

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom, Dresden

Eine gesetzliche Grundlage zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ist begrüßenswert – dies wird sicherlich niemand in Frage stellen. Es gilt die Chance zu nutzen, wesentliche Implikationen - neben den allgemeinen Regularien der Versorgungsoptimierung – mit zu berücksichtigen und im Gesetz zu verankern:

- integrative Versorgungsstrukturen,
- Qualifizierung der Mitarbeiter,
- Sicherung der Finanzierung sowohl der Versorgungseinrichtungen als auch der Finanzierung von Bildung
- Differenzierte Betrachtung von Versorgungsbedürfnissen und – bedarfen bei kranken Kindern, Menschen mit Behinderung und alten Menschen.
- Interkulturelle und interreligiöse Aspekte in Bildung und Versorgung aufnehmen.
- Angehörigenedukation als wichtige Säule in der Versorgung.

Integration statt Segregation - Oder den Menschen im Vertrauten lassen

Die "moderne" Gesundheitsversorgung zeichnet sich durch zig „Verschiebebahnhöfe“ aus, weil die Verweildauern zu kurz sind. In therapeutischer Kurzatmigkeit werden die Patienten je nach Höhe der Fallpauschale hin- und hergeschoben, den Behandlern lässt man nicht mehr die Patienten für eine angemessene Zeit der Behandlung, der Beobachtung des Genesungsverlaufs und der gesundheitlichen Stabilisierung, resp. der Begleitung in der Lebensendphase. Gerade im Angesicht der Endlichkeit sollte der Patient so viel Bekanntes und Vertrautes wie nur möglich um sich haben und nicht noch in der letzten Phase seines irdischen Daseins in eine fremde Umgebung mit fremden Menschen „abgeschoben“ werden.

Die Zeit des Lernens, was Palliativ bedeutet, verlangt und braucht, ist in Deutschland seit fast vier Jahrzehnten in vielfältiger Weise erarbeitet und

vermittelt worden, nun gilt es, all diese Kompetenzen in die bestehenden Versorgungs-strukturen zu (re-)integrieren.

Denn letztendlich ist >palliativ< weder etwas Neues, noch etwas Exotisches, sondern der eigentliche Grund, warum Menschen in die Medizin, Pflege und therapeutischen Berufe gegangen sind: den Menschen behandeln und begleiten, bis sich sein Leben in Würde vollenden kann.

Die jetzigen "Verschiebebahnhöfe" schaffen mehr Drehtüreffekte und sind weit teurer, als wenn der Patient gut versorgt an einem Ort bleiben darf.

Die Qualifizierung von Mitarbeitern ist das höchste Gut in der Personalführung.

Gute Versorgung braucht auch gute Bildung.

In der Begleitung von schwerst- und sterbenskranken Menschen ist es unabdingbar, dass die Mitarbeiter gut für ihre Arbeit qualifiziert werden. Diese Qualifizierung muss nach geordneten Standards auch staatlich garantiert, anerkannt und finanziert werden.

In der Palliativ- und Hospizarbeit kann noch nicht von einer auch nur annähernd guten >Grundausbildung< ausgegangen werden.

Außerdem gibt es keine vom Staat geleistete finanzielle Förderung von Bildungseinrichtungen, die sich auf die Qualifizierung von Palliativ- und Hospizmitarbeiter spezialisiert haben.

Diese Bildungseinrichtungen hängen am Tropf externen Finanzierungen und werden diese eingestellt, muss die Einrichtung schließen, denn Bildung ist weder ein Selbstläufer noch ein Bereich, der kostendeckend arbeiten kann.

Meint es unser Staat ernst mit der qualifizierten Behandlung und Begleitung am Lebensende, muss er sich auch für die Bildungseinrichtungen verantwortlich und stark machen, die diese Qualifizierung leisten.

Den Menschen da belassen, wo sein Zuhause ist – Daheim oder auch im Heim

Die Integration von Palliativ- und Hospizstrukturen sollte da gefördert werden, wo die Menschen ihre lebensendliche Zeit verbringen.

D.h. gerade auch in den **Einrichtungen der Altenhilfe**, sowie der Behindertenhilfe sollte der Personalschlüssel und die Infrastruktur so

ausgerichtet werden, dass der Mensch nicht noch auf die letzten Tage hin zum Sterben in eine andere Einrichtung >gekartt< wird.

Die neuen Sterbeorte sind mittlerweile die Krankenhäuser, in denen der Mensch im Anblick seiner Sterblichkeit von einer Versorgungseinheit zur nächsten chauffiert wird.

Die Schaffung neuer Versorgungseinheiten kommt die öffentliche Hand weit teurer als die Investition in Humankapital, sprich die Qualifizierung und ordentliche Bezahlung von Mitarbeitern sowie der intrainstitutionellen Ausdifferenzierung des Versorgungsangebotes.

Menschen mit Behinderung werden oft aus ihren Werkstätten heraus- und in Alten- und Pflegeheime hineinkatapultiert.

Hier gibt es - leider viel zu wenige - mittlerweile aber auch sehr gute Alternativen, die für alle Beteiligten eine win-win-Situation mit sich bringen, z. B. die Stiftung Alsterdorf in Hamburg und das Dresdner PACE-Projekt [Palliative Care & Education - Frickenhaus, Grom, Thiele].

Integration von Kultursensiblen und interreligiösen Aspekten in Medizin, Pflege und Begleitung von kranken Menschen anderer Nationalitäten

Unser Zusammenleben ist geprägt von Menschen unterschiedlicher Nationalitäten, Kulturen und Religionen. Das macht unser Leben so bunt an Verschiedenheit und kostbar an Erfahrungen.

Heimat und Fremde bekommen jedoch eine ganz neue Dimension, wenn der Mensch durch ein akutes Ereignis oder eine Erkrankung aus seiner vertrauten Lebensbahn geworfen wird.

Was wissen wir von einander, wenn ein Mensch aus einem anderen Kulturkreis in unserer Mitte ernsthaft erkrankt und sein Leben sich mit großer Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit dem Ende zuneigt? Welche Möglichkeiten haben wir, ihm angemessen beizustehen?

Hier tun sich in der praktischen Versorgung große Unsicherheiten und Lücken auf, der Bildungsbereich ist in diesem Themenfeld in gleicherweise defizitär. Aus diesem Grunde sollten unabdingbar Kultursensible Aspekte eruiert, didaktisch aufbereitet und vermittelt werden. Sie sollten dann in die verschiedenen Versorgungsbereiche in Medizin, Pflege und Begleitung von kranken Menschen anderer

Nationalitäten integriert werden und praktische Hilfen für das Verstehen und Handeln aufzeigen.

Angehörigenedukation

Hart gesagt, aber wahr: Pflegeunterstützende Angehörige müssen heute die Ressourcenschumpfung in der Gesundheitsindustrie "ausbaden".

Gerade der Mangel an Fachkräften, sowie der allgemeine Mangel an Arbeitskräften wird über die Angehörigen kompensiert. Zwar hat der Gesetzgeber bereits erkannt, dass hierfür auch eine angemessene Schulung für Angehörige angeboten werden muss, allerdings zeigt der Einblick in die Praxis ein eher diffuses Bild.

Angehörigenedukation muss als wesentlicher Bestandteil in der Begleitung von pflege[-unterstützenden] Angehörigen angeboten werden, das Pflegegeld sollte mit der Auflage, einen solchen Pflegekurs zu besuchen, auch verbunden werden.

Es gibt solide erarbeitete Modelle*, die im Bereich der Angehörigenedukation mit guten Erfahrungswerten generalisiert und in kürzester Zeit flächendeckend realisiert werden können. Wesentlich hierfür sind der politische Wille und eine angemessene finanzielle Förderung.

[* erprobt ist das Dresdner Modell der Angehörigenedukation® und die ASS- AngehörenSchuleSachsen®, die jedoch mangels externer Finanzierung im Ehrenamt geführt wird.]

Abschließende Würdigung

Es ist allen politisch Verantwortlichen hoch anzuerkennen, dass sie sich mit diesem fragilen Themenfeld befassen, schließlich sind sie ja nicht davon ausgenommen.

Das macht Entscheidungslagen schwieriger, aber im Dialog mit Praxispartnern wird es gelingen, ein einvernehmliches Gesetz zum Nutzen aller und zum Schutze für die Schwächsten zu verabschieden.

In diesem Sinne seien alle Beteiligten mit guten Wünschen für eine konziliante und konstruktive Debatte bedacht.

Was wir heute gesetzlich regeln, wird zu gegebener Zeit auch als Regel für jeden von uns gelten.

© Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden, Georg Nerlich Str. 2, 01307 Dresden