

## **Prioritäre Handlungsfelder bei der Umsetzung des Leitsatz 5 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

### **Die europäische und internationale Dimension**

- 1. Palliativversorgung als Menschenrecht**
- 2. Terminologie und Definition der Begriffe im internationalen Vergleich**
- 3. Qualitätssicherung/ Qualitätsindikatoren**

#### **1. Palliativversorgung als Menschenrecht**

- Satz 01 In Deutschland ist in den letzten Jahren mit dem Auf- und Ausbau der Palliativversorgung und mit einer Reihe von gesetzlichen Änderungen der Zugang zur Palliativversorgung für schwerkranke und sterbende Patientinnen und Patienten verbessert worden.
- Satz 02 Im Vergleich mit anderen Ländern steht Deutschland an 8. Stelle (Bericht der Lien Foundation zur Sterbequalität in 40 OECD Ländern).
- Satz 03 Insbesondere der gesetzlich zugesicherte Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu Hause setzt die internationale Forderung nach dem Zugang zur Palliativversorgung als Menschenrecht um.
- Satz 04 Die European Association for Palliative Care (EAPC), die International Association for Palliative Care (IAHPC), die Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) und Human Rights Watch (HRW) setzen sich in der Prager Charter international dafür ein, dass der Zugang zur Palliativversorgung ein Menschenrecht wird.
- Satz 05 Die Prager Charta fordert, dass Regierungen weltweit gewährleisten müssen, dass Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ihren Anspruch auf Zugang zur Palliativversorgung wahrnehmen können, indem diese integraler Bestandteil der Gesundheitspolitik wird.
- Satz 06 Die deutsche Entwicklung und Umsetzung der Palliativversorgung kann hier als Modell dienen.

Satz 07 Eine Vorreiterrolle könnte Deutschland auch vor den internationalen Organisationen einnehmen, und sich dort für das Recht auf Palliativversorgung einsetzen, so etwa der Europarat, die Europäische Union, die Weltgesundheitsorganisation, die Weltgesundheitsversammlung, die Weltärztekammer und der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Satz 08 In der nationalen Strategie sollten aber auch die Themen und Bereiche identifiziert werden, in denen das Menschenrecht auf ein würdiges Lebensende noch nicht ausreichend umgesetzt wird.

Satz 09 Dazu gehört zum Beispiel die flächendeckende Umsetzung von Advance Care Planning.

Satz 10 **2. Terminologie und Definition der Begriffe im internationalen Vergleich**

Satz 11 Die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die in Deutschland für die Palliativmedizin übernommen wurde, ist mittlerweile 10 Jahre alt, und sollte überarbeitet und angepasst werden.

Satz 12 Im Vergleich zur internationalen Terminologie ist der Unterschied von Hospizarbeit und Palliativmedizin in Deutschland auffällig.

Satz 13 Während in Großbritannien und anderen Ländern die Begriffe Hospiz- und Palliativversorgung fast synonym verwandt werden, wird in Deutschland immer öfter zwischen der Palliativversorgung als Teil des Gesundheitssystems und der Hospizbewegung als sozialer Bewegung unterschieden.

Satz 14 Hier wären ein breiter Diskurs und eine Annäherung an die von der europäischen Fachgesellschaft empfohlene Terminologie sinnvoll.

Satz 15 **3. Qualitätssicherung/ Qualitätsindikatoren**

Satz 16 Die Sicherung einer hohen Qualität in der Palliativversorgung sollte nicht nur innerhalb Deutschlands (z.B. über das Nationale Register zur Hospiz- und Palliativversorgung) gewährleistet werden, sondern auch im internationalen Vergleich mit anderen Ländern.

Satz 17 In den Internationalen Berichten der Lien Foundation und von Martin Moreno et al. für das Europäische Parlament wurde Deutschland jeweils an 8. Stelle aufgeführt, so dass aus diesen Berichten durchaus Möglichkeiten der Qualitätssteigerung identifiziert werden können.

Satz 18 Sinnvoll wäre auch eine aktuelle Wiederholung der Datenerhebung in den europäischen Ländern.

Satz 19 In der flächendeckenden Umsetzung der Palliativversorgung in Deutschland sollten neue Konzepte entwickelt und internationale Qualitätsindikatoren recherchiert werden.

- Satz 20 So könnte diskutiert werden, ob die Einführung eines Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und jedem Pflegeheim (analog z.B. zu Beauftragten für Hygiene), der für die Umsetzung der Palliativversorgung verantwortlich ist (und dies über einen eigenen Palliativdienst als Team aus Arzt, Krankenpflege und psychosozialen Mitarbeiter oder über einen externen Leistungserbringer gewährleisten kann) die Qualität in der stationären Versorgung verbessert.
- Satz 21 Die Effekte einer solchen Maßnahme sollten dann auf nationaler Ebene ausgewertet werden.
- Satz 22 Neue Konzepte können auch aus dem Vergleich mit anderen Ländern entwickelt werden.
- Satz 23 So werden in anderen Ländern die Todesbescheinigungen zentral registriert, und aus einem solchen zentralen Register können wichtige Rückschlüsse zum Sterbeort und zur Sterbesituation gezogen werden.

**Anregungen für die Arbeitsgruppe(n) zur Umsetzung des Leitsatzes 5:**

- Satz: 20: Genau klären, ob „im“ Krankenhaus und „im“ Pflegeheim anstatt in „jedem“ Krankenhaus und „jedem“ Pflegeheim.