



Dr. Stefan Weber, Bereichsleiter Vertragspolitik
und Versorgungsmanagement, SBK



Anja Schweitzer, Leiterin Strategie,
Unternehmensentwicklung & Politik, SBK

Letzte Lebensphase: Versorgung an die Bedürfnisse der Menschen anpassen

Handlungsempfehlungen aus Sicht der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

Durch die Anpassung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizleistungen sowie die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind in den letzten Jahren wichtige Fortschritte in der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase erzielt worden. Dennoch verbleibt ein erheblicher Handlungsbedarf, um die Bedürfnisse der Patienten umfassend und flächendeckend zu befriedigen.

Die Regierungsparteien haben deshalb die Versorgung in der letzten Lebensphase im

Koalitionsvertrag aufgegriffen und als Handlungsfeld der aktuellen Legislaturperiode benannt.¹ Konkretisiert wurde der Handlungsbedarf im gemeinsamen Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ von Bundesgesundheitsminister Gröhe, der Parlamentarischen Staatssekretärin im BMG Annette Widmann-Mauz sowie den Abgeordneten Jens Spahn, Emmi Zeulner, Prof. Dr. Karl Lauterbach und Hilde Mattheis, das am 10. November 2014 veröffentlicht wurde.

Bereits 2013 befasste sich die SBK in einem internen Projekt ausführlich mit der Situation und den Bedürfnissen von Menschen in der letzten Lebensphase und erarbeitete konkrete Maßnahmen für den Versorgungs- und Beratungsalltag. Mit den nachfolgenden Ausführungen möchte die SBK darüber hinaus einen Diskussionsbeitrag zum gesetzgeberischen Handlungsbedarf geben.

Ausgangslage: Versorgung entspricht (noch) nicht den Wünschen der Patienten und ihren Angehörigen

Befragt man Menschen nach ihren Anliegen und Vorstellungen zum eigenen Sterben, lassen sich vor allem folgende Bedürfnisse herausarbeiten:²

- schmerzfrei sein,
- keine Lebensverlängerung um jeden Preis (Apparatemedizin),
- zu Hause sterben,
- Nähe und Geborgenheit erfahren – nicht allein sein,
- mit allen und allem „im Reinen“ sein,
- die eigene Autonomie bewahren und an den medizinischen Entscheidungen beteiligt sein,
- gute Kommunikation mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal,
- offene, ehrliche und bei Bedarf auch tiefgehende (oder sehr persönliche) Gespräche über „Sterben und Tod“,
- Respektierung und Unterstützung der individuellen Religiosität bzw. Spiritualität.

Diesen Vorstellungen und Bedürfnissen gerecht zu werden, dazu sind die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen weder hinreichend noch flächendeckend in der Lage. Allein beim Sterbeort zeigen sich erhebliche Divergenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit: 66 Prozent der Menschen in Deutschland möchten zuhause sterben, weitere 18 Prozent in einer

¹ „Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen“, vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Deutschlands Zukunft gestalten“ für die 18. Legislaturperiode vom 27. November 2013, S. 84.

² M. Hauck, Eine Befragung von Patienten, Ärzten und Pflegekräften über die Bedingungen zu einem „guten Sterben“, Diss. 2007; K. Müller, Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung, 2014, S. 571ff.

Einrichtung der Sterbebetreuung.³ Tatsächlich versterben rund 60 bis 70 Prozent in einem Krankenhaus oder Pflegeheim.⁴

Zweifelsohne haben sich die Versorgungsstrukturen in den letzten Jahren bereits stark verändert.⁵ So waren die Änderung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizleistungen sowie die Einführung der SAPV in der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige Meilensteine. Dennoch entspricht die Versorgung bei weitem noch nicht dem, was Patienten und deren Angehörige wünschen und brauchen. Dies bestätigen auch Leistungserbringer (z.B. SAPV-Teams oder stationäre Hospize) immer wieder, indem sie darauf hinweisen, dass sie gegenwärtig nicht in der Lage sind, alle Anfragen von Patienten und deren Angehörigen zu bedienen. Und ohne das oft außergewöhnliche Engagement von vielen professionellen oder auch ehrenamtlichen Helfern sähe die Versorgungssituation in der letzten Lebensphase noch dramatischer aus.

Insofern ist es sehr begrüßenswert, dass die Bundesregierung die Stärkung von Hospizen und Palliativversorgung auf die gesundheitspolitische Agenda dieser Legislaturperiode genommen hat.

Eine gesellschaftspolitische Diskussion über Prioritäten ist notwendig – die Entscheidung muss aber beim Einzelnen liegen!⁶

Bevor wir auf einzelne Reformfelder eingehen, möchten wir auf zwei wichtige grundlegende Aspekte hinweisen.

Der erste Aspekt betrifft die Frage, wie der Ausbau der Versorgungsstrukturen finanziert werden soll und ob eine veränderte Prioritätensetzung im Verhältnis zu den Versorgungsstrukturen, die den kurativen Bereich bedienen, angezeigt ist. Konkret, ob nicht eine Verschiebung von Ressourcen notwendig ist. Denn ähnlich wie man menschenwürdige Lebensbedingungen für Pflegebedürftige nicht ohne eine entsprechende finanzielle

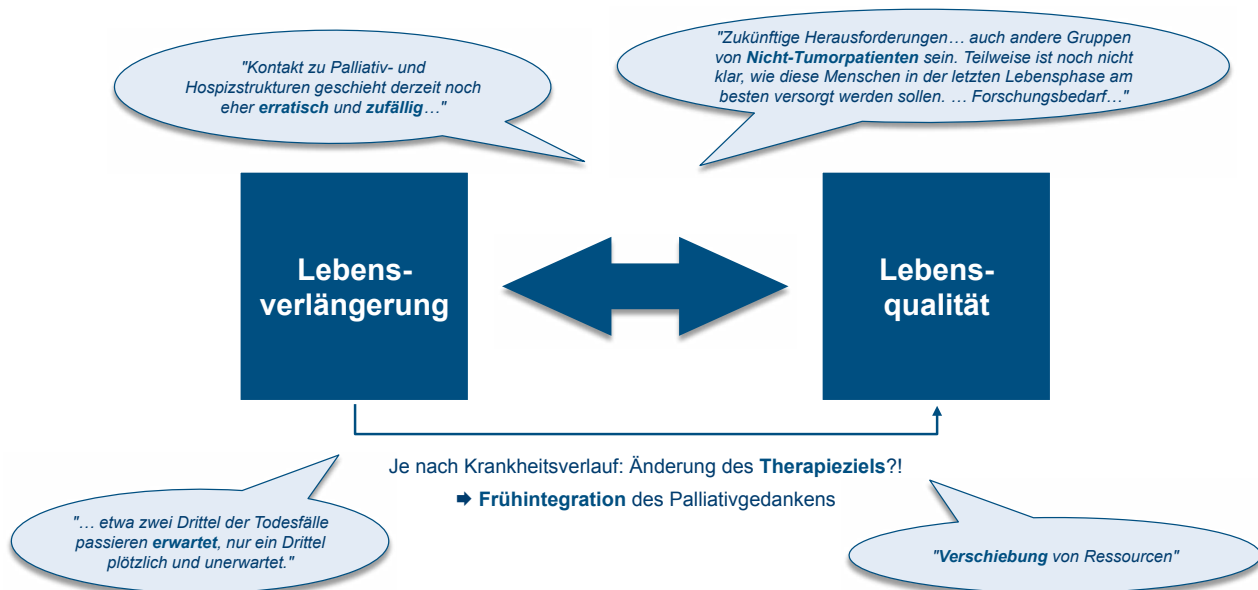
³ DHPV-Studie: „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“ (2012), Basis: Deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, hier: Personen, die sich über ihr eigenes Sterben bereits häufig / ab und zu / selten Gedanken gemacht haben, n = 828.

⁴ Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (2004): Gutachten zum Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Zur Wahrnehmung des Therapieangebots auf Palliativstationen aus Patientensicht J. Ehlert, Ethik und Therapieangebote auf Palliativstationen, Eine Interviewstudie mit betroffenen Patienten, 2014.

⁵ K. Müller, Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung, 2014, S. 587ff.

⁶ Zur Diskussion vgl. auch P. Koslowski, Ethische Ökonomie der Lebensverlängerung, Gesundheitspolitische, gesundheitsökonomische und medizinethische Aspekte, in: P. Koslowski (Hrsg.): Lebensverlängerung – Sterbensverlängerung, Die klinische Medizin vor der Herausforderung des Lebensendes, 2012, S. 1ff.; R. Eisen, Die Effizienz des medizinischen Systems am Lebensende, in: P. Koslowski (Hrsg.): Lebensverlängerung – Sterbensverlängerung, Die klinische Medizin vor der Herausforderung des Lebensendes, 2012, S. 95ff. Diss. 2007; K. Müller, Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung, 2014, S. 571ff.

Gesellschaftspolitische Perspektive Neue Prioritätensetzung notwendig?!



Siehe auch: Voltz, R. (2012): Probleme der Gesundheitsversorgung – Erfahrungen aus dem ärztlichen Alltag: Palliativmedizin. In: Schumpelick, V. & Vogel, B. (Hrsg.): Gesundheitssystem im Umbruch: Beiträge des Symposiums vom 23. bis 26. September 2011 in Cadenabbia.

Ausstattung erreichen wird⁷, wird dies bei der Gestaltung der letzten Lebensphase sein. Auch hier müssen finanzielle Ressourcen aus gesetzlicher Krankenversicherung und Steuermitteln bereitgestellt werden, um zu einer verbesserten Versorgungssituation zu kommen. Dies ist letztlich eine politische Entscheidung, die aber mutmaßlich auf Widerstände der Vertreter der etablierten Versorgungsstrukturen trifft.

Wichtig erscheint uns aber auch ein zweiter Aspekt. Ob „lebensverlängernde“ kurative oder palliativmedizinische Maßnahmen ergriffen werden, kann und muss immer die Entscheidung des betroffenen Patienten bzw. dessen Angehörigen sein – nach umfassender Aufklärung durch die am Versorgungsprozess beteiligten Mediziner. Finanzielle Fragestellungen dürfen bei der Entscheidungsfindung keine Rolle spielen. Im Ergebnis – dafür sprechen unsere Erfahrungen aus dem Beratungsalltag der SBK – wird dies dazu führen, dass sich mehr Menschen früher für einen palliativen Ansatz entscheiden.

Wie sieht nun aus unserer Sicht der gesetzgeberische Handlungsbedarf aus?

⁷ Vgl. Moritz, Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, 2013.

1. Forschungsfeld „Sterbebegleitung“ fördern⁸

Sterbebegleitung sollte als eigenes Forschungsfeld anerkannt und gefördert werden. Sterbebegleitung umfasst neben der medizinischen Therapie die psychosoziale Betreuung und spirituelle Begleitung. Gelungene Kommunikation ist ein Erfolgsfaktor einer guten Sterbebegleitung. Aktuell gibt es wenige Initiativen, die Bedingungen gelungener Sterbebegleitung zu erforschen und weiterzuentwickeln. Dieser Forschungsbereich ist deshalb öffentlich zu fördern. Um von vornherein eine Dominanz einzelner Wissenschaftsdisziplinen zu verhindern, sollten die geförderten Vorhaben interdisziplinär angelegt sein. Langfristige Förderung sollte dabei die politische Prioritätensetzung unterstreichen.

2. Patientenrechte stärken

Eine menschenwürdige und individuell angemessene Versorgung einschließlich einer psychosozialen Betreuung in der letzten Lebensphase ist im SGB V nicht explizit als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen verankert. Auch ein entsprechender Rechtsanspruch der Versicherten findet sich nicht.

Aus Sicht der SBK stellt die Versorgung in der letzten Lebensphase neben der Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands ein ebenbürtiges Handlungsfeld der GKV dar und sollte deshalb auch explizit in § 1 SGB V und in § 11 Abs. 1 SGB V aufgenommen werden. Auf welche Leistungen konkret der Versicherte dann Anspruch hat, ergibt sich aus den jeweiligen Spezialvorschriften.

Des Weiteren sollte explizit verankert werden, dass ein Versicherter mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung im Rahmen einer Krankenbehandlung, die im Grunde „nur“ lebensverlängernd wirken kann, vom behandelnden Arzt neben den kurativen Behandlungsmöglichkeiten über alternative oder ergänzende palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären ist. Dies zieht zugleich nach sich, dass auf ärztlicher Seite palliativmedizinisches Fachwissen aufzubauen ist.

Gleichzeitig liegt die Entscheidung „kurativ oder palliativ“ allein beim Versicherten und gegebenenfalls dessen Angehörigen. Noch zu selten ist Patienten und Angehörigen bekannt, dass es diese Versorgungsoptionen in der letzten Lebensphase gibt.

⁸ Vgl. dazu Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina / Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, Palliativversorgung in Deutschland, Stellungnahme Februar 2015, insbesondere S. 34 ff., außerdem Thema Versorgungsforschung und Palliativmedizin und Hospizarbeit vgl. Titelinterview mit Prof. Dr. R. Voltz „Es ist Zeit ins Gespräch zu kommen“, in: Monitor Versorgungsforschung 04/2014, S. 6ff.

3. Beratungsanspruch der Versicherten – Beratungsrecht der Krankenkassen

Versicherte müssen einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse erhalten, sie über die Versorgungsangebote und Leistungen in der letzten Lebensphase sowie über die Versorgungsstrukturen zu informieren und zu beraten. Dies setzt voraus, dass Transparenz über die Leistungserbringerstrukturen vorhanden ist.

Gleichermaßen ist auch ein Beratungsrecht der Krankenkassen im Gesetz zu verankern. Eine Krankenkasse ist dem Gesetz zufolge zur Beratung ihrer Versicherten verpflichtet (§ 14 SGB I). Um diese gesetzlich geforderte Unterstützungsleistung versichertentnah und bedarfsgerecht zu erbringen, muss sich eine Krankenkasse ein dezidiertes Bild über die Versorgungssituation ihres Versicherten machen können – auch wenn es um eine angemessene Versorgung in der letzten Lebensphase geht. Nur dann ist sie in der Lage, Angebote *gezielt* auszuwählen und die Hilfestellung *individuell* zuzuschneiden. Aber genau diese Unterstützungsleistung ist einer Krankenkasse von Seiten des Gesetzgebers nicht möglich. Mit Verweis auf den Datenschutz darf für Beratungszwecke keine versichertenbezogene Zusammenführung und Nutzung der zur Verfügung stehenden Informationen erfolgen.⁹

Bei den jüngeren Gesetzesänderungen mit beratungsrechtlichem Bezug hat der Gesetzgeber die entsprechende datenschutzrechtliche Befugnis im Sozialgesetzbuch stets nachgezogen (siehe zum Beispiel § 11 Abs. 4 und § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie § 22, 23 Abs. 4 SGB IX). So wurde im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung zutreffend erkannt, dass es einer umfassenden kompetenten Beratung durch die Pflegekassen bedarf und zu diesem Zweck durch die Pflegekassen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden müssen (§§ 7a, 94 SGB XI). Das von den Versicherten erwartete Selbstverständliche wurde mithin konsequent im Gesetz abgebildet. Um u.a. auch zu Fragen einer angemessenen Beratung in der letzten Lebensphase umfassend beraten zu können, ist im SGB V ebenfalls eine Klarstellung notwendig und die entsprechenden Vorschriften sind anzupassen.

4. Akzeptanz von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung weiter ausbauen

Nicht immer ist es Patienten möglich, Versorgungsentscheidungen in der letzten Lebensphase selbst zu treffen. Umso wichtiger ist es deshalb, dass die an einer Behandlung

⁹ Vgl. A. Schweitzer & S. Weber, Ohne patientengerechte Beratung bleibt Qualität Illusion, in: Amelung / Eble / Hildebrandt u.a.: Patientenorientierung – Schlüssel zu mehr Qualität, Berlin 2015, S. 41ff.

beteiligten Personen den Willen des Patienten ergründen können. Das dafür notwendige Instrument ist die Patientenverfügung. Die Schätzungen, wie viele Menschen tatsächlich über eine Patientenverfügung verfügen, variieren je nach Quelle. Man kann davon ausgehen, dass etwa jeder Vierte in Deutschland eine Patientenverfügung verfasst hat – wobei die Erfahrungen zeigen, dass deren Qualität – und damit ihre Aussagekraft für medizinische Entscheidungen – durchaus heterogen ist.

Es erscheint uns wichtig, die Menschen aufzuklären und zu motivieren, eine Patientenverfügung zu verfassen. Gleiches gilt für eine Vorsorgevollmacht. Der Wissenstand in der Bevölkerung sollte deshalb über entsprechende Informationskampagnen verbessert und die Beratungsangebote zu Patientenverfügungen ausgebaut werden. Es ist eine Vertrauenssache, mit wem man über den Tod und die Gestaltung der letzten Lebensphase sprechen möchte, daher sollten die Beratungsstrukturen möglichst vielfältig sein (z.B. unabhängige Patientenberatung, Hospiz- und Palliativvereine, kirchliche Einrichtungen). Eine entsprechende öffentliche Förderung aus Steuermitteln wäre dabei ausdrücklich zu begrüßen, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt.

5. Versorgungsstrukturen aus Patienten- und Angehörigensicht gestalten¹⁰

Ein Rechtsanspruch auf eine menschenwürdige und individuell angemessene Versorgung in der letzten Lebensphase muss einhergehen mit einem entsprechenden Ausbau der Versorgungsstrukturen. Hier hat sich – auch aufgrund gesetzgeberischen Handelns – in den letzten Jahren bereits sehr viel verbessert. Trotzdem bleiben wichtige Entwicklungsfelder.

Oberstes Gebot muss es sein, den Ausbau der Versorgungsstrukturen an den Wünschen der Patienten zu orientieren und darüber hinaus die Perspektive der Angehörigen zu berücksichtigen. Menschen, die zuhause sterben möchten, muss dies auch ermöglicht werden. Für alle anderen, die genau dies nicht wünschen (z.B. weil sie ihre Angehörigen nicht „belasten“ möchten) oder denen das Sterben zuhause nicht möglich ist, sind Strukturen zu schaffen, die den Anspruch an eine menschenwürdige und individuell angemessene Versorgung am Lebensende erfüllen.

Diese Anforderungen implizieren, dass die Versorgung von Sterbenden integrativ zu konzipieren ist (zumeist sind mehrere Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt¹¹), und dass die

¹⁰ Zur Angehörigensicht ausführlich K. Müller, *Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung*, 2014, S. 623ff.

¹¹ Vgl. die existierenden Verträge zur Palliativversorgung, z.B. Strukturvertrag zur Palliativversorgung nach § 73a SGB V in Nordrhein zwischen der KV Nordrhein und den Kassenverbänden, oder den Vertrag zur SAPV und AAPV in Westfalen-Lippe nach § 132d SGB V zwischen KV Westfalen-Lippe und Kassenverbänden / Krankenkassen.

regionalen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Ebenso gehört zu einer angemessenen Versorgung am Lebensende, dass den psychosozialen Belangen der Patienten und Angehörigen begegnet wird. Die Einbindung der ehrenamtlichen Strukturen und die Zusammenarbeit professioneller und ehrenamtlicher Strukturen müssen ebenfalls sichergestellt sein. Um den Rechtsanspruch der Patienten Nachdruck zu verleihen, sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, eine entsprechende Versorgung durch Verträge mit Leistungserbringern sicherzustellen.

6. Allgemeine Palliativversorgung – Attraktivität erhöhen, Qualität und interdisziplinäre Zusammenarbeit fordern und fördern!

Ein mit hoher Priorität weiter zu entwickelndes Handlungsfeld ist die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Viele Ärzte engagieren sich im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit gerade in der letzten Lebensphase ihrer Patienten. Zwar sind seit Oktober 2013 Leistungen der AAPV in den EBM aufgenommen worden. Unseres Erachtens ist dies jedoch nicht ausreichend. Vielmehr bedarf es folgender Weiterentwicklungen:

- Die Patienten sollten einen Rechtsanspruch auf eine ausreichende menschenwürdige ambulante Palliativversorgung erhalten. Der Rechtsanspruch sollte auch die psychosoziale Begleitung und Unterstützung der Patienten und Angehörigen beinhalten.
- Es bedarf einer Konkretisierung der Inhalte der AAPV. Dabei sollte auch das Verhältnis von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung geregelt werden. Die in einigen KV-Regionen bestehenden Verträge bieten dafür eine gute Vorlage. Eine Konkretisierung sollte durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen; die weitere Konkretisierung kann im Rahmen der Gesamtverträge, vor allem aber im Rahmen von Selektivverträgen (z.B. §§ 73 b, c bzw. §§ 140a ff. SGB V bzw. § 140 SGB V neu i.d.F. des Versorgungsstärkungsgesetzes) erfolgen. Auch eine Förderung im Rahmen des Innovationsfonds sollte möglich sein (§§ 92a, 92b SGB V neu i.d.F. des Versorgungsstärkungsgesetzes).
- Bestandteile dieser Konkretisierung sollten die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung und der Umfang und die Inhalte der Betreuung und der Beratung der Patienten und Angehörigen sein.
- In diesem Zusammenhang sollte insbesondere geregelt werden, dass auch die AAPV – wie auch schon die SAPV – immer „integrativ“ gestaltet sein muss, nämlich unter Einbeziehung von Ärzten, Pflegediensten und Einrichtungen der Hospizbewegung, insbesondere ambulanten Hospizdiensten und anderen ehrenamtlichen Strukturen. Die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen in der letzten Lebensphase verbieten es, die AAPV allein auf die Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgungsstrukturen

zu reduzieren. Des Weiteren sollte geregelt werden, dass Ärzte, die an der AAPV teilnehmen wollen, entsprechende Qualifikationen nachzuweisen haben. Entsprechende Weiterbildungsverpflichtungen sind ebenso zu regeln wie die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ebenso sind die Voraussetzungen für die Teilnahme von Pflegediensten und Pflegekräften an der AAPV zu regeln.

- Die Zusammenarbeit mit den SAPV-Teams ist ebenfalls in der Richtlinie zu regeln.
- Auf dieser Basis muss der EBM überarbeitet und eine angemessene Honorierung der Ärzte vorgesehen werden. Gleiches gilt für die Vergütung der (Palliativ-)Pflegedienste; auch hier sind Anpassungen notwendig.

Bei der Konzeption und Umsetzung ist zwingend darauf zu achten, dass keine neuen Hürden zwischen den Leistungssektoren am Lebensende (AAPV, SAPV, Hospize, ambulante Hospizdienste etc.) entstehen. Das integrative Zusammenwirken muss das Leitbild der Versorgung der Patienten am Lebensende sein, nicht die Schaffung neuer Sektoren.

7. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung entlasten¹²

Mit dem Aufbau der Strukturen für die SAPV wurde ein wichtiger Beitrag für die Versorgung von Patienten am Lebensende geleistet.¹³ Durch den Ausbau der AAPV sollte zukünftig gewährleistet sein, dass sich die SAPV-Teams wirklich und umfänglich um Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungsbildern kümmern können, während Patienten, die keiner solch intensiven und multidisziplinären Betreuung bedürfen, angemessen in der AAPV versorgt werden. Die Übergänge zwischen beiden Versorgungsformen sollten unbürokratisch gestaltet und die Leistungserbringer der beiden Bereiche zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, insbesondere auch bei den Verläufen, bei denen eine AAPV (zeitweise) von den Aufwänden her nicht ausreichend ist.

8. Stationäre Hospizversorgung ausbauen, ambulante Hospizdienste fördern¹⁴

Hospize leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung in der letzten Lebensphase. Allerdings zeigen Erfahrungen aus der täglichen Beratungspraxis ebenso wie Gespräche mit Leistungserbringern, dass es nicht immer möglich ist, Patienten einen Platz in einem Hospiz

¹² Ausführlich zu § 37b SGB V vgl. J. Föllmer, Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2014, S. 140ff.

¹³ Zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV vgl. Schneider / Eschenbruch / Thoms / Eichner / Stadelbacher, Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – Eine explorative Begleitstudie.

¹⁴ Zu § 39a Abs. 1 und 2 SGB V vgl. J. Föllmer, Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2014, S. 40ff., 121ff.

zu vermitteln. Gerade in ländlichen Bereichen gibt es eine deutliche Unterversorgung. Aber auch in städtischen Regionen kann der Bedarf teilweise nicht gedeckt werden.

Bei Kinderhospizen ist aktuell unklar, wie hoch der Bedarf an Plätzen regional und auch bundesweit tatsächlich ist. Klar ist dagegen, dass die Bedürfnisse der Betroffenen anders gelagert sind als bei Erwachsenen (z.B. ist der Sterbeprozess bei Kindern aufgrund des Krankheitsspektrums oft wesentlich langwieriger als bei Erwachsenen).

Die Finanzierung der Hospize stützt sich auf mehrere Säulen. Die für den Aufbau eines Hospizes notwendigen Investitionskosten werden zumeist aus Spenden und öffentlichen Mitteln bestritten. Den Betreibern stellt sich hier oft die Frage, ob die benötigten Mittel überhaupt bereit gestellt werden. Diesem Umstand muss begegnet und Versorgungslücken gezielt durch ein steuerfinanziertes Förderprogramm geschlossen werden.

Noch problematischer erweist sich in der Praxis aber die dauerhafte laufende Finanzierung. Die jetzige Hospizfinanzierung sieht eine Eigenfinanzierung über Spenden von 10 Prozent (Erwachsenenhospize) bzw. 5 Prozent (Kinderhospize) vor (die Finanzierung aus Eigenmitteln soll eine Kommerzialisierung des Sterbens verhindern). Gerade von Hospizbetreibern wird aber geltend gemacht, dass der Betrieb eines Hospizes oft höhere als die gesetzlich vorgesehenen Eigenfinanzierungsanteile erfordert und dies ein großes Hindernis darstellt, weitere Strukturen aufzubauen. Dafür ursächlich sind u.a. die in Hospizen erbrachten Leistungen, die gegenwärtig nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet sind.¹⁵ Unseres Erachtens ist deshalb klarzustellen, dass zu einer angemessenen palliativen Betreuung auch die psychosoziale Betreuung gehört und zu vergüten ist. Das gleiche gilt für die entsprechende Betreuung der Angehörigen.

Darüber hinaus halten wir es für sinnvoll, die Eigenfinanzierung für neu geschaffene Hospiz(plätze) vorübergehend auszusetzen (z.B. für fünf Jahre). Dadurch würde gerade in der Anfangsphase die dringend benötigte Finanzierungssicherheit geschaffen. Aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags sollten sich die Krankenkassen zudem an der Bedarfsfeststellung finanziell beteiligen.

¹⁵ Z.B. geben Hospize den Angehörigen oft noch die Möglichkeit, nach dem Versterben des Patienten von diesem Abschied zu nehmen. In dieser Zeit kann das entsprechende Zimmer mindestens 1 Tag nicht neu belegt werden, die GKV-Finanzierung endet aber mit dem Tag des Todes des Patienten. Andere Hospize bieten z.B. Nachbetreuungsleistungen für Angehörige.

Die Konkretisierung der Versorgung in Verträgen sollte zukünftig für den Kinder- und Erwachsenenbereich getrennt erfolgen, um den jeweils spezifischen Bedürfnissen der Personengruppen Rechnung zu tragen.

Schließlich sollte auch die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste im Hinblick auf das Leistungsspektrum, aber auch in Bezug auf das Finanzierungsmodell überprüft werden. Insbesondere eine Vorfinanzierung durch die Leistungserbringer sollte vermieden werden.

9. Bedarfsgerechte Strukturen im Krankenhausbereich schaffen

Krankenhäuser, bei denen aufgrund des Behandlungsspektrums der Betrieb einer Palliativstation sinnvoll ist, sollten verpflichtet werden, tatsächlich solche Strukturen zu schaffen, soweit diese noch nicht vorhanden sind.

10. Palliativversorgung in Pflegeheimen

Eine besondere Herausforderung ist die Versorgung im Pflegeheim. Oftmals können Patienten in der letzten Lebensphase im Pflegeheim nicht mehr adäquat versorgt werden. Krankenhauseinweisungen, die bei einer angemessenen Palliativversorgung hätten vermieden werden können, sind keine Seltenheit. Hier spielt auch die Finanzierung der Pflege sowie die Qualifikation der Pflegekräfte eine Rolle. Kurz- bis mittelfristig müssen für diese Problemstellung Konzepte entwickelt werden. Da die Versorgung in Pflegeheimen unseres Erachtens sowieso in ihren Kernleistungen stark reformbedürftig ist, sollten die Pflegeheime sich auf diese Handlungsfelder konzentrieren (können). Wir halten es deshalb für sinnvoller, wenn Pflegeheime die Versorgung in der letzten Lebensphase über Kooperationen mit Palliativberatungs- und Hospizdiensten sicherstellen (müssen), statt eigene Strukturen aufzubauen.