

# Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland

In der ersten Nummer der im Jahr 2000 neu herausgegebenen Zeitschrift für Palliativmedizin schrieb Christof Müller-Busch über „Palliativmedizin im 21. Jahrhundert – Was tun? Was unterlassen?“ und zog abschließend folgendes Fazit: „In der Konfrontation und Auseinandersetzung mit biomedizinischem Fortschritt wird sich eine humane Medizin, die auch die Betreuung und Begleitung des Sterbenskranken und Sterbenden zu ihren Aufgaben zählt, in den nächsten Jahren im Wesentlichen um 5 Punkte bemühen müssen:

1. eine öffentliche Auseinandersetzung über die Tabuisierung, aber auch reale Situation des Sterbens und Todes in unserer Gesellschaft,
2. einen Paradigmenwechsel, durch den die Begegnung mit dem kranken bzw. sterbenskranken Menschen nicht nur durch die Orientierung auf das pathophysiologisch verstandene Krankheitsgeschehen und den Reparaturgedanken bestimmt wird,
3. ein Organisations- und Ausbildungsprogramm, das die Integration der Palliativmedizin innerhalb unseres gesundheitlichen Versorgungssystems zum Ziel hat,
4. eine ausreichende Verfügbarkeit von palliativmedizinischen Einrichtungen, Palliativstationen, Hospizen bis zum palliativmedizinischen Netz,
5. eine qualitative Verbreitung des evidence based Wissens und einer cognition based Herangehensweise im Einzelfall, um die ethische Entschei-

dungsfindung in existenziellen Fragen zu erleichtern [1].

Etwa zur gleichen Zeit wurde dieser Blick in die Zukunft ergänzt durch ein Buch, in dem „Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein“ in ihrer bisherigen Geschichte skizziert wurde [2]. Anders als in anderen Ländern, in denen die Begriffe „Hospice and Palliative Care“ häufig auch synonym verwendet werden, haben sich in Deutschland Hospizbewegung und Palliativmedizin in gewisser Weise getrennt voneinander entwickelt – auch wenn es beiden in erster Linie um eine bedarfsgerechte Versorgung und Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen geht. Hospizbewegung und Palliativmedizin sind sozusagen die 2 Seiten der gleichen Medaille. Der mehr ehrenamtlich geprägte Teil der Bewegung steht dabei in Deutschland, zumal im ambulanten Sektor, eher für den Begriff der Hospizbewegung, während die Bemühungen der hauptamtlich tätigen Professionellen (Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger u. a.) eher unter den Begriff der „Palliativversorgung“ fallen.

Sowohl die Hospizbewegung als auch die Bemühungen um eine bessere Palliativversorgung haben in den letzten Jahren in Deutschland eine zunehmende Unterstützung durch politische Entscheidungsträger erfahren. Auf allen Ebenen der politischen Meinungsbildung wurde und wird das Thema der Versorgung un-

heilbar kranker und sterbender Menschen in seinen unterschiedlichen Facetten diskutiert und somit auch der Forderung von Müller-Busch entsprochen, eine öffentliche Auseinandersetzung über die Bedingungen von Tod und Sterben in unserer Gesellschaft zu induzieren. So fasste z. B. die 75. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Sommer 2002 einen umfangreichen Beschluss zur Förderung der Sterbebegleitung durch Hospizarbeit und Palliativmedizin [3].

Ein Jahr später, im Mai 2003, verabschiedete der 106. Deutsche Ärztetag einstimmig einen Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer, mit dem u. a. gefordert wurde [4]:

- „1. die Aufnahme der Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung für Ärzte und ihre Zulassung als Wahlfach für die abschließende ärztliche Prüfung;
2. der Auf- und Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen;
3. der Auf- und Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen im stationären Bereich und die Anpassung der Krankenhausfinanzierung an die Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen;
4. Sektoren- und Berufsgruppen übergreifende Angebotsstrukturen (integrierte Versorgung).“

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliativmedizin sowie der notwendige Auf- und Ausbau palliativmedizinischer

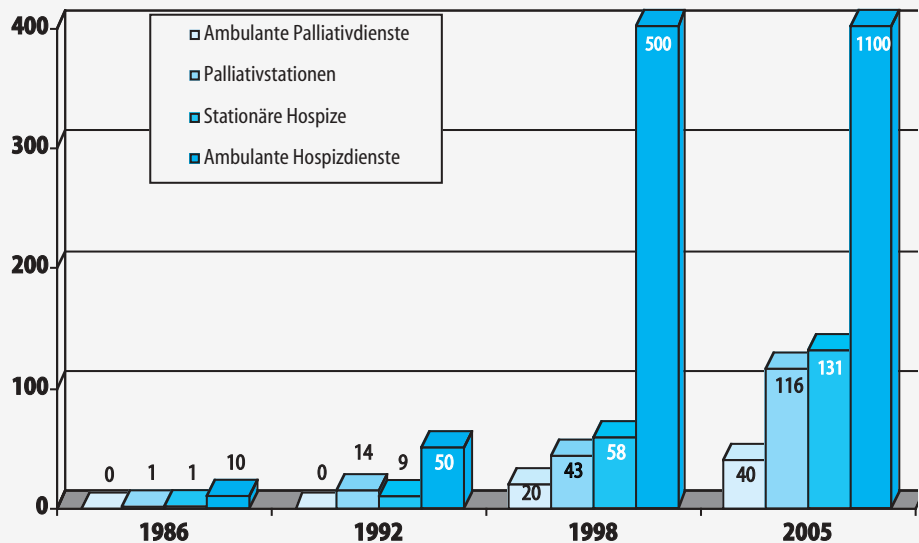


Abb. 1 ► Anzahl und Entwicklung spezialisierter Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (1986–2005) (Quelle: <http://www.dgpalliativmedizin.de> – Stand 1/2006)

Versorgungsstrukturen waren somit das zentrale Anliegen des Ärztetages. Mit gutem Beispiel ging er voran: In der auf dem Ärztetag ebenfalls beschlossenen neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte wurde erstmals die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin eingeführt.

Auch in der Bundespolitik fanden die Forderungen nach einer besseren Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen bei Vertretern aller Parteien in den letzten Jahren immer häufiger Gehör. Abgesehen davon, dass schon Bundespräsident Johannes Rau, ebenso wie sein Nachfolger Horst Köhler, wiederholt auf den großen Nachholbedarf bei der Entwicklung hospizlicher und palliativmedizinischer Angebote hingewiesen haben und dass auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt immer wieder die Bedeutung einer guten Hospiz- und Palliativversorgung betont, hat sich auch der Bundestag in der 15. Wahlperiode ausführlich des Themas angenommen. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat in einer eigenen Themengruppe (Menschenwürdig leben bis zuletzt) die Problematik 2 Jahre intensiv bearbeitet und im Sommer 2005 ihren Bericht „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ [5] vorgelegt.

Schon 2 Jahre zuvor, im Herbst 2003, hatte das Ministerkomitee des Europarats eine „Empfehlung an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedi-

nischen und -pflegerischen Versorgung“ veröffentlicht [6], die dann im darauf folgenden Jahr aus der englischen Originalfassung in 17 europäische Sprachen übersetzt wurde, sodass ihr Text inzwischen in den meisten europäischen Ländern den Weg in den politischen Diskurs gefunden hat. Auf Basis der Empfehlungen des Europarats sowie zweier weiterer Veröffentlichungen aus den letzten beiden Jahren lassen sich sehr hilf- und lehrreiche Vergleiche zwischen der Situation und der Entwicklung in Deutschland mit der in anderen europäischen Ländern anstellen [7, 8].

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich in den letzten Jahren intensiv mit Fragen im Umfeld der Palliative Care beschäftigt und im Jahr 2004 2 Dokumente veröffentlicht, in denen vor allem auch auf Aspekte der Versorgung eingegangen wird: „Palliative Care – The Solid Facts“ [9] und „Better Palliative Care for Older People“ [10] fanden in der internationalen Debatte große Beachtung und werden noch im Jahr 2006 ins Deutsche übersetzt. Die WHO hat mit ihrer Definition von Palliative Care (erstmalig 1990, dann aktualisiert 2002) auch die weltweit anerkannte Beschreibung des Faches geliefert: „Palliativversorgung ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzei-

tiges Erkennen und die Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ [11].

In den Debatten der letzten Jahre über eine bedarfsgerechte Palliativversorgung hat sich weltweit und so auch in Deutschland immer deutlicher der Trend herauskristallisiert, zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Palliativversorgung zu unterscheiden. Auch in den Empfehlungen des Europarats wird diese Unterscheidung getroffen. Dabei wird unter allgemeiner Palliativversorgung die palliativmedizinische Tätigkeit in den primären Versorgungsstrukturen (z. B. Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen) verstanden, während der Begriff der spezialisierten Palliativversorgung Strukturen bezeichnet, „deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht“, in denen sich somit auch hohe Palliativkompetenz bündelt. „Diese Dienste und Einrichtungen betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen“, so wiederum der Europarat [6].

In Deutschland haben sich in den letzten 20 Jahren solche spezialisierten Einrichtungen lediglich im stationären Sektor in nennenswerter Zahl etabliert: Palliativstationen (ca. 120; Stand 2005) und Stationäre Hospize (ca. 130; Stand 2005) (■ Abb. 1). Der geschätzte Bedarf kann damit immerhin zur Hälfte gedeckt werden, allerdings stellen sich die Verhältnisse regional extrem unterschiedlich

dar (■ **Tabelle 1**). Im ambulanten Sektor blieben ambulante Palliativdienste hingegen bisher die Ausnahme; die große Zahl ambulanter Hospizdienste (ca. 1300), die in den letzten 20 Jahren in Deutschland entstanden sind, zeichnet sich vor allem durch ehrenamtliches Engagement aus. Die ambulanten Hospizdienste bieten in der Regel psychosoziale Sterbebegleitung durch geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter an – eine ärztliche und/oder pflegerische Palliativversorgung bzw. eine multiprofessionelle Begleitung mit Beteiligung psychosozialer und therapeutischer Berufsgruppen (wie sie z. B. auf Palliativstationen geleistet wird) führen sie hingegen nicht durch. Einen aktuellen Überblick über die Hospiz- und Palliativszene in Deutschland enthält der jährlich neu aufgelegte „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin“ [12, 13].

Wichtig ist, daran zu erinnern, dass die Terminologie palliativmedizinischer und hospizlicher Einrichtungen und Leistungen in Deutschland immer noch ausgesprochen heterogen ist – trotz der Bemühungen verschiedener Autoren(gruppen), eine einheitliche Sprachregelung zu finden [14, 15]. Nach wie vor muss diese große Variabilität der regional unterschiedlichen Sprachregelungen zumindest bedacht werden, will man in Gesprächen über das Thema nicht missverstanden werden. Als eine von vielen Autoren anerkannte und genutzte Terminologie haben sich die Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bewährt [16].

### Hospizarbeit

Durch die Einführung des Paragraphen 39 a (stationäre und ambulante Hospizleistungen) in das Sozialgesetzbuch V hat der Gesetzgeber die Kostenträger in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verpflichtet, Leistungen der stationären und ambulanten Hospizversorgung zumindest teilweise zu finanzieren. Beim Vergleich dieser beiden Arten von Hospizarbeit in Deutschland fällt auf, dass der Schwerpunkt der Leistungen in den stationären Hospizen eindeutig auf einer umfassenden palliativpflegerischen Betreuung sterbender Menschen durch qualifiziertes Pflegepersonal beruht, während in der

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:1077–1086  
DOI 10.1007/s00103-006-0068-7  
© Springer Medizin Verlag 2006

T. Schindler

## Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland

### Zusammenfassung

Die palliativmedizinische Versorgungssituation in Deutschland ist bisher noch gekennzeichnet durch eine weit verbreitete Unterversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor. Gleichwohl ist in den letzten 15 Jahren auch in Deutschland eine Entwicklung in Gang gekommen, die erfreulich ist und die fachliche und öffentliche Aufmerksamkeit zunehmend auf die Versorgungssituation unheilbar kranker und sterbender Menschen gelenkt hat. Im Zuge dessen kam es auch zur Etablierung erster Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung. Insbesondere im stationären Bereich ist diese Entwicklung erfreulich, auch wenn eine Bedarfsdeckung noch nicht erreicht ist. Gravierender jedoch ist der Nachholbedarf im ambulanten Sektor. Finanzielle Mittel, die bisher nur rudimentär in den Bereich der Palliativversorgung gelenkt werden, müssen in ausrei-

chendem Maß zur Verfügung gestellt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfe angemessener struktureller Angebote realisieren zu können. Den Bedürfnissen unheilbar kranker, sterbender Menschen und ihren Angehörigen Rechnung zu tragen, sollte unserer Gesellschaft mehr wert sein als bisher und deshalb auf der gesundheitspolitischen Agenda ein Thema der höchsten Dringlichkeitsstufe sein. Die aktuellen Entwicklungen im Bund und in den Ländern machen Mut und lassen hoffen, dass sich die reale Versorgungssituation aller Betroffenen (und nicht nur Einzelner) in den nächsten Jahren weiter verbessern wird.

### Schlüsselwörter

Hospizbewegung · Palliativmedizin · Palliativpflege · Palliativversorgung · Sterbebegleitung

## Palliative care in Germany

### Abstract

The delivery of palliative care in Germany is still characterized by a wide-spread undersupply both for inpatients and outpatients. Nevertheless over the last 15 years progress has also been made in Germany, which is pleasing and which has directed professional and public attention increasingly to the situation of the incurably ill and dying. In the course of this development the first structures for specialized palliative care have been established. In particular the situation for inpatients in hospitals and hospices is pleasing, even if a satisfaction for total coverage is not yet reached. More seriously however is the demand for the outpatients. Financial means, which are steered so far only rudimentarily for palliative care, must be made sufficiently available, in order to

be able to meet the demand with the help of appropriate structural offers. It is important to realize the needs of the incurably ill and dying and of their relatives and friends. Our society has to call attention to this subject and it should be placed on the health-political agenda as a topic of the highest priority level. The current developments in the federation and in the federal states are encouraging and allowing hope that the delivery of palliative care for all who need it (and not only the ill) will improve further in the coming years.

### Keywords

end-of-life care · hospice care · palliative care · palliative medicine · terminal care

Tabelle 1

**Anzahl von Palliativstationen und stationären Hospizen im Bund und in den Ländern (inklusive Bettenzahl sowie geschätzter Bedarf)**

Einwohnerzahl (Stichtag: 31. 12. 2004) Quelle: Statistisches Bundesamt	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 30 Betten/1 Mio.)			Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB) (Bedarf: 20 Betten/1 Mio.)			Palliativstationen und Hospize Palliativ- und Hospizbetten (Bedarf: 50 Betten/1 Mio.)		
	PS	PB	Realität	SH	HB	Realität	H&P-B	Realität	
	Baden-Württemberg (10,7 Mio. Einw.)	8	77	7 Betten/1 Mio.	14	98	9 Betten/1 Mio.	22	175
Bayern (12,4 Mio. Einw.)	17	179	14 Betten/1 Mio.	9	76	6 Betten/1 Mio.	26	255	20 Betten/1 Mio.
Berlin (3,4 Mio. Einw.)	4	35	10 Betten/1 Mio.	7	101	30 Betten/1 Mio.	11	136	40 Betten/1 Mio.
Brandenburg (2,6 Mio. Einw.)	2	20	8 Betten/1 Mio.	6	67	26 Betten/1 Mio.	8	87	34 Betten/1 Mio.
Bremen (0,7 Mio. Einw.)	2	19	27 Betten/1 Mio.	1	8	11 Betten/1 Mio.	3	27	38 Betten/1 Mio.
Hamburg (1,7 Mio. Einw.)	3	20	12 Betten/1 Mio.	4	57	34 Betten/1 Mio.	7	77	46 Betten/1 Mio.
Hessen (6,1 Mio. Einw.)	5	51	8 Betten/1 Mio.	7	61	10 Betten/1 Mio.	12	112	18 Betten/1 Mio.
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio. Einw.)	3	25	15 Betten/1 Mio.	3	26	15 Betten/1 Mio.	6	51	30 Betten/1 Mio.
Niedersachsen (8,0 Mio. Einw.)	13	68	9 Betten/1 Mio.	11	92	12 Betten/1 Mio.	24	160	21 Betten/1 Mio.
Nordrhein-Westfalen (18,1 Mio. Einw.)	24	176	10 Betten/1 Mio.	50	436	24 Betten/1 Mio.	74	612	34 Betten/1 Mio.
Rheinland-Pfalz (4,1 Mio. Einw.)	11	61	15 Betten/1 Mio.	4	35	9 Betten/1 Mio.	15	96	24 Betten/1 Mio.
Saarland (1,1 Mio. Einw.)	3	21	19 Betten/1 Mio.	2	24	22 Betten/1 Mio.	5	45	41 Betten/1 Mio.
Sachsen (4,3 Mio. Einw.)	6	64	15 Betten/1 Mio.	4	56	13 Betten/1 Mio.	10	120	28 Betten/1 Mio.
Sachsen-Anhalt (2,5 Mio. Einw.)	6	40	16 Betten/1 Mio.	3	24	10 Betten/1 Mio.	9	64	26 Betten/1 Mio.
Schleswig-Holstein (2,8 Mio. Einw.)	5	41	15 Betten/1 Mio.	5	58	21 Betten/1 Mio.	10	99	36 Betten/1 Mio.
Thüringen (2,4 Mio. Einw.)	4	40	17 Betten/1 Mio.	1	12	5 Betten/1 Mio.	5	52	22 Betten/1 Mio.
<b>Gesamt (82,5 Mio. Einw.)</b>	<b>116</b>	<b>937</b>	<b>11 Betten/1 Mio.</b>	<b>131</b>	<b>1231</b>	<b>15 Betten/1 Mio.</b>	<b>247</b>	<b>2168</b>	<b>26 Betten/1 Mio.</b>

(Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin – <http://www.dgpalliativmedizin.de> – Stand: 1/2006)

ambulanten Hospizarbeit – wie schon erwähnt – die ehrenamtliche psychosoziale Sterbebegleitung im Vordergrund steht. Durch die Vorgaben und Anreize des § 39 a Abs. 2 SGB V konnten in den letzten Jahren zwar immer mehr ambulante Hospizdienste hauptberufliche Koordinatoren beschäftigen, die die ehrenamtlichen Mitarbeiter qualifizieren und begleiten. Das Tätigkeitsspektrum der ambulanten und stationären Hospizarbeit bleibt gleichwohl in ihrem Schwerpunkt sehr unterschiedlich. Dies ist zu berücksichtigen, wenn man die Fördersummen vergleicht, die im Rahmen des § 39 a SGB V seit Ende der 1990er-Jahre in den Hospizbereich gelenkt werden.

Durch die Vorgaben des § 39 a Abs. 1 SGB V und die in diesem Zusammenhang entwickelte Rahmenvereinbarung wurde den stationären Hospizen seit 1998 ein Zuschuss durch die GKV gewährt. Dieser

Zuschuss deckt zwar den größten Teil der resultierenden Kosten, dennoch wurden die Träger der Einrichtungen gleichzeitig verpflichtet, 10% der Kosten eigenständig zu tragen. Zuschüsse der Sozialen Pflegeversicherung (je nach Pflegestufe) und Eigenbeteiligungen der Bewohner (in sehr unterschiedlicher Höhe) spielen in diesem Kontext ebenfalls eine Rolle. Die Zahlungen der GKV für den stationären Hospizbereich wuchsen mit den Jahren von ca. 11 Mio. Euro im Jahr 1998 (für 58 Stationäre Hospize) bis auf 33,7 Mio. Euro im Jahr 2004 (für 120 Stationäre Hospize). Im Durchschnitt wurde 2004 also jedes stationäre Hospiz mit 280.000 Euro von den Krankenkassen bezuschusst – in erster Linie zur Finanzierung des Pflegepersonals.

Ganz anders stellt sich die Situation bei den ambulanten Hospizdiensten dar. Diese wurden erst seit 2002 gefördert und er-

halten im Rahmen des § 39 a Abs. 2 SGB V lediglich einen Zuschuss für die Personalkosten einer hauptamtlichen Koordinationskraft (oder mehrerer). Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der Zahl der geleisteten Sterbebegleitungen im ambulanten Sektor und der Anzahl einsatzbereiter ehrenamtlicher Mitarbeiter. Im Jahr 2004 wurden auf dieser Basis von der GKV insgesamt 11,4 Mio. Euro an 463 ambulante Hospizdienste ausgezahlt. Durchschnittlich erhielt also jeder ambulante Hospizdienst (der die Voraussetzungen für die Förderung erfüllte) 24.600 Euro von den Krankenkassen. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Mehrzahl der ca. 1300 ambulanten Hospizdienste in Deutschland an dieser Fördermaßnahme bisher nicht partizipiert. Die Gründe dafür sind durchaus unterschiedlicher Natur.

Dass die ambulanten Hospizleistungen bisher lediglich mit einem Drittel der

Summe gefördert werden, die für die stationären Hospizleistungen zur Verfügung gestellt wird, ist in erster Linie den oben geschilderten Unterschieden im Tätigkeitsspektrum und Personalaufwand geschuldet. Es wird aber gleichzeitig deutlich, dass der Schwerpunkt der Förderung auch bei der Hospizarbeit im stationären Bereich liegt. Fraglich bleibt, ob man dem politischen Anspruch „ambulant vor stationär“ dadurch ausreichend gerecht werden kann.

Trotz der Teilfinanzierung durch die GKV bleibt die Situation für viele stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen problematisch. Im stationären Bereich sorgt vor allem der gesetzlich vorgeschriebene 10 %ige Eigenanteil dafür, dass ihre ökonomische Situation sehr angespannt ist und die Kosten nicht immer und überall gedeckt werden können. Im ambulanten Sektor hat das in der entsprechenden Rahmenvereinbarung festgeschriebene Verfahren zur Verteilung der Fördergelder hingegen dazu geführt, dass viele Hospizdienste die zur Verfügung stehenden Gelder nicht abrufen können. So konnte in den ersten 4 Jahren der Förderung im Rahmen des § 39 a Abs. 2 SGB V lediglich ein Teil des theoretisch möglichen Förder volumens genutzt und in die ambulante Hospizarbeit gelenkt werden. Bundesweit lag die Förderquote im ersten Jahr der Förderung (2002) bei 57 %. Sie stieg bis zum Jahr 2005 zwar auf 70 % an – noch immer verfallen aber erhebliche Summen ungenutzt und können gerade dort, wo sie am dringendsten benötigt werden (z. B. in strukturschwachen Regionen) leider nicht in den Aufbau ambulanter Hospizdienste fließen.

Einen begrenzten Überblick über die von den verschiedenen ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen in Deutschland geleistete Arbeit gewährt die Auswertung der Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG-Statistik), mit der seit dem Jahr 2002 in standardisierter Form Daten zur Versorgungsrealität in Hospizeinrichtungen erhoben werden. So offenbart diese Statistik z. B., dass die Zahl der Bewohner in stationären Hospizen im Jahr 2003 (11.000) im Vergleich zum Vorjahr (8500) zwar deutlich angestiegen ist, gleichwohl bisher nur 1,0% (2002) bzw. 1,3% (2003)

aller Sterbenden in Deutschland in einem stationären Hospiz versorgt werden. Bedenklich in diesem Zusammenhang muss stimmen, dass die durchschnittliche Verweildauer in einem stationären Hospiz in nur einem Jahr von 28 Tagen (2002) auf 23 Tage (2003) gesunken ist. Von den ambulanten Hospizeinrichtungen wurden in den Jahren 2002 und 2003 jeweils etwa 30.000 Sterbebegleitungen durchgeführt und mit diesem Angebot somit etwa 3,6 % aller Sterbenden erreicht [17, 18].

Andere wichtige Facetten der Hospizarbeit sind das Angebot palliativpflegerischer Beratungsleistungen sowie die Vernetzung mit den Leistungsanbietern in der Regelversorgung (v. a. niedergelassene Ärzte und Pflegedienste). Die Sinnhaftigkeit und Erwünschtheit zusätzlicher konsiliarärztlicher und -pflegerischer Unterstützung konnte sowohl für den ambulanten als auch den stationären Hospizbereich gezeigt werden [19, 20]. Für die Qualitätssicherung in der stationären Hospizarbeit hat die BAG Hospiz gemeinsam mit Diakonie und Caritas ein Qualitätshandbuch entwickelt, in dem Leitlinien vorgestellt, Prozesse anhand von Grunddatenblättern, Flussdiagrammen und Checklisten beschrieben sowie eine Vielzahl weiterer hilfreicher Materialien zur Verfügung gestellt werden [21]. Wesentliches Charakteristikum der Hospizarbeit im ambulanten und stationären Bereich aber ist und bleibt das ehrenamtliche Engagement.

### **Palliativversorgung im ambulanten Sektor**

Demgegenüber sind als Träger der Palliativversorgung diejenigen im Gesundheitswesen tätigen Leistungserbringer zu nennen, die sich im besonderen Maß der Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen annehmen. Zum einen gilt das für die Strukturen der Regelversorgung (niedergelassene Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Allgemeinstationen in Krankenhäusern), deren Engagement in der allgemeinen Palliativversorgung unverzichtbar ist [22]. Zum anderen haben mehrere Modellprojekte inzwischen auch in Deutschland zeigen können, wie wichtig für eine bedarfsge-

rechte Versorgung schwer kranker Menschen und ihrer Angehörigen am Lebensende die Etablierung von Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung ist – gerade auch im ambulanten Sektor [23]. Aufgabe der spezialisierten Modelleinrichtungen war und ist zwar (in unterschiedlichem Ausmaß) auch die direkte Versorgung der Betroffenen, wenn sich die Situation als besonders komplex und schwierig erweist [24, 25, 26, 27, 28]. Primär sollen sie aber die Leistungserbringer in der Primärversorgung mit Rat und Tat unterstützen, damit diese ihrer Aufgabe in der Betreuung am Lebensende besser gerecht werden und allein dadurch unnötige Krankenhauseinweisungen am Lebensende vermieden werden können [29].

Die verschiedenen, wenn auch leider nur sehr wenigen Modellprojekte zur spezialisierten Palliativversorgung im ambulanten Sektor haben in den letzten 15 Jahren zeigen können, dass sich die Versorgungssituation Betroffener durch das Angebot palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise erheblich verbessern ließ. So konnten z. B. die betreuten Menschen viel häufiger als üblicherweise zu erwarten gewesen wäre, bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben – entsprechend dem Wunsch der meisten Menschen. Je umfassender dabei das Angebot der spezialisierten Palliativversorgung im Rahmen der Modellprojekte war/ist, desto größer ist die Chance, dass das eigene Zuhause auch als Sterbeort realisiert werden kann (■ **Abb. 2**).

Es können Projekte unterschieden werden, die mehr ärztlich ausgerichtet sind, und solche, die ihren Schwerpunkt in der Palliativpflege haben. Als besonders vorteilhaft haben sich multiprofessionell zusammengesetzte Teams erwiesen, die am ehesten in der Lage sind, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen am Lebensende gerecht zu werden. Ganz entscheidend waren/sind in den meisten Modellprojekten die ständige Erreichbarkeit der Ärzte und/oder der Pflegenden sowie deren große Erfahrung in der Versorgung am Lebensende, die dazu führen, dass ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit auch dann entstehen kann, wenn der schützende Raum einer stationären Einrichtung nicht vorhanden ist.

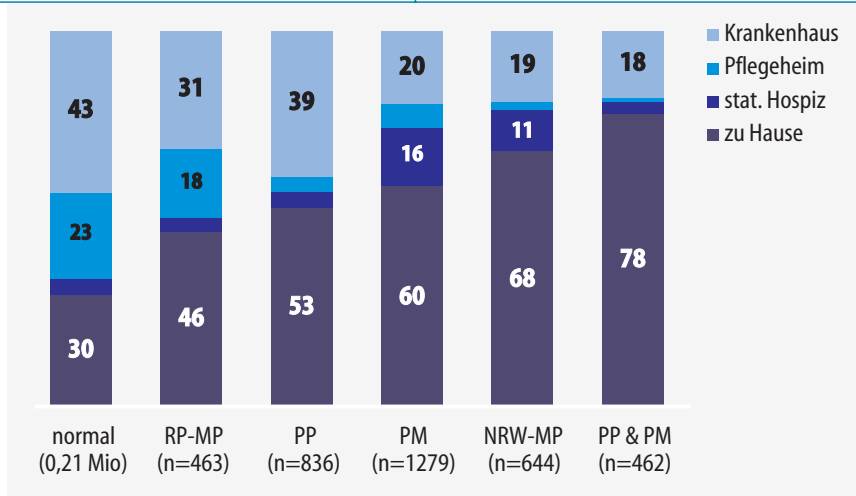


Abb. 2 ▲ Sterbeorte von Krebspatienten in Deutschland je nach ambulanter Versorgungssituation (Angaben in %, Quelle: <http://www.dgpalliativmedizin.de>). Erhebungsjahr: 1999 bei PP (Palliativpflege), PM (Palliativmedizin), PP & PM; 2000 bei RP-MP (Modellprojekt in Rheinland-Pfalz), normal; 2002 bei NRW-MP (Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen)

Angehörige und betreuende (Haus-) Ärzte fühlen sich durch diese Art der Unterstützung oft erst ermutigt, eine Versorgung bis zum Tod in der vertrauten Häuslichkeit durchzuführen [30, 31]. Andererseits konnten in ausführlichen Befragungen betroffener Angehöriger auch große Defizite aufgezeigt werden, die häufig im Betreuungsverlauf von Menschen mit zum Tod führenden Erkrankungen erlebt werden. Dass sich daraus wiederum Empfehlungen für eine bedarfsgerechtere Versorgung am Lebensende ableiten lassen, überrascht nicht und bestätigt die große Bedeutung, die in diesem Kontext gut vernetzten Teamstrukturen zukommt [32, 33].

Auch Hausärzte als Nutzer konsiliarisch palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Unterstützungsangebote äußern sich in der Regel sehr zufrieden [34, 35]. Beklagt wird hingegen von niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten, dass kaum Abrechnungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die das zeit- und betreuungsintensive Bemühen um unheilbar schwer kranke und sterbende Menschen (und deren Angehörige!) ausreichend würdigen. Schon daraus erklärt sich ein Teil des strukturellen Defizits, das in der professionellen Sterbebegleitung zu beklagen ist.

Eine Finanzierung ausgewiesener Leistungen der Palliativmedizin und/oder der Palliativpflege findet sich im ambulanten Sektor weder in den ärztlichen

Gebührenordnungen noch in den Leistungskatalogen der Pflege. Dies gilt sowohl für die allgemeine als auch für die spezialisierte Palliativversorgung. Zwar ist in der seit dem 1. 4. 2005 gültigen ärztlichen Gebührenordnung für Patienten der GKV (EBM2000 plus) das Wortpaar „Palliativmedizinische Betreuung“ innerhalb der Gebührenordnungsposition 30001 neu eingeführt worden. Da diese Abrechnungsziffer aber weder an konkrete Leistungen noch an eine besondere Qualifikation gebunden wurde, lässt sich an dieser Stelle von einer differenzierten Leistungserbringung nicht wirklich sprechen. Die Vergütung der Ziffer mit 835 Punkten entspricht einem Gegenwert von weniger als 40 Euro pro Quartal, womit die zeit- und betreuungsintensive Arbeit mit Palliativpatienten (und ihren Angehörigen!) nicht annähernd adäquat vergütet wird. Darüber hinaus kann diese Ziffer ausschließlich von Hausärzten, nicht aber von palliativmedizinisch engagierten und weitergebildeten Fachärzten abgerechnet werden. Da es auch in den Kapiteln mit den arztgruppenübergreifenden Leistungen keine weiteren speziell auf palliativmedizinische Leistungen anzuwendende Ziffern gibt, wird deutlich, dass die Finanzierung dieser Tätigkeit aus sich heraus so gut wie unmöglich ist und schwerpunktmäßig palliativmedizinisch engagierte Ärzte nur sehr begrenzte Möglichkeiten haben, sich (über einen möglichst kreativen Umgang mit der Gebührenordnung) zu refinanzieren.

Ein weiteres großes Problem in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass palliativmedizinisch engagierte Ärzte bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oft weit oberhalb ihrer Budgetgrenzen und ihres Fachgruppenn Durchschnitts liegen und deshalb relativ häufig mit Regressdrohungen konfrontiert werden. Zwar wird die Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten in der Regel als Praxisbesonderheit gewertet, der damit einhergehende Bürokratismus schreckt aber nicht wenige niedergelassene Ärzte davor ab, sich hier über die Maßen zu engagieren.

Die Situation in der ambulanten Pflege ist durchaus vergleichbar. Allgemeine oder spezielle palliativpflegerische Leistungen können nicht explizit verordnet bzw. abgerechnet werden. Wichtige palliativpflegerische Leistungen sind sogar aus dem Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege gestrichen worden (z. B. Punktion von Portsystemen, Infusionen mit Medikamenten). Darüber hinaus spielt in der ambulanten Pflege die Abgrenzung zwischen den Leistungen des SGB V und des SGB XI eine große Rolle. Weil es hier gerade in der Palliativsituation zu vielerlei Überschneidungen kommt, ist die Zuständigkeit der Kranken- bzw. Pflegekassen oft unklar, was in der realen Betreuungspraxis immer wieder zu erheblichen Belastungen in der konkreten Versorgungssituation führt. Pflegedienste, die sich auf die Versorgung von Palliativpatienten konzentrieren wollen, können dies auf Basis der üblichen Abrechnungspraxis und ohne (regional vereinzelt mögliche) Sondervereinbarungen nicht durchführen, ohne ein erhebliches wirtschaftliches Risiko einzugehen.

### Palliativversorgung im stationären Sektor

Im stationären Sektor, zumal bei den Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung, den Palliativstationen, war die Entwicklung in den letzten 15 Jahren erfreulicher als im ambulanten Bereich. Dazu hat wesentlich die Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit beigetragen, das in der ersten Hälfte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts die Einrichtung von Palliativeinheiten in al-

len Bundesländern im Rahmen eines Modellprogramms gefördert hat [36]. Dieses Programm führte schließlich dazu, dass bis heute bundesweit mehr als 120 Palliativstationen gezählt werden können. Über die auf den Palliativstationen in Deutschland geleistete Arbeit gibt seit mehreren Jahren eine standardisierte Kerndokumentation Auskunft, an der sich die Mehrzahl aller Palliativstationen beteiligt und die auch im internationalen Maßstab als wegweisend gilt [37, 38, 39]. Aufgrund der in den Palliativstationen über die Jahre gewachsenen Expertise dienen sie zwar primär der Patientenversorgung, spielen inzwischen aber auch eine nicht mehr wegzudenkende Rolle in der Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischen und pflegerischen Personals.

Die Einführung des DRG-Systems in die Krankenhausfinanzierung bringt allerdings zurzeit erhebliche Unruhe auch in den Alltag der Palliativstationen. Es soll das bisher an der Länge des Krankenhausaufenthalts orientierte System der tagesgleichen Pflegesätze durch die Entgeltung über sog. Diagnoses Related Groups (DRG) ablösen. Aus den Diagnosen und den Prozeduren bei einem vorliegenden Fall, resultiert eine von zurzeit etwa 850 DRGs, für die das Krankenhaus eine Fallpauschale mit den Kostenträgern abrechnen kann. Diese Fallpauschalen sind in der Höhe ihrer Vergütung an den durchschnittlichen Kosten orientiert, die Patienten mit der jeweiligen Diagnose verursachen. Je schneller ein Krankenhaus einen Patienten mit einer bestimmten DRG wieder entlassen kann, desto kostengünstiger wird sich seine Versorgung gestalten lassen. Patienten, die hingegen überdurchschnittlich lange im Krankenhaus verbleiben (müssen), bedeuten, wirtschaftlich betrachtet, einen Verlust. Durch das neue Finanzierungssystem wird somit ein starker Anreiz gesetzt, Patienten schnell zu entlassen. Bei schwer kranken oder gar sterbenden Patienten wird das jedoch nicht immer möglich sein.

Für Palliativpatienten gibt es bisher keine eigenständige DRG. Sie werden in der Regel über ihre Grunderkrankung in das Abrechnungssystem eingespeist. Da deren Erkrankung allerdings weit fortgeschritten ist, meist komplikationsträchtig verläuft und somit auch der Krankenhaus-

aufenthalt verlängert wird, verursacht ihre Versorgung – zumal auf den personalintensiven Palliativstationen – in der Regel höhere Kosten als die Versorgung von Patienten mit der gleichen DRG, deren Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten ist, auf Allgeminstationen. In der derzeitigen Fassung des DRG-Systems wird diese Besonderheit jedoch nicht berücksichtigt, weshalb Palliativstationen als wirtschaftlich selbstständige Einheiten in der Regel ökonomisch unrentabel sind. Krankenträger müssen hingegen bestrebt sein, wirtschaftlich unrentable Bereiche möglichst zu meiden. Palliativstationen sind vor diesem Hintergrund in ihrem Bestand durchaus gefährdet.

Durch die Einführung einer neuen Prozedur namens „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS 8-982) zu Beginn des Jahres 2005 wurde es erstmals möglich, eine spezielle palliativmedizinische Leistung als eigenständige Prozedur im Krankenhaus zu kodieren [40]. Ob diese Kodierung jedoch (frühestens ab 2007) vergütungsrelevant werden und zur Entwicklung einer eigenständigen palliativmedizinischen DRG (oder mehrerer) führen wird, ist fraglich. Die Bedingungen zur Kodierung der OPS 8-982 wurden nicht an die Besonderheiten einer Palliativstation angepasst. Somit können die Kosten einer Palliativstation vermutlich auch nicht adäquat berücksichtigt werden.

Um Palliativstationen dennoch einen kostendeckenden Betrieb zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber im Mai 2005 eine Verordnung erlassen, die u. a. auch Palliativstationen die Möglichkeit gibt, als „Besondere Einrichtung“ anerkannt zu werden. „Besondere Einrichtungen“ können außerhalb des DRG-Systems – in der Regel über tagesgleiche Pflegesätze – vergütet werden. „Als besondere Einrichtung kann eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden, die räumlich oder organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens 5 Betten verfügt“, heißt es in der entsprechenden Verordnung. Entgegen der Vermutung, dass dadurch vielen Palliativstationen eine Möglichkeit eröffnet wurde, außerhalb des DRG-Systems kostendeckend mit den Kostenträgern abzurechnen, muss jedoch festgestellt werden, dass nur eine Minderheit aller Kran-

kenhäuser mit Palliativstationen bisher von diesem Angebot Gebrauch gemacht hat. Abgesehen davon, dass die Kostenträger oft nicht willens sind, Tagessätze zu bezahlen, die von den Trägern als kostendeckend und somit notwendig betrachtet werden, engagieren sich offenbar viele Krankenhausverwaltungen nicht wirklich für diesen Bereich, da sie über die Anerkennung von Palliativstationen als „Besondere Einrichtung“ keine zusätzlichen Einnahmen generieren können und es lediglich krankenhauser intern zu Ertrags- und Kostenverschiebungen kommt.

Die Vergütung palliativmedizinischer Leistungen in Krankenhäusern außerhalb von Palliativstationen bleibt ebenfalls ein großes Problem, da sich Palliativpatienten ja gerade dadurch auszeichnen, dass sie innerhalb ihrer jeweiligen DRG zu den behandlungsaufwendigsten Patienten zählen, die mit dem durchschnittlichen Erlös für die eigene Fallgruppe in der Regel nicht adäquat zu vergüten sind. Auch für krankenhauser interne konsiliarische Angebote, wie sie zum Teil auch in Deutschland schon existieren, gibt es im Rahmen des DRG-Systems bisher keine zufriedenstellenden Lösungen.

In diesem Kontext soll auf 2 Gutachten hingewiesen werden, die von den Ländern Niedersachsen (gemeinsam mit der KV Niedersachsen und den gesetzlichen Krankenkassen) und Brandenburg (gemeinsam mit den Primärkassen) in Auftrag gegeben worden sind. In diesen kommen die Gutachter vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) u. a. zu dem Schluss, dass die weitere Einrichtung von Palliativstationen primär aus ökonomischen Gründen nicht zu empfehlen sei und stattdessen der Auf- und Ausbau von Konsiliardiensten gefördert werden solle. Auch die Autoren der beiden Gutachten machen allerdings sehr deutlich, dass sowohl in der allgemeinen als auch in der spezialisierten Palliativversorgung bisher eine erhebliche Unterversorgung zu konstatieren sei, und machen Vorschläge, wie eine bedarfsgerechte Versorgung realisiert werden könnte [41, 42].

Ist die mangelhafte Vergütung palliativmedizinischer Leistungen in Krankenhäusern ein zunehmendes Problem,

so muss mit Blick auf die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ein noch bedrückenderes Fazit gezogen werden. Aufgrund existierender Personalknappheit, fehlender oder mangelhafter Ausbildung, nicht ausreichender Berücksichtigung der Bedürfnisse von Palliativpatienten in SGB XI und einer mitunter erschwerten Kommunikation und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, die in der Regel die Heimbewohner ärztlich versorgen und somit auch die im ambulanten Sektor bestehenden (Finanzierungs-)Probleme mit ins Heim tragen, ist eine bedarfsgerechte Palliativversorgung häufig nicht durchführbar. Erst vergleichsweise wenige Heime haben Versuche unternommen, so etwas wie eine palliative Kultur in ihrer Einrichtung zu entwickeln. Umso wichtiger ist deren Pionierarbeit aber für die Verbreitung der palliativen Idee auch in den Einrichtungen der stationären Altenpflege.

### Integrierte Palliativversorgung

Die relativ strenge sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens gilt vielen Experten als eines der größten Probleme der Versorgungslandschaft. Ambulanter und stationärer Sektor, Medizin und Pflege, Hausärzte und Fachärzte, SGB V und SGB XI sind nur einige Beispiele für sektorale Gliederungen, die die reibungslose Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Patientenversorgung aufgrund der vielen Schnittstellen erschweren. Der im Rahmen der letzten Gesundheitsreform (GMG) entschlackte § 140a–d SGB V, der eine bessere integrierte Versorgung ermöglichen sollte und dafür gleichzeitig eine Anschubfinanzierung in Aussicht stellt, schien zu Beginn des Jahres 2004 in der Tat dazu geeignet, eine Palliativversorgung aus einem Guss zu gestalten und die verschiedenen Leistungserbringer bei der Versorgung von Palliativpatienten in sinnvoller Weise zusammenzubringen [43].

Diese Hoffnungen wurden jedoch vorerst enttäuscht. Von insgesamt über 2100 Verträgen zur integrierten Versorgung, die 2 Jahre nach der Gesetzesnovellierung geschlossen worden sind, behandelt lediglich ein knappes Dutzend die

Palliativmedizin (Stand: 31. 3. 2006). Es hatte sich im Verlauf herausgestellt, dass sich die Palliativmedizin wohl weniger für den Wettbewerb der Krankenkassen eignet, der durch die integrierte Versorgung (als einem der wichtigsten Instrumente der zurückliegenden Gesundheitsreform) intensiviert werden sollte. Bei den mancherorts dennoch geführten Gesprächen über vorgelegte Konzepte hatte sich außerdem gezeigt, dass eine Standardisierung der Palliativsituation bzw. eine klare Definition des Palliativpatienten erhebliche Schwierigkeiten mit sich brachte.

Die wenigen Standorte, an denen es bisher dennoch gelungen ist, Palliativmedizin im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags nach § 140 a–d SGB V anzubieten, offenbaren zwar ebenfalls die damit einhergehenden Schwierigkeiten, zeugen aber auch von den Möglichkeiten dieses neuen Ansatzes. Sektorenübergreifend tätige und multiprofessionell besetzte Teams sind hier die Kernidee und wesentlichen Strukturkomponenten. Sie bilden die spezialisierte Keimzelle der meisten Projekte und kooperieren mit unterschiedlichen Vertragspartnern. Im Detail unterscheiden sich die bisherigen IV-Verträge zum Teil jedoch erheblich voneinander. Es wird interessant sein zu beobachten, wie sich die Versorgung der betroffenen Palliativpatienten (auch deren Definition variiert in den Verträgen) in den jeweiligen Regionen entwickeln wird. Größtes bisheriges Manko der Verträge ist, dass sie nur mit einer bzw. einem Teil der Krankenkassen abgeschlossen wurden und somit betroffene Patienten in der Region, die bei anderen Krankenkassen versichert sind, in der Regel nicht von den Teams im Rahmen der integrierten Versorgung betreut werden können. Allein dieser Umstand macht deutlich, dass die integrierte Versorgung von ihrem Ansatz als Wettbewerbsinstrument her wohl eher nicht für eine flächendeckende Versorgung von Palliativpatienten geeignet ist. Ob andere innovative Strukturelemente des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004 dazu eher in der Lage sind (z. B. Strukturverträge nach § 73 a–c SGB V oder Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V) bleibt fraglich. Zumindest in den ersten zweieinhalb Jahren nach Inkrafttreten des GMG konnten

mit diesen Instrumenten bisher nur sehr wenige Erfahrungen gesammelt werden.

### Zukunft

Der durch das GMG neu gefasste § 140 a–d SGB V, der eine verbesserte integrierte Versorgung ermöglichen sollte, hat zumindest in der Palliativversorgung bisher lediglich einige Insellösungen möglich gemacht. Eine ausreichende flächendeckende Versorgung wird mit diesem Instrument nicht umsetzbar sein. Auch berücksichtigt es die Bedeutung des multiprofessionellen Ansatzes in der Palliativversorgung bisher nicht ausreichend [44, 45] und blendet auch die beiden ausgesprochen wichtigen Bereiche der Kinderpalliativmedizin [46] und der palliativen Geriatrie [47] aus, für deren Entwicklung allergrößte Anstrengungen unternommen werden müssen.

Vieles ist aber in Bewegung gekommen. Insbesondere die Empfehlungen der Bundestags-Enquete-Kommission im Sommer 2005 haben dazu geführt, dass die politischen Entscheidungsträger im Bund und in fast allen Bundesländern das Thema der Palliativversorgung auf die Tagesordnung gesetzt haben. Einige Bundesländer sind auch bereits mit eigenen Konzepten und Programmen initiativ geworden [48, 49], sodass momentan vielerorts tatsächlich darum gerungen wird, was Müller-Busch schon im Jahr 2000 in seiner anfangs zitierten Übersichtsarbeit gefordert hat (alle wichtigen Parlamentsdokumente in diesem Zusammenhang stehen auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als download zur Verfügung: <http://www.dgpalliativmedizin.de>). Auch der im November 2005 veröffentlichte Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung macht in dieser Hinsicht Mut: „Speziell im letzten Lebensabschnitt ist die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland zu verbessern. Viele Menschen wünschen sich, auch bei schweren Erkrankungen bis zuletzt zu Hause versorgt zu werden. Unsere heutigen Angebote tragen diesen Bedürfnissen nur unzureichend Rechnung. Daher müssen im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Regelungen zur besseren palli-



ativmedizinischen Versorgung verankert werden.“ [50]

## Korrespondierender Autor

### Dr. T. Schindler

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin  
Südwall 1–5  
47608 Geldern, BRD  
E-Mail: [dgp@dgpalliativmedizin.de](mailto:dgp@dgpalliativmedizin.de)

## Literatur

- Müller-Busch HC (2000) Palliativmedizin im 21. Jahrhundert – Was tun? Was unterlassen? Z Palliativmed 1:8–16
- Seitz O, Seitz D (2001) Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein – Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven (Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Band 12). Centaurus, Heidelberg
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2002) 75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20./21.6.2002 in Düsseldorf: Beschluss zu TOP 7.1 (Sterbebegleitung in Deutschland) inklusive des Berichts an die GMK, „Würdevolles Sterben – Entwicklungsstand und Perspektiven bei der interdisziplinären Ausgestaltung, Qualifizierung und Weiterentwicklung der Sterbebegleitung in Deutschland“
- Bundesärztekammer/Deutscher Ärztetag (2003) Entschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages in Köln vom 20.–23. Mai 2003 zum Tagesordnungspunkt Palliativmedizin, S 10–11
- Deutscher Bundestag (15. Wahlperiode) (2005) Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. DS 15/5858
- Europarat (2003) Empfehlung Rec 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung. Verabschiedet durch das Ministerkomitee am 12. November 2003 bei der 860. Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister. (Deutsche Übersetzung)
- Gronemeyer R, Fink M, Globisch M, Schumann F (2004) Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.; Band 7. der hospiz verlag, Wuppertal
- Jaspers B, Schindler T (2004) Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission des Bundestages, „Ethik und Recht der modernen Medizin“. DS 15/226
- World Health Organisation (WHO) (2004) Palliative care – the solid facts. Eigenverlag, Genf
- World Health Organisation (WHO) (2004) Better palliative care for older people. Eigenverlag, Genf
- World Health Organisation (WHO) (2002) Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
- Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F et al. (2004): Hospiz- und Palliativführer 2004. Z Palliativmed 5:2–5
- Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F et al. (2005) Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland 2005. der hospiz verlag, Wuppertal
- Klaschik E, Nauck F, Sabatowski R, Radbruch L (2000) Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. Internist 41:606–611
- Graf G (2004) Ambulante Hospiz- und Palliativdienste – Definitionen und gesetzliche Bestimmungen. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 15–21
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2003) Begriffsdefinitionen. Z Palliativmed 4:95–99
- Schindler T (2004) BAG-Statistik 2002. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hrsg) Hospiz schafft Wissen. Dokumentation der Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. vom 9. November 2003. der hospiz verlag, Wuppertal
- Schindler T (2005) BAG-Statistik 2003. <http://www.hospiz.net/themen/statistik.html>
- Weber M (2001) Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste in Rheinland-Pfalz. Z Palliativmed 2:76–82
- Weber M (2004) Ärztliche Patientenbetreuung im stationären Hospiz. Hausärztliche Erfahrungen und Präferenzen. Z Allg Med 80:425–430
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands (2004) SORGAM. Qualitätshandbuch für stationäre Hospize. der hospiz verlag, Wuppertal
- Abholz HH (1998) Palliativmedizinische Versorgung – eine hausärztliche Aufgabe? Z Allg Med 74:957–961
- Schindler T (2004) Palliativmedizin im ambulanten Sektor – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 1–14
- Schindler T, Rieger A, Woskanjan S (2003) Home Care Berlin – Daten zur häuslichen Versorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatienten. Onkologie 26:184–189
- Ewers M, Schaeffer D (2001) Palliativpflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Band P01-114, Bielefeld
- Hanekop G, Kriegler M, Görlitz A et al. (2004) Modellprojekt SUPPORT: Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Betreuung als ethisch zu präferierende Alternative zur aktiven Sterbehilfe. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 66–79
- Diemer W, Meiering J, Burchert H (2004) Krebschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern: Palliative-Care-Teams vernetzen die palliativmedizinische Versorgung. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 80–95
- Schlunk T (2004) Tübinger Projekt: Häusliche Betreuung Schwerkranker. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 96–106
- Schindler T (2004) Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) für Hausärzte. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart New York, S 54–65
- Schindler T, Rieger A, Woskanjan S (2000) Angehörigenzufriedenheit im Projekt „Home Care Berlin“ – einem palliativmedizinischen Dienst zur häuslichen Betreuung schwerstkranker Krebspatienten. Z Palliativmed 1:47–51
- Wagner G (2003) Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen mit ambulanten palliativmedizinischen Unterstützungsangeboten. Z Allg Med 79:28–31
- Schaeffer D, Günnewig J, Ewers M (2003) Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Band P03-120, Bielefeld
- Schaeffer D (2005) Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg) Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 69–92
- Schlunk T, Staab T (2002) Das Tübinger Projekt Häusliche Betreuung Schwerkranker: Akzeptanz eines ambulanten Palliativdienstes bei Hausärzten. Z Palliativmed 3:100–104
- Wagner G, Abholz HH (2003) Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu dem Modellprojekt: „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“. Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf
- Bundesministerium für Gesundheit (1997) Palliativmedizin im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 95. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Radbruch L, Nauck F, Fuchs M et al. (2002) What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. J Pain Symptom Manage 23(6):471–483
- Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C et al. (2002) Kerndokumentation für Palliativstationen – Strukturqualität und Ergebnisqualität. Z Palliativmed 3:41–49
- Radbruch L, Ostgathe C, Elsner F et al. (2004) Prozesse und Interventionen auf den deutschen Palliativstationen. Ergebnisse der Kerndokumentation 2001. Schmerz 18(3):179–188
- Ewald H (2004) DRG: Kodierung der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung bald möglich. Z Palliativmed 5:62–64
- Buser K, Amelung V, Brandes I et al. (2004) Palliativversorgung in Niedersachsen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
- Schneider N, Amelung VE, Buser K (2005) Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schindler T (2002) Vernetzungsmodelle im ambulanten und stationären Bereich. Klinikarzt 31(9):275–278
- Kern M (2001) Multiprofessionalität im Behandlungsteam. Z Palliativmed 2:42–46

45. Student JC, Mühlum A, Student U (2004) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Ernst Reinhardt, München
46. Zernikow B, Friedrichsdorf S, Henkel W (2003) Palliativmedizin im Kindesalter. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg) Palliativmedizin – Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. 3., überarbeitete Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 397–467
47. Sandgathe-Husebø B (2003) Palliativmedizin in der Geriatrie. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg) Palliativmedizin – Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. 3., überarbeitete Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 363–395
48. MGSFF des Landes Nordrhein-Westfalen (2005) Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW. Eigenverlag, Düsseldorf
49. MSFFG des Landes Niedersachsen (2006) Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen. Eigenverlag, Hannover
50. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2005) Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit, S 90

### Robert Koch-Institut hat die 20. Genehmigung für Stammzellenforschung erteilt

Am 06.10.2006 hat das Robert Koch-Institut die 20. Genehmigung nach dem Stammzellgesetz für Forschungsarbeiten mit humanen embryonalen Stammzellen (hES-Zellen) erteilt. Sie ergeht an Professor Dr. Jürgen Hescheler vom Institut für Neurophysiologie der Universität Köln, der im Rahmen bereits genehmigter Projekte an der Differenzierung humaner ES-Zellen zu Herzzellen sowie an der Bestimmung von deren immunologischen Eigenschaften arbeitet.

In dem nunmehr genehmigten Vorhaben sollen im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes verbesserte Protokolle für die Kultivierung und Gefrierlagerung von hES-Zellen erarbeitet werden. Das Einfrieren ist für die Langzeitlagerung der Zellen notwendig, führt jedoch gegenwärtig zu einer erheblichen Verminderung der Lebensfähigkeit der Zellen. Bei erfolgreichem Abschluss des Projektes könnten standardisierte Einfrier-, Lagerungs- und Auftauverfahren etabliert werden, die schonender sind als bislang genutzte Verfahren. Dadurch könnten Zellpräparationen zur Verfügung gestellt werden, deren Qualität durch die Gefrierlagerung nicht beeinträchtigt wurde.

Weitere Informationen sind im öffentlichen Register über genehmigte Forschungsvorhaben auf den Internet-Seiten des Robert Koch-Instituts [www.rki.de](http://www.rki.de) (> Gesundheit A–Z > Stammzellen > Genehmigungsverfahren nach dem StZG) nachlesbar bzw. direkt unter der Internet-Adresse

[www.rki.de/DE/Content/Gesund/Stammzellen/Register/register\\_\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesund/Stammzellen/Register/register__node.html).

Das Robert Koch-Institut ist die zuständige Genehmigungsbehörde für Anträge auf Import und Verwendung von humanen embryonalen Stammzellen. Das Robert Koch-Institut holt die Stellungnahme der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (ZES) ein. Zum beantragten Vorhaben lag eine positive Stellungnahme der ZES vor.

*Quelle: RKI, Redaktion: Springer-Verlag*