

Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland

Sabine Lins, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg.

Trotz rasanter Fortschritte in der Medizin mit komplexen Behandlungsstrategien gibt es für viele Krebserkrankungen keine Heilung. Die Weltgesundheitsorganisation räumt palliativen Betreuungsansätzen eine hohe Priorität ein. Der vorliegende Artikel zeigt die Meilensteine der Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland auf und stellt die Palliativstrukturen im Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg vor, dem Kooperations- und Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg.

Entwicklung und Hintergrund

In Deutschland lebten im Jahr 2006 ca. 1,4 Millionen krebskranke Menschen, deren Diagnose nicht länger als 5 Jahre zurücklag. Im selben Jahr erkrankten 426.800 Menschen neu an einer Krebserkrankung. Die deutsche Gesamtbevölkerung liegt bei etwa 82 Millionen Menschen. Etwa jeder vierte Todesfall in Deutschland war 2006 durch eine Krebserkrankung bedingt, d.h. 210.930 Menschen verstarben an einem Karzinom [1].

Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2002 ist Palliative Care ein Handlungsansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme – seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art – frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt. [2].

Der daraus erwachsende Anspruch an eine umfassende und angemessene Versorgung verlangt sowohl spezifische Kenntnisse im eigenen Fachgebiet in Palliative Care als auch die Fähigkeit zu berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit. Die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Vordergrund, die Schwerpunkte der Betreuung sind individuell verschieden.

Die Tätigkeit in einem Palliative Care Team setzt von allen Mitarbeitern die Bereitschaft voraus, die eigene Haltung im Umgang mit Leid, Sterben, Tod und Trauer zu reflektieren [3].

Das Ziel von Palliative Care ist der Erhalt von Autonomie und Würde schwerkranker und sterbender Menschen.

Ein Wort zu den verschiedenen Begriffen: Im deutschen Sprachraum fehlt ein gleichbedeutender Begriff für „Palliative Care“. Eine gelungene Übersetzung ist schwierig, weshalb der Begriff Palliativmedizin oft mit Palliative Care gleichgesetzt wird. „In der englischsprachigen Literatur besteht eine klare Trennung zwischen „Palliative Medicine“ als ärztlichem Fachgebiet und „Palliative Care“ als interdisziplinärem Überbegriff für alle in der Palliativversorgung Tätigen. Im Deutschen entspricht der Ausdruck Palliativversorgung am ehesten den vielen Inhalten von Palliative Care“ [4].

Palliativmedizin ist keine neue medizinische Disziplin, sondern wahrscheinlich die älteste Disziplin überhaupt,

denn kurative Behandlungsansätze gab es früher kaum. Neu sind die medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in der Symptombehandlung, die zunehmende Berücksichtigung der Erkenntnisse über elementare Bedürfnisse schwerkranker Menschen, die bewusste Einbeziehung der Angehörigen als Mitbetroffene sowie die explizite Arbeit im multiprofessionellen Team, in dem das medizinische Fachwissen vertreten sein muss, sich aber auch einzuordnen hat.

Die rasante Entwicklung der technisierten Medizin in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts führte zu einer Vernachlässigung der Betreuung schwerkranker Menschen. Anfang der 60er Jahre kam es zu einer gesellschaftlichen Gegenbewegung, die neue Strategien im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer forderte. Entscheidenden Anteil daran hatten die Ärztinnen Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders. Die von Elisabeth Kübler-Ross 1969 veröffentlichten Interviews mit Schwerstkranken lieferten wichtige Erkenntnisse für die Kommunikation mit Sterbenden [5].

Cicely Saunders gründete 1967 mit dem St. Christopher's Hospice in London die erste moderne Palliativ-Einrichtung der Hospizbewegung, in der sie die Möglichkeiten der modernen Medizin in den Dienst einer christlich fundierten Tradition der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender stellte. 1977 formulierte sie die entscheidenden Elemente ihres Konzepts von Palliative Care für die angemessene Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung:

- Betreuung und Behandlung der Patienten im Gesundheitswesen stationär, ambulant oder in der eigenen Umgebung, mit hohem personellen und geringem apparativen Einsatz
- Behandlung der belastenden Beschwerden (bei Bedarf Beratung und Behandlung durch Spezialisten)
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Betreuung von Patienten und ihren Angehörigen, verbunden mit dem Angebot weiterer Unterstützung der Hinterbliebenen über den Tod hinaus
- Gewährleistung individueller Betreuung durch ein multiprofessionelles Team (Medizin, Pflege, Soziale Arbeit und Seelsorge) mit Einbringung ehrenamtlicher Mitarbeiter
- Koordination und Supervision des Teams
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungs- und der Versorgungsergebnisse
- Aus-, Fort- und Weiterbildung

Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland

In Deutschland gab es seit Ende der 60er Jahre erste Kontakte von Seelsorgern und Ärzten zu britischen Hospizen. Bis Anfang der 80er Jahre entwickelten sich der Hospiz- und der Palliativgedanke zu einer umfassenden gesellschaftlichen Bewegung. 1983 wurde mit Starthilfe der Deutschen Krebshilfe die erste „Station für palliative Therapie“ an der Klinik für Chirurgie der Universität Köln unter Leitung von Professor Pichlmaier eröffnet. Zwei Jahre später formierte sich der erste Hospizverein in München. 1994 wurden die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin als wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz als Dachverband der Hospizbewegung gegründet.

Seit 2000 wächst das öffentliche und fachliche Bewusstsein für die Notwendigkeit, ambulante und sektorenübergreifende Palliativ- und Hospiz-Dienste zu schaffen, um Menschen ein Leben mit schwerer Krankheit auch in häuslicher Umgebung zu ermöglichen [2].

Für das Fach Palliativmedizin hat die Bundesärztekammer 2003 eine eigenständige Zusatzweiterbildungsordnung verabschiedet. Damit waren die Voraussetzungen für eine Spezialisierung in diesem Bereich geschaffen.

Eine entscheidende Änderung für den ambulanten Bereich ergab sich durch die Gesundheitsreform im Jahre 2007: In den §§ 37b und 132d SGB V wurden die bisherigen gesetzlichen Vorgaben zur stationären und ambulanten Hospizarbeit um einen Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ergänzt. Er besteht für Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Diese können SAPV ergänzend zu Hausärzten und Pflegediensten in Anspruch nehmen [6].

Mit Wirkung vom 5. August 2009 ist das Fach Palliativmedizin – endlich – als 13. Querschnittsbereich (QB 13) in die Approbationsordnung für Ärzte integriert. An allen medizinischen Fakultäten in Deutschland müssen Medizinstudenten zur Zulassung zum Praktischen Jahr (PJ) ab 2013 einen Leistungsnachweis im Fach Palliativmedizin vorweisen [7].

2009 wurde in Bayern das Fachprogramm „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ des bayerischen Krankenhausplanes erweitert: Neben den bisherigen Regelungen zu Palliativstationen wurden neu palliativmedizinische Dienste eingeführt, um sicher zu stellen, dass auch Krankenhäuser ohne eigenständige Palliativstationen eine qualifizierte Palliativversorgung anbieten und finanzieren können. Diese Einrichtungen haben anstelle einer abgeschlossenen therapeutischen Einheit multiprofessionelle palliativmedizinische Dienste etabliert, die Patienten, Angehörige und Behandlungsteams anderer Fachdisziplinen unterstützen und beraten. Entsprechend der gültigen Finanzierungssystematik findet sich die palliativmedizinische Behandlung im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) als palliativmedizinische

sche Komplexbehandlung (OPS 8-982.0-3). In Abhängigkeit von der Behandlungsdauer ist diese Leistung mit einem Zusatzentgelt (ZE60.1-3) hinterlegt, um den höheren Behandlungsaufwand von Patienten, bei denen der OPS erbracht wurde, im Vergleich zu den Patienten mit denselben Diagnosen ohne palliativmedizinische Komplexbehandlung finanziell auszugleichen [8].

Im Jahr 2010 hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ verabschiedet. In einem jahrelangen Prozess wurden dafür Stand der Dinge sowie Ziele der Palliativbewegung von über 200 Experten konsentiert und dargestellt [9].

Palliativmedizinische Forschung im Kontext der Versorgung Schwerkranker und Sterbender, ist das möglich und vielleicht sogar ethisch geboten? Beispielhaft für eine richtungsweisende randomisiert kontrollierte Studie mit originär palliativmedizinischen Inhalten ist die Arbeit der US-amerikanischen Palliativärzte der Arbeitsgruppe von Jennifer Temel vom Massachusetts General Hospital in Boston, veröffentlicht im New England Journal of Medicine im Jahr 2010 [10].

Die Studie umfasste 151 Patienten, bei denen eine Neuerkrankung eines metastasierten nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms nicht länger als 8 Wochen zurücklag. Randomisiert erhielten die Patienten entweder eine onkologische Standardtherapie oder aber zusätzlich eine integrierte palliative Betreuung. Im Rahmen dieser Betreuung trafen sich die Patienten monatlich mit einem Palliativteam, bestehend aus einem Facharzt für Palliativmedizin und einer Palliative Care Fachkraft. 27 der 151 erfassten Patienten verstarben innerhalb des Untersuchungszeitraums von 12 Monaten. Von 107 Patienten konnten die Autoren die ausgefüllten Fragebögen rekrutieren. In diesen Fragebögen wurden die Lebensqualität (Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung, FACT-L) und die Stimmungslage der Patienten (Hospital-Anxiety- and Depression-Skala) untersucht. Zusätzlich dokumentierten die Autoren die bis zum Lebensende durchgeführten Therapiemaßnahmen. Die Arbeitsgruppe kommt zu dem Ergebnis, dass die Patienten, die neben der onkologischen Standardbehandlung frühzeitig eine palliativmedizinische Betreuung erhielten, von einer signifikant höheren Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe profitierten. Diese Patienten zeigten ebenso signifikant seltener depressive Symptome. Die Überlebensrate der Patienten steigerte sich überraschenderweise um 2,7 Monate (11,6 vs. 8,9 Monate; $p=0,02$), obwohl sie signifikant seltener aggressive Therapieverfahren wie z.B. Bestrahlung oder Chemotherapie erhielten [11, 12].

Der diesjährige 114. deutsche Ärztetag in Kiel widmete einen Tagungspunkt der Palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland. Ein besonderes Anliegen der eingeladenen Vertreter der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

(DGP) war folgender Aspekt, wie Professor Dr. med. Friedemann Nauck, Präsident der DGP, erklärte: „Zur Zeit erhalten überwiegend Patienten mit Krebsleiden eine palliativmedizinische Betreuung. Wir brauchen eine solche Betreuung aber auch für Patienten mit kardiologischen, neurologischen oder pulmonalen Erkrankungen in der Lebensendphase.“ Die Delegierten verabschiedeten einstimmig den Vorstandsantrag zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung [13].

Vorstellung der Palliativstrukturen im Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg, Kooperations- und Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg

Im Krankenhaus St. Josef, einem Lehrkrankenhaus mit 311 Betten, hat sich ein multiprofessionelles Palliativteam entwickelt, das Kompetenzen von Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Seelsorge und Psychologie bündelt. Dieses Team berät und begleitet auf Anfrage Palliativpatienten sämtlicher Abteilungen in allen Phasen ihrer Erkrankung. Diese stationäre Palliativversorgung erfolgt also ohne eigene Palliativstation, entsprechend dem erweiterten Fachprogramm Palliativmedizin für Krankenhäuser. Koordiniert wird die Tätigkeit des Teams durch eine Palliative Care Fachschwester. Bei ihr gehen die Anfragen ein, sei es durch einen Konsilantrag, sei es durch eine informelle telefonische Kontaktaufnahme. Für Patienten, die über die onkologische Tagesklinik und die ambulanten Tumorsprechstunden ans Krankenhaus angebunden sind, vermitteln die fachspezifischen Behandlungsteams den Kontakt zum Palliativteam. Über das interne Krankenhausinformationssystem stehen sofort alle bisherigen Informationen zur Verfügung. Die Gründe für Anfragen reichen von handfesten Schwierigkeiten bei der Schmerztherapie über Ängste vor dem Übergang ins häusliche Umfeld bis zu Lebenskrisen, ausgelöst durch den nun bewusst wahrgenommenen unausweichlichen Tod. Besonders wichtig ist die Brückenfunktion dieses Palliativdienstes, die organisatorische Hilfe für die Weiterbetreuung zu Hause oder in einer anderen Einrichtung leistet.

Das Palliativteam nimmt frühzeitig Kontakt zum Hausarzt und zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf, oder arrangiert die Übernahme durch die Palliativstation einer Regensburger Klinik. Wenn symptombedingt nötig und nach Rücksprache mit dem Hausarzt kann eine therapiebegleitende parenterale Ernährungstherapie oder eine intravenöse Arzneimittelgabe über eine Medikamentenpumpe für zu Hause organisiert werden. Häufig stellt das Palliativteam den Kontakt zum Regensburger Hospizverein für eine ehrenamtliche Hospizbegleitung her.

Nach erfolgter Entlassung werden vom Palliativteam auch teilweise stabilisierende Hausbesuche durchgeführt. Ist angesichts der Probleme oder des Krankheitsverlaufs eine weiterhin kritische Situation zu befürchten, wird in Einvernehmen mit dem Hausarzt bereits in der Klinik das Regensburger SAPV-Team involviert, welches dann die Versorgung daheim oder im Pflegeheim zusätzlich unterstützt. So gelingt

es, trotz eigentlich krankenhausbedürftiger Schwere der Erkrankung ein Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen.

Das Ziel ist nicht das Sterben daheim, sondern ein möglichst gutes Leben und erträgliches Sterben dort, wo es die Betroffenen und Angehörigen wünschen. Dank guter Zusammenarbeit aller im Palliativ- und Hospizsektor tätigen Personen kann dies in Regensburg sehr häufig erreicht werden. Hierzu leistet der palliativmedizinische Dienst einen wesentlichen Beitrag.



Dr. med. Sabine Lins
Fachärztin für Anästhesiologie,
Palliativmedizin und
Spezielle Schmerztherapie

Leitung Palliativteam
Caritas-Krankenhaus St. Josef
Landshuter Straße 65
93053 Regensburg

Tel.: 0941/7821320
FAX: 0941/7821315

Email: palliativteam@caritasstjosef.de

Abstract

Sabine Lins, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg.

This article describes the milestones of development of Palliative Care in Germany during the last three decades. It then focuses on Palliative Care Services in Bavarian hospitals, which deliver Palliative Care as a consulting multiprofessional team within the hospital and periodically, together with other caregivers, at home.

Keywords: development of Palliative Care in Germany, Palliative Care in the hospital setting

Literatur:

1. Krebs in Deutschland 2005/2006, Häufigkeiten und Trends, Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 7. Auflage 2010, [<http://www.gekid.de>, www.rki.de]
2. WHO, World Health Organisation. WHO definition of Palliative Care. WHO Homepage. [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 6.3.08]
3. Fittkau-Tönnemann B. Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Psychoonkologie. In: Dorf Müller M, Dietzfelbinger H (Hrsg.): Psychoonkologie Urban & Fischer 3. Auflage 2009, 355-364
4. Bollig G, Unger M, Pani P. Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin? Zeitschrift für Palliativmedizin 2010 (6); 11: 304-313
5. Klaschik E. Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland. In Husebø S, Klaschik E (Hrsg.): Palliativmedizin Springer, 3. Auflage 2003, 1-2, 5-7
6. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. 2007; [<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/>]
7. Borasio GD, Dietz I, Elsner F, et al. Münchner Erklärung zur Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin, Zeitschrift für Palliativmedizin 2011, (2); (12): 46-48
8. Maier BO. Formen der Finanzierung von Palliativversorgung im Krankenhaus, Zeitschrift für Palliativmedizin 2011, (2); (12): 67-77
9. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.) 2010 [<http://www.charita-zur-betreuung-sterbender.de>]
10. Ostgathe C. Forschung in Palliativmedizin braucht nationale und internationale Plattformen, Zeitschrift für Palliativmedizin 2011, (1); (12): 1
11. Temel JS, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. Engl J Med. 2010 Aug 19; 363 (8): 733-42
12. Baust H. Palliativmedizin verlängert das Überleben beim Bronchialkarzinom, Zeitschrift für Palliativmedizin 2010, (6); (11): 284
13. Meißner M. 114. Ärztetag: Versorgung Sterbender, Mehr allgemeine Palliativmedizin, Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 23