

Internationale Expertise zur Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung

International Experts' Report for the Development of Palliative Care in Primary Care

Nils Schneider

Zusammenfassung: Auf europäischer Ebene wurde im Jahr 2012 die „Taskforce in Primary Palliative Care“ gegründet, um die Primärversorgung von Menschen am Lebensende weiterzuentwickeln. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse und Empfehlungen der Expertengruppe vorgestellt. Der Beitrag ist in weiten Teilen eine deutsche Übersetzung der englischsprachigen Originalversion, die auf der Internetseite der European Association for Palliative Care (EAPC) veröffentlicht ist.

Schlüsselwörter: Primärversorgung; Versorgung am Lebensende; Palliativversorgung; Versorgungspolitik

Summary: In 2012, the European Association for Palliative Care established the “Taskforce in Primary Palliative Care” to further develop primary care for people facing the end of life. In this article, the findings and recommendations of the task force are presented. In large parts the article is the German translation of the original English version available on the website of the European Association for Palliative Care (EAPC).

Keywords: Primary Care; End-of-Life Care; Palliative Care; Health Policy

Hintergrund und Ziele

Das vorliegende Dokument wurde von der „Taskforce Primary Palliative Care“ der EAPC (Europäische Gesellschaft für Palliative Care) in Zusammenarbeit mit WONCA (World Organisation of Family Doctors) entwickelt und soll Einzelpersonen und Organisationen in Europa und darüber hinaus als Unterstützung und Leitfaden dienen, um die Palliativversorgung innerhalb der Primärversorgung weiter auszubauen [1]. Politisch gestützt wird diese Arbeit unter anderem durch die Grundsätze der Prager Charta der EAPC, wonach der Zugang zur Palliativversorgung ein Menschenrecht ist [2].

Die vorliegende Arbeit ist eine internationale Bestandsaufnahme und bietet darauf aufbauend übergeordnete gesundheitspolitische und praktische Empfehlungen für die Weiterentwick-

lung der Palliativversorgung in der Primärversorgung. Die Zusammensetzung der verantwortlichen Expertengruppe, ihre Arbeitsweise und Methoden sind an früherer Stelle beschrieben [3]. Der folgende Text ist in weiten Teilen eine deutsche Übersetzung der englischsprachigen Originalversion [1].

Warum ist der Ausbau der Palliativversorgung in der Primärversorgung wichtig?

Wenn die Palliativversorgung und Versorgung in der letzten Lebensphase auf lokaler Ebene durch Angebote der Primärversorgung erfolgt, kann die größtmögliche Anzahl von Menschen hiervon profitieren. Um dies zu erreichen, benötigen die lokal tätigen Hausärzte und Pflegekräfte eine adäquate Qualifi-

kation und bei Bedarf die Unterstützung durch spezialisierte Palliativteams. Sie benötigen außerdem ausreichend Zeit, finanzielle und praktische Ressourcen sowie die Befähigung, falls nicht vorhanden, die notwendigen Medikamente (z.B. Opiate) zu verschreiben.

Die Akteure der Primärversorgung sind in einer besonders guten Position, eine effektive Palliativversorgung zu erbringen, denn die Primärversorgung kann:

- Patienten mit allen lebensbedrohlichen Krankheiten erreichen;
- bereits in frühen Phasen einer unheilbaren Erkrankung mit einer palliativen Versorgung beginnen;
- das gesamte Umfeld abdecken: körperlich, sozial, psychisch und spirituell;
- die Versorgung in Praxen, Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld

Hemmende Faktoren	Fördernde Faktoren
Mangel an Fachwissen und Kompetenzen bei Hausärzten und Pflegefachkräften	Qualifizierungsmöglichkeiten, in einigen Ländern bereits verfügbar
Finanzierungssysteme, welche die Palliativversorgung nicht sachgerecht erstatten	Beispiele von etablierter Primärversorgung
Aspekte, welche die Verschreibung von Opiaten erschweren	Neue nationale Strategien, welche die Palliativversorgung unterstützen
Fehlende fachliche Unterstützung	Ausbau von klinisch-praktischen Netzwerken in vielen Ländern
Unzureichende Identifikation von Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen	Alle Patienten haben einen Zugang zur Primärversorgung.
Begrenztes Verständnis in der Gesellschaft und Stigmatisierung der Palliativversorgung	Steigende Unterstützung durch die Politik

Tabelle 1 Hemmende und fördernde Faktoren für die Entwicklung der primären Palliativversorgung auf Basis von 20 Länderprofilen

durchführen und so unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden;

- Angehörige unterstützen und Trauerbegleitung bieten.

Gegenwärtige Situation

Es wurden Länderprofile für 20 europäische Nationen erstellt und hemmende und fördernde Faktoren für die Entwicklung der primären Palliativversorgung aufgezeigt. Diese Fallberichte zeigen, dass es trotz teilweise hervorragender Beispiele in der internationalen Gesamtschau noch immer zahlreiche Defizite gibt. Tabelle 1 stellt die wesentlichen hemmenden und fördernden Faktoren gegenüber.

Entwicklungsansätze

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt vier Domänen für die Entwicklung der Palliativversorgung: politische Strategien, Qualifizierung, Implementierung, Verfügbarkeit von Arzneimitteln [4]. Innerhalb dieses konzeptionellen Rahmens werden im Folgenden exemplarisch Beispiele und Ansätze für die Primärversorgung vorgestellt, die sich in unterschiedlichen Ländern bewährt haben.

Politische Strategien in Europa

Um die Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung zu erleichtern, ist eine umfassende Unterstützung durch die nationale Politik notwendig. Mehrere Länder haben erfolgreich Strategien für die Versorgung am Lebensende (End-of-Life Care) auf nationaler Ebene entwickelt, die u.a. Schwerpunkte bei der Primärversorgung setzen:

- Rechtsanspruch auf spezialisierte Palliativversorgung und „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ (Deutschland),
- Nationaler Lenkungsausschuss für primäre Palliativversorgung (Irland),
- Landesplan für Palliativversorgung (Portugal),
- Strategie für die Entwicklung der Palliativversorgung (Serbien),
- Nationale Strategie für Palliativversorgung mit Schwerpunkt auf lokaler Ebene (Schweiz),
- Nationales Programm für die Versorgung am Lebensende (England),
- „Gut Leben und Sterben“ (Schottland),
- Aktionsplan des Gesundheitsministeriums (Albanien).

Diese nationalen Strategien können wertvolle Anregungen geben, um die Palliativversorgung in der Fläche und

auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems weiter zu entwickeln.

Qualifizierungsmaßnahmen

Die Strategie der Weltgesundheitsorganisation für die Palliativversorgung empfiehlt Bildungsinitiativen, die sich sowohl an die Öffentlichkeit, wie auch an die im Gesundheitswesen tätigen Personen richten. Beispiele hierfür, wie die „Dying Matters Coalition“ in England und „Good life, Good death, Good grief“ in Schottland, sind mit dem Ziel gegründet worden, die Gesellschaft dazu zu bringen, ein offeneres Verhältnis zum Tod, dem Sterben und der Trauer zu entwickeln.

In vielen Ländern – z.B. in Italien und Spanien – sind außerdem Curricula für die Qualifizierung der Hausärzte entwickelt worden mit der Möglichkeit, postgraduale Zertifikate und Diplome im Bereich der Palliativversorgung u.a. per Fernstudium zu erlangen (z.B. RCGP Curriculum Statement on End-of-Life Care; Cardiff University Palliative Care Education).

Implementierung

Ein gutes Beispiel dafür, wie der palliative Versorgungsansatz auf lokaler Ebene integriert werden kann, ist „The Gold Standards Framework“ (GSF) – ein systematischer, evidenzbasierter Ansatz aus Großbritannien zur Optimierung der Versorgung von Patienten während ihrer letzten Lebensmonate durch die Hausärzte. Der „Gold Standards Framework“ zielt darauf ab, Patienten ein gutes Leben bis zum Tod zu ermöglichen, und schließt die Versorgung von Menschen unabhängig von ihrer Grunderkrankung in den letzten Lebensjahren ein.

Das „NECPAL CCOM-ICO Programm“ (NECPAL) in Spanien liefert ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche Maßnahme, die Ausbildung, strategische Planung und Leitlinien für die Praxis einbezieht.

GSF und NECPAL beinhalten Orientierungshilfen, die die Gesundheitsprofessionen dabei unterstützen, diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einem palliativen Versorgungsansatz profitieren können. Die Unsicherheit darüber, welche Patienten Palliativversorgung benötigen, stellt ein wesentli-

Prof. Dr. med. Nils Schneider ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Er ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehört die hausärztliche Palliativversorgung.

ches Hindernis für den Zugang zur Palliativversorgung in der Primärversorgung dar. Deshalb ist die Entwicklung von Instrumenten zur Identifikation von Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen, ein Forschungsschwerpunkt. Wichtig ist es vor Ort herauszufinden, welche Instrumente und Aktivitäten es gibt, und wie diese umgesetzt werden können. Eine kürzlich publizierte systematische Übersichtsarbeit [4] hat unter anderem folgende bereits implementierte Ansätze identifiziert:

- GSF Prognostic Indicator Guidance,
- Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT),
- Radboud Indicators for Palliative Care Need (RADPAC),
- The NECPAL Tool,
- Quick Guide.

Verfügbarkeit von Medikamenten

Eine detaillierte Bewertung von Opiaten wurde innerhalb der „European Pain Policy Initiative“ (Europäische Initiative für Strategien der Schmerztherapie) durchgeführt, ein gemeinsames Arbeitsprogramm der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO) und der Europäischen Gesellschaft für Palliativversorgung (EAPC). Die wesentlichen Empfehlungen sind [5]:

1. Beschränkungen bezüglich der Arzneimittellisten: Die ESMO und EAPC unterstützen die Standards der WHO-Liste von essenziellen Medikamenten als einen minimalen Standard für die Opiate. Diese Mindestanforderungen sollten orales Codein, nicht retardiertes Morphin, retardiertes Morphin und injizierbares Morphin beinhalten. Die Empfehlungen stehen in Übereinstimmung mit der weiterreichenden Arzneimittelliste der IAHP (Internationale Gesellschaft für Hospiz- und Palliativversorgung).
2. Beschränkungen bezüglich der Regulierung: Die ESMO und die EAPC for-

dern gemeinsam mit der WHO und dem INCB (Internationaler Suchstoffkontrollrat) die staatlichen Arzneimittelkontrollbehörden dazu auf, unverhältnismäßige Kontrollen und Beschränkungen aufzuheben, die eine angemessene medizinische Versorgung bei Schmerzen behindern. Dazu gehören zum Beispiel Beschränkungen auf bestimmte Patientengruppen oder auf fachärztliche Praxen beschränkte Verschreibungsrechte.

3. Notfallverschreibungen: Es sollte gesetzlich festgelegte Regelungen für die Notfallverschreibung von Opioiden für Patienten geben, die unter starken Schmerzen leiden und die sich kein Rezept in Papierform beschaffen können. Die ESMO und die EAPC unterstützen den Ansatz der US „Drug Enforcement Administration“ (Drogenvollzugsbehörde), die eine Notfallverschreibung per Telefon oder Fax an den Apotheker erlaubt. Der Apotheker muss die Authentizität und die Gültigkeit der Verordnung überprüfen, bevor er das Betäubungsmittel abgibt, und er muss die Verordnung auf Papier übertragen und verwahren.
4. Spezielle Ordnungsformulare: Die Vorgabe von speziellen Verschreibungsformularen wird an sich nicht als eine übermäßige Belastung erachtet. Die Formulare müssen für die verordnenden Personen jederzeit verfügbar, und der Beschaffungsprozess darf nicht übermäßig umständlich und womöglich demotivierend sein.
5. Medikamentenabgabe: Die Apotheker müssen autorisiert sein, formale Fehler nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu korrigieren.

Bewertung und Ausblick

Dieses auf europäischer Ebene entwickelte Expertenpapier ist nicht in allen Punkten auf die Versorgungssituati-

on in Deutschland anzuwenden, zumal diese auch innerhalb Deutschland erheblich variiert. Es ist als übergeordnetes politisches Strategiepapier zu verstehen, das darauf abzielt, die Position der Hausärzte in der Palliativversorgung zu stärken. Adressaten sind somit vor allem Fachgesellschaften, Berufsverbände, die Selbstverwaltung und die Politik. Aber auch regionale Netzwerke und Hausarztpraxen können aus dem Expertenpapier konkrete Argumentationshilfen und Anregungen ziehen, um auf lokaler Ebene die Versorgung von Palliativpatienten mitzugestalten.

Abschließend empfiehlt die internationale Expertengruppe, abhängig vom Stand der Palliativversorgung in dem jeweiligen Land beziehungsweise der jeweiligen Region:

1. Identifikation von Schlüsselpersonen oder Organisationen, die Interesse am Ausbau der Palliativversorgung in der Primärversorgung haben, z.B. hausärztliche Fachverbände, palliativmedizinische Spezialisten.
2. Nutzung der Datenbank der „EAPC Taskforce in Primary Palliative Care“, um Kollegen zu kontaktieren, die vielleicht dazu in der Lage sind, eine gezielte Beratung in Bezug auf bestimmte Aspekte zu bieten.
3. Bemühungen um Verbesserungen in den vier Bereichen des skizzierten WHO Public Health-Modells [4], um ein ausgewogenes Versorgungssystem zu schaffen. Auswertung der in diesem Papier skizzierten Ressourcen und Quellen, um potenzielle Handlungsansätze herauszuarbeiten, die für Ihr Gebiet relevant sind.
4. Beteiligung an Forschungsprojekten (z.B. Bedarf an und Effekte von Palliativversorgung in der Primärversorgung).

Interessenkonflikte: Der Autor ist Mitglied der Taskforce Primary Palliative Care der European Association for Palliative Care (EAPC).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Nils Schneider, MPH
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511 532-2744
schneider.nils@mh-hannover.de

Literatur

1. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organization/Primarycare.aspx> (letzter Zugriff am 01.08.2014)
2. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=eGslUTKJxhs%3D&tabid=1871> (letzter Zugriff am 01.08.2014)
3. Schneider N. Primärversorgung von Menschen am Lebensende. Internationale Task Force erarbeitet Empfehlungen. Z Allg Med 2012; 88: 138–139
4. Sternsward J, Foley K, Ferris F. The public health strategy for palliative care. J Pain Symptom Manage 2007; 33: 486–493
5. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care 2013; 3: 444–451
6. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/OpioidaccessibilityEurope.aspx> (letzter Zugriff am 01.08.2014)

Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin



Einladung zur Mitgliederversammlung

Zeit: Freitag den 07. 11. 2014 um 18:00 Uhr

Ort: Tagungshotel Franz, Steeler Str. 261, 45138 Essen
Ein Bettenkontingent für GHA Mitglieder ist abrufbar

Tagesordnung:

TOP 1:	Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit
TOP 2:	Genehmigung der Tagesordnung mit evtl. Anträgen Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung 2013
TOP 3:	Bericht aus dem Vorstand
TOP 4:	Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
TOP 5:	Entlastung des Schatzmeisters und des Vorstandes
TOP 6:	Vorstellung der neu aufgenommenen Mitglieder
TOP 7:	Berichte aus den Fakultäten – Was gibt es Neues?
TOP 8:	Verschiedenes

Hinweisen möchten wir schon hier auf das Seminar Lehre und Didaktik am Samstag 8.11.14 im Lehrgebäude der Medizinischen Fakultät u.a. mit Workshops zu folgenden Themenkreisen:

- Das Ansprechen schwieriger Themen – Vermittlung im studentischen Unterricht
- Diagnostische Entscheidung in der Allgemeinmedizin: Lehrinhalte und Formate
- POL-Planspiel: Lösungsstrategien für die Akquise und Pflege geeigneter Lehrpraxen

Parallel dazu wird ein ganztägiger Prüferworkshop für die letzte Staatsexamensprüfung angeboten.

Ein Bus-Shuttleservice ist eingerichtet

Nähere Informationen: www.gha-info.de