

Wem gehört die ambulante Palliativmedizin?

Who does the Ambulant Palliative Care belong to?

Autoren

A. Simmenroth-Nayda, I. Gágyor

Institut

Abt. Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Zur gesellschaftlichen Situation der Palliativmedizin



Fragt man eine repräsentative Gruppe von Menschen, welchen Ort sie sich für ihr eigenes Sterben wünschen, so antwortet fast 80% von ihnen, dass sie zuhause und im Kreise ihrer Angehörigen sterben möchten. Diese Zahl liegt noch höher, wenn man nur die Gruppe der über 70 jährigen Menschen betrachtet [1]. Weitere Personen, die laut Befragung beim Streben anwesend sein sollen, sind Freunde und der Hausarzt. Deutlicher Wunsch unserer Patienten scheint es zu sein, dass Tod und Sterben in das häusliche Umfeld und die Anwesenheit der gewohnten Bezugspersonen eingebettet ist.

Wie sieht jedoch die Realität aus?

2007 starben ca. 80% aller Deutschen in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung [2,3]. In den letzten Jahren fand eine Verschiebung des häuslichen Sterbeorts zugunsten von Pflegeheimen statt – eine weitere Verschiebung in diese Richtung ist zukünftig anzunehmen [3]. Das Sterben zu Hause ist heute ein seltenes Ereignis und die Ursachen hierfür sind vielfältig.

Durch die Weiterentwicklung der modernen Medizin im diagnostischen und therapeutischen Bereich ist es in den letzten Jahrzehnten bei uns zum „Normalfall“ geworden, dass das Sterben von der häuslichen Umgebung in die Krankenhäuser verlegt wurde. Ein Sterben an „Alterschwäche“ (meist Infektionen) wurde in den letzten 30 Jahren abgelöst vom Sterben an Exazerbationen chronischer (in der Mehrheit Herz-Kreislauf-)Erkrankungen, die auch im hohen Alter noch diagnostiziert bzw. therapiert werden können – gehen sie auch oft genug dem „institutionellen Tod“ im Krankenhaus unmittelbar voran [3]. Im Krankenhaus wurde (und wird) der Tod eines Patienten oftmals als „Kapitulation“ erlebt und auch so kommuniziert – findet er doch

an einem Ort statt, der hauptsächlich für den kurativen Sektor der Versorgung steht. Als weiterer Faktor für diese Entwicklung wird parallel zu den sich auflösenden Familien- und Nachbarschaftsstrukturen die wachsende Individualisierung und ein damit verknüpfter Anspruch auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung in unserer Gesellschaft genannt [3].

Befindet sich der Patient dann innerhalb einer Institution, werden Entscheidungsmomente sofort komplexer. Bis heute ist die Hemmschwelle, beim Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung intensivmedizinische Maßnahmen zu beenden oder erst gar nicht zu beginnen oder z.B. eine antibiotische Therapie zu unterlassen, hoch. Die zum Teil juristisch beglaubigten Willenserklärungen sollen zwar eine Hilfestellung für Entscheidungen in den Bereichen Therapie, Pflege und Behandlungsoptionen bieten: Trotzdem bleibt in der Praxis die Unsicherheit vor wichtigen Entscheidungen am Lebensende, die von einzelnen Personen oder Gruppen (Notarzt, Hausarzt, Altenpflegerinnen, Angehörige) getroffen werden müssen, weiter bestehen. Aber auch das Gegenteil schützt nicht vor Fehlentscheidungen: Wird die Frage nach einer Patientenverfügung bejaht, kann kritiklos und ohne Kenntnis des Inhaltes vorausgesetzt werden, dass der Patient darin den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verfügt hat, auch wenn das Gegenteil der Fall ist!

Muster für Patientenverfügungen werden in verwirrender Vielfalt und von vielen Institutionen angeboten – auch hier könnte eine Vereinheitlichung Hilfe schaffen. Um die Frage nach der Verbindlichkeit von Verfügungen zu beantworten, will das Bundesministerium der Justiz noch in dieser Legislaturperiode dazu einen Gesetzentwurf vorschlagen [4].

Unsicherheit im Umgang mit Schwerkranken oder Sterbenden ist keineswegs ein rein ärztliches oder krankenhausspezifisches Problem.

Peer reviewed article

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1080901

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 236–238

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. med. A. Simmenroth-Nayda

Abt. Allgemeinmedizin

Universitätsmedizin

Humboldtallee 38

37075 Göttingen

asimmen@gwdg.de

Pflegende Angehörige fühlen sich oftmals mit der Versorgung eines Familienmitglieds überfordert. Die Leitlinie der DEGAM für „Pflegerische Angehörige“ hat hier thematisch eine Vorreiterfunktion inne. Durch die zunehmende Isolierung alter Menschen sind besonders in den Städten die Möglichkeiten der häuslichen Pflege durch Angehörige nur noch selten gegeben. Die Diskussion und die aktuelle Änderung in der Gesetzgebung zur Pflegeversicherung zeigen deutlich die gesellschaftliche Relevanz dieses wichtigen Themas am Lebensende.

Die Entwicklung in Deutschland

Das Aufleben der Palliativ- und Hospizbewegung in Deutschland in den 90er Jahren hat zu einem Umdenken in der medizinischen Betreuung Schwerkranker und Sterbender geführt. Die Zielgruppe der palliativmedizinischen Versorgung waren zunächst unheilbar Erkrankte mit begrenzter Lebenszeit wie z.B. HIV-Patienten, Krebskranke und Patienten mit progredienten neurologischen Erkrankungen. Zuständig waren im stationären Bereich oft die „Experten“ für die Schmerztherapie (Anästhesie) und die Symptomkontrolle (Onkologie). Auch die ersten ambulanten Palliativdienste nahmen sich hauptsächlich dieser Patienten an [5]. Möglich war diese spezielle Betreuung – und sie ist es immer noch – hauptsächlich in geographisch günstig bzw. infrastrukturell gut angebundenen Orten: In Großstädten oder Orten mit Nähe zu großen Kliniken. Anders sieht es in kleineren Städten und in ländlichen Gegenden aus: Hier ist nach wie vor der Hausarzt nicht nur der geographisch nächste, sondern auch der einzige verlässlich und „rund um die Uhr“ verfügbare Ansprechpartner für diese Patientengruppe.

Die Bundesärztekammer hat bereits 1998 mit den „Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung“ das Recht auf eine palliativmedizinische Versorgung für alle Bürger formuliert [6]. Palliativmedizinische Versorgung soll sich ausweiten und potentiell allen Patienten, z.B. auch mit Diagnosen wie einer terminalen Herzinsuffizienz oder der Demenz zustehen.

In diversen gesellschaftlichen Foren und den Medien ist die Palliativmedizin heute „in aller Munde“ – prominente Vertreter aus Kultur und Politik haben dieses Thema für sich entdeckt, Meldungen z.B. über Gesetzesänderungen zur Sterbehilfe in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg [7,9] und wiederkehrende Diskussionen über aktive Sterbehilfe in Deutschland sorgen dafür, dass das Thema „Lebensende“ fast ständig in der Öffentlichkeit präsent ist. Allein die ehrenamtlich tätigen Helfer der über 280 stationären und mehr als 1000 ambulanten Hospizdienste in Städten und Gemeinden bilden bereits eine „kritische Masse“, fungieren als Multiplikatoren und artikulieren sich in ihrer häuslichen bzw. beruflichen Umgebung und den Medien [8]. Kein Lokalpolitiker wird sich dieser Bewegung verschließen, sondern sich gern mit Fortschritten in diesem Bereich – z.B. der Eröffnung eines Hospizes in der eigenen Gemeinde – schmücken wollen.

Deutlich spürbar war dieses „Anwachsen“ z.B. auch für die Veranstalter (Hospiz Marburg und Landesarbeitsgemeinschaft Palliativmedizin in Hessen) eines Symposions im März diesen Jahres: Mit über 600 Besuchern war die äußerst gelungene Veranstaltung „völlig überbelegt“, was sicher nicht nur an den prominenten Vortragenden wie Stein Husebø aus Oslo oder der Schauspielerin Katharina Thalbach gelegen hat.

Niemand wird der wachsenden Bedeutung der Palliativmedizin widersprechen wollen, können doch unsere Patienten und letzt-

lich jeder von uns davon profitieren. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Rolle die hausärztliche Medizin in Zukunft dabei spielen wird.

Aus- und Weiterbildung

In den letzten Jahren sind an fünf Universitäten in Deutschland Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet worden. Im Rahmen der Novellierung der Approbationsordnung 2003 ist die Palliativmedizin nicht zum Pflichtfach geworden; an den meisten Hochschulen existiert sie deshalb nur in Form von Wahlfächern für besonders interessierte Studierende. In München hat die Ludwig-Maximilian-Universität (mit Lehrstuhl für Palliativmedizin) die Palliativmedizin zum Pflicht- und Prüfungsfach erhoben. In Rahmen eines zeitlich versetzten dreimodularen Konzepts erhalten die Studierenden Kleingruppen-Unterricht nicht nur von Ärzten, sondern auch von Mitgliedern eines palliativmedizinischen Teams, wie z.B. Seelsorgern, Psychologen und Sozialarbeitern [10]. An vielen anderen Fakultäten wird das Thema „Tod und Sterben“ von der Allgemeinmedizin übernommen, auch hier bieten sich interdisziplinäre Kurse oder z.B. der Besuch des örtlichen Hospizes an- beides wird erfahrungsgemäß von Studierenden sehr gut angenommen.

Bereits 2003 wurde von der Bundesärztekammer eine Musterweiterbildungsordnung für Palliativmedizin verabschiedet [11]. Die Landesärztekammern haben jeweils eigene Weiterbildungs-konzepte entworfen, die sich an die Musterweiterbildungsordnung anlehnen; so sind Zeitrahmen und Weiterbildungsinhalte zwar weitgehend vereinheitlicht, die Voraussetzungen und Übergangsbestimmungen für die Erlangung der Zusatzbezeichnung sind in den Bundesländern jedoch sehr verschieden: Die Zusatzbezeichnung kann z.B. durch eine Prüfung oder lediglich den Nachweis der Kursteilnahme, z.T. jedoch nur mit Kurs und Prüfung erlangt werden. Meist folgt auf einen 40-stündigen Grundkurs ein Fallseminar mit Supervision von 120 Stunden oder alternativ eine 12-monatige Tätigkeit bei einem ermächtigten Weiterbilder (§5 Abs. 1 Satz 3 der WBO). Die Kurse müssen über 12 Monate absolviert werden und erfordern z.T. hohe Kosten; für bereits niedergelassene Kollegen bedeuten sie ein großes zeitliches Engagement an Wochenenden – eine 12-monatige Tätigkeit im stationären Bereich ist für Hausärzte nicht praktikierbar.

Seit dem 1. April 2007 ist die ambulante Palliativversorgung Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (§37b SGB V). Das Gesetz sieht bisher für die praktische Umsetzung keinen Zeitplan vor, sodass zu diesem Zeitpunkt nach „individuellen Lösungen“ gesucht wird. Ein funktionierendes Modell zur Sicherung der ambulanten Versorgung ist die Schließung integrierter Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und qualifizierten Teams, bestehend aus Klinikärzten, Hausärzten, Pflegekräften und Einrichtungen mit palliativmedizinischer Expertise. Die Voraussetzungen für die Verträge sind ebenfalls nicht einheitlich und nicht nur die Expertise, auch das Geld ist innerhalb eines Netzwerks ein zu teilendes Gut und kann daher vielerorts die Verhandlungen ins Stocken bringen. Integrierte Versorgungsmodelle unterschiedlicher Größe existieren bisher nur in Form von Inselösungen. Vergleichsweise große Inseln bilden Modelle im Rahmen integrierter Versorgungsverträge in Hessen zwischen mehreren Krankenkassen und onkologischen Schwerpunkt-kliniken der großen Ballungszentren. Zur Versorgung der länd-

lichen Bevölkerung existieren erste Modelle im Landkreis Marburg-Biedenkopf und Hersfeld-Rotenburg. Von einer flächendeckenden Versorgung kann zurzeit noch nicht die Rede sein. Hier sind engagierte Hausärzte gefragt: Die Vernetzung am eigenen Standort sollte dem Schließen der Versorgungsverträgen unbedingt vorangehen.

Aktuelle Publikationen

Zuletzt sei auf die neue hausärztliche Leitlinie „Palliativversorgung“ der Leitlinien-Gruppe Hessen hingewiesen, die online zugänglich ist [12]. Unter hausärztlicher Mitarbeit entstanden, ist sie z. Zt. die einzige Leitlinie zum Thema Palliativmedizin. In gut lesbarem Stil bearbeitet sie umfangreich alle relevanten Themen: Anfassungen von hausärztlichen Schlüsselfragen und der Schnittstellenproblematik über Kommunikationsmodelle mit Schwerkranken, der ausführlichen Abhandlung von Symptomkontrolle und Schmerztherapie bis hin zur Beantwortung von spirituellen Fragen (z. B. der Beschreibung verschiedener Sterberituale in den unterschiedlichen Religionen). Im Anhang der Leitlinie finden sich Beispiele für eine klar strukturierte Patientenverfügung sowie Dokumentationsbögen für die ambulante Pflegesituation. Dieser Leitlinie ist große Verbreitung zu wünschen bzw. sollten sich künftige Leitlinienprojekte zu diesem Thema um eine Kooperation bemühen.

In der aktuellen Ausgabe der ZfA stellt Nils Schneider in seinem Positionspapier die derzeitige Versorgungssituation in der Palliativmedizin aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht dar und betont dabei, wie wichtig zukünftige Qualitätskontrollen bzw. Qualitätsdefinitionen auch von hausärztlicher Seite sind. Ermutigende Beispiele gibt es schon: In Baden-Württemberg ist die PAMINO-Gruppe in „allgemeinmedizinischer Hand“ [13] und auch in Marburg und Heidelberg werden die Weiterbildungskurse von der allgemeinmedizinisch tätigen Kollegen organisiert und mit gestaltet.

Um zur Eingangsfrage zurückzukehren

Der Wunsch nach ambulanter palliativmedizinischer Betreuung ist zutiefst verständlich und in Zukunft – durch entsprechende Verteilung von Mitteln – hoffentlich besser realisierbar. Unsere Patienten wünschen sich, dass die Palliativmedizin eine hausärztliche Zuständigkeit ist. Dafür sind wir ihnen beste Qualität schuldig: Die Palliativmedizin hat als akademisch „junges Fach“ wissenschaftlich bereits eine wichtige Entwicklung durchgemacht, an der wir mithilfe von palliativmedizinisch kompetenter Seite Anteil nehmen sollten. Qualifizierte Hausärzte sollten Netzwerke schaffen und zusammenarbeiten. Je nach Geographie oder wirtschaftlichen Möglichkeiten werden jedoch mehrere nebeneinander existierende Modelle der palliativmedizinischen Versorgung existieren, wobei Kooperation und nicht Konkurrenz für alle Seiten nur fruchtbar sein kann.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Dressel G, Oorschot B van, Erdmann B, Hausmann C, Hildenbrand B. „Sterben und Tod in Thüringen“ Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. 2001 Eigenverlag der FSU Jena. http://www.hospiz-jena.de/pages/forschung/sterben_und_tod.asp
- 2 Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 26.2.08 www.dgpalliativmedizin.de
- 3 Göckenjan G. Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten. Deutscher Bundestag und Bundeszentrale für politische Bildung 4.1.2008; <http://www.bundestag.de/dasparlament/2008/04/beilage/003.html>
- 4 http://www.bmj.bund.de/enid/22eece508488947f7f2b6546fde20153,0/Familienrecht/Patientenautonomie_ox.html
- 5 Schindler T, Rieger A, Woskonjan S. Krebskranken ein Sterben zuhause ermöglichen. Dtsch Ärztebl 2000; 97: 2688–2692
- 6 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 1998; 95: 2366–2367
- 7 Klinkhammer B, Rabbata S. Luxemburg: Straffreiheit für aktive Strebehilfe. Dtsch Ärztebl 2008; 105: 493
- 8 Zylka Mehnhorn V. Palliativversorgung muss ausgebaut werden. Dtsch Ärztebl 2008; 105: 145
- 9 Spielberg P. Palliativmedizin in Europa: Noch keine flächendeckende Versorgung. Dtsch Ärztebl 2007; 104: 2700–2702
- 10 Wasner M, Roser T, Fittkau-Tönsemann B, et al. Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte. Dtsch Ärzteblatt 2008; 105: 592–693
- 11 Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2004 Curriculum Zusatz- Weiterbildung Palliativmedizin. 21. 6. 4. <http://dgpalliativmedizin.de/pdf/WB%20DGP%20Curriculum%204062.1.pdf>
- 12 http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/downloads/070806_Leitlinien_zur_hausaerztlichen_Palliativversorgung.pdf
- 13 Engeser P, Reinighaus W, Zeisse-Süss D, Müller-Bühl U, Wiesemann A. PAMINO-Projekt. Z Allg Med 2003; 79: 601–604

Zur Person



Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda, Studium und Promotion an der Georg-August-Universität, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abt. Allgemeinmedizin in Göttingen, dort verantwortlich für die Lehrkoordination. Forschungs- und Unterrichtsschwerpunkte: Ärztliche Basisfähigkeiten, kommunikative Kompetenz, Simulationspatienten.



Ildikó Gágyor Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Allgemeinmedizin in Göttingen. Arbeitsschwerpunkte: Studentische Lehre, Organisation von Studentenunterricht und klinische Forschung.