



Patientenschutzorganisation  
Deutsche Hospiz Stiftung

# Sonder Hospiz Info Brief

Dezember 2010

••• Sonder-Info ••• Sonder-Info ••• Sonder-Info ••• Sonder-Info •••

## HPCV-Studie 2010:

# Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit - Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland

**Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung**

---

Impressum:

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Geschäftsstelle Dortmund, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 02 31 / 73 80 73 - 0, Fax 02 31 / 73 80 73 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11



## Zentrale Fragestellung: Wie viele Schwerstkranke und Sterbende werden durch hospizliche und palliative Angebote erreicht?

Lebensqualität in den letzten Lebenswochen, -monaten und -jahren ist in Deutschland seit mehr als 25 Jahren zentrales Thema in der palliativen Fürsorge und hospizlichen Begleitung von schwerstkranken Menschen. Sie für jeden Einzelnen zu erreichen, zu erhalten und zu fördern ist eines der Ziele der Leistungserbringer. Doch das Zusammenspiel von moderner Schmerzmedizin, palliativ ausgerichteter Pflege und psychosozialer Betreuung, das Schwerstkranken und Sterbenden möglichst viel Lebensqualität sichert, hat in Deutschland noch immer Modellcharakter. In unserem Gesundheitssystem hat die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden weiterhin keine Priorität.

Das ist das Ergebnis der vorliegenden Studie zur hospizlichen Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland im Jahr 2010 (HPCV-Studie), die in diesem Jahr präziser und differenzierter als in den Vorjahren das Verhältnis von Versorgungsbedarf und tatsächlich erbrachten palliativen wie hospizlichen Leistungen untersucht. Zwischen den einzelnen Formen der Begleitung wird genau unterschieden, denn nicht jedes Angebot für Schwerstkranken und Sterbende bietet die gleiche, umfassende Qualität.

Spezialisierte Pflege und professionelle medizinische Versorgung können nur stationäre Hospize, Palliativstationen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringen. Die Aufgabe der zahlreichen ambulanten Hospizdienste, die in der Sterbebegleitung - bis auf eine hauptamtlich tätige Kraft zur Koordination - ausschließlich auf das Engagement von Ehrenamtlichen angewiesen sind, ist eine andere. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, indem sie Schwerstkranken und ihre Familien psychosozial begleiten. Zweifellos ist das eine nicht zu unterschätzende Arbeit. Aus Patientensicht muss das Hospizangebot den Anspruch haben, Ängste und soziale Bedürfnisse von Schwerstkranken und Sterbenden ebenso ernst zu nehmen wie körperliche Beschwerden. Die Arbeit der Ehrenamtlichen ist insofern unverzichtbar, muss aber klar von professionellen Angeboten unterschieden werden.

Im Jahr 2008 sind in Deutschland laut Statistischem Bundesamt rund 844.000 Menschen verstorben. Der Anteil der Verstorbenen, die palliative Fürsorge und hospizliche Begleitung benötigt hätten, liegt bei rund 60 Prozent; das sind 507.000 Menschen. Nur jeder Fünfte von ihnen hat tatsächlich eine Form dieser Versorgung erhalten. Im Einzelnen wurden rund 23.000 Menschen in einem stationären Hospiz begleitet, 44.000 auf einer Palliativstation versorgt und nicht einmal ganz 4.000 erhielten SAPV-Leistungen. Von ehrenamtlich arbeitenden ambulanten Hospizdiensten wurden rund 39.000 Menschen begleitet.

Die Bewertung der Zahlen muss unter dem Aspekt erfolgen, dass in der Statistik auch Mehrfachbegleitungen erfasst sind. Im Zuge schwerster Krankheit werden Patienten sehr häufig durch mehrere Leistungserbringer versorgt. Das führt dazu, dass jeder Leistungserbringer denselben Patienten in seiner Statistik zählt. Auf Grund dessen ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der ohne hospizliche und palliative Begleitung Verstorbenen noch einmal weit größer ist.

Gänzlich ohne palliative oder hospizliche Begleitung blieben fast 400.000 Schwerstkranken und Sterbende. Das zeigt deutlich, dass es eine Politik des „Weiter so!“ nicht geben darf. Es reicht nicht aus, darauf zu hoffen, dass mehr Hospize, mehr Palliativstationen, mehr SAPV-Teams und mehr ehrenamtliche Dienste das seit Jahren bestehende Problem der Unterversorgung lösen werden.

Gerade in Pflegeheimen und Krankenhäusern, in denen die meisten Menschen sterben, ist die Unterversorgung mit hospizlichen und palliativen Angeboten besonders groß. Überzogene Arbeitsteilung, Effizienz-Steigerung bei Profitorientierung und die grundsätzliche Ausrichtung auf den Heilungsauf-

---

#### Impressum:



trag führen dazu, dass die gebotene Ganzheitlichkeit von spezialisierter Pflege, menschlicher Zuwendung sowie moderner Medizin den Betroffenen verwehrt bleiben. Ein grundsätzlicher Schwenk in der Gesundheitsversorgung der Schwerstkranken und Sterbenden ist daher unumgänglich. Insbesondere damit Selbstbestimmung und Fürsorge bis zuletzt auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen Wirklichkeit werden können, ist es notwendig, „Hospiz“ vorrangig als Konzept und nicht bloß als Ort zu begreifen.

## 1. Formen von palliativen und hospizlichen Angeboten in Deutschland

**Stationäre Hospize** sind kleine institutionell unabhängig arbeitende Einrichtungen, die von einer speziell ausgebildeten Kraft geleitet werden. Ziel dieser Einrichtungen ist es, durch das Ineinandergreifen von medizinischer Behandlung, bedarfsgerechter Pflege und psychosozialer Betreuung die Lebensqualität der Schwerstkranken und Sterbenden bis zu ihrem Lebensende, in einer geschützten Intimsphäre und in einer für sie wohnlichen Atmosphäre, zu fördern und zu erhalten. Die Versorgung der schwerstkranken Menschen übernehmen hauptamtlich tätige und speziell für diese Arbeit weitergebildete Pflegekräfte, niedergelassene Ärzte und ehrenamtlich tätige Mitarbeiter. Welche Menschen in ein Hospiz aufgenommen werden können, ist gesetzlich geregelt. Die Finanzierung wird zu 90 Prozent von der jeweiligen Krankenkasse übernommen, das Hospiz selbst muss zehn Prozent der Kosten tragen. Für die Patienten ist der Aufenthalt kostenlos.

**Palliativstationen** sind gesonderte Bereiche in Krankenhäusern. Sie heben sich durch ihre wohnlichere Bauart eindeutig von den anderen Stationen in Krankenhäusern ab. In erster Linie haben sie zum Ziel, die medikamentöse Therapie schwerstkranker und sterbender Menschen an das sich aktuell zeigende Symptombild anzupassen. Die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität durch multidisziplinäre Behandlung nach dem Palliative-Care-Konzept steht auch hier im Vordergrund. Ziel ist es, die Menschen nach erfolgreich angepasster Medikation wieder in ihren häuslichen Bereich zu entlassen, in dem sie weiterbehandelt werden. Ein Teil der aufgenommenen schwerstkranken Menschen verbringt auf einer Palliativstation die letzte Lebensphase und verstirbt. Der Aufenthalt wird ebenso wie der auf anderen Krankenhausstationen von der gesetzlichen Sozialversicherung finanziert.

**Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** koordinieren die Arbeit verschiedener Berufsgruppen, um schwerstkranke und Sterbende in ihrer vertrauten Umgebung ganzheitlich zu versorgen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen. Dazu zählen auch die Koordination der Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr sowie die psychosoziale Unterstützung in enger Zusammenarbeit zum Beispiel mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten. Diese multiprofessionelle Ausrichtung ermöglicht es, die schwerstkranken und sterbenden Menschen mit sehr ausgeprägtem Symptomleiden in ihrer häuslichen Umgebung situationsgerecht behandeln und versorgen zu können. Ziel ist es, den Menschen das Sterben in gewohnter Umgebung zu ermöglichen und eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) werden von der gesetzlichen Sozialversicherung finanziert.

**Ambulante Hospizdienste** leisten eine im Wesentlichen von freiwilligen Helfern getragene Arbeit. Sie widmen sich der spirituellen und psychosozialen Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Spaziergänge, Gespräche und haushaltliche Unterstützung machen dabei den Hauptteil ihrer Arbeit aus. Sie helfen den schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Familien, mit ihrer Situation umzugehen. Medizinische und pflegerische Tätigkeiten werden durch sie nicht erbracht.

---

### Impressum:



In ihrer Struktur bestehen diese Leistungserbringer, sofern sie berechtigt sind, Förderungen von Krankenkassen zu erhalten, aus einer hauptamtlich tätigen Kraft zur Koordination und mindestens 15 ehrenamtlich tätigen Mitarbeitern. Ambulante Hospizdienste verlangen für die erbrachten Leistungen keine geldliche Entschädigung, haben aber den Rechtsanspruch auf eine Förderung ihrer Arbeit durch die Krankenkassen. Werden die in § 39 a Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt, können Hospizdienste Zuschüsse von den gesetzlichen Krankenkassen erhalten, welche über die im Dienst tätigen Ehrenamtlichen und die durch sie erbrachten und nachgewiesenen Begleitungen berechnet werden. Die Begleitung ist für Betroffene nicht mit Kosten verbunden.

## 1.1 Bedarf an palliativen und hospizlichen Leistungen

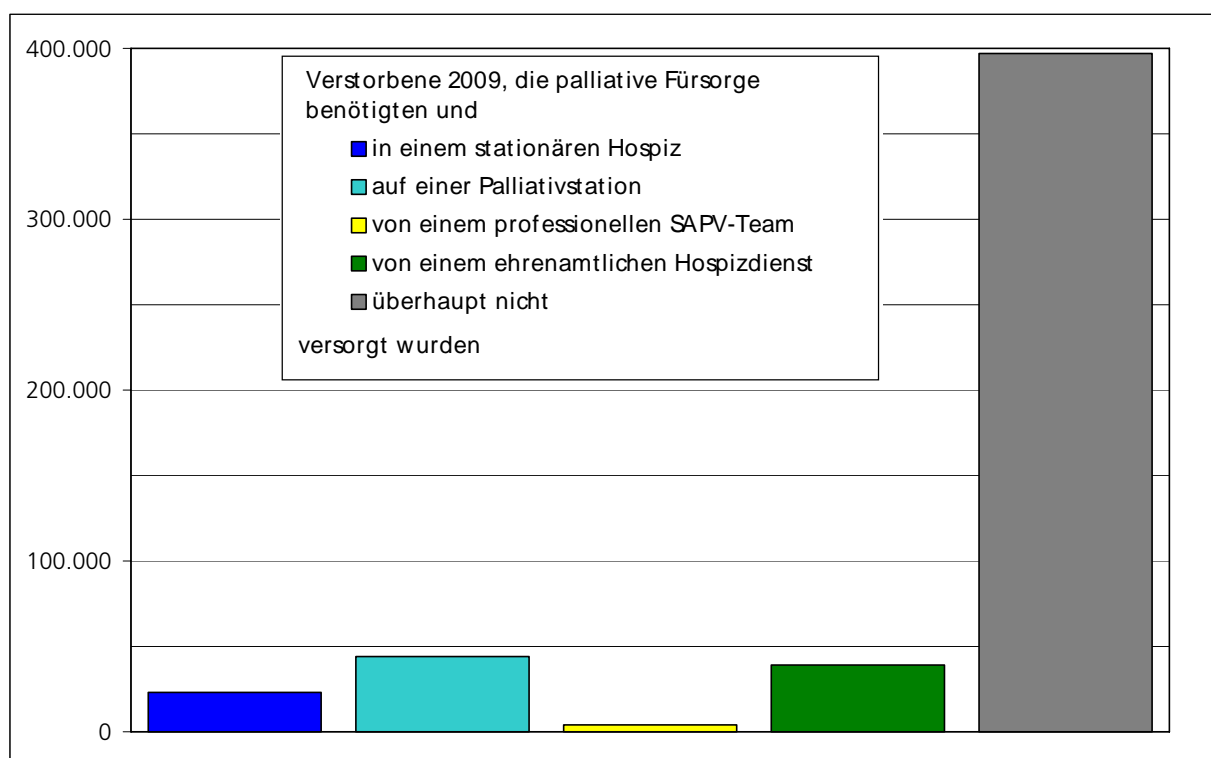


Abbildung 1: Missverhältnis zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung

Mindestens 60 Prozent der versterbenden Menschen in Deutschland benötigen hospizliche Begleitung und palliative Fürsorge. Aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes weisen rund 844.400 verstorbene Menschen jährlich aus. Das heißt, dass im Erhebungszeitraum etwa 507.000 Menschen auf hospizliche und palliative Leistungen angewiesen waren.

Diese Menschen leiden an nicht mehr zu heilenden Krankheiten. Ihre Lebenserwartung beträgt oft nur noch wenige Wochen oder Monate, manchmal aber auch noch mehrere Jahre. Mit dem Fortschreiten der zugrunde liegenden Erkrankungen bilden sich stark ausgeprägte Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Unruhe und Angst aus. Erschwerend kommen oft körperlicher Abbau und das Schwinden der eigenen Kräfte hinzu. Diese Symptome nehmen Einfluss auf die Lebensqualität des kranken Menschen. Es wird notwendig, ihn jenseits der kurativen, auf Heilung ausgerichteten Medizin zu unterstützen.

In dieser Situation wächst die Bedeutung von medizinischer Therapie, Pflege und psychosozialer Begleitung im Sinne palliativer Linderung. Palliativ ist vom lateinischen Wort „palliare“ = „Umman-

### Impressum:



ten“ abgeleitet und bedeutet, dass der erkrankte Mensch nicht mehr mit dem Ziel der Lebensverlängerung behandelt und versorgt wird, sondern, dass seine Leiden gelindert werden, um so die Lebensqualität zu fördern und zu erhalten.

Grundsatz der Palliative-Care-Versorgung ist es, die zu betreuenden Menschen in ihrem ganzheitlichen Sein wahrzunehmen. Das heißt, auf physische und psychische Bedürfnisse genauso einzugehen wie auf spirituelle. Erreicht wird das durch die enge Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, in denen palliativ geschulte Ärzte und Pflegende, Psychologen und Seelsorger sowie geschulte Ehrenamtliche Hand in Hand arbeiten.

Die speziell auf die Menschen zugeschnittene palliative Schmerz- und Symptomtherapie wird durch die Ärzte sichergestellt, die Pflegenden übernehmen die individuelle Versorgung. Der psychosozialen Betreuung und Begleitung widmen sich speziell geschulte Psychologen, Seelsorger und Ehrenamtliche.

Erst das Zusammenspiel und die gegenseitige Ergänzung der genannten Bereiche sowie die enge Zusammenarbeit der Berufsgruppen und der Ehrenamtlichen in einem Netzwerk, stellen sicher, dass Patienten eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung zuteil wird.

## 2. Erhebungsbasis der HPCV-Studie für das Jahr 2010

**Stationäre Hospize und Palliativstationen:** Für die vorliegende Erhebung wurde in einer Internet- und Telefonrecherche bei jeweils über 50 Prozent der Einrichtungen die zur Verfügung stehende Bettenzahl festgestellt. Verknüpft mit den Daten der vorhergehenden HPCV-Studie ergibt sich daraus die Gesamtzahl der Sterbebegleitungen in diesen Einrichtungen: Erhebungsbasis der HPCV-Studien 2007 und 2008 war eine von Dezember 2007 bis Februar 2008 durchgeführte Befragung von 81 stationären Hospizen und 26 Palliativstationen. Ermittelt wurden die geleisteten Begleitungen pro Jahr sowie die vorhandenen Betten je Einrichtung. Proportional zu dem in der Erhebung 2010 festgestellten Zuwachs an Betten wurden die neuen durchschnittlichen Begleitungszahlen errechnet.

Die Gesamtzahl der stationären Hospize und der Palliativstationen ist durch die Datenbank der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung bekannt. Einrichtungen im Bereich der Kinderhospizarbeit wurden nicht berücksichtigt.

**SAPV-Leistungserbringer:** Der in dieser Studie vorgestellten Zahl der von SAPV-Anbietern erbrachten Begleitungen liegt eine vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) initiierte Befragung unter 186 Krankenkassen zugrunde. Im „Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie“ vom 18. Dezember 2009 stellt der G-BA fest, dass vom 1. Januar 2009 bis zum 30. September 2009 genau 2.614 Leistungsfälle gezählt worden sind. Diese Zahl wurde für die vorliegende Studie auf das gesamte Jahr hochgerechnet. Dabei wurde berücksichtigt, dass es gegen Jahresende aufgrund neu hinzugekommener Leistungserbringer noch einmal einen überproportionalen Zuwachs an Begleitungen gegeben hat.

**Ambulante Hospizdienste:** Ambulante Hospizdienste, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, haben nach § 39a SGB V einen Anspruch auf Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. So müssen beispielsweise mindestens 15 ehrenamtliche Helfer einsetzbar sein, die von einer entsprechend ausgebildeten, hauptamtlich tätigen Fachkraft koordiniert werden. Außerdem muss eine regelmäßige Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet sein. Der Hospizdienst muss die Möglichkeit haben, bei Bedarf professionelle palliativ-pflegerische und -medizinische Hilfe hinzuzuholen.

---

### Impressum:



Vorliegende Daten der Landesverbände der Krankenkassen weisen exakte Begleitungszahlen aus. Allerdings geben sie die Werte für das jeweilige Vorjahr wieder.

## 2.1 Begleitungen in stationären Hospizen 2010

Während es 1996 bundesweit nur 29 Hospize gab, waren es im vergangenen Jahr 165. Dieser Anstieg ist zunächst einmal positiv zu bewerten. Auffällig ist jedoch, dass die Zuwachsraten bereits seit Jahren stagnieren (vgl. Abbildung 2). Demnach ist ein Limit erreicht, das einen weiteren Zuwachs an Einrichtungen in einer Größenordnung, die die Gesamtsituation relevant beeinflussen würde, nicht erwarten lässt.

Aktuell verfügen stationäre Hospize im Durchschnitt über 11,2 Betten. Bei 507.000 bedürftigen Patienten entfällt somit nur auf jeden 274-ten ein Platz.

Jährlich werden je Einrichtung im Schnitt 139 Menschen begleitet. Das ist ein Plus von 19 Prozent im Vergleich zur vorjährigen HPCV-Studie. Dieser Anstieg ist zu begrüßen, wengleich hier ebenfalls festgestellt werden muss, dass ein weiterer Zuwachs begrenzt ist: Laut der aktuellen Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 1 Satz 4 SGB V zwischen den Krankenkassen und Hospizvertretern dürfen Hospize nicht mehr als 16 Plätze zur Verfügung stellen.

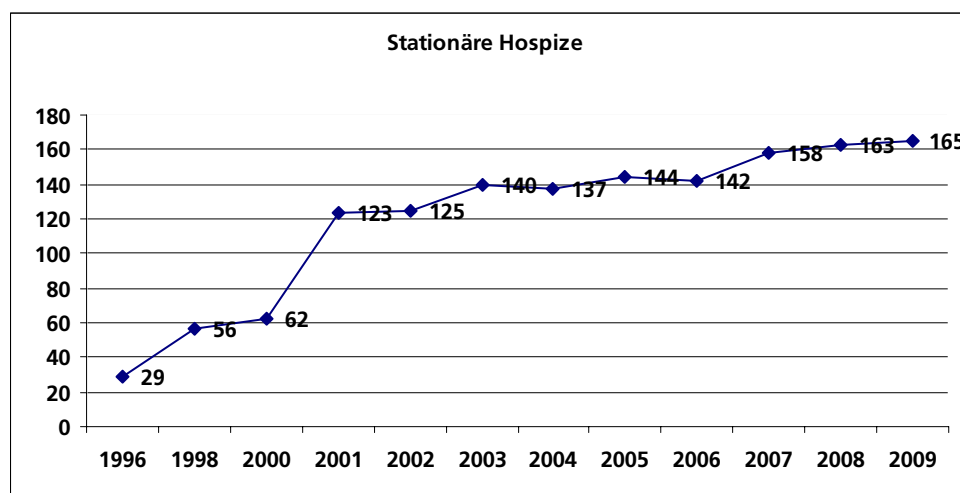


Abbildung 2: Quantitative Entwicklung stationärer Hospize von 1996 bis 2009

Angesichts dieser Zahlen wird schnell klar, wie groß der Unterschied zwischen dem Trugbild einer ausreichenden Versorgung der Menschen in stationären Hospizen und dem in der Realität zur Verfügung stehenden Angebot ist. Aktuell können von den jährlich 507.000 Patienten, die palliativer und hospizlicher Fürsorge bedürfen, lediglich rund 22.900 Menschen in stationären Hospizen begleitet werden. Das entspricht gerade einmal 4,5 Prozent.

#### Impressum:



## 2.2 Begleitungen auf Palliativstationen 2009

Abbildung 3 beschreibt die quantitative Entwicklung von Palliativstationen zwischen 1996 und 2009. Derzeit gibt es 191 ausgewiesene Palliativstationen, das sind 33 mehr als 2008. Das entspricht einer Zuwachsrate von rund 21 Prozent. Auch die durchschnittliche Anzahl der Betten je Palliativstation ist gestiegen, und zwar um 9 Prozent auf aktuell 8,5. Das zeigt, dass der Grundgedanke palliativer Fürsorge in deutschen Krankenhäusern zunehmend Berücksichtigung findet. Es darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in diesem Bereich weiterhin eine eklatante Versorgungslücke klafft: Gerade einmal auf jeden 312-ten Bedürftigen entfällt ein Bett auf einer Palliativstation.

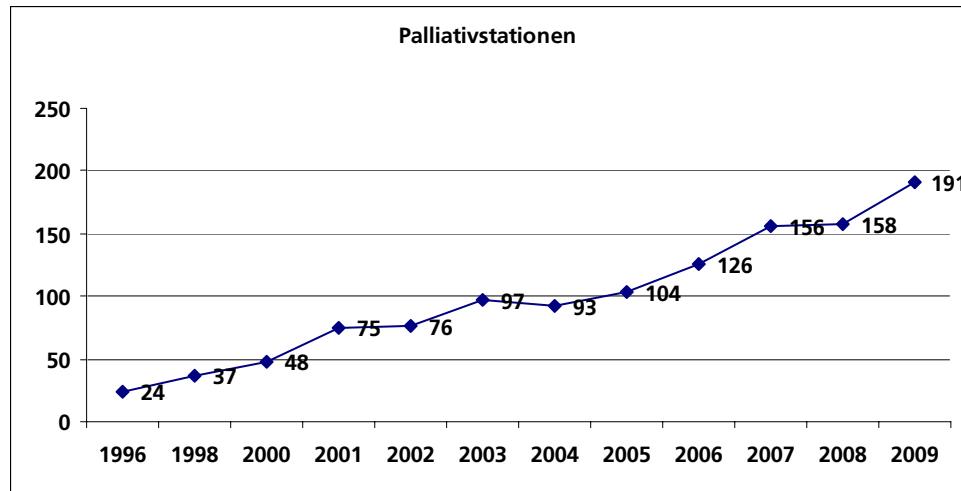


Abbildung 3: Quantitative Entwicklung der Palliativstationen von 1996 bis 2009

Im Schnitt wurden im vergangenen Jahr auf jeder Palliativstation 233 Menschen begleitet. Das heißt: Von den 507.000 Patienten, die jedes Jahr palliative und hospizliche Fürsorge benötigen, wurden rund 44.400 Menschen auf einer Palliativstation versorgt. Das entspricht einer Bedarfsdeckung von lediglich 8,8 Prozent.

## 2.3 Begleitungen durch SAPV-Teams 2009

Seit der Einführung des Rechtsanspruchs auf SAPV-Leistungen am 1. April 2007 sind mehr als drei Jahre vergangen. Das ursprüngliche Ziel lautete, bis zum Ablauf der ersten drei Jahre eine flächendeckende Infrastruktur zu schaffen. Der Bedarf an SAPV-Begleitungen wurde vom Gesetzgeber auf jährlich etwa zehn Prozent der Sterbenden geschätzt. Nötig wären demnach aktuell mindestens 84.000 Begleitungen jährlich.

Diese Vorgabe ist im vergangenen Jahr weit verfehlt worden. In den ersten drei Quartalen 2009 berichtete der Spitzenverband der Krankenkassen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) lediglich von 2.614 Leistungsfällen. Selbst unter der Annahme, dass die Zahl der Leistungsfälle aufgrund neu hinzugekommener Leistungserbringer im letzten Quartal 2009 noch einmal überproportional zugenommen hat, ist davon auszugehen, dass im vergangenen Jahr nicht einmal ganz 4.000 Menschen SAPV-Leistungen erhalten haben.

Für das Jahr 2010 geht die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung maximal von einer Verdoppelung der in 2009 genannten Begleitungszahlen aus. Wenn für das Jahr 2010 84.000 Begleitungen angestrebt waren, aber nur knapp 8.000 zu erwarten sind, liegt der Versorgungsgrad weit unter den formulierten 10 Prozent. Hier ist dringend politisches Handeln gefordert.

### Impressum:



Krankenkassen und Leistungsanbieter schieben sich die Schuld für die vorhandene Unterversorgung gegenseitig zu. Während die Kassen darauf verweisen, dass es zu wenige qualifizierte Anbieter von SAPV gebe, bemängeln die Leistungsanbieter, dass die Kassen die Vertragsverhandlungen verzögerten. Angesichts dieser Situation spricht das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen bereits von „Systemversagen“.

Die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung fordert daher das Bundesgesundheitsministerium zum Eingreifen auf: Wie bei der hausarztzentrierten Versorgung muss auch bei der SAPV eine klare gesetzliche Fristsetzung für Vertragsabschlüsse eingeführt werden: Wenn die potentiellen Partner fristgemäß zu keinem Ergebnis kommen, muss ein Schiedsverfahren eingeleitet werden und eine unabhängige Schiedsperson die Vertragsinhalte festlegen.

## 2.4 Begleitungen durch ambulante Hospizdienste 2009

	Ambulante Hospizdienste	Ehrenamtliche im Schnitt pro Dienst	Sterbebegleitungen im Schnitt pro Dienst	Sterbebegleitungen insgesamt
Fördertabelle 2008	633	36	52	33.221
Fördertabelle 2009	678	37	57	38.897

Tabelle 1: Ambulante Hospizdienste 2008 und 2009

Quelle: Landesverbände der Krankenkassen

Nach gesetzlicher Grundlage wurden im Jahr 2008 knapp 680 ambulante Hospizdienste von den Krankenkassen finanziert. Verglichen mit dem Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg um knapp 7,2 Prozent. Mit der größeren Anzahl an ambulanten Hospizdiensten ist auch die Zahl der geleisteten Begleitungen um knapp 18 Prozent gestiegen.

Während die Anzahl der im Durchschnitt durch sie begleiteten schwerstkranken und sterbenden Menschen um knapp 10 Prozent stieg, ist die Zahl der durchschnittlich pro Dienst tätigen Ehrenamtlichen im Vergleich zum Vorjahr (plus 2 Prozent) fast gleich geblieben.

Obwohl in allen genannten Bereichen ein Zuwachs zu erkennen ist, müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Die sich nur noch gering positiv entwickelnden Zahlen der Ehrenamtlichen pro ambulanten Hospizdienst zeigen, dass das Maximum des ehrenamtlichen Engagements erreicht ist. Auch der Zuwachs der geleisteten Begleitungen sollte nicht überbewertet werden. Das Datenmaterial für das Jahr 2008 zeigt eindeutig, dass nicht alle ambulanten Hospizdienste im Jahr 2007 die ihnen zustehenden Finanzmittel auch tatsächlich abgerufen haben. Folgerichtig könnte eine Erklärung des Zuwachses darin liegen, dass der Nachweis der erbrachten Leistungen durch die ambulanten Hospizdienste für das Jahr 2008 wesentlich konsequenter geführt wurde, um so die maximalen Fördersummen abrufen zu können.

Gemessen am hospizlichen und palliativen Versorgungsbedarf der insgesamt Verstorbenen (60 Prozent) ist der Anteil der erbrachten Leistungen durch ambulante Hospizdienste mit 7,7 Prozent quantitativ hoch. Aber: Bei der Beurteilung der Qualität dieser erbrachten Leistungen muss berücksichtigt werden, dass es sich hierbei ausschließlich um psychosoziale Begleitungen handelt. Diese sind als sinnvolle Ergänzung zu betrachten, dürfen aber nicht als umfassende Begleitung gesehen werden, da sie medizinische und pflegerische Aspekte nicht beinhalten.

### Impressum:





### 3. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Bezüglich hospizlicher Begleitung und Palliative-Care-Versorgung klafft in Deutschland nach wie vor eine enorme Versorgungslücke. Die Leistungserbringer können den Bedarf bei weitem nicht decken. 78 Prozent der Menschen, die auf hospizliche und palliative Begleitung angewiesen wären, haben keinerlei Zugang zu entsprechenden Angeboten. Das sind jedes Jahr 396.453 Menschen. (Vgl. Tabelle 2 und Abbildung 4)

	Verstorbene, die palliative und hospizliche Begleitung benötigen	Begleitungen in stationären Hospizen	Begleitungen auf Palliativstationen	Begleitungen durch SAPV-Teams	Begleitungen durch ambulante Hospizdienste	Menschen ohne palliative und hospizliche Begleitung
absolut	506.663	22.886	44.427	4.000	38.897	396.453
bezogen auf den Gesamtbedarf	100%	4,5%	8,8%	0,8%	7,7%	78,2%

Tabelle 2: Ergebnisse der HPCV-Studie 2010

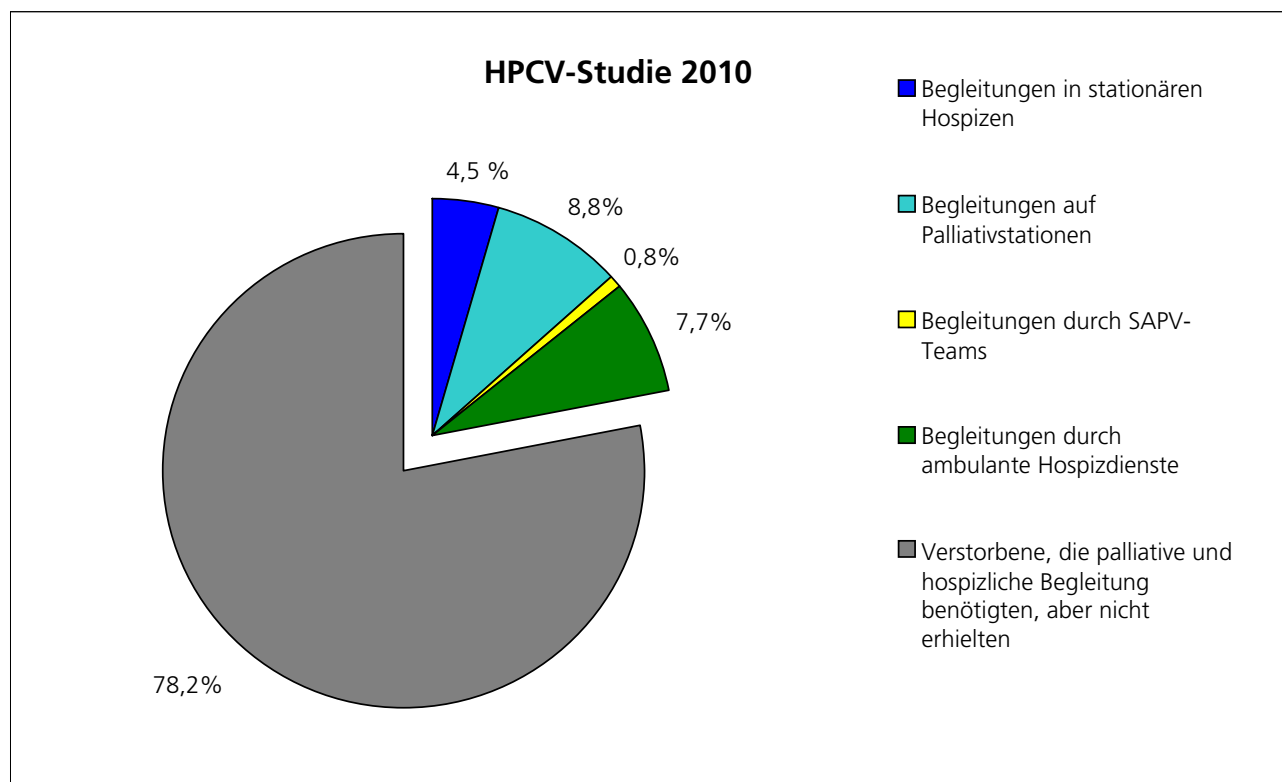


Abbildung 4: Ergebnisse der HPCV-Studie 2010, Missverhältnis zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung

Noch alarmierender ist das Ergebnis der HPCV-Studie 2010 unter Berücksichtigung der Qualität, die die unterschiedlichen Anbieter von Sterbebegleitungen zu leisten in der Lage sind: Die Zahl der Sterbenden, die derzeit jedes Jahr hospizliche und palliative Leistungen benötigen, aber keine entsprechende *professionelle* Unterstützung erhalten, liegt bei ungefähr 435.000 Menschen.

**Impressum:**



Diese Zahl ergibt sich, wenn die Arbeit der ambulanten Hospizdienste, bei denen Ehrenamtliche die Sterbebegleitungen übernehmen, von der Arbeit der professionellen Anbieter unterschieden wird. Diese Differenzierung ist notwendig, denn der Unterschied in der Versorgung der Schwerstkranken ist fundamental. Während von professionell Tätigen begleitete Menschen neben psychosozialer Begleitung auch spezialisierte medizinische und pflegerische Leistungen erhalten, zielt die Arbeit der ehrenamtlich Tätigen einzig und allein auf die psychosoziale Begleitung ab. Damit soll der Beitrag, den ehrenamtliche Dienste zur Sterbebegleitung leisten können, nicht geschmälert werden. Die Aufgabe, die sie übernehmen, ist zweifellos wichtig. Aber festzuhalten ist dennoch: Von allen Sterbenden, die begleitet werden, erhält mehr als ein Drittel (35,3 Prozent) keine professionelle palliative Unterstützung.

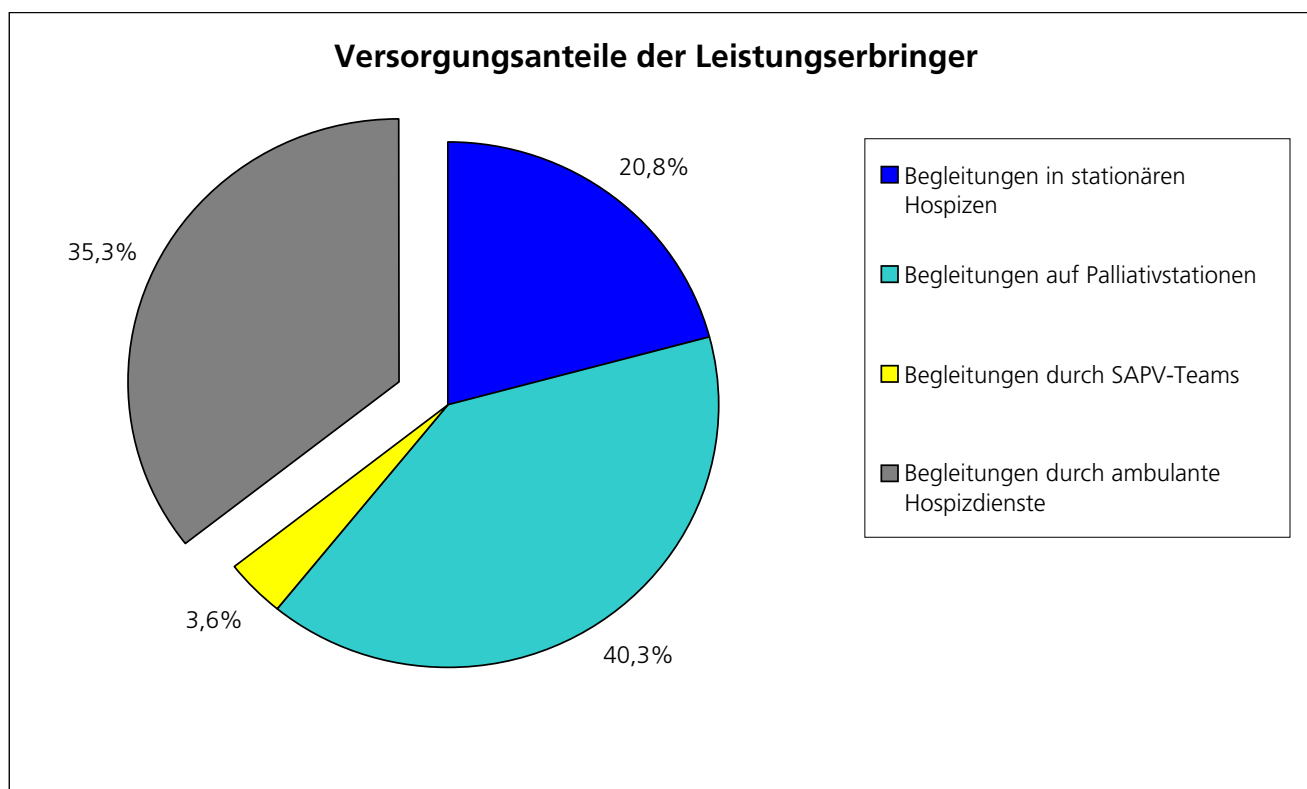


Abbildung 5: Vergleich der Versorgungsanteile unterschiedlicher Leistungserbringer; Sterbebegleitungen unterschieden nach ehrenamtlicher und professioneller Versorgung

Die Bewertung der Zahlen muss unter dem Aspekt erfolgen, dass in der Statistik auch Mehrfachbegleitungen erfasst sind. Im Zuge schwerster Krankheit werden Patienten sehr häufig durch mehrere Leistungserbringer versorgt. Das führt dazu, dass jeder Leistungserbringer denselben Patienten in seiner Statistik zählt. Auf Grund dessen ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der ohne hospizliche und palliative Begleitung Verstorbenen noch einmal weit größer ist.

Um auszuschließen, dass eine Sterbebegleitung mehrfach durch die Krankenkassen finanziell entschädigt wird, hat der Gesetzgeber die entsprechende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V<sup>1</sup> angepasst. Sie besagt: „Je Versichertem und Hospizdienst kann nur eine Sterbebegleitung in die Förderung einfließen. [...] Die geleisteten Sterbebegleitungen sind versichertenbezogen nachzuweisen. Hierzu stellen die ambulanten Hospizdienste den einzelnen Krankenkassen entsprechend der Kassenzugehörigkeit mit dem Förderantrag eine Aufstellung der jeweils begleiteten Versicherten un-

<sup>1</sup> Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010.

**Impressum:**



---

ter Angabe von Name, Vorname, Geburtsdatum sowie Beginn und Ende der Sterbebegleitung zur Verfügung.“

Auf Grund dieser Gesetzesänderungen sind erst 2011 Zahlen zu erwarten, die solche Mehrfachzahlungen im Bereich der ambulanten Hospizdienste nicht mehr beinhalten.

---

**Impressum:**

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Geschäftsstelle Dortmund, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 02 31 / 73 80 73 - 0, Fax 02 31 / 73 80 73 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1  
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11



## Fazit

Die Studie führt in ihrem Ergebnis klar vor Augen: Die Hoffnung der Politik auch weiterhin, vorrangig mit ehrenamtlichem Engagement die Qualität des Lebens in den letzten Wochen, Monaten und Jahren fördern zu können, ist nicht länger aufrecht zu erhalten. Die Arbeit der ehrenamtlich tätigen Menschen im Bereich der hospizlichen Begleitung ist zweifelsfrei sehr wertvoll. Aber sie muss durch professionelle pflegerische und medizinische Angebote in bestehenden Einrichtungen wie Krankenhäusern und Altenheimen ergänzt werden. Um Fürsorge und Selbstbestimmung in den letzten Wochen, Monaten und Jahren des Lebens allen Menschen, die es wollen und benötigen, zu ermöglichen, ist noch viel zu tun. Ein „Weiter so!“ darf es nicht geben. Politik und Gesellschaft sind gefordert, endlich den notwendigen fundamentalen Wandel in der Gesundheitsversorgung der Schwerstkranken und Sterbenden einzuleiten. Ein bloßes „Mehr“ an hospizlichen und palliativen Einrichtungen zu fordern, reicht nicht. Der Schlüssel ist, „Hospiz“ nicht nur als einen bestimmten Ort zu begreifen, sondern als umfassendes Konzept, das in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheitssystems Einzug halten muss. Es gilt in Zukunft, verstärkt die Situationen in Pflegeheimen und Krankenhäusern in den Blick zu nehmen. Die Missstände in diesem Bereich sind massiv. Allein das Nennen weniger Stichworte – medikamentöse Ruhigstellung, fehlende fachärztliche Behandlung, Mangelernährung, ausbleibende Schmerztherapie, ungenügende Berücksichtigung der Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen – genügt, um zu verdeutlichen: Hier sind umfassende Konzepte gefordert, ein Masterplan Pflege 2020 ist unumgänglich. Auch das Angebot an professioneller ambulanter Pflege muss dringend erweitert, ausgebaut und verbessert werden. Denn nur so kann erreicht werden, dass schwerstkranken Menschen die Zeit während ihrer Krankheit bis zu ihrem Tod dort verbringen können, wo sie es sich wünschen: Zuhause im Kreise der Familie und der ihnen vertrauten Menschen.

Deshalb fordert die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie zur Förderung und Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen:

- Das Konzept „Hospiz“ muss in die bestehende Regelversorgung integriert werden.
- Jeder pflegebedürftige Mensch muss eine individuelle und ganzheitliche Pflege erhalten.
- Der seit 2007 bestehende Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss flächendeckend umgesetzt und damit für die Patienten erreichbar werden; entsprechende Verträge der Leistungserbringer müssen abgeschlossen werden.
- Eine flächendeckende spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann nur gesichert werden, wenn zunächst eine deutschlandweite, einheitlich geregelte Basisversorgung geschaffen wird.
- Um zu jeder Zeit eine schnelle und zielgerichtete medizinische Versorgung der Bewohner in Pflegeheimen zu gewährleisten, müssen Pflegeheime eigene Ärzte anstellen. So können beispielsweise unnötige Krankenhausaufenthalte verhindert werden.
- Besonders für demenziell Erkrankte muss ein höherer pflegerischer und ärztlicher Betreuungsaufwand abrechenbar werden. Pflegeheimbewohnern muss es erleichtert werden, in einem stationären Hospiz Aufnahme zu finden.
- In Zukunft muss es möglich sein, in Hospizen Ärzte anzustellen, um eine individuelle medikamentöse Versorgung zu jeder Tageszeit gewährleisten zu können.
- Eine fristbezogene Zielkonzeption für die ausreichende hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland ist seitens der Bundesregierung zu formulieren. Zudem muss diese Zielkonzeption jährliche Steigerungsraten vorgeben.
- Das Bundesgesundheitsministerium muss einen jährlichen Bericht zur Lage und Entwicklung der hospizlichen und palliativen Versorgung in Deutschland vorlegen.
- Ein Dienstleistungshaftpflicht-Gesetz, das sich am Verbraucherschutz orientiert, ist dringend erforderlich. Bei pflegerischen Defiziten müssen Täter und Träger der Einrichtung zivilrechtlich haftbar gemacht werden.

#### Impressum: