

1 Der weite Weg der Hospizbewegung im Gesundheitsmarkt

Allein die Leistungsstatistiken der Hospizdienste und SAPV-Teams zeigen zusammen mit den Belegungszahlen der stationären Hospize und Palliativstationen recht eindrucksvoll, wie viel in der Hospizbewegung und Palliativversorgung bislang erreicht wurde, wie viele direkte Hilfe für Patienten und Angehörige tagein tagaus in den verschiedensten Versorgungsformen geleistet wird. Darüber hinaus würden die Zahlen aus den Hausarztpraxen und ambulanten Pflegediensten, die bis vor kurzem im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten noch nicht oder nur in geringem Umfang an der Refinanzierung ihrer qualifizierten und unverzichtbaren Leistungen partizipieren konnten, das Bild des Booms auf diesem Sektor vervollstän-

digen. Es wird also wirklich für die Zielgruppe der Hospizbewegung und Palliativversorgung »viel getan, damit sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kann« und wie es scheint, sind viele damit zufrieden, an der Verwirklichung dieser Idee, beziehungsweise einem Teilaspekt dieser Idee, in irgendeiner Form mitzuwirken.

Die Hospizidee ist also scheinbar in der Mitte der Gesellschaft angekommen und selbst der Gesetzgeber wagt es nun erstmals im Rahmen der Gesetzgebung im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) des Jahres 2015, schwerstkranke und sterbende Menschen explizit zu erwähnen, nachdem er seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 diesen möglichen Aggregatzustand menschlichen Seins zumindest in der Wortwahl der Gesetzgebung bewusst oder unbewusst ausgespart hat und lediglich in untergesetzlichen Regelungen dafür umschreibende Worte zu finden sind (Rösch et al. 2017; siehe hierzu auch einen kurzen Abriss dieser Entwicklungen im Anhang (► Anhang 4).

In der Tat hat die Hospizarbeit in Deutschland eine beachtliche Entwicklung hinter sich gebracht. Es ist zwar immer wieder zu hören, dass sich die Hospizarbeit in Deutschland im Vergleich mit anderen angelsächsischen Ländern nur langsam entwickelt habe (Heller et al. 2013). Betrachtet man aber den Sachstand in Deutschland im Zeitraum von 1996 bis 2016, sieht man die enorme Entwicklung im ambulanten Hospizbereich sowie im stationären Kontext: Während die ambulanten Hospiz- und Palliativdienste (für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene) einen Zuwachs von 451 im Jahr 1996 auf etwa 1 500 im Jahr 2016 verzeichnen, ist die Entwicklung der Anzahl stationärer Einrichtungen (für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene) ähnlich beeindruckend (1996: 30 stationäre Hospize und 28 Palliativstationen und -einheiten; 2016: 235

stationäre Hospize und 304 Palliativstationen und -einheiten) (DHPV 2016).

Dame Cicely Saunders hatte noch die Vorstellung, dass die Versorgung und Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden ein Teil der medizinisch-pflegerischen Regelversorgung wird. Durch die Veränderungen von Personen und Funktionsträgern in den Vereinen verliert sich teilweise das Wissen über die geschichtlichen Entstehungs- und Entwicklungsstrukturen der Hospizarbeit. Im Anhang (► Anhang 4) finden Sie einen Abriss ihrer Vorgeschichte, sie mündet in das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), in dem viele Vorstellungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland Umsetzung finden sollen.

Das Gesetz enthält im Wesentlichen folgende Regelungen (Bundesministerium für Gesundheit 2016):

Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit.

Die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wird gestärkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren und damit für die Pflegedienste abrechenbar zu machen.

Um insbesondere in ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu beschleunigen, wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge eingeführt. Zudem wird klargestellt, dass allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen gemeinsam vereinbart werden können. Auch in diesen Verträgen gelten die hohen Qualitätsanforderungen der SAPV.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wird verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Hospize erhalten nun einen Tagessatz je betreutem Versicherten von rund 261 Euro. Die Krankenkassen tragen 95 % der zuschussfähigen Kosten. Zusätzlich können für stationäre Kinderhospize eigenständige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen werden.

Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. Der Zuschuss der Krankenkassen je Leistung wird erhöht. Bei der Förderung ist zudem der besondere Aufwand für das hospizliche Erstgespräch zu beachten. Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten, auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen. Außerdem soll die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen stärker berücksichtigt werden. Auch Krankenhäuser können nun Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen.

Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten müssen verpflichtend abgeschlossen werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten künftig transparent machen.

Darüber hinaus können Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert.

Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern können für eigenständige Palliativstationen krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Aber auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Ab 2017 können Krankenhäuser krankenhausesindividuell

elle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.

Versicherte haben nun einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Dabei sollen Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase informieren, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Um mehr Transparenz über die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung herzustellen, erhält der GKV-Spitzenverband den Auftrag, regelmäßig über die verschiedenen Versorgungsinstrumente zu berichten.

Betrachtet man die Entwicklung über die letzten Jahre, sieht man eine deutliche Regulierung durch den Gesetzgeber unter der Mitwirkung der politischen Gremien und Wohlfahrtsträger. Aber auch die Kostenträger werden in neue Verantwortungen genommen und es entstehen neue Finanzierungsmöglichkeiten und Fördergegebenheiten. Es ist das erklärte Ziel, flächendeckende Versorgungsnetzwerke aufzubauen und so die hospizlich-palliative Versorgung als Regelversorgungsangebot zu verankern.

Damit hat die Hospizbewegung ihr Ziel erreicht und kann – sofern sie das nicht ohnehin schon tut – ihre überwiegend spendenfinanzierten ehrenamtlichen Leistungen in die Hauptamtlichkeit verlagern. Was den einen Sorgen macht, beobachten andere mit Erleichterung oder Gelassenheit. Die »Jobmaschine Hospiz« läuft, die Politik hat das Anliegen der Hospizbewegung verstanden und die Medizin das Sterben nicht nur als urreigeste Aufgabe und Kompetenz, sondern auch als Einnahmequelle und Karrieremotor für sich wiederentdeckt.

Durch dieses Voranschreiten der politisch gewollten Änderungen entsteht für das Hospizsystem mit seiner oft auf ehrenamtlichem Engagement basierten Arbeit eine neue Herausforderung. Sicher kann man die Entwicklung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Aus der Blickrichtung der ehrenamtlichen Hospizvorstände ergibt sich eine Vielzahl von Fragestellungen, die wohl jeder Verein in seiner Struktur für sich klären muss. Aus diesem Grund ist es wichtig, an dieser Stelle auf einen häufig diskutierten und recht umstrittenen Trend, nämlich die »Ökonomisierung der (ehrenamtlichen) Hospizarbeit«, näher einzugehen.

1.1 Ökonomisierung der Hospizarbeit

Vielleicht ist der Volksauspruch bekannt: »Wes Brot ich ess, des Lied ich sing.« Und mit diesem Ausspruch verbindet sich die Frage, ob die Gesetzgebung und die Förderungen durch die Kostenträger nur eine positive Auswirkung auf die ambulante Hospizarbeit haben. Sicher hat die Fragestellung auch hier verschiedene Facetten. Die Hospizarbeit ist vor Jahren aus dem Gesundheitswesen ausgeschert, um sich von den Abhängigkeiten und oftmals unzureichenden Richtlinien in der Versorgung der Schwerstkranken und Sterbenden zu befreien. Nur so war es möglich, als Anwalt der Betroffenen die Stimme zu erheben und immer wieder auf die Defizite und nötigen Anpassungen in der Versorgung hinzuweisen. Welchen Einfluss werden jetzt die neuen Fördermöglichkeiten und Gesetzesvorgaben für die ambulante Hospizarbeit haben? Werden Leistungsangebote definiert für Hospizvereine? Sind die Kostenträger gleich den zu-

künftigen Auftraggebern? Welchen Einfluss hat die Gesetzgebung auf Dokumentation und die weitere Entwicklung von Qualitätsmanagement (QM-Systeme)? Viele Fragen beschäftigen die Verantwortlichen. Sicher gilt es hier, die Balance zwischen angemessener Förderung und Abhängigkeit zu finden. Für Hospizverantwortliche ist es sicher die Aufgabe, die ursprüngliche Zielrichtung der Unterstützung von Menschen in der letzten Lebensphase zwangfrei und menschenorientiert zu ermöglichen. Andreas Heller hat das Ziel, den Betroffenen in den Mittelpunkt aller Überlegungen zu stellen, als radikale Patientenorientierung beschrieben:

»Patientenorientierung meint [...] den anderen, den Fremden, den Kranken, den Sterbenden als Subjekt seines Lebens zu betrachten und mit ihm in eine Beziehung einzutreten. Die Anerkennung des anderen um seiner selbst willen, ist die angemessene ethische Handlung in dieser Beziehungsaufnahme.« (Heller 2007, S. 199)

Aber lassen sich solche ethischen Grundprinzipien der Hospizarbeit mit den neuen Gesetzen, Finanzierungsmodellen und Vorgaben noch realisieren? Bedeutet die Regulierung von Hospiz- und Palliativversorgung eine Chance oder trifft es eher den Tenor, den Reimer Gronemeyer und Andreas Heller in ihrer Veröffentlichung »Zwischenruf« unter dem Titel »Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg?« angeschlagen haben:

»Die Ökonomisierung des Sterbens hat verschiedene Facetten. Zunächst geht es darum, die Dienstleistungen im Sinne der Hospizbewegung zu refinanzieren.« (Gronemeyer und Heller 2007, S. 582)

Und sie weisen in dem Artikel weiter auf die Ursprünge der Hospizarbeit hin:

»Die Hospizbewegung lebt ursprünglich aus einer zutiefst demokratischen Vorstellung. Würdiges Sterben ist keine Geldfrage, darf nichts damit zu tun haben, ob jemand reich oder arm ist. Über Spenden, viel Phantasie und Einsatz, in einem unvorstellbaren großen zivilgesellschaftlichen Engagement gelang es, Gelder zu mobilisieren, um jedem Menschen ein gutes Sterben zu ermöglichen.« (Gronemeyer und Heller 2007, S. 583)

Und die Verfasser ziehen einen Schluss:

»Summa summarum: Die Hospizbewegung ist in der Gefahr, ein Teil jenes Prozesses zu werden, der das Sterben zur Planungsaufgabe werden lässt. Sie ist aufgebrochen, um aus dem Ägypten eines kalten und seelenlosen Krankenhaussterbens auszuziehen und kommt nun nicht etwa im gelobten Land einer würdigen Sterbekultur an, sondern findet sich plötzlich als Teil eines Managementprojektes, das ›Sterben‹ heißt, wieder.« (Gronemeyer und Heller 2007, S. 578)

Sicher hat dieser Zwischenruf die Aufgabe, wachsam zu sein und sich nicht nur den Doktrinen der Kostenträger und politischen Vordenker zu ergeben. Aber die Zwischenrufgedanken bieten auch die Chance für die Hospizarbeit, mit einer hospizlichen Haltung der Möglichkeit einer Kommerzialisierung des Sterbens entgegenzuwirken. Gerade jetzt ist es notwendig, sich der ursprünglichen Wurzeln der Hospizarbeit zu erinnern und Zeichen zu setzen. Und das darf nicht geschehen durch ein Anbieten an die Palliativversorgung und ein Buhlen um Anerkennung, sondern durch das Auftreten als gleichberechtigte Partner in einem Versorgungsprozess von Menschen in einer endlichen Lebenssituation.