

Von der Kuration zur Palliation?

Symposium zur Palliativmedizin macht Nachholbedarf in Deutschland deutlich – „Sterbehilfe ist Bankrotterklärung eines Systems“

von Jürgen Brenn

Die Palliativmedizin muss größere Bedeutung im bundesdeutschen Gesundheitswesen bekommen“, forderte Professor Dr. Eberhard Klaschik auf dem Symposium „Palliativmedizin: Der Stellenwert im Gesundheitssystem“ kürzlich in Königswinter. Der Inhaber des einzigen deutschen Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Bonn lobte die Erfolge, die in der kurzen Geschichte der Palliativmedizin in Deutschland erzielt werden konnten. Gleichzeitig forderte er die Kostenträger dazu auf, nicht mehr als „Bremsen“ zu fungieren und die Versorgung von Patienten im Stadium des Sterbens in die Regelversorgung aufzunehmen.

Flächendeckender Versorgungsaufbau

Vor allem fehle ein flächendeckendes Angebot an Palliativstationen und Hospizen mit qualifizierten Ärzten und Pflegepersonal (*siehe auch Rheinisches Ärzteblatt 2/2002 S. 11ff*). „Die weißen Flecken auf der Landkarte müssen weg“, verlangte Klaschik: „Wir brauchen den Mut zu Primärinvestitionen.“ Die Palliativmedizin sei eine „zwingende Notwendigkeit“ für Patienten und keine „Schickimicki-Medizin“. Sie



Professor Dr. Eberhard Klaschik: „Wir brauchen den Mut zu Primärinvestitionen.“
Foto: Malteserkrankenhaus, Bonn

solle als Basisversorgung verstanden werden. Mit Blick auf die Euthanasie-Diskussion und die Gesetzgebung in Belgien und Holland stellt der Bonner Mediziner fest: „Sterbehilfe ist eine Bankrotterklärung eines Systems.“

Die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender wird in Zukunft immer wichtiger. Die Zahl alter Menschen wird sich bis zum Jahr 2040 verdoppeln und Krebs mit einem 40-prozentigen Anteil aller Todesfälle die Todesursache Nummer eins werden, sagt Professor Dr. Dietrich Kettler. Der Direktor der Anästhesiologischen Abteilung der Universitätsklinik in Göttingen sieht auch andere unheilbare Krankheiten mit chronisch-langdauerndem Verlauf zunehmen. Die Palliativmedizin solle als flankierendes Versorgungskonzept am Lebensende vorgesehen werden.

Bedarf an Palliativbetten

Wie groß der Nachholbedarf in Deutschland ist, demonstrierte Kettler an aktuellen Zahlen. Derzeit versorgen nach seinen Angaben 74 Palliativstationen und 94 Hospize rund 115.000 Patienten im Jahr. Die Liegezeit beträgt rund 13 Tage und ist damit deutlich höher als auf anderen Stationen. Der Mediziner schätzt, dass 50.000 bis 80.000 Patienten jährlich palliativer Betreuung bedürfen. Der Bedarf an Palliativbetten bezifferte Kettler auf 50 bis 60 Betten pro einer Million Einwohner. „Heute steht ein Zehntel davon zur Verfügung“, so der Göttinger Professor. Die Kosten für adäquate ambulante

und stationäre Versorgung von 80.000 Palliativpatienten bezifferte Kettler auf rund 660 Millionen Euro jährlich. Das würde eine Verzehnfachung der Ausgaben der Krankenversicherungen im Vergleich zu 1999 in diesem Bereich bedeuten.

Problem DRG?

Ein großes Problem sieht Kettler mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen auf die Palliativstationen zukommen. Zum einen liegen die sterbenden Patienten länger auf der Station als die anderen Patienten. Zum anderen hat die Palliativmedizin ein anderes Behandlungsziel als der kurative Bereich. Kettler befürchtet, dass die Versorgung sterbender Menschen unter die finanziellen Räder des neuen Systems kommen könnte, weil die Palliativmedizin eben nicht die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten zum Ziel hat.

In der Finanzierungsfrage fordert Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, dass mehr Geld für die Palliativversorgung zur Verfügung gestellt werden müsse. „Die Bevölkerung ist bereit, für gute Leistung auch zu zahlen“, so Hoppe. Er hält es für unerlässlich, die Palliativmedizin in die Regelversorgung aufzunehmen. Gleichzeitig müssten die Leistungen der Palliativmedizin deutlicher in das öffentliche Bewusstsein gerückt werden. Die Ärzteschaft werde auf dem kommenden Ärztetag in Köln die Palliativmedizin in die Musterweiterbildungsordnung aufnehmen und darauf hinwirken, dass sie auch in der Approbationsordnung mehr Gewicht erhält, kündigte der Ärztepräsident an.

70 Prozent zu Hause versorgen

In den zahlreichen Projekten zur Palliativmedizin konnte gezeigt



Professor Dr. Dietrich Kettler sieht mit den DRGs Probleme auf die Palliativmedizin zukommen.
Foto: bre

werden, dass bis zu 70 Prozent der Patienten zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung palliativ versorgt werden können, berichtete Dr. Thomas Schindler. Er ist Konsiliararzt im NRW-Projekt „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“ und arbeitete vorher in Berliner Projekten. Die Pflege zu Hause sei für die Patienten wichtig und könne dazu beitragen, Kosten zu sparen. Schindler beziffert die Netto-Ersparnis durch vermiedene Krankenhauseinweisungen und eine kürzere Verweildauer in der Klinik auf knapp 15 Millionen Euro für Nordrhein-Westfalen und auf etwa 61,9 Millionen Euro für ganz Deutschland. Damit ein so hoher Anteil der Palliativpatienten häuslich gepflegt werden kann, muss ein Netz ambulanter Palliativpflege-dienste aufgebaut werden, wie sie in verschiedenen Modellprojekten erprobt worden sind. Zum Beispiel das Berliner Projekt „Home Care“ war ein rein ärztliches Angebot, das konsiliarisch und versorgend tätig war.

Daneben hält Schindler auch ambulante Palliativdienste für nötig, die im pflegerischen Bereich beratend und versorgend tätig sind. Auch diese Versorgungsform sowie Mischformen seien in Modellversuchen erfolgreich erprobt worden. In Nordrhein-Westfalen läuft noch bis Ende des Jahres das Projekt „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“ unter der Leitung von Professor Klaschik. Träger sind die Universität Bonn und ALPHA Rheinland, eine mit Landesmitteln geförderte Ansprechstelle zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Niedergelassene Haus- und Fachärzte können sich in Fragen der häuslichen Betreuung schwerstkranker Menschen durch einen spezialisierten Kollegen telefonisch beraten lassen (*Internet: www.alpha-nrw.de*). Langfristig sollen flächendeckend regionale Ansprechpartner bereit stehen, die im Bedarfsfall auch konsiliarische Besuche übernehmen könnten. Eine enge Kooperation mit bestehenden Qualitätszirkeln ist vorgesehen. Daneben zielt das Projekt auf Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte.

Definition: Palliativmedizin

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Das Hauptziel ist, eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Ob und wie das NRW-Projekt im kommenden Jahr weitergeführt wird, ist eine Frage an die Kostenträger. Zum Beispiel sei „Home Care“ in Berlin versandet, weil sich die Kostenträger nicht einigen konnten. Die Palliativmedizin passe nicht ins System, resümiert Schindler die Erfahrungen in Berlin. Die Patienten würden zwischen dem SGB V und dem SGB XI hin und her geschoben.

Individuelle Bedürfnisse der Patienten

Eine effektive Schmerztherapie und die Behandlung von Symptomen wie Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Atemnot, Depression oder Angst sind die medizinischen Grundlagen für eine erfolgreiche Palliativbehandlung. Dr. Thomas Schindler bezeichnet Schmerzen als „dankbare Symptome“, weil sie sehr gut behandelbar seien. Das gelte auch für andere Symptome, wie etwa Erbrechen und Übelkeit. Allerdings umfasst die Palliativmedizin nicht nur den medizinischen Aspekt. Qualifizierte Pflegekräfte spielen eine herausragende Rolle, so der Palliativmediziner Klaschik.

„Eine adäquate Begleitung der Patienten und Angehörigen erfordert ganz bestimmte pflegerische Grundvoraussetzungen“, betont die leitende Krankenschwester der Palliativstation am Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg, Astrid Conrad. Dazu zählt sie Kenntnisse in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, die Bereitschaft zur bewussten Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer, Grund-

kenntnisse der Gesprächsführung, die individuelle, symptomorientierte Pflege oder die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen. Besonders der Hilflosigkeit der Angehörigen könne begegnet werden, wenn sie sich an der Pflege des Sterbenden beteiligen können und zum Beispiel die Mundpflege und -befeuchtung übernehmen. Dabei würden sie oftmals kreative Ideen entwickeln. Conrad berichtete von einem Mann, der für seine schwer kranke Frau eingefrorene Sauerkirschen von zu Hause mitbrachte. Die Patientin bekam ein Stück „Zuhause“ zurück, das gleichzeitig den Speichelfluss anregte.

Palliativmedizin als gesellschaftliche Aufgabe

Qualifizierte Ärzte, Pfleger, psychologische Betreuer und Seelsorger sind wichtige Akteure, die eine palliative Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sicherstellen. Um die Patienten adäquat versorgen zu können, müssen die Strukturen im ambulanten und stationären Sektor flächendeckend aufgebaut werden. Darüber waren sich die Referenten des Symposiums einig. Gleichzeitig müsse sich in der Gesellschaft durch Aufklärung über die Möglichkeiten der Palliativmedizin die Erkenntnis durchsetzen, dass ein funktionierendes palliativmedizinisches System eine humane Alternative zu Euthanasie und aktiver Sterbehilfe darstellt. Sterbende, deren Schmerzen und Symptome auf ein erträgliches Maß reduziert werden konnten, haben in den weit überwiegenden Fällen nicht (mehr) das Bedürfnis nach aktiver Sterbehilfe, sondern sehen die ihnen verbleibende Lebenszeit als geschenkte, sinnvolle Periode vor dem Tod. Das Sterben wird in der finalen Phase als zum Leben dazugehörig empfunden.



*Dr. Thomas Schindler:
Die ambulante
Versorgung könnte
Kosten sparen.
Foto: bre*