

GESUNDHEITLICHE VORSORGE

Innehalten und Alternativen ermöglichen zu ACP und Versorgungsplanung i. S. d. § 132 g SGB V

Memorandum

von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands
(11.06.2019)

Die Diskussionen um Fragen, wie wir mit gesundheitlichen Risiken, die uns in Zukunft begegnen können, umgehen, wie wir uns unser Sterben vorstellen und was wir jetzt tun und lassen können (sollten), erreichen immer wieder in Wellen die gesellschaftliche Öffentlichkeit. Und das ist gut so.

1. Grundrecht auf Selbstbestimmung: Patientenverfügung als medizinrechtlicher Wendepunkt

Es kann als ein medizinrechtlicher Wendepunkt angesehen werden, dass die Diskussion um die Patientenverfügung konzeptuell die Autonomie der Betroffenen unmissverständlich in den Mittelpunkt der Frage nach der Form der Behandlung, Pflege, Begleitung und Betreuung gestellt hat. Die Idee der Patientenverfügung entstand als Abwehrrecht gegen ärztlichen Paternalismus, Übertherapie und sinnloser, belastender Maximalversorgung einer im Notfallmodus agierenden konventionellen Medizin.

Es ist eine Errungenschaft, dass die Rechte von Patient*innen und Menschen, die selbst (allein) nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, in ihren menschenrechtlichen Positionen, insbesondere in der Sicherung ihrer Autonomie und Würde prominent geschützt werden. Die Patientenverfügung und ihre gesetzliche Regelung folgten aus einer Rechtsprechung, die folgenden Transformationsprozess erkennen lässt: Medizinische und pflegerische Praktiken am Lebensende und auch existenzielle-soziale Umgangsweisen werden in eine dominant juristisch geleitete Planungspraxis überführt.

Patientenverfügungen unterstreichen, wie maßgeblich Willensäußerungen von Patient*innen auch für den Fall sein können, dass sie akut und aktuell nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dabei ist unter Heranziehung der Behindertenrechtskonvention und der hierin für Menschen mit Behinderung verbindlich gesetzten Orientierung einerseits der einmal niedergelegte Wille von Bedeutung. Andererseits wird die jeweils aktuelle Äußerung eines Menschen, die sich auch nonverbal ausdrücken kann oder sich insbesondere in vertrauensgeprägten Beziehungen erschließt, für beachtlich erklärt (Art 12 BRK, § 1901 a BGB). Es hat sich allerdings gezeigt: Die rechtskulturellen Errungenschaften bewähren sich in der Praxis vielfältig nicht und zeigen die Grenzen dessen, was allein mit klassischen rechtlichen Instrumenten der Vorsorge an Autonomie geschützt werden kann. Mehr noch: Sie weisen in einer zunehmend verrechtlichten Medizin ein eigenständiges Gefahrenpotential aus.

2. Gesundheitliche Versorgungsplanung: ein Versuch, Patientenautonomie dialogisch abzusichern

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurde das Instrument der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ – von den Krankenkassen finanziert – als Leistung eingeführt, das zunächst lediglich Bewohner*innen von Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe angeboten wurde; – und dies nur in Einrichtungen, die die gesundheitliche Versorgungsplanung als ‚Dienstleistung‘ vorsehen. Zertifizierte Gesprächsbegleiter*innen beraten Versicherte und sollen intern für eine funktionierende Kommunikation in den Einrichtungen sorgen, aber auch extern mit Rettungsdiensten, Hausarztpraxen, Krankenhäusern, Hospiz- und Palliativdiensten. Nach zwei Jahren Diskussion wurde eine Vereinbarung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern nach § 123 g Abs. 4 SGB V abgeschlossen. Darin sind insbesondere Qualifikationsanforderungen der Berater*innen und ihre Fi-

nanzierung geregelt. Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist an dem markenrechtlich geschützten Programm „beizeiten begleiten©“ orientiert. Es ist ein auf regionale, deutsche Verhältnisse übertragenes Beratungsangebot des Advance Care Programms „Respecting Choices“ der Region La Crosse im US-Bundesstaat Wisconsin. In Deutschland wurde es unter dem Titel „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) eingeführt. Gegenstand der gesundheitlichen Versorgungsplanung sind Vorabfestlegungen zur medizinischen Behandlung, insbesondere für Notfallkonstellationen. Zu den Kernelementen gehören:

- das aktive Werben und Beraten für Patientenverfügungen und auf formularbasierte Versorgungsplanung;
- qualifizierte Gesprächsbegleitung mit dem ausdrücklichen Ziel, mehr und aussagekräftige Patientenverfügungen zu erstellen;
- Fallbesprechungen;
- standardisierte Dokumentation.¹

3. Advance Care Planning ist mehr als gesundheitliche Versorgungsplanung

Seit den 1990er Jahren wird – auch und gerade im Zusammenhang mit einer weitgehenden Skepsis gegenüber der Reichweite von Patientenverfügungen – auch in Deutschland über Advance Care Planning diskutiert. Der insbesondere in den USA aus der Hospizbewegung und Palliative Care heraus entstandene Ansatz folgt einem holistischen Menschenbild, also einem biopsychosozialen und spirituell komplexen Verständnis menschlichen Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care beschränken sich gerade nicht auf rein medizinische Fragen. Zudem ist ACP nicht auf Heime begrenzt, sondern eingebettet in eine grundlegende, an Palliative Care orientierte Begleitung und Versorgung, eben einer umfassenden Sorge um Menschen in ihrer letzten Lebensphase – wo immer sie leben.

Aus lokalen und personellen Konstellationen heraus wurde das Projekt „beizeiten begleiten“ in der besonderen Dynamik um das Hospiz- und Palliativ Gesetz (HPG) aufgegriffen und zur Referenz für eine neue Leistung der Krankenkassen – ohne breite fachliche Diskussion, unterstützt durch das BMG (think tank) und mit der Erwartung, zügig palliativmedizinische Autonomiekonzepte in Pflegeheimen zu implementieren. Allerdings verzögern so nicht vorgesehene regionale Zulassungsbedingungen der Kassen für Heime auf Landesebene die Einführung der neuen Leistung. Die Resonanz der Einrichtungen ist mäßig, andere Ansätze einer umfassenden Vorsorge haben derzeit kaum eine Finanzierungschance im Rahmen des HPG. Dabei reduziert das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung und der Vorsorge den hinter ihm stehenden Advance Care Planning Ansatz weithin auf medizinische Behandlungsfragen. Sterben wird i.W. zu einem medizinischen Planungsvorgang, und es geraten dominant medizinische Interventionen in den Fokus, was der Finanzierung durch die Kassen ebenso geschuldet ist wie dem Wunsch der Träger nach größerer Rechtssicherheit in der Alltagspraxis der Heime. Advance Care Planning im Sinne einer mehrdimensionalen Vorsorge am Lebensende umfasst jedoch wesentlich mehr und anderes als lediglich medizinische Behandlungs- und Verfahrensfragen. Seit Jahrzehnten ist es in der internationalen Hospizbewegung evident, dass der Umgang mit existenziellen Unsicherheiten, mit der Differenz von Leben und Tod, nicht (allein) durch ‚Sterbepflichtmaßnahmen‘, weitgehend aus einer medizinisch-professionellen Perspektive geleitet, gewährleistet werden kann. Aus der Betroffenenperspektive sind beispielsweise die vorsorgende Stabilität der Alltagsrahmung, die Kontinuität menschlicher Beziehungen, eben eine Sozialität des Sterbens elementar, um sich vertrauensvoll und autonom anderen Menschen überlassen zu können, denen aufgrund von institutioneller Glaubwürdigkeit zugerechnet werden kann, dass sie es ‚gut meinen‘ werden.

¹ Vgl. In der Schmitt, J./Marckmann, G. (2015): Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors, M./Jox, R./in der Schmitt, J. (Hrsg.): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer, Stuttgart, 234-257; s.a. <http://www.beizeitenbegleiten.de>.

4. Die rechtliche Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit darf keinem Menschen abgesprochen werden

Die gesundheitliche Versorgungsplanung will Sicherheit für alle an der Entscheidung und Durchführung medizinischer Behandlungsmaßnahmen schaffen – und dies mit dem Fokus auf Patientenautonomie, also individueller Selbstbestimmung. Die – im Beratungsprozess und durch Fallkonferenzen abgesicherten – Festlegungen beanspruchen auch für Situationen der Einwilligungsunfähigkeit Verbindlichkeit. Dabei darf es keine Verkürzung der rechtlichen Interpretation von Patientenautonomie geben. Auch nicht dadurch, dass man sich allein auf eine einmal(!) niedergelegte verbindliche Willensäußerungen festlegt, deren Verbindlichkeit nicht zuletzt im Interesse von nach Handlungssicherheit strebenden Institutionen liegt.

Gesundheitliche Krisensituationen und grundlegende Veränderungen in der Lebensführung lassen sich nicht vollständig antizipieren. Das gilt auch mit Blick auf sich am Lebensende entfaltende Dynamiken und Problemaufschichtungen. Stets ist hier auf den je aktuellen Willen und die Willens- und Wesensäußerung eines Menschen zu achten. Darauf legt Art. 12 BRK alle Beteiligten fest, und das sieht auch § 1901 a BGB vor. Es entspricht dem Wunsch und Willen der meisten Bürger*innen, dass sie genau in solchen, letztlich nur begrenzt antizipierbaren Entscheidungssituationen von Menschen begleitet werden, die ihnen vertraut sind und die sie verstehen – und dann mit und ggf. für sie entscheiden.

5. Der gesellschaftliche Kontext: Individualisierung

Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Selbstmächtigkeit, Selbstkontrolle und Selbstoptimierung sind Leitorientierungen unserer Gesellschaft. Der Imperativ der Autonomie lautet: Du musst dein Leben selbst bestimmen und natürlich auch dein Sterben. Alle Fragen der Verantwortung und letztlich auch der Entscheidungen nicht nur in medizinischen Behandlungen werden delegiert an die ‚Autonomie‘ der Bürger*innen, an die betroffenen Subjekte und damit auch die Verantwortung für medizinische Nicht-Behandlungen. Der ‚Entscheidungstod‘² wird zum Leitbild.

6. Die anthropologische Herausforderung: Akzeptanz von Abhängigkeit und Assistenz

Der 6. Altenbericht der Bundesregierung hatte vier ethische Prinzipien formuliert, die für die Gestaltung der Lebensphase Alter maßgeblich seien: die Selbstständigkeit, die Selbstverantwortung, die Mitverantwortung und die Akzeptanz von Abhängigkeit (BMFSFJ 2010). Die Akzeptanz von Abhängigkeit ist dabei die schwierigste ‚Lektion‘ für den modernen, in seiner Ausrichtung auf Autonomie hin ausgerichteten Menschen. Die unterschiedlichen ACP-Konzepte stellen sich in den Dienst der Sicherung der Selbstbestimmung, unterthematieren dabei allerdings die Frage der Verwiesenheit auf den Anderen.

Die Idee und das Institut der Vorsorgevollmacht sowie die durch die BRK eingeführte rechtliche Assistenz sind ebenfalls eingebettet in die Erkenntnis, dass wir in existenziellen Situationen von Krankheit, Beeinträchtigungen und des Sterbens deutlicher spüren, dass wir auf andere angewiesen und verwiesen sind. Aus dieser fundamentalen Gegebenheit kann unsere Selbstbestimmung nur in Relation mit und durch andere zur Geltung gebracht werden. Oft wissen wir eben nicht, wie wir uns verhalten würden, und manchmal ist es eben unvorstellbar sich vorzustellen, was sein wird. Wir können uns kaum vorstellen, was wir uns vorstellen sollen: Wie werde ich reagieren, wenn ich selbst betroffen bin, wenn ich bspw. durch einen Schlaganfall gelähmt bin, nicht mehr sprechen kann etc. Betroffene berichten solche Situationen als einen „Sturz aus der Wirklichkeit“, als einen „radikalen Bruch“, einen buchstäblichen „Ein-Schnitt in ihr Leben“, durch den nichts mehr so ist wie es einmal war.

² Vgl. Feyerabend, E. (2016): „Advance Care Planning“. Zwischen Lebensklugheit und Planungszwang; Vortragsmanuskript zum Workshop beim 11. Kongress der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Leipzig.

Es ist in den Diskussionen der letzten Jahre auch deutlich geworden, dass es sehr schwer ist, die akute Bedrohung einer künftigen lebensgefährlichen Notlage zu antizipieren, erst recht dann nicht, wenn man sie noch nicht erlebt hat. Wir wissen, dass eine Vorwegnahme von lebensendlichen Gefährdungslagen verständlicherweise diffuse, aber auch sehr konkrete Ängste auslösen kann; – Ängste vor langem Leiden, vor dem Verlust der individuellen Würde und der selbstbestimmten Persönlichkeit. Vor allem wissen wir, dass Menschen mit fortschreitendem Alter die Angst haben können, anderen immer mehr zur Last zu fallen, und daher geneigt sind, ihr Leben abzuwerten und zu entwerten. Damit besteht die Gefahr, dass solche latenten und manifesten Einstellungen die für alle Beteiligten sinnvollen Auseinandersetzungen über das Kommende in existenziellen Lebenskrisen färben. Der Respekt vor der Autonomie der Betroffenen führt allzu oft zu einer Haltung, die widerspruchslos und affirmativ die ‚Selbstabschaffungsbereitschaft‘ von Menschen hinzunehmen geneigt ist.

Oft löst eine diffuse emotionale Gemengelage ein reflexartiges „SO-WILL-ICH-NICHT-MEHR-LEBEN“ aus. Es besteht die Gefahr, einer Soziodynamik und einem gesellschaftlichen Druck zu unterliegen und nachzugeben sowie auf indizierte und für die Person sinnvolle Behandlungen zu verzichten und Sorge für sich nicht mehr zu beanspruchen. Das manchmal bisweilen stockende Sprechen über unsere Verletzlichkeit, unser Alter und seine möglichen Beeinträchtigungen, unser Sterben stellt immer eine anspruchsvolle, intime und existenziell herausfordernde Aufgabe dar. Sie braucht daher auch einen institutionellen Rahmen und eine Interaktionsqualität, die solche intimen, existenziellen Gespräche und vertrauensvollen Reflexionen ermöglichen. Die Gefahr besteht, dass solche Voraussetzungen abgelöst werden durch eine funktionelle, in formalisierte organisationale Dienstleistungen eingebettete Planung. Die unabdingbar erforderlichen, sensiblen, zwischenmenschlichen, von Vertrauen und Empathie getragenen Sorgegespräche verändern sich radikal, wenn sie aus der Haltung einer von Effizienz und Erfolg ausgerichteten Erwartung gespeist werden, an deren Ende eine unterschriebene Notfallplanung stehen sollte. Bezahlte Gesprächsbegleiter führen dann formularausgerichtete Gespräche im Modus von Kund*innenbeziehungen.

Diese Gesprächsausrichtung im Umgang mit dem Lebensende kann einer konsumistischen gesellschaftlichen Logik erliegen, die Wahlmöglichkeiten bis zum letzten Atemzug suggeriert und dementsprechend Wahlen/Entscheidungen im Sinne von Wahlzwängen, die dem Individuum auferlegt werden, von ihm bis zuletzt einfordert. Dieser latenten Logik muss das manifeste Recht für Menschen auf eine offene, nicht durch Entscheidungen zu schließende Lebensgeschichte entgegengestellt werden.

7. Autonomie als relationale Autonomie

Die hoch zu bewertende ‚Patient*innen-Autonomie‘ sollte in Beziehung gesetzt werden zu Sorge tragenden Personen und Professionen sowie zu den Menschen, die da sind, Sorgebereitschaft haben und bereit sind, das Leben am Lebensende mitzutragen. Sie haben auch die Funktion, Rolle und den rechtlichen Auftrag, dieses zu tun. Je mehr uns heute auch das Lebensende als gestaltbar erscheint, je mehr Wahlen möglich und Entscheidungen zu treffen sind, muss Autonomie als eine relationale begriffen werden und sollte auch im Aufbau von relevanten Relationen in die Prozesse der Verständigung über mögliche Zukünfte gesichert sein. Je existenziell bedrohlicher die Lebenssituation des Menschen ist, je vulnerabler die Menschen sind, umso mehr braucht es für sie sorgende andere Menschen, um ihre Autonomie, Selbstbestimmung, Würde zu gewährleisten. Das Leitbild der Caring Community (wie es der 7. Altenbericht der Bundesregierung aufgreift) verweist auf die für Palliative Care zentrale Sorge-Haltung, Sorge-Kultur, Sorge-Beziehungen und Sorge-Gemeinschaften in der Gesellschaft. Auch wenn das Konzept der relationalen Autonomie inzwischen in Texten zu gesundheitlichen Versorgungsplanung terminologisch rezipiert wird, prägt es keineswegs das Autonomieverständnis, das der gesundheitliche Versorgungsplanung zugrunde liegt.

8. Die Instrumente der Vorsorge individualisieren eine soziale Aufgabe

Die Kehrseite der Autonomiediskussion bestand und besteht auch darin, dass die Fokussierung auf individuelle Selbstbestimmung gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen gänzlich ausblendet. Seit Jahren haben wir es mit einer dauerhaften, mittlerweile auch in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit wahrgenommenen Bedrohung einer menschenwürdigen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu tun. Die Versorgung älterer hilfebedürftiger Menschen ist immer stärker in die Dynamik renditeorientierter Privatinvestoren geraten und verliert Vertrauen in der Bevölkerung.³

Individualisierende Lösungen, die das betroffene Individuum umfassend in die Verantwortung nehmen, um ‚das Kollektiv‘ (die Organisation, die Professionellen etc.) zu entpflichten – ein Muster institutionell-organisationalen Wandels, welches sich seit den Individualisierungsschüben der 1960-1980er in mehreren gesellschaftlichen Feldern beobachten lässt –, reichen hier nicht. Vielmehr braucht es eine verstärkte Auseinandersetzung mit Fragen der Ausgestaltung gemeinschaftlicher Hilfesysteme und der Entwicklung integrierter, sinnvoller und an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihres sozialen Bezugssystems orientierter Versorgungsmodelle in Medizin und Pflege – bezogen auf das soziale Umfeld und flankiert von zivilgesellschaftlichen Sorgebereitschaften.

9. Plurale Beratungs- und Unterstützungsangebote ermöglichen und fördern

Das Anliegen, das sich in Advance Care Planning konkretisiert, kennt verschiedene Variationen. Das zeigt die internationale Diskussion. Unter Bezugnahme auf der in § 132g SGB V geregelten gesundheitlichen Versorgungsplanung wird nun ein(!) möglicher Ansatz qualifizierter Beratung mit einer Art Monopolstellung ausgestattet: Ohne Beachtung der in der Vereinbarung niedergelegten Qualitätsanforderungen und Methodik wird kein Geld von der Krankenkasse für die Berater*innen gezahlt.

So sinnvoll es erscheint, auf die Qualifikation von Berater*innen zu achten, um einer Art Wildwuchs von Beratung entgegenzuwirken (der allerdings bislang auch kaum beobachtbar ist), so problematisch ist es, dass hier, ohne jede Evaluierung, ein i.W. von Ärzten entwickelter Beratungsansatz mit einer Monopolstellung ausgestattet wird.

Dies missachtet die zum Teil hochprofessionellen und differenzierten Gesprächs-, Vorsorge- und Notfallplanungsbemühungen sowie andere Beratungsansätze, die etwa aus der Seelsorge, der Sozialen Arbeit, aber auch aus der Pflege und Medizin bekannt sind und seit mehr als zwanzig Jahren in Einrichtungen der Langzeitpflege praktiziert werden. Schon jetzt ist Widerstand und Irritation bei Vertreter*innen der Altenhilfe und ihren Trägerorganisationen beobachtbar, denn wieder wird die Langzeitpflege von außen, ohne ihre Beteiligung und ohne Bezug auf die in ihr entwickelten Umgangsformen mit diesen Herausforderungen mit extern entwickelten Standards konfrontiert.

Medizinethik, Palliative Care, Hospizarbeit, Pflege, Seelsorge und Soziale Arbeit sind gut beraten, respektvoll, anerkennend und dialogisch die Initiativen in diesen Bereichen und ihre Integration in den Sorgealltag aufzunehmen. Denn es hat sich u.a. gezeigt, dass sich begleitende Gesprächsangebote mit Angehörigen und mit den gesetzlichen Vertreter*innen übersetzen lassen in die Systeme der Hilfe- und Pflegeplanung und ihrer Dokumentation: Patientenverfügung, Vertreterverfügung, Notfallbogen. Und zwar so, dass sie auch und gerade in Krisensituationen für Mitarbeiterinnen, Notarzt oder Sanitäter bzw. bei etwaigen Krankenaussweisungen unterstützend und orientierungstiftend sind und sozial verbindlich ‚halten‘.

Die gesundheitliche Vorausplanung wird mit der Fokussierung auf medizinisch relevante Entscheidungssituationen an eine bestimmte, behandlungsorientierte medizinische Konzeption gebunden, die in der Lage ist, hochprofessionalisierte Arbeitsansätze und Praktiken anderer Berufsgruppen und Träger zu entwerfen (u.a. Seelsorge, Soziale Arbeit, Pflege).

³ Vgl. DAK Pflegereport 2018.

Auch kann dem Ansatz, der lediglich in einer Region erprobt wurde, in keiner Weise eine belastbare Evidenz attestiert werden. Allein aus dem Umstand, dass es ansonsten keine evaluierten und evidenzbasierten Beratungsansätze in Deutschland gibt, kann nicht geschlussfolgert werden, dass der Ansatz der gesundheitlichen Vorausplanung seinerseits die Wirkung entfaltet, die man sich von ihm verspricht, und dass die Befürchtungen sich nicht einstellen, die in einer breiten Kritik geäußert wurden.

So besteht, ähnlich wie in der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege, die Gefahr, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung normativen Charakter entfaltet und sich Einrichtungen auch in einem gewissen Opportunismus dem Beratungsansatz unterwerfen. Damit wird die Professionalität und Verantwortung, die durchaus in Einrichtungen entfaltet wurde, nicht hinreichend gewürdigt, sondern diskreditiert. Die Gefahr besteht, dass über formalisierte individualisierte ACP-Verfahren gerade die Kompetenz sowie das Ringen und Miteinandertragen gemeinsam verantworteter Entscheidungen relativiert oder gar ersetzt wird.

10. Vorsorge: ein Lernfeld

Advance Care Planning ist international ein Lernfeld und eignet sich nicht dazu, in Deutschland voreilig Standards zu setzen und diese mit einem Allgemeinverbindlichkeitsanspruch mittels entsprechender Zertifizierungslogiken durchzusetzen. Einmal mehr wirft das Instrument die Frage auf, ob Planung und Formularisierung die letzten Antworten einer Gesellschaft zur Frage nach Humanität im Umgang mit den Sterbenden darstellt. Es ist zu fordern, dass – sei es durch eine Öffnung der Vereinbarung gem § 132 g SGB V oder auf andere Weise – Advance Care Planning Ansätze anderer Ausrichtung, vor allem solche mit regionalem bzw. kommunalem Bezug, und Offenheit für alle Patient*innengruppen ebenso unterstützt und erprobt werden. Dies würde der Hospizidee weit mehr gerecht werden, als eine Verengung auf Heime, die nicht als die geeigneten Versuchsorte für Advance Care Planning gelten können. Auch eine Konzeption, die einer Präventionsprogrammen entsprechenden Mischfinanzierung folgt, würde Advance Care Planning als Teil einer örtlichen, auf Autonomie hin ausgerichteten palliativen Sorge- und Kooperationskultur weit mehr befördern können. Die gesundheitliche Versorgungsplanung ist ein mit Kassenmitteln finanziertes Experiment, das seriöse Ziele verfolgt, aber nicht dazu taugt, als Modell für eine flächendeckende Implementierung zu dienen. Mit einer erstaunlichen Pragmatik haben sich relevante Akteure der Implementation des § 132 g SGB V angeschlossen. Das sollte seitens der an Palliative Care und der Hospizidee orientierten Organisationen nicht unkommentiert bleiben.

11. Vorsorge: Forschung gefragt

Bedauerlicher Weise wurde trotz vielfältig geäußerter Forderungen die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nicht mit einer systematischen Evaluation verbunden. Auch wenn über den Innovationsfond des GBA für den stationären Pflegebereich eine Forschung finanziert wird, fehlt es an vergleichender, plurale Ansätze einbeziehender Forschung, die die benannten Kontexte ebenso berücksichtigt wie die gesundheitsökonomischen Kalküle beteiligter Akteure.

Thomas Klie, Andreas Heller, Reimer Gronemeyer, Helen Kohlen, Sabine Pleschberger, Sven Jennessen, Werner Schneider, Michael Ewers

weitere Informationen zu den hier genannten und das Memorandum zeichnenden Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands:

www.dhvp.de/ueber-uns-der-verband-wiss-beirat.html