

Prioritäre Handlungsfelder bei der Umsetzung des Leitsatz 2 im Rahmen der Nationalen Strategie 2013-2016

Unter Berücksichtigung der Kommentierungen und der Diskussion in der Sitzung des Runden Tisches am 19. Februar 2014 in Berlin

Zugangsgerechtigkeit

- 1. Transfer in die Regelversorgung (ambulante Versorgung, allg. Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen)**
- 2. Menschen aus besonderen Betroffenenengruppen und anderen Kulturkreisen einbeziehen**
- 3. Vernetzung, integrative Zusammenarbeit, Verantwortung in der Region stärken**

Satz 01 **1. Transfer in die Regelversorgung:**

Satz 02 Palliativversorgung und hospizliche Begleitung müssen allen Betroffenen als Angebot zur Verfügung stehen, die sie benötigen, unabhängig von der Diagnose und der Phase ihrer Erkrankung sowie dem Behandlungs- und Aufenthaltsort.

Satz 03 Fast 50 % der jährlich rd. 860.000 in Deutschland versterbenden Menschen sterben in Krankenhäusern, 20-30 % in stationären Pflegeeinrichtungen und viele in der Betreuung ihres Hausarztes und eines allgemeinen Pflegedienstes.

Satz 04 Ein großer Teil von ihnen benötigt eine umfassendere berufsgruppenübergreifende hospizliche und palliative Betreuung jenseits der spezialisierten Versorgung in unterschiedlicher Intensität.

Satz 05 Hierzu bedarf es noch deutlicher Anstrengungen in den Ausbau der dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen.

Satz 06 Rund 90 % der in stationären Hospizen und Palliativstationen betreuten Patientinnen und Patienten sind Krebspatienten, in der SAPV sind es nahezu 80 %.

Satz 07 Viele Menschen mit anderen Diagnosen, insbesondere mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen als der häufigsten Todesursache in Deutschland, werden bislang von hospizlichen und palliativen Betreuungsangeboten nicht erreicht.

- Satz 08 Dasselbe gilt für viele Menschen im hohen Lebensalter, die aufgrund ihrer Multimorbidität in dieser letzten Lebensphase ihren besonderen Betreuungsbedarf haben.
- Satz 09 Unabhängig vom individuellen Bedarf an Palliativversorgung im Krankheitsverlauf stellt die Betreuung in der Sterbephase, das bedeutet in der allerletzten Lebenszeit, eine besondere Aufgabe für Einrichtungen dar, deren primärer Betreuungsauftrag nicht die Palliativversorgung ist - insbesondere in der allgemeinen ambulanten Versorgung, in den allgemeinen Krankenhäusern und den stationären Pflegeeinrichtungen.
- Satz 10 Hier gilt es, allgemein gültige Prinzipien zu erarbeiten, die eine bestmögliche Betreuung der sterbenden Patientinnen und Patienten sicherstellen und die den betreuenden Teams bzw. Leistungserbringern helfen, die anspruchsvolle Aufgabe der Behandlung und Betreuung der sterbenden Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu erfüllen.
- Satz 11 Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung von hospizlicher Haltung und von Palliativkompetenz und deren tatsächliche Umsetzung in die praktische Arbeit in den Einrichtungen der Regelversorgung hohe Priorität haben.
- Satz 12 Das im Juli 2012 als ein neuer Baustein im Charta-Prozess unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) institutionalisierte Forum für die Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland hat sich diesen Transfer vorrangig zum Ziel gesetzt.
- Satz 13 Es wird moderiert vom BMG. In einer ersten Sitzung stand die allgemeine ambulante Palliativversorgung im Mittelpunkt der Diskussion.
- Satz 14 Hier – wie auch im Bereich der Krankenhäuser und der stationären Pflegeeinrichtungen – gibt es klar zu benennende Probleme auf der einen Seite und gute Beispiele auf der anderen Seite, die es zu analysieren gilt und aus denen konzeptionelle und strukturelle Schlussfolgerungen für eine flächendeckende Umsetzung gezogen werden müssen - bezogen auf die Fragen von Organisation und Strukturen, Fragen der Qualifizierung und der Finanzierung.
- Satz 15 Dabei wird es in besonderer Weise auch darum gehen müssen, nicht in sektoralen Strukturen zu denken, sondern das Grundkonzept der Hospiz- und Palliativbetreuung als ein integratives Konzept in alle Orte und Bereiche zu übertragen, in denen unheilbar kranke Menschen betreut werden und/oder sterben.
- Satz 16 Mit der Einrichtung des „Forum Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland“ als Bestandteil der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Ausbau und die Weiterentwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung und den Transfer von Hospizkultur und Palliativversorgung in die Regelversorgung. Das Forum wird vom BMG geleitet und soll in regelmäßigen Abständen – ca. zweimal im Jahr, bei Bedarf auch häufiger – zusammentreffen. Im Dialog mit dem Bundesgesundheitsministeriums sollen Überlegungen und Vorschläge aus dem Charta-Prozess in die Arbeit des Forums einfließen.
- Satz 17 **2. Menschen aus besonderen Betroffenengruppen und anderen Kulturkreisen einbeziehen**

Satz 18 Der Gesetzgeber hat mit der Regelung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) versucht, diese besondere Versorgungsform möglichst allen Betroffenengruppen zugänglich zu machen, die die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

Satz 19 Mit dem weiteren Ausbau der hospizlichen und palliativen Strukturen wird aber immer deutlicher, dass viele Menschen mit palliativem und hospizlichem Betreuungsbedarf jenseits der spezialisierten Versorgung, die in den Strukturen der Regelversorgung betreut werden (siehe oben), aber auch viele Menschen aus besonderen Betroffenengruppen und Menschen aus anderen Kulturkreisen häufig nicht erreicht werden.

Satz 20 Dies betrifft in besonderer Weise

(Beginn Aufzählung)

Satz 21 **Menschen mit Behinderung**, eine Gruppe, die bereits in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen beispielhaft aufgeführt ist – mit dem Hinweis, dass es sowohl darum gehen muss, die Voraussetzungen in den Einrichtungen für behinderte Menschen selbst zu verbessern, als auch sich in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen und letztlich in allen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auf schwerstkranke und sterbende behinderte Menschen aller Altersgruppen einzustellen.

Satz 22 **Menschen mit Demenzerkrankungen**, in ähnlicher Weise ein besonderes Thema in den Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in den spezialisierten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung

Satz 23 **Menschen ohne Krankenversicherung**

Satz 24 **Menschen mit prekärer Wohnsituation**

Satz 25 **Schwerstkranken und sterbende Menschen im Vollzug** - auch in diesen beiden zuletzt genannten Themenfeldern gibt es bereits Initiativen, die die Fragen umfassend angehen und beispielgebend sein können

Satz 26 Besondere Bedeutung hat darüber hinaus das Thema der hospizlichen und palliativen Betreuung von Migrantinnen und Migranten bzw. ganz generell von

Satz 27 **Menschen aus anderen Kulturkreisen**. In einer bunten werdenden Gesellschaft muss es ein zentrales Anliegen sein, dass jeder Mensch, unabhängig von Religion, Herkunft oder sonstigen persönlichen Lebensanschauungen seinen besonderen Bedürfnissen und Wünschen entsprechend begleitet werden kann. In einer weiteren Arbeitsgruppe sollten daher diese Fragen thematisiert, vorliegende Konzepte analysiert und entsprechende Empfehlungen erarbeitet werden.

(Ende Aufzählung)

Satz 28 **3. Vernetzung auf kommunaler Verantwortung, integrative Zusammenarbeit, Verantwortung in der Region stärken**

- Satz 29 Die hospizliche und palliative Betreuung der schwerstkranken Menschen und ihrer Familien beinhaltet häufig die Verfügbarkeit unterschiedlicher Berufsgruppen sowie die Möglichkeit ehrenamtlicher Betreuung und damit die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.
- Satz 30 Nur so wird vielfach den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen in ihrer körperlichen, sozialen, psychologischen und spirituellen Dimension entsprochen werden können. Darüber hinaus wird für viele schwerstkranken Menschen häufig ein Wechsel zwischen der ambulanten und stationären Versorgung und zwischen verschiedenen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen im Laufe ihrer Erkrankung erforderlich.
- Satz 31 Dies kann aus unterschiedlichen Gründen zu unüberwindlichen Hürden in der Versorgung bis hin zu massiven Versorgungsbrüchen führen. Für eine kontinuierliche und tragende Palliativversorgung ist daher eine effektive Vernetzung bzw. Kooperation der Versorgungsstrukturen und die Koordination in jedem Einzelfall Voraussetzung, die nicht von den Angehörigen oder gar den Patientinnen und Patienten selbst geleistet werden kann.
- Satz 32 Vernetztes, integratives Arbeiten auf institutioneller Ebene im ambulanten und stationären, medizinischen, pflegerischen und hospizlichen Bereich, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern ist unerlässlich.
- Satz 33 Hierzu bedarf es der Bildung regionaler Netzwerke, die gegenseitiges Kennenlernen ermöglichen, die sich den Fragen der Zusammenarbeit und der Qualität widmen und die sich in gemeinsamen Veranstaltungen und Qualitätszirkeln den Fragen und Problemen in der Region stellen.
- Satz 34 Die Kommunen tragen im Sinne der Daseinsvorsorge in besonderer Weise auch Verantwortung dafür, dass in ihrer Stadt, in ihrer Gemeinde ein bedarfsgerechtes Angebot zur Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen vorhanden ist, dass diese Angebote vor allem für Betroffene, aber ebenso für Ärzte, Pflegende, Krankenhäuser, Apotheken oder sonstige an der Versorgung Beteiligte transparent sind und dass entsprechende Netzwerke gebildet und mit Leben erfüllt werden.
- Satz 35 Bei der Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen haben sich bereits zahlreiche Kommunen zu dieser Aufgabe bekannt – dies war auch ausdrücklich von den kommunalen Spitzenverbänden in den Leitsatz 2). der Charta eingebracht worden.
- Satz 36 In einer Arbeitsgruppe im Rahmen der Nationalen Strategie sollten zu diesen Fragen die vorhandenen Erfahrungen und Erkenntnisse analysiert und Empfehlungen erarbeitet werden.

Anregungen für die Arbeitsgruppe(n) zur Umsetzung des Leitsatzes 2:

Zur Erläuterung von Begriffen soll in Ergänzung zu der geplanten erklärenden Präambel ein Glossar erstellt und beigefügt werden (z.B. zu den Begriffen Betreuung, Begleitung oder Versorgung im Bereich Hospiz und Palliativ etc.)

Im Rahmen der Konkretisierung der Handlungsfelder soll jeweils zunächst die IST-Situation beschrieben werden (jedoch keine Erhebungen, z.B. i.S. einer Versorgungsforschung)

In vielen Handlungsfeldern gibt es bereits beispielgebende Entwicklungen oder Projekte und daraus abzuleitende Erfahrungen, die bei der weiteren Konkretisierung der Handlungsfelder herangezogen werden sollen, z.B. bei der Implementierung von Hospizkultur und Palliativversorgung in die Altenpflegeeinrichtungen.

Im Themenfeld 2 zu Leitsatz 2 ist die Aufführung der besonderen Betroffenenengruppen nicht abschließend. Z.B. individuelle Lebensweisen und Lebensanschauungen (z.B. sexuelle Orientierung) sollen dabei mit berücksichtigt werden.