

Medizinische Versorgung vor demographischem Hintergrund

Palliativmedizin heute

Dr. med. Wolfgang Spuck

Praktisch tätige Ärzte haben im Allgemeinen eine gestörte Wahrnehmung für Palliativmedizin: Die Mehrzahl nimmt für sich in Anspruch, gerade die Schwerstkranken und Sterbenden mit besonderer Sorgfalt und Empathie zu behandeln. Aber: Das haben sie nie erlernt, sondern vollziehen es aus dem Gefühl, ohne dass dieser Behandlungsprozess einer Qualitätsbeurteilung zugänglich ist.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit Zunahme der Morbidität immer älter werdender Menschen und der sozialen Entwicklung mit immer häufiger in Ein-Personen-Haushalten isoliert lebenden Bürgern gewinnt eine Medizin des letzten Lebensabschnitts eine besondere Bedeutung. In den letzten beiden Lebensjahren wird die gesetzliche Krankenversicherung mit mehr als der Hälfte aller Ausgaben belastet. Aus ethischen Gründen wie auch aus Gründen der Ökonomie sollte in einem solchen letzten Lebensabschnitt – sofern wir ihn als solchen an fortschreitenden und unheilbaren Krankheiten erkennen können – eine ausschließlich nach den konkreten Bedürfnissen orientierte Medizin angeboten werden, nicht eine maximale Versorgungsmedizin (high tech – never give up).

Das Ziel kann in drei Ebenen verfolgt werden (nach Th. Schindler, 2004).

1. Im **grundsätzlichen** palliativmedizinischen Ansatz:
Alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte sollten mit den grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein und diese ... umsetzen können
2. In einer **allgemeinen** Palliativversorgung:
Einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte sind zwar nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich tätig, haben aber Fortbildungen absolviert und erweiterte Kenntnisse in diesem Bereich. Diese können als Träger einer allgemeinen Palliativversorgung beschrieben werden (z. B. Hausarzt, Konsiliararzt).
3. In einer **spezialisierten** Palliativversorgung:
Spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen (z. B. Arzt in einer Palliativstation).

Das Ziel ist nur erreichbar, wenn Palliativmedizin Bestandteil der medizinischen **Ausbildung** wird. Hierzu benötigen wir allerdings einen Zeitrahmen von 15 bis 20 Jahren.

Deshalb ist jetzt Palliativmedizin als **Weiterbildung** in die hausärztliche Ebene zu transportieren. Die vom Ärztetag 2003 beschlossene Muster-Weiterbildungsordnung hat hierzu Voraussetzungen geschaffen, die jetzt von der Landesärztekammer Hessen in Kooperation mit drei weiteren Weiterbildungsinstitutionen in Hessen umgesetzt wird. Derzeit befinden sich hier mehr als 300 Kollegen in der Weiterbildung.

Für eine erfolgreiche flächendeckende ambulante Palliativversorgung ist jedoch unabdingbar, dass die hier tätigen Hausärzte für ihre Mehrbelastung (Verdichtung und Intensivierung der Hausbesuche, Patienten- und Angehörigengespräche) honoriert werden. Auch die spezielle Schmerztherapie für Palliativpatienten benötigt ein angemessenes Honorar, sonst fehlt eine der wichtigsten Komponenten in der umfassenden Versorgung von Palliativpatienten

Palliativmedizin ist berufsübergreifende Teamarbeit. Auch im hausärztlichen Bereich können Teamprozesse gestaltet werden. Ein solches patienten- und wohnortnahes palliatives Versorgungsteam bestünde aus dem Hausarzt, einer fortgebildeten Arzthelferin (Curriculum an der Carl-Oelemann-Schule), einem ambulanten Pflegedienst, einem Palliative-Care-Team (spezialisierte Pflegedienst zur Ergänzung ambulanter Pflege) und der hospizlichen Begleitung durch örtliche Hospizdienste. Die Hospizstrukturen in Hessen haben in den vergangenen Jahren eine deutlich erkennbare Entwicklung genommen. Die ambulante palliative Versorgung

hingegen ist kaum umgesetzt. Wesentliches Defizit ist ein ambulantes Palliative-Care-Team in verschiedenen Organisationsformen, wofür es derzeit keine gesetzliche Grundlage gibt. 4 solcher Dienste arbeiten in Hessen aus Spendenmitteln oder ehrenamtlich. 24 regulär finanzierte zusätzliche Dienste wären jedoch zu fordern, wenn ambulante Palliativmedizin mit Ernst und Erfolg umgesetzt werden soll*).

Derzeit arbeiten in Hessen 5 stationäre Palliativeinheiten und ein ambulantes Zentrum in der spezialisierten Palliativversorgung. Von hier gehen Impulse aus, um gemeinsam mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen die Fort- und Weiterbildung durchzuführen. Außerdem bieten sie Qualitätszirkelarbeit in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an. Die Finanzierung der stationären Palliativeinheiten ist defizitär, weil Palliativmedizin sich nicht in DRGs abbilden lässt. Zahl und Kapazität der Palliativstationen in Hessen liegen darüberhinaus deutlich unter den Empfehlungen, die sich aus dem europäischen Standard ableiten*). Die Zahl der Betten müsste um den Faktor 3 steigen, wenn wir für die flächendeckende ambulante Versorgung einen ausreichenden Rückhalt für nicht beherrschbare Situationen und Symptome gewährleisten sollen.

Die Palliativmedizin in Hessen ist am Anfang eines guten Wegs. Wir dürfen unsere Ziele nicht aus den Augen verlieren, damit der Anspruch aller Patienten auf eine angemessene umfassende Versorgung auch in den letzten Lebenstagen erfüllt wird und das traditionelle ethische Verständnis des ärztlichen Berufs in den Zeiten hoch technisierten medizinischen Fortschritts weiterhin Bestand hat. Insofern ist Palliativmedizin ein Prüfstein und eine Schule für ärztliches Handeln über Leitlinien und wissenschaftliche Erkenntnis hinaus.

*) Bezugnahme auf das Gutachten „Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien)“ 2004 im Auftrag der Enquete-Kommission des Bundestags Ethik und Recht der modernen Medizin

Dr. med. Wolfgang Spuck
Medizinische Klinik
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel gGmbH
Hansteinstraße 29
34121 Kassel