

Kooperation und Qualitätssicherung in der Palliativmedizin

8. Hospiz- und Palliativtag in Biberach am 6.3.2010

Herkömmliche medizinische Behandlungsangebote für unheilbar kranke und sterbende Menschen werden vielfach von den Patienten und ihren Familien als unzureichend erlebt, da quälenden körperlichen und seelischen Krankheitssymptomen nicht ausreichend begegnet werden kann. Unsere westliche Medizin hängt einem kurativen Paradigma an mit dem noch bis vor einigen Jahren vorherrschenden Verständnis, dass Krankheit eine Abnormität darstellt, die durch Heilung normalisiert werden muss. Leiden, Sterben und Tod wurden hiernach kaum akzeptiert und sind in Medizin und Gesellschaft tabuisiert. Bei Krankheiten jedoch, die sich der Heilung entziehen, gelangt dieses Modell an seine Grenzen.

Entwicklung der internationalen Hospiz- und Palliativbewegung

Neue Therapie- und Betreuungskonzepte, die aus der internationalen Hospizbewegung hervorgegangen sind, haben als Palliativmedizin Einzug in die Schulmedizin gefunden. Im Großbritannien der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelte die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders die moderne Hospizbewegung als ein umfassendes Versorgungskonzept. International stehen Hospizversorgung- und Palliative Care als gleichbedeutende Überbegriffe für ein ganzheitliches Hilfskonzept, dessen Bogen sich von der Schul- und Palliativmedizin bis hin zur ehrenamtlichen psychosozialen Begleitung spannt. Hierbei arbeiten Fachleute aus Medizin, Pflege, psychosozialen und spirituellen Berufen Hand in Hand mit ehrenamtlichen Sterbebegleitern. In Deutschland wird die Hospizidee oft enger als ehrenamtliche und spirituelle Sterbebegleitung verstanden.

Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu einer 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 (WHO 1996)

Differenzierung in Hospizbewegung und Palliativversorgung in Deutschland

In Deutschland wurden die Grenzen der kurativen Medizin 1989 von dem Internisten Paul Schölmerich aufgezeigt: „Der betriebsmäßige Charakter des Krankenhauses verstärkt die Tendenz zur kurativen Medizin und lenkt dadurch die Aufmerksamkeit vom kranken Menschen selbst weg“.

Palliativ- und Hospizbewegung entwickelten sich als Zweisäulenmodell nebeneinander. An den Krankenhäusern wurden Palliativstationen eingerichtet, in denen das Ziel einer effektiven Schmerztherapie und Symptomkontrolle ebenso erreicht werden kann wie eine physische und psychische Stabilisierung der Patienten. Auch die Familien werden beraten, unterstützt und mit in die Behandlung einbezogen. Das Ziel der Entlassungen in die häusliche Umgebung ist in etwa der Hälfte der Fälle möglich.

Unabhängig hiervon entstanden in der Bevölkerung Hospizinitiativen und -dienste, die die Betreuung Sterbender in der häuslichen Umgebung durchführen und ihre Wurzeln oft im kirchlichen Bereich haben.

Aufgrund struktureller Verschiedenheiten von Hospizen und Palliativstationen unterscheiden sich auch die angesprochenen Patientengruppen: Hospizpatienten sind idealerweise stabil eingestellt, der Schwerpunkt der Betreuung liegt auf der qualifizierten pflegerischen Versorgung und der psychosozialen und spirituellen Begleitung. Palliativpatienten hingegen sind oft symptomgeplagt, bedürfen ständiger palliativmedizinischer und –pflegerischer Unterstützung sowie der Möglichkeit, bei plötzlich auftretenden Symptomverschlechterungen akut einzugreifen.

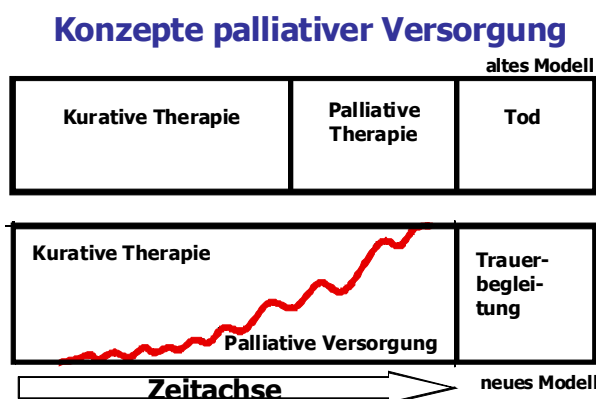
Obwohl sich mittlerweile die Hospiz- und Palliativbewegungen in ihren Dachverbänden angenähert haben und ergänzend verstehen, werden von manchen Hospizvordenkern fundamentale Unterschiede propagiert. Prof. Dörner, Psychiater im Ruhestand und Protagonist der Hospizbewegung befürchtet, „dass das Profihilfeteilsystem (Palliativmedizin und –pflege, Anmerkung) ständig interessenbedingt versucht ist, das Bürgerhilfeteilsystem (Hospizbewegung, Anmerkung) zu verdrängen oder zu dominieren, zumal wenn die Profis nicht mehr vom Gemeinwohlprinzip, sondern vom marktbedingten Eigennutz gesteuert sind.“ Neben Dörner gibt es einige weitere Kapazitäten der Hospizszene, die den ideologischen Differenzen von Palliativmedizin und Hospizbewegung das Wort reden. Der Autor dieses Artikels weist darauf hin, dass Palliative Care weitgehend als Integration von Hospizidee und Palliativmedizin angesehen wird und Abgrenzungen die Diskussion nicht konstruktiv befruchten.

Das Gesamtkonzept Palliative Care: Kooperation von Medizin und Ehrenamt

Palliative Versorgung ist ein verbundenes Miteinander in einem multiprofessionellen Team von Medizin, Pflege und psychosozialer Begleitung im Haupt- und Ehrenamt. Das Ziel ist, Schwerkranken und Sterbenden eine Verbesserung der Lebensqualität und die Erhaltung von Selbständigkeit und Würde zu ermöglichen. Die Konzepte palliativer Versorgung sehen heute ein Ineinandergreifen von kurativen und palliativen Möglichkeiten vor.

Gemeinhin war über das Sterben in deutschen Krankenhäusern früher bekannt, dass es oft im Verborgenen und abseits der medizinischen Aufmerksamkeit ablief. Kommunikationsprobleme innerhalb der medizinischen Versorgung sowie zwischen Arzt und Patient erschwerten die Situation. Während die Entscheidung zwischen dem medizinisch Machbaren und dem menschlich Sinnvollen in der Vergangenheit hauptsächlich den Ärzten oblag haben gesellschaftliche Entwicklungen dazu geführt, dass autonome und aufgeklärte Patienten die

medizinische Behandlung nun mitbestimmen, was sich sowohl in der Rechtsprechung als auch im ärztlichen Selbstverständnis abzeichnet. Die Palliativversorgung räumt das Missverständnis aus, dass der Verzicht auf vermeintlich lebensverlängernde Therapie ein Aufgeben des Patienten, ein 'nichts mehr für ihn tun können', bedeutet. Stattdessen zeigt sie, dass sich kausale und symptomorientierte Behandlungen ergänzen und ineinandergreifen, bis zu einem Zeitpunkt, an dem die alleinige symptomatische



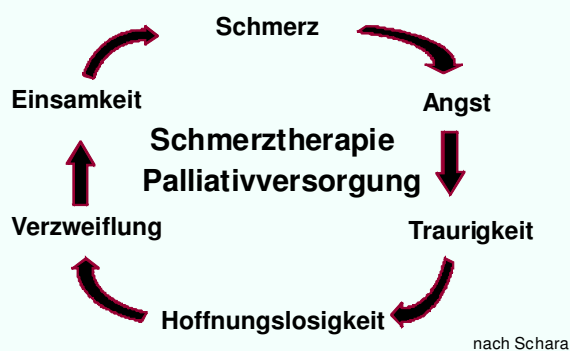
Therapie zusammen mit menschlicher Zuwendung im Vordergrund der Begleitung steht.

Eine suffiziente Schmerztherapie, die Behandlung belastender körperlicher und seelischer Symptome, eine befriedigende Kommunikation unter Einbeziehung des Patienten und seiner Familie in die therapeutischen Maßnahmen, ethische Erwägungen bei medizinischen Entscheidungen sowie die Unterstützung der Begleitung durch Ehrenamtliche sind Schnittmengen von Palliativmedizin und Hospizbewegung.

Bei Palliativpatienten entwickelt sich häufig im Terminalstadium eine Symptomspirale, bei der sich zahlreiche quälende Beschwerden gegenseitig verstärken wie in einem Teufelskreis, aus dem der Kranke ohne Behandlung nicht mehr herausfindet. Diesen Circulus vitiosus gilt es, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu durchbrechen, um die Lebensqualität der

Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern.

Lebensqualität, Schmerzen, Symptome: Die Schmerzspirale



Das Ziel der Palliativ- und Hospizidee ist die Versorgung des Schwerstkranken in einer humanen Umgebung und unter humanen Bedingungen, wobei einer Behandlung in der häuslichen Umgebung Priorität eingeräumt wird. Zu Hause in der vertrauten Umgebung können viele Patienten am ehesten selbstbestimmt leben und lieb gewordenen Gewohnheiten nachgehen.

Stationäre und ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich wird die Hauptversorgung des Erkrankten von seiner Familie übernommen, unterstützt durch den Hausarzt und bei Bedarf durch ambulante Pflege- und Hospizdienste. Stationäre Einrichtungen stehen im Hintergrund falls die ambulante Versorgung entgleist. Es zeigt sich allerdings, dass bei schweren palliativen Symptombildern die herkömmlichen Dienste oft an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen und ein gewisser Patiententeil einer Spezialbehandlung bedarf. Die Erfahrungen aus anderen Ländern und von einigen deutschen Modellprojekten zeigen, dass spezielle ambulante Palliativdienste hierbei die häusliche Situation stabilisieren können.

Bei besonderen Beschwerdekombinationen oder in schwierigen sozialen Umständen (z.B. Überforderung der Familie, Singlehaushalte etc.), in denen auch diese Spezialpflege in der häuslichen Umgebung nicht mehr ausreicht, können die Patienten stationär weiterbehandelt werden. Bei schweren Symptomentgleisungen bieten sich Palliativstationen an, bei psychosozialen und pflegerischen Problemen sind stationäre Hospize erste Wahl.

Mit der Gesundheitsreform von 2007 sind die gesetzlichen Grundlagen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt worden. Die Umsetzung erforderte komplizierte Abstimmungen zwischen den Palliativversorgern und den Krankenkassen. Anfang 2010 wurde ein Mustervertrag für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Baden-Württemberg abgeschlossen, so dass die Versorgung demnächst vielerorts beginnen kann. Allerdings ist eine flächendeckende Verbreitung zur Zeit noch nicht absehbar.

Das Schaubild zeigt Patienten, die von Palliativstationen in die häusliche Umgebung entlassen wurden und bei Symptomentgleisungen immer wieder stationär aufgenommen werden müssen (sogenannter Drehtüreffekt). Eine gut funktionierende ambulante Versorgung soll künftig nicht notwendige Krankenhauseinweisungen vermeiden helfen.

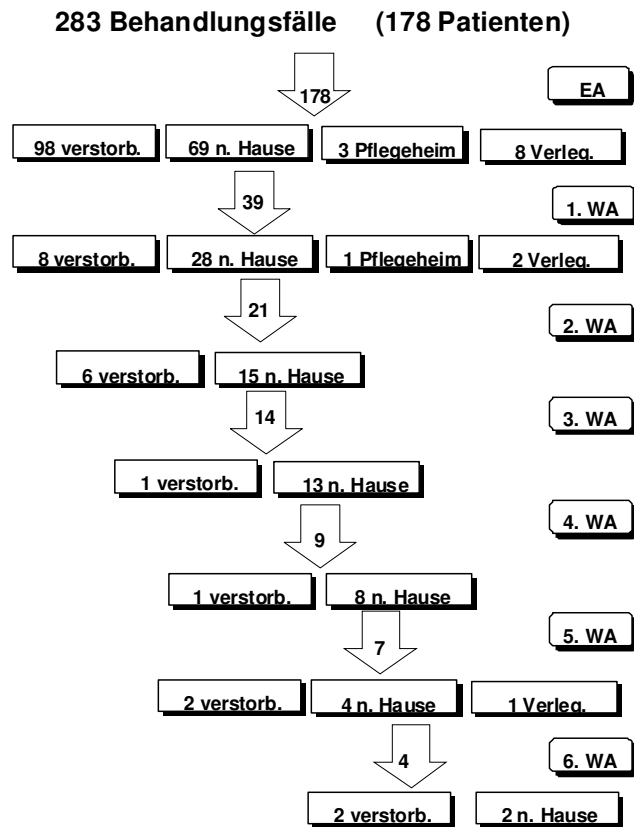


Abbildung: 283 Palliativstationäre Behandlungsfälle von 178 Patienten mit Erstaufnahmen (EA), 1. bis 6. Wiederaufnahme (WA) und jeweiligem Behandlungsausgang (Rechteck). 11 Behandlungsfälle der 7. bis 15. Wiederaufnahme sind nicht dargestellt. Für die Mehrzahl einmal entlassener Patienten werden wiederholte stationäre Interventionen notwendig nach dem Konzept: intervenieren, stabilisieren und entlassen. (Verleg.: Verlegungen in andere Akut-Abteilungen)

Qualitätssicherung zur Stärkung der Lebensqualität der Betroffenen

Die Qualität der palliativen Versorgung hängt von der Kompetenz und Empathie der Behandler und Begleiter ab sowie deren Einbettung in ein funktionierendes Netzwerk.

In der Palliativmedizin sind für die Aus-, Fort- und Weiterbildung Curricula von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Kooperation mit der Bundesärztekammer entwickelt worden. Für die studentische Lehre sind die: „Grundlagen der Palliativmedizin, Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin“ maßgeblich, für die ärztliche Weiterbildung die Zusammenstellung: „Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin mit den Abschnitten ‚Kurs-Weiterbildung‘ und ‚Fallseminar einschließlich Supervision‘ in welchen die Inhalte und das Training für die Zusatz-Weiterbildung geregelt werden. Die Vermittlung von konkretem Behandlungswissen nimmt hierbei die gleiche Wichtigkeit ein wie praktische Übungen und die Anerkennung des Zusammenwirkens der einzelnen Akteure in einem palliativen Team.

Für die Erfassung des kontinuierlichen Versorgungserfolgs steht eine Auswahl verschiedener Evaluationsinstrumente zur Verfügung. Am Beispiel der Palliative Care Outcome Scale (POS) konnte im Vortrag gezeigt werden, dass die Instrumente einer sorgfältigen Anwendung und Interpretation bedürfen, um die Bedürfnisse der Patienten zu verstehen und um ihnen helfen zu können.

Zusammenfassung

Die Versorgung und Begleitung in der Palliativmedizin ist eine Herausforderung für alle Beteiligten, die gleichzeitig auch die einmalige Chance in sich birgt, dass es im Sinne eines Lernprozesses zu einer Bereicherung der eigenen Lebenswirklichkeit kommt. Voraussetzung für eine gute palliativmedizinische Versorgung ist eine fundierte Aus- und Fortbildung aller involvierten Berufsgruppen. Sie muss in die Lehrpläne der Alten- und Krankenpflegeschulen und in die universitäre Ausbildung der Medizinstudenten integriert werden. Auch Ärzte sollen die Möglichkeit erhalten, sich in qualifizierten Kursen weiterzubilden. In der alltäglichen palliativen Versorgung müssen die Behandlungseffekte überprüft und verbessert werden. Das palliative Team besteht gleichermaßen aus Profis (Palliative Care Pflegekräften, Palliativärzten u.a.) wie aus ehrenamtlichen Begleitern. Palliativmedizin und Hospizversorgung arbeiten verzahnt und verstehen sich als zwei Seiten der gleichen Medaille.

Dr. med. Dietmar Beck
Anästhesist, Palliativmedizin, Spez. Schmerztherapie
Palliativmedizinischer Konsiliardienst
Diakonie-Klinikum Stuttgart
Rosenbergstraße 38
70176 Stuttgart