

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* zum
Abschlußbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel -
Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“

Die vom Deutschen Bundestag im Dezember 1999 eingesetzte Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ hat am 28. März 2002 ihren Abschlußbericht vorgelegt. Aufgabe der Kommission war in erster Linie die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen im Themenbereich „Soziale Sicherungssysteme“ sowie die Analyse und Bewertung des Verhältnisses der Generationen nicht nur unter Berücksichtigung ökonomischer, sondern vor allem auch gesellschaftlicher und politischer Aspekte. Es sollten darüber hinaus für die Bereiche „Gesundheit und Pflege“ Handlungsempfehlungen entwickelt werden, was schließlich dazu führte, dass auch der Komplex „Hospizdienste und Palliative Pflege“ in einem eigenen Kapitel thematisiert wird. *Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* nimmt dazu wie folgt Stellung:

In einer außerordentlich inhaltsreichen Übersicht über Entwicklung und Stand von Hospizarbeit und palliativer Pflege in Deutschland wird von der Kommission schon in der Einleitung des entsprechenden Kapitels die wesentliche Orientierung gegeben: „Kategorien wie Lebensqualität, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe, Freiheit, Würde und Identität rücken in den Mittelpunkt der angesagten Handlungsoptionen interdisziplinärer Teams und Versorgungsnetzwerke. Der Paradigmenwechsel lässt sich an den Begriffen von „cure“, also Pflege im bio-medizinisch-technischen Verständnis, bis hin zu „care“ im phänomenologischen Sinne als Sorge, Mit-Sein, Fürsorge und Solidarität nachzeichnen. Damit sind auch die zentralen Positionen der Hospizdienste und der palliativen Pflege mit ihrer inhaltlichen und strukturellen Versorgung an der Schnittstelle von Gesundheits- und Pflegediensten benannt.“ Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, so betont die Kommission zu Recht, sei es deshalb dringend notwendig, „neue Wege bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu gehen.“

In Deutschland – so stellt die Kommission allerdings auch fest – hinkt insbesondere die ambulante Versorgung Sterbender der internationalen Entwicklung noch hinterher. Grundlegende Kenntnisse der Palliativversorgung sowie der psychosozialen Begleitung am Lebensende fehlen allzu oft noch, um dem Wunsch der meisten Menschen, eines Tages gut betreut Zuhause in der gewohnten Umgebung sterben zu können, gerecht werden zu können. Noch immer beendet ein Großteil der Bevölkerung sein Leben in einer stationären Einrichtung - meistens auf der Akutstation eines Krankenhauses. Auch die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* hat auf diese traurige Diskrepanz schon oft hingewiesen und betont, dass durch gut vernetzte palliativmedizinische und palliativpflegerische Angebote der Prozentsatz der Zuhause sterbenden Krebspatienten von z.Zt. etwa 30 % auf über 70 % angehoben werden kann. Fast alle Palliativ-Modellprojekte, die bisher in Deutschland durchgeführt wurden, konnten das bestätigen.

Die Defizite der bisherigen Versorgungsstruktur werden von der Kommission beschrieben. Zum einen wird der bisherige „Mangel an palliativmedizinischen und hospizspezifischen Qualifikationsangeboten sowohl bei der Mediziner- als auch im pflegerischen Bereich“ beklagt, zum anderen wird festgestellt, dass „es kaum finanzielle Anreize gibt, sich den Aufgaben der Palliativmedizin zuzuwenden.“ Auch fehle vielen Hausärzten gerade bei der Betreuung von Tumorpatienten am Lebensende die notwendige Erfahrung in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, da

jeder Hausarzt durchschnittlich nur sehr wenige solcher Patienten betreut. So hängt es noch allzu oft vom Zufall ab, ob ein Schwerkranker bzw. Sterbender am Lebensende das Glück hat, von einem Arzt betreut zu werden, der sich mit palliativmedizinischen Kenntnissen vertraut gemacht hat bzw. in die Obhut eines Pflegedienstes zu kommen, für den palliativpflegerisches Engagement kein Fremdwort ist.

Ausführlich widmet sich der Kommissionsbericht dann der Beschreibung vorhandener hospizlicher und palliativer Einrichtungen in Deutschland. Dabei werden neben Palliativstationen und Stationären Hospizen auch Tageshospize sowie Wohneinrichtungen für Aids-Kranke als Orte beschrieben, an denen Schwerstkranke und Sterbende ein Höchstmaß an professioneller und menschlicher Zuwendung erfahren. Auch auf die Besonderheit von Kinderhospizen wird in diesem Zusammenhang eingegangen. Die Frage des Bedarfs an Hospiz- bzw. Palliativbetten schließt sich zwangsläufig an und wird im Bericht anhand eines umfangreichen Quellenmaterials diskutiert. Auch wenn die Kommission keine festen Zahlen nennen möchte, so macht sie doch deutlich, dass alle Indikatoren darauf hinweisen, dass „eine ausreichende Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende, besonders mit hoch qualifizierten ambulanten Palliativdiensten, derzeit nicht sichergestellt ist.“ Und auch von den von der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* empfohlenen Richtwerten (50 Palliativ- bzw. Hospizbetten pro 1 Million Einw. / 1 Ambulanter Palliativdienst pro 250.000 Einw.) ist die Versorgungsrealität in Deutschland leider noch weit entfernt.

Während der Kommission im Grundsatz Recht zu geben ist bei ihrer Einschätzung, dass „Hospizbehandlung langfristig kostengünstiger ist als eine Krankenhausbehandlung bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität für die Hospizpatienten“ muß dem Urteil der Kommission, dass „die medizinisch-pflegerischen Leistungen in der ambulanten Sterbebegleitung sozialrechtlich vergleichsweise gut abgesichert sind“ entschieden widersprochen werden. Weder in den ärztlichen Gebührenordnungen noch in den pflegerischen Leistungskomplexen werden palliativmedizinische bzw. palliativpflegerische Leistungen berücksichtigt. Und auch die durch eine aktuelle Gesetzesnovellierung im Jahr 2001 eingeführte Finanzierung der ambulanten Hospizarbeit und damit in erster Linie der psychosozialen Seite der Hospizarbeit durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), erweist sich bei näherer Betrachtung als kaum mehr als ein Tropfen auf dem heißen Stein. (Die anfängliche Fördersumme entspricht lediglich etwa einem Zehntel der Summe (= 10 Mio €), die von der GKV allein für Schnupfenmittel pro Jahr aufgewendet wird.)

Der Feststellungen der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ bleiben nach Ansicht der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* trotz vereinzelter Kritik eine wertvolle Quelle hilfreicher Informationen und Einschätzungen. Die DGP kann sich den von der Kommission ausgesprochenen Handlungsempfehlungen uneingeschränkt anschließen. Als wesentliche Forderungen der Kommission seien in Bezug auf die Entwicklung der Palliativmedizin abschließend genannt:

- ? Integration der Palliativmedizin in die ärztliche und krankenpflegerische Betreuung
- ? Ausbau der Lehre in der Palliativmedizin, einhergehend mit der Abschlußmöglichkeit im Schwerpunktfach Palliativmedizin sowie regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen in Palliativmedizin für niedergelassene Ärzte
- ? Qualifizierte ambulante Hospizdienste sowie Palliativberatungs- und Palliativdienste sollten die Hauptversorgungsstruktur der ambulanten Pflegedienste im Umgang mit Sterbenden ergänzen
- ? Förderung palliativmed. Forschung in Vernetzung mit den Pflegewissenschaften (30.3.2002)