

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Horst Schmidbauer (Nürnberg),
Christel Hanewinckel, Ingrid Becker-Ingla, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
der SPD**

— Drucksache 12/6044 —

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 Verkru- stungen 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.

Vorbemerkung

Die Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender mit dem Ziel, ihnen größtmögliche Humanität, Beistand und Hilfe zu gewähren, hält die Bundesregierung für eine besonders wichtige Aufgabe.

Zu den in diesem Zusammenhang auftauchenden ethischen und rechtlichen Fragen hat die Bundesregierung bereits wiederholt Stellung genommen, z. B. anlässlich der Überlegungen zu einer Reform des § 216 StGB im Jahr 1985, einer Kleinen Anfrage zu Hospizen 1988 (Drucksache 11/2363) und eines Entschließungsantrages des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments vom 30. April 1991 (Sitzungsdokument A 3 – 0109/91). Sie hat immer

wieder deutlich gemacht, daß sie jede Form aktiver Sterbehilfe entschieden ablehnt (Drucksache 12/4405 vom 19. Februar 1993, S. 4 f.).

Die Bundesregierung hält es hingegen für eine Notwendigkeit, den Umgang mit Tod und Sterben aus einem ganzheitlichen Verständnis des Menschen heraus wieder mehr im Leben zu verankern, wie es die Hospizbewegung anstrebt.

Die Bundesregierung begrüßt es daher sehr, wenn der Hospizgedanke auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft an Verbreitung und Einfluß gewinnt. Sie sieht darin auch eine Chance, langfristig einen Bewußtseinswandel herbeizuführen, der jedem einzelnen wieder den Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer selbstverständlichen Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich erlaubt. Nur so kann dem Wunsch der meisten alten und kranken Menschen Rechnung getragen werden, bis zum Lebensende zu Hause, in vertrauter Umgebung, in medizinischer, pflegerischer und psycho-sozialer Hinsicht ausreichend versorgt zu werden. „Hospiz“ sollte daher eher als Idee, nicht nur als Institution verstanden werden.

Aus der Hospizidee haben sich zwei alternative stationäre Versorgungsformen entwickelt, Hospize und Palliativstationen. Beide wollen und dürfen nicht isoliert als zusätzliche Einrichtungen im Gesundheitswesen verstanden werden. Ihr Selbstverständnis weist sie als einen Knotenpunkt im Versorgungsnetz vorzüglich ambulant orientierter Hilfen aus, für die sie einen Rückhalt darstellen.

Die Bundesregierung hat mit dem Modellprogramm „Palliativstationen“ hierzu 1991 einen Meilenstein gesetzt. Hospize wie den Krankenhäusern angegliederte Palliativstationen haben parallel zueinander sehr ähnliche Vorstellungen entwickelt. Sie sind Teil des umfassenden Begriffs einer palliativen Versorgung (palliative care).

Die Bundesregierung fördert außerdem zur Verbesserung der Qualität der Pflege die Einrichtung stationärer Hospize, die im Versorgungsnetz eingebunden sind und eine wichtige Facette im Versorgungsangebot ausmachen.

Als einen wichtigen Impuls zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender hat das Bundesministerium für Familie und Senioren im November 1992 eine interdisziplinär angelegte, bundesweite Fachtagung zum Thema Sterben und Sterbebegleitung veranstaltet. Sie sollte zunächst eine Art Bestandsaufnahme leisten zu den Orten des Sterbens, den Aufgaben aller Beteiligten, den vorhandenen Mängeln sowie erste Empfehlungen zu erforderlichen Veränderungen erarbeiten.

Derzeit wird unter Mitarbeit von Experten unterschiedlicher Initiativen, die sich dem Hospizgedanken verpflichtet fühlen, eine zweite Tagung für Ende April '94 vorbereitet. Sie wird sich damit beschäftigen, wie die Hospizidee ganz konkret in stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen des Gesundheits- und Sozialwesens verwirklicht werden kann.

In Zukunft wird es nach Ansicht der Bundesregierung vordringlich sein, Angebote verschiedener Ebenen aus stationärem wie ambulanten Bereich effektiv miteinander zu koordinieren und zu vernetzen.

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?

Die Bundesregierung hat dem Hospizgedanken zu keinem Zeitpunkt ablehnend gegenübergestanden.

Sie begrüßt es sehr, wenn sich die Gesellschaft heute zunehmend damit identifizieren kann und eine umfassende Begleitung Schwerstkranker, Sterbender sowie deren Angehöriger für unerlässlich hält.

Als ein wesentliches Ziel der Hospizbewegung schätzt die Bundesregierung insbesondere, daß sie den Menschen wieder ein Sterben zu Hause ermöglichen will.

Auffassungen, die mit Hospiz in erster Linie einen bestimmten Ort, vielleicht sogar eine spezielle Station für Sterbende meinten, sind lange überwunden. Wenn heute von Hospizen die Rede ist, so verstehen wir hierunter ein hilfreiches Angebot für sterbende Menschen und ihre Familien, das sich an unterschiedlichsten Orten und in unterschiedlichsten Formen verwirklichen läßt.

Ein mögliches Konzept hat die Bundesregierung in der zweiten Stufe des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung von Krebskranken bereits umgesetzt. Die Fördermaßnahmen umfassen den Aufbau von Palliativstationen, die Unterstützung von Schmerztherapieprojekten, Förderung und Evaluierung verschiedener Pflegemodelle für Krebskranke in der Terminalphase im stationären und ambulanten Bereich sowie Förderung von Fortbildungs- und Hospitationsprogrammen zur Versorgung Krebskranker im Terminalstadium für Ärzte und medizinisches Fachpersonal. Mit der Schaffung von Palliativstationen im Rahmen von regionalen Krankenhäusern wird die Gewährleistung von Interdisziplinarität und Professionalität zugunsten der Patienten ebenso wie bessere Lebensqualität und zwischenmenschliche Kommunikation in der Verbindung mit den Pflegeleistungen der Freien Wohlfahrtsverbände und der Selbsthilfeorganisationen, ausdrücklich auch der Hospizbewegung, angestrebt.

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?

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beträgt der Anteil der in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtun-

gen Gestorbenen im Jahr 1991 rd. 49 % der Gesamtzahl der Sterbefälle.

Diese Angabe umfaßt auch Unfallopfer; differenziertere Angaben, auch über die Zahl der Sterbefälle in Heimen, liegen auf Bundesebene zur Zeit nicht vor.

- 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, Niederlanden)?

Konkrete Zahlen aus dem Ausland, insbesondere aus anderen westlichen Ländern und Regionen, die eine lange Tradition in der besonderen institutionellen Zuwendung zu Sterbenden haben, liegen der Bundesregierung nicht vor. Sie ist aber über Tendenzen z. B. in den Niederlanden und Skandinavien informiert, die Pflege zu Hause zu erweitern und zu verstärken, wozu auch die Verbesserung der Möglichkeiten für das Sterben zu Hause gehört.

In Dänemark haben pflegende Angehörige in der Terminalphase des in häuslicher Umgebung Betreuten einen Anspruch auf Freistellung aus dem Arbeitsleben und kompensatorische Zahlung eines unterstützenden Betrages. Eine Arbeitsplatzgarantie besteht allerdings nicht.

- 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)?

Die Hospizidee und das Konzept der palliativen Versorgung hat seine Wurzeln im angelsächsischen Bereich. Seit 1967 gibt es in Großbritannien Hospize, die im übrigen fast dreiviertel ihrer Patienten ambulant betreuen.

Das erste Hospiz in den Vereinigten Staaten wurde 1974 gegründet. 1979 gab es bereits 210 Hospizprogramme in den USA. Heute sind es nach Angaben der National Hospice Organization, des amerikanischen Dachverbandes, bereits mehr als 1700. Auch die Richtlinien dieses Dachverbandes definieren Hospiz in erster Linie als Konzept der Pflege, nicht einen bestimmten Ort der Pflege.

In den Niederlanden werden vor allem Aktivitäten zur Förderung der Sterbebetreuung zu Hause unterstützt. Initiativen hierzu kommen von Krankenhäusern, Pflegeheimen und freiwilligen Organisationen. Die dortige Politik strebt keine neuen Einrichtungen an, sondern eine Verbesserung primärer und sekundärer Organisationen, um die Funktion der Sterbebegleitung auf verantwortungsvolle Weise erfüllen zu können. Über die Verhältnisse in Kanada liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

Von den Erfahrungen der o. g. Länder in der Betreuung Sterbender vermag die Bundesrepublik Deutschland nach Ansicht der Bundesregierung in vieler Hinsicht zu profitieren. Eine Bewertung vor allem vergleichender Art gestaltet sich jedoch allein schon deshalb schwierig, weil die zugrundeliegenden Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Einige verantwortliche Mediziner und Pflegekräfte der geförderten Palliativstationen konnten in englischen „Hospices“ Erfahrungen sammeln, die beim Aufbau und bei der Entwicklung der Palliativstationen in Deutschland mit eingeflossen sind. Ähnliche Vorerfahrungen weisen inzwischen fast alle in Schlüsselpositionen der hiesigen Hospizbewegung tätigen Professionellen auf.

- 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 Sitzwachengruppen sind der Bundesregierung bekannt?

Diese Frage lässt sich nicht genau beantworten. Es existieren unterschiedliche Angaben aus verschiedenen Quellen. Eine Aussage (Prof. Student, Arbeitsgruppe „Zu Hause Sterben“, Evangelische Fachhochschule Hannover) geht von 2,0 Hospizen pro 10 Mio. Einwohner aus.

Regionale Besonderheiten in bezug auf die Verteilung sind der Bundesregierung nicht bekannt. In den einzelnen Bundesländern gibt es jedoch unterschiedliche Konzepte zu Strukturen und Organisation.

Die Vielfalt der in diesem Gebiet tätigen Initiativen und Institutionen erschwert den Überblick sehr. Die Fluktuation einzelner Initiativen, die auch z. T. über Hospizbetten verfügen, ist, wie immer in Gründungsphasen, hoch. Die Standards sind dabei sehr unterschiedlich.

Bereits 1991 ist deshalb im Auftrag der Bundesregierung eine Übersichtsarbeit zur Sterbebegleitung in der Bundesrepublik Deutschland erstellt worden (Literaturrecherche, unveröffentlicht). Um den aktuellen Stand zu erfassen, ist im laufenden Jahr die Aufgabe einer Dokumentation der in der Sterbebegleitung tätigen Institutionen im Rahmen einer Projektförderung vergeben worden.

Hospizdienste sind bisher in keinem Bundesland flächendeckender Bestandteil der Versorgung. Vergleichsweise weit fortgeschritten ist die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen. Hier gibt es gegenwärtig rd. 12 Hospize mit der Möglichkeit, schwerkranke Menschen stationär zu betreuen. Darüber gibt es in diesem Bundesland insgesamt rd. 80 Hospizinitiativen, teilweise mit Hausbetreuungsdiensten.

Die Arbeitsgemeinschaft Hospiz und Hospizinitiativen in Nordrhein-Westfalen zählt 56 Mitgliedsgruppen.

Im Freistaat Bayern haben sich bisher 27 Hospizvereine und Initiativen gebildet, deren Arbeit im ambulanten Bereich angesiedelt ist. Diese Hospizvereine haben sich bereits im Bayerischen Hospizverband e. V. zusammengeschlossen. Viele dieser Vereine verfolgen zur Vervollständigung ihres Leistungsangebots auch die Errichtung eines stationären Hospizes. Konkrete Initiativen sind aus Augsburg, Bamberg und Lindau bekannt. Das einzige stationäre Hospiz in Bayern besteht am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München. Dieses Hospiz ist als Abteilung des Krankenhauses seit dem 1. Januar 1991 bereits in Betrieb, der Neubau eines Hospizgebäudes mit 26 Betten (auf dem Krankenhausgelände in Anbindung an das bestehende Krankenhausgebäude) wurde am 15. April 1993 eingeweiht. Diese Einrichtung dürfte unter dem Begriff Palliativstation eingeordnet werden.

Im Saarland gibt es derzeit kein Hospiz. Allerdings wurde die Idee eines Hospizes von der AIDS-Hilfe Saar, einer Initiative zur Betreuung Schwerstkranker und ihrer Angehörigen (IBSA) sowie der Saarländischen Krebsliga e. V. lebhaft propagiert. Inzwischen hat sich die Diakoniegesellschaft im Saarland mbH bereit erklärt, in den Räumlichkeiten eines Krankenhauses ein Hospiz einzurichten. Der Freien und Hansestadt Hamburg liegen zur Zeit Anträge von drei Trägern für die Schaffung von Hospizen, Tageshospizen und Hausbetreuungsdiensten vor. Eine abschließende Entscheidung ist hierzu noch nicht gefallen.

In Schleswig-Holstein gibt es z. Z. nur eine Palliativstation im St. Franziskus-Krankenhaus in Flensburg. Planungen weiterer Krankenhausträger zur Errichtung von Palliativstationen sind der Landesregierung bekannt. Ein Wohlfahrtsverband konzipiert z. Z. ein Hospiz in Anbindung an eine Sozialstation, Tagespflegeeinrichtung und betreute Altenwohnungen, wobei eine Einbindung der bereits am Ort vorhandenen ambulanten Sterbebegleitung für das Gesamtkonzept beabsichtigt ist. In Brandenburg besteht eine Palliativstation am Evangelischen Krankenhaus Woltersdorf, ein weiterer kirchlicher Träger hat ein qualifiziertes Konzept vorgelegt. Das Evangelische Stift Lehnin, Träger eines Krankenhauses ambulanter und stationärer Altenhilfe, bereitet mit der Bosch-Stiftung Personal auf eine geplante Hospizkapazität vor. Der Caritasverband für Brandenburg und Vorpommern prüft die Errichtung eines AIDS-Hospizes, der DRK-Landesverband prüft Hospizmöglichkeiten in der sehr großen Behinderten- und Altenpflegeeinrichtung „Saalower Berg“.

In Sachsen wird im Rahmen eines Modellprogramms der Bundesregierung ein Projekt in Radebeul bei Dresden geplant, das als Stützpunkt für ambulante Dienste und stationäre Betreuung Sterbender gedacht ist.

Rheinland-Pfalz richtet an Krankenhäusern Palliativstationen ein. Am Elisabeth-Krankenhaus Neuwied liegen positive Erfahrungsberichte über die der von der Bundesregierung geförderte Palliativstation vor.

In Bremen arbeitet in Verbindung mit der aus Bundesmitteln geförderten Palliativstation eine ehrenamtliche Gruppe „Hombre“. Es besteht ein Verein für palliative Therapie unter Leitung eines Anästhesisten. Insgesamt arbeiten zwei Hospizinitiativen in Bremen, eine in Bremerhaven. Hessen plant ein 20-Betten-Hospiz am St. Markus-Krankenhaus in Frankfurt für 1994.

Die Zahlenangaben zu Einrichtungen in der gesamten Bundesrepublik Deutschland schwanken stark. Sie liegen zwischen 200 und 4 000.

Anfang 1993 konnte man von rd. 30 stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen ausgehen, zur Zeit sind etwa 20 stationäre Hospize tätig, die schwerkranke Menschen aufnehmen können, aber nicht als Krankenhaus zugelassen sind und nicht wie Krankenhäuser finanziert werden. Gegenwärtig gibt es in der Bundesrepublik Deutschland 21 Palliativstationen an Krankenhäusern, von denen 16 durch ein Modellprogramm der Bundesregierung gefördert werden. Drei davon befinden sich in den neuen Bundesländern. Die in der Modellmaßnahme einbezogenen 16 Stationen verfügen über insgesamt 106 Betten. Bedingt durch unterschiedliche Rahmenbedingungen können derzeit noch keine Zahlen über die Nutzung der Palliativstationen angegeben werden.

Die von der Bundesregierung geförderte Modellmaßnahme „Palliativstationen in Krankenhäusern“ wird projektübergreifend wissenschaftlich begleitet, um Entscheidungsgrundlagen für eine eventuell notwendige Änderung der Konzeption bzw. zur Vorbereitung der Überleitung der Maßnahmen in die Regelversorgung zu gewinnen.

Die Zahl der durch Hospize oder Hospizdienste versorgten Menschen ist der Bundesregierung nicht bekannt. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß der Hausbetreuungsdienst eines Hospizes je nach Zahl der Mitarbeiter pro Jahr zwischen 80 und 200 schwerkranke Menschen versorgen kann. Hinzu kommen die stationär zu Versorgenden, so daß ein Hospiz damit 100 bis 250 Menschen pro Jahr erreichen kann.

Über Angaben zu Anzahl und Art des Angebots der verschiedenen Gruppen verfügt die Bundesregierung nicht.

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?

Aufbau und Ausgestaltung einer bedarfsgerechten sozialen Infrastruktur ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ist nach der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes in erster Linie Aufgabe von Ländern und Kommunen. Dies gilt grundsätzlich auch für Dienste und Einrichtungen zur Versorgung Sterbender.

Aufgrund der aus den Bundesländern vorliegenden Informationen geht die Bundesregierung davon aus, daß es notwendig ist, in Zukunft die Bedürfnisse sterbender Menschen besser zu berücksichtigen. Hierzu sollten vorrangig besondere Formen der ambulanten Betreuung und Begleitung Sterbender wie Hospizdienste ausgebaut bzw. weiterentwickelt und in das bestehende System der Hilfsangebote integriert werden. Ziel muß es insgesamt sein, ein engmaschiges, vernetztes System von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen zu schaffen, das auch Formen ehrenamtlicher Arbeit mit einbindet.

Auch für Patienten einer Palliativstation haben neben der medizinischen Betreuung die psychische Unterstützung, Beratung und Begleitung des Patienten selbst wie seiner Angehörigen gleichrangigen Wert. Voraussetzung für eine Rückkehr in seine Wohnung ist deshalb die Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste.

Für Patienten, die aus sozialen, medizinischen oder pflegerischen Gründen nicht in der eigenen Wohnung versorgt werden können, vermögen kleine stationäre Einheiten die Möglichkeit eines Lebens in wohnungähnlicher Umgebung zu bieten.

Ob diese Leistung grundsätzlich nicht in bereits vorhandenen Einrichtungen der Kranken-, Alten- oder Behindertenpflege erbracht werden kann, ist in Zukunft kritisch zu prüfen.

- 3.2 Besteht in dem Aufbau regionaler Netzwerke, insbesondere dem Aufbau ambulanter Hospizdienste, ein Stadt-Land-Gefälle?
Falls ja, wie gedenkt die Bundesregierung dem abzuheften?

Ob beim Aufbau ambulanter Hospizdienste bzw. beim Aufbau regionaler Netzwerke ein Stadt-Land-Gefälle besteht, kann aufgrund der vorliegenden Informationen nicht überprüft werden. Wichtige Hinweise kann hierzu die bereits in Auftrag gegebene Dokumentation über die in der Sterbebegleitung tätigen Initiativen erbringen.

- 3.3 Von welchen auf die Einwohnerzahl bezogenen Bedarfswerten
a) für ambulante und
b) für stationäre bzw. teilstationäre Hospizeinrichtungen
geht die Bundesregierung aus?

Der Bundesregierung ist bekannt, daß von einzelnen Bedarfswerte für die ambulante und stationäre Hospizarbeit bereits genannt werden (zum Beispiel ein stationäres Hospiz pro Bundesland oder ein ambulantes Hospiz auf 200 000 Einwohner).

Die Bundesregierung hält es jedoch für erforderlich, hierfür noch genauere und aussagefähigere Informationsunterlagen zu sammeln. Dies soll u. a. im Rahmen der Modellprojekte zur Förderung von Hospizen geschehen.

- 3.4 Sieht das Konzept der Bundesregierung die Entwicklung regionaler Ansprechstellen für die Koordination der Versorgung und der Betreuung Sterbender vor?

Wie bereits in den Antworten zu den Fragen 3.1 und 3.3 ausgeführt, verfügt die Bundesregierung noch nicht über ausreichendes Datenmaterial, um ein fundiertes und umfassendes Konzept erarbeiten zu können. Aufbau und Ausgestaltung der Angebote für Sterbende würden aber grundsätzlich in die Zuständigkeit von Ländern und Kommunen fallen.

Es ist der Bundesregierung bekannt, daß in Nordrhein-Westfalen seit 1992 im Rahmen eines Förderprogramms zwei Ansprechstellen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (Kurzbezeichnung „ALPHA“) eingerichtet worden sind. Inwieweit sich das Beratungskonzept bewährt, bleibt abzuwarten.

Um den Informationsstand für Betroffene und Angehörige, aber auch Kooperation und Vernetzung verschiedener Einrichtungen zu verbessern, sind Beratungsstellen möglicherweise sinnvoll. Es ist allerdings zu überlegen, ob sie nicht in bereits vorhandene Beratungsinstitutionen integriert werden sollten, um eine Diversifizierung und Unübersichtlichkeit für Benutzer zu vermeiden.

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?

Im Rahmen der zweiten Stufe des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten werden die Palliativstationen bis Ende 1994 gefördert.

Hospize werden seit 1992 aus Mitteln des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Pflegebedürftigen durch die Bundesregierung gefördert. Bisher wurden die Standorte Erkrath/Hochdahl bei Düsseldorf, Halle/Saale und Lohmar bei Köln unterstützt. In Erkrath/Hochdahl wird ein dem derzeitigen Erkenntnisstand entsprechendes Hospiz neu gebaut, in Lohmar wird ein umfangreicher Erweiterungs- bzw. Modernisierungsumbau errichtet und in Halle/Saale wurde ein Hausbetreuungsdienst mit Fahrzeugen und anderen Sachmitteln ausgestattet. Das bisher bewilligte Fördervolumen beläuft sich auf rd. 10 Mio. DM.

Nach Fertigstellung der laufenden Bauvorhaben soll eine wissenschaftliche Begleitung der Hospizarbeit eingesetzt werden, die u. a. Aussagen machen soll über

- Beurteilung der Hospizversorgung aus Sicht der Pflegebedürftigen,
- die Qualität der pflegerischen Versorgung im ambulanten und stationären Hospizbereich,
- den seelsorgerischen und psychosozialen Versorgungsauftrag,
- die Einbindung neuer ehrenamtlicher Helfer und die längerfristige Zusammenarbeit,

- die Zusammenarbeit mit Ärzten sowie anderen ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungsdiensten.

Neben dem pflegerischen Versorgungsauftrag der Hospize sollen verlässliche Erkenntnisse und Daten über Investitionskosten von Neu- und Umbauten, die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen, die Zusammensetzung der Pflegesätze, den Personalschlüssel und die Finanzierung gewonnen werden.

Im Rahmen des Bundesaltenplans wird das Modellprojekt „Kriseninterventionsteam – Begleitung älterer Menschen in lebensbedrohlichen Situationen“ gefördert, mit dem Ziel der Unterstützung älterer Menschen in besonderen Lebenssituationen.

Das interdisziplinär besetzte Team soll ältere Menschen betreuen, die sich in einer zunehmend als bedrohlich und nicht mehr zu bewältigenden Situation erleben.

Aus dieser Aufgabenstellung heraus ergibt sich auch die Begleitung sterbender älterer Menschen und ihrer Angehörigen. Hierzu stehen speziell ausgebildete Kräfte zur Verfügung, die mit den mobilen sozialen Diensten eng kooperieren und in Zusammenarbeit mit örtlichen Kliniken den Übergang in die häusliche Umgebung planen und begleiten. Dabei werden auch konsiliarisch betreuende Ärzte eingebunden.

Das Projekt soll im Hinblick auf die Unterstützung älterer Menschen in besonderen Lebenssituationen insbesondere Aufschluß über Zugangsmöglichkeiten sowie über den Unterstützungs- und Hilfsbedarf dieser Personengruppe geben.

- 4.2 Welche Folgerungen und praktische Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem von ihr geförderten Modell „Palliativstationen“?

Da die zweite Stufe des Modellprogramms noch nicht abgeschlossen ist, können Folgerungen und praktische Konsequenzen erst nach Vorliegen des Abschlußberichtes im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung gezogen werden (Dezember 1994).

- 4.3 Sind diese Stationen nach Auffassung der Bundesregierung in die Regelversorgung und -finanzierung aufzunehmen?

Erst nach Vorliegen des Abschlußberichts sind entsprechende Entscheidungen zu einer Regelversorgung und Regelfinanzierung zu treffen. Mit den Spaltenverbänden der Krankenkassen sind diesbezüglich bereits Gespräche vorgesehen.

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?

Die Betreuung und Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen sowie die Begleitung ihrer Angehörigen stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die nur durch enges Zusammenwirken von Familie, Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzte, Pflegeheimen und Krankenhäusern gelöst werden kann. Es ist unbestritten, daß eine Effektivität der Hospizidee nur über optimale Kooperation und Vernetzung aller Beteiligten erreicht werden kann.

Darüber, inwieweit tatsächlich Defizite der Koordination bestehen, liegen keine ausreichend konkreten Informationen vor. Die Bundesregierung geht davon aus, daß es im Einzelfall vor Ort vielfach Bemühungen zur Koordination und Kooperation der Hilfen im Einzelfall gibt.

Es ergeben sich allerdings Hinweise vor allem aus den Mitteilungen verschiedener Länder, daß insgesamt und auf allen Ebenen noch Defizite bei der Vernetzung der unterschiedlichen Dienste mit Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens bestehen.

Der Verbesserung dieser Situation dienen z. Z. ganz besonders verstärkte Bemühungen der Bundesländer.

Im einzelnen liegen der Bundesregierung folgende Stellungnahmen vor:

– Baden-Württemberg will der Verbesserung von Kooperation und Vernetzung durch folgende Vorhaben Rechnung tragen:

Landesprogramm zur Neuordnung der ambulanten Hilfen (z. B. durch Einrichtung von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen, Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Dienste in jedem Versorgungsbereich zur Verbesserung der Kooperation und von – regional abgestimmten – Sonderpflegediensten für zeitintensive Pflege),

Geriatriekonzept des Landes (z. B. mittels Durchführung geriatrischer Konsile und Einführung einer Übergangsbetreuung),

Aktionsprogramm Krebs (z. B. durch Einrichtung von „Brückenschwestern“),

Aktionsprogramm AIDS.

– Die Freie und Hansestadt Hamburg sieht eine Möglichkeit zur besseren Verzahnung der genannten Ebenen für sich darin, daß ein von allen Beteiligten gemeinsam getragenes Konzept zur Verbesserung der Situation und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender erarbeitet und als Grundlage für die weitere Zusammenarbeit genutzt werden kann.

– Das Land Brandenburg plant ebenfalls die Einrichtung einer Arbeitsgruppe über Bedarf und Lösungsmöglichkeiten sowie Notwendigkeit von Fördermaßnahmen.

– Eine Verzahnung aller Anbieter zur Koordination des Angebots und zum besseren Erfahrungsaustausch von Seiten des Landes wird auch in Schleswig-Holstein angestrebt. Da regelmäßige Landeszuschüsse nicht verfügbar sind, will das Land auf Möglichkeiten der Aufklärung und verstärkten Informationspolitik

zurückgreifen und zugleich die Anbieter sozialer Dienste ermuntern, die Sterbebegleitung in ihren Leistungskatalog aufzunehmen und nach annehmbaren Finanzierungskonzepten zu suchen.

- Thüringen sieht eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation in der verstärkten Vermittlung von Erkenntnissen und Ergebnissen der Forschung und Betreuung Sterbender, lindernder Pflege und Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Das Land Sachsen beabsichtigt, den Hospizgedanken als letztes Glied der Kette der geriatrischen Versorgung in sein Geriatriekonzept aufzunehmen. Um eine lückenlose Versorgung und Betreuung zu organisieren, übernimmt das Land einen Teil der Personalkosten für koordinierende Tätigkeiten und für die Geschäftsführung von Hospizbewegungen.
- Das Land Nordrhein-Westfalen leitet aus einer 1992 durchgeführten Studie zur Sterbebegleitung und Hospizbewegung umfassende Empfehlungen für den Ausbau, Koordination und Vernetzung der Sterbebegleitung ab. Zusammenfassend wird empfohlen, die künftige Vernetzung regional und den jeweiligen Bedürfnissen oder Partnern entsprechend unterschiedlich anzugehen. Um die erforderlichen aussagekräftigen Einzeldaten und Informationen über die Versorgungsstruktur der entsprechenden Region zu erhalten, sind 1992 zwei Ansprechstellen „ALPHA“ in Bonn und in Münster eingerichtet worden. Sie dienen den Projektträgern und Initiativen des Landes zur Information, Beratung, Organisationshilfe, Fortbildung und Evaluation.

Ferner fördert das Land ein Modellprojekt „Ambulante Sterbebegleitung“, das die Arbeit der ambulanten Hausbetreuungsdienste unterstützt. Bei der Tätigkeit der im Rahmen dieses Projekts eingesetzten Fachkräfte spielen Koordination und Kooperation mit anderen Partnern der Versorgung Sterbender eine zentrale Rolle.

- Das Land Bayern betont ähnlich wie Nordrhein-Westfalen, daß eine Koordination und Kooperation im wesentlichen nur effektiv auf örtlicher/regionaler Ebene erfolgen kann. Das Konzept der Hospizidee muß deshalb in Zukunft Eingang in die Sozialplanung von Landkreis und kreisfreien Städten finden. In finanzieller Hinsicht werden in noch erheblicher Weise mögliche Verbesserungen gesehen, u. a. über Finanzierung von Schulungsmaßnahmen seitens des Landes.
- Bremen will die Arbeit der Hospizhilfen grundsätzlich in die bestehenden Versorgungsangebote für ältere Menschen einbinden.

Um ein gemeinsames Konzept zu erarbeiten, haben sich im Anschluß an eine Aussprache aller Beteiligten (Hospizinitiativen, freie Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Ärzte, Ärztekammer, Behördenvertreter) zwei Arbeitsgruppen gebildet. Vereinbarungen zur Kooperation aller Beteiligten werden bis Frühjahr 1994 erwartet.

Die Bundesregierung selbst fördert insbesondere zum Thema Kooperation zwei zentrale Projekte. Gegenstand des einen ist die wissenschaftliche Begleitung und Bewertung von fünf vom baden-württembergischen Sozialministerium unterstützten Versorgungsmodellen zur Intensivierung der häuslichen Betreuung schwerkranker Tumorpatienten, das zweite Projekt zielt auf Erprobung einer interdisziplinären Funktionseinheit für Schmerzdiagnostik und Therapie als Modellversuch einer Tagesklinik an der Universität Münster. Zielgruppen sind in erster Linie Krebspatienten, die wegen der Schwere ihres Krankheitszustandes bisher stationär behandelt werden mußten.

5.2 Wie beurteilt die Bundesregierung die Situation Sterbender in Krankenhäusern und Heimen?

Welche organisatorischen und kommunikativen Strukturen erschweren die besondere Betreuung Sterbender?

Nach aktuellem Kenntnisstand der Bundesregierung ist die Situation Sterbender in Krankenhäusern und Heimen vielfach noch nicht befriedigend gelöst im Hinblick auf eine ganzheitliche palliative Versorgung am Lebensende mit dem Ziel einer individuellen humanitären Sterbegleitung.

Als mögliche Ursachen gelten allgemein folgende Probleme:

- Selbstverständnis des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter als Ort der Genesung mit überwiegend naturwissenschaftlicher Ausrichtung (bauliche Gestaltung, technische Einrichtung, Organreparaturkonzept, Funktionspflege).
- Steigerung der Effektivität durch Rationalisierungsmaßnahmen.
- Unzureichende Kommunikation der Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen nicht zuletzt infolge hierarchischer Strukturen sowie Unfähigkeit zur Kommunikation mit Patienten (Mängel der Aus- und Weiterbildung, fehlende Teamarbeit, fehlende Supervision).
- Isolierung des Patienten, Ausgrenzung der Angehörigen aus technisch-organisatorischen Gründen der Bewohner.

Für die Situation in Heimen gilt als problematisch:

- fehlende Anbindung an eine Kernfamilie, geringe Außenkontakte, Einsamkeit und Isolation.
- Relativ starre Dienstpläne des Pflegepersonals.
- Bislang unzureichende Inhalte von Aus- und Weiterbildung über den Bereich der Pflege hinaus (Ethik, Theologie, Philosophie, Psychologie).
- Isolation der einzelnen Altenpflegeeinrichtungen im Versorgungsnetz.

Der Bundesregierung sind allerdings bereits Konzepte und Ansätze sowohl im Bereich Krankenhaus als auch im Bereich Heim bekannt, die die Rahmenbedingungen in diesen Institutionen für Sterbende verbessern können.

Sie bereitet in diesem Sinne für April 1994 eine zweite Fachtagung zur Sterbegleitung vor, die Möglichkeiten einer Integration des Hospizgedankens in bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erarbeiten soll. Dieser Veranstaltung war bereits im November 1992 eine erste interdisziplinäre Fachtagung zum Thema Sterbegleitung vorausgegangen, die eine Art Bestandsaufnahme ermöglicht hat.

Speziell zur Verbesserung der Situation Sterbender im Krankenhaus trägt sie durch die unter Punkt 1 genannten Fördermaßnahmen im Rahmen der zweiten Stufe des Modellprogramms der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgung von Krebskranken bei.

5.3 Sind der Bundesregierung

- a) Studien,
- b) Projekte

zur räumlichen, organisatorischen, personellen und kommunikationstechnischen Reform krankenhausinterner Abläufe zur Förderung eines menschenwürdigen Sterbebestands bekannt, und wie werden sie von der Bundesregierung beurteilt?

Auch hier kann auf die Modellmaßnahme Palliativstationen verwiesen werden. Auf diesen Stationen werden schwerkranke und sterbende Krebspatienten durch speziell geschultes Personal betreut. Ziel der Maßnahme ist es, die heute vielfach als inhuman beklagte Situation sterbender Menschen im Krankenhaus zu verbessern.

Die Palliativstation sollte mit einem Tumorzentrum oder einem onkologischen Schwerpunkt zusammenarbeiten. Sie sollte von einer Abteilung des Krankenhauses organisiert und verwaltet werden, jedoch keinem Fachbereich ausschließlich zugeordnet sein.

Besondere Anforderungen werden auch an die räumliche Ausgestaltung gestellt. Wichtig ist ein Gemeinschaftswohnraum für die Patienten der Station sowie ein Raum für ehrenamtliche Helfer. Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige und Freunde sollte vorhanden sein.

Neben der medizinischen Versorgung, insbesondere der Symptomkontrolle und Schmerzbekämpfung, wird Wert auf die psychosoziale und seelsorgerische Betreuung gelegt.

Einzelheiten zu Projekten von Krankenhäusern und Heimen auf Landes- oder kommunaler Ebene sind der Bundesregierung nicht bekannt. Sie ist jedoch über die Tatsache existierender Ansätze unterrichtet und wird im Rahmen o. g. Fachtagung weitere Informationen und Anregungen von Experten erhalten.

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

Die Thematik „Sterben und Tod“ ist gegenwärtig in der Ausbildung der Mediziner bereits enthalten, was sich in den grundsätzlichen Prüfungsinhalten für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung widerspiegelt (vgl. Anlage 16 der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 – BGBI. I S. 1458 –, zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel X Sachgebiet D Abschnitt II Nr. 3 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 – BGBI. II 1990 S. 885, 1077).

Im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften ist diese Thematik nach der Verordnung für nichtärztliche Heilberufe im Fach Psychologie integriert.

Der von der Bundesregierung erarbeitete Entwurf eines Altenpflegegesetzes enthält das Ausbildungsziel „Die umfassende Begleitung Schwerkranker und Sterbender“. Auch die noch gelgenden neuen Ausbildungsordnungen der Länder, wie z. B. Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, erwähnen dieses Ausbildungsziel ausdrücklich.

Die kürzlich in Kraft getretene Heimpersonalverordnung sieht als eine Neuerung die Verpflichtung des Heimträgers vor, seinen Beschäftigten Gelegenheit zur Fort- und Weiterbildung ausdrücklich auch im Bereich der Sterbebegleitung zu geben.

Zur Frage der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Betreuung Sterbender wird ein Modellprojekt gefördert, das eine fachübergreifende Fortbildung zur Behandlung chronischer Schmerzen für Ärzte aus Klinik und Praxis sowie für medizinische Fachberufe beinhaltet.

Bereits in den Jahren 1988 bis 1991 förderte die Bundesregierung das Projekt „Berufsbegleitende Fortbildung von Pflegepersonal in der Versorgung von chronisch Kranken mit Schwerpflegebedürftigkeit“ an der Universität Heidelberg. Dabei wurden für im ambulanten und stationären Bereich tätige Pflegekräfte berufsbegleitende Kurse in der Pflege von chronisch kranken und schwerpflegebedürftigen Patienten angeboten. Dies erfolgte in Form von theoretischem Unterricht, Hospitationen in ambulanten Versorgungseinrichtungen und Unterrichtung am Krankenbett.

Die ebenfalls unterstützten bundeszentralen Fortbildungseinrichtungen der sozialen Arbeit führen in eigener inhaltlicher Verantwortung in unregelmäßigen Abständen Fortbildungsmaßnahmen zum Thema „Sterbebegleitung“ durch, so im Jahr 1992 der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge und der Deutsche Berufsverband für Altenpflege.

Ausgehend von diesen bereits festgeschriebenen Grundstandards wird eine Weiterentwicklung der Qualifikation für alle in die

Betreuung Sterbender eingebundener Mitarbeiter in Zukunft erforderlich sein. In welcher Form diese Zielvorstellung umgesetzt werden kann, vermag die Bundesregierung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zu sagen. Eine Orientierung an ausländischen Curricula bietet hier ebenso eine Möglichkeit wie Beratungen mit Experten und Auswertung von Ergebnissen aus Versorgungs- und Pflegeforschung.

Die Bundesregierung ist u. a. darüber informiert, daß z. B. in Finnland bereits seit 1982 staatliche Richtlinien für die Terminalpflege existieren, die auf den Grundprinzipien der Hospizbewegung aufbauen. Kanada verfügt über ein spezielles Curriculum, das Qualitätsstandards festschreibt.

In Großbritannien ist „palliative care“ bereits als eigener Weiterbildungsgang sowohl für Ärzte als auch für Pflegepersonal anerkannt und wird an Universitäten gelehrt. Die Lehrziele umfassen sowohl medizinische, psychologische, religiöse und kulturelle als auch ethische Aspekte und den Aspekt der Teamarbeit.

Sowohl für Ärzte als auch für Pflegepersonal an Palliativeinheiten werden ab 1994 an diesem Weiterbildungsgang orientierte Anforderungen gestellt.

Die Niederlande bieten 1988 für approbierte Ärzte einen Weiterbildungsgang an, der sich den Problemen der Versorgung von Pflegeheimbewohnern widmet. Ausdrücklich ist hier die terminale Pflege eingeschlossen.

- 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?

Die Arbeit der erwähnten multiprofessionellen Beratungsteams kann möglicherweise hilfreich sein, es erscheint aber nicht sicher, ob sich derartige Modelle auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland problemlos übertragen lassen.

Die Vermittlung von Fachwissen im Umgang mit Sterbenden sollte primär im Rahmen von Fort- und Weiterbildung erfolgen, wobei gemeinsame Veranstaltungen für Mitarbeiter verschiedener Bereiche durchaus sinnvoll sein können. Im Rahmen des Modellprojekts „Palliativstationen in den Krankenhäusern“ sind derartige regelmäßige Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit onkologischen Arbeitskreisen und Tumorzentren vorgesehen.

Die Bundesregierung sieht im Konzept eines multiprofessionellen Beratungsteams auch die Gefahr einer mangelnden Identifikation und eine Versuchung zur erneuten Delegation an „Spezialisten“.

6. *Forschung*

- 6.1 Sind der Bundesregierung Forschungen des In- und Auslands zu den Themen
- Betreuung Sterbender,
 - lindernde Pflege,

- c) Palliativmedizin und
 - d) Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Psychologen und Pflegern in der Begleitung Sterbender
- bekannt, oder strebt sie solche Forschungen an?
Wie werden die Forschungsergebnisse in die Praxis implementiert?

Einzelne aktuelle Forschungsvorhaben des In- und Auslandes zu diesen Themen sind der Bundesregierung außer bereits genannten nicht bekannt. Erwähnenswert sind aber die Untersuchungen von Prof. Franco Rest im Auftrag der Landesregierung Nordrhein-Westfalen.

In die Pflegeforschung werden die genannten Bereiche vielfach implizit miteinbezogen. Im Rahmen der von der Bundesregierung geförderten Vorhaben werden Themen der angesprochenen Art aber nicht explizit und gezielt erforscht. Es wird derzeit auch keine Förderung einer ausdrücklich diesen Themen gewidmeten Forschung angestrebt. Erkenntnisse sind allerdings im Rahmen anderer geförderter Forschungsarbeiten, etwa zu Gesundheit oder der Geistes- und Sozialwissenschaften, möglich.

Kenntnisse über Forschungen insbesondere zu dem Bereich Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonal in der Begleitung Sterbender hat die Bundesregierung nicht.

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?

Die ehrenamtliche Mitarbeit ist nach Überzeugung der Bundesregierung von grundlegender Bedeutung für die Hospizarbeit. Im Engagement der Hospizgruppen sieht sie ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie ehrenamtlicher Einsatz für andere geleistet werden kann, der durch professionelle Kräfte nicht in ausreichendem Maße bereitgestellt werden könnte. Die ehrenamtliche Hilfe zeichnet sich in besonderem Maße durch das mitmenschliche Engagement und die Übernahme vieler selbstverständlicher Kleinigkeiten und alltäglicher Dienstleistungen im Sinne einer Nachbarschaftshilfe aus. Durch die Einbindung des alltäglichen Lebens über ehrenamtliche Helfer in die Sterbebegleitung kann Sterben wieder Bestandteil des Lebens werden, der Tod gesellschaftlich enttabuisiert werden. Zugleich wird für den sterbenden Menschen ein Abbau von Ängsten und Isolierungstendenzen erreicht.

Die Bundesregierung fördert deshalb Hospize auch nur an solchen Standorten, die über einen ambulanten Hausbetreuungsdienst unter Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter verfügen.

- 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/Helper 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?

Die Bundesregierung sieht in einer Förderung des ehrenamtlichen Engagements eine hervorragende gesellschaftspolitische Aufgabe, die sich an alle gesellschaftlichen Kräfte richtet. Sowohl im Bereich der Sterbebegleitung als auch im gesamten Bereich der Betreuung Pflegebedürftiger müssen deshalb Rahmenbedingungen des ehrenamtlichen Engagements geschaffen werden, die dazu beitragen, Motivation aufzubauen und zu erhalten. Die Bundesregierung hat aus diesem Grund eine Rechtsexpertise zur Ehrenamtlichkeit erstellen lassen, in der die rechtlichen Voraussetzungen untersucht und die Einbettung von rechtlichen Regelungen in die Rechtssystematik dargestellt wird. Diese Expertise wird Ausgangspunkt für weitere Überlegungen und Fachdiskussionen sein.

Ehrenamtliches Engagement wird von der Bundesregierung ganz gezielt gefördert und unterstützt mit dem Modellprogramm „Seniorenbüros“.

Ziel des Modellprogramms Seniorenbüros ist es, ältere Menschen, die aktiv sein wollen, in ein für sie geeignetes Tätigkeitsfeld zu vermitteln. Schwerpunkte sind hierbei das ehrenamtliche Engagement sowie Selbsthilfeaktivitäten. Sie sollen aber auch Forum für den Erfahrungsaustausch ehrenamtlich engagierter Senioren sein. In der ersten Modellphase im Jahr 1993 wurden 32 Seniorenbüros aufgebaut, die finanzielle Förderung läuft über einen Zeitraum von drei Jahren. In der zweiten Modellphase werden rd. 20 weitere Seniorenbüros in die Förderung einbezogen werden.

Im Rahmen der Begleitprojekte zum Modellprogramm Seniorenbüros wird auch untersucht, welche Bedingungen die ehrenamtlichen Mitarbeiter vor Ort vorfinden und welche Motivationen für ein Engagement ausschlaggebend sind.

Seniorenbüros vermitteln an örtliche Träger, die freiwillige Mitarbeiter suchen, ehrenamtliche Kräfte. Von diesem Angebot können auch Hospize Gebrauch machen.

Mit der Pflegeversicherung beabsichtigt die Bundesregierung, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und Angebote zu unterbreiten, die den Zusammenhalt der Generationen stärken, familiäre Hilfeleistungen stützen und nachbarschaftliche Hilfe zu organisieren vermögen. Deshalb umfassen die Leistungen der Pflegeversicherung auch Schulungsmaßnahmen und Pflegekurse. Die Angebote der Pflegekassen sollen sich nicht nur an Pflegepersonen im Sinne der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes richten, sondern

an alle ehrenamtlich Pflegenden. Dabei sollen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, gleichzeitig soll aber auch die erhebliche körperliche und seelische Belastung der Pflegenden durch Erfahrungsaustausch, psychologische Betreuung und Information zu Hilfsmitteln gemindert werden. Auch Menschen, die an ehrenamtlicher Arbeit Interesse haben, bisher aber aufgrund mangelnder Kenntnisse oder Erfahrungen nicht im Bereich der Pflege tätig waren, können auf diese Weise für die ehrenamtliche Arbeit des Pflegens interessiert und sogar gewonnen werden.

Eine entscheidende Maßnahme zur Stärkung des Engagements ehrenamtlicher Pflegepersonen ist die im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes vorgesehene Verbesserung der sozialen Sicherung häuslicher Pflegekräfte. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen: Wer einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mehr als 14 Stunden in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegt, hat einen Anspruch darauf, daß für ihn Beiträge an die Rentenversicherung gezahlt werden, die in der Höhe nach dem Umfang der Pflegebedürftigkeit gestaffelt sind. Die Beiträge, die die Pflegekassen an die Rentenversicherung für eine Pflegeperson abzuführen haben, werden sich zwischen 200 bis 600 DM monatlich bewegen. Außerdem wird die Pflegetätigkeit in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Die Rückkehr in das Berufsleben nach Beendigung der Pflegetätigkeit wird im Rahmen der Vorschriften des Arbeitsförderungsgesetzes durch Umschulungsmaßnahmen erleichtert.

Fortbildung und fachliche Anleitung bei ihrer Tätigkeit sind für ehrenamtliche Kräfte von grundlegender Bedeutung für Gewinnung und Qualifizierung. Diese werden im Rahmen der Richtlinien des Bundesaltenplans gefördert auf Antrag von Wohlfahrtsorganisationen und anderen Trägern, in deren primäre Verantwortung diese Aufgabe fällt. Auch für die Seniorenbüros im Modellprogramm der Bundesregierung sind Gelder zur Fortbildung ehrenamtlich tätiger Senioren vorgesehen. Da das Programm erst im Laufe des Jahres 1993 begonnen hat, sind Aussagen über Inanspruchnahme und Finanzvolumen derzeit noch nicht möglich.

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?

Grundsätzlich besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, solange sie medizinisch erforderlich ist. Der Regelfall sieht längstens vier Wochen je Krankheitsfall vor. Diese alternative Versorgungsmöglichkeit soll stationären Krankenhausaufenthalt abkürzen oder vermeiden. Eine zeitliche Be-

grenzung wurde zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen und im Hinblick auf die zeitlich unbegrenzten Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit eingeführt.

Reicht die Vier-Wochen-Frist nicht aus, denkbar z. B. im Fall eines terminalen Krankheitsstadiums, ist eine Verlängerung der Leistungsgewährung nach Überprüfung durch den medizinischen Dienst möglich. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse so auch für einen längeren Zeitraum die Bewilligung aussprechen.

Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nach § 37 Abs. 2 SGB V hat die Krankenkasse zeitlich unbegrenzt, solange sie medizinisch erforderlich ist, zu erbringen. Daneben kann die Krankenkasse in ihrer Satzung grundsätzlich auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und dabei Dauer und Umfang dieser Leistungen bestimmen. Im Gesetzentwurf zur Pflegeversicherung der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. werden Hospize durchaus berücksichtigt. Für die Finanzierung durch die Pflegekassen ist es danach erforderlich, daß die Hospize Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abschließen und damit als ambulante, teilstationäre oder stationäre Einrichtungen zugelassen sind.

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?

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V umfaßt neben der Behandlungspflege die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Sie ist insoweit vergleichbar mit der häuslichen Pflegehilfe für schwer Pflegebedürftige nach § 55 SGB V, die ebenfalls Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet.

Nach § 53 Abs.2 SGB V entfällt der Anspruch auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit, soweit ein Anspruch nach § 37 SGB V besteht. Durch diese Subsidiaritätsregelung soll sichergestellt werden, daß der kranke Schwerpflegebedürftige immer die umfassendere Leistung nach § 37 SGB V erhält.

Die Bundesregierung erkennt die Bedeutung der psychosozialen Komponente im gesamten Pflegebereich an. Sie muß Bestandteil der Pflege sein, insbesondere auch bei Schwerstkranken und Sterbenden.

Der Umfang einer solchen ganzheitlichen Betreuung geht in vielen Fällen über die Möglichkeiten des Leistungsrechts hinaus. Aufgaben der psychosozialen Versorgung – z. B. Gespräche – können jedoch insbesondere den Schwerpunkt der ehrenamtlichen Tätigkeit ausmachen.

Es ist nicht beabsichtigt, diese Ausgaben als eigenständige Leistungsart in die GKV einzuführen.

- 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. Tumorpatienten und Aidskranke)?

Bei Vorliegen von Schwerpflegebedürftigkeit sieht das SGB V seit Anfang 1989 einen Anspruch Betroffener auf häusliche Pflegehilfe vor. Dieser ist ausdrücklich die Funktion einer Ergänzung von Pflege und Versorgung in Haushalt oder in der Familie zugeschrieben. Wahlweise sind Sach- oder Geldleistungen möglich. Tatsächlich haben die Antragsteller in der überwiegenden Zahl der Fälle der Geldleistung den Vorzug gegeben.

Die Regelung häuslicher Pflegehilfe ist zudem als erster Schritt auf dem Weg zur Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit zu verstehen. Die im Krankenversicherungsrecht enthaltene Beschränkung der Pflegeleistungen auf 25 Pflegeeinsätze ist im Pflegeversicherungsgesetz nicht mehr enthalten. Eine bestimmte Zahl der Einsätze ist in dieser Pflegestufe nicht mehr vorgesehen, allerdings ist die Höhe der Sachleistungen je nach Pflegestufe begrenzt:

- In Stufe I bis auf 750 DM im Monat,
- in Stufe II bis auf 1 500 DM im Monat,
- in Stufe III bis auf 2 250 DM im Monat,

in besonders gelagerten Härtefällen bis zu 3 750 DM im Monat.

Auch mit den Leistungen der Pflegeversicherung soll und kann keine Vollversorgung aller Pflegebedürftigen erreicht werden. Die Pflegeversicherung soll vielmehr eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen bieten, die Eigenleistungen der Versicherten und das Engagement der Familienangehörigen und ehrenamtlichen Helfer nicht entbehrlich macht. In den Fällen, in denen neben Sachleistungen oder dem Pflegegeld der Pflegeversicherung weitere Sachleistungen erforderlich sind, werden sie durch Leistungen der Krankenversicherung (Behandlungspflege) sowie (bei Bedürftigkeit) durch Leistungen der Sozialhilfe ergänzt.

- 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?

Die Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung und auch nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind bundeseinheitlich geregelt. Soweit die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege Kostenträger ist, hat sie bei ihrer Entscheidung die besonderen Umstände des Einzelfalls und die örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. So können z. B. im Rahmen der häuslichen Pflege, die vorrangig anzustreben ist, wenn sie unter fachlichen Gesichtspunkten ausreicht, auch die angemessenen

Kosten für eine besondere Pflegekraft übernommen werden. Nach der Besonderheit des Einzelfalles kommt auch die Übernahme der Kosten für die Pflege in einem Hospiz in Betracht.

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

Wie gedenkt die Bundesregierung diesen unerträglichen Zustand zu beheben?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen allen Versicherten gewährt.

Nach § 27 Abs. 1 SGB V besteht Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, jedoch auch, um ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Auch nach Ausschöpfen aller medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bleibt für den „austherapierten“ Patienten der Anspruch auf Linderung bestehen. Das beinhaltet sowohl eine adäquate Symptom- und Schmerzkontrolle als auch häusliche Pflegehilfe. Leistungen, die ausschließlich die Pflege betreffen, fallen in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung und ggf. der Sozialhilfe.

An weiteren Kostenträgern, die sich in Einzelfällen an der Finanzierung der Hospizversorgung beteiligen können, sollen aus der vorhandenen Vielfalt lediglich auf die Kriegsopferfürsorge, Leistungen aus Unfallversicherung und Entschädigungen für z. B. Impfschäden hingewiesen werden.

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

Für Schwerstkranken und Sterbende gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das gleiche Recht wie für alle Kranken. Bei stationärer Behandlung ist daher die übliche Eigenbeteiligung zu zahlen. Angaben darüber, ob Schwerstkranken und Sterbende zusätzlich belastet werden, weil Leistungen notwendig werden, die die Leistungspflicht der Krankenkassen überschreiten, werden nicht erhoben.

Soweit dem Betroffenen und seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten die Aufbringung erforderlicher Mittel für die terminale Pflege aus ihrem Einkommen und Vermögen nach den näheren Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes nicht zuzumuten ist, wird Hilfe zur Pflege gewährt. Das Einkommen ist im Rahmen bestimmter Einkommensgrenzen einzusetzen.

Für Schwerstpflegebedürftige gilt eine besonders hohe Einkommensgrenze, die sich aus einem Grundbetrag in Höhe von z. Z.

2 900 DM (2 228 DM neue Bundesländer), der Kosten der Unterkunft und ggf. einen Familienzuschlag errechnet.

Über den Einsatz von Einkommen, das über der maßgeblichen Grenze liegt, entscheiden die Sozialhilfeträger aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalls. Auch hier gilt in besonders schweren Pflegefällen ein hoher Freibetrag von z. Z. 8 000 DM zuzüglich ggf. Zuschläge.

Die Bundesregierung verfügt über kein weiteres Zahlenmaterial zur finanziellen Eigenbeteiligung der Betroffenen.

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

Insgesamt haben die Krankenkassen 1992 im alten Bundesgebiet 1,62 Mrd. DM und im Beitrittsgebiet 0,32 Mrd. DM für Behandlungspflege, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege ausgegeben.

Diese Aufwendungen haben sich wie folgt aufgeteilt:

	West	Ost
Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V	950 Mio. DM	264 Mio. DM
Haushaltshilfe	239 Mio. DM	4 Mio. DM
häusliche Krankenpflege	417 Mio. DM	55 Mio. DM

Die Sozialhilfeträger haben im Jahr 1992 in Deutschland insgesamt 1,4 Mrd. DM für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen aufgewendet. Davon entfielen rd. 1 Mrd. DM auf Pflegegelder nach § 69 Abs. 3 BSHG und knapp 400 Mio. DM auf die sonstige Hilfe zur Pflege, einschließlich der Alterssicherung der Pflegepersonen. Für Hilfe zur Weiterführung des Haushalts haben die Sozialhilfeträger gemäß den Regelungen in den §§ 70 und 71 BSHG außerhalb von Einrichtungen fast 92,5 Mio. DM ausgegeben.

- 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?

Im Jahr 1992 haben 525 969 Versicherte im alten Bundesgebiet und 109 368 Versicherte im Beitrittsgebiet Leistungen bei Schwerpflegebedürftigen erhalten.

Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe liegen nur Zahlen über die Leistungsfälle vor. Diese sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Leistungsfälle von Schwerpflegebedürftigkeit	West	Ost
– häusliche Pflegehilfe Sachleistung	170 255	15 768
– Geldleistung für selbstbeschaffte Pflege	642 992	144 864
– häusliche Pflege bei Urlaub u. ä.	120 225	11 822
häusliche Krankenpflege	953 702	528 711
Haushaltshilfe	338 646	9 437

- 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?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, die ambulante und stationäre Hospizbetreuung zukünftig als eigenständige Aufgabe bzw. Hilfeleistung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder ins Sozialhilferecht aufzunehmen.

Auch im Pflegeversicherungsgesetz ist die Sterbebegleitung nicht als eigenständige Pflichtaufgabe der Pflegekassen vorgesehen. Leistungen der Pflegekasse müssen aber gewährt werden, wenn im Rahmen der Sterbebegleitung die Voraussetzungen der geplanten Pflegeversicherung erfüllt sind. Der nicht abschließende Katalog der Arten der Hilfe in § 27 BSHG verpflichtet die Sozialhilfeträger nach der Besonderheit des Einzelfalls, der Art des Bedarfs und bei Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen Hilfe zu gewähren. Der Sozialhilfeträger kann als Kostenträger für die Finanzierung einer Sterbebegleitung nur in Betracht kommen, wenn diese Hilfe nicht von anderen, vorrangig verpflichteten Sozialleistungsträgern oder von Angehörigen, den Kirchen, Religionsgemeinschaften oder den freien Wohlfahrtsverbänden geleistet wird. Ferner muß die Finanzierung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht zumutbar sein. Dabei hat der Sozialhilfeträger den Wünschen des Hilfebedürftigen – soweit sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind – hinreichend Rechnung zu tragen.

Wenn auch eine bundeseinheitliche, gesetzlich verankerte Finanzierungsregelung speziell für den Hospizdienst nicht vorgesehen ist, sieht es die Bundesregierung gleichwohl als ihre Aufgabe an, zu einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine angemessene ganzheitliche Sterbebegleitung beizutragen. Dies ist zum einen durch Bemühungen möglich, dem Hospizgedanken in stationären Einrichtungen mehr Raum zu schaffen.

Aus den vorstehenden Antworten wird zum anderen deutlich, daß bereits gesetzliche Regelungen in den Leistungskatalogen verschiedener Kostenträger existieren, die für die Hospizarbeit insbesondere im ambulanten Bereich in Anspruch genommen werden können.

Durch effektive Information über Finanzierungsmöglichkeiten sowie Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Bereiche kann die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender noch verbessert werden.

- 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 Tätigkeitspektrum von Sozialstationen, Hospizen oder ähnlichen Einrichtungen aufzunehmen?

Die hier aufgezählten Dienstleistungen sind nach Ansicht der Bundesregierung dem psychosozialen Aufgabenspektrum zuzuordnen. Sie geht davon aus, daß Mitarbeiter sozialer Dienste aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung in der Lage sind, diesen gerade in der Betreuung Sterbender bedeutsamen, umfassenden Ansprüchen zu genügen. Die Übernahme dieser Aufgaben in der Sterbebegleitung gehört aber auch zu den vornehmsten Pflichten der nahen Angehörigen, die in ihren Bemühungen durch den Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter wirkungsvoll ergänzt und unterstützt werden können.

- 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?

Die Pflegeversicherung kann nicht alleiniger Kostenträger der Sterbebegleitung im Sinne der Hospizbewegung sein.

Es wird auch in Zukunft eine Mischfinanzierung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, Trägern der Sozialhilfe und einer Eigenbeteiligung der Betroffenen nötig sein, um die Hospizbetreuung sicherzustellen.

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?

Bezüglich der Maßnahmen des Bundes zur Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Hospizarbeit wird auf die Antworten zu den Fragen 7.1 und 7.2 verwiesen.

Die Bundesregierung macht jedoch darauf aufmerksam, daß die Sicherung der Qualifizierung Ehrenamtlicher sowohl unter inhaltlichen wie auch finanziellen Aspekten in erster Linie dem jeweiligen Träger obliegt, der ehrenamtliche Mitarbeiter beschäftigt.

Die einzelnen Länder haben auf der Grundlage eigener Konzepte und entsprechend lokalen Verhältnissen und Bedürfnissen unterschiedliche Fördermaßnahmen entwickelt.

In den Ländern Hessen, Saarland, Schleswig-Holstein, Hamburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Berlin besteht offenbar derzeit keine Notwendigkeit für Sonderprogramme zur Gewinnung oder Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Das Land Bremen gibt an, in den Jahren 1992/93 insgesamt 120 000 DM für die Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter zur Verfügung gestellt zu haben. Bremerhaven hat demnach im laufenden Jahr 1993 15 000 DM für die Arbeit von Hospizinitiativen eingesetzt.

In Nordrhein-Westfalen geht man davon aus, daß die Gewinnung ehrenamtlicher Kräfte für die Hospizarbeit entscheidend davon abhängen wird, in welchem Umfang professionelle Anstöße und Fortbildung erfolgen. Das Land hat deshalb im Jahr 1993 ein differenziertes Fortbildungsprogramm gefördert, dessen Organisation die beiden Ansprechstellen ALPHA übernommen haben und das sowohl für hauptberuflich Tätige in der Betreuung Sterbender als auch im besonderen für die Belange und Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospizinitiativen ausgerichtet ist.

An diesem Konzept will sich das Land Brandenburg orientieren und zunächst eine Arbeitsgruppe einrichten zum Bedarf, zu Lösungsmöglichkeiten sowie Notwendigkeit von Fördermaßnahmen. Das Land Sachsen hat zwar zur Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter speziell für die Hospizarbeit bislang keine Maßnahmen ergriffen, weist aber darauf hin, daß über die bundesweit einzigartige „Aktion 55“ vorzeitig aus dem Berufsleben Ausgeschiedene gegen eine Aufwandsentschädigung von 200 DM monatlich aus der Staatskasse ehrenamtlich als Pfleger auch in Sozialstationen und hospizähnlichen Einrichtungen tätig sind. Eine weitergehende finanzielle Beteiligung des Freistaats an den Kosten von Qualifizierungsmaßnahmen wird grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

Sowohl in Bayern als auch in Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern erfolgt eine Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements bezüglich Fortbildung ausdrücklich im Rahmen der Förderrichtlinien des Landes.

Darüber hinaus weist insbesondere Baden-Württemberg darauf hin, daß für Selbsthilfegruppen chronisch Kranke und für AIDS-Hilfen auch Qualifizierungsmaßnahmen für die in der Arbeit mit Sterbenden eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Mitteln der Landesförderung durchgeführt werden.

- 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?

Die Bundesregierung ist sich darüber im klaren, daß ein Bewußtseinswandel unserer Gesellschaft bezüglich Tod und Sterben nur über einen längerfristigen Prozeß erfolgen kann. Geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit vermögen diesen Prozeß wirkungsvoll zu unterstützen.

Sie bereitet deshalb nach einer ersten bundesweiten Fachtagung im November 1992 für Ende April 1994 eine weitere, vertiefende Veranstaltung zum Themenschwerpunkt Sterben und Sterbegleitung vor. Die Bundesregierung stellt mit dieser eigenen wie anderen von ihr mitgetragenen Veranstaltungen ein öffentliches Diskussionsforum zur Verfügung und stärkt damit den Hospizgedanken. Mit diesen Maßnahmen wie auch mit dem Förderprogramm für Hospize will sie engagierten Menschen Mut machen zur freiwilligen Mitarbeit in diesem Bereich.

Entsprechende Veranstaltungen anderer Träger können grund-sätzlich nach den Richtlinien des Bundesaltenplans gefördert werden.

Nach Abschluß der laufenden Projektarbeit an einer Dokumen-tation über die in der Sterbebegleitung tätigen Institutionen ist eine Publikation vorgesehen, die allen Interessierten zugänglich sein wird. Es ist aber auch daran gedacht, diese Ergebnisse zur Erstellung eines kurzen und allgemeinverständlichen Hospizfüh-riers zu nutzen.

Neben den genannten Ansätzen werden jedoch zusätzlich effek-tive integrative sozialpädagogische Konzepte entwickelt werden müssen, um bereits Kinder und Jugendliche in angemessener Form wieder mit Tod und Sterben vertraut zu machen. Die Bun-desregierung ist deshalb bereit, insbesondere Projekte zu unter-stützen, die ausdrücklich diesen Ansatz miteinbeziehen.

Eine Enttabuisierung von Tod und Sterben bleibt letztendlich eine Aufgabe der Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Kräfte. Sie erfordert grundsätzliches Umdenken sowie eine umfassende Prü-fung und Gewichtung gesellschaftlicher Werte.