

Antrag

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Azize Tank, Matthias W. Birkwald, Nicole Gohlke, Dr. Rosemarie Hein, Sigrid Hupach, Katja Kipping, Cornelia Möhring, Norbert Müller (Potsdam), Harald Petzold (Havelland), Dr. Petra Sitte, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Katrin Werner, Jörn Wunderlich und der Fraktion DIE LINKE.

Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Würdevolles Sterben ist in Deutschland nicht an jedem Ort, in jeder Situation und nicht für alle in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen möglich. Es fehlt an einer gesamtgesellschaftlichen und flächendeckenden Hospizkultur wie auch an hochwertigen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Angeboten. Die Würde des Menschen zu wahren, ist insbesondere in der Lebensphase des Sterbens eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Mehr als 90 Prozent der Sterbenden leben und erleben einen längeren Zeitraum als multimorbide, chronisch Kranke oder hochbetagte Pflegebedürftige. Ihre Möglichkeiten für soziale Teilhabe und ein eigenständiges Leben schwinden. In dieser unsicheren Lebensphase entsteht Angst vor Einsamkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung. Die Befürchtung, unerträgliche Schmerzen unbehandelt ertragen zu müssen, ist hoch. Schwerstkranke und absehbar sterbende Menschen suchen und brauchen medizinische und empathische Kompetenz, aktive Einbindung der Angehörigen sowie besondere Pflege, Vertrautheit und Begleitung.

2013 starben weniger als 15 Prozent aller Verstorbenen zu Hause. Von den mehr als 893.000 Verstorbenen wurden etwa 48 Prozent in Krankenhäusern und etwa 39 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. 25.000 Schwerstkranke – also weniger als 3 Prozent – starben in stationären Hospizen.

In Pflegeheimen und in ländlichen Räumen ist eine qualifizierte Palliativversorgung und dem Hospizgedanken verpflichtete häusliche Sterbebegleitung oft nicht verfügbar. Für Menschen, die auf soziale Sicherungsleistungen angewiesen sind, für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Behinderteneinrichtungen oder Wohnungslose und Migrantinnen und Migranten bleibt der Zugang zu hochwertigen Palliativleistungen und Hospizangeboten erschwert. Auch regional ist der Zugang zu palliativer Versorgung unterschiedlich. Insbesondere in den neuen Bundesländern sowie in Flächenländern fehlen bedarfsdeckende qualifizierte Angebote.

Palliativversorgung ist mehr als unmittelbare Sterbebegleitung. Das palliative Konzept umfasst bestmögliche Symptomkontrolle, Pflege der sozialen Interaktion, unter

Einbindung der Familie und Freunde, Möglichkeiten des inneren und äußeren Abschiednehmens und die Vermeidung medizinisch nicht indizierter unnötiger Diagnostik und Therapie. Palliativmedizinische Maßnahmen wie die Schmerzbehandlung werden zunehmend bereits vor der unmittelbaren Sterbephase notwendig. Betreuungsangebote zur Steigerung der Lebensqualität erhalten eine besondere Bedeutung.

Sterbende Menschen brauchen zeitnah und wohnortnah verfügbare Palliativangebote, eingebettet in eine gesamtgesellschaftliche Hospizkultur. Doch hochwertige Palliativangebote gehören nicht selbstverständlich zur Regelversorgung.

Nach palliativmedizinisch gesicherten Standards werden vorwiegend Tumorkrankpatientinnen und -patienten betreut. Patientinnen und Patienten mit chronischen Herz-, Nieren- oder Lungenerkrankungen sowie multimorbid erkrankte Menschen sind unterversorgt. Das Aus- und Fortbildungsniveau, insbesondere der hausärztlichen Ärzteschaft, wächst nur unzureichend. Von 350.000 Medizinerinnen und Medizinern erwerben weniger als 10.000 einen Zusatztitel als Palliativmedizinerin oder -mediziner. Nur in 15 Prozent der Krankenhäuser sind Palliativstationen vorhanden. In der stationären Regelversorgung fehlen Palliativfachkräfte. Die Krankenhäuser kämpfen mit Vergütungsregelungen, die einer menschenwürdigen Versorgung im Wege stehen. Denn die pauschale Vergütung im Fallpauschalen-System bildet den besonderen Bedarf, die erhöhte Verweildauer und die Verschiedenheit der Palliativpatientinnen und -patienten nicht ausreichend ab.

Auch beim Übergang aus der stationären in die ambulante Palliativbetreuung entstehen vielfältige Probleme. Noch immer werden Sterbende aus Palliativstationen entlassen, ohne dass die ambulante Weiterversorgung gesichert ist.

Sowohl die palliativmedizinische als auch die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Pflegeheimen und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sind völlig unzureichend und teilweise skandalös. Hier sterben Menschen oft unter vermeidbaren Schmerzen und nicht selten allein. 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner versterben innerhalb der ersten drei Monate nach Aufnahme in das Pflegeheim und 60 Prozent innerhalb des ersten Heimjahres.

Trotz des Engagements der Pflegekräfte fehlt es – wie in den Krankenhäusern – an Personal und an Zeit aufgrund von Arbeitsverdichtung und hohen Betreuungsschlüsseln. Es fehlen Fachkräfte für Palliativpflege und Hospizangebote. Ambulante Palliativversorgung wird nur zögerlich von den Hausärzten verordnet. Das stellt Pflegenden, Angehörigen und Gepflegten oft vor unwürdige Entscheidungen. So werden Schwerstkranken und Sterbenden mehrfach ohne Heilungsaussicht in Kliniken verbracht und nicht in ihrer Häuslichkeit versorgt.

Bestehende Angebote sind den Bürgerinnen und Bürgern oft nicht bekannt. Das gilt auch für mögliche Behandlungsmethoden und Kostenregelungen. Bürgernahe und barrierefreie Informationsangebote fehlen ebenso wie aufsuchende Beratung über die Pflegestützpunkte, Patientenberatung oder Servicestellen.

Palliativversorgung ist Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Für eine hochwertige Palliativversorgung und Sterbebegleitung braucht es eine alle Versorgungsformen verbindende, bundesweite Gesamtstrategie auf der Basis einheitlicher Qualitätsstandards, die bedarfsgerecht finanziert werden muss.

Reale Selbstbestimmung der Menschen am Lebensende erfordert neben flächendeckenden Palliativ- und Hospizangeboten eine Reform der Pflegeversicherung, den Ausbau der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung sowie energische Schritte für eine patientenzentrierte Bedarfsplanung.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, um den Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung gesetzlich so auszugestalten, dass jede Bürgerin und jeder Bürger diesen unabhängig von der Art der Erkrankung, von der Behinderung, von dem individuellen Lebensort, der Wohnform sowie der Versicherungsform in Anspruch nehmen kann.

Dazu gehören im Einzelnen,

- den Anspruch auf allgemeine (APV), allgemeine ambulante (AAPV) sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Bestandteil der Regelversorgung sowohl im Sozialgesetzbuch V als auch im Sozialgesetzbuch XI präzise auszugestalten,
 - die Ungleichbehandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen bezüglich des Anspruches auf eine Betreuung im stationären Hospiz aufzuheben,
 - im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu sichern, dass erweiterte Angebote der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht zu weiter steigenden Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner und für deren Angehörige führen,
 - die medizinische Behandlungspflege in den stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Behindertenhilfe als Regelleistung der Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V zu verankern,
 - einen Rechtsanspruch auf individuelle palliative Versorgungsplanung unabhängig von der Wohnform einzuführen;
2. einen Gesetzentwurf vorzulegen, um den flächendeckenden, barrierefreien Ausbau von Hospizangeboten insbesondere im ländlichen Raum sowie im ambulanten Bereich und ihre interkulturelle Ausgestaltung zu fördern.

Dazu gehören im Einzelnen,

- die bedarfsdeckende Finanzierung der Hospizleistungen, einschließlich der Vollfinanzierung der stationären Hospize zu sichern,
 - eine Sachkostenfinanzierung für ambulante Hospizleistungen mindestens in Höhe von 25 Prozent der erbrachten Betreuungsleistungen sicherzustellen,
 - eine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinderhospize verpflichtend vorzuschreiben;
3. einen Gesetzentwurf vorzulegen und die weiteren notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen qualitativ zu verbessern.

Dazu gehören im Einzelnen,

- den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, Qualitäts- und Personalbemessungsstandards für eine hochwertige Versorgung festzulegen, um sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus und jeder stationären Pflegeeinrichtung durchgehend Palliativ-Care-Fachkräfte zur Verfügung stehen,
- den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, den Abschluss von Selektivverträgen auszuschließen, wenn diese Menschen von lebensbegrenzenden Erkrankungen betroffen sind,
- koordinierte ärztliche Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Netzwerken mit anderen Ärzten, allgemeinen und Palliativ-Pflegediensten sowie Hospizdiensten als obligaten Bestandteil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages nach §73 SGB V konkret zu benennen,
- den Ausbau von Palliativstationen in Krankenhäusern voranzutreiben,

- dauerhaft Palliativstationen oder Palliativeinheiten krankenhausindividuell als besondere Einrichtung außerhalb der Fallpauschalen zu finanzieren,
 - Palliativbeauftragte als Koordinatorinnen und Koordinatoren in jeder Pflegeeinrichtung einzusetzen,
 - das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung flächendeckend zu einem funktionierenden Fallmanagement auszugestalten;
4. gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren der Selbstverwaltung, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Sozialverbänden und Gewerkschaften sowie Betroffeneninitiativen, mit kommunalen Akteuren und Wissenschaftlern eine nationale Palliativstrategie zu erarbeiten.

Dazu gehören im Einzelnen,

- bundeseinheitliche, wissenschaftlich begründete und überprüfbare Qualitäts- und Versorgungsstandards zu entwickeln und überprüfbar einzuführen, die Versorgungsforschung zu qualifizieren und weitere Patientenleitlinien, wie etwa für demenzielle Erkrankungen, vorzulegen,
 - die Datengrundlage bundesweit zu verbessern einschließlich eines bundesweit gültigen Sterbekatasters,
 - bundeseinheitlich die palliativmedizinische, palliativpflegerische und hospizorientierte Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen, einschließlich kostenfreier Fort- und Weiterbildungsangebote durch ein Berufsgesetz zu regeln,
 - Fördermaßnahmen zu prüfen, um regionale und kommunale Netzwerke für eine wohnort-, lebens- und familiennahe sowie barrierefreie Palliativ- und Hospizversorgung zu initiieren,
 - Informations- und Beratungsangebote zu qualifizieren, barrierefrei auszugestalten und insbesondere die aufsuchende Beratung auszubauen,
 - eine regelmäßige Palliativberichterstattung der Bundesregierung gegenüber dem Bundestag im Zeitraum von zwei Jahren zu implementieren;
5. Das Fakultativprotokoll zum UN-Sozialpakt, der nach Ausschöpfung des innerstaatlichen Rechtsweges die Möglichkeit der Einleitung eines Individualbeschwerdeverfahrens bei Verletzung sozialer Menschenrechte vorsieht, unverzüglich zu unterzeichnen und dem Bundestag einen Gesetzentwurf zur Ratifizierung vorzulegen.

Berlin, den 16. Juni 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Palliativversorgung und an den Prinzipien der Hospizkultur entwickelte Begleitung bilden als zwei Versorgungslinien neben den kurativen, rehabilitativen und präventiven Bereichen die vierte Säule der Gesundheitsversorgung und Pflege. Gleichzeitig gehen beide darüber hinaus; sie sind menschenrechtsbasiert als Grundrecht zu verstehen und zu gewährleisten. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist „Palliativversorgung [...] ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht

durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Die Bundesrepublik Deutschland hat mit dem Beitritt zum UN-Sozialpakt im Einklang mit Artikel 12 Absatz 1 UN-Sozialpakt auch die sozialen Rechte von Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, ohne jegliche Diskriminierung anerkannt (vgl. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health E/C.12/2000/4, 11. August 2000).

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 mit der Charta „Palliative Care – A Human Right“ gemeinsam dafür ein, dass der Zugang zur Palliativversorgung als ein Menschenrecht gewährleistet wird.

In diesem Sinne unterstützen in Deutschland mehr als 1.100 Institutionen und mehr als 13.000 Einzelpersonen die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, erarbeitet von mehr als 200 Initiatoren (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de). Die Umsetzung dieser Charta in bundesweite und durch hohe, international anerkannte Qualitätsstandards gesicherte Regelungen gehört zum Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes.

Der palliative Versorgungsgrad in der Bundesrepublik Deutschland bleibt hinter den Möglichkeiten und auch hinter den Empfehlungen der EAPC zurück. Von bemessenen 80-100 Betten in Hospizen und Palliativstationen pro einer Million Einwohner www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13785/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdX-19f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--) stehen deutschlandweit erst 40 Betten bereit.

Seit 2007 besteht für alle gesetzlich Versicherten ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Erreicht werden jedoch nur vier von zehn Anspruchsberechtigten. Experten schätzen einen Bedarf von mindestens 10 Prozent. Das Angebot in ländlichen Regionen ist dreimal geringer als im städtischen Bereich. Anspruch auf SAPV haben Schwerstkranke, die eine „besonders aufwändige Versorgung benötigen“. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) fehlt jedoch als „Unterbau“ der SAPV und ist inhaltlich einseitig auf stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung fokussiert.

Stationäre Hospize sind ein einzigartiges Angebot. Sie bieten Palliativmedizin, Palliativpflege und soziokulturelle Begleitung unter einem Dach in häuslicher Atmosphäre und ohne Kostendruck für die Betroffenen. Hier steht die verbleibende mögliche Lebensqualität im Mittelpunkt. Notwendig sind mehr stationäre Hospizplätze. Doch selbst eine schnelle Verdreifachung sichert keine dem Hospizgedanken verpflichtete Sterbebegleitung für die Mehrheit der Sterbenden und ihre Familien und Zugehörigen.

In stationären Pflegeeinrichtungen besteht eine mehrseitige Ungleichbehandlung. Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner haben per Gesetz nur in Ausnahmefällen die Chance auf einen stationären Hospizplatz. Die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und in stationären Einrichtungen für behinderte Menschen ist nicht Teil der Regelversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V. Eine alle Palliativversorgungsformen und Sterbeorte erfassende Datengrundlage fehlt. So weist die Sterbestatistik des Bundes noch nicht einmal die Sterbeorte aus. Erforderlich sind eine umfassende Versorgungsanalyse gemeinsam mit den Ländern und Kommunen sowie eine wissenschaftliche Grundlage für eine gemeindenahe Bedarfsplanung.

Informationsangebote für Betroffene und ihre Zugehörigen stehen nicht ausreichend zur Verfügung, und deren Inhalte sind oft nicht vergleichbar. Die Beratungsdienste der Kranken- und Pflegekassen sind zu wenig bekannt und in der Regel schlecht erreichbar. Nebeneinander bestehen Patientenberatungsangebote, Pflegestützpunkte nach SGB XI und Servicestellen nach dem SGB IX für Menschen mit Behinderungen. Durch fehlende Koordination und fehlendes Fallmanagement gehen Wissen und personelle Kapazitäten verloren, die für mobile und aufsuchende Beratungsleistungen nutzbar wären.

