

Dr. rer. nat. Susanne Pedersen

Palliativmedizin

Eine wichtige Stütze für menschenwürdiges Leben

Im Jahr 2005 bekam die politische Diskussion zum Thema „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ eine Initialzündung durch den Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“. [1] Das Leistungsspektrum der Kassen wurde mit der Gesundheitsreform 2007 erweitert. Die geriatrische Rehabilitation wurde Pflichtleistung, die Palliativversorgung wurde ebenfalls verbessert. Es gibt einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Patienten, damit der Weg aus dem Krankenhaus nicht direkt ins Pflegeheim führt, wie es häufig der Fall ist. Im Bereich der Palliativmedizin sind so genannte „Palliativ Care Teams“ zugelassen, die aus ärztlichem und pflegerischem Personal bestehen können. Kinderhospize werden besser unterstützt. [2] Die Gesetzesänderung findet Anklang, geht aber den Beteiligten nicht weit genug.

Grundlagen und Definitionen

Definition palliative Betreuung

Palliative Behandlung hat keinen heilenden oder vorbeugenden Charakter. Sie dient der Linderung der Beschwerden eines Menschen. Wird bei einem Patienten eine medizinische Maßnahme durchgeführt, die nicht die Herstellung normaler Körperfunktionen zum Ziel hat, sondern in Anpassung an die physiologischen Besonderheiten des Patienten dessen Zustand lediglich stabilisiert und optimiert, spricht man von einer palliativen Maßnahme [3]. Dies kann beispielsweise bei einer nicht korrigierbaren angeborenen Fehlbildung sein, deren Einschränkungen durch operative Eingriffe reduziert, diese selbst aber nicht beseitigt werden – auch ohne dass dies dabei eine Auswirkung auf die Lebensdauer haben muss. Und auch bei der Versorgung von Unfallopfern kann nicht jede Verletzung geheilt (im Sinne von Wiederherstellung des vorherigen Zustands) werden, sondern es muss mit den verbliebenen Ressourcen eine optimale Basis für das weitere Leben geschaffen werden.

Nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität, also die Wünsche, Ziele und

das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

Zur palliativen Betreuung gehören die Palliativmedizin, die palliative Pflege und die psychosoziale und seelsorgerische Betreuung. Wesentliche Komponenten der Palliativmedizin sind Symptomkontrolle, psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit und Sterbebegleitung.

Palliativpflege

Der Begriff Palliativpflege wird oft als Synonym für den internationalen Begriff verwendet. Dieser Begriff betrachtet die Teilaspekte des pflegerischen Fachwissens sowie das Vorgehen im Rahmen der Palliativbetreuung. Die Besonderheit der Palliativpflege liegt in der Eingrenzung auf wenige Krankheitsbilder (meist Tumorerkrankungen) in der letzten Lebensphase. Sterbebegleitung ist häufig ein wesentlicher Bestandteil der Palliativpflege.

Ziel der Palliativpflege ist „die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“. (WHO 2002)

Ziele der Palliativmedizin

Palliativmedizin ist keine Sterbemedizin.

Die palliativmedizinischen Methoden und Einstellungen sind auch in früheren Stadien der

Erkrankung gefordert, zum Teil schon sobald die Diagnose bekannt ist. Ziel ist es, dem Patienten ein beschwerdefreies (z. B. schmerzfreies) Dasein zu ermöglichen. Palliativmedizin bejaht das Leben und ist gegen eine Verkürzung, allerdings auch gegen sinnlose Therapieversuche, die den Patienten belasten und verhindern, dass der Patient die verbleibende Lebenszeit optimal nutzen kann. Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben!

Nach Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Palliativmedizin gilt, wurden folgende Prinzipien aufgestellt:

- Die Behandlung des Patienten erfolgt in der Umgebung seiner Wahl (ambulant, stationär, zuhause, Pflegeheim o. a.).
- Die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam werden beachtet (ganzheitlicher Ansatz).
- Es gilt der Grundsatz „high person, low technology“, d. h. das Menschliche tritt in den Vordergrund, das medizinisch, mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund. Ziel der Therapie ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.
- Die individuelle Behandlung jedes Patienten erfolgt durch ein multidisziplinäres Team.
- Offenheit und Wahrhaftigkeit sind Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten.
- Die Symptomkontrolle (Schmerzen, Durst, Luftnot u. a. Symptome) erfolgt durch Spezialisten.
- Fachliche Pflege durch speziell geschulte Pflegekräfte.
- Ehrenamtliche werden in die Behandlung integriert.
- Das Behandlungsteam wird zentral koordiniert.
- Die kontinuierliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen dauert an bis zum Tod bzw. bis in die Trauerzeit hinein.
- Bejahung des Lebens, Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse.



Dr. rer. nat. Susanne Pedersen

Studium der Wirtschaftsmathematik in Ulm, seit 1999 in eigener Praxis als Heilpraktikerin mit den Schwerpunkten Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Orthomolekulare Medizin und Dorntherapie tätig. Adipositastherapie mit dem forever-young-Konzept. Durch

enge Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis ihres Mannes Dr. med. dent. Jürgen Pedersen Einbeziehung von Zähnen und zahnärztlichen Werkstoffen in Diagnostik und Therapie. 2005 Promotion in Medizininformatik zum Dr. rer. nat. mit dem Schwerpunkt „Interoperabilität im Gesundheitswesen“. Sie betreut in CO'MED die ständige Rubrik „Gesundheitspolitik“.

Kontakt:

Quellental 2, D-26340 Neuenburg
Tel.: 04452 / 1299
praxis@drpedersen.de, www.drpedersen.de

- Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen

Historische Entwicklung der Palliativmedizin

Die Linderung des Leidens und die Unterstützung des Patienten stand auch früher schon im Zentrum der Aufgaben des Arztes, wie ein französisches Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert zusammenfasst: *Guerir – quelquefois, soulager – souvent, consoler – toujours* (Heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer). In den Hospizen wurden Kranke und Bedürftige versorgt und oft auch bis zum Tod begleitet. Mit der Entwicklung der modernen Medizin ist jedoch die Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen zunehmend einseitiger geworden. Medizinische Maßnahmen werden oft noch angeboten, auch wenn nur noch winzige oder gar keine Erfolgsaussichten mehr bestehen. Aber oft werden auch die Patienten mit ihren Symptomen und ihrer Angst vor Sterben und Tod alleine gelassen. Vor diesem Hintergrund wurde 1967 von Cicely Saunders in London das St. Christopher's Hospiz gegründet, das die Keimzelle der modernen Palliativmedizin darstellt. Auch die erste deutsche Palliativstation, die 1983 an der Kölner Universitätsklinik entstanden ist, wurde stark vom St. Christopher Hospiz beeinflusst.

Viele Einrichtungen der palliativen Pflege beziehen Angehörige systematisch in die Arbeit ein, da sie die Lebensqualität der Patienten stark beeinflussen können. Häufig werden sie auch noch nach dem Tod der Patienten weiter begleitet. Mittlerweile existieren mehr als 200 Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland. Allerdings ist der Bedarf damit bei weitem noch nicht gedeckt. Die Bundesärztekammer hat im März 2003 Palliativmedizin als Zusatzweiterbildung eingeführt. Professuren für Palliativmedizin sind in Aachen, Bonn, Köln, München und Göttingen eingerich-

tet worden. In einigen deutschen Bundesländern (z. B. NRW) gibt es Bestrebungen, flächendeckend ambulante Palliativdienste anzubieten.

Praxis der Palliativmedizin

Schmerztherapie

Viele Tumorpatienten leiden in fortgeschrittenen Krankheitsstadien unter Schmerzen, Müdigkeit, Schwäche und anderen Symptomen. Diese Beschwerden können so belastend sein, dass das Leben unerträglich scheint. Mit Medikamenten, physikalischen Maßnahmen und anderen Therapien können die-

se Beschwerden soweit gelindert werden, dass das Erleben nicht nur auf das Leiden eingeschränkt ist. Wieder andere Gedanken und Tätigkeiten sind möglich, und die restliche Lebenszeit wird wieder als lebenswert empfunden. Für die Schmerzbehandlung haben sich die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation bewährt, nach denen die Schmerzmittel durch den Mund (orale Applikation), nach der Uhr (als Dauertherapie, nicht nur Bedarfsmedikation) und auf der Leiter (nach der Stufenleiter der WHO) eingesetzt werden. Die analgetische Stufenleiter empfiehlt bei leichten Schmerzen Medikamente der Stufe 1 (Nichtopioid wie z. B. Metamizol), bei mittelstarken bis starken Schmerzen Medikamente der Stufe 2 (schwache Opioid wie z. B. Tramadol in Kombination mit Nichtopioiden) und in der Stufe 3 die starken Opioid in Kombination mit Nichtopioiden. Ähnliche Stufenpläne können auch für andere Symptome wie z. B. Luftnot oder Übelkeit vorgeschlagen werden. Palliativmedizin beschränkt sich aber nicht auf die Behandlung der körperlichen Symptome, sondern nimmt auch die psychologischen, sozialen und spirituellen Probleme der Patienten und ihrer Angehörigen auf.

Teamarbeit

Die umfassende Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen erfordert ein Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten und Seelsorgern. Neben den hauptamtlichen Mitarbeitern ist die Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern besonders in der Hospizbewegung wichtig. Zwar kommt Palliativmedizin bei den meisten Patienten mit wenig technischen Maßnahmen aus, der personelle und zeitliche Aufwand ist dafür umso größer. Wichtig ist dabei, die unterschiedlichen Erfahrungen und Schwerpunkte der unterschiedlichen Berufsgruppen gelten zu lassen und daraus gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen ein individuelles Behandlungsziel für jeden Patienten zu finden.

Organisation

Palliativmedizin soll jedoch nicht auf die Palliativstationen und Hospize beschränkt bleiben. In der ambulanten und stationären Versorgung engagieren sich an vielen Stellen Ärzte, Pflegekräfte und Andere in der Betreuung von schwerkranken Patienten mit unheilbaren Erkrankungen. Die Schaffung von Strukturen, mit denen eine palliativmedizinische Betreuung an diesen Stellen möglich ist, z. B. durch Vernetzung, Kooperationen oder Teambildungen, ist eine der Herausforderungen der Palliativmedizin. Die erst ansatzweise erfolgte Etablierung der Palliativmedizin an den Universitäten muss dringend weiter geführt werden, damit in späteren Jahren jeder Arzt zumindest die Grundzüge der Palliativmedizin im Medizinstudium erlernt hat.

Gestaltung durch das Sozialgesetzbuch

Kostenübernahme durch Krankenversicherung

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) mit dem 1. April 2007 zur Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Finanzierung der palliativmedizinischen Versorgung erfolgt zurzeit aus unterschiedlichen Quellen. Die Palliativstationen werden entweder wie andere Krankenhausabteilungen nach Fallpauschalen (DRG) finanziert oder als besondere Einrichtungen nach Tagessätzen, die vom jeweiligen Krankenhaus mit den Kostenträgern frei verhandelt werden. Dementsprechend kann nur ein Teil der Palliativstationen kostendeckend arbeiten. Die stationären Hospize werden über Krankenversicherung, Pflegeversicherung und über einen Eigenanteil des Hospizes, der in der Regel über Spenden eingeworben wird, finanziert.

Im ambulanten Bereich wird von den Krankenkassen die Hospizbetreuung unterstützt, indem seit 2004 Koordinationsstellen für Hospizdienste finanziert werden. Die ärztliche und pflegerische Betreuung ist allerdings bis jetzt nicht in der Regelversorgung vorgesehen, so dass hier nur einzelne Modellprojekte existieren. An vielen Stellen sind Kostenvereinbarungen zur integrierten Versorgung getroffen worden, mit sehr unterschiedlichen Finanzierungs- und Versorgungsmodellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mittlerweile an mehreren Stellen Finanzierungsvereinbarungen im Rahmen des Hausarztvertrages abgeschlossen, mit denen niedergelassene Ärzte eine kontinuierliche Betreuung der Palliativpatienten vornehmen können. Für die ambulanten Pflegedienste werden seit kurzem Verträge mit den Krankenkassen angeboten, in denen Pauschalbeträge für die Grund- und Behandlungspflege von Palliativpatienten ab-

gerechnet werden können, wenn die entsprechenden Qualifikationen beim Pflegedienst vorliegen.

Dienstleister in der Palliativmedizin

Die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als Leistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ins Sozialgesetzbuch V (SGB V) wird von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sehr begrüßt. [4] So sollen im Jahr 2007 80 Millionen Euro (mit deutlich steigender Tendenz in den Folgejahren) für die Verbesserung der ambulanten Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zur Verfügung gestellt werden. Diese Summe steht wirklich zusätzlich zu dem Vergütungsrahmen für niedergelassene Ärzte zur Verfügung. Zustimmung findet auch, dass die palliativen Leistungen von Krankenhäusern und Heimen sektorenübergreifend angeboten bzw. von qualifizierten Krankenhausärzten verordnet werden können. Eine Weiterverwendung nicht gebrauchter Betäubungsmittel von verstorbenen Patienten in Heimen und Hospizen, die durch eine Novellierung der entsprechenden Verordnung möglich gemacht werden soll, ist aus Sicht der DGP erfreulich. Diese Änderung müsste aber auch für die Arbeit der ambulanten Teams in der spezialisierten Palliativversorgung gelten, da sich vor allem hier Probleme zeigen, die durch eine geänderte Verordnung gemindert werden könnten. Auch der Einspareffekt wäre deutlich.

Die Möglichkeiten für die Palliativversorgung nach SGB geht der DGP aber nicht weit genug. So müsste auch die Einbindung anderer Berufsgruppen wie beispielsweise Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger möglich sein. Psychosoziale, spirituelle Leistungen sowie Trauerbegleitung könnten nicht ausschließlich ergänzend erbracht werden. Für missverständlich hält die DGP, dass die Konsiliarleistungen für die Leistungserbringer der Primärversorgung als Kann-Leistung formuliert wurden.

Sehr bedauert wird, dass eine Verbesserung der stationären palliativmedizinischen Versor-

gung nicht einmal thematisiert worden ist. So ist weder die kostendeckende Finanzierung von Palliativstationen noch das Angebot konsiliarischer palliativmedizinischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern gesichert. Nur ein Viertel aller Palliativstationen ist in Deutschland als „Besondere Einrichtung“ anerkannt, die zudem durch die Kostenträger stark unterschiedlich finanziert werden.

Die Deutsche Hospiz Stiftung, die als Patientenschutzorganisation für Schwerstkranker und Sterbende die Sicht der Betroffenen im Fokus hat, stößt sich beispielsweise an der zusätzlichen Genehmigungspflicht durch die Krankenkassen, die nach einer ärztlichen Verordnung nötig wird. [5] Dies bereitet den Weg für Verzögerungen und Versorgungslücken. Ein Patient, der schwerkrank aus dem Krankenhaus in den häuslichen Bereich zurückkehrt, kann die palliativen Leistungen erst dann bekommen, wenn die Krankenkasse dies genehmigt hat und nicht sofort nach der Verordnung durch den Krankenhausarzt. Aus meiner Sicht ist dies nicht tragbar und menschenunwürdig.

Erst kommt die Wanze und dann die Wanzenordnung!

Sorge bereitet der Hospiz Stiftung auch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen außerordentlich großen Präzisierungsspielraum besitzt. Auch wird ein Mitbestimmungsrecht für die maßgeblichen Organisationen gefordert, damit die auf die Palliativversorgung bezogenen Richtlinien erst beschlossen werden, nachdem sachverständige Akteure ihre Einschätzung gegeben haben. Stark bemängelt wird eine fehlende Basis für die Arbeit im stationären Bereich.

Fazit

Wirklich positiv ist, dass das Thema Palliativversorgung einmal deutlich thematisiert wird und endlich durch die Krankenkassen zumindest im ambulanten Bereich eine deutliche Unterstützung erfährt. War es doch bisher so, dass der Patient zuhause oder im Krankenhaus ohne zusätzliche Unterstützung im „Nor-

malbetrieb“ mitversorgt wurde. Angehörige stehen oftmals hilflos vor der Situation, wie sollte es auch anders sein. In unserem Kulturkreis ist der Umgang mit dem Sterben und dem Tod vielfach tabuisiert und dadurch schwierig. Eine enge religiöse Verwurzelung ist für Betroffene oftmals die beste Hilfe. Auch sind viele Hausärzte mit den Geheimnissen moderner Schmerztherapie überfordert, die gerade in Deutschland lange Zeit ein Schattendasein gefristet hat. Nicht umsonst gibt es endlich eine umfangreiche Facharztausbildung für den Bereich der Palliativmedizin sowie mehr Lehrstühle an den Universitäten.

Menschenwürdig den letzten Weg zu gehen, gehört zu den „Kernkompetenzen“, die eine Kultur aufweisen sollte.

Schön, dass eine solche Versorgung verstärkt beachtet wird. Perfekt wäre es, wenn auch die complementären Ansätze zur Schmerztherapie ihren festen Platz in der Palliativmedizin finden könnten.



Literaturhinweise

1. Gesetz zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen (Palliativleistungs-gesetz – PallLG), Gesetzentwurf mit Begründung, Deutsche Hospiz Stiftung, 23. Mai 2006.
2. Pedersen, Susanne: Die Gesundheitsreform 2007, CO'MED 4/2007.
3. Palliativmedizin. Wikipedia-Enzyklopädie, <http://de.wikipedia.org/wiki/Palliativmedizin>, 28.10.2007
4. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Palliativversorgung im Gesetzentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG), Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 0129(21), 2.11.2006.
5. Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WStG, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 0129 (2), 31.10.2006