

Palliativmedizin in Deutschland

Menschenwürdige Medizin am Lebensende – ein Stiefkind der Medizin?

von H. Christof Müller-Busch¹

ABSTRACT

Prävention und Behandlung von Leiden durch optimale Symptombehandlung, Kommunikation und ethische Orientierung gehören zu den Grundanliegen der modernen Palliativmedizin. Sie gilt für viele heute als neue Spezialdisziplin, die allerdings nur für rund zehn Prozent der 840.000 in Deutschland jährlich Sterbenden benötigt wird. Ein ausreichendes Versorgungsangebot mit besonderer Kompetenz und multiprofessionellem Ansatz ist sowohl von der Qualität der allgemeinen Palliativmedizin als auch der Integration palliativer Ansätze in anderen Versorgungsbereichen wie zum Beispiel der Geriatrie oder Notfallmedizin abhängig. Dies gilt besonders im Hinblick auf die demografische Entwicklung. In Deutschland wurden in den letzten 25 Jahren vor allem im stationären Bereich palliativmedizinische Versorgungsstrukturen geschaffen. Der im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform erstmals gesetzlich verankerte Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ein richtiger Ansatz. In seine Umsetzung werden große Erwartungen gesetzt. Dabei darf aber die Förderung der allgemeinen Palliativversorgung nicht vernachlässigt werden. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden, sind für die weitere Etablierung der Palliativmedizin eine systematische Evaluation und Qualitätssicherung wichtig.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Versorgungsstrukturen, Ethik

Prevention and optimal symptom treatment, communication and ethical orientation are basic concerns of modern palliative care. For many people, palliative care is a new specialty, but only about ten percent of the 840.000 people dying in Germany every year are in need of it. A sufficient supply, special competence and a multiprofessional approach depend on the quality of general palliative care as well as the integration of palliative care approaches in other areas such as geriatrics or emergency medicine. This is particularly true with regard to the demographic development. In the last 25 years, palliative care structures have been established in Germany particularly in the in-patient sector. The claim of specialist out-patient palliative care laid down in the recent health care reform is the right approach. Great expectations are set on its implementation. However, general palliative care should not be neglected. In order to prevent undesirable developments, systematic evaluation and quality assurance of palliative medicine are important.

Keywords: Palliative care, general and specialized palliative care, terminal care, health care supply structures, ethics in end-of-life care

1 Aufgaben und Bedeutung der Palliativmedizin

Der Zeitpunkt des Todes und auch die Art des Sterbens werden unter den Bedingungen der modernen Medizin in besonderer Weise von ärztlichen Entscheidungen und Hand-

lungsformen bestimmt. Das Zulassen des Todes und die Auseinandersetzung mit Sterbesituationen ist nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in vielen Bereichen der Medizin immer noch ein Tabuthema, das die Begegnung und Kommunikation mit Menschen in der letzten Lebensphase außerordentlich erschwert. In der modernen wissenschaftlichen Medizin werden Tod und Sterben häufig als Feind betrachtet, wie der amerikanische Ethikforscher Daniel Cal-

¹ Professor Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe · Kladower Damm 221 · 14089 Berlin · Telefon: 030 3650-1160 · Telefax: 030 3650-1161 · E-Mail: muebu@havelhoehe.de

lahan vor einigen Jahren in einem Artikel in der „Zeit“ feststellte: „... die Beziehung zwischen Tod und moderner Medizin ist ein völlig zerrüttetes Verhältnis, ein Kriegszustand mit unseligen Konsequenzen“, der „zu einer tiefen Spaltung zwischen klinischer und forschender Medizin“ geführt hat (Callahan 1995).

Die würdige Begleitung des Sterbens wurde erst durch die seit Ende des letzten Jahrhunderts sich in Großbritannien entwickelnde Hospizbewegung wieder als medizinische Aufgabe entdeckt. Man besann sich auf schon im frühen Christentum vorhandene Traditionen, in der die palliative Begleitung von kranken Menschen angesichts der wenigen Möglichkeiten, den Verlauf von Erkrankungen zu beeinflussen, noch einen viel größeren Stellenwert hatte als heute (Zech 1994). In der Palliativmedizin geht es in besonderer Weise darum, die Lebensqualität von Patienten in der letzten Lebensphase durch die Linderung krankheitsbezogener oder auch krankheitsunabhängiger Beschwerden zu verbessern. „Nicht dem Leben mehr Zeit hinzufügen, sondern der verbleibenden Zeit mehr Leben“, hat Derek Doyle, einer der Pioniere der modernen Palliativmedizin, den Leitgedanken der Palliativmedizin charakterisiert (Doyle et al. 1993).

Palliativmedizin (das Wort leitet sich vom lateinischen „pallium = Umhüllung“ ab) bedeutet, dass Menschen, für die es nach dem gegenwärtigen Erfahrungsstand der Wissenschaft keine Möglichkeiten zur kurativen Heilung mehr gibt, gerade in dieser Situation nicht allein gelassen werden. Viele dieser Menschen leiden an lebensbelastenden, körperlichen Beschwerden, denen in der fachorientierten, kurativen Medizin zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die häufigsten Indikationen für eine palliativmedizinische Behandlung sind unbefriedigend zu behandelnde Schmerzen. Hinzu kommen körperliche Schwäche, Übelkeit und Erbrechen, Ernährungsstörungen, Atemnot, Schlafstörungen, Anämie, Depressionen und Ängste (Nauck 2001). Viele dieser Beschwerden sind auch mit psychischen und sozialen Belastungen verknüpft, so dass die seelischen und sozialen Bedürfnisse dieser Patienten in der Phase des Abschiednehmens eine der besonderen Lebenssituation dieser Menschen angepasste ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung notwendig machen.

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ist Palliativmedizin/Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher und psychosozialer Art. Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht im Sterben einen natürlichen

Prozess. Das Leben soll nicht künstlich verlängert und der Sterbeprozess nicht beschleunigt werden. Palliativversorgung soll interdisziplinär und multiprofessionell erfolgen, das heißt, sie basiert auf der Kooperation von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete, Pflegenden, Vertretern weiterer Berufsgruppen und Ehrenamtlichen, die mit der ambulanten und stationären Behandlung und Begleitung unheilbar Kranker befasst sind.

Die moderne Palliativmedizin gilt zwar für viele als junge Spezialdisziplin, sie ist aber auch ein Ansatz, der auf die Grenzen der modernen, ihrer Möglichkeiten zunehmend bewusster werdenden, technokratischen Medizin verweist und in vielen Bereichen ethische und fachliche Orientierungen bietet (Müller-Busch und Aulbert 2006).

Zur Palliativmedizin gehört nicht nur die Linderung körperlicher Symptome, sondern auch ein die individuelle Lebenssituation berücksichtigendes Verständnis des Leidens sowie Zeit und Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen des Krankseins und Sterbens. Beides ist im medizinischen Alltag meist nicht vorhanden (Müller-Busch 2004). Zum Selbstverständnis der Palliativmedizin gehört eine personale Herangehensweise, die den kranken Menschen mit seinen biografischen Besonderheiten, Potenzialen und sozialen Bezügen in den Mittelpunkt stellt. Für Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen ist dieser Ansatz besonders wichtig. So kann durch eine am biopsychosozialen Modell orientierte Herangehensweise durchaus auch die Linderung von belastenden Beschwerden verbessert werden, wenn soziale, kommunikative und spirituelle Dimensionen berücksichtigt werden.

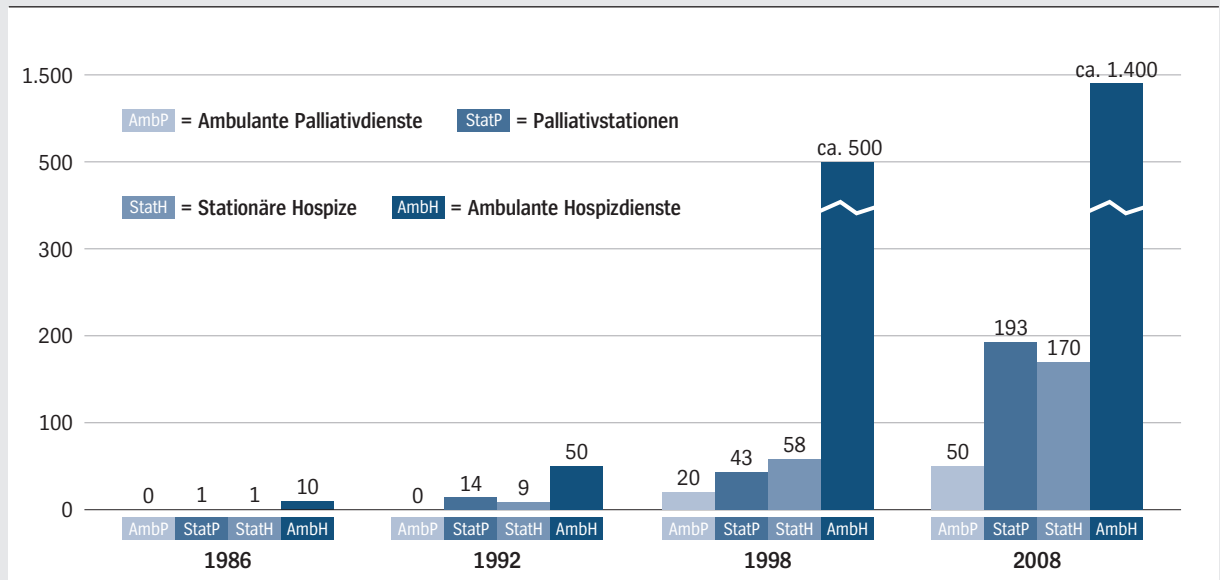
Eine systematische Ausbildung über die speziellen Behandlungsmöglichkeiten zur Symptomlinderung, zur Kommunikation sowie zu den existenziellen und ethischen Fragen, die sterbensranke Menschen beschäftigen, gibt es in Deutschland leider erst ansatzweise. Während des Studiums spielt die Palliativmedizin keine nennenswerte Rolle und ist auch nicht Prüfungsgegenstand. Lehrstühle gibt es derzeit lediglich an fünf Universitäten. Weitere sind geplant.

2 Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland

In Deutschland wurde die erste palliativmedizinische Einrichtung 1983 in Köln eröffnet. Besonders in den letzten zehn Jahren hat es im palliativmedizinischen Bereich bedeutsame und rasante Entwicklungen gegeben, die in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern Europas durch eine außergewöhnliche Dynamik gekennzeichnet

ABBILDUNG 1

Stationäre und ambulante palliativmedizinische Versorgungsangebote in Deutschland – Entwicklung seit 1983*



* Die erste Palliativstation wurde 1983 in Köln gegründet; die erste Erhebung stammt aus dem Jahr 1986

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2008; Sabatowski et al. 2008

waren. Während sich die palliativmedizinische Spezialversorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zunächst stark auf den stationären Sektor konzentrierte, sind in den letzten Jahren zunehmend auch ambulante Versorgungsmodelle entwickelt worden (Abbildung 1).

Seit Beginn der 90er-Jahre hat sich die Anzahl der Einrichtungen zur spezialisierten Palliativversorgung im stationären Bereich verzehnfacht. Mit insgesamt rund 2.600 Betten in über 300 stationären Hospizen und Palliativstationen, liegt das Bettenangebot aber immer noch deutlich unter dem nach Erfahrungen in Großbritannien errechneten Bedarf von rund 50 bis 60 Betten pro einer Million Einwohner. Somit kann sicherlich noch lange nicht von einer ausreichenden Versorgung gesprochen werden. Dabei sind auch erhebliche regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Der Bericht der Bundestags-Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ über die „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ im Juni 2005 zeigte, dass Deutschland damals mit rund 22 Hospiz- und Palliativbetten pro eine Million Einwohner zahlenmäßig hinter Ländern wie Großbritannien (54 Betten), Belgien (35 Betten) und Polen (33 Betten), aber vor Frankreich (17 Betten) und Spanien (19 Betten) lag (Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005; Jaspers und Schindler 2005).

Auch im ambulanten Bereich sind in den letzten Jahren viele Initiativen entstanden. Durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote konnte die palliativmedizinische Qualifizierung im ärztlichen und pflegerischen Bereich verbessert werden. Inzwischen besitzen über 1.800 Ärztinnen und Ärzte die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Dennoch ist Palliativmedizin weder in der ärztlichen noch in der Ausbildung der Pflegenden bisher ein Pflichtfach. Von großer Bedeutung – und sozusagen auch ein Seismograph für den gesellschaftlichen Stellenwert der Sterbegleitung – ist auch die große Zahl ambulanter Hospizdienste mit über 80.000 ehrenamtlichen Helfern. Es fehlt jedoch weitgehend eine Koordination der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und psychosozialen Strukturen, die eine qualifizierte palliativmedizinische Versorgung sterbenskranker Menschen zu Hause ermöglichen würde, wie sie sich viele Menschen wünschen.

2.1 Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung

Eine gut strukturierte und qualitativ hochwertige Palliativversorgung sollte ein integraler Bestandteil eines modernen Gesundheitssystems sein. In Absatz 53 seines in 2004 verabschiedeten Memorandums beschreibt der Europarat verschiedene qualitative Ebenen einer palliativmedizinischen Versorgung (Europarat 2004):

- *Palliativmedizinischer Ansatz*: Alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte sollten mit den grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein und diese angemessen in die Praxis umsetzen können.
- *Allgemeine Palliativversorgung*: Der Ausdruck „allgemeine Palliativversorgung“ wird zur Bezeichnung der Qualifikation von im Gesundheitswesen tätigen Fachkräften verwendet, die nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, aber Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben.
- *Spezialisierte Palliativversorgung*: Zur spezialisierten Palliativversorgung sind Fachkräfte berechtigt, die hauptsächlich in diesem Bereich tätig sind. Sie betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher ein höheres Maß an Ausbildung (Schindler 2006).

Der palliative Ansatz ist neben Prävention, Kuration und Rehabilitation eigentlich ein unverzichtbarer Teil einer menschengemäßen Medizin. Besonders gilt dies trotz der Fortschritte in der Medizin inzwischen auch für die Intensivmedizin und in der Gerontologie. Einen besonders hohen Stellenwert hat Palliativmedizin bei Krebspatienten, wenn die Grenzen der direkt am Tumor angreifenden Therapien, zum Beispiel Operation, Bestrahlung, Chemotherapie oder Immuntherapie, erreicht sind. Auch Aids-Erkrankte, Patienten mit neurologischen Systemerkrankungen und mit lebensbegrenzenden kardiopulmonalen Erkrankungen benötigen häufig eine intensive palliativmedizinische Betreuung in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien.

Die allgemeine Palliativversorgung hat zum Ziel, durch eine gute Symptomkontrolle und Berücksichtigung individueller Präferenzen die Lebensqualität der Betroffenen und deren Umfeld zu verbessern. Palliativversorgung sollte wohnortnah, umfassend, sektorenübergreifend und integrativ die Betroffenen und deren Angehörige unterstützen (Müller-Busch 2006).

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung – und die daher eine besonders aufwendige Versorgung benötigen – Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die Leistung muss von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verordnet werden. Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben einen Anspruch auf SAPV.

Im Dezember 2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die „Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ verabschiedet (GBA 2007a).

Nach diesen Richtlinien ist eine Erkrankung

- erstens *nicht heilbar*, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können,
- zweitens *fortschreitend*, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann und
- drittens *weit fortgeschritten*, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung dient nach dieser Richtlinie dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Der GBA geht davon aus, dass nur eine Minderheit von rund zehn Prozent in der spezialisierten Palliativversorgung betreut werden muss, während für die große Mehrheit der Betroffenen die allgemeine Versorgung ausreicht (GBA 2007b). In der Begründung des GBA wird der Bereitstellung von Palliative Care Teams (PCT) für eine flächendeckende spezialisierte Palliativversorgung besondere Bedeutung beigemessen. PCT sind Teams, deren Mitglieder ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig sind. Sie verfügen über eine besonders qualifizierte Personalstruktur und Ausstattung, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gewährleistet. Dazu gehört auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung unter Einbeziehung anderer Fachkräfte sowie die Begleitung durch ehrenamtliche Mitglieder im Team.

Nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin werden in Anlehnung an Erfahrungen in Großbritannien und unter Berücksichtigung der derzeitigen Versorgungsstrukturen in Deutschland 300 bis 350 PCT benötigt. Dabei wurde zugrunde gelegt, dass für rund 200.000 bis 250.000 Menschen ein PCT zur Verfügung steht (*Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005; Jaspers und Schindler 2005*). Der Bedarf an spezialisierten Versorgungsangeboten ist regional sehr unterschiedlich. So ist es zum Beispiel in ländlichen Bereichen schwieriger, eine 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten beziehungsweise ein großes Einzugsgebiet durch ein einzelnes PCT abzudecken als in einer Großstadt. Derzeit gibt es nach Kenntnis der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Deutschland etwa 60 ambulant – teilweise im Rahmen von Modellprojekten und ohne gesicherte Finanzierung – tätige Palliativteams mit sehr unterschiedlichen Organisations- und Personalstrukturen.

Inzwischen sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen die gemeinsamen Empfehlungen zur Umsetzung der SAPV veröffentlicht worden. Die offenen Formulierungen der Empfehlungen ermöglichen zwar die Berücksichtigung unterschiedlicher regionaler Voraussetzungen zur Erbringung der SAPV, sie vermeiden jedoch auch eine klare Charakterisierung der Kooperationspartner, die aber aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für die Qualität der SAPV von großer Bedeutung sind. Somit besteht die Gefahr, dass sich das Qualitätsniveau der SAPV in den einzelnen Regionen unterschiedlich entwickeln wird. So sind zur Umsetzung der SAPV zwar „spezialisierte Leistungserbringer“ erforderlich, die sich „an der Konzeption eines Palliative Care Teams zu orientieren“ haben, es können aber auch andere Modelle zum Tragen kommen, was einerseits den Wettbewerb beziehungsweise die Konkurrenz fördert, andererseits aber auch die Koordination und Qualitätssicherung in der palliativmedizinischen Versorgung erschweren kann.

Auf die wichtige Rolle von multiprofessionellen PCT als selbstständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag für eine hochwertige Palliativversorgung im Rahmen einer vernetzten Versorgungsstruktur

muss deshalb bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern nachhaltig geachtet werden. PCT sollten grundsätzlich als die für die SAPV tragenden Strukturen angesehen werden und eine regionale Steuerungsfunktion einnehmen, um SAPV intermittierend oder durchgängig in verschiedenen Versorgungsstufen (Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung und vollständige Versorgung) bedarfsgerecht zu gewährleisten.

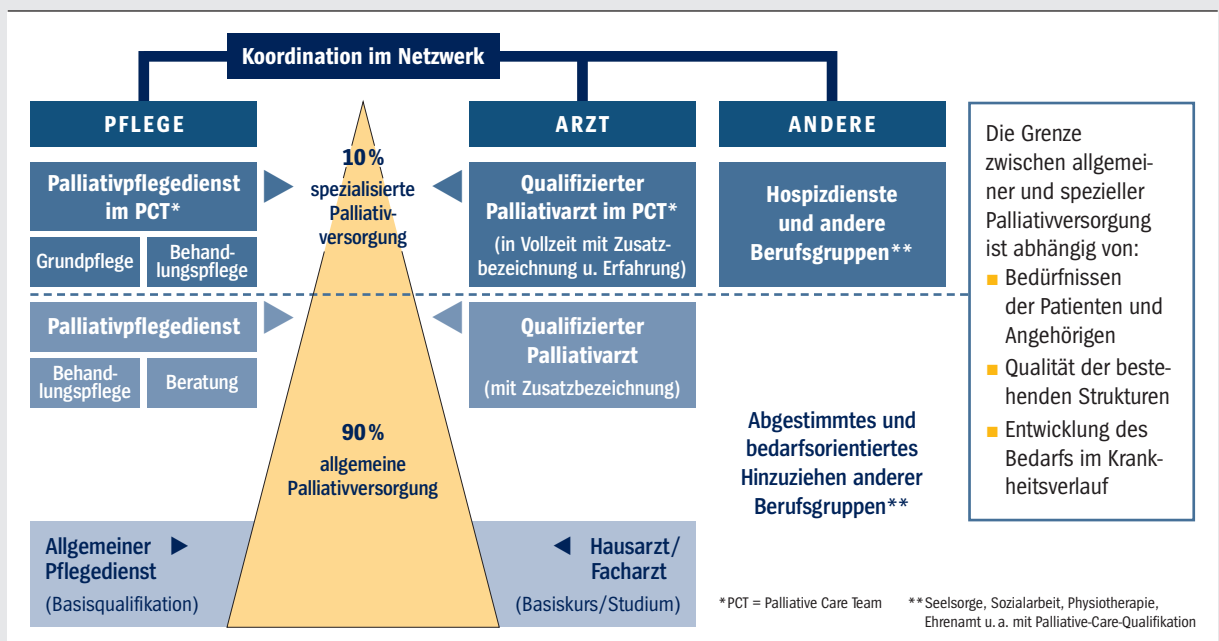
Durch diese Differenzierung ergeben sich für ambulante wie stationäre Palliativpatienten abgestufte palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten und Übergänge, die koordiniert zusammenwirken müssen (Abbildung 2).

2.2 Versorgungsbedarf und demografische Entwicklung

Palliativmedizin konzentrierte sich zunächst vorwiegend auf onkologische Patienten. Kaum eine Erkrankung hat für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld, aber auch innerhalb der Gesellschaft eine so einschneidende und bedrohliche Bedeutung wie die Diagnose „Krebs“. Krebs ist im Erleben der betroffenen Menschen trotz aller Fortschritte in der Medizin

ABBILDUNG 2

Struktur der Versorgung von Palliativpatienten durch Koordination von Angeboten in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung



und wissenschaftlichen Aufklärung immer noch eine „unheimliche“ Erkrankung. Hinzu kommt, dass durch die Diagnose Krebs die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und der häufig verdrängten Gewissheit der Endlichkeit des Lebens zur existenziellen Realität wird, sodass neben den Fragen der Therapie die psychosozialen und spirituellen Probleme einen zentralen Stellenwert bekommen.

Der spezialisierte palliativmedizinische Versorgungsbedarf für onkologische Patienten im letzten Lebensjahr lässt sich nach Erfahrungen aus Großbritannien mit rund 15 bis 25 Prozent aller an Krebserkrankungen Versterbenden angeben. Das wären etwa 35.000 bis 50.000 Patienten. Diese Zahlen sind sehr stark von den Versorgungsbedingungen abhängig, wobei vor allem auch eine gute allgemeine Palliativbetreuung im ambulanten Bereich den speziellen Bedarf vermindert. Allerdings benötigen nicht nur Krebspatienten eine spezialisierte Palliativversorgung. Insgesamt geht man in Deutschland derzeit davon aus, dass rund zehn bis 12 Prozent aller Sterbenden im letzten Jahr ihres Lebens eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen. Das wären etwa 84.000 bis 100.000 Menschen (Voltz 2008). Diese Zahl ist allerdings in einem hohen Maße davon abhängig, wie weit entwickelt beziehungsweise wie gut die allgemeine Palliativversorgung ist.

Eine besondere Bedeutung wird die Palliativbetreuung in den nächsten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung im Rahmen der Altersmedizin haben. Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich seit Ende des 19. Jahrhunderts zugunsten der älteren Gruppen; eine Entwicklung, die sich noch weiter beschleunigen wird. Insbesondere die Anzahl der Hochbetagten wird in Zukunft erheblich anwachsen. Der Anteil der Menschen über 80 Jahre, der zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts erst rund 0,5 Prozent der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf etwa vier Prozent gestiegen ist, wird im Jahr 2050 etwa 12 Prozent betragen. Innerhalb der nächsten 25 Jahre wird die Zahl der 100-Jährigen in Deutschland von jetzt 10.000 auf 45.000 steigen, im Jahr 2050 sollen es sogar 114.000 sein (Statistisches Bundesamt 2006). Praktische und ethische Fragen in der medizinischen und psychosozialen Betreuung alter Menschen werden die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren wesentlich bestimmen. Etwa 1,8 Millionen (60 Prozent) der über 80-Jährigen haben chronische Schmerzen, zirka 600.000 bis 900.000 haben Krebs, 20 Prozent haben Depressionen, ebenfalls 20 Prozent haben eine Demenz. Rund 30 Prozent der Menschen über 80 Jahre und über 50 Prozent der Menschen über 90 Jahre sind pflegebedürftig.

Für die Versorgung alter und hochbetagter Menschen wird Palliativmedizin nicht nur unter Berücksichtigung der besonderen Morbidität dieser Altersgruppen in Zukunft eine besondere Rolle erhalten. Gerade bei älteren Menschen stellt sich zunehmend auch die Frage, nach welchen Gesichts-

punkten Behandlungen und Behandlungsbegrenzungen in weit fortgeschrittenen Lebenssituationen erfolgen sollen. Die Prinzipien, die durch Palliative Care wieder stärker in die medizinethische Debatte zum Problem von End-of-Life-Entscheidungen hineingetragen wurden, stellen hier eine wichtige Orientierung dar. Es muss aber der Gefahr beziehungsweise der Versuchung widerstanden werden, hier zu einseitig oder gar dogmatisch zu werden.

Dennoch werden unter ethischen und Kostenaspekten Konzepte notwendig sein, die einerseits einer „Rationierung am Lebensende“ entgegenwirken, andererseits aber auch eine Integration von palliativmedizinischen Ansätzen in die Akut- und kurative Medizin ermöglichen, so dass sich ergänzende Versorgungsmodelle etablieren (Schmacke 2007). Verschiedene Untersuchungen in den USA haben gezeigt, dass umfassende palliativmedizinische Strukturen nicht nur unter qualitativen, sondern auch unter ökonomischen Aspekten ein wichtiger Bestandteil einer hochentwickelten Gesundheitsversorgung sein müssen.

So ergeben sich für die allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin schon jetzt viele Aufgaben, die die besonderen Gesichtspunkte bei Hochbetagten berücksichtigen müssen. Nicht von ungefähr sind die spezialisierte Palliativmedizin und die geriatrische Rehabilitation die ganz wenigen Bereiche, für die im Rahmen der Gesundheitsreform zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt wurden und deren Förderung von allen als notwendig anerkannt wird.

3 Gesellschaftliche Bedeutung der Palliativversorgung

Der Ausbau der Palliativmedizin und Palliativpflege und die gesetzliche Absicherung des Anspruchs auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung, wie sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 zumindest für den ambulanten Bereich vorgesehen ist, wird als eine wichtige Alternative zu den auch in Deutschland zunehmenden Forderungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen angesehen, wie sie in einigen anderen Ländern Europas durch gesetzliche Regelungen ermöglicht wurde beziehungsweise vorgesehen ist (z.B. Niederlande, Belgien, Luxemburg). Insofern ist die Integration und Koordination der Palliativmedizin in der hausärztlichen Versorgung, die Entwicklung von Konsiliardiensten, eine verbesserte palliative Kompetenz der ambulanten Pflegedienste, multiprofessionelle PCT für spezielle Aufgaben, Zusammenarbeit mit qualifizierten ehrenamtlichen Diensten und sektorenübergreifende Vernetzung, nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern auch eine gesellschaftspolitische Aufgabe. Die Sorge vieler kranker und alter Menschen, anderen zur Last zu werden, kann

nur gemindert werden, wenn ihnen in umfassender Weise Möglichkeiten gegeben werden, trotz Alt- und Krankseins auch sinnvoll und mit einer guten Lebensqualität in der von ihnen gewünschten Umgebung leben zu können und sie in ihrer „Bedeutung für andere“ dieses Leben auch als lebenswert widergespiegelt bekommen beziehungsweise erfahren (Dörner 2007). Hierzu gehört auch die Freistellung von Angehörigen für die Betreuung Schwerstkranker und für die Begleitung Sterbender, die sicherlich eine wichtige ergänzende Maßnahme ist, um das soziale Miteinander für pflege- und hilfsbedürftige Menschen zu fördern.

In verschiedenen Modellprojekten sowie in einigen wenigen Projekten der Integrierten Versorgung konnte in den letzten 15 Jahren an verschiedenen Standorten gezeigt werden, wie wichtig und sinnvoll Einrichtungen beziehungsweise Teams mit spezialisierter palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise als komplementäres Angebot zur allgemeinen Palliativversorgung sein können, um die Betreuung auch Schwerstkranker in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen (Abbildung 3). So konnte zum Beispiel durch die Erfahrungen von Home Care Berlin, aber auch durch verschiedene Versorgungsangebote in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern gezeigt werden, dass sich der Anteil der Patienten mit Krebserkrankungen, die in der letzten Lebensphase zu

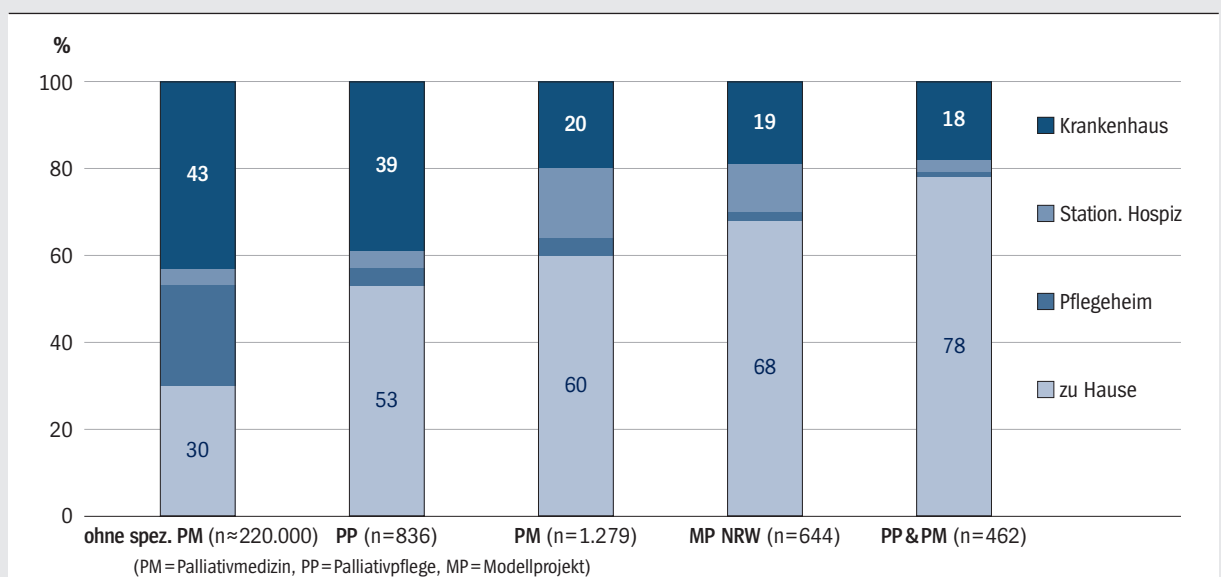
Hause versorgt werden können, von 30 Prozent auf fast 80 Prozent erhöhen lässt, wenn entsprechende ambulante Versorgungsangebote vorhanden sind (Schindler 2006). So liegt zum Beispiel der Anteil der von Home-Care-Ärzten und Pflegeteams versorgten Krebspatienten, die in Berlin zuletzt in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, nur bei 12 Prozent. Ziel der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 war es, durch Bereitstellung einer flächendeckenden SAPV im ambulanten Bereich eine Versorgungslücke zu schließen. Für die Umsetzung und weitere Qualitätsentwicklung von entscheidender Bedeutung wird sein, wie sich in diesem Versorgungsbereich in dem vorgesehenen Kostenrahmen auch sektorübergreifende Strukturen bilden können beziehungsweise wie die in der allgemeinen und spezialisierten Palliativbetreuung vorhandenen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Sektor miteinander kooperieren und im Sinne der betroffenen Patienten ihre Aufgaben bestimmen können.

4 Ausblick

Der seit der jüngsten Gesundheitsreform bestehende Gesetzesanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist sicherlich ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Umsetzung dieses Gesetzes stößt jedoch

ABBILDUNG 3

Anteil der Sterbeorte in Prozent bei Krebspatienten in Abhängigkeit von der palliativpflegerischen und -medizinischen Versorgung



Quelle: nach Schindler 2006

immer noch auf viele Hürden, die auch Zweifel aufkommen lassen, ob wir nach 25 Jahren einer eher stationär orientierten Palliativmedizin in Deutschland durch die SAPV den Quantensprung einer ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der letzten Lebensphase und deren Sterbegleitung im häuslichen Bereich erreichen werden. Von entscheidender Bedeutung wird sein, wie die in der allgemeinen und spezialisierten Palliativbetreuung vorhandenen Versorgungsangebote sektorenübergreifend miteinander verknüpft werden beziehungsweise im Sinne der betroffenen Patienten ihre Aufgaben wahrnehmen. Die Qualität der ambulanten Palliativversorgung kann nur verbessert werden, wenn sie nicht durch Konkurrenz beziehungsweise unterschiedliche Interessen von Leistungserbringern im Wettbewerb bestimmt wird. Deshalb geht es bei der Umsetzung der Gesetzesvorgaben auch darum, Zusammenarbeit und Qualität aller in der ambulanten Palliativversorgung tätigen Leistungserbringer kontinuierlich und systematisch in geeigneter Form zu dokumentieren und zu evaluieren. Qualitätssicherung und eine Versorgungsforschung, die das Thema „Sterben unter menschenwürdigen Bedingungen“ zum Thema hat, müssen deswegen ein unverzichtbarer Bestandteil des palliativmedizinischen Versorgungsangebotes sein.

Literatur

Callahan D (1995): Laßt sie sanfter einschlafen. Die Zeit, Nr. 22 v. 26.5.1995, S.41

Dörner K (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus Verlag

Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds.) (1993): Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press

Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (2005): Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Drucksache 15/5858 vom 22.06.2005;

dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505858.pdf

Europarat (2004): www.dgpalliativmedizin.de -> Downloads -> Empfehlungen des Ministerkomitees des Europarats an die Mitglieds-

staaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung“ (2004)

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2007a):

www.dgpalliativmedizin.de -> Downloads -> „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (20.12.2007)

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2007b):

www.dgpalliativmedizin.de -> Downloads -> „Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (20.12.2007)

Jaspers B, Schindler T (2005): Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten im Auftrag der Bundstags-Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Berlin: Deutscher Bundestag

Müller-Busch HC (2004): Was bedeutet bio-psycho-sozial in Onkologie und Palliativmedizin? Behandlungsansätze in der anthroposophischen Medizin. Jahrbuch Psychoonkologie. Wien: ÖGPO

Müller-Busch HC (2006): Palliative Care in der Spezialversorgung. In: Knipping C (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 67–72

Müller-Busch HC, Aulbert E (2006): Ethische Fragen in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.). Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer

Nauck F (2001): Symptomkontrolle in der Finalphase. Der Schmerz, Jg. 15, 362–369

Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al. (Hrsg.) (2008): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009. Wuppertal: Hospiz Verlag

Schindler T (2006): Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 49, 1077–1086

Schmacke N (2007): Palliativmedizin unter Betrachtung des demographischen Wandels. Medizinische Klinik, Jg. 102, 582–585

Statistisches Bundesamt (2006): Bericht „Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“.

Voltz R (2008): Palliativmedizin: Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 1–2, A20–22

Zech D (1994): Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In: Klaschik E, Nauck F (Hrsg.). Palliativmedizin heute. Berlin: Springer, 85–102

DER AUTOR



Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Jahrgang 1943, Studium der Medizin an den Universitäten Heidelberg, Edinburgh, Hamburg. Bis 2008 Leitender Arzt der Abteilung für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Palliativmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin. Seit 1986 Lehraufträge an der Universität Witten/Herdecke, Humboldt Universität Berlin und am Institut Universitaire Kurt Boesch, Sion, Schweiz. Zahlreiche Veröffentlichungen und Vor-

träge zu Palliativmedizin und Schmerztherapie. Schwerpunkte wissenschaftlicher Projekte: Entscheidungskriterien und -konflikte am Lebensende; Euthanasie und Ethik; Qualitätsentwicklung in Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Gründer der Hospizinitiative „Gemeinschaftshospiz Christophorus“. Seit 2006 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und seit 2008 Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.