



Für die Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2025: **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin benennt unaufschiebbare Anliegen der Palliativversorgung**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt den Antrag „Flächendeckende Palliativversorgung und Hospizarbeit in Deutschland verbessern“ der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag vom 14.05.2024 (Drucksache 20/11430) ausdrücklich. Auch die deutliche fraktionsübergreifende Unterstützung des Antrags in der ersten Beratung im Deutschen Bundestag am 17.10.2024 und den Dank an die ehren- und hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen und Einrichtungen wertet die DGP als positives Signal, dass die angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ein gesamtgesellschaftliches und parteienübergreifendes Anliegen darstellt.

Doch wäre Letzteres aus Sicht der Fachgesellschaft nicht nur zu konkretisieren, sondern der oben genannte Antrag um weitere drängende Themen in der Palliativversorgung zu ergänzen.

DGP in die Evaluation des Hospiz- und Palliativgesetzes einbinden

Insbesondere die geforderte Evaluation des 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) begrüßt die DGP sehr als klugen und zukunftsorientierten Ansatz, um sich nach zehn Jahren zu vergewissern, wie die Umsetzung im Detail gelungen bzw. auch nicht gelungen ist. Die vor 30 Jahren gegründete Fachgesellschaft mit derzeit 6.500 in der Palliativversorgung tätigen Mitgliedern bietet hier gerne ihre Expertise an – dies verbunden mit der großen Bitte, in die Planung der Evaluation des HPG und die Detailanalyse zum Stand der Palliativversorgung eng eingebunden zu werden. In dieser Übersicht wird die DGP lediglich erste Stichpunkte benennen.

Vorab sei zunächst der vermeintliche Widerspruch zwischen dem Wunsch nach Stärkung der Palliativversorgung bei gleichzeitiger Kostenneutralität aufgegriffen, sind doch die in dem o.g. Antrag benannten elf Forderungen auf den „Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ begrenzt. Die Umsetzung der Anliegen in diesem finanziellen Rahmen wurde in der Debatte im Bundestag von anderer Seite bezweifelt, vielmehr seien „zusätzliche Mittel für die Palliativmedizin“ zu fordern, zumal auch noch weitere inhaltliche Aspekte zu ergänzen seien.

Funktionierende Palliativversorgung kann erhebliche Kosten und Personalressourcen sparen

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin dankt für die umfassende Aufstellung wichtiger Vorhaben zur Stabilisierung und Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung im Rahmen des o.g. Antrags und ergänzt diesen gerne. Dass in der Umsetzung der gesetzte Kostenrahmen überschritten werden könnte, ist absehbar. Gleichzeitig unterstreicht die DGP, dass eine abgestimmte stationäre und ambulante Palliativversorgung an vielen Punkten auch mit einer erheblichen **Kosten- und Personalsparnis** an anderen Stellen im Gesundheitswesen verbunden sein kann.

So werden beispielsweise kostspielige Übertherapien bzw. nicht gewollte Therapien und unnötige Diagnostik vermieden, Krankenhaus-Einweisungen reduziert und entsprechende Drehtür-Effekte unterbrochen, Notärzt:innen und Pflegenden insbesondere bei Einsätzen in der Häuslichkeit – vor allem in Pflegeheimen – unterstützt, vorausschauende und sinnvolle Weichen an Schnittstellen gestellt und Patient:innen frühzeitig in ambulante Versorgungsstrukturen überführt.

Die Stärkung der Palliativversorgung lässt sich nicht in einem Meilenstein bewerkstelligen, sondern erfordert gemeinsame Anstrengungen über einen größeren Zeitraum, einen langen Atem, zahlreiche kleine und größere Schritte und eine klare Ressourcenzuordnung.

Evaluation des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt die geplante Evaluation des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) und **bittet dringend darum, als Fachgesellschaft in die Auswertung eng eingebunden zu werden.**

Das 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) stellte einen wesentlichen Schritt auf dem Weg zu einer qualitativ hochwertigen Palliativ- und Hospizversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zuhause, im Krankenhaus, im Hospiz oder im Pflegeheim dar. Doch nach bald zehn Jahren gilt es nun, das HPG auf den Prüfstand zu stellen und weitere Schritte zu gehen.

Darunter versteht die DGP insbesondere:

1. eine angemessene Finanzierung der Palliativdienste und Palliativstationen im Krankenhaus. In Krankenhäusern ohne Palliativstationen und Palliativdienste sowie in Pflegeheimen sind Palliativbeauftragte bzw. -verantwortliche einzusetzen, um einrichtungsspezifische Konzepte zu entwickeln.
2. die Finanzierung psychosozialer Berufsgruppen in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
3. die Stärkung der Kooperation zwischen Intensiv-, Notfall- und Palliativversorgung
4. die Ausweitung und vor allem Weiterentwicklung von gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V bzw. Advance Care Planning (ACP)
5. die „Ausstattung“ der Palliativpflege mit Qualifikation und Zeit und die leistungsgerechte Vergütung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) für sämtliche beteiligten Leistungserbringer
6. die Förderung von Wissenschaft und (Begleit-)Forschung
7. den Ausbau der breiten Information und Aufklärung der Bevölkerung über Optionen der Palliativversorgung (auch zur Suizidprävention)

Zu den einzelnen Punkten folgen kurze inhaltliche Zusammenfassungen.

1. Krankenhausreform: Palliativstationen, Palliativdienste und Palliativverantwortliche

In großer Sorge ist die DGP derzeit hinsichtlich der **Zukunft der stationären Palliativversorgung**, da im derzeitigen Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes weder der palliativmedizinische Versorgungsbedarf auf **Palliativstationen** hinlänglich abgebildet ist noch sich die für die Palliativversorgung in der Breite so wichtigen **Palliativdienste** wiederfinden, die entweder angebunden an eine Palliativstation oder auch für Krankenhäuser ohne Palliativstation außerordentlich wichtig sind. Das bedeutet das erhebliche Risiko, dass schwerkranke Patientinnen und Patienten auf Normal- und Intensivstationen nicht angemessen palliativmedizinisch mitversorgt werden. Nur 17 Prozent aller Kliniken in Deutschland bieten aktuell eine Palliativstation für erwachsene Palliativpatient:innen an sowie lediglich vier Prozent einen multiprofessionellen stationsübergreifenden Palliativdienst.

Für eine flächendeckende Palliativversorgung muss die **Leistungsgruppe Palliativmedizin** dringend angepasst werden. **Es sind sowohl Palliativstationen mit ausreichenden Betten als auch Palliativdienste notwendig.** Palliativdienste sind insbesondere an Krankenhäusern relevant, die über keine eigene Palliativstation verfügen. Eine strukturelle Finanzierung dieser Dienste ist zwingend notwendig, um die

auch im Krankenhausplan NRW geforderte [flächendeckende Versorgung mit spezialisierter Palliativkompetenz](#) sicherzustellen.

Als Grundlage der Bedarfsberechnung im NRW-Krankenhausplan diene die Analyse der derzeitigen Ausgaben im Bereich der stationären Palliativversorgung. Bei dieser Analyse wurden wesentliche Aspekte unberücksichtigt bzw. wird von falschen Grundlagen ausgegangen. So wurden die Bedarfszahlen für Palliativstationen nur auf Basis einer von mehreren Abrechnungsmöglichkeiten ermittelt, was zu einer erheblichen Fehlberechnung des Bedarfs für Palliativversorgung führte. [Bedarfsorientierte Lösungen ohne Fehlkalkulationen](#) hat die Fachgesellschaft vorgelegt.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin weist deutlich darauf hin, dass aktuelle Umsetzungsvorschläge dem Rechtsanspruch von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren An- und Zugehörigen auf allen Ebenen des Krankenhaussystems – von der allgemeinen Grundversorgung bis zur universitären Maximalversorgung – nicht gerecht werden.¹

In Krankenhäusern ohne Palliativstationen und Palliativdienste sowie in Pflegeheimen ist zumindest der [Einsatz von Palliativbeauftragten bzw. -verantwortlichen](#) zu finanzieren, bei denen es sich um Ärzt:innen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und Pflegekräfte mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden handeln kann, die über ausreichende Kenntnisse im Organisationsmanagement verfügen, um einrichtungsspezifische Konzepte und Fortbildungen entwickeln und vorantreiben zu können.

Außerdem sind im Zuge der angestrebten Stärkung der ambulanten Versorgung auch [palliativmedizinische Hochschulambulanzen](#) in den Blick zu nehmen.

2. Psychosoziale Fachkräfte in der SAPV (3. Berufsgruppe)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin unterstreicht die Bedeutung der [Einbindung psychosozialer Fachkräfte in die Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung \(SAPV\)](#) und die dringende Notwendigkeit einer Finanzierung. Die DGP teilt uneingeschränkt die Begründung im o.g. Antrag mit diesen Aspekten: Beratung und Entlastung bei seelischem und sozialem Leid der Betroffenen (Patient:innen und Angehörige), Koordination von Unterstützungsmaßnahmen, Entlastung der Ärzt:innen und Pflegekräfte, Suizidprävention.

Im Rahmen des Interfraktionellen Gesprächskreises (IFG) Hospiz im Deutschen Bundestag im April 2024 hob die DGP außerdem [die Bedeutung der Psychosozialen Berufsgruppen auch für die Suizidprävention](#) hervor. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin definiert in allen Bereichen der spezialisierten Palliativversorgung eine dritte Berufsgruppe als notwendiges Strukturmerkmal.

3. Kooperation zwischen Intensiv-, Notfall- und Palliativversorgung von hoher Relevanz

In den letzten Jahren hat die Kooperation zwischen Notfall-, Intensiv- und Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung und Intensität gewonnen. Erste Entwicklungen zeigen sich beispielsweise in der Vernetzung von präklinischer und innerklinischer Notfall- sowie klinischer Intensiv- und Palliativversorgung. Die Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundene [zunehmende Komplexität von Erkrankungssituationen](#) erfordert auch in der Notfall- und Intensivversorgung eine [multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einbeziehung palliativmedizinischer Expertise](#).

¹ <https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/240430x%20DGP%20Stellungnahme%20KHVVG.pdf>

Unter den Akteuren der Akut-, Notfall- und Intensivversorgung besteht längst kein Zweifel mehr an der Relevanz palliativmedizinischer Expertise in ihrem Feld². In der DGP findet eine intensive praxisorientierte, berufsgruppen- und fachdisziplinenübergreifende Arbeit statt, um beispielsweise einen bundeseinheitlichen Notfallausweis oder Curricula für Intensivstationen und Rettungsdienst zu entwickeln.

Von politischer Seite fehlt es jedoch bisher an der notwendigen Unterstützung: Die DGP weist mit Nachdruck darauf hin, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Antrag der DGP vom 25.06.2024³, [palliativmedizinische Expertise 24/7 in integrierten Notfallzentren sicherzustellen](#), bislang nicht in den Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aufgenommen hat. Mit dem Ziel, die Akutversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern und Übertherapie am Lebensende zu vermeiden, ist dieser Schritt unbedingt erforderlich.

Ein gutes Beispiel ist hier die präklinische Notfallversorgung: Die DGP hebt hervor, dass [eine Adhoc-Palliativversorgung fehlt, wenn Notärzt:innen auf schwerstkranken Menschen treffen](#). Mit dem Ergebnis, dass Letztere ins Krankenhaus gebracht werden müssen, selbst wenn sie palliativversorgt zuhause oder im Pflegeheim bleiben könnten.

Hier gilt es, innovative Modelle zu entwickeln und eine schnittstellenübergreifende Kooperation zu gewährleisten. Die DGP stellt diesbezüglich explizit ihre Expertise zur Verfügung.

4. Hochbetagte multimorbid erkrankte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind leider weiterhin keine Orte, an denen es selbstverständlich wäre, in Würde, mit einer adäquaten Lebensqualität und gut umsorgt zu leben und zu sterben. Die angemessene (Palliativ-)Versorgung von hochbetagten multimorbid erkrankten Menschen muss der Gesellschaft nicht nur in Anbetracht des demographischen Wandels ein Anliegen erster Priorität sein! Es mangelt an Fachkräften, Ressourcen, Zeit und Ausstattung. Aber es mangelt auch an dem Verständnis für die besondere Situation eines hochaltrigen stark geschwächten Menschen, dessen Radius u.U. sehr klein geworden ist. Die Lebenskräfte lassen nach, die beeinträchtigenden Symptome nehmen zu, doch ist nicht zwingend [die](#) eine Erkrankung in den Blick zu nehmen, die lebensbegrenzend sein wird. Die Indikationsstellung für eine Palliativversorgung erfordert deshalb eine entsprechende Qualifikation und Erfahrung.

Zudem [haben Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen keinen Rechtsanspruch auf Palliativversorgung im Rahmen der Behandlungspflege](#), wie in dem o.g. Antrag unterstrichen wird. Dies muss sich ändern, zumal Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur verstärkte Ressourcen benötigen, um sich einem seinem Lebensende nahen Menschen überhaupt nur im Ansatz widmen zu können, sondern sie brauchen auch Sicherheit und Ansprechpartner:innen für komplexe Situationen am Lebensende. Sonst ist der Drehtürmechanismus Pflegeheim-Krankenhaus-Pflegeheim vorprogrammiert. Für hochbetagte Bewohner:innen ist das Pflegeheim auch das persönliche Zuhause und jeder Krankenhausaufenthalt – zumal in der Begleitung von dementiellen Erkrankungen – kann eine hohe Belastung für alle Beteiligten darstellen. Insbesondere am Lebensende sollte dies daher möglichst vermieden bzw. [auch in stationären Pflegeeinrichtungen die Palliativversorgung gewährleistet](#) sein.

Die DGP geht nicht davon aus, dass die [Umsetzung des §132g SGB V](#) bzw. [Advance Care Planning \(ACP\)](#) in absehbarer Zeit in der Breite ankommt. Die Vereinbarung gemäß § 132g Abs. 3 SGB V über

² Michels, G., John, S., Janssens, U. et al. Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 118 (Suppl 1), 14–38 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>

³<https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/240625%20BMG%20Stellungnahme%20DGP%20Notfallversorgung.pdf>

Inhalte und Anforderungen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist am 1.1.2018 in Kraft getreten. [Advance Care Planning \(ACP\)](#) ist ein strukturierter Kommunikationsprozess im Hinblick auf eine antizipierte oder tatsächliche schwere Erkrankung. Dieser soll Menschen ermöglichen, gegenüber ihren An- und Zugehörigen bzw. gesetzlichen Vertretern sowie ggf. den Mitgliedern eines multiprofessionellen Teams ihre individuellen Wert- und Behandlungsvorstellungen in Bezug auf ihre zukünftige Versorgung zu äußern. Ziel ist, dass Menschen so behandelt werden, wie sie das möchten – auch dann, wenn sie selbst nicht mehr über ihre medizinische Behandlung entscheiden können.

Obwohl die Finanzierung des ACP-Ansatzes durch die gesetzlichen Krankenkassen durch den § 132 g im Sozialgesetzbuch V geregelt ist und damit die Voraussetzung geschaffen wurde, das Beratungsangebot umzusetzen, ist das Konzept noch nicht breit etabliert. Deshalb gilt es, die Gründe dafür zu erheben, [das Konzept anwendungsbezogen weiterzuentwickeln und vor allem in die Breite zu bringen](#), z.B. in die hausärztliche Praxis oder Krankenhäuser.

5. HKP-Richtlinie: Symptomkontrolle bei Palliativpatient:innen nur mit fachspezifischer Qualifikation | Allgemeine Ambulante Palliativversorgung stärken

Für die allgemeine ambulante Palliativpflege hat sich die [Regelung mittels der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie \(Ziffer 24a\) zur Symptomkontrolle bei Palliativpatient:innen in den sieben Jahren seit ihrem Inkrafttreten als nicht umsetzbar](#) erwiesen. Für diesen pflegerischen Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) wurden 2017 zur großen Irritation der DGP – mit über 1.800 Mitgliedern aus der Sektion Pflege – bundesweit keinerlei fachspezifische Qualifikationsanforderungen festgeschrieben. In der bundeslandesweiten Umsetzung haben die Vertragspartner ebenso keine palliativpflegerischen Qualitätsanforderungen vereinbart. Die Leistung 24a der HKP-RL konnte in Ermangelung der Festschreibung einer palliativpflegerischen Qualifikation und somit einer adäquaten Vergütung nicht in der Intention des Gesetzgebers weiterentwickelt werden.

6. Förderung von Wissenschaft und Forschung zu den spezifischen Belangen von Menschen am Lebensende

Zu ergänzen ist aus der Perspektive der wissenschaftlichen Fachgesellschaft mit rund 6.500 Mitgliedern, dass die Gewährleistung oder Steigerung der Qualität der Palliativ- und Hospizversorgung plus der Identifizierung möglicher Lücken zwingend eine [Stärkung der Forschung](#) voraussetzt.

Mögliche [Forschungsthemen und entsprechende Forschungsmethoden sind in der Palliativversorgung vielfältig](#) und umfassen Versorgungsforschung, klinische Studien (Arzneimittel und Nicht-Arzneimittel), Ethik, Gesundheitsökonomie und Lehrevaluationsforschung sowie die Vernetzung mit translationaler und grundlagenbezogener Forschung mit palliativmedizinisch relevanten Themen.

Es soll darauf hingewiesen werden, dass es [seit über zehn Jahren keine spezifischen palliativmedizinischen Fördermaßnahmen](#), z.B. durch das BMBF oder den Innovationsfonds des G-BA, gegeben hat. So stehen palliativmedizinische Forschungsanträge immer im Wettbewerb mit anderen Forschungsrichtungen und die spezifischen Belange dieser besonders vulnerablen Menschen am Lebensende finden in entsprechenden Ausschreibungen keine ausreichende Berücksichtigung.

7. Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit – auch ein Beitrag zur Suizidprävention

Infolgedessen unterstreicht die DGP den Bedarf an unmissverständlicher – zeitgleich Halt gebender – [Information und Aufklärung über Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung](#). Frühzeitige und vorausschauende Information sowie differenzierte Aufklärung gibt Sicherheit und kann dabei helfen, mit der Diagnose einer lebensbegrenzenden Erkrankung umzugehen.

Dennoch zeigt die Erfahrung der Fachgesellschaft nach wie vor einen großen **Widerspruch** zwischen der instinktiven **Abwehr des mit Sterben und Tod assoziierten Begriffs „palliativ“** und dem **tatsächlichen Erleben von Lebensqualität in einer palliativen oder hospizlichen Versorgungssituation**. „Hätte ich das nur früher gewusst!“ hören in der Palliativversorgung Tätige häufig von schwerkranken Menschen, die nach einer kräftezehrenden auf ihre Grunderkrankung bezogenen Diagnose- und Therapie-Odyssee erstmals wieder spüren, dass es um sie als Person mit ihren individuellen Belastungen und Lebensfreuden geht. So bieten wiederholte Gesprächsangebote auch die Möglichkeit, offen über Sterbewünsche zu sprechen. Damit leistet die Palliativversorgung einen wichtigen Beitrag zur **Suizidprävention**.

Mit der Informations- und Aufklärungskampagne **„das ist palliativ“**⁴ überwiegend im Social Media-Kontext hat die DGP in den vergangenen zweieinhalb Jahren damit begonnen, die breite Öffentlichkeit zu sensibilisieren. Trotz des Erfolgs innerhalb der erweiterten fachlichen Öffentlichkeit ist zu konstatieren, dass eine **öffentlichkeitswirksame Kampagne** zu den Themen schwere Krankheit, Sterben, Tod & Trauer einen medial wesentlich breiteren Ansatz (wie z.B. bislang über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) erfordert.

Über die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)⁵ wurde am 2. Juli 1994 in Köln gegründet. Ihre mehr als 6.500 Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Im Zentrum der wissenschaftlichen Fachgesellschaft stehen sowohl die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen als auch die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen - in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen.

⁴ www.dasistpalliativ.de

⁵ www.palliativmedizin.de