



Einleitung

Das Eckpunktepapier von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe et al. begrüßen wir ausdrücklich. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen ist ein Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland möglich.

In der hier vorgelegten Stellungnahme möchte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Ergänzung zu diesem Eckpunktepapier weitere notwendige Maßnahmen in sechs übergeordneten Bereichen vorschlagen, in denen unterschiedliche Defizite und Blockaden derzeit noch eine angemessene Palliativversorgung verhindern.

Über alle Lebensalter ist der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen allgemeinen wie auch spezialisierten Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten. Jeder Mensch mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung muss im Bedarfsfall eine palliativmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen können. Neben tumorerkranken Patienten sind dies insbesondere Menschen mit internistischen, geriatrischen (incl. der Demenz) und neurologischen Erkrankungen. Die spezialisierte Palliativversorgung von Patienten (Kinder bis Hochbetagte) mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern erfordert eine besondere fachliche Qualifikation und kontinuierliche Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.

1. Anspruch auf Palliativversorgung

Die Umsetzung dieses Anspruchs erfordert insbesondere folgende Maßnahmen:

- Festschreibung des Anspruchs auf einen Zugang zur allgemeinen wie auch zur spezialisierten Palliativversorgung in allen Sektoren (ambulant und stationär) - als Erweiterung des schon bestehenden Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).
- bundesweite Vereinheitlichung der Vertragsstrukturen für SAPV.
- Leistungen der SAPV sollen auch uneingeschränkt für Patienten mit privater Krankenversicherung zur Verfügung stehen.
- Einrichtung eines multiprofessionellen Palliativdienstes in Krankenhäusern mit entsprechendem Bedarf (z.B. größer 250 Betten).
- Die im Fallpauschalensystem (DRG) verankerte Reduktion auf patientenindividuelle Leistungsanspruchnahme behindert die Entwicklung stationärer palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen. Wesentliche Kostenfaktoren einer palliativmedizinischen Behandlung und Begleitung fehlen im OPS-System und führen gegenwärtig zu einer systematischen Unterfinanzierung. Daher muss zur Sicherstellung der Finanzierung der stationären Palliativversorgung eine differenzierte Finanzierung von multiprofessionellen mobilen Palliativdiensten und Palliativstationen durch kostendeckende Abbildung im Fallpauschalensystem oder unabhängig von der bestehenden Fallpauschalensystematik ermöglicht werden.

2. Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung wie auch für die Rahmenplanung ist es dringend erforderlich, aussagekräftige und bundesweit gültige Zahlen zu den Grunderkrankungen, zur Versorgung am Lebensende und zum Sterbeort zentral zu sammeln und auszuwerten. Außerdem ist der Zugang zu einer hochwertigen Palliativversorgung sicherzustellen. Dies sollte gewährleistet werden durch:

- die Verpflichtung der SAPV-Teams, Palliativstationen und Palliativmedizinischen Dienste zur Qualitätssicherung, z.B. durch Teilnahme an einem Benchmarking, wie es das Nationale Hospiz- und Palliativregister der DGP vorsieht. Die Kosten der Dateneingabe sollten - auch für stationäre Hospize - durch die Kostenträger übernommen werden.
- die Institutionalisierung eines Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und jeder Pflegeeinrichtung, welcher dafür sorgt, dass jeder bedürftige Patient Zugang zu einer angemessenen Palliativversorgung erhält (entweder durch dafür ausgebildetes Personal des Krankenhauses / der Pflegeeinrichtung oder durch externe Partner), dass ehrenamtliche Begleitung angeboten wird und dass die allgemeine wie auch die spezialisierte Palliativversorgung mit hoher Qualität und unter Beachtung der Standards erbracht wird.

3. Multiprofessionalität

In der spezialisierten Palliativversorgung ist neben der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung des Patienten die Einbindung von Teammitgliedern aus weiteren Berufsgruppen essentiell, um Patienten und deren Angehörige in physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Belangen adäquat unterstützen zu können.

- Noch fehlt es an tragfähigen Konzepten, wie Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen oder Seelsorger strukturell in SAPV-Teams bzw. Palliativteams in Krankenhäusern zu verankern sind.

Die Lehre der Palliativmedizin gehört seit kurzem verpflichtend als eigenständiges Querschnittsfach zur universitären Ausbildung von Medizinstudierenden.

- Weitere Lehrstühle für Palliativmedizin und angrenzende Fachgebiete (etwa Palliativpflege) sind erforderlich, um den gestiegenen Anforderungen in der Lehre, der Forschung und der Klinik zu begegnen.
- Palliativversorgung muss als Pflichtfach in die Ausbildung aller Pflegeberufe sowie weiterer in die Palliativversorgung eingebundener Berufsgruppen aufgenommen werden.

4. Flächendeckende bundeseinheitliche Versorgung

In der stationären, vor allem aber in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung sind große regionale Unterschiede in den Versorgungskonzepten und -verträgen festzustellen. Dadurch kommt es in der Versorgung von Palliativpatienten zu erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern wie auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen.

Außerdem verfügen nur 15 Prozent der bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser über eine Palliativstation, ebenso hält nur ein kleinerer Teil einen Palliativdienst vor, nur an neun der 34 medizinischen Fakultäten existiert ein Lehrstuhl für Palliativmedizin. In Pflegeheimen gibt es nur wenige Modellprojekte, der Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird noch nicht flächendeckend umgesetzt und die psychosoziale Versorgung ist in diesem Bereich kaum existent.

Dringend erforderlich sind:

- Spezielle Vertragsregelungen für SAPV in ländlichen Regionen (z.B. durch Satellitenteams), Bereitstellung von Geldern für Modellprojekte zur Evaluation solcher Regelungen.
- Im Tätigkeitsbereich der stationären Palliativversorgung braucht es verbindliche Vorgaben für eine quantitative und qualitative Personalausstattung der Palliativstationen und Palliativdienste sowie eine Sicherstellung der entsprechenden Finanzierung.

5. Forschungsförderung

Eine spezifische Forschungsförderung ist unabdingbar für die klinische Praxis, um auf einer soliden wissenschaftlichen Basis die Möglichkeiten zur Symptomlinderung konsequent weiterzuentwickeln, die Bedürfnisse und Prioritäten der Patienten und ihrer Angehörigen zu überprüfen und neue Erkenntnisse zur interprofessionellen Diskussion um ethische, soziale und spirituelle Dilemmata am Lebensende beizutragen. Nach Empfehlung der wissenschaftlichen Fachgesellschaft erfordert dies:

- Bereitstellung von spezifischen Mitteln seitens der Ministerien zur Forschungsförderung in den verschiedenen Disziplinen der Palliativversorgung. Eine Forschungsagenda zur Palliativversorgung wird im Februar 2015 von der Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften vorgelegt werden.

6. Hospiz- und Palliativversorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Außerhalb der vorgeschlagenen Änderungen in SGB V und XI sollte verstärkt darauf hingearbeitet werden, dass die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden nicht nur eine wichtige Aufgabe im Gesundheitssystem ist, sondern auch eine Verantwortlichkeit in der sozialen Gemeinschaft darstellt.

- Es braucht öffentlichkeitswirksame Initiativen, um auf das Angebot und die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung aufmerksam zu machen und die noch immer tabuisierten Themen Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft ins Gespräch zu bringen.
- Neben der Sicherstellung der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung durch die Partner im Gesundheitssystem ist eine gemeindenahere Versorgung - z.B. durch ehrenamtliches und nachbarschaftliches Engagement oder lokale Angebote zur Unterstützung - zu fördern.
- Entsprechend sollten Modellprojekte für „Sorgende Gemeinschaften/Compassionate Communities“ gefördert werden.
- Angebote für pflegende Angehörige sollten ausgebaut werden, z.B. durch eine Erweiterung der Karenzzeiten von 3 auf 6 Monate für Angehörige, die Palliativpatienten zuhause pflegen.