

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Horst Schmidbauer (Nürnberg), Christel Hanewinckel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), Peter Büchner (Speyer), Katrin Fuchs (Verl), Arne Fuhrmann, Karl Hermann Haack (Extertal), Michael Habermann, Horst Jaunich, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Klaus Kirschner, Brigitte Lange, Dr. Helga Otto, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Margot von Renesse, Gudrun Schaich-Walch, Regina Schmidt-Zadel, Lisa Seuster, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Ralf Walter (Cochem), Hildegard Wester, Verena Wohlleben, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD

Versorgung sterbender Menschen in Deutschland (Hospiz-Anfrage)

Sterben und Tod sind in unserer Gesellschaft immer noch tabuisiert. Sterben gilt als „Privatsache“, wird an den Rand der Gesellschaft gedrängt und verdrängt. Doch seit etwa 20 Jahren findet auch ein Wandel in der Einstellung der Menschen zu Tod und Sterben statt: Viele Menschen, Fachleute und Laien, engagieren sich für eine humane Sterbebegleitung, für eine Kultur des Sterbens.

Die übergroße Zahl der Menschen möchte zu Hause, in ihrer vertrauten Umgebung sterben. Doch 90 Prozent der städtischen und 60 Prozent der ländlichen Bevölkerung stirbt in Deutschland im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Die Krankenhäuser sind aber von ihrer kurativen Aufgabe sowie ihrer räumlichen, organisatorischen und kommunikativen Struktur her zur Zeit überfordert, für Sterbende ein Zuhause zu sein.

In den 80er Jahren hat sich im Rahmen dieses gesellschaftlichen Wertewandels auch in der Bundesrepublik Deutschland der Hospiz-Gedanke verbreitet. Seine wesentlichen Inhalte sind:

- die Anerkennung des Sterbens als integrierter Teil des letzten Lebensabschnitts;
- Schmerz- und Symptomkontrolle, damit der Patient die letzte Lebensphase schmerzfrei und bewußtseinsklar erlebt;
- die Integration körperlicher und psychischer Aspekte in der Betreuung, die es dem Patienten erlaubt, ein soweit wie möglich aktives Leben zu führen;
- und schließlich ein Unterstützungsangebot an die nächsten Verwandten bzw. Bekannten, um diesen bei Pflege und Abschied, bei ihrem Schmerz und ihrer Trauer beizustehen.

Die Zeit ist überreif, daß die Politik die Anstöße aus der Gesellschaft aufnimmt und ihrerseits zu einem Konsens über die Prämissen der Sterbebegleitung sowie ihre politische, rechtliche und finanzielle Absicherung beiträgt.

Nicht aktive Sterbehilfe und Euthanasie, die entschieden abgelehnt wird, sondern die Utopie, Schwerkranke, Sterbende und Trauernde in die Gesellschaft zu integrieren, muß das Ziel sein.

Aufgabe der Politik ist es, die Barrieren zu beseitigen, die ein menschenwürdiges Sterben erschweren oder unmöglich machen...

Barrieren liegen vor,

- wenn der Sterbeort mehr einer „totalen Institution“ als den Formen familiären Lebens entspricht;
- wenn die ganzheitliche Kommunikation mit dem Sterbenden in einem auf „Effizienz“ abgestellten Pflegealltag zu wenig Raum hat;
- wenn sich Kostenfragen oder ungerechtfertigte Reaktivierungsinteressen vor die Belange der beteiligten Personen schieben;
- wenn der Bildungs- und Ausbildungsstand der Begleiter, auch der Ärzte und des Pflegepersonals, dem Anspruch des Sterbenden nicht gerecht werden;
- wenn die Angehörigen überfordert sind;
- wenn palliativ-medizinisches Wissen und palliative Praxis Seltenheitswert haben;
- wenn rechtliche Unsicherheit und ungeklärte bzw. unzureichende Finanzierungsmodalitäten eine humane Sterbebegleitung in Frage stellen;
- wenn die Verantwortlichkeit für Todkranke und Sterbende zwischen Gesundheitspolitik (medizinische Leistungen) und Sozialpolitik (incurabler Pflegefall) hin- und hergeschoben wird;
- wenn ehrenamtliches Laienengagement an institutionellen Verkrustungen zu scheitern droht.

Soll unser hochgradig arbeitsteiliges Gesundheitswesen den Ansprüchen auf ein menschenwürdiges Sterben gerecht werden, so bedarf es weitreichender Umorientierungen.

Die Verwirklichung von folgenden praktischen Zielen steht dabei im Vordergrund:

1. Ein regionales Netzwerk von ambulanten Hospizen muß die jetzt bestehende Versorgungslücke schließen.
2. In regional durchaus unterschiedlich ausgeprägter Form kooperieren ambulante Hospizdienste – auch Tages-Hospize und Kurzzeit-Hospize –, die jederzeit auf stationäre klinische Dienste zurückgreifen können, eng mit den bestehenden Angeboten (z. B. den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern und den Sozialstationen) und Hilfsdiensten (z. B. Sitzwachen und Besuchsdiensten).

3. Die Regelfinanzierung der Hospizarbeit ist sicherzustellen; hierzu bedarf es bundeseinheitlicher Regelungen. Ziel muß auch hier die Verwirklichung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sein.
4. Der Erwerb palliativen Fachwissens muß zu einem wichtigen Bestandteil des Studiums und der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften werden. Die Schmerzmedizin muß in der Übergangsphase ihre Kompetenz den Kliniken, Hospizen und Beratungsstellen zur Verfügung stellen.
5. Schließlich ist der Wunsch vieler Laien nach weiterer Qualifizierung und Supervision nach Kräften zu fördern.

Auch unter dem Eindruck der sich verändernden demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung stellt sich für unser hochgradig arbeitsteiliges Gesundheitswesen die Frage, ob es den Ansprüchen auf ein menschenwürdiges Leben in der letzten Lebensphase und einer Kultur des Sterbens gerecht wird.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

1. Hält die Bundesregierung angesichts des gesellschaftlichen Wandels in der Einschätzung von Tod und Sterben an ihrer negativen Beurteilung des Hospizgedankens aus dem Jahr 1988 fest, oder teilt die Bundesregierung unsere Auffassung, daß die in der Gesellschaft sich wandelnde Auffassung über humanes Sterben aufgegriffen, institutionell umgesetzt und politisch abgesichert werden muß?
2. *Situation*
 - 2.1 Wie viele Menschen mit vorhersehbarem Tod, also ohne Unfallopfer, sterben in Deutschland (prozentual ausgedrückt) im Krankenhaus, in Heimen, und wie viele zu Hause?
 - 2.2 Wie sieht dieses Verhältnis in anderen westlichen Ländern bzw. in den Regionen aus, die eine lange Tradition in der besonderen institutionellen Zuwendung zu Sterbenden haben (z. B. bestimmte Regionen in den USA, Kanada, Großbritannien, Niederlande)?
 - 2.3 Wie beurteilt die Bundesregierung Erfahrungen anderer westlicher Länder in der ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung Sterbender (z. B. in den USA, in Kanada, in Großbritannien, in den Niederlanden)?
 - 2.4 Wie viele ambulante, teilstationäre und stationäre Hospize gibt es in Deutschland?
Gibt es Besonderheiten der regionalen Verteilung?
Wie viele Palliativstationen gibt es in Krankenhäusern?
Wie viele Menschen werden in diesen Einrichtungen jährlich betreut?
Wie viele Selbsthilfegruppen und -organisationen, wie viele Hausbetreuungs- und Besuchsdienste sowie Sitzwachen-
gruppen sind der Bundesregierung bekannt?

3. *Schaffung von Hospizdiensten*

- 3.1 Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die bestehende Lücke in der Versorgungskette durch ambulante Hospizdienste mit kleiner stationärer „Rückendeckung“, in enger Kooperation mit den „traditionellen“ ambulanten und stationären Angeboten stehend, gefüllt werden muß?
- 3.2 Besteht in dem Aufbau regionaler Netzwerke, insbesondere dem Aufbau ambulanter Hospizdienste, ein Stadt-Land-Gefälle?
Falls ja, wie gedenkt die Bundesregierung dem abzuhelpen?
- 3.3 Von welchen auf die Einwohnerzahl bezogenen Bedarfs-
werten
a) für ambulante und
b) für stationäre bzw. teilstationäre Hospizeinrichtungen
geht die Bundesregierung aus?
- 3.4 Sieht das Konzept der Bundesregierung die Entwicklung regionaler Ansprechstellen für die Koordination der Versorgung und der Betreuung Sterbender vor?

4. *Modellprogramme*

- 4.1 Beabsichtigt die Bundesregierung in Fortführung der bestehenden Modellprogramme zur Schmerzbehandlung im stationären Bereich auch ein wissenschaftliches Begleitprogramm für „ambulante Hospizarbeit“ zu fördern?
- 4.2 Welche Folgerungen und praktische Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem von ihr geförderten Modell „Palliativstationen“?
- 4.3 Sind diese Stationen nach Auffassung der Bundesregierung in die Regelversorgung und -finanzierung aufzunehmen?

5. *Stationäre Versorgung*

- 5.1 Wie bewertet die Bundesregierung die zur Zeit nur unzulänglich erfolgende Kooperation zwischen Sozialstationen, Hospizen, Alten(pflege)heimen und Krankenhäusern zur Betreuung Sterbender in rechtlicher, organisatorischer und finanzieller Hinsicht?
Welche Instrumente zur besseren Verzahnung der genannten Elemente können auf bundespolitischer, landespolitischer und regionaler Ebene eingesetzt werden?
- 5.2 Wie beurteilt die Bundesregierung die Situation Sterbender in Krankenhäusern und Heimen?
Welche organisatorischen und kommunikativen Strukturen erschweren die besondere Betreuung Sterbender?
- 5.3 Sind der Bundesregierung
a) Studien,
b) Projekte
zur räumlichen, organisatorischen, personellen und kommunikationstechnischen Reform krankenhausinterner Abläufe zur Förderung eines menschenwürdigen Sterbebeistands bekannt, und wie werden sie von der Bundesregierung beurteilt?

- 5.4 Welche Schritte will die Bundesregierung unternehmen, um zu einer Thematisierung von Sterben und Tod in der Ausbildung von Medizinerinnen und Pflegekräften zu gelangen?

Sind der Bundesregierung Projekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Betreuung Sterbender bekannt?

Wie beurteilt die Bundesregierung deren inhaltlichen und didaktischen Konzepte?

Welche Ausbildungsstandards sind erforderlich?

Sind ihr ausländische Curricula bekannt, und wie werden sie bewertet?

- 5.5 Wie beurteilt die Bundesregierung die Arbeit von multiprofessionellen Beratungsteams in Krankenhäusern, wie sie in Großbritannien und Kanada verbreitet sind, um Patienten sowie Ärzten und Pflegepersonal mehr Fachwissen im Umgang mit Sterbenden zur Verfügung zu stellen?

6. *Forschung*

- 6.1 Sind der Bundesregierung Forschungen des In- und Auslands zu den Themen

a) Betreuung Sterbender,

b) lindernde Pflege,

c) Palliativmedizin und

d) Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften in der Begleitung Sterbender

bekannt, oder strebt sie solche Forschungen an?

Wie werden die Forschungsergebnisse in die Praxis implementiert?

7. *Ambulante Sterbebegleitung*

- 7.1 Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung dem zumeist ehrenamtlichen, die Eigeninitiative auch von Angehörigen Sterbender aktivierenden Engagement der Hospizgruppen unter gesundheitspolitischem und gesellschaftspolitischem Aspekt bei?

- 7.2 Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um das ehrenamtliche Engagement von Laien in diesem Bereich zu unterstützen?

Sieht die Bundesregierung – z. B. bei der Einführung einer Pflegeversicherung – die Möglichkeit, die Dienste der ehrenamtlichen Helferinnen/Helfer durch eine Anrechnung in einer späteren Altersversorgung rechtlich zu fixieren?

Unterstützt die Bundesregierung die Gewinnung ehrenamtlicher Helfer?

Fördert die Bundesregierung ihre fachliche Anleitung?

Stellt die Bundesregierung Mittel zur Fortbildung und Supervision von professionellen und ehrenamtlichen Helfern zur Verfügung, und in welcher Höhe tut sie das?

8. *Finanzierung*

- 8.1 Hält die Bundesregierung in Würdigung der Erfahrungen der Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände und der Diakoniestationen der Kirchen, Beschränkung der häuslichen

Krankenpflege (nach § 37 SGB V) auf vier Wochen je Krankheitsfall weiterhin für ausreichend?

Beabsichtigt die Bundesregierung die Leistungen der Hospize in die Regelungen der Pflegeversicherung einzubeziehen?

- 8.2 Aus welchen Erwägungen heraus begründet die Bundesregierung die Beschränkung der häuslichen Krankenpflege auf die Grund- und Behandlungspflege?

Wie beurteilt die Bundesregierung eine psychosoziale Pflegekomponente (z. B. ein Gespräch) in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden als pflegerische Leistung?

- 8.3 Wie vereinbart sich die Beschränkung der häuslichen Krankenpflege auf bis zu 25 Pflegeeinheiten je Kalendermonat in Höhe von insgesamt 750 DM nach Auffassung der Bundesregierung mit den tatsächlichen Notwendigkeiten einer bedarfsgerechten Rund-um-die-Uhr-Betreuung bei Schwerpflegebedürftigen (z. B. Tumorkranken und Aidskranke)?

- 8.4 Wie beurteilt die Bundesregierung aus ihrer bundespolitischen Verantwortung für die „Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“ (Grundgesetz, Artikel 72) die regional sehr unterschiedliche Bereitschaft der Kostenträger, eine bedarfsgerechte Versorgung Todkranker und Sterbender zu finanzieren?

- 8.5 Wie beurteilt die Bundesregierung die mangelhafte Finanzierung von ambulanten Hospizdiensten bzw. (teil)stationären Hospizen durch diejenigen Krankenkassen, die für als „austherapiert“ eingeschätzte Schwerkranke und Sterbende keine Leistungsverpflichtung anerkennen, unter gesundheitspolitischem und ökonomischem Aspekt?

Wie gedenkt die Bundesregierung diesen unerträglichen Zustand zu beheben?

- 8.6 Wie hoch ist die finanzielle Eigenbeteiligung, die Schwerstkranken und Sterbende selbst zur Sicherung ihrer Pflege aufbringen?

- 8.7 Auf welche Summen belaufen sich die jeweiligen Ausgaben der Kostenträger jeweils für häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und häusliche Pflegehilfe?

- 8.8 Wie groß ist der Kreis der Versicherten und der Pflegepersonen, die die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Haushaltshilfe sowie die einzelnen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (nach dem Sechsten Abschnitt des SGB V) in Anspruch nehmen?

- 8.9 Wird die Bundesregierung die (ambulante und stationäre) Hospizbetreuung als Pflichtaufgabe für die Krankenkassen oder andere Sozialträger gesetzlich (z. B. im Pflegeversicherungsgesetz) festlegen?

Auf welchem Wege beabsichtigt die Bundesregierung, falls sie diese Forderung ablehnt, eine Bundeseinheitlichkeit in der Finanzierung der Funktionen der Hospizarbeit sicherzustellen?

8.10 Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderung aus den Reihen der Wohlfahrtsverbände und der Kirchen, Funktionen des Sozialdienstes (etwa das Ordnen der letzten Angelegenheiten wie z. B. das Schreiben von Briefen) in das Tätigkeitsspektrum von Sozialstationen, Hospizen oder ähnlichen Einrichtungen aufzunehmen?

8.11 Wie kann nach Auffassung der Bundesregierung gewährleistet werden, daß nach Einführung einer Pflegeversicherung auch die personalintensiv zu betreuenden sterbenden Menschen finanziell abgesichert sind?

9. *Öffentlichkeitsarbeit*

9.1 Welche Maßnahmen wollen Bund und Länder zur Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Hospizarbeit ergreifen?

In welchem Maße beteiligen sich die einzelnen Länder finanziell an der Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospizinitiativen?

9.2 Welche Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit betreibt die Bundesregierung mit dem Ziel der Enttabuisierung des Sterbens und der Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospizen?

Bonn, den 27. Oktober 1993

Horst Schmidbauer (Nürnberg)

Christel Hanewinkel

Ingrid Becker-Inglau

Dr. Ulrich Böhme (Unna)

Peter Büchner (Speyer)

Katrin Fuchs (Verl)

Arne Fuhrmann

Karl Hermann Haack (Extertal)

Michael Habermann

Horst Jaunich

Dr. Hans-Hinrich Knaape

Klaus Kirschner

Brigitte Lange

Dr. Helga Otto

Horst Peter (Kassel)

Dr. Martin Pfaff

Margot von Renesse

Gudrun Schaich-Walch

Regina Schmidt-Zadel

Lisa Seuster

Antje-Marie Steen

Dr. Peter Struck

Ralf Walter (Cochem)

Hildegard Wester

Verena Wohlleben

Hans-Ulrich Klose und Fraktion

