

Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung

Die Empfehlungen (DV 08/16) wurden am 22. März 2017 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Inhalt

I. Vorbemerkungen	3
Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)	4
Ziele der Empfehlungen	4
II. Hospiz- und Palliativversorgung	5
1. Definition	5
2. Allgemeine ambulante Palliativversorgung und spezialisierte ambulante Palliativversorgung	6
3. Stärkung und Zusammenarbeit der Akteure der Versorgung	7
III. Gut versorgt am Lebensende	9
1. Aufgaben der Krankenkassen	9
2. Aufgaben der Länder	11
3. Aufgaben der Kommunen	12
4. Aufgaben der häuslichen Krankenpflege	15
5. Aufgaben stationärer Pflegeeinrichtungen und gemeinschaftlicher Wohnformen für Menschen mit Behinderung	15
6. Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus und Zusammenarbeit mit Akteuren der ambulanten Versorgung	17
7. Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung	18
8. Aus-, Fort- und Weiterbildung	19
9. Anforderungen an die Begleitung einzelner Personengruppen	21
10. Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit	24

I. Vorbemerkungen

Eine Gesellschaft, in der das Sterben selbstverständlicher Teil des Lebens ist, zeichnet sich dadurch aus, dass sie allen Menschen ein Lebensende in Selbstbestimmung und Würde ermöglicht.¹

Im hohen Alter nehmen Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu. Laut Pflegestatistik waren im Jahr 2015 knapp 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 37 % sogar 85 Jahre und älter.²

Mit der zunehmenden Zahl alter und hochaltriger Menschen steigt der Bedarf an hospizlicher Begleitung, palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Versorgung und ebenso an psychosozialer und spiritueller Begleitung bis zum Lebensende. Die meisten Menschen (ca. 60 %) äußern den Wunsch, in ihrer vertrauten Umgebung, im Kreise der Familie und anderer Vertrauenspersonen zu sterben. Tatsächlich aber sterben rund 75 % aller Menschen in Deutschland in Krankenhäusern (40 %), wohin sie oftmals noch kurz vor dem Sterben überwiesen werden, oder in stationären Pflegeeinrichtungen (ca. 35 %). Auch diese sind häufig nicht der seit geraumer Zeit vertraute Lebensort, denn ca. 30 % aller Bewohner/innen von stationären Pflegeeinrichtungen versterben bereits im ersten Vierteljahr nach dem Einzug.³ Der Ort und die Umstände des Sterbens entsprechen somit häufig nicht dem Wunsch sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.

Hospizbewegung, Hospizarbeit und Palliativversorgung haben zur Verbesserung der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und zur Unterstützung Angehöriger und anderer Vertrauenspersonen entscheidend beigetragen. Sie haben die Wahrnehmung für die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen geschärft und den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer als eine gesellschaftliche Aufgabe thematisiert. In den letzten Jahren sind beim Auf- und Ausbau der Versorgung bereits Fortschritte erzielt worden. Damit alle schwerstkranken und sterbenden älteren Menschen an ihren vertrauten Lebensorten möglichst bedarfsgerecht versorgt werden können, ist jedoch eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung erforderlich.

In Deutschland gibt es derzeit rund 1.500 ambulante Hospizdienste,⁴ 221 stationäre Hospize für Erwachsene mit insgesamt ca. 5.000 Betten,⁵ 14 Kinderhospize sowie 304 Palliativstationen und -einheiten. Ferner gibt es insgesamt fast 300 Teams der spezialisierten allgemeinen Palliativversorgung (SAPV-Teams).⁶

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010)“⁷ ist eine wichtige Orientierung für die Entwicklung der

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Christine Kleiber-Bischof.

1 Der Deutsche Verein hält eine gute Hospiz- und Palliativversorgung für alle Altersgruppen, die unter einer lebensverkürzenden Erkrankung leiden, für dringend erforderlich. Er konzentriert sich jedoch in den vorliegenden Empfehlungen auf die Zielgruppe älterer und hochaltriger Menschen.

2 Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2017.

3 Rebscher, H. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 14): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven, Hamburg 2016.

4 Siehe http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html.

5 Siehe http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf.

6 Siehe Kapitel II.

7 Siehe <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>.



Hospiz- und Palliativversorgung. Die daran anknüpfenden „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie (2016)“ geben aus Sicht des Deutschen Vereins allen beteiligten Akteuren wertvolle Impulse.⁸

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Auf die zunehmenden Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und die damit verbundenen Anforderungen an die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen bis ans Lebensende hat der Gesetzgeber mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (2015)⁹ reagiert. Mit dem Gesetz sind grundlegende Verbesserungen für die allgemeine ambulante Palliativversorgung eingeleitet worden. So wurde klargestellt, dass Palliativversorgung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sowie zur ambulanten Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 2a SGB V) gehört. Gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI schließt die Pflege Sterbebegleitung ein. Auch wurde ein individueller Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativberatung in § 39b SGB V geregelt. In § 132g SGB V findet sich zudem die Möglichkeit des Angebots einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stationären Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Darüber hinaus wurde die ambulante Hospizversorgung gestärkt und die finanzielle Ausstattung von Hospizen verbessert. Die Einrichtung eines Schiedsverfahrens soll den Abschluss von Verträgen über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung beschleunigen und damit zum Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und zur Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen beitragen (§ 132d SGB V). Zur Verwirklichung eines fließenden Übergangs zwischen einer kurativen Behandlung und der palliativmedizinischen Versorgung ist zugleich eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung als Bindeglied zwischen der ambulanten palliativmedizinischen Palliativversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung eingeführt worden (§ 87 Abs. 1b SGB V).

Ziele der Empfehlungen

Mit den Empfehlungen gibt der Deutsche Verein Anregungen für die Weiterentwicklung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung älterer und hochaltriger Menschen, um die würdevolle Begleitung, Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase zu fördern. Er geht dabei von dem Grundsatz aus, dass allen Menschen dort, wo sie leben, d.h. vor allem in der privaten Häuslichkeit bzw. in der vertrauten Umgebung, ein würdevolles Lebensende ermöglicht werden soll. Bei Menschen mit Behinderungen kann diese letzte Lebensphase auch

8 Siehe Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016. Die „Koordinierungs- und Vernetzungsstelle zur Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ ist eingerichtet worden, um die Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu unterstützen. Das Projekt ist bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin angesiedelt und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert (2016–2019).

9 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) vom 1.12.2015, BGBl. I S. 2114.

zu einem früheren biografischen Zeitpunkt erreicht sein, allerdings ist ein Leben mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen nicht dadurch automatisch als letzte Lebensphase einzuordnen.

Der Deutsche Verein erkennt die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz einhergehenden Verbesserungen an, sieht jedoch noch weiteren (gesetzgeberischen) Handlungsbedarf und hält die Weiterentwicklung und Gestaltung von hospizlichen und palliativen Strukturen für notwendig. Dazu gehört die Schaffung besserer Rahmenbedingungen in Stadt und Land, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Für die Verwirklichung und Ausgestaltung tragfähiger Versorgungsstrukturen bilden Vernetzung und Kooperation aller handelnden Akteure einen entscheidenden Baustein.

Die Empfehlungen zeigen auf, welchen Beitrag alle relevanten Akteure in den Kommunen leisten können und sollen, um palliative Strukturen weiterzuentwickeln, bestehende Angebote untereinander zu vernetzen und eine palliative und hospizliche Kultur in allen Versorgungsbereichen, in denen ältere Menschen betreut werden, zu stärken. Der Deutsche Verein hält für die wachsende Gruppe älterer Menschen mit Demenz, älterer Menschen mit Behinderungen und älterer Menschen mit Migrationshintergrund adressatengerechte Angebote für erforderlich. Ferner möchte der Deutsche Verein mit seinen Empfehlungen auf die Bedeutung der Hospiz- und Palliativversorgung als eine Aufgabe aufmerksam machen, die alle gesellschaftlichen Kräfte betrifft und die relevanten Akteure dafür sensibilisieren.

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die Umsetzung guter palliativer und hospizlicher Strukturen vor Ort einer hinreichenden Finanzierung bedarf.

Adressaten der Empfehlungen sind Kranken- und Pflegekassen, Bund, Länder, Kommunen, Träger von Diensten und Einrichtungen (ambulant und stationär) der Alten- und Behindertenhilfe, Krankenhäuser, die Gesundheits- und Sozialberufe wie insbesondere Haus- und andere Fachärzt/innen, professionell Pflegenden, Sozialarbeiter/innen, Bildungseinrichtungen für Gesundheits- und Sozialberufe, Hospizvereine, Kirchen und alle in der Hospiz- und Palliativbegleitung haupt- und ehrenamtlich Tätigen.

II. Hospiz- und Palliativversorgung

1. Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativversorgung „... als einen umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Familien. Dies umfasst Erkennung, Erfassung und Behandlung von Schmerzen und Linderung von Leiden sowie anderer Beschwerden und/oder Bedürfnisse körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“¹⁰

Die Palliativversorgung kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden und soll Aspekte der Teilhabe berücksichtigen.

¹⁰ Siehe <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

2. Allgemeine ambulante Palliativversorgung und spezialisierte ambulante Palliativversorgung

In der ambulanten Versorgung wird zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unterschieden.

Die AAPV ist die ambulante Regelversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen: „Die AAPV kümmert sich um Patienten und ihr soziales Umfeld, bei denen sich das Lebensende abzeichnet und deren Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und anderen Vertrauenspersonen erfordert.“¹¹ Durch die AAPV kann der Großteil der Sterbenden im häuslichen Bereich versorgt werden.¹² Leistungen der AAPV sind Bestandteile der allgemeinen Grundversorgung der Gesetzlichen Krankenkassen im SGB V.

Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.¹³ Die SAPV erfordert ein spezialisiertes, interdisziplinär zusammengesetztes Palliativversorgungsteam (SAPV-Team), das ein abgestuftes Versorgungskonzept anbietet. Das SAPV-Team hat eine Beratungs- und Koordinierungsfunktion, Expertise in Schmerztherapie und Symptomkontrolle, in Palliativversorgung und psychosozialer Unterstützung.¹⁴

Wissenschaftliche Studien verdeutlichen die regionalen Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland und weisen darauf hin, dass es insbesondere in den neuen Bundesländern und in Flächenländern an bedarfsdeckenden qualifizierten Angeboten fehlt.¹⁵ Darüber hinaus zeigen Erfahrungen aus der Praxis, dass es auch Schwierigkeiten hinsichtlich der Erreichbarkeit vorhandener Angebote gibt. Der Deutsche Verein regt an, die Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung in die Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfeplanung einzubeziehen, um eine bedarfsgerechte Entwicklung der Versorgungsinfrastrukturen zu gewährleisten.

Der Deutsche Verein hält im Hinblick auf die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung den gezielten Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung für eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche für dringend geboten. Darüber hinaus empfiehlt der Deutsche Verein den Auf- und Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für strukturschwache oder ländliche Regionen, um die Versorgung älterer Menschen am Lebensende auch dort sicherzustellen.

11 Siehe Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Positionspapier der BAGFW zur Allgemeinen (Ambulanten) Palliativversorgung (APV/AAPV), Berlin 2014, S. 3. Die Definition der BAGFW erfolgt in Anlehnung an die Definition der Arbeitsgruppe Allgemeine Ambulante Palliativversorgung im Bayerischen Gesundheitsministerium.

12 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016, S. 17.

13 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL), 2010.

14 Ebenda.

15 Faktenscheck Gesundheit: Palliativversorgung und regionale Unterschiede in der Hospiz und Palliativversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2015, S. 32–34.

Der Deutsche Verein regt an, dass die Krankenkassen neben der Mindestgröße von über 200.000 Einwohner/innen auch die Altersstruktur der Bevölkerung in der Region als weiteres wichtiges Kriterium für den Abschluss von Versorgungsverträgen (einschließlich differenzierter Vergütungsvereinbarungen) berücksichtigen.¹⁶

3. Stärkung und Zusammenarbeit der Akteure der Versorgung

Damit ältere schwerstkranke Menschen ganzheitlich versorgt und ihre individuellen Wünsche am Lebensende berücksichtigt werden, ist eine multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure, Professionen und auch ehrenamtlichen Helfer/innen dringend erforderlich.¹⁷ Der Deutsche Verein hält es für zielführend, ein auf die zu pflegende Person und ihr soziales Umfeld bezogenes individuelles Netzwerk aufzubauen und im Zeitverlauf durch einen der beteiligten Akteure zu koordinieren.

3.1 Angehörige und andere Vertrauenspersonen

Angehörige sind in der Regel die wichtigsten Bezugspersonen für schwerstkranke und sterbende Menschen. In der privaten Häuslichkeit tragen sie meist die Hauptverantwortung für deren Begleitung und Pflege. Sind keine Angehörigen vorhanden oder können oder wollen sie diese Aufgabe nicht übernehmen, gibt es häufig andere Vertrauenspersonen, wie Freunde, Nachbarn oder Bekannte, die an ihre Stelle treten.

Die Begleitung eines Familienmitglieds bis an sein Lebensende ist eine körperlich und psychisch anstrengende und anspruchsvolle Aufgabe und stellt zudem für viele Familien eine wirtschaftliche Herausforderung dar. Die Organisation und Koordination komplexer Pflege- und Betreuungsarrangements bzw. der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes stellt eine hohe Anforderung dar.¹⁸ Angehörige brauchen Unterstützung durch Pflegekräfte im Alltag und benötigen ggf. auch beim Abschiednehmen Begleitung.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde geregelt, dass „Angehörige und andere Vertrauenspersonen“ auf „Verlangen des Versicherten“ an der Hospiz- und Palliativberatung beteiligt werden (§ 39b SGB V). Diese Beteiligung allein reicht jedoch nicht aus.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins benötigen Angehörige bzw. Vertrauenspersonen, die einen sterbenden Menschen pflegen, eine kontinuierliche, im direkten Lebensumfeld erbrachte Anleitung in der palliativpflegerischen Versorgung, Entlastung, psychosoziale Unterstützung, Begleitung sowie Beratungsangebote, um den jeweiligen Anforderungen gerecht werden zu können.

16 Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände: Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund: Stellungnahme zum Gesetz der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG), BT-Drucksache 18/5170, Berlin 2015, S. 3.

17 Die Akteure können sowohl professionell (verschiedene Berufsgruppen) als auch ehrenamtlich tätig sein.

18 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, in: NDV 2012, S. 272–282.

3.2 Haus- und andere Fachärzt/innen¹⁹

Insbesondere Hausärzt/innen sind durch das oft über Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis häufig die primären Ansprechpartner/innen für die allgemeine Palliativversorgung.

Der Deutsche Verein sieht Weiterentwicklungsbedarfe in Hinsicht auf eine bessere Verzahnung von Haus- und anderen Fachärzt/innen mit den weiteren Akteuren der Palliativversorgung, insbesondere im ambulanten Bereich. Darüber hinaus hält er die Mitarbeit von Haus- und anderen Fachärzt/innen in interdisziplinären Qualitätszirkeln für sinnvoll, da dies zur Wissenserweiterung aller Beteiligten, zum wechselseitigen Verständnis und zu einer kontinuierlichen Vernetzung mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Hospizdiensten und SAPV-Teams beitragen kann.

Ein Schritt in die richtige Richtung ist nach Auffassung des Deutschen Vereins die Regelung für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (§ 87 Abs. 1b SGB V) im Hospiz- und Palliativgesetz.²⁰ Der Deutsche Verein erhofft sich dadurch nicht nur eine Zunahme von Weiterqualifizierungen seitens der Ärzteschaft für den Bereich Palliativmedizin, sondern auch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen der AAPV und der SAPV.

3.3 Professionell Pflegende

Im Alltag sind professionell Pflegende zentrale Ansprechpartner/innen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Sie erbringen ein großes Spektrum an direkten Pflegeleistungen, benötigen aber auch Zeit für Kommunikation, psychosoziale Begleitung und persönliche Zuwendung. In der letzten Lebensphase gehören anspruchsvolle Aufgaben wie Symptomkontrolle und die Begleitung bei Angstzuständen und in Krisensituationen dazu. Auch die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen, deren Information, Beratung und die Vermittlung pflegepraktischer Kenntnisse brauchen Zeit und erfordern entsprechende zeitliche Ressourcen der Pflegekräfte.

Auch benötigen Pflegekräfte den kollegialen Austausch über die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen im Rahmen von Fallbesprechungen, Supervisionen oder in der Zusammenarbeit mit SAPV-Teams.

3.4 Hospizarbeit und Ehrenamt

Schätzungen zufolge engagieren sich derzeit ca. 100.000 bürgerschaftlich und hauptamtlich Tätige in Hospizvereinen und in den ambulanten Hospizdiensten, viele davon ehrenamtlich.²¹ Das Ehrenamt bildet in der Geschichte der ambulanten und stationären Hospizarbeit das Fundament und noch heute ist es ein wesentliches Element hospizlicher Begleitung. Ehrenamtliche in ambulanten Hospizdiensten sowie stationären Hospizen übernehmen in der psychosozialen

19 Die Formulierung „Haus- und andere Fachärzt/innen“ dient der Verdeutlichung, dass Hausärzt/innen Fachärzt/innen sind und der Begriff Hausärzt/innen sich auf die hausärztliche Versorgung bezieht.

20 Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere die Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung sowie die Abgrenzung zu anderen Leistungen zu vereinbaren, Bundesgesetzblatt 2015 Teil I Nr. 48, S. 2116.

21 Siehe http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ_ehrenamt.html.

Begleitung von Menschen am Lebensende und deren Angehörigen vielfältige Aufgaben: Sie schenken Zeit und Zuwendung, informieren und beraten zu hospizlichen und palliativen Hilfen, sind häufig wichtige Ansprechpartner/innen bei Sorgen, Ängsten und in Krisensituationen.

Der Deutsche Verein empfiehlt Trägern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Leistungserbringern der Eingliederungshilfe für die Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen den Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten.

3.5 Gestaltung eines Unterstützungsnetzes

Die Gestaltung eines auf die Person bezogenen Unterstützungsnetzes braucht Abstimmung und gemeinsame Ziele sowie verbindliche Regelungen unter den Akteuren. Alle Beteiligten sollten hierbei auf Augenhöhe kooperieren.

Aus Sicht des Deutschen Vereins sollten Haus- und andere Fachärzt/innen zukünftig stärker mit ambulanten Hospiz- und Pflegediensten zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit von Hausärzt/innen und anderen Fachärzt/innen mit stationären Pflegeeinrichtungen sowie SAPV-Teams und Beratungs- und Koordinierungsstellen vor Ort (z.B. Pflegestützpunkten) sollte ebenfalls verbessert werden. Hospizdienste sind auf Wunsch der/des Betroffenen in Fallbesprechungen stationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe einzubinden. Neben Nahestehenden sollten weitere Akteure wie Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen, seelsorgerische Begleiter/innen sowie weitere therapeutische Berufe wie Physio- und Ergotherapeut/innen gezielt in das Palliativnetz eingebunden werden.

Eine gut funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen setzt voraus, dass – je nach konkretem Einzelfall – ein an der Begleitung, Versorgung und Betreuung beteiligter Akteur die Verantwortung für die Kommunikation sowie die Koordinierung und Strukturierung der gemeinsamen Arbeit übernimmt. Während diese Aufgabe in einem Fall von einer Hausärztin oder einem Hausarzt oder einem/einer Angehörigen wahrgenommen werden kann, sind in anderen Konstellationen – je nach Einzelfall – der ambulante Pflegedienst oder der ambulante Hospizdienst eher dafür geeignet. In jedem Fall ist der Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden.

III. Gut versorgt am Lebensende

1. Aufgaben der Krankenkassen

Mit dem Rechtsanspruch der Versicherten auf Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen (§ 39b SGB V) soll den Betroffenen und ihren Angehörigen der Zugang zu Angeboten erleichtert und Angebotstransparenz erreicht werden. Der Anspruch umfasst die Verpflichtung der Krankenkassen zur Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner/innen der regional verfügbaren Beratungs-

und Versorgungsangebote und zur Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Den Krankenkassen ist somit eine wichtige Funktion als Anlauf- und Vernetzungsstelle übertragen worden.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Krankenkassen, das neue Hospiz- und Palliativberatungsangebot nach § 39b SGB V mit Trägern von Diensten und Einrichtungen, insbesondere ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen, sowie mit bestehenden örtlichen Beratungsstrukturen, z.B. Pflegestützpunkten, SAPV-Teams und Hospizvereinen, zu koordinieren und insbesondere in ländlichen Räumen zu vernetzen.

Darüber hinaus sollten die Angebote der Krankenkassen interkulturell geöffnet und neben der Beratung vor Ort auch barrierefrei auf einer Internetplattform zur Verfügung gestellt werden. Aus Sicht des Deutschen Vereins ist die Kooperation und Verknüpfung mit regionalen und bundesweit vorhandenen Internetplattformen zur Hospiz- und Palliativversorgung sinnvoll.

Informationen zu rechtlichen Vorsorgeinstrumenten

Nach § 39b Abs. 2 SGB V haben die Krankenkassen in allgemeiner Form über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung zu informieren. Krankenkassen sollen auch hier eine Lotsenfunktion übernehmen und auf Informationsmaterialien und Formulierungshilfen über rechtliche Vorsorgeinstrumente anderer öffentlicher Stellen hinweisen.²² Der Deutsche Verein hält diesbezüglich die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Akteuren von Beratungsangeboten vor Ort (Ärzt/innen, Hospizvereine und ambulante Hospizdienste, kommunale Beratungsangebote, Sozialdienste der Krankenhäuser, Betreuungsvereine, Betreuungsbehörden, Pflegestützpunkte u.a.) für erforderlich.

Die Beratung und die Regelung der Vorsorge selbst sollten so früh wie möglich stattfinden, damit die Verfügungen oder Vorsorgevollmachten noch wirksam abgeschlossen werden können. Entsprechende Beratungsanlässe können sich beispielsweise bei Krankenhausaufenthalten für Sozialdienste ergeben oder bei Kontakten mit Pflegestützpunkten oder anderen Beratungsstellen. Nicht immer muss das Interesse an Vorsorgeregelungen initial für eine solche Beratung sein.

Der Deutsche Verein empfiehlt gerade im Hinblick auf hochaltrige Menschen und die wachsende Gruppe von Menschen mit Demenz, die Dokumente für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung in leicht verständlicher Form und Sprache sowie für Menschen mit geistiger Behinderung auch in „Leichter Sprache“ zu erstellen und den Zugang zu diesen persönlichen Vorsorgeinstrumenten zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

22 Bundesgesetzblatt 2015 Teil I Nr. 48, S. 2115.

2. Aufgaben der Länder

Der Deutsche Verein hält einen flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Ländern und die Förderung einer palliativen und hospizlichen Kultur in allgemeinen Versorgungssettings für erforderlich.

Bundesländer können die Weiterentwicklung der Angebotsstruktur in unterschiedlicher Weise, z.B. über die Festlegung von Gesundheitszielen oder Zielkatalogen, unterstützen. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen haben bereits Landesregelungen in Form von Rahmenkonzepten für die Koordination und Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt. Häufig ging dem eine Bestandsaufnahme zu vorhandenen Angeboten und Lücken der Hospiz- und Palliativversorgung in den Ländern voraus.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Bundesländern den Auf- und Ausbau hospizlicher und palliativer Strukturen (weiter) zu fördern, bestehende Steuerungsinstrumente zu nutzen und Ziele zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung zu formulieren. Ferner empfiehlt er Bundesländern, die bislang nicht über entsprechende Landesregelungen verfügen, solche zu erarbeiten.

Sofern Landesregelungen bereits vorliegen, regt er an, die Kommunikation über die Rahmenkonzepte landesweit zu intensivieren, um die Gestaltungsprozesse in Kommunen sowie die Umsetzung von Maßnahmen zu befördern. Außerdem schlägt er den Ländern vor, zu evaluieren, ob die in den Rahmenkonzepten festgelegten Maßnahmen ihre Wirkung erreicht haben.

Die Länder Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen haben Anlauf- bzw. Koordinierungsstellen für Hospiz- und Palliativversorgung mit dem Ziel eingerichtet, Informationen landesweit bekannt zu machen und Institutionen bei dem Ausbau von Versorgungsstrukturen oder dem Aufbau von Palliativnetzwerken zu beraten.²³

Der Deutsche Verein spricht sich für die Einrichtung solcher Anlauf- bzw. Koordinierungsstellen für Hospiz- und Palliativversorgung“ in allen Bundesländern aus.

Landespflege- oder Gesundheitskonferenzen der Länder können als Foren für eine breite Sensibilisierung hinsichtlich der Relevanz des Themas genutzt werden. In dem Zusammenhang weist der Deutsche Verein auf die Notwendigkeit der Einbeziehung von Organisationen der Selbsthilfe hin.

Die Bundesländer können Kommunen in der Netzwerkbildung unterstützen. Dabei sollten Strukturen und Angebote vor Ort so gestaltet werden, dass einer engeren Vernetzung vorhandener regionaler Angebotsstrukturen sowie der Schließung von Versorgungslücken durch Kooperation und Vernetzung eine zentrale Bedeutung beigemessen werden.

23 Für Berlin ist dies die „Zentrale Anlaufstelle Hospiz Berlin“ (<http://www.hospiz-aktuell.de>), in Hamburg die Koordinierungsstelle für „Hospiz- & Palliativarbeit“ (<http://www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=8>). In Niedersachsen besteht ein Landesstützpunkt „Hospizarbeit und Palliativversorgung“ (<http://www.hospiz-palliativ-nds.de/>) und in Nordrhein-Westfalen die „Ansprechstelle zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA)“ mit zwei Geschäftsstellen in Bonn und Münster (<https://alpha-nrw.de/alpha-darstellung/>).

Der Deutsche Verein fordert Bund und Länder auf, Modellprojekte zur Stärkung von Kooperation und Vernetzung für die Hospiz- und Palliativversorgung zu initiieren und zu fördern, um Kommunen in der fachübergreifenden Netzwerkbildung vor Ort zu unterstützen.

3. Aufgaben der Kommunen

3.1 Hospiz- und Palliativversorgung als Teil der Sozial-, Gesundheits- und Altenhilfeplanung

In den letzten Jahren haben viele Kommunen ihre Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie ihre ambulanten Hilfen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen gezielt ausgebaut. Dazu gehören u.a. die gemeinsame Trägerschaft von Pflegestützpunkten, die Förderung der Pflegeinfrastruktur, die Schaffung von Beratungs- und Begegnungsangeboten für ältere Menschen im Rahmen der Seniorenarbeit, z.B. in Mehrgenerationenhäusern, sowie die Förderung von Quartiers- bzw. Sozialraumentwicklung. Vor Ort haben Gemeinwesenarbeit, Stadtteilarbeit, Nachbarschaftsinitiativen und bürgerschaftliches Engagement eine große Bedeutung für den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit.

Gute Hospiz- und Palliativstrukturen können vor Ort dazu beitragen, dass ältere schwerstkranke und sterbende Menschen auch in der letzten Lebensphase in der eigenen Häuslichkeit bzw. in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Der Deutsche Verein empfiehlt Kommunen, die Hospiz- und Palliativversorgung im Rahmen der Sozial-, Gesundheits- und Altenhilfeplanung zu berücksichtigen sowie im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Ausbau entsprechender Strukturen zu fördern.

3.2 Gestaltung vernetzter kommunaler Beratungsangebote

Der Deutsche Verein tritt für die Gestaltung einer integrierten, sozialraum- und präventionsorientierten Beratungsinfrastruktur vor Ort ein.²⁴ Auch im Handlungsfeld Hospiz- und Palliativversorgung hält er eine verbindliche und gleichrangige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren für erforderlich, insbesondere zwischen Kranken- und Pflegekassen, Hospizdiensten, Kommunen und kommunalen Beratungsstellen. Durch eine Koordination der Beratungsangebote können Synergieeffekte erzielt werden.

Kommunale Beratungsstellen für das Leben im Alter und auch Pflegestützpunkte sind nach Auffassung des Deutschen Vereins geeignete Strukturen für die Gestaltung einer integrierten, sozialraumbezogenen Beratungsinfrastruktur. So könnten z.B. die Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b SGB V durch die Krankenkasse oder Beratungsangebote von Hospizdiensten in Pflegestützpunkten angeboten werden. Mitarbeiter/innen von Pflegestützpunkten und kommu-

24 „Unter integrierter Beratung wird eine umfassende, lebenslagenorientierte Beratung verstanden, die – soweit erforderlich – die Beratungstätigkeit verschiedener Beratungsträger einzelfallbezogen koordiniert“ (Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 60).

nalen Beratungsstellen sollten für die Beratung zur Hospiz- und Palliativversorgung qualifiziert werden.

3.3 Gestaltung regionaler Palliativnetzwerke

Für die Gestaltung palliativer Strukturen im Sozialraum braucht es eine Stärkung der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Region durch ein regionales Palliativnetzwerk. Dieses verbindet im Idealfall das auf die einzelne Person bezogene Unterstützungsnetz mit der Systemebene. Für die dazu notwendige Kooperation und Vernetzung sowie für die Koordinierung von Hilfen vor Ort sind Kommunen bedeutsame Akteure.

Der Deutsche Verein hält für die Initiierung bzw. Weiterentwicklung von regionalen Palliativnetzwerken ein kommunales Handeln für besonderes hilfreich, soweit die Rahmenbedingungen für die Kommunen stimmig sind und personelle bzw. fachliche Ressourcen hierfür zur Verfügung stehen.

In regionalen Palliativnetzwerken sollten insbesondere Organisationen und Institutionen mitwirken, die unmittelbar mit palliativ oder hospizlich zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen befasst sind und ihre Fachkompetenz in die Netzwerkgestaltung einbringen können. Neben den bereits genannten Akteuren sollten dort auch Sanitätshäuser, Apotheken, Notfall- und Rettungsdienste, Organisationen der Selbsthilfe für Menschen mit Behinderung, Migrantenorganisationen, Seelsorgedienste und Kirchen, Bildungsstätten für Gesundheits- und Pflegeberufe sowie Bestattungsinstitute mitwirken. Dabei ist die Schaffung von Parallelstrukturen zu vermeiden. Auf den vielerorts bestehenden Strukturen rund um Pflege und Versorgung muss aufgebaut werden.

3.4 Weiterentwicklung von Quartiersstrukturen

Im unmittelbaren Lebensumfeld können schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen auch von funktionierenden Nachbarschaften und von bürgerschaftlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern wirkungsvoll unterstützt werden. Entsprechend ist die Palliativversorgung in Konzepten der Quartiersentwicklung sowie in der Altenhilfe-, Gesundheits- und Sozialplanung besonders zu berücksichtigen.

Der Deutsche Verein regt an, dass z.B. Haus- und andere Fachärzt/innen, ambulante Hospizdienste, Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe, SAPV-Teams sowie Selbsthilfeorganisationen in Prozesse der Quartiersentwicklung stärker einbezogen werden.

3.5 Spezifische Anforderungen in ländlichen Räumen

In vielen ländlichen Räumen ist die lokale Infrastruktur, insbesondere für ältere Menschen, ausgedünnt. Mit dem Bevölkerungsrückgang schrumpfen in der Regel auch die Selbsthilferessourcen.²⁵ Zudem wird in strukturschwachen oder

²⁵ Dehne, P.: Herausforderungen, Strategien und Lösungsansätze beim Umbau der Daseinsvorsorge in ländlichen Regionen,

ländlichen Regionen sowohl die medizinische Versorgung durch Haus- und andere Fachärzt/innen als auch die Ausstattung mit anderen Gesundheitseinrichtungen wie Apotheken, Pflegediensten, Therapeut/innen etc. wie auch mit wohnortnahen ambulanten Hospizdiensten zunehmend schwieriger. Daher verfolgt der Gesetzgeber mit dem Hospiz- und Palliativgesetz auch das Ziel, den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in strukturschwachen oder ländlichen Regionen zu unterstützen.

Der Deutsche Verein setzt sich seit Langem für die Entwicklung berufsgruppen- und sektorenübergreifender neuer Lösungen der Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Regionen ein. Für die Niederlassung von Haus- und anderen Fachärzt/innen sowie für deren Vernetzung mit Pflegediensten, niedergelassenen Therapeuten, Apotheken und sozialen Diensten vor Ort sollten in ländlichen Regionen verstärkt Anreize geschaffen werden, z.B. durch die Bereitstellung von Praxisräumen, Krippenplätzen etc.

Für die palliative Versorgung in strukturschwachen Regionen hält der Deutsche Verein die interkommunale Zusammenarbeit für unerlässlich. Ferner schätzt der Deutsche Verein neben dem Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung die Stärkung von Kooperation und Vernetzung vor allem mit den zentralen Orten für sinnvoll ein. Auch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern spielt hierbei eine Rolle.

Aus versorgungspolitischer Sicht hält der Deutsche Verein – gerade mit Blick auf die ländlichen Regionen – die Delegation von Kompetenzen für einen Schritt in die richtige Richtung und befürwortet deren weiteren Ausbau.²⁶

Pflege- und weitere soziale Dienste der gesundheitsbezogenen Versorgung sollten durch die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kommunen aktiv dabei unterstützt werden, auch in ländlichen Gebieten zu auskömmlichen Bedingungen in der Hospiz- und Palliativversorgung tätig sein zu können.

Zu diesem Zweck empfiehlt der Deutsche Verein u.a. die hinreichende Finanzierung langer Wegstrecken für ambulante Pflegedienste, damit Anreize für die Ansiedlung von Pflegediensten in ländlichen Regionen geschaffen und eine palliativpflegerische Versorgung auch dort sichergestellt werden kann.

Gerade in ländlichen Räumen kann der Einsatz von Telemedizin aus Sicht des Deutschen Vereins dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen, z.B. durch Online-Sprechstunden bei Haus- und anderen Fachärzt/innen (u.a. zur Kontrolle von Vitalzeichen oder für onlinebasierte psychosoziale Unterstützungsangebote).

Der Deutsche Verein bekräftigt seine Forderung nach einem versorgungspolitischen Gesamtkonzept unter Einbeziehung aller relevanten Akteure, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.²⁷

Vortrag bei der Fachtagung „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Deutschen Vereins am 15. April 2016 in Berlin.

26 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz- GKV-VSG) vom 10.12.2014, in: NDV 2015, 59–63.

27 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetz-

4. Aufgaben der häuslichen Krankenpflege

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurde mit § 37 Abs. 2a SGB V die ambulante Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege insbesondere durch die Möglichkeit, häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum als vier Wochen zu erhalten, gestärkt. Darüber hinaus ist der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Richtlinie über die Verordnung der häuslichen Krankenpflege (HKP-RL) durch weitere Ausführungsbestimmungen zu konkretisieren und Näheres zur ambulanten Palliativversorgung festzulegen (§ 92 Abs. 7 SGB V). Obwohl das Hospiz- und Palliativgesetz seit dem 1. Dezember 2015 in Kraft ist, liegt erst seit dem 16. März 2017 eine Überarbeitung vor.

Der Deutsche Verein empfiehlt, in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege palliativpflegerische Maßnahmen, psychosoziale Begleitung sowie eine fallbezogene Koordination in der häuslichen Krankenpflege adäquat zu berücksichtigen.

5. Aufgaben stationärer Pflegeeinrichtungen und gemeinschaftlicher Wohnformen für Menschen mit Behinderung

In stationären Pflegeeinrichtungen leben heute vorwiegend multimorbide hochbetagte und pflegebedürftige Menschen, darunter viele Menschen mit Demenz. Wissenschaftlichen Studien zufolge versterben ca. 20 % der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen²⁸ und rund 60 % innerhalb des ersten Jahres nach ihrem Einzug.²⁹ Jährlich sind dies ca. 340.000 Menschen.³⁰ Die stationären Pflegeeinrichtungen sind daher gefordert, sich auf die gestiegenen Anforderungen an die Palliativversorgung ihrer Bewohner/innen einzustellen.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins sind im Hospiz- und Palliativgesetz die Herausforderungen zur Weiterentwicklung und Umsetzung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend berücksichtigt worden.

In Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, die sich mit den aktuellen Gesetzen in sogenannte gemeinschaftliche Wohnformen weiterentwickeln, leben in Deutschland ca. 210.000 Menschen mit Behinderung. Auch hier bestehen große Herausforderungen bei der Umsetzung der Palliativversorgung, die vor Ort zumeist in Kooperation z.B. mit ambulanten Hospizdiensten umgesetzt wird.

5.1 Palliativpflegerische Versorgung

Nach Auffassung des Deutschen Vereins erfordert die palliative Pflege, Begleitung und Betreuung der Bewohner/innen auch im stationären Bereich mehr zeitliche und personelle Ressourcen.

lichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 10.12.2014, in: NDV 2015, S. 59–63.

28 Schönberg, F./de Vries, B.: Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege, Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2011, H. 5, 370–375.

29 Daneke, S. (): Mehr Hospizkultur in Pflegeheimen, in: Die Schwester/Der Pfleger 2009, 452–455.

30 Gröhe, H./Widmann-Mauz, A. u.a.: Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 10.11.2014, 7.

Die medizinische Behandlungspflege ist bei älteren sterbenden Menschen wie auch sterbenden Menschen mit Behinderung durch die notwendige Symptomkontrolle und Beobachtung des sterbenden Menschen aufwendiger. Aus Sicht des Deutschen Vereins ist es notwendig, die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich mit der des ambulanten Bereichs gleichzustellen. Dies darf allerdings nicht mit einer finanziellen Mehrbelastung der Pflegebedürftigen einhergehen.

Der Deutsche Verein wiederholt seine Forderung, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich im SGB V zu verankern.³¹

Das Pflegepersonal steht unter einer hohen Arbeitsbelastung. Für die vielfältigen Arbeitsaufgaben einer palliativpflegerischen Versorgung bedarf es eines besseren Personalschlüssels. Die Aufnahme der Sterbebegleitung in den Leistungskatalog ermöglicht es zusammen mit der Erweiterung der Landesrahmenverträge, die Personalschlüssel zu verändern. Da die Leistungssätze der Pflegekassen jedoch gleich bleiben, wird jede Anhebung des Pflegesatzes zulasten der Bewohner/innen gehen, wodurch sich der Eigenanteil an der Finanzierung des Heimplatzes erhöht und ggf. auch die Sozialhilfeträger stärker belastet.³²

Der Deutsche Verein hält die Sicherung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung für stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen des SGB V für erforderlich. Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „Versorgung sterbender Menschen in der stationären Langzeitpflege“³³ im Hinblick auf den Koordinierungsaufwand und die Kosten des noch nicht finanzierten palliativpflegerischen Mehraufwands zeitnah auszuwerten, damit diese in künftige Gesetzesänderungen einfließen und in den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden können.

5.2 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V)

Stationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten (§ 132g SGB V). Hierbei soll über geeignete Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und psychosozialen Versorgung beraten sowie Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt und festgelegt werden. Diese Festlegungen sind insbesondere in Notsituationen wichtig, wenn eine Kommunikation mit den Betroffenen nicht möglich ist.³⁴

31 Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege, in: NDV 2013, 385–390.

32 Diakonie Deutschland/Caritas: Stellungnahme Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG), Berlin 2015, 32.

33 Siehe http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/a_dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung_Versorgung_Sterbender_Langzeitpflege_final.pdf.

34 Näheres zu Inhalt und Anforderungen an die gesundheitliche Versorgungsplanung wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und mit den Vereinigungen der Träger vereinbart (Bundesgesetzblatt 2015 Teil I Nr. 48, Bonn, S. 2116).

Im Rahmen der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase schlägt der Gesetzgeber Fallbesprechungen vor. Aus Sicht des Deutschen Vereins stellen Fallbesprechungen für die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams einen sinnvollen interdisziplinären Rahmen dar. Hier kann auch eine Ethikberatung einbezogen werden.

Der Deutsche Verein empfiehlt allen Einrichtungsträgern, die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V anzubieten. Perspektivisch hält er – unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse im stationären Bereich – die Ausweitung der gesundheitlichen Versorgungsplanung auf den ambulanten Bereich für wünschenswert.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins braucht es klare Zuordnungen und Festlegungen von Verantwortlichkeiten an entsprechend qualifizierte Ansprechpersonen. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe muss das Personal sowohl über pädagogische Kompetenzen in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung als auch über Kenntnisse der Hospiz- und Palliativversorgung verfügen.

Für die Durchführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung und für die Implementierung einer hospizlichen und palliativen Kultur regt der Deutsche Verein an, dass der Gesetzgeber neben der gesundheitlichen Versorgungsplanung auch für die Aufgabe der Koordination und Förderung der multiprofessionellen Zusammenarbeit außerhalb von Einrichtungen entsprechende gesetzliche Regelungen weiterentwickelt.

6. Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus und Zusammenarbeit mit Akteuren der ambulanten Versorgung

Insgesamt gibt es derzeit rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland mit insgesamt über 500.000 Betten sowie mehr als 300 Palliativstationen mit insgesamt ca. 2.000 Betten.³⁵

Eine bedarfsgerechte und angemessene Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern ist keineswegs flächendeckend gegeben.³⁶ Die Ausgangslagen für eine allgemeine Palliativversorgung in Krankenhäusern sind unterschiedlich, entsprechend der jeweiligen Rahmenbedingungen der Bundesländer (z.B. Landeskrankengesetze). Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergänzt.³⁷ Zudem können nach § 39a Abs. 2 S. 2 SGB V Krankenhäuser auch ambulante Hospizdienste mit der Sterbebegleitung Betroffener im Krankenhaus beauftragen.

Die meisten schwerstkranken und sterbenden Menschen benötigen eine allgemeine Palliativversorgung und werden in der Regel auf Allgeminstationen im

35 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Bertelsmann Stiftung: Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Gütersloh 2015.

36 Siehe www.charta-zur-betreuung-sterbender.de.

37 Durch die Veränderung in der Finanzierung des DRG-Systems im Krankenhaus können Palliativstationen und -einheiten aus dem DRG-System als „Besondere Einrichtungen“, auf Antrag des Krankenhauses zeitlich befristet ausgenommen werden. Dadurch können für Palliativstationen krankhausindividuelle Entgelte mit Kostenträgern vereinbart werden.

Krankenhaus betreut.³⁸ In ca. 15 % der Krankenhäuser wird spezialisierte Palliativversorgung angeboten.³⁹

Der Deutsche Verein sieht insgesamt Weiterentwicklungsbedarfe für die allgemeine Palliativversorgung und die flächendeckende Gestaltung und Etablierung einer hospizlichen und palliativen Kultur in Krankenhäusern.

Ferner hält es der Deutsche Verein für erforderlich, in Krankenhäusern entsprechende Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse zu gestalten. Auch im Hinblick auf die hospizliche und palliative Beratung, die Gewährleistung einer guten allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus und bezogen auf Kooperation und Vernetzung sieht der Deutsche Verein Weiterentwicklungsbedarfe. Das gilt auch für die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch in Bezug auf die Mitwirkung von Krankenhäusern in regionalen Palliativnetzwerken. So gibt es bereits in einigen Krankenhäusern multiprofessionelle Palliativdienste.⁴⁰

Der Deutsche Verein regt den Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Palliativdiensten innerhalb von Krankenhäusern und ggf. die Zusammenarbeit mit externen multiprofessionellen Palliativdiensten an.

Um eine Versorgungskontinuität zu gewährleisten, hält der Deutsche Verein eine bessere Verzahnung zwischen dem Krankenhaus und den Akteuren der ambulanten Versorgung für notwendig. Die Ärzt/innen sollten Kontakt zu Haus- und anderen Fachärzt/innen, der Krankenhaussozialdienst zu ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten, Hospizen oder SAPV-Teams aufnehmen. Die Akteure der ambulanten palliativen Versorgung sollten frühestmöglich in die Behandlung im Krankenhaus einbezogen und darüber informiert werden; der Kontakt sollte bis zur Rückkehr in die Häuslichkeit gehalten werden.⁴¹

Der Deutsche Verein empfiehlt die aktive Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Akteuren der ambulanten palliativen Versorgung, um die Kontinuität der Versorgung Betroffener zu verbessern.

7. Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung

Ambulante und stationäre Einrichtungen der Alten-, Gesundheits- und Behindertenhilfe sollten bestehende konzeptionelle Grundlagen zur Etablierung einer hospizlichen Kultur und Palliativversorgung weiterentwickeln bzw. entsprechende Grundlagen neu aufbauen. Organisations- und Personalentwicklungsprozesse

38 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016, 2.

39 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Palliativversorgung im Krankenhaus. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz, 2016.

40 Diese Palliativdienste sind auch als palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) bekannt. Dazu gehören Ärzt/innen und Pflegekräfte. Sie bieten Ärzt/innen und Fachgruppen im Krankenhaus ihr Fachwissen bezüglich Palliativmedizin an. Diese Dienste können intern oder extern in Anspruch genommen werden.

41 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG), in: NDV 2015, 59–63.

se der Einrichtung sollten daran anknüpfen. Für diese (Weiter-)Entwicklungsprozesse wird eine ausreichende Finanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen benötigt.

Der Deutsche Verein empfiehlt die Weiterentwicklung einer hospizlichen und palliativen Kultur in Einrichtungen der Alten-, Gesundheits- und Behindertenhilfe. Diese sollte mit Organisationsentwicklungsprozessen verknüpft werden. Darüber hinaus empfiehlt er Trägern von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern sowie Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen für die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Aus Sicht des Deutschen Vereins ist es unerlässlich, dass die Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung – unabhängig vom Ort der Versorgung – gewährleistet wird. Es ist sinnvoll, an bereits bestehende Maßnahmen der Qualitätssicherung anzuknüpfen und diese um hospizliche und palliative Inhalte zu erweitern.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Trägern sozialer Dienste und Einrichtungen, die Qualitätssicherung für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in ihrem internen Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln.

8. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Qualifikation der professionellen Akteure ist für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sehr bedeutsam. Nicht nur die unmittelbar an der Behandlung und Versorgung beteiligten Gesundheits- und Sozialprofessionen (Ärzt/innen, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Sozialarbeiter/innen und Therapeut/innen etc.) benötigen auf diese Themen ausgerichtete Kompetenzen, sondern auch mittelbar beteiligte Kontaktpersonen. Dazu gehören z.B. Fachkräfte der Hauswirtschaft, gesetzliche Betreuer/innen, Mitarbeitende in Beratungsstellen sowie im Rettungsdienst. Schließlich sind auch Angehörige und andere Vertrauenspersonen oder ehrenamtliche Helfer/innen gefordert, ihr Wissen und ihre Handlungskompetenz zu erweitern.

Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, Kenntnisse der Hospiz- und Palliativversorgung und den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen in die Grundausbildungen aller Gesundheits- und Sozialprofessionen zu integrieren. Darüber hinaus sind gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote vorzuzulassen.

So sollten Haus- und Fachärzt/innen kontinuierlich im Bereich Palliativmedizin qualifiziert werden, um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Auch Pflegefachkräfte benötigen gezielte Fort- und Weiterbildungen, um ihren anspruchsvollen Aufgaben in der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen gerecht werden zu können. Neben der Vermittlung von fachlicher Expertise sind Achtsamkeit und Einfühlungsvermögen als Grundhaltung zu entwickeln. Ähnlich müssen auch andere Berufsgruppen wie Therapeut/innen und Sozialarbeiter/innen oder Psycholog/innen für dieses Aufgabengebiet qualifiziert

werden. Da Betroffene in Krisensituationen häufig noch kurz vor dem Lebensende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, regt der Deutsche Verein an, auch Notärzt/innen und Notfallsanitäter/innen mit einem palliativmedizinischen Basiswissen auszustatten.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Verbänden und Fachgesellschaften der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe – darunter beispielsweise den Ärztekammern, Apothekenkammern, Pflegekammern –, aber auch einschlägigen Bildungseinrichtungen, Fort- und Weiterbildungsangebote für die Palliativversorgung auszubauen.⁴² Dabei sollte kein Versorgungsbereich ausgenommen werden und insbesondere auch für die speziellen Bedarfs- und Problemlagen von alten Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Demenz oder auch von Migrant/innen sensibilisiert werden.

Der Deutsche Verein regt an, solche Fort- und Weiterbildungsangebote auch als „Blended Learning“⁴³ anzubieten, um möglichst vielen Personen die Teilnahme zu ermöglichen. Ferner empfiehlt er, das Thema Kooperations- und Vernetzungsarbeit in der Palliativversorgung in der Fort- und Weiterbildung zu verankern und insbesondere interprofessionelle Angebote einzurichten, in denen Ärzt/innen, professionell Pflegende, Therapeut/innen, Sozialarbeiter/innen und weitere Gesundheitsprofessionen miteinander zu diesem Thema lernen können.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind so auszustatten, dass je nach Aufgabenbereich und Wissensstand unterschiedliche Qualifizierungen vorgehalten werden. Der Deutsche Verein sieht es als zielführend an, dass vor Ort eine angemessene Zahl an Palliativfachkräften mit einer 160-stündigen Zusatzqualifikation „Palliative Care“ zur Verfügung steht. Für Pflegehilfskräfte und nicht pflegerische Berufe hält der Deutsche Verein die Qualifikation z.B. durch das 40-stündige Curriculum „Palliative Praxis“ für sinnvoll.⁴⁴ Träger sozialer Dienste und Einrichtungen sollten das Pflegepersonal, das mit der Versorgung von Menschen mit Demenz und Menschen mit Migrationshintergrund betraut ist, für die Versorgung am Lebensende durch Fort- und Weiterbildung qualifizieren. Zu der Entwicklung einer guten hospizlichen Kultur in Pflegeeinrichtungen gehört es nicht zuletzt, dass den Mitarbeitenden in der Palliativversorgung – in allen Versorgungssettings – eine Selbstsorge ermöglicht wird, z.B. durch kollegiale Beratung, Supervision sowie Stressmanagement.

Neben den professionellen Helfer/innen benötigen auch Angehörige, Nachbarn, Nachbarn und ehrenamtlich Mitarbeitende Information und Angebote zum Erwerb palliativer Kompetenzen sowie praktische Anleitung zur Wahrneh-

42 Fort- und Weiterbildungsangebote sollten auf der Grundlage „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa (EAPC)“ und der dort formulierten zehn Kernkompetenzen in Palliative Care der EAPC aktualisiert und erweitert werden. Siehe: <http://www.eapcnet.eu>.

43 „Blended Learning“ (blended: gemixt, zusammengemischt) meint die Kombination unterschiedlicher Methoden und Medien, etwa aus Präsenzunterricht und Lernen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationsmedien (E-Learning).

44 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016, 37.

mung ihrer Aufgaben bei der Begleitung, Unterstützung und Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher den Ausbau von Angeboten zur Information, Beratung und Anleitung für Angehörige und andere informelle Helfer/innen auch zu den spezifischen Themen der Sterbebegleitung und der palliativen Versorgung.

9. Anforderungen an die Begleitung einzelner Personengruppen

9.1 Die Begleitung von Menschen mit Demenz⁴⁵

Gegenwärtig leben fast 1,6 Millionen Menschen in Deutschland, die an einer diagnostizierten Demenz erkrankt sind.⁴⁶ Die Begleitung von Menschen mit Demenz erfordert ein spezifisches Wissen über die Formen der Erkrankung und ihren Verlauf sowie über die besonderen Anforderungen an die Betreuung am Lebensende. Angehörige sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer brauchen hier entsprechende Informations- und Aufklärungsangebote.

Die letzte Lebensphase kann sich bei Menschen mit Demenz über Jahre hinziehen. Anzeichen dieser letzten Lebensphase können sein, dass die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation gänzlich verloren geht, engste Angehörige nicht erkannt werden, dass die Nahrungsaufnahme schwierig ist oder die Mobilität stark eingeschränkt ist. Die Begleitung in der letzten Lebenszeit erfordert daher ein besonderes Einfühlungsvermögen an die Begleitenden und eine personelle Kontinuität, damit Veränderungen (z.B. auftretende Schmerzen) beobachtet, erkannt und angemessen behandelt werden können.⁴⁷ Auch Menschen mit Demenz wollen in der vertrauten Umgebung sterben. Ein gutes Palliativnetz und eine frühzeitige gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geben Pflegekräften und Angehörigen mehr Sicherheit in der Begleitung und Versorgung. Der Deutsche Verein hält es für notwendig, dass auch rechtliche Betreuer/innen in das Palliativnetzwerk sowie in Fallbesprechungen einbezogen werden, um gemeinsam den Willen der/des Betroffenen zu ermitteln und umzusetzen.

Der Deutsche Verein empfiehlt Trägern sozialer Dienste und Einrichtungen, das Pflegepersonal hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an eine palliative Begleitung von Menschen mit Demenz, insbesondere hinsichtlich der veränderten Kommunikation (z.B. durch eine feinfühligke Beobachtung), am Lebensende zu qualifizieren.

45 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Unterstützung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen vor Ort, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 87–108.

46 Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden 2017.

47 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016, 51 ff.

9.2 Die Begleitung von Menschen mit Behinderungen

Der Deutsche Verein hält es für notwendig, dass Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe, stationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Hospize den Anforderungen an eine gute Hospiz- und Palliativversorgung älterer Menschen mit Behinderungen in ihrer letzten Lebensphase gerecht werden.

Menschen mit Behinderungen leben häufig seit vielen Jahren in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Sie haben dort ihr soziales Umfeld und enge Beziehungen zu Fachkräften aufgebaut. Durch die Umsetzung entsprechender Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse soll der Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglicht und der Umzug sowohl in ein Krankenhaus als auch in ein Pflegeheim so weit wie möglich vermieden werden.

Die Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Bedürfnisse und die Ermöglichung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe spielen in der Eingliederungshilfe eine große Rolle.⁴⁸ Daran kann bezogen auf die Entwicklung einer hospizlichen Haltung und die Gestaltung der Palliativversorgung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe angeknüpft werden. Auch die Tradition einer multiprofessionellen Zusammenarbeit kann für eine professionelle Hospiz- und Palliativversorgung gut genutzt werden. So kann die Palliativkompetenz in den Einrichtungen durch Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten oder SAPV-Diensten sowie durch die Beschäftigung eigener Pflegekräfte mit Kompetenzen in palliativer Betreuung, Versorgung und Begleitung gestärkt werden.

Menschen mit Behinderungen brauchen einen barrierefreien Zugang zu Informationen und Beratung über Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung.⁴⁹

Der Deutsche Verein weist auf die mehrfach gesetzlich verankerte Verpflichtung (z.B. in § 17 SGB I und § 11 BGG) hin, die Ausführungen von Sozialleistungen so umzusetzen, dass sie auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind (z.B. durch Gebärdensprache, „Leichte Sprache“). Er fordert, dieser gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen und für die Hospiz- und Palliativberatung barrierefreie Materialien zu erstellen und zu verwenden sowie die zielgruppengerechte Beratung sicherzustellen.

9.3 Die Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund⁵⁰

Wissenschaftlichen Studien zufolge nehmen Menschen mit Migrationshintergrund eine SAPV nur in einem geringen Maß in Anspruch.⁵¹ Barrieren, die einer Inanspruchnahme entgegenstehen, sind insbesondere Wissens- und Informationsdefizite über bestehende Angebote, mangelnde Kenntnisse der Leistungen

48 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration/Bayerisches Staatsministerium Pflege: Was Menschen berührt. Palliative Care und Hospizarbeit in der Behindertenhilfe. Rahmenkonzept, München 2015, 21.

49 Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, in: NDV 2012, 15–19.

50 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 109–133.

51 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, Berlin 2016, 46 ff.

der Regelversorgung sowie Sprach- und Kommunikationsbarrieren, aber auch Vorbehalte und tradierte Einstellungen zu Alter, Krankheit und Sterben.

Nach Auffassung des Deutschen Vereins sollte die Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen (nach § 39b SGB V) sowohl interkulturell geöffnet als auch ein niedrigschwelliger Zugang für Migrant/innen ermöglicht werden. Dafür regt der Deutsche Verein eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, interkulturellen Hospizdiensten und Migrantenorganisationen an. Für Menschen mit Migrationshintergrund sind muttersprachliche Beratungsangebote notwendig.

Der Deutsche Verein empfiehlt, den Aspekt der Kultursensibilität sowohl in der Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b SGB V als auch in der Pflegeberatung nach § 7a–7c SGB XI stärker zu berücksichtigen.

Menschen mit Migrationshintergrund benötigen zudem einen kultursensiblen Zugang zur Palliativversorgung. Der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer ist je nach Kultur und Religion unterschiedlich. Migrant/innen benötigen daher differenzierte Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung, die individuelle, kulturelle und religiöse Bedürfnisse beachten.

Der Deutsche Verein empfiehlt Trägern der hospizlichen und palliativen Versorgung, eine kultursensible Ausrichtung ihrer Dienste zu befördern.

Dienste und Einrichtungen benötigen qualifiziertes Personal mit kultursensiblen Kompetenzen. Zielführend wäre es, den Aufbau multikultureller Teams zu intensivieren. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob Sprachmittler/innen oder Dolmetscherdienste einzubeziehen sind. Bezogen auf die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sind muttersprachliche Ärzt/innen und transkulturelle Pflegedienste wichtige Akteure zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren und Ratgeber in der Vermittlung von Pflege-, Hospiz- und Palliativangeboten.

Der Deutsche Verein empfiehlt eine gezielte Einbeziehung von Migrantenorganisationen in regionale Palliativnetzwerke.

Damit Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende gut versorgt werden, braucht es Kooperationen mit Organisationen und Vereinen von Migrant/innen. Daher sind Migrantenorganisationen, Migrationsfachdienste, Glaubens- und Kulturgemeinschaften sowie interkulturelle und transkulturelle Hospizdienste in den Auf- und Ausbau regionaler Palliativnetzwerke⁵² einzubeziehen. Insbesondere hier können sich Migrant/innen in der Hospizarbeit ehrenamtlich engagieren und so den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende sichern.

52 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund). In: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 127.

10. Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer ist Sensibilisierung und Aufklärung sinnvoll. Informationen über Hospiz- und Palliativversorgung und das Bekanntmachen von Angeboten, die eine würdevolle und selbstbestimmte Begleitung am Lebensende ermöglichen, werden dafür benötigt. Eine aktive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit bzw. die Durchführung von Kampagnen unterstützen das ebenso wie der Einsatz entsprechender Medien.

Auch Schulen können einen wichtigen Beitrag zur Aufklärungsarbeit leisten, um entsprechende Projekte zu fördern.

Außerdem sollten vorhandene Informationsmaterialien über Angebote in der Region an Orten wie kommunalen Beratungsstellen oder Begegnungszentren, Pflegestützpunkten, Seniorenbüros, Seniorenorganisationen, Seniorenbeiräten, Mehrgenerationenhäusern sowie in Arztpraxen, bei Pflegediensten und weiteren geeigneten Einrichtungen ausliegen. Die Erstellung von leicht verständlichen, kultursensiblen Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen bzw. auch in „Leichter Sprache“ und in Blindenschrift ist sinnvoll und notwendig. Auch Aufklärungsfilm und Videos, z.B. in Gebärdensprache, werden für diesen Bereich benötigt. Mehrsprachige Medienangebote sollten genutzt werden, um Beiträge für verschiedene Zielgruppen zu erstellen.

Der Deutsche Verein empfiehlt, eine breite Öffentlichkeitsarbeit und aktive Aufklärungsarbeit zu den Themen Hospiz- und Palliativversorgung regional zu initiieren, um bestehende Unsicherheiten im Umgang mit Sterben und Tod zu überwinden und Anforderungen an eine würdevolle und selbstbestimmte Begleitung am Lebensende in die Öffentlichkeit zu tragen.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de