sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen, aber auch an den Wertvorstellungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen orientiert. Das Ziel der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden muss sein, die Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern. Für die Politik ergibt sich daraus dringender Handlungsbedarf in unterschiedlichen Feldern, um eine Versorgungsstruktur zu befördern, die den sterbenden Menschen und seine Bezugspersonen konsequent in den Mittelpunkt stellt. Ziel ist es, bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende zu garantieren.

Zu den Forderungen im Einzelnen:

Zu Nummer 1 – Information, Beratung

Trotz der unbestrittenen Fortschritte der letzten Jahre sind einem großen Teil der Bevölkerung viele der bereits bestehenden und verbesserten Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung zu wenig oder gar nicht bekannt. Dies gilt auch für gut versorgte Regionen. Selbst bei vielen in Gesundheits- oder Pflegeberufen tätigen Personen gibt es zahlreiche Wissenslücken, etwa wenn es darum geht, Patientinnen und Patienten über entsprechende Angebote insb. außerhalb ihrer eigenen Einrichtung zu informieren, darüber zu beraten und/oder diese zu vermitteln. Erhebungen indes zeigen, dass die Mehrzahl der Menschen, die zunächst für die aktive Sterbehilfe plädieren, – sowohl im individuellen Krankheitsfall als auch in „abstrakten“ Umfragesituationen – von ihrer Haltung abrückt, wenn sie umfassend über die bestehenden Möglichkeiten der Sterbebegleitung im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativmedizin, Schmerztherapie und Symptomkontrolle aufgeklärt wird. Unmittelbare Todes- und Sterbewünsche schwerstkranker Menschen können so häufig aufgefangen werden, so dass eine gute Palliativversorgung immer auch Elemente einer wirkungsvollen Suizidprävention in sich trägt.

Deshalb müssen wir massiv und stärker als bisher in die Beratung über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung investieren. Die Betroffenen und ihre Angehörigen brauchen eine bessere – möglichst niedrigschwellige und aufsuchende – Beratung, Begleitung und Unterstützung über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung. Dabei müssen insbesondere auch die Angehörigen mit ihren oftmals vernachlässigten Belastungen und Unterstützungsbedarfen stärker in den Blick genommen werden. So muss künftig stärker bedacht werden, dass vor allem die hospizliche Arbeit nicht mit dem Tode eines Menschen endet. Angehörige bedürfen auch über den Tod des Patienten/der Patientin hinaus Angebote der Trauerbegleitung beispielsweise auch bei Tot- und Fehlgeburten. Solche Angebote und Strukturen müssen zumindest für einen begrenzten Zeitraum auch über den Tod der Patientin/des Patienten hinaus zur weiteren Begleitung der Angehörigen stärker als bisher gefördert werden, z. B. über die Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V. Geprüft werden sollte auch, ob – nicht zuletzt auch in präventiver Hinsicht – ggf. diese besonderen Belange der Angehörigen von sterbenden bzw. verstorbenen PatientInnen auch in § 39a SGB V (stationäre und ambulante Hospizleistungen) berücksichtigt werden sollten.

Darüber hinaus brauchen Angehörige von sterbenden und/oder pflegebedürftigen Menschen weiterhin wirksame Verbesserungen zur Vereinbarkeit von Sterbebegleitung und Pflege mit Familie und Beruf. Die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten etwa im jüngst reformierten Familienpflegezeitgesetz (FPZ) und Pflegezeitgesetz (PZG) sind allenfalls erste Schritte und bei Weitem nicht ausreichend. So werden die drei Monate, für die sich ein Beschäftigter zur Begleitung eines nahen Angehörigen in der Sterbephase ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen kann, auf die Höchstdauer der kombinierbaren Freistellungen nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz von 24 Monaten angerechnet anstatt anrechnungsfrei zu bleiben. Da bei vielen Pflegeverläufen gar nicht vorhersehbar ist, ob und wann jemand stirbt, geht diese Regelung vollständig an der Lebensrealität der Menschen vorbei.

Die Beratung zu Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung sollte gezielt ausgebaut und unterstützt werden. Das in den Eckpunkten der Regierungskoalition zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung (11/2014) vorgesehene Konzept für ein „regelhaftes Beratungsangebot zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen“ bildet dabei nur eine Facette des Beratungsbedarfs ab und sollte im Übrigen nicht nur in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern in allen Sektoren gestärkt werden. Die Beratung, Unterstützung und Begleitung muss insgesamt ein breites Gebiet von möglichen Versorgungsangeboten bis hin zu – oftmals sehr komplexen – Fragen des Sozialrechts abdecken. Dazu müssen bestehende Angebote, wie etwa die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bzw. die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI ausgebaut und finanziell mehr unterstützt, in Fragen der Palliativ- und Hospizversorgung besser qualifiziert und vor allem die Strukturen der Pflegeberatung konzeptionell deutlich weiterentwickelt werden, um eine fachlich hochwertige und neutrale Beratung sicherzustellen.

Es empfiehlt sich künftig vor allem in komplexen und/oder länger andauernden Versorgungskonstellationen die Orientierung am Konzept des Case Management (Fall-, Assistenzmanagement), wie es die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schon seit vielen Jahren auch für den Pflegebereich fordert. Dies kann aber auch die Unterstützung bei der Versorgung Sterbender umfassen. Denn ohne ein hohes Maß an Unterstützung, Begleitung der Betroffenen, aber auch der professionellen Koordination des Versorgungsprozesses, kann auch eine gute Palliativversorgung nicht gelingen.

Deshalb sollten alle Versicherten einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung, Aufklärung, Unterstützung und Begleitung durch ein unabhängiges Case Management (Fallmanagement) erhalten, das auch bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Anwendung finden kann. Ziel ist die möglichst individuelle Abstimmung, Bündelung und Koordination von Leistungen für die Betroffenen vor allem in längerfristigen Pflege- und Behandlungssituationen.

Pflegebedürftigen, aber auch Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Bezugspersonen fehlt oftmals die Orientierung, die notwendig ist, um eine gelingende und tragfähige Versorgungssituation zu schaffen. Dazu brauchen sie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die ihnen fachlich qualifiziert mit Rat und Tat zur Seite stehen. Besonders in fragilen Lebenssituationen, wie etwa bei Pflegebedürftigkeit oder in der Versorgung in der letzten Lebensphase, brauchen die Betroffenen einen Anspruch auf niedrigschwellige, verlässliche und vertrauenswürdige Beratung und Begleitung. Deshalb muss beides dem Grundsatz der Neutralität und Unabhängigkeit folgen.

Das Case Management ist eine begleitende und beratende Instanz, die quasi anwaltschaftlich und in enger Abstimmung mit ihren „Mandantinnen und Mandanten“ Unterstützung bei der Auswahl, Bündelung und Koordination der notwendigen pflegerischen Leistungen ermöglicht. Diese Instanz muss zwingend unabhängig sein und unterstützt auf der Grundlage des erfassten und individuellen Bedarfs des Einzelfalls. Damit wird für ein hohes Maß an Versorgungskontinuität und -qualität sowie für die Wahrung der Rechte der Betroffenen gesorgt. Entscheidend ist, dass das Case Management qualitätsgesichert erfolgt, eine gezielte Aus- oder Weiterbildung erfordert und Leitlinien folgt, wie sie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management formuliert hat. Damit die Fallmanagerinnen/-manager tatsächlich vernetzend und verzahrend Leistungsangebote bündeln und koordinieren können, benötigen sie eine regionale Versorgungsstruktur, in die alle an der Versorgung beteiligten Akteure verpflichtend und gleichberechtigt eingebunden sind. Ohne diese Verpflichtung zur hierarchiefreien Kooperation und Kommunikation bleibt das Einzelfallmanagement wirkungslos. Erst durch die Einbeziehung aller regional tätigen Akteure im Feld der Pflege und den angrenzenden Bereichen, kann die Pflege- und Altenhilfeinfrastruktur sinnvoll und nutzerorientiert weiterentwickelt werden. Die Anbindung der allgemeinen und individuellen Beratung an einen einzelnen Träger konterkariert die originären Ziele von Beratung und Verbraucherschutz. Nicht zuletzt befördert eine solche einseitige Anbindung die Gefahr der Zerschlagung bestehender Strukturen bzw. den Aufbau von Doppelstrukturen.

Neben der Verbesserung der individuellen Beratung und Begleitung muss auch die allgemeine öffentliche Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung massiv ausgebaut werden. Auch das wird dazu beitragen, Sterben und Tod insgesamt weiter zu enttabuisieren und einen selbstverständlicheren gesellschaftlichen Umgang damit zu ermöglichen. Einen möglichen Ansatzpunkt liefert beispielsweise das Projekt „Hospiz macht Schule“, das 2005 von der Hospizbewegung in Düren (NRW) entwickelt wurde und inzwischen vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) koordiniert wird. Das Projekt richtet sich gezielt an GrundschülerInnen der 3. und 4. Klasse, die im Rahmen einer fünftägigen Projektwoche behutsam an das Thema Sterben und Tod herangeführt werden.

Zu Nummer 2 – Bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt

Die Hospizbewegung hat ihren Ursprung im Engagement bürgerschaftlich Engagierter. Diese Wurzeln gilt es nicht nur aus ideellen Gründen zu bewahren. Die starke Einbindung freiwilliger und ehrenamtlich Tätiger ist Ausdruck der Verankerung eines menschenwürdigen Lebensendes und Sterbens in der Mitte der Gesellschaft statt der einseitigen Delegation an professionelle Institutionen. Laut der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ sind heute rund 80.000 freiwillige und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hospizbewegung aktiv. Dieses Potenzial gilt es zu erhalten und auszubauen. Auch aus diesem Grunde ist eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit zu diesen Themen sinnvoll (s. o.).

Besonders in der Zusammenarbeit verschiedener – professioneller wie ehrenamtlicher – Akteure liegt ein wesentliches Element einer guten Palliativ- und Hospizversorgung. In vielen Bereichen funktioniert diese Zusammenarbeit jedoch nur sehr mangelhaft. So ist etwa in vielen stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern die

Einbindung freiwilliger und ehrenamtlicher MitarbeiterInnen bspw. von ambulanten Hospizdiensten immer noch viel zu wenig verbreitet oder wird in einzelnen Einrichtungen gar abgelehnt. Für eine verbesserte Kooperation liefert beispielsweise das Konzept zur „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen Anregungen. Das Konzept sieht vor, Pflegeeinrichtungen konkret bei der Umsetzung einer verbesserten Palliativversorgung, so auch einer verstärkten Kooperation mit den jeweilig örtlichen Akteuren der Palliativ- und Hospizversorgung, z. B. ambulanten Hospizdiensten oder SAPV-Teams, zu unterstützen. Dazu stehen den Einrichtungen u. a. die „ALPHA“-Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung zur Verfügung. Es sollte ernsthaft erwogen werden, solche Stellen in allen Bundesländern aufzubauen. Die Bundesregierung sollte gemeinsam mit den Ländern mögliche Fördermechanismen erörtern und prüfen.

Es sollten Maßnahmen zur besseren Unterstützung des freiwilligen Engagements in der Palliativ- und Hospizversorgung ergriffen werden. Dazu sollten verbesserte Anreize zur Wahrnehmung freiwilliger und ehrenamtlicher Aufgaben zählen, z. B. über bessere Rahmenbedingungen für das Engagement. Freiwillige und Ehrenamtliche müssen zudem ausreichend qualifiziert und in ihrer Tätigkeit professionell begleitet werden, um bspw. in Krisensituationen handlungsfähig zu bleiben und weder sich, noch die Sterbenden und deren Angehörige zu überfordern und adäquat begleiten zu können. Nur so kann eine langfristig befriedigende und nicht überfordernde Einbeziehung freiwillig Tätiger gelingen.

Die Bundesregierung sollte zudem prüfen, inwieweit künftig von Freiwilligen erbrachte Hospizdienste auch in Krankenhäusern besser unterstützt und gefördert werden können, vor allem auf Grundlage von § 39a SGB V (stationäre und ambulante Hospizleistungen).

Insgesamt gilt es, auf die Ausgestaltung förderlicher Rahmenbedingungen vor allem für die ambulanten Hospizdienste zu achten. Auch hier ist insbesondere § 39a SGB V angesprochen, der die Grundlage zur Förderung stationärer wie ambulanter Hospizleistungen darstellt. Im Einzelnen sind die Förderbedingungen in entsprechenden Rahmenvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart. Die darin vereinbarten Anforderungen an die Hospizdienste sind zum Teil recht anspruchsvoll. So ist ein Hospizdienst bspw. erst förderfähig, wenn er seit mindestens 1 Jahr besteht und Sterbebegleitungen geleistet hat. Zudem werden die Kosten nur rückwirkend erstattet, was zur Bezahlung der MitarbeiterInnen die Vorhaltung entsprechender Reserven verlangt. Insbesondere die Kostenträger sollten also bei den Rahmenvereinbarungen auf angemessene Bedingungen für die Hospizdienste – insbesondere kleiner Träger – achten, zumal diese entscheidend dazu beitragen, ein Sterben oder zumindest eine möglichst lange und damit auch kostengünstigere Versorgung zuhause zu ermöglichen.

Zu Nummer 3 – Leistungsangebot und -ansprüche

Die Einführung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als fester Rechtsanspruch in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2007 (§ 37b, §132d SGB V) war zweifellos ein Fortschritt. Die Umsetzung schreitet von Jahr zu Jahr zwar voran, doch ist sie regional extrem unterschiedlich ausgeprägt. Von einer flächendeckenden Umsetzung sind wir weiterhin weit entfernt. Insbesondere die Umsetzung der SAPV für Kinder und Jugendliche ist schlecht. Es ist daher weiterhin mit Nachdruck gegenüber den Kostenträgern und Leistungserbringern darauf hinzuwirken, dass diese zügig zu weiteren Vertragsabschlüssen kommen, um schnellstmöglich das Ziel einer flächendeckenden Versorgung zu erreichen.

Daneben stellt sich verstärkt die Frage nach einer Weiterentwicklung der ambulanten Palliativversorgung insgesamt. So mehren sich die sinnvollen Forderungen aus der Fachwelt, die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) eindeutig und klar definiert in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Die leistungsrechtliche Konzentration allein auf spezialisierte Behandlungsfälle ist nicht nachvollziehbar, führt sie doch zu einer kaum gewollten Benachteiligung allgemeiner Behandlungsfälle, die keiner spezialisierten Versorgung bedürfen. Mit der Einführung der SAPV vor Verankerung der AAPV wurde gewissermaßen das Dach gezimmert, bevor das Haus gebaut war. Dadurch kommt es in der Praxis bei PatientInnen auch immer wieder zu Abgrenzungsproblemen zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung. Diese Trennung, die zwar rechtlich seit Einführung der SAPV existiert, ist aber medizinisch-fachlich nur bedingt sinnvoll und kaum praktikabel und führt zum Teil dazu, dass PatientInnen, die eine AAPV brauchen, tendenziell unterversorgt bleiben oder vorschnell im Bereich der SAPV versorgt werden, obwohl dies (noch) nicht notwendig ist.

Die Verankerung bzw. Stärkung der AAPV ist dabei im Detail auf untergesetzlicher Ebene möglich. Die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sollte aber vom Gesetzgeber eindeutig damit beauftragt werden, bspw. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung neben den bereits bestehenden zusätzliche Leistungen zu

vereinbaren, die geeignet sind, die AAPV weiter zu befördern. Es ist dabei zu prüfen, inwieweit die Erbringung und Abrechnung solcher ärztlicher Zusatzleistungen an bestimmte Qualifikationen, z. B. eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, und an die Kooperation etwa mit ambulanten Hospizdiensten gebunden sein sollte. Insgesamt muss in der Palliativversorgung ein der jeweiligen Versorgungsstufe angemessen hohes Qualifikationsniveau der Akteure gesichert sein.

Zudem müssen Kernelemente der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung dringend zum festen Bestandteil der häuslichen Krankenpflege (HKP, § 37 SGB V) werden. Die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege muss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend angepasst, erweitert und überarbeitet werden. In diesem Zusammenhang muss man allerdings auch darauf hinweisen, dass die Kostenträger die Bewilligung der HKP seit Jahren sehr restriktiv handhaben. Im Sinne einer stärker nutzerorientierten, aber potenziell auch kosteneffizienteren Versorgung (z. B. durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte) sollte man auf die Kostenträger einwirken, dass sie zu einer sachbezogenen Bewilligungspraxis zurückkehren.

Ziel muss insgesamt sein, eine Palliativversorgung „aus einer Hand“ zu erreichen, in der die verschiedenen Hilfen, etwa von der (fach-)ärztlichen und pflegerischen Versorgung, der psychosozialen Betreuung, über die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln bis zu ehrenamtlichen Unterstützungsleistungen, gut koordiniert sind und ineinandergreifen. Zur weiteren Überprüfung der Umsetzung der SAPV wie auch der AAPV sollten auf absehbare Zeit auch weiterhin jährliche Berichte des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgelegt werden. Zumindest bei den SAPV-Berichten sollte dabei erwogen werden, die befragten Kostenträger und Leistungserbringer zur Teilnahme an der Befragung zu verpflichten, um aussagekräftige und vergleichbare Daten vom Umsetzungsstand zu erhalten.

Bei der Weiterentwicklung und Stärkung der AAPV ist darauf zu achten, dass bestehende Sondervereinbarungen der Versorgung nicht beeinträchtigt oder gar verhindert werden. So wurde bspw. in 2009 die „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ zwischen den Kostenträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung in der Region Westfalen-Lippe geschlossen. Die Vereinbarung zielt im Kern vor allem auf das Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten, qualifizierten Pflegediensten und sog. Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD). In den PKD sind speziell qualifizierte PalliativmedizinerInnen tätig. Unter anderem unterstützen sie die Haus- und FachärztInnen bei der Behandlung, beraten diese und nehmen auch an der Behandlung teil. Zudem bieten sie eine 24stündige Rufbereitschaft an. Bei diesem Modell wird nicht formell zwischen AAPV und SAPV unterschieden, die PatientInnen werden vielmehr entlang fließender Übergänge behandelt. Abgrenzungsprobleme entfallen damit, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure wird erleichtert.

Ein wenig diskutiertes und bekanntes Problem ist die Benachteiligung einzelner Privatversicherter bei der Hospiz- und Palliativversorgung. Der überwiegende Teil der privat Krankenversicherten in Deutschland erhält die Erstattungen für Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung, die auch gesetzlich Versicherte erhalten. Dies ist jedoch in sehr vielen Fällen in den Versicherungsverträgen nicht eindeutig geregelt und geschieht seitens der Versicherungsunternehmen oftmals noch auf dem Kulanzwege. Besonders zutage tritt dies zum Beispiel bei der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Während diese im so genannten Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) abgedeckt ist, ist dies im sog. Standardtarif nicht der Fall. Der Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013 zitiert zahlreiche Rückmeldungen von Leistungserbringern, die den nicht vorhandenen oder ungeklärten Versicherungsschutz von Privatpatienten beklagen. Zwar wurde jüngst ein Vertrag zwischen den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen und dem PKV-Verband über die Förderung der ambulanten Hospizarbeit geschlossen. Dieser bezieht sich aber ausschließlich auf die Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a SGB V und der entsprechenden Leistungen der Dienste für Privatversicherte. Das ist zweifellos ein Fortschritt, löst aber die angesprochene Problematik nur sehr bedingt.

Deswegen sollte die Bundesregierung darauf hinwirken, dass alle privat krankenversicherten Personen eindeutige Ansprüche auf Leistungen der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung erhalten können, sofern sie dies wünschen. Eine Lösung könnte bspw. darin bestehen, dass in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif ein Anspruch auf Leistungen der ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizversorgung aufgenommen wird. Die perspektivisch sinnvollste Lösung indes besteht in der Einführung der solidarischen Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. In dieser wären alle Bürgerinnen und Bürger unter Einbeziehung aller Einkunftsarten und bei Gewährung eines einheitlichen Leistungskataloges versichert.

Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist nicht für alle stationären Hospize ohne Weiteres möglich. Deswegen sollte der kalendertägliche Mindestzuschuss für Versicherte in stationären Hospizen (§ 39a SGB V) von derzeit 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erhöht werden. Hingewiesen wird von Hospiz- und Palliativverbänden immer wieder aber auch darauf, dass in den Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V unzureichende Festlegungen zur Vergütung der tatsächlich entstandenen Kosten in stationären Hospizen getroffen werden, etwa durch angemessene Personalschlüssel. Kostenträger und Leistungserbringer sollten diesbezüglich zu angemessenen Vereinbarungen zu Leistung und Qualität finden. Geprüft werden sollte auch, den zu tragenden Anteil der Krankenkassen an den zuschussfähigen Kosten bei allen stationären Hospizen von derzeit 90 auf bspw. 95 Prozent zu erhöhen. Es ist aber durchaus auch auf Seiten von Hospizträgern umstritten, ob dies sinnvoll ist. Dies sollte daher sorgfältig erwogen werden. Das Ehrenamt ist elementarer, konstitutiver Bestandteil der Hospizarbeit. Dieses gilt es zu erhalten, was durch einen durch Spenden zu erbringenden Finanzierungsanteil auch weiterhin gesichert wäre.

Für ein gutes, flächendeckendes Versorgungsangebot bedarf es neben einer entsprechenden sozialrechtlichen Grundlage und einer gesicherten Finanzierung auch verlässlicher Daten über die erforderlichen Bedarfe in den verschiedenen Regionen (s. u. auch Forschung). Während in der Fachwelt Konsens besteht, dass vor allem die ambulante Hospiz- und Palliativversorgung und die entsprechenden Strukturen nicht annähernd bedarfsgerecht ausgestaltet sind, ist dies etwa für die stationären Hospize durchaus umstritten. Es herrscht also dringender Bedarf, regionale Bedarfsanalysen zu erstellen, aus denen die notwendigen, noch nicht vorhandenen Versorgungsangebote und Strukturen um ambulanten, teilstationären und/oder stationären Bereich hervorgehen. Sofern bei solchen Analysen Bedarfslücken zutage treten, sollten Fördermechanismen zur Verfügung stehen, die den Aufbau entsprechender Angebote und Strukturen zügig mit Zuschüssen unterstützen. Es sollte daher geprüft werden, ob und wie ein solches Förder- oder Investitionsprogramm aufgelegt und finanziert werden könnte.

Nicht zuletzt müssen weiterhin bestehende Hürden bei der bedarfsgerechten Versorgung von SchmerzpatientInnen abgebaut werden. Es sollte daher dringend eine weitere Liberalisierung der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen erfolgen, um eine bedarfsgerechte und möglichst unbürokratische Versorgung mit Schmerzmitteln zu ermöglichen.

Zu Nummer 4 – Stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser

Ein unterschätztes Problem ist die oftmals unzureichende Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. So stellt etwa der vierte, Anfang 2015 veröffentlichte MDS-Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege nach § 114a SGB XI fest, dass bei einem Fünftel aller HeimbewohnerInnen eine unzureichende bis gar keine Schmerzeinschätzung und damit eine unzureichende Schmerzbehandlung stattfindet. Im ambulanten Bereich sei dies sogar bei jeder/jedem Dritten der Fall. Hier besteht also dringender Handlungsbedarf.

Auch die BAGFW weist darauf hin, dass stationäre Pflegeeinrichtungen „sich im hospizlich-palliativen Sinne weiterentwickeln“ müssen (BAGFW 2014). Pflegeheime werden zunehmend zu Orten, in denen Menschen ihre letzten Lebensmonate verbringen und sterben. 850.000 Menschen sterben pro Jahr in Deutschland. 50 Prozent dieser Menschen sterben in Krankenhäusern und etwa 40 Prozent in Pflegeheimen. Oft beziehen sie ein Heim erst dann, wenn sie schon in einem Zustand starker Mehrfacherkrankungen und/oder Demenz sind. Sie haben zumeist über einen langen Zeitraum und nicht nur in der allerletzten Lebens- und Sterbephase einen hohen Bedarf an einer guten (ambulanten) Palliativversorgung. Darauf sind viele stationäre Einrichtungen noch nicht ausreichend eingestellt, auch das öffentliche Bewusstsein dafür fehlt noch. Die kürzlich präsentierte Studie zum „Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Wolfgang George (Hg.), Gießen, 2014) kommt zu dem Ergebnis, dass die Versorgung Sterbender in Pflegeheimen oftmals unzureichend sei. Zugleich ist Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen bspw. die Möglichkeit, in einem stationären Hospiz zu sterben, faktisch so gut wie verschlossen. In der entsprechenden Rahmenvereinbarung der Kostenträger und Leistungserbringer über die stationäre Hospizversorgung heißt es: „Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden.“ Dies unterstreicht, wie dringend erforderlich es ist, stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Wahrnehmung ihrer genuinen Aufgabe einer hochwertigen Sterbebegleitung zu unterstützen.

Es zeigt sich des Weiteren ein erhöhter Informationsbedarf nicht nur in der Bevölkerung und bei den Versicherten und PatientInnen. Auch bei Einrichtungen und Gesundheitsberufen zeigen sich z. T. weitgehende Informationslücken über bereits bestehende Angebote und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung. So kommt etwa die SAPV in stationären Pflegeeinrichtungen bisher kaum zur Anwendung. Hinzu kommt, dass die Kooperation verschiedener Akteure in der gesundheitlichen wie pflegerischen Versorgung noch immer eher die Ausnahme als

die Regel ist. Noch deutlicher tritt dies bei der Kooperation verschiedener Sektoren zutage, in diesem Falle stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Versorgungsteams. Integration und Kooperation sind für eine gelingende und hochwertige Palliativversorgung jedoch unerlässlich. Die Möglichkeit aber auch Offenheit und Bereitschaft zur notwendigen Kooperation insbesondere von Seiten der stationären Einrichtungen mit ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Teams u. a. muss daher aktiv gefördert und unterstützt werden.

Insgesamt macht dies ein Vorgehen erforderlich, das an verschiedensten Stellschrauben ansetzt, die auch in den weiteren Forderungspunkten benannt werden. Es bedarf grundsätzlich einer übergeordneten Konzeption, die die Grundzüge der Unterstützung stationärer Pflegeeinrichtungen beschreibt. Auch hierzu sei auf das Konzept zur „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen verwiesen (s. o.).

Eine hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung ist – ebenso wie eine hochwertige pflegerische Versorgung – neben den Ansprüchen an eine spezifische Qualifikation sehr personalintensiv. Deshalb ist sowohl in der ambulanten wie stationären Pflege wie auch in der klinischen Versorgung und in stationären Hospizen die Bereitstellung und Finanzierung von ausreichend Personal von zentraler Bedeutung. Es müssen zügig wirksame Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege ergriffen werden. Die Qualifizierung der Gesundheitsberufe im Bereich der Palliativ- und Hospizkompetenzen muss grundlegend verbessert werden. Zudem müssen verlässliche Rahmenbedingungen für die Ausstattung der Einrichtungen und Dienste mit ausreichend Personal geschaffen werden.

Es müssen daher sowohl für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen wie auch für Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsinstrumente geschaffen werden, die es ermöglichen, die Anzahl der benötigten Pflegekräfte aus dem tatsächlichen Pflegebedarf der PatientInnen abzuleiten. Dabei müssen auch der besondere Aufwand der palliativen Versorgung ebenso wie der erhöhte Aufwand für kultursensible oder geschlechterspezifische Pflege berücksichtigt werden. Um eine angemessene Personalausstattung in der Pflege zu erreichen, ist eine bundeseinheitliche, verbindliche und nachvollziehbare Regelung zur Personalbemessung notwendig.

In stationären Pflegeeinrichtungen sollte im Übergang bis zur abgeschlossenen Entwicklung und Einführung eines solchen Personalbemessungsinstruments erwogen werden, einen Vergütungszuschlag für erhöhte personelle Aufwendungen der palliativen Versorgung zu gewähren. Dieser Zuschlag könnte beispielweise als neuer § 87c SGB XI analog den Vergütungszuschlägen nach § 87b SGB XI ausgestaltet werden, die stationäre Einrichtungen für den erhöhten Betreuungsaufwand für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten, um damit zusätzliches Betreuungspersonal zu finanzieren.

Seit vielen Jahren wird zu Recht die mangelhafte (fach-)ärztliche ambulante Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen beklagt. Eine Verbesserung ist hier dringend notwendig, unter anderem um die weiterhin extrem hohe Zahl von – zumeist vermeidbaren, überflüssigen – Einweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen in Krankenhäuser in den Griff zu bekommen. Der Gesetzgeber hat in 2008 insofern darauf reagiert, dass er in § 119b SGB V stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet hat, einzeln oder auch gemeinsam Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Einrichtung hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Verträge zu vermitteln. Über sechs Jahre nach Einführung muss allerdings festgestellt werden, dass diese Neuregelung, von sehr wenigen Einzelfällen abgesehen, leider ins Leere läuft und keinerlei Wirkung zeigt.

Es muss daher mit intensiv daran gearbeitet werden, die ambulante ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dazu sollte die Bundesregierung zum einen intensiver die konkreten Ursachen des Scheiterns der rechtlichen Bestimmungen nach § 119b SGB V analysieren. Aus dieser Analyse resultierend muss zügig eine rechtliche Neuregelung angestrebt werden, die ein höheres Maß an Verbindlichkeit und stärkere Anreize der Vertragspartner zur Kooperation mit sich bringen muss. Denkbar wäre bspw. ein Vergütungszuschlag für die Pflegeeinrichtungen wie auch Vertragsärzte für den Mehraufwand für Koordination und Kooperation bei Abschluss eines entsprechenden Kooperationsvertrages. Diskutiert werden sollte des Weiteren, eine Verpflichtung der Kostenträger zur Beteiligung an entsprechenden Verträgen vorzusehen, wenn eine Einrichtung einen solchen abschließen möchte.

Zu Nummer 5 – Forschung

In ihrer Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung“ vom Februar 2015 stellen die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften erhebliche Defizite in der Palliativversorgung fest, die unter anderem in entsprechenden

Mängeln der hiesigen Forschung zur Palliativversorgung begründet seien. Im internationalen Vergleich liege Deutschland auf diesem Gebiet allenfalls im Mittelfeld, der Forschungsstand und die Datenlage werden insgesamt als unzureichend bewertet.

Die Leopoldina und die Union der Akademien sprechen sich daher in vier Empfehlungen für eine massive Aufwertung und Unterstützung insbesondere der interdisziplinären Palliativversorgungsforschung aus. Die Leopoldina und die Union der Akademien plädieren für die Entwicklung einer eigenständigen nationalen Palliativstrategie. Diese sollte unter anderem die Aufstellung einer Forschungsagenda für die Förderung spezifischer Methoden und Inhalte sowie der Strukturen interdisziplinärer Palliativversorgungsforschung beinhalten. Bei der Ausgestaltung einer Forschungsagenda ist die Einbindung der Betroffenen und ihrer Angehörigen unerlässlich.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung kommt in der Studie „DIE SITUATION VON HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVE CARE IN DEUTSCHLAND“ von 2014 außerdem zu dem Ergebnis, dass in Deutschland auch zu wenig wissenschaftliche Daten über den Status Quo der Versorgung vorliegen, also etwa dazu, wie viele, welche Versorgungsangebote in Deutschland existieren, wo diese angesiedelt sind etc. Deshalb sollten auch Mittel zur Erhebung solcher dringend benötigten Grundlagendaten zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesregierung sollte diese Empfehlungen ernsthaft prüfen und sich insbesondere für die Förderung der interdisziplinären Versorgungsforschung einsetzen und dies auch finanziell untermauern.

Eine hochwertige Palliativversorgung erfordert neben einer ausreichenden Personaldecke und einem hohen Maß an Kooperation nicht zuletzt eine hohe Qualifikation. Es muss sichergestellt sein, dass in den Versorgungsprozess AkteurInnen eingebunden sind, die über spezifische Kenntnisse zur Palliativversorgung verfügen, die etwa im Rahmen einer Weiterbildung zur Palliative Care vermittelt wurden.

Es müssen daher zum einen Fördermechanismen entwickelt werden, Angehörigen der Gesundheitsberufe, insbesondere ÄrztInnen und Pflegekräften, einen möglichst niedrigschwelligen, möglichst berufsbegleitenden Zugang zu solchen Weiterbildungen/Zusatzqualifikationen zu eröffnen. Dies gilt insbesondere in Versorgungssettings, die häufig mit der Betreuung sterbender Menschen konfrontiert sind, etwa stationäre Pflegeeinrichtungen.

Grundlegende Kompetenzen der Palliativ- und Hospizversorgung sollten allerdings bereits in der Ausbildung aller Gesundheits- und Pflegeberufe sowie Sozialberufe vermittelt werden, die in die Versorgung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen einbezogen sind. Neben Pflegekräften und ÄrztInnen sind dies bspw. auch PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SozialpädagogInnen oder ApothekerInnen. Die Ausbildungs- bzw. Studiencurricula der entsprechenden Berufe sollten deshalb darauf geprüft werden, ob die Palliativ- und Hospizversorgung in ausreichendem Maße und auf dem aktuellen Wissenstand beruhend berücksichtigt wird. Die Palliativmedizin ist zwar seit 2009 verpflichtender Bestandteil des Medizinstudiums. Das Fach ist jedoch noch von untergeordneter Bedeutung in der Lehre geblieben. Es sollte daher geprüft werden, inwieweit eindeutiger Bedingungen und Inhalte für die Vermittlung der Palliativmedizin im Medizinstudium formuliert werden sollten. An lediglich neun Universitäten wurden bisher Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet, die Mehrheit von ihnen Stiftungsprofessuren. Bund und Länder müssen geeignete Maßnahmen ergreifen, um die wissenschaftliche Pluralität und die Einrichtung weiterer Lehrstühle voranzutreiben.