

Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik – Status quo und Perspektiven

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK, KLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN, UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN



Die Palliativversorgung hat in ambulanten wie stationären Einrichtungen in den vergangenen Jahren eine deutliche Aufwertung erfahren. Eine bloße quantitative Zunahme der Zahl hospizlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen wird aber nicht ausreichen, um künftig dem Versorgungsbedarf von Menschen in ihrer letzten Lebensphase gerecht zu werden. Zentraler Ansatzpunkt muss vielmehr der kontinuierliche Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen beteiligten Berufsgruppen sein. Insbesondere müssen dafür die Rahmenbedingungen für Forschung verbessert werden, um die Evidenz klinischen Handelns in der Palliativversorgung voranzutreiben. Dies gilt auch und gerade für die fachbereichsübergreifende Forschung. Richtungsweisend sind in diesem Zusammenhang die jüngsten Empfehlungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina sowie der Charta-Prozess für eine nationale Strategie zur Palliativversorgung in Deutschland.

Einleitung

Im eigenen Zuhause gut versorgt sterben zu können, begleitet von Angehörigen und nahestehenden Personen, ist ein tief empfundener Wunsch der schwerkranken Patienten (Gomes et al. 2012, Townsend et al. 1990). Um diesem Wunsch möglichst vieler Menschen gerecht zu werden und gleichzeitig auch die stationäre Versorgung von Menschen mit einer weit fortgeschrittenen, fortschreitenden und inkurablen Erkrankung zu verbessern, haben sich Hospizarbeit und Palliativmedizin zunehmend differenziert entwickelt. Dies zeigt sich in einer wachsenden Anzahl von Palliativstationen, spezialisierten ambulanten Palliativdiensten sowie stationären und ambulanten Hospizen. Neben ambulanten und stationären Strukturen konnten sich universitär auch die Bereiche Lehre und Forschung mit Lehrstühlen für Palliativmedizin etablieren.

Diese Entwicklung kann als eine Reaktion auf die zunehmende Technisierung der Medizin der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts verstanden werden, die mit einer Fülle neuer technischer und medikamentöser Therapieoptionen u.a. in der onkologischen Tumorthherapie, den operativen Fächern, der Anästhesiologie, der Intensiv- und Notfallmedizin, dem Transplantationswesen, der Nierenersatztherapie und vielem mehr einherging (Nauck et al. 2015). Mit der Entwicklung in der Medizin war eine eher aggressive therapeutische Grundhaltung verbunden, die zu einer Inkaufnahme teils hoher Therapiebelastungen führte. Ethische Fragestellungen bei schwerer Erkrankung, auch bei Patienten in bereits inkurabler oder gar sterbender Erkrankungssituation traten angesichts des medizinisch Machbaren eher in den Hintergrund. Zudem war diese Ent-

wicklung geprägt durch Zurückhaltung bei medizinischer Aufklärung und anderen kommunikativen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung (Nauck & Alt-Epping 2013). Die künftige Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, so wie sie in der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland (<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>) gefordert und in der Nationalen Strategie weiterentwickelt wird, wird hoffentlich dazu beitragen, das Thema Tod und Sterben wieder in die Mitte der Gesellschaft zurückzuholen, sodass immer mehr Menschen in Deutschland in ihrer letzten Lebensphase selbstbestimmt leben und in Würde sterben können.

Aufgaben und Ziele der Palliativmedizin

In der ausführlichen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom August 2002 wird gegenüber der früheren Version deutlich der Anspruch an eine frühe Integration der Palliativmedizin betont (Sepulveda et al. 2002):

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art).

Palliativmedizin bedeutet nicht mehr – so wie in ihren Anfängen – ausschließlich Behandlung am Lebensende. Seit langem ist anerkannt, dass sie für viele Patienten zu einem erheblich früheren Zeitpunkt im Verlauf ihrer Erkrankung indiziert sein kann. Intensiv wird jedoch diskutiert, wann genau im Verlauf einer inkurablen, lebenslimitierenden Erkrankung die Strukturen der spezialisierten Palliativver-

sorgung einbezogen werden sollten, da zahlreiche Patienten auch von einer palliativmedizinischen Mitbehandlung simultan zu onkologischen Tumortherapien oder aber auch zu interventionellen Therapiekonzepten z.B. bei Herzinsuffizienz profitieren. Dabei soll sich palliativmedizinische Betreuung oder Mitbetreuung nach dem Behandlungs- und Begleitungsbedarf von Patienten und deren Angehörigen und nicht schematisch nach Diagnose, Krankheitsstadium oder Prognose der verbleibenden Lebenszeit richten (EAPC 2009, WHO 2002).

In den Jahren der Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung hat sich gezeigt, dass die hospizlich-palliativen Behandlungsangebote nicht nur für Patienten mit fortgeschrittenen inkurablen Krebserkrankungen hilfreich sein können, sondern auch für Menschen mit fortgeschrittenen nichtonkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung, wie zum Beispiel Patienten mit neurodegenerativen Grunderkrankungen (wie z.B. Amyotrophe Lateralsklerose) oder Organinsuffizienzen (Herzinsuffizienz, terminale Niereninsuffizienz). In der Strukturentwicklung besteht daher eine Herausforderung darin, die Palliativmedizin einerseits weiter zu spezialisieren und damit in schwierigen Situationen Patienten mit unterschiedlichsten Grunderkrankungen eine noch bessere Betreuung und Linderung von belastenden Symptomen anbieten zu können und andererseits palliativmedizinische Behandlungsansätze

Inhalte und Aufgaben der Palliativmedizin

- spezielle Maßnahmen der Symptomkontrolle
- Rund-um-die-Uhr Krisenintervention
- Wundmanagement
- Konzepte zu Volumen- und Ernährungstherapie
- pflegerische Anwendungen
- psychosoziale Konzeptarbeit
- kommunikative Kompetenzen und Case Management
- Strukturierung ethischer Fragestellungen
- Advance Care Planning
- rehabilitative / versorgungsdienstliche Maßnahmen
- Trauerarbeit

Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen



Stationäre Palliativversorgung – Neue ZE 145 (gem. OPS 8-98e) seit 2014

ZE 145	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE 145.01	8-98e.1	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.572,06 €
		ZE 145.02	8-98e.2	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.906,10 €
		ZE 145.03	8-98e.3	spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.220,35 €

Bei dem Zusatzentgelt ZE 145 bedeutet der Mehrerlös gegenüber dem ZE 60 eine Steigerung von jeweils etwa 23 Prozent bei 7–13 Tagen sowie ab Tag 21, in der mittleren Kategorie zwischen 14 und 20 Behandlungstagen beträgt die Steigerung knapp 18 Prozent.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



Das Zusatzentgelt 145 ist zum Beispiel dann abrechenbar, wenn ein palliativ-medizinisches Basisassessment erfolgt und der Patient sieben Tage oder länger behandelt wird.

nachhaltig in die allgemeine Versorgung von schwerkranken Menschen zu integrieren (Nauck et al. 2015).

Palliativmedizinische Behandlung und Begleitung umfasst spezielle Kompetenzen in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, im Wundmanagement oder bei ethischen Fragestellungen und inkludiert auch rehabilitative Maßnahmen. Sie sensibilisiert für die Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender und ihres Umfeldes und bietet Konzepte zur Flüssigkeitsgabe und Ernährung am Lebensende. Patienten und Angehörige erhalten bedarfsgerecht psychosoziale Unterstützung und Begleitung sowie seelsorgerische Begleitung in Aspekten der Spiritualität und Religiosität. Ehrenamtlichenarbeit und Trauerbegleitung werden angeboten.

Formen der stationären Palliativversorgung

Im Jahr 1983 eröffnete die erste Palliativstation in Deutschland in Köln, mittlerweile existieren nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mehr als 300 Palliativstationen.

Palliativstationen

Palliativstationen weisen in der Regel eine den komplexen Anforderungen entsprechend höhere Personalintensität als Stationen der Regelversorgung auf. Zudem verfügen sie über eine bestimmte räumliche Mindestausstattung.

Dabei wirken verschiedene Berufsgruppen (Multiprofessionalität) als auch verschiedene ärztliche Fachdisziplinen (Interdisziplinarität) mit. Somit besteht das Team auf einer Palliativstation aus speziell in der Palliativversorgung qualifizierten Ärzten und Pflegenden, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Musik- und/oder Kunsttherapeuten. In einigen Einrichtungen wird das Team durch Ehrenamtliche ergänzt.

Die Abrechnung im stationären Bereich war zunächst durch den Status einer sog. „Besonderen Einrichtung“ in direkten Verhandlungen mit den Kostenträgern möglich. Inzwischen müssen die weit überwiegende Zahl der Palliativstationen ihre Leistungen nach dem fallpauschalisierten System (DRG) abrechnen. Der erhebliche, vor allem personalbedingte Mehraufwand soll dabei durch das Zusatzentgelt 60 (ZE60) ausgeglichen werden. Seit 2014 ist das Zusatzentgelt 145 (ZE 145) definiert, mit dem die Leistungen der „Spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ des Operationen- und Prozedurenschlüssels unter der Ziffer OPS 8-98e mit einem Entgelt hinterlegt sind.

Dieses ist unter anderem abrechenbar, wenn ein palliativmedizinisches Basisassessment erfolgt, Kontaktzeiten der verschiedenen Berufsgruppen dokumentiert, eine Mindestbehandlungsdauer (6 Stunden / Woche) überschritten werden und der Patient sieben Tage oder länger behandelt

wird. Für die spezialisierten Einrichtungen der palliativmedizinischen Versorgung geht damit eine selbstverständliche Verpflichtung einher, die entsprechenden Struktur-, Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen zu erfüllen. Der unvergleichbar hohe Einsatz aller Mitarbeiter, der entsteht, wenn ein Patient aus der häuslichen Palliativversorgung aufgrund einer komplexen krisenhaften medizinischen, pflegerischen, psychosozialen (z.B. familienbezogenen) Problematik notfallmäßig auf die Palliativstation aufgenommen werden muss und dort unter der intensiven Betreuung im Rahmen der fortgeschrittenen Erkrankung nach z.B. fünf Tagen stirbt, bleibt im Vergütungssystem bislang unberücksichtigt.

Palliativmedizinische Konsildienste / Palliativdienste

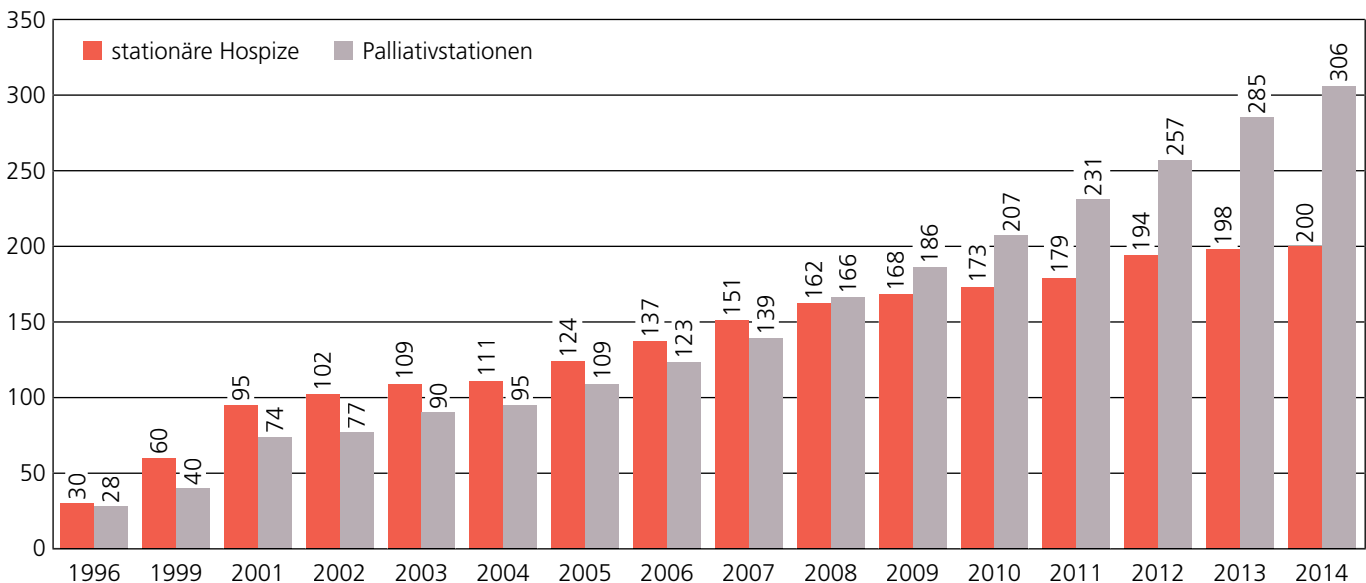
Palliativmedizinische Konsildienste / Palliativdienste arbeiten zumeist multiprofessionell (ärztlich, pflegerisch, sozialdienstlich, psychologisch, oder in ähnlichen Konstellationen) und können damit einerseits nicht-palliativmedizinische Fachbereiche und Stationen in allen palliativmedizinisch relevanten Fragestellungen beraten und bieten andererseits eine unmittelbare Mitbehandlung und

Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen an. Mancherorts ist das multiprofessionelle palliativmedizinische Mitbehandlungsangebot (analog der Liaisondienste der psychiatrischen / psychotherapeutischen / psychoonkologischen Versorgung) soweit ausgebaut, dass nicht-palliativmedizinische Stationen in die Lage versetzt werden, das Zusatzentgelt ZE60 bei Einhaltung der Mindestvoraussetzungen bei ihren Patienten abzurechnen. Damit besteht zumindest eine gewisse Refinanzierungsmöglichkeit der Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Palliativ- oder Konsildiensten.

Tagesklinische Konzepte

Tagesklinische Konzepte haben sich in Deutschland – im Gegensatz zum Beispiel zu Großbritannien – nicht durchsetzen können. Dies mag daran liegen, dass diese Behandlungsstrukturen in Deutschland nicht gegenfinanziert sind, aber auch daran, dass Palliativpatienten entweder zu geschwächt sind, um regelhaft eine Tagesklinik zu besuchen (und dann häusliche Palliativversorgung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) benötigen) oder in so guter Verfassung sind, dass sie z.B.

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschl. der Einrichtungen für Kinder



Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin/DGP; Stand 10/2014



Vor 32 Jahren hat die bundesweit erste Palliativstation in Köln eröffnet. Seitdem ist ihre Zahl auf zuletzt 306 gestiegen. Hinter diesem Anstieg zurückgeblieben ist die Entwicklung bei den stationären Hospizen, die sich im vergangenen Jahr auf 200 belaufen hat.

Ambulante und stationäre Palliativversorgung

	stationär	ambulant
allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Krankenhausstationen • nicht spezialisierte Palliativstationen/ Palliativeinheiten/ Palliativbetten • „Konsiliardienste“ <p>Personal mit Basisqualifikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) • Hausärzte / tlw. mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet) • Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation • ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 80.000 Ehrenamtlichen) Vergütung über § 39a SGB V • weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen – z.B. mind. 5 Betten) • Palliativdienste • stationäre Hospize <p>multiprofessionelle Teams!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007 – geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) <p>immer multiprofessionell - oft durch Teams!! Tgl. 24h Verfügbarkeit</p>

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist seit dem Jahr 2007 als Rechtsanspruch der GKV-Versicherten ausgestaltet. Zu ihren Merkmalen gehören unter anderem Multiprofessionalität und eine Verfügbarkeit rund um die Uhr.

onkologisch-tagesklinisch (oder ambulant) behandelt werden, da diese Patienten in der Regel noch unter einer Tumorthherapie stehen.

Grundsätzlich werden in einer palliativmedizinischen Tagesklinik Patienten, die noch mobil sind, z.B. im Wochenrhythmus einbestellt. Dort wird eine multiprofessionelle Betreuung angeboten, mit dem Ziel, aufkommende (medizinische, pflegerische, psychosoziale) Probleme möglichst noch in einem frühen Stadium zu erkennen und diese Patienten im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung zu unterstützen und zu behandeln.

Formen der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzlich Krankenversicherte mit einer unheilbaren und lebensverkürzenden Erkrankung (Paragraf 37b SGB-V, Paragraf 132d) Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn sich die allgemeine palliativmedizinische Versorgung nicht mehr als ausreichend erweist (G-BA 2010). Diese Leistung ist

nicht zuzahlungspflichtig. Die Umsetzung der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt (Jansky et al. 2012). Mehr als 270 SAPV-Teams (KBV 2014a) bieten die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in sehr unterschiedlichen Strukturmodellen an.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) stellt eine der wichtigsten Formen palliativmedizinischer Mitbehandlung dar und hat zum Ziel, die hausärztliche Primärversorgung und die ortsgebundenen ambulanten Pflegedienste durch ein multiprofessionelles Angebot zu ergänzen, ohne die Primärversorgung (Krankenpflegedienste, Haus- und Fachärzte) zu ersetzen. Sie sollte in regionalen Netzwerken organisiert werden, so dass möglichst viele Patienten davon profitieren, die dieser Behandlung und Begleitung bedürfen. Die Ausgestaltung der SAPV ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes be-

schrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hier keine genauen Vorgaben gemacht. Die Regelungen in SGB V (Paragrafen 37b & 132d), SAPV-Richtlinie und „Gemeinsamen Empfehlungen nach Paragraf 132d SGB V“ sind an vielen Stellen offen formuliert und lassen erheblichen Gestaltungsspielraum. Das birgt Risiken und Chancen zugleich. Den Chancen, zu individuellen und passgenauen Lösungen zu kommen, stehen die Risiken gegenüber, den qualitativen Anspruch an SAPV durch eine gewisse Beliebigkeit zu unterlaufen.

Die Verordnung von SAPV muss mit der Komplexität der Behandlungssituation begründet werden und erfolgt über das Formular Paragraf 63; Erst- und Folgeverordnung werden nach EBM dem Hausarzt vergütet (KBV 2014b). Neben der Multiprofessionalität ist eines der wesentlichen Merkmale von SAPV-Teams deren 24-Stunden-Erreichbarkeit, so dass sich auch im Rahmen der Notfallmedizin Synergien ergeben können, indem bei Notfalleinsätzen Mitarbeiter der SAPV-Teams frühzeitig hinzugezogen werden. Von Nachteil ist es, dass bisher viele ambulante Palliative Care Teams ihre Unterstützung nur biprofessionell (pflegerisch und ärztlich) anbieten und wichtige Berufsgruppen, wie Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten und Seelsorger nicht integriert sind, da deren Leistung in den meisten Verträgen mit den Krankenkassen nicht finanziert sind. Grundvoraussetzung ist jedoch, dass die Palliativversorgung qualitativ hochwertig mit gut in Palliativmedizin und Palliative Care weitergebildeten Mitarbeitern erfolgt.

SAPV in stationären Pflegeeinrichtungen

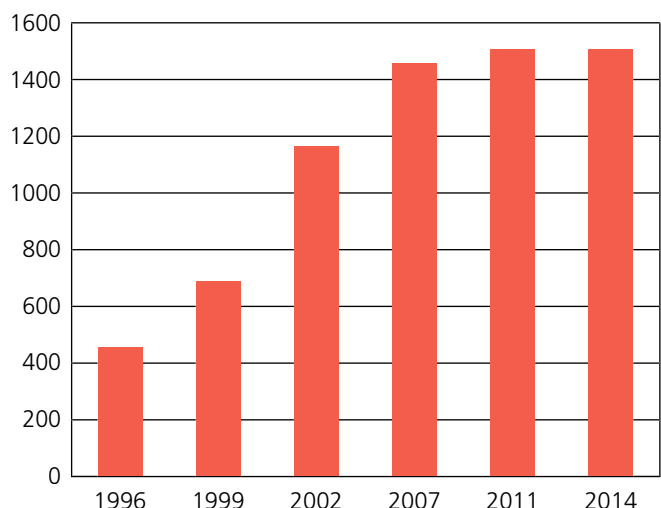
Der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in stationären Pflegeeinrichtungen kommt auf Grund der demographischen Entwicklung und eines sich deutlich verändernden Gesundheitssystems eine große Bedeutung zu. Pflegeeinrichtungen werden zunehmend zu Institutionen, in denen Palliativversorgung und Hospizkultur implementiert und umgesetzt werden müssen, da immer mehr Menschen in hohem Alter und mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen dort leben und schließlich dort sterben. Dies lässt sich bereits an der demografischen Entwicklung ablesen: Im Jahr 2011 starben in Deutschland 852.328 Menschen (Statistisches Bundesamt 2012). Nach Schätzungen wird bis zum Jahr 2038 die Mortalität insgesamt auf über eine Million Personen pro Jahr steigen (Simon et al. 2012) und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen (von 2,25 Millionen im Jahr

2007 auf 2,65 Millionen im Jahr 2015) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Somit muss sich das Angebot der Gesundheitsversorgung inklusive der Versorgung am Lebensende dieser Entwicklung anpassen, in besonderer Weise in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Hier bedarf es noch größerer Anstrengungen als bisher, um (spezialisierte) Palliativversorgung in die Pflegeheime hinein zu bringen (Davies & Higginson 2004). Bei Patienten mit Krebserkrankungen ist ebenso wie bei Patienten mit anderen nicht heilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen der Pflegebedarf im letzten Lebensabschnitt ähnlich groß (Small et al. 2009). In einer Reihe von stationären Pflegeeinrichtungen ist eine über die hausärztliche Betreuung hinaus reichende spezialisierte Palliativversorgung bereits etabliert bzw. implementiert. Diese kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität von dort lebenden Menschen beitragen, die Primärversorger deutlich entlasten und Krankenhauseinweisungen, gerade am Lebensende, vermeiden helfen.

Derzeit ist es Gegenstand intensiver Untersuchung und Diskussion, inwieweit die spezialisierte ambulante Palliativversorgung mit ihren Palliative Care Teams tat-

Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste



Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.



Die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste verzeichnete seit Ende der 90er Jahre eine starke Zunahme. Seit 2011 stagniert ihre Zahl weitgehend.

sächlich ein (von den meisten Menschen erhofftes) Versterben zuhause ermöglichen (Gomes et al. 2012) oder gar Kosten durch unangemessene Drehtürwideraufnahmen senken; ihr Beitrag, Symptome zu lindern und eine komplexe häusliche Begleitungssituation für Patienten und Angehörige aushaltbarer zu machen, dürfte jedoch unbestritten sein.

Hospizliche Versorgungsstrukturen

Neben den genannten Strukturen der Palliativversorgung mit ihrem multiprofessionellen, klinischen Auftrag bestehen in Deutschland eine mittlerweile hohe Zahl an stationären Hospizen. Diese bieten ihre pflegerischen und begleitenden Kompetenzen für sterbensranke Menschen an. Die häusliche Versorgung wird durch ambulante Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Helfern ergänzt.

Entwicklung der Palliativversorgung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um in Zukunft eine flächendeckende qualitativ hochwertige Palliativversorgung für jeden Menschen, der diese benötigt, auch anbieten zu können, bedarf es des weiteren Ausbaus der Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen, die schwerkranke und sterbende Menschen behandeln und begleiten. Dies ist eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsverbesserung in der unmittelbaren Patientenversorgung in einem Bereich, der sich mit Blick auf klinische, strukturelle und gesellschaftliche Positionen ständig weiterentwickelt. Ein wesentlicher Entwicklungsschritt ist hierbei die studentische Lehre in der Palliativmedizin.

Seit dem 1. August 2009 muss Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland gelehrt werden. Seit dem Sommersemester 2013 ist das Fach Palliativmedizin Pflichtlehr- und Prüfungsfach für jeden Medizinstudierenden, wobei von den Studierenden für die Anmeldung zum Praktischen Jahr (PJ) ein Leistungsnachweis Palliativmedizin vorgelegt werden muss. Ziel ist es nun, im Fach Palliativmedizin eine möglichst umfangreiche und professionell koordinierte Lehre umzusetzen. Das Curriculum (DGP-Curriculum für die Lehre von Palliativmedizin, 2. Auflage von 2009) sieht eine Mindestanforderung für Lehrstunden Palliativmedizin von 20 Unterrichtseinheiten (UE) (optimal 40 UE) vor.

Die Lehrinhalte in der Palliativmedizin weisen in einigen Bereichen thematische Überschneidungen mit der

Schmerzmedizin, insbesondere Tumorschmerztherapie und Grundlagen und Pathophysiologie von Schmerz, aber auch mit diversen weiteren Fächern, wie u. a. internistische / operative Onkologie, Radioonkologie, Neurologie, Innere Medizin, Pädiatrie, Medizinethik, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Intensiv- oder Notfallmedizin, auf.

Im Hospiz- und Palliativbereich wird deutschlandweit auf unterschiedlichen Ebenen Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten und weiter entwickelt. Diese reicht von der (vor-)schulischen Integration eines offenen Umgangs mit Themen wie Sterben, Tod und Trauer über die Ausbildung von Medizinstudierenden oder Pflegeschülern bis hin zu spezialisierten Weiterbildungen und Masterstudiengängen für bereits im Beruf stehende Personen.

Diese Angebote richten sich an hauptamtliche Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten, Seelsorger, etc.) mit diversen Zielgruppen (Kinder, Erwachsene, alte Menschen, Menschen mit Behinderungen, etc.). Neben der Qualifizierung von hauptamtlich in der Palliativversorgung Tätigen liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Befähigung von Ehrenamtlichen in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Die DGP übernimmt als wissenschaftliche Fachgesellschaft eine wesentliche Aufgabe in der Weiterentwicklung und Koordinierung der Bildungsarbeit und legt Standards fest. Darüber hinaus orientiert sich die weitere Entwicklung der Bildungsarbeit an den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen. So wurde inzwischen das vor einigen Jahren von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Curriculum Palliative Praxis von der DGP übernommen, um zu einer Verbesserung der palliativen und hospizlichen Kompetenz aller Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe beizutragen. Nur durch kompetente, multiprofessionelle und innovative Bildungsarbeit kann die dringend benötigte Nachhaltigkeit in der Palliativversorgung in Deutschland erreicht werden.

Forschung als Grundvoraussetzung einer Weiterentwicklung der Palliativmedizin

Aktuell besteht trotz der Entwicklung auch der universitären Palliativmedizin ein erhebliches Defizit an wissenschaftlicher Evidenz der Palliativversorgung in Deutschland. Unter- und Fehlversorgung in der Palliativversorgung in Deutschland sind daher nicht auszuschließen. Um dem entgegenzuwirken und sich auch mit anderen Ländern im Bereich der Forschung in der Palliativmedizin vergleichen

zu können, sind erhebliche Forschungsanstrengungen notwendig. Auf diese Tatsache hat auch die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in einer Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung“ hingewiesen. Die Stellungnahme enthält drei Grundempfehlungen (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2015):

1. Eine für ganz Deutschland gleichwertige, einheitliche, flächendeckende und im Gegensatz zur gegenwärtigen Situation für alle Betroffenen zugängliche Versorgung mit hoher Qualität.
2. Eine für ganz Deutschland verpflichtende lückenlose Finanzierung der tatsächlichen Kosten einer wissenschaftsbasierten Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Umgebung.
3. Eine auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Versorgung aller Betroffenen in Deutschland. Aus diesem Grund ist die Evidenzlage in der Palliativversorgung in Deutschland nachhaltig zu entwickeln.

Ein Grund, warum die Forschung in der Palliativmedizin noch in den Anfängen steht, ist damit zu erklären, dass u.a. die notwendigen Ressourcen hierfür fehlen, aber auch, weil in der Palliativmedizin besonders vulnerable Patienten betreut werden, die auch entsprechend der Deklaration von Helsinki in besonderer Weise vor studienimmanenten Belastungen geschützt werden müssen. Ethische Probleme in der Forschung bei Palliativpatienten müssen in enger Abstimmung mit den Ethik-Kommissionen diskutiert werden (Radbruch & Nauck 2009), (Alt-Epping et al. 2013).

Ein wesentlicher Bereich für Studien ist der Nachweis der Effektivität der angewendeten Therapieverfahren. Methodisch müssen sich diese Studien mit denen anderer Forschungsbereiche vergleichen lassen. Anwendung finden sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden. Aber weiterhin bestehen sowohl bei Mitarbeitern in den palliativmedizinischen Einrichtungen wie auch bei Patienten und deren Angehörigen Vorurteile und Barrieren gegenüber der Forschung in diesem Bereich.

Eine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung klinischer Studien sollte nicht nur aus akademischen Gründen angestrebt werden, um sich etwa gegen den Vorwurf einer wenig evidenzbasierten Fachrichtung zu wehren, sondern Ziele verfolgen, die in besonderem Maße der Versorgung von Palliativpatienten dienen. Für eine künftige Etablierung von Forschung in der Palliativmedizin brauchen wir

Nachhaltigkeit in der Palliativversorgung durch Bildungsarbeit

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Ärztliche Ausbildung an den Universitäten
- Ausbildung in der Krankenpflege in Palliative Care
- Weiterbildung nach den bestehenden Curricula für alle beteiligten Berufsgruppen

Forschung

- klinische Forschung und Versorgungsforschung in Forschungsverbänden

Information (Bildung) der Gesellschaft



Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen

Erhebliche Forschungs- und Bildungsanstrengungen auf allen Ebenen sind nötig, um eine für alle Betroffenen zugängliche Palliativversorgung in hoher Qualität zu schaffen.

in Deutschland bessere Bedingungen in den universitären Palliativeinrichtungen durch zusätzliche Forschungsstellen im klinischen Alltag und Persönlichkeiten, die das Interesse an Forschung mit dem Interesse an der klinischen Tätigkeit am Patienten verbinden. Nur so können wir sicherstellen, dass die Forschungsfragen für die klinische Praxis relevant sind und dass die Ergebnisse der Forschung in der klinischen Praxis auch umgesetzt werden können.

Damit bedarf es zukünftig der weiteren Entwicklung und Prüfung von innovativen Forschungsmethoden (Qualitative Studien und Mixed-Methods-Studien), aber auch von klinischen Studienprogrammen zur medikamentösen Symptomkontrolle, Interventionsstudien zu häufigen Symptomen (z. B. Schmerz, Angst, Dyspnoe) sowie Studien in der letzten Lebensphase und Längsschnittstudien im Krankheitsverlauf, um die Bedürfnisse der Patienten im Verlauf der Erkrankung besser zu kennen und darauf reagieren zu können. Hierbei dürfen nicht nur Patienten mit onkologischen Erkrankungen in den Blick genommen werden, sondern auch Patienten mit nichttumorbedingten Erkrankungen.

Verantwortung der Gesellschaft für die weitere Entwicklung der Palliativversorgung

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ hat das Ziel, eine öffentlich sichtbare Verantwortung der Gesellschaft, Politik und aller Beteiligten im Gesundheitssystem für die Gestaltung der Bedingungen, unter welchen Menschen sterben, zu entwickeln. Bereits 2010 konnte die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die von über 200 Experten aus mehr als 50 Organisationen und Institutionen erarbeitet wurde, der Öffentlichkeit vorgestellt (DGP et al. 2010) werden.

In fünf Leitsätzen zeigt diese Charta gesellschaftspolitische Herausforderungen auf, benennt Anforderungen an die Versorgungsstrukturen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung, skizziert Entwicklungsperspektiven für die Forschung und vergleicht den Stand der Palliativversorgung in Deutschland mit anderen europäischen Ländern. Aktuell erfolgen in enger Abstimmung mit der Politik auf der Grundlage der Charta die Vorarbeiten für eine nationale Strategie zur Palliativversorgung in Deutschland.

Nationale Strategie zur Palliativversorgung

Die Nationale Strategie verfolgt das Ziel, die in der Charta formulierten fünf Leitsätze zu den Themen

1. Gesellschaftliche Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation,

2. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstruktur,
3. Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung,
4. Entwicklungsperspektiven und Forschung,
5. Die europäische und internationale Dimension unter Einbindung der Politik auf allen Ebenen – Bundesebene, Länderebene und kommunale Ebene – systematisch umzusetzen, sodass jeder Betroffene unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, von der persönlichen Lebenssituation oder vom Versorgungsort eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung und Begleitung erhält.

Fazit

Die Palliativversorgung mit ihren unterschiedlichen ambulanten und stationären Strukturen hat in den vergangenen Jahren hohe Anerkennung erlangt und wesentlich dazu beigetragen, das Thema Krankheit, Sterben und Tod wieder mehr in den Fokus der Öffentlichkeit, aber auch des Gesundheitswesens zu rücken.

Für ein Sterben unter würdigen Bedingungen, entweder zu Hause oder – in Abhängigkeit von der individuellen Situation des Schwerkranken – in einer stationären Einrichtung, ist auch das Vorhalten einer umfassenden und qualitativ hochwertigen hospizlichen und palliativen Versorgung ein wesentlicher Baustein. Die Palliativmedizin und die hospizliche Versorgung tragen wesentlich dazu bei, dass Ängste bei Patienten am Lebensende vor leidvollem Versterben gemildert werden können. Dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen, die Palliativversorgung zielgerichtet stärker auszubauen und noch besser im Gesundheitssystem zu verankern.

Eine bloße Zunahme der Anzahl ambulanter und stationärer hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen wird jedoch nicht ausreichen, um allen Menschen, die im Verlauf ihrer Erkrankung Palliativversorgung benötigen, gerecht zu werden. Hier kann nur der weitere Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller involvierten Berufsgruppen, eine deutliche Entwicklung in der Forschung sowie eine gesteigerte öffentliche und politische Thematisierung die bestehenden Defizite in der Palliativversorgung in Deutschland beheben. Dabei ist die Etablierung der Palliativmedizin und ihrer Themen ein fortwährender Prozess, bei dem auf unterschiedlichen Ebenen Optimierungsbedarf besteht, zum Beispiel beim Ausbau palliativer Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Forschungsaktivitäten müssen verstärkt und die Rahmenbedingungen für Forschung verbessert werden,

Hospiz- und Palliativversorgung in der Zukunft

- jeder Arzt, jede Pflegekraft, die schwerkranke und sterbende Menschen betreut und bei denen Bedarf für Palliativversorgung besteht (Teil der Regel- oder Basisversorgung)
- unterstützt durch weitere Berufsgruppen
- unterstützt durch ambulante Hospizdienste und ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter
- unterstützt durch qualifizierte Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten, Physiotherapeuten, etc.

Quelle: Prof. Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen



Es bedarf weiterer Anstrengungen, um die Palliativversorgung auszubauen und noch besser im Gesundheitssystem zu verankern.

um unter anderem mehr Evidenz für das klinische Tun zu erhalten. Fachbereichsübergreifende Forschung ermöglicht es, eine Vielzahl palliativmedizinischer Inhalte, inklusive ethischer und rechtlicher Aspekte, besser in den Blick zu nehmen. Palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung sollte sich an allgemeingültigen Qualitätsstandards orientieren und neben Themen wie Symptomkontrolle, Ethik, Recht, Kommunikation und Selbstreflexion auch die multidisziplinäre Teamarbeit in den Vordergrund stellen. Letztere gilt es nicht nur zu lehren, sondern auch zu leben. Es bleibt zu hoffen, dass die Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland: Perspektiven für Praxis und Forschung“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina wie auch die Aktivitäten im Rahmen des Charta-Prozesses und der Nationalen Strategie hier richtungweisend für eine bessere Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland sind.

Hinweis:

Der Beitrag basiert auf folgendem Artikel: Nauck F., Alt-Epping B., Benze G.: Palliativmedizin – Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2015; 50: 36–44.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK



Krankenpflegeexamen 1975, Abitur 1979 (Bergisches Kolleg Wuppertal, zweiter Bildungsweg), Studium der Medizin an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms Universität Bonn. Anerkennung zum Facharzt für Anästhesiologie, Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und „Palliativmedizin“. Seit 1992 Forschungstätigkeiten in den Bereichen Schmerz- und Palliativmedizin, Aufbau des Forschungsbereiches des Zentrums für Palliativmedizin in Bonn (1. Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Univ. Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik). Seit Oktober 2006 Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Universitätsmedizin Göttingen und Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin.

