

Enquete-Kommission

Ethik und Recht der modernen Medizin

Zwischenbericht

Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit (BT-Drs. 15/5858)

Kurzfassung

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Stärkung des Patientenrechts auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung | 5 |
| 3. Stärkung der Sterbebegleitung und angemessener Palliativversorgung im häuslichen Bereich | 6 |
| 3.1. Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung | 6 |
| 3.2. Ausbau der ambulanten Pflege am Lebensende | 7 |
| 3.3. Einführung von ambulanten Palliative-Care-Teams an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung | 7 |
| 4. Verbesserung der Aus- Fort und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen | 9 |
| 4.1. Ärztliche Ausbildung | 9 |
| 4.2. Krankenpflegeausbildung | 10 |
| 4.3. Altenpflegeausbildung | 11 |
| 5. Stärkung und Sicherung der ambulanten und stationären Hospizarbeit | 11 |
| 5.1. Einrichtungsbezogene Bedarfssatzverhandlungen | 11 |
| 5.2. Eigene Schiedsstellen für Hospize | 12 |
| 5.3. Absenkung des Eigenfinanzierungsanteils stationärer Hospize | 12 |
| 5.4. Verbesserung der Finanzierung ambulanter Hospizarbeit | 12 |
| 5.5. Überprüfung der Zuständigkeit des Heimgesetzes für stationäre Hospize | 13 |
| 5.6. Palliativpflegerische Qualifizierung der Pflegeheimleitungen | 14 |
| 5.7. Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung | 14 |
| 6. Verbesserung der Finanzierung der ambulanten und stationären Palliativversorgung | 15 |
| 6.1. Finanzierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung | 15 |
| 6.2. Finanzierung der stationären palliativmedizinischen Versorgung | 15 |
| 7. Forschungsförderung | 16 |
| 8. Einführung einer Bundesstatistik zu den Sterbeorten | 17 |
| 9. Runder Tisch aller relevanten Gruppen der Palliativ- und Hospizversorgung | 17 |
| 10. Berufung von Hospiz- und Palliativbeauftragten auf Landes- und Bundesebene | 18 |
| Verzeichnis der Kommissionsmitglieder | 19 |

1. Einleitung

Das Thema Sterben und Tod wird in unserer Gesellschaft vor dem Hintergrund der Fortschritte der Medizin diskutiert. Dabei spielen sowohl die mit der medizinischen Entwicklung einhergehenden Hoffnungen auf Gesundheit bis ins hohe Alter als auch zunehmend die Ängste vor einer am Lebensende nicht mehr loslassenden Medizin eine Rolle. Die Wahrung der Menschenwürde steht dabei im Mittelpunkt. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat deshalb sowohl die Fragen der medizinischen Entscheidungen am Lebensende, ihrer ethischen Grundlagen und rechtlichen Regulierung diskutiert als auch die Fragen der Gestaltung der Sterbesituationen und der menschlichen, pflegerischen und medizinischen Sterbebegleitung unter der Leitidee „Menschenwürdig leben bis zuletzt“.

Es kann als anerkanntes gesellschaftliches Ziel betrachtet werden, sterbenden Menschen einen würdigen Lebensraum zu schaffen und dabei ihre Wünsche und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen. Die überwiegend geäußerten Wünsche sind, in der eigenen häuslichen, zumindest aber in gewohnter Umgebung zu sterben, nicht allein gelassen zu werden und nicht unter Schmerzen leiden zu müssen. Die nachvollziehbaren Ängste vieler Menschen vor Fremdbestimmung, Einsamkeit und Schmerzen am Ende des Lebens angesichts häufig unzureichender psychosozialer Sterbebegleitung und vielerorts mangelhafter Erreichbarkeit angemessener und qualitativ abgesicherter Palliativversorgung bedürfen dringend einer überzeugenden Antwort der Gesellschaft, der Politik, der beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen und der Kostenträger des Gesundheitswesens.

Diese Antwort wird entscheidenden Anteil daran haben, die in der Bevölkerung teilweise vorhandene hohe Zustimmungsbereitschaft zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zurückzudrängen. Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des Ausscheidens aus einem Leben, das angesichts befürchteter medizinischer Überversorgung und schmerztherapeutischer und pflegerischer Unterversorgung als nicht mehr lebenswert erscheint, kann nicht im Interesse der Gesellschaft liegen. Aufgabe der Politik muss es vielmehr sein, die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedingungen in der letzten Lebensphase anzustreben.

Hierzu leisten die Konzepte und Erfahrungen der Hospizbewegung (Hospice Care) und der Palliativmedizin und Palliativpflege (Palliative Care) einen wesentlichen Beitrag. Die Hospizbewegung will mit ihren ambulanten und stationären Angeboten das Sterben aus den Krankenhäusern heraus und wieder in das häusliche bzw. in ein vergleichbares Umfeld zurückholen. Sie sieht in der bewussten Anerkennung des Sterbens als Teil des je eigenen Lebens eine grundsätzliche Bedingung dafür, dass die Würde des Menschen auch in der letzten Lebensphase und im Prozess des Sterbens geachtet wird. Daran anknüpfend ist die Palliativmedizin ein von Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des Menschen geprägter multidisziplinärer Begleitungs-, Behandlungs- und Betreuungsansatz, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leid zu lindern und ein aktives Leben bzw. eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten, wenn Heilung nicht mehr zu erreichen ist.

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin stellt fest, dass

der Anspruch des einzelnen Patienten auf Palliativversorgung unzureichend abgesichert ist und die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland trotz Fortschritten in den letzten Jahren noch immer deutliche Defizite aufweist. Diese betreffen den Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Ärzte und Pflegekräfte, die materielle Ausstattung, die Organisation der medizinischen bzw. pflegerischen Behandlung sowie die gesetzlichen Regelungen. Trotz wachsenden Problembewusstseins bei Anbietern wie Nutzern des Gesundheitswesens fehlt ein breites gesellschaftliches Verständnis der Bedeutung dieses Bereichs für eine menschenwürdige Versorgung und Begleitung am Lebensende.

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission betreffen deshalb eine Vielzahl struktureller Verbesserungen und Neuerungen, aber auch ein gesellschaftliches Umdenken insgesamt. Besondere Dringlichkeit haben dabei:

- eine Stärkung der Sterbebegleitung und der angemessenen Palliativversorgung im häuslichen Bereich. Hierzu ist notwendig: die Einführung der Möglichkeit einer Freistellung von Angehörigen zur Sterbebegleitung (Karenz), die Verbesserung der ambulanten Pflege am Lebensende, die Vernetzung der vorhandenen Strukturen und der gezielte Wissenstransfer der wenigen Fachkräfte der Palliativpflege und Palliativmedizin in das Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch die flächendeckende Einführung der bereits erprobten „Palliative-Care-Teams“.
- eine Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen, wobei der Einführung der Palliativmedizin als Pflichtlehrfach und Prüfungsfach für alle angehenden Mediziner und der Einführung der Palliativpflege als Teil der grundständigen Ausbildungen im Kranken- und Altenpflegebereich besondere Bedeutung zukommt.

Des Weiteren werden Empfehlungen zur Absicherung der ambulanten und stationären Hospizarbeit und der stationären und ambulanten palliativmedizinischen Versorgung sowie zur Forschungsförderung, zur Bundesstatistik und zur zukünftigen Gestaltung der Diskussion in den Regionen durch „Runde Tische“ und die Berufung von Hospiz- und Palliativbeauftragten ausgesprochen.

Als wesentliche Grundlage all dieser Empfehlungen sieht die Enquete-Kommission eine gesetzliche Absicherung des Anspruchs des einzelnen Patienten auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung als notwendig an, um die bestehenden leistungsrechtlichen Voraussetzungen zielführend, verlässlich und zügig im Sinne einer angemessenen Leistungserbringung weiterzuentwickeln und umzusetzen.

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen kann die Frage der Finanzierung nicht außerhalb der Erwägungen der Enquete-Kommission bleiben. Hierzu muss allerdings festgestellt werden, dass wesentliche Empfehlungen der Enquete-Kommission auf eine Schonung der Ressourcen von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung hinauslaufen. So werden die Vernetzung der schon vorhandenen Strukturen und der flächendeckende Einsatz von Palliative-Care-Teams an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung gewisse Einsparpotenziale mobilisieren. Hinzu kommen die Einsparungen durch die vorgeschlagene Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Demgegenüber sind die Aufnahme der Palliativversorgung in die Möglichkeiten des „zusätzlichen Betreuungsbedarfs“ in der Pflegeversicherung, die Karenzregelung und die Absenkung des Eigenfinanzierungsanteils der stationären Hospize

zu nennen, die zu moderaten Kostenausweitungen in einzelnen Sektoren führen können. Die Enquete-Kommission ist überzeugt, dass ein bedarfsgerechter Ausbau der Palliativmedizin und die Förderung der Hospizarbeit maßvolle Kostensteigerungen im Bereich der Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender rechtfertigen.

2. Stärkung des Patientenrechts auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt eine gesetzliche Regelung zur Absicherung des Anspruchs des Patienten auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung.

Diese gesetzliche Regelung könnte im Rahmen einer Novellierung des SGB V und des SGB XI erfolgen. Die Regelung sollte den Anspruch des Versicherten auf palliativmedizinische, palliativpflegerische und palliativberaterische Leistungen in ausreichendem und angemessenem Umfang sicherstellen.

Hinzutreten würde insbesondere die Verpflichtung, dass eine ausreichende und angemessene Versorgung mit diesen Leistungen durch die stationären und ambulanten Anbieter gewährleistet ist und dass die Kostenträger stationäre und ambulante palliativmedizinische, palliativpflegerische und palliativberaterische Versorgung angemessen finanzieren.

Begründung: Die Notwendigkeit, den Anspruch des Patienten auf bedarfsgerechte palliative Versorgungsleistungen gesetzlich abzusichern, ergibt sich aus den bisherigen Erfahrungen in der Praxis. Insbesondere außerhalb der Ballungsräume bestehen erhebliche Schwierigkeiten für den einzelnen Patienten, adäquate palliative Versorgungsangebote zu erhalten. Dabei spielen eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle: die allgemeine Versorgungsknappheit in den Bereichen Palliativmedizin und Palliativpflege, regionale Versorgungsunterschiede, mangelnde Kooperation zwischen stationären und ambulanten Dienstleistern, mangelndes professionelles Wissen der potenziellen Anbieter, aber auch Vorbehalte und rechtliche Unklarheiten bezüglich Schmerzmedikation und Betäubungsmittelrecht. Insbesondere die Vorbehalte der Kostenträger, die erfolgreichen Modellprojekte der Bundesregierung zur ambulanten Palliativversorgung in Gestalt von Palliative-Care-Teams in die Regelfinanzierung zu übernehmen, haben inakzeptable Hemmnisse wie mangelndes Fachwissen, unzureichende Vergütung, ausgrenzende Konkurrenz und Desinteresse in der Struktur des Gesundheitswesens zu Tage treten lassen.

Eine gesetzliche Absicherung des Anspruchs auf palliative Versorgungsleistungen, die auch von Hospizen angeboten werden, würde die Notwendigkeit des konsequenten Aufbaus palliativmedizinischer, palliativpflegerischer, palliativberaterischer und hospizlicher Angebotsstrukturen in allen Regionen verdeutlichen. Die Kostenträger würden außerhalb der sonst untereinander bestehenden Konkurrenz um Patientengruppen mit geringen Risiken zur Erfüllung dieser Aufgabe verpflichtet. Insgesamt würde durch diese gesetzliche Absicherung auch die öffentliche Debatte den notwendigen Schub für ein Umdenken erhalten und die daraus folgenden Strukturveränderungen und den notwendigen Ausbau im Leistungserbringungsrecht beschleunigen.

3. Stärkung der Sterbebegleitung und angemessener Palliativversorgung im häuslichen Bereich

3.1 Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt eine gesetzliche Regelung zur Freistellung (Karenz) Berufstätiger zur Sterbebegleitung und Pflege schwerkranker und sterbender Angehöriger und Personen, zu denen ein besonderes Näheverhältnis besteht. Dabei handelt es sich um Patienten, deren Grunderkrankung unheilbar, fortschreitend, weit fortgeschritten und lebensbegrenzend ist. Die Regelung sollte einen Rechtsanspruch auf Gewährung von Freistellung von der Arbeit für einen Zeitraum von drei bis maximal sechs Monaten bei gleichzeitiger sozialrechtlicher Absicherung sowie fortbestehendem Kündigungsschutz enthalten.

Im Einzelnen empfiehlt die Enquete-Kommission bei der Ausgestaltung der Karenzregelung folgende Regelungen:

- **Wahlmöglichkeit zwischen Voll- oder Teilzeitkarenz;**
- **der berechnigte Personenkreis sollte Familienmitglieder, Lebenspartner oder andere Personen, die in einem besonderen Näheverhältnis zum Patienten stehen, umfassen;**
- **der Arbeitnehmer sollte seinen Arbeitgeber vor Inanspruchnahme der Karenzzeit in einer festgelegten Frist informieren;**
- **die Notwendigkeit einer Karenz ist durch ein ärztliches Attest zu belegen;**
- **die Pflicht zur Fortzahlung der Sozialversicherungsbeiträge sollte beim Arbeitgeber liegen, der diese Kosten aus Steuermitteln erstattet bekommt;**
- **während der Karenz sollte es grundsätzlich möglich sein, Leistungen der Sozialhilfe oder des Arbeitslosengeldes II ohne Vermittelbarkeit zu beziehen.**

Begründung: Die gesetzliche Freistellungsregelung würde die Erfüllung des Wunsches vieler Menschen ermöglichen, in vertrauter häuslicher Umgebung sterben zu können. Gleichzeitig wird dem Wunsch vieler Angehöriger entsprochen, die Pflege übernehmen zu können, ohne untragbare berufliche Nachteile befürchten zu müssen.

Die Freistellungsregelung Berufstätiger zur Sterbebegleitung und Pflege schwerkranker und sterbender Angehöriger wird, wie Zahlen aus dem Nachbarland Österreich und Erfahrungen aus Frankreich zeigen, in überschaubarem Umfang in Anspruch genommen. Bedenken, dass ein gesetzlicher Anspruch auf eine solche Freistellung ein unkalkulierbares ökonomisches Risiko darstelle, sind deshalb unbegründet. Insofern bietet sich die hier empfohlene Lösung an, um die oft unbefriedigende Versorgungssituation schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern und die Angehörigen, die dies sonst kaum gewährleisten

können, aber meist sowieso schon die Hauptlast der Versorgung tragen, zu unterstützen und zu motivieren.

3.2 Ausbau der ambulanten Pflege am Lebensende

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Möglichkeiten der ambulanten Pflege am Lebensende bedarfsgerecht zu verbessern.

Dies sollte durch eine Erweiterung der anerkannten zusätzlichen Betreuungsleistungen in der Pflegeversicherung gemäß § 45 SGB XI erfolgen, wo analog zur Pflege der Demenzkranken auch die Indikation der Palliativversorgung aufgenommen werden sollte.

Begründung: Die häusliche Pflege am Lebensende ist häufig mit Erschwernissen in der Kontaktaufnahme, erhöhtem Begleitungsbedarf und vermehrtem Bedarf nach Kommunikation mit dem Betroffenen – aber auch dem Umfeld – verbunden. Das Eingehen auf diese Umstände ist in der Pflegestufe 3 der Pflegeversicherung nicht ausreichend abgedeckt. Deshalb wird eine Krankenhausentlassung Sterbender nach Hause häufig verhindert. Da dies aber Ziel eines menschenwürdigen Umgangs mit dem Sterben sein muss, sollten die Voraussetzungen für eine angemessene häusliche Pflege ähnlich wie im Demenzbereich geschaffen werden.

3.3 Einführung von ambulanten Palliative-Care-Teams an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt zur Gewährleistung einer fachlich abgesicherten bedarfsgerechten Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Patienten den Aufbau ambulanter Palliativdienste im Sinne multidisziplinärer Palliative-Care-Teams. Diese können auch aus bestehenden Hospizdiensten oder anderen dazu fachlich geeigneten ambulanten oder stationären Diensten hervorgehen. An der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und ambulanter Versorgung soll durch die Palliative-Care-Teams eine individuelle Beratung und Begleitung der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Strukturen sichergestellt werden, damit bei Wahrung hoher Fachkunde Rückverlegungen in das Krankenhaus weitgehend vermieden werden können.

Zu überprüfen ist, ob die Finanzierung der Palliative-Care-Teams über die gesetzlichen Regelungen der Integrierten Versorgung gemäß § 140 b ff SGB V geschehen könnte. Dies wäre dann möglich, wenn diese so weiterentwickelt würden, dass auch Pflegeeinrichtungen nach §71 SGB XI als mögliche Vertragspartner aufgenommen werden können und kassenübergreifende Regelungen im Sinne der Sicherstellung der oben empfohlenen Rechtsabsicherung des Patientenanspruchs auf bedarfsgerechte Palliativversorgung erleichtert würden.

Begründung: Die bestehenden Strukturen der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung sind mit den Notwendigkeiten einer kompetenten Palliativ-

versorgung qualitativ und organisatorisch überfordert. Ein Hausarzt betreut pro Jahr im Schnitt ein bis zwei Palliativpatienten. Dadurch ist es nicht möglich, ausreichend Erfahrung mit den besonderen Bedürfnissen der Patienten, aber auch der Angehörigen zu sammeln. Ähnlich verhält es sich auf Seiten der ambulanten Pflegeanbieter. Ein ambulanter Palliativdienst im Sinne der im Modellversuch des Bundes erprobten Palliative-Care-Teams ist auf Grund seiner Erfahrung und seiner Multidisziplinarität fähig, auch komplexe palliativmedizinische und palliativpflegerische Probleme im häuslichen Umfeld zu lösen und Patienten und Angehörigen die notwendige Sicherheit zu geben. Er gibt den behandelnden Hausärzten und den beteiligten Pflegediensten, gegebenenfalls auch Hospizdiensten, die notwendige konsiliarische Unterstützung. In Krisensituationen kann das Palliative-Care-Team direkt tätig werden. Hausärzte, ambulante pflegerische Dienste und ambulante Hospizdienste mit ehrenamtlichen Helfern sind wichtige Kooperationspartner für die Palliative-Care-Teams, mit denen diese eine verlässliche Vernetzung anstreben sollten. Es ist davon auszugehen, dass unnötige Krankenhauseinweisungen bei einem ausreichenden Unterstützungsangebot vermieden und Krankenhausverweilzeiten verkürzt werden können.

Für eine solche integrierte Palliativversorgung kann die Finanzierung nach § 140 b ff SGB V eine Grundlage sein, obgleich es nach bisherigen Erfahrungen mangels verfügbarer Daten schwer fallen wird, Einsparvolumen im Vergleich zur bisherigen sektorierten und weitgehend stationären Versorgung nachzuweisen. Können sich Anträge auf Finanzierung von Modellen der integrierten Palliativversorgung auf eine gesetzliche Regelung des Patientenanspruchs auf bedarfsgerechte Palliativversorgung stützen (vgl. Kap. 9.1) und würden kassenübergreifende Modelle im Gesetz eindeutig bejaht, so könnte auch die bisher in der Praxis feststellbare Konkurrenz der Krankenkassen untereinander überwunden werden und § 140 b ff. SGB V zu einer regional kassenübergreifenden Finanzierung in diesem Bereich genutzt werden. Die notwendigen ärztlichen, pflegerischen und beraterischen Leistungen könnten sektorübergreifend und für alle Versicherten zugänglich erbracht werden.

Bei der Planung ist davon auszugehen, dass ein ambulantes Palliative-Care-Team zu gleichen Teilen aus erfahrenen Medizinern mit palliativmedizinischer Weiterbildung und entsprechend qualifizierten Pflegekräften besteht und diese in den verschiedensten herkömmlichen Strukturen wie Krankenhaus, Sozialstation oder Hospizdienst beschäftigt sein können. Daher ist eine Änderung des § 140 b ff SGB V notwendig, so dass auch Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI als mögliche Vertragspartner zulässig sind.

Ein Palliative-Care-Team mit sechs Mitarbeitern in diesem Sinne kann nach bisherigen Erfahrungen ein Einzugsgebiet von ca. 250.000 Menschen versorgen. Ein Programm zur Qualitätssicherung der neuen Dienste ist einvernehmlich zwischen Kostenträgern, Patientenvertretungen und Anbietern zu entwickeln.

4. Verbesserung der Aus- Fort und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen

Eine Verbesserung der Palliativversorgung wird nur dann möglich sein, wenn Anstrengungen unternommen werden, die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen deutlich zu verbessern, die in der Behandlung, Pflege und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen tätig sind. Grundlage für eine verbesserte ärztliche und pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten in Deutschland ist eine tief greifende Integration der Grundsätze der Palliativversorgung in die Ausbildung von Medizinern und Pflegekräften.

4.1 Ärztliche Ausbildung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Ärztliche Approbationsordnung so zu verändern, dass die Palliativmedizin zu einem Pflichtlehr- und Prüfungsfach für alle Medizinstudenten wird. Dafür sollte in einer Neufassung der Approbationsordnung die Anlage 3 zu § 2 Abs. 8 Satz 2 (Wahlfach) und zu §27 (Einzelleistungsnachweis oder Querschnittsbereich) um die Palliativmedizin erweitert werden.

Begründung: Die Behandlung von belastenden Symptomen, die am Ende des Lebens auftreten können, die Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen und die Auseinandersetzung mit schwierigen Entscheidungen am Lebensende gehören zu den zentralen Kompetenzen eines Arztes. Insofern ist es notwendig, dass die Palliativmedizin zu einem Pflichtlehr- und Prüfungsfach für alle Medizinstudenten wird. Nur durch die Verpflichtung zur Erbringung eines entsprechenden Leistungsnachweises kann gewährleistet werden, dass alle Medizinstudenten die erforderlichen Kenntnisse in Palliativmedizin in ihrer Ausbildung erwerben.

Die Vermittlung von Palliativmedizin in der studentischen Ausbildung soll dazu beitragen, die Regelversorgung schwerkranker Menschen zu verbessern. Dies soll sowohl durch Erweiterung von Fachkenntnissen als auch durch Sensibilisierung für die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erreicht werden.

Eine solche Verankerung der Palliativmedizin in der ärztlichen Ausbildung ist nur möglich, wenn die medizinischen Fakultäten dieser Lehrverpflichtung nachkommen können und Lehrstühle einrichten. Ist dies kurz- und mittelfristig nicht möglich, so können Lehrbeauftragte für Palliativmedizin bestimmt werden, bis die strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen sind, um einen Lehrstuhl einzurichten. Langfristig ist jedoch anzustreben, an allen medizinischen Fakultäten einen Lehrstuhl für Palliativmedizin einzurichten.

Neben der theoretischen Wissensvermittlung sollten die Universitätskliniken dazu angehalten werden, ein stationäres Palliativangebot aufzubauen. Dies dient der Ausbildung der Studenten, aber auch der in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte, wenn neben der Theorie auch die praktische Umsetzung gelehrt und gelernt werden kann. Die Universitätskliniken sind die Zentren der medizinischen Maximalversorgung, und dazu gehört auch eine regional und überregional spezi-

alisierte Palliativversorgung.

4.2 Krankenpflegeausbildung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) dahingehend zu verändern, dass Palliativmedizin und Palliativpflege mit definierten Stundenvorgaben in den theoretischen und praktischen Anteilen der grundständigen Ausbildung berücksichtigt werden und damit die besonderen Anforderungen an die Pflege schwerstkranker und sterbender Patienten ein stärkeres Gewicht erhalten.

Begründung: Ähnlich wie die Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte integriert wurde, wurde die palliative Pflege in das Krankenpflegegesetz und darauf aufbauend auch in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege aufgenommen. In der praktischen Ausbildung findet dies seinen Niederschlag. In der theoretischen Ausbildung finden die besonderen Anforderungen an die Pflege schwerstkranker und sterbender Patienten jedoch kaum Erwähnung. Da die Mehrzahl der Pflegenden täglich mit den besonderen Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender konfrontiert wird, müssen die Basiskenntnisse der Palliativversorgung eindeutig und unmissverständlich in die Ausbildung miteinbezogen werden. Mehr noch als Fachwissen und „Pflegehandwerk“ ist für palliativpflegerisches Handeln eine bestimmte Haltung und Einstellung zu schwer kranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen erforderlich und auszubilden. Ihre Implementierung in die grundständige allgemeine Pflegeausbildung ist anzustreben, da in allen Bereichen der Pflege auch Menschen am Lebensende zu pflegen sind.

Wünschenswert wäre darüber hinaus ein staatlich anerkannter Fachweiterbildungslehrgang für Palliativpflege, weil neben einem Bedarf an Basiskenntnissen aller Pflegekräfte auch ein großer Bedarf an spezialisierter Palliativpflege für Palliativstationen, Hospize, Konsiliardienste und ambulanten Palliativ- und Hospizdiensten besteht. Dieses Defizit zeigt sich häufig in einer begrenzten oder überforderten Haltung von Pflegenden gegenüber den Themen Leid, Sterben, Tod und Trauer. Wenn der palliativpflegerische Ansatz in Deutschland Fuß fassen soll, muss eine entsprechende Spezialisierung etabliert werden. Aber sie darf nicht ein Spezialistentum fördern, das die allgemeine Pflege von der Pflicht befreit, Menschen auch am Lebensende bedarfs- und bedürfnisgerecht zu pflegen.

Wünschenswert wären darüber hinaus auch Studienangebote an Fachhochschulen und Universitäten, die einen am internationalen Standard orientierten Masterabschluss in Palliative Nursing Care anbieten. Da es jedoch Aufgabe der Länder ist, entsprechende gesetzliche Regelungen zu schaffen und staatlich anerkannte Weiterbildungseinrichtungen zu fördern, kann die Enquete-Kommission hierzu nur eine allgemeine Empfehlung aussprechen.

4.3 Altenpflegeausbildung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) vom 26.11.2002 dahingehend zu ergänzen, dass palliativmedizinische und palliativpflegerische Inhalte Bestandteil der praktischen und der theoretischen Ausbildung werden.

Begründung: Die Basiskenntnisse in der palliativen Medizin und Pflege gehören zu den Kernkompetenzen einer Altenpflegekraft. Nur kurz findet „die Pflege sterbender alter Menschen“ bisher Eingang in die Lernziele der Altenpflege. Dies wird der Realität nicht gerecht. Schmerzen und belastende Symptome im Verlauf typischer altersbedingter chronischer Erkrankungen sowie Sterben und Tod gehören zum Pflegealltag in den Alten- und Pflegeeinrichtungen. Dieser Realität sind die Pflegenden durch personelle Engpässe, aber auch durch mangelnde Ausbildung in palliativer Pflege oft nicht gewachsen.

5. Stärkung und Sicherung der ambulanten und stationären Hospizarbeit

5.1 Einrichtungsbezogene Bedarfssatzverhandlungen

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, § 39 a Abs. 1 SGB V so zu verändern, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen einrichtungsbezogene Bedarfssatzvereinbarungen mit den Anbietern stationärer Hospize treffen müssen.

Begründung: Die derzeit von den Krankenkassen bundesweit pauschaliert gedeckelten Anteile an den Bedarfssätzen der stationären Hospize (144,90 € West und 121,80 € Ost) sind in den meisten Fällen nicht mehr kostendeckend und zwingen die Hospize, den laufenden Betrieb über die vorgeschriebene 10%-Finanzierung durch Spendeneinnahmen aus den eigenen Rücklagen mit zu finanzieren oder höhere Zuzahlungen der Hospizpatienten zu verlangen. Die in der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung 1999 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Hospizanbietern vereinbarte landeseinheitliche Bedarfssatzfestlegung als Möglichkeit hat sich nicht bewährt, da sie der derzeitigen Praxis Vorschub leistet. Um eine Finanzierungskrise in den stationären Hospizen zu vermeiden, müssen offene und faire Bedarfssatzverhandlungen geführt werden, in denen regionale und institutionsbezogene Unterschiede berücksichtigt werden und im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Mischfinanzierung kostendeckende Bedarfssätze vereinbart werden. Eine gesetzliche Korrektur ist deshalb zwingend geboten.

5.2 Eigene Schiedsstellen für Hospize

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, § 39 a SGB V dahingehend zu erweitern, dass für den Bereich der stationären Hospize zwingend eigene Schiedsstellen auf Landesebene einzurichten sind.

Begründung: Durch die gemeinsame Beteiligung von Krankenkassen und Pflegekassen an der Finanzierung der stationären Hospize ist die Zuständigkeit von SGB V oder SGB XI ungeklärt. Eine Klarstellung im SGB V mit der Maßgabe, eine eigene Schiedsstelle für den Hospizbereich unter Einbeziehung beider Kostenträger einzurichten, würde Rechtssicherheit bieten und wäre notwendig, um eine Flexibilisierung der Pflegesatzverhandlungen zu gewährleisten.

5.3 Absenkung des Eigenfinanzierungsanteils stationärer Hospize

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, § 39 a Abs. 1 SGB V dahingehend zu ändern, dass eine Eigenfinanzierung durch Spenden auf maximal 5 % festgelegt wird, so dass die bisherige Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände über 10 % daran angepasst werden muss.

Begründung: Das Spendenaufkommen in der Bundesrepublik ist – bedingt durch die wirtschaftliche Entwicklung – in den letzten Jahren in fast allen Bereichen deutlich zurückgegangen. Aus der Praxis der Hospizvereine ist bekannt, dass diese schon lange zunehmende Schwierigkeiten haben, Spenden in dem erforderlichen Volumen einzuwerben. Der Gesetzgeber sollte, das Prinzip der teilweisen Eigenfinanzierung durch Spenden wahrend, Vorschriften erlassen, die einen für die Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden an die Realität angepassten Rahmen setzen.

5.4 Verbesserung der Finanzierung ambulanter Hospizarbeit

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt dem Deutschen Bundestag, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aufzufordern, bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Hospizdienste eine Änderung der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V anzuregen, die es erlaubt, Fördermittel, die für die ambulante Hospizarbeit gem. § 39 a Abs. 2 SGB V bereitgestellt, aber nicht abgerufen werden, in Form einer nachrangigen Förderung kleineren, noch im Aufbau befindlichen Hospizgruppen zur Deckung ihrer Verwaltungskosten zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren sollte eine Prüfung des Auszahlungsmodus unter dem Aspekt angeregt werden, ob die Fördergelder nicht zeitnäher zur Verausgabung ausgezahlt und gegebenenfalls auch Abschlagszahlungen geleistet werden können.

Begründung: Die gesetzlich vorgeschriebenen Fördermittel der Krankenkassen für ambulante Hospizarbeit wurden 2002 nur zu 58 %, 2003 zu 58,9 % und 2004 zu 64,5 % ausgeschöpft. Als Gründe werden von Hospizseite die hohen Anforderungen an die Antragssteller genannt, wie das Vorhandensein von 15 Mitarbeitern, einer ausgebildeten hauptamtlichen Kraft und eine Vorlaufzeit von einem Jahr. Diese Förderkriterien sind zwar von den Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz weitgehend anerkannt, bei ihrer Beibehaltung muss jedoch beklagt werden, dass die nicht abgerufenen Fördermittel ohne erkennbaren Effekt verfallen. Sinnvoll wäre es deshalb, die nicht abgerufenen Fördermittel im Wege einer nachrangigen Förderung kleineren und noch im Aufbau befindlichen Hospizgruppen zur Deckung ihrer Verwaltungskosten zur Verfügung zu stellen. Die Erforderlichkeit der Prüfung des Auszahlungsmodus der Fördergelder ergibt sich aus der finanziell oft sehr prekären Lage der ambulant arbeitenden Hospizdienste, die nicht über Rücklagen verfügen und deshalb einen laufenden Einnahmenfluss benötigen.

5.5 Überprüfung der Zuständigkeit des Heimgesetzes für stationäre Hospize

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt zu überprüfen, ob die Unterstellung stationärer Hospizeinrichtungen unter die Regelungen des Heimgesetzes fortbestehen soll.

Begründung: Die stationären Hospize unterliegen seit dem Jahre 2003 dem Heimgesetz. In der Fachdiskussion gilt es zunehmend als fraglich, ob damit die Besonderheiten des Hospizes genügend Berücksichtigung finden. Hospize werden mit dem Ziel betrieben, das Sterben unheilbar Kranker zu begleiten und dabei neben Unterkunft und Verpflegung eine hoch stehende palliativpflegerische Versorgung zu gewährleisten, gleichzeitig aber auch eine individuelle und familiäre Umgebung sowie eine psychosoziale und spirituelle Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen anzubieten. Die durchschnittliche Verweildauer in Hospizen beträgt 24 Tage. Diese Besonderheiten unterscheiden Hospize wesentlich von Heimen.

Widersprüche zum Heimgesetz bestehen in einer Reihe von Feldern. Auf Grund der kurzen Verweildauer und der hohen Fluktuation können bestimmte heimgesetzliche Auflagen, wie die Mitwirkung der Bewohner und Bewohnerinnen durch die Bildung eines Heimbeirates oder die Berufung eines ehrenamtlichen Heimführers, praktisch nicht erfüllt werden. Der hospizliche Anspruch, eine familiäre Atmosphäre zu schaffen, kollidiert in der Praxis vielfach mit einer Ausrichtung an Heimmaßstäben. Die Auflage, bis auf geringwertige Aufmerksamkeiten keine Vergütung oder geldwerte Leistungen von den Nutzern des Heimes entgegennehmen zu dürfen, steht im Konflikt mit der Notwendigkeit der Eigenfinanzierung, wie sie § 39 a Absatz 1 SGB V für stationäre Hospize festgelegt und in der Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände ausgestaltet ist.

Als Alternative zur heimgesetzlichen Aufsicht über Hospize wäre eine regelmäßige Qualitätsprüfung an Hand von Qualitätsstandards erwägenswert, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz im Rahmen der Verpflichtungen aus der Rahmenvereinbarung zum §39 a Absatz 1 SGB V erarbeitet worden sind und von den Kostenträgern als Prüfgrundlage anerkannt werden könnten.

5.6 Palliativpflegerische Qualifizierung der Pflegeheimleitungen

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt zu überprüfen, inwieweit im Heimgesetz für die Leitungen von Pflegeeinrichtungen eine Qualifizierung in Palliative Care vorgeschrieben werden sollte.

Begründung; Ein großer Teil der alten Menschen verbringt den Lebensabend in einer Alten- oder Pflegeeinrichtung. Die Begleitung dieser älteren Menschen bezieht sich in zunehmendem Maße auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie auf Entscheidungen am Lebensende (z. B. Krankenhauseinweisung, künstliche Ernährung oder Antibiotikatherapie), Sterbebeistand und Trauerbegleitung. Palliativmedizinische und palliativpflegerische Kompetenz sollte deshalb in die Alten- und Pflegeeinrichtungen integriert werden. Das Heimgesetz sagt in § 11 Abs. 2 Satz lediglich, dass der Träger sicherstellen muss, „...dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht.“ Hier könnte analog der Regelung bezüglich der Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V als Voraussetzung für den Betrieb eines Heimes festgelegt werden, dass die pflegerische Leitung (und Stellvertreter) bzw. die Gruppenleitung (und Stellvertreter) über eine Fortbildung in Palliative Care verfügen müssen.

5.7 Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) so zu ändern, dass es innerhalb stationärer und ambulanter Palliativversorgung möglich wird, nicht verbrauchte und unangebrochene palliativmedizinische Medikamente, die weiterhin unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, nach dem Versterben der Person, der diese Arzneien verordnet wurden, innerhalb des ambulanten Dienstes oder der stationären Einrichtung unter Kontrolle eines dazu berechtigten Arztes für andere Patienten zu verwenden.

Begründung: Das in der Praxis stationärer Hospize und ambulanter Palliativdienste immer wieder auftretende Problem, dass unangebrochene Packungen unter das BtMG fallender Schmerzmittel nach dem Versterben einer Person vernichtet werden müssen und nicht für andere Patienten verwendet werden dürfen, könnte durch die Erlaubnis der kontrollierten Weitergabe in der BtMVV gelöst werden. Unter kontrollierter Weitergabe ist dabei zu verstehen, dass diese durch einen dazu berechtigten Arzt geschieht und von ihm in der jeweiligen Bestands- und Ausgabeliste entsprechend dokumentiert wird. Durch die kontrollierte Weitergabe von nicht verbrauchten Medikamenten verstorbener Patienten in einem 10-Betten-Hospiz könnten ca. 26.000 € pro Jahr eingespart werden. Allein auf die stationären Hospize in Deutschland bezogen ergäbe das einen Einspareffekt von über 2 Millionen € pro Jahr.

6. Verbesserung der Finanzierung der ambulanten und stationären Palliativversorgung

6.1 Finanzierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die ambulanten palliativmedizinischen Leistungen sachgerecht zu vergüten.

Begründung: Ab 1.4.2005 ist der zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ausgehandelte neue „Einheitliche Bewertungsmaßstab 2000 plus“ (EBM 2000 plus) für die Abrechnung ärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor gültig. Die palliativmedizinischen Leistungen für sterbende und schwerkranke Patienten werden nicht zureichend berücksichtigt. Insbesondere fehlen ausreichende Abrechnungsmöglichkeiten für palliativmedizinische Leistungen, die von palliativmedizinisch fortgebildeten Fachärzten erbracht werden.

Eine Nachbesserung des EBM 2000 plus könnte, wenn sich die Vertragsparteien nicht darauf einigen, auf der Grundlage aufsichtsrechtlicher oder gesetzgeberischer Maßnahmen im Sinne der besonderen Erfordernisse der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung erfolgen.

6.2 Finanzierung der stationären palliativmedizinischen Versorgung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt, die Versorgung auf einer Palliativstation als Behandlung in einer „besonderen Einrichtung“ anzuerkennen und sie damit aus den G-DRGs (German Diagnosis Related Groups, in Einführung begriffene Grundlage der Finanzierung der Krankenhausbehandlung) herauszunehmen. Die Versorgung auf einer Palliativstation soll stattdessen wie in anderen Ländern, die das DRG-System eingeführt haben, in ein System der tagesbasierten Finanzierung überführt werden, um die Vorhaltung einer bedarfsgerechten und fachlich abgesicherten stationären Palliativversorgung schwer kranker und sterbender Menschen zu gewährleisten.

Begründung: Eine bedarfsgerechte und fachlich abgesicherte stationäre Palliativversorgung ist nur möglich, wenn die Behandlung der Patienten auf einer soliden finanziellen Basis erfolgt. Im bestehenden G-DRG-System werden palliativmedizinisch behandelte Patienten aufgrund der sehr verschiedenen Grunderkrankungen und der weit gefächerten Einzelprobleme sehr heterogen abgebildet. In der Regel werden sie mit anderen Patienten gleicher Hauptdiagnose in dieselbe DRG eingruppiert, obwohl deutlich längere Aufenthalte und höhere Komorbiditäts- und Komplikations-Niveaus vorliegen. Die dadurch erreichten Erlöse führen nicht zu einer leistungsgerechten Vergütung der Behandlung und Pflege auf Palliativstationen. Auch eine Neuregelung des G-DRG-Systems, wie sie ab dem Jahr 2007 möglich wäre und in der möglicherweise eine neue palliativmedizinische

sche Basis-DRG eingeführt werden könnte, ist nicht ausreichend, da auch für die Zeit davor eine tragfähige Lösung gefunden werden muss.

Bei der Planung ist davon auszugehen, dass ein enormer Nachholbedarf besteht. Bisher ist in keiner Region Deutschlands der Bedarf an Palliativbetten ausreichend abgedeckt. Einer Ist-Zahl von 9,1 Palliativbetten/1 Mill. Einwohner steht der Bedarf von 27,7 bis 35,9 Betten/1 Mill. Einwohner gegenüber, wobei diese Zahlen Mindestzahlen darstellen, da hierbei nur die Sterblichkeit im Bereich der Tumorerkrankungen einbezogen wurde. Darüber hinaus ist der Aufbau von palliativmedizinischen Konsiliardiensten im Krankenhaus zu fördern, damit Patienten nicht nur auf Palliativstationen angemessene palliativmedizinische Behandlung erhalten, sondern auch auf anderen Stationen von einem palliativmedizinischen Fachteam betreut werden können. Eine finanzielle Krisensituation bis 2007, die zur Verunsicherung und zum Abbau der sowieso knappen Kapazitäten führen würde, ist auf keinen Fall wünschenswert.

7. Forschungsförderung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt die Einrichtung eines Forschungsschwerpunktes „Palliativ- und Hospizversorgung“ im Gesundheitsforschungsprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Begründung: In Kernbereichen der Palliativversorgung und Hospizarbeit besteht ein hoher, bislang nicht ausreichend geförderter Forschungsbedarf. Gründe hierfür sind, dass die Tradition dieser Gebiete in der Medizin und der Pflege noch sehr jung ist und in vielen Forschungsfragen interdisziplinäre Themen angesprochen sind, die sich oft außerhalb bisheriger Forschungsförderung befinden. Die zunehmende Bedeutung und absehbare Ausbreitung der Palliativversorgung macht die Dringlichkeit einer besseren wissenschaftlichen Absicherung und Begleitung deutlich. Als wichtige Gebiete können neben den klinischen Bereichen, wie der Validierung palliativmedizinischer Behandlung und der Schmerz- und Symptomkontrolle, vor allem angesehen werden: Fragen der Pflegeforschung, der Versorgungsforschung, der evidenzbasierten Betreuungskonzepte und psychosozialen Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen, der Entwicklung des Ehrenamts, der Kommunikation mit unheilbar Kranken und Sterbenden sowie der ethischen Entscheidungen am Lebensende und der Wandel der Vorstellungen zur Sterbebegleitung durch die Verbreitung der Hospizarbeit. Ziel der Forschungsförderung sollte die qualitative und evidenzbasierte Verbesserung der Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Patienten sein.

8. Einführung einer Bundesstatistik zu den Sterbeorten

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt das Führen einer Bundesstatistik zu den Sterbeorten.

Begründung: Eines der wesentlichen Ziele der Palliativmedizin und Hospizarbeit ist es, den Menschen ein Sterben in ihrer vertrauten Umgebung, also in der Regel zu Hause zu ermöglichen. Eine gelingende Hospiz- und Palliativversorgung wird sich deshalb unter anderem durch einen höheren Anteil zu Hause sterbender Menschen auszeichnen. Aussagen über Sterbeorte können als Qualitätsindikator einer erfolgreichen Hospizarbeit und Palliativversorgung herangezogen werden. Darüber hinaus sind valide Erkenntnisse über Sterbeorte für epidemiologische und sozialwissenschaftliche Untersuchungen im Umfeld der Versorgung am Lebensende wichtig, um Defizite besser aufdecken und zukünftige Planungen von Versorgungsstrukturen sinnvoll gestalten zu können.

Über die Sterbeorte der Menschen in Deutschland gibt es bisher auf Grund mangelhafter oder fehlender statistischer Erfassung keine verlässlichen Angaben. Ein wesentlicher Grund für diese mangelhafte Datenlage ist darin zu sehen, dass in den Todesfeststellungsurkunden der verschiedenen Bundesländer entweder der Sterbeort gar nicht erfasst wird oder in nicht vergleichbaren Kategorien. Wünschenswert ist deshalb, in Zukunft den Sterbeort nach bundeseinheitlichen Kategorien auf der Todesfeststellungsurkunde zu erfassen.

9. Runder Tisch aller relevanten Gruppen der Palliativ- und Hospizversorgung

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt die Einrichtung „Runder Tische“ aller relevanten Gruppen der Palliativ- und Hospizversorgung auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene.

Begründung: Eine gelingende Kommunikation unter allen Beteiligten ist nicht nur in der direkten Arbeit in der Palliativversorgung unverzichtbar, sondern auch beim Austausch von Informationen zur Planung, Abstimmung und Koordination auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene. Zu häufig finden immer noch unkoordiniert sowohl Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen der staatlichen Verwaltung als auch im Rahmen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens statt. Ein besserer Informationsfluss und eine bessere Vernetzung zwischen allen relevanten Gruppen wären deshalb wünschenswert.

Ganz besonders trifft dies für die Planung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen sowie deren Implementierung zu. Bei dem Bemühen, eine bedarfsgerechte Palliativversorgung zu gewährleisten, sollten Partikularinteressen zurückgestellt und ein gemeinsames konsensuales Vorgehen angestrebt werden.

10. Berufung von Hospiz- und Palliativbeauftragten auf Landes- und Bundesebene

Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin empfiehlt die Berufung von Hospiz- und Palliativbeauftragten auf Landes- und Bundesebene.

Begründung: Die Gestaltung einer bedarfsgerechten Palliativversorgung und die sichtbare politische Unterstützung entsprechender Einrichtungen, Leistungserbringer und Initiativen sollten vordringliche und nachhaltige Anliegen staatlichen Handelns sein. Die Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizarbeit ist deshalb in geeigneter Weise von staatlichen Stellen zu fördern und zu begleiten. Sie allein dem freien Spiel der Kräfte zu überlassen, verkennt die Bedeutung, die einer sinnvoll koordinierten und strukturierten Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizarbeit gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten zukommen wird.

Hospiz- und Palliativbeauftragte, die entweder von den Parlamenten oder den jeweiligen Regierungen berufen werden könnten, sollten die Entwicklung von Konzepten vorantreiben, auf welche Weise eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Gesundheitswesen verankert werden kann. Solche flächendeckenden, aber an die regionalen Gegebenheiten angepassten Konzepte gibt es bisher in Deutschland nur vereinzelt. Die Arbeit der „Runden Tische“ sollte von den Hospiz- und Palliativbeauftragten unterstützt und in der Öffentlichkeit vertreten werden.

Zusammensetzung der Enquete-Kommission

Vorsitzender: René Röspe (SPD)

Stellvertretender Vorsitzender: Hubert Hüppe (CDU/CSU)

Parlamentarische Mitglieder:

| | |
|-----------------------|-------------------|
| SPD | CDU/CSU |
| Sabine Bätzing | Hubert Hüppe |
| Hilde Mattheis | Julia Klöckner |
| Dr. Carola Reimann | Barbara Lanzinger |
| René Röspe | Thomas Rachel* |
| Dr. Marlies Volkmer | Andrea Voßhoff |
| Dr. Wolfgang Wodarg* | |
| | |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | FDP |
| Christa Nickels* | Michael Kauch* |

(* Obleute)

Sachverständige Mitglieder:

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| SPD | CDU/CSU |
| PD Dr. Marion Albers, | Rainer Beckmann |
| Prof. Dr. Linus Geisler | Prof. Dr. Bärbel Friedrich |
| Dr. Sigrid Graumann | Prof. Dr. Wilfried Härle |
| Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe | Prof. Dr. Eberhard Klaschik |
| Dr. Michael Wunder | Prof. Dr. Johannes Reiter |
| | |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | FDP |
| Prof. Dr. Dietmar Mieth | Prof. Dr. Reinhard Merkel |
| Ulrike Riedel | |

Stellvertretende parlamentarische Mitglieder:

| | |
|--------------------------|------------------|
| SPD | CDU/CSU |
| Dr. Herta Däubler-Gmelin | Vera Dominke |
| Eckhart Lewering | Ingrid Fischbach |
| Gabriele Lösekrug-Möller | Markus Grübel |
| Rolf Stöckel | Helmut Heiderich |
| Jörg Tauss | Dr. Martin Mayer |
| Dr. Margrit Wetzell | |
| | |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | FDP |
| Josef Philip Winkler | Ulrike Flach |
