

Ausschuss für Gesundheit

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0128(34) gel. ESV zur öAnhörung am 21.09. 15_HPG 18.09.2015</p>

Anhörung Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Stellungnahme Wolfgang M. George

Als zentraler Ausgangspunkt der Empfehlungen zur Anpassung des Gesetzes zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland (HPG) dienen dem Verfasser die Ergebnisse und Erfahrungen, die anlässlich der Durchführung einer empirischen Studie (Gießener Sterbestudie) zu den psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedingungen Sterbender in stationären Einrichtungen (Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Hospizen) ermittelt wurden. Hierfür waren in den Jahren 2013-2015 insgesamt 4.500 Mitarbeiter in 890 Versorgungseinrichtungen deutschlandweit befragt worden.

Als weiteren wichtigen Ausgangspunkt gilt es um die versorgungsepidemiologische Bedeutung der Sterbeorte zu wissen. Mit Ausnahme der Krankenhaustodesfälle gibt es keine verbindlichen Aussagen hierzu, lediglich indirekt ermittelte Berechnungen bzw. regionale Einzelmessungen.

Folgende Graphik gibt einen Überblick.

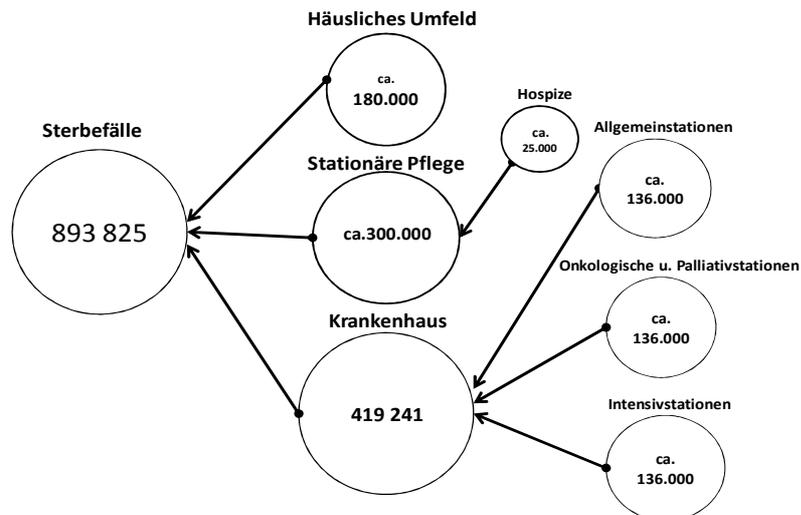


Abbildung 1 Sterbeorte in Deutschland 2013

Aus versorgungsepidemiologischer Sicht muss sich die Hauptaufmerksamkeit des HPG auf die Sterbeorte Krankenhaus und Pflegeheim richten, nicht nur weil in diesen aktuell (ca.80%) und auch in der näheren Zukunft die mit Abstand meisten Menschen versterben werden, sondern auch weil in beiden Einrichtungsarten sich z.T. erhebliche Defizite bzw. Versäumnisse aufzeigen lassen¹.

Bei den Krankenhäusern ist die Situation insbesondere durch den Sachverhalt ausgezeichnet, dass eine heterogene Ergebnisqualität eher der Regelfall als die Ausnahme ist. Praktisch bedeutet dies, dass die Versorgungsqualität auf onkologischen und palliativen Stationen deutlich besser ist als auf Allgemeinstationen oder auf den Intensivstationen. Nahezu alle Befragten berichten von unzureichender Ausbildungsqualität (Kein Arzt/Ärztin gab an eine gute oder sehr gute berufliche Ausbildung zur Betreuung Sterbender erhalten zu haben).

- Alle im Zusammenhang mit dem HPG diskutierten Maßnahmen, die dazu führen, dass sich der Transfer zwischen diesen Stationstypen systematisch erhöht (Konsil- und Liaisondienst, Fachvisiten, etc.) sind zu fördern. Der hierfür notwendige Personal- und Sachkostenaufwand muss finanziell ausgeglichen werden. Die bisherige DRG-Vergütung ist nicht hinreichend ausgearbeitet und muss angepasst bzw. durch Sondervergütungen/Fallpauschalen o.ä. ergänzt werden. Die Personalbedarfsermittlung der Pflegenden ist dringend zu überprüfen bzw. muss den pflegerischen und den psycho-sozialen Aufwand in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender berücksichtigen. Krankenhäuser müssen sich dem gesellschaftlichem Auftrag „ein gutes Sterben“ zu ermöglichen stellen (Leitbild, Führungskultur, Charta-Prozess, Kooperationen etc.), anstelle diesen -- wie bis heute vielfach der Regelfall -- zu umgehen.

In den Pflegeeinrichtungen fällt noch stärker auf, dass die unzureichende

¹ Die zunehmende Vereinzelung der Lebensverhältnisse, Erosionen verbindlicher sozialer Familienstrukturen, die hinlänglich beschriebenen Effekte der demographischen Entwicklung, sowie die zunehmende Urbanisierung und damit einhergehende infrastrukturelle Bereitstellungsschwierigkeiten im ländlichen Raum können allesamt als Begründungen dafür dienen, dass die stationären Versorgungsangebote der Pflegeeinrichtungen als auch der Krankenhäuser kaum an Bedeutung in der Versorgung Sterbender verlieren werden.

Personalausstattung – und hierbei insbesondere qualifiziert ausgebildetes Personal – als zentrales Problem benannt wird. Die Kooperation zu sektoralen bzw. komplementären Versorgungspartner ist insgesamt gering ausgeprägt². Dies betrifft auch die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Der Wunsch die Dinge (Qualität der Betreuung Sterbender) zu verbessern, ist in zahlreichen Einrichtungen hoch. In großen Einrichtungen (über 100 Versorgungsplätze) kumulieren die Problemlagen.

- Alle im Zusammenhang dem HPG diskutierten Maßnahmen, welche die Ertragssituation der Einrichtungen zugunsten einer besseren Personalausstattung erhöhen sind zu fördern. Die verschiedenen Sozial- und kirchlichen Verbände haben in ihren Stellungnahmen die Bedarfe – insbesondere im Vergleich zu den Hospizen – berechtigt formuliert. Die Finanzierung eines „Palliativbeauftragten“ bedeutet bei entsprechender Kompetenz und Tätigkeitsbeschreibung -- einen weiteren Punkt. Die „Abschottungstendenz“ vieler Pflegeeinrichtungen, muss durch geeignete Kooperationen mit Patienten- und Angehörigenvertreter, etc. aufgelöst werden. Die hausärztliche Einbindung muss verpflichtend und finanziell fördernd ermöglicht werden.

In den Hospizen bestehen die mit deutlichem Abstand besten strukturellen Bedingungen der Betreuung Sterbender und auch in der erreichten Versorgungsqualität.

- Alle im Zusammenhang der HPG diskutierten Maßnahmen, die geeignet sind einen Lern- und Wissenstransfer dieser Einrichtungsform bzw. deren Wissensträger in die Pflegeeinrichtungen – mit Einschränkungen auch in die Krankenhäuser – zu ermöglichen, müssen als förderungswürdig angesehen werden. Versorgungsepidemiologisch besitzen die Hospize bis heute periphere Bedeutung und sollten in deren zukünftigen Bedeutung nicht übergewichtet werden.

Die bestehenden internen und externen QM-Systeme der Krankenhäuser und die Aktivitäten des MDK und der Heimaufsicht -- aber etwa auch die „Noten“ der Pflegeeinrichtungen -- erfassen überhaupt nicht bzw. unzureichend die Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden.

- Alle im Zusammenhang der HPG diskutierten Maßnahmen, die geeignet sind die bestehenden Qualitätssysteme zu ergänzen bzw. anzupassen sind zu fördern.

Sowohl in der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser als auch in den Pflegeeinrichtungen werden die Angehörigen nicht mehr als störend erlebt bzw. es existieren keine limitierenden Besuchszeitenregelungen. Eine professionelle und damit aktiv vorgetragene Integrationsstrategie der Familie in die Betreuung des Sterbenden bleibt indes in aller Regel bis heute aus.

- Alle im Zusammenhang der HPG diskutierten Maßnahmen die geeignet sind Familienmitglieder und Lebenspartner besser einzubinden bzw. die Helfer hierfür vorzubereiten und auch strukturelle Voraussetzungen hierfür zu schaffen sind zu fördern.

Die Bürger/-innen, Unternehmen, Kirchen und die öffentlichen Kommunen wünschen sich ein „gutes Sterben“ in den Pflegeeinrichtungen und dem Krankenhaus ihrer Gemeinde. Problemlagen, schlechte Versorgungsergebnisse oder gar Skandale beeinträchtigen den Gemeindefrieden bzw. die Lebensqualität der Gemeinde.

- Alle im Zusammenhang der HPG diskutierten Maßnahmen die dazu führen eine

² Diese gelingt in den Hospizen besonders gut.

erweiterte (Fach-) Öffentlichkeit und mögliche Lösungen zugunsten einer bestmöglichen Betreuung Schwerkranker und Sterbender herzustellen sind zu fördern. So könnten die regionalen Gesundheitskonferenzen und andere auch kommunale Instrumente genutzt werden.

Bisher ist es nur sehr aufwendig und gleichwohl mit einer erheblichen Fehlerrate möglich, den genauen Sterbeort (stationäre Pflegeeinrichtung, häusliches Umfeld) zu ermitteln. Damit ist es schwer bzw. unmöglich die Auswirkungen der unterschiedlichen Handlungsformate (AAPV, SAPV etc.) auf den letztendlichen Sterbeort zu bewerten. Dies gilt auch vor der Zielgröße das Sterben im häuslichen Umfeld möglichst vielen Menschen zu ermöglichen.

- Ein eindeutiges Register der Sterbeorte ist dringend zu fordern.

Wolfgang George

Veröffentlichungen und Bücher zum Thema 2014-2015

1. Buch: Sterben in Einrichtungen der stationären Pflege: Ergebnisse, Zusammenhänge und Empfehlungen, psychosozial-Verlag, 2014
2. Buch: Sterben im Krankenhaus: Ergebnisse, Zusammenhänge und Empfehlungen, psychosozial-Verlag, 2013
3. Psycho-soziale und pflegerisch-medizinische Versorgungsqualität in deutschen Hospizeinrichtungen
Onkologische Pflege S.50-54 Heft 3 / 2015
4. Sterbeort Hospiz, Deutsche Zeitschrift für Onkologie, 47, 2015
5. Place of death nursing home, MMW Fortschritte der Medizin, Originalien II/2015 S.17-25
6. Sterben in Pflegeheimen und Konsequenzen für den Hausarzt, Hessisches Ärzteblatt Heft/S.30-31
7. Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen, das Krankenhaus, 4/15 S.330-338
8. Sterben im Heim, Altenpflege Heft 3 Jg 40 S 62-66, 2015
9. Sterben nicht vorgesehen, Thieme Intensiv 23 (1): S 27–34, 2015
10. Gießener Studie zu Sterbeorte: Teil 1 Das Krankenhaus, Pro Alter S 46-49 November/Dezember 2014
11. Qualität zahlt sich aus, Zeitschrift für Palliativmedizin 5/14 S200-202
12. Neues Qualitätssiegel: Palliativ-freundliches Krankenhaus und Palliativ-freundliche stationäre Pflegeeinrichtung Hessisches Ärzteblatt Heft 10 /2014
13. Leitbilder schaffen und Erfolge dokumentieren: Wege zu einer besseren Sterbekultur, Praxis Pflegen 18/2014
14. Sterbebetreuung in deutschen Krankenhäusern: Herausforderung und Chance für die Pflegenden, Praxis Pflegen 18/2014
15. Regionalentwicklung durch genossenschaftlich organisiertes Engagement. IN: Kommune, Bürger und Wirtschaft im solidarischen Miteinander von Genossenschaften, KWI-Schriften, S.33-48, Potsdam 2014
16. Jors K, Adami S, Xander C, Meffert C, Gärtner J, Bardenheuer H, Buchheidt D, Mayer-Steinacker R, Viehrig M, George W, Becker G: Dying in Cancer Centers: Do the circumstances allow for a dignified death? Cancer J, 2014
17. Neues Qualitätssiegel: KU-Gesundheitsmagazin, 7/14 S.67-68
18. Sterben im Krankenhaus: Neue empirische Ergebnisse, Dr. med Mabuse HeftMai/Juni 2014
19. Lebensende in Würde: Sterbende benötigen gut vorbereitete Krankenhäuser, Heilberufe 4/2014 S.35-37
20. Sterben im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Ausbildung der beruflichen Helfer, PADUA Heft 4/2014
21. Sterben im Krankenhaus: Ärzte üben Kritik an der Ausbildung & Interview, Deutsches Ärzteblatt 3/2014
22. Baseline-Bestimmung zum Sterben im Krankenhaus, Bundes-Hospiz-Anzeiger Ausgabe 1/2014 S.14-15
23. Sterbebegleitung anstelle Sterbehilfe, Krankenhaus-Umschau Gesundheitsmagazin 2/2014 S.68-71
24. Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern unter Berücksichtigung hessischer Einrichtungen, Hessisches Ärzteblatt 2/2014 S.72-74