

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 273-284



18	Versorgungsbericht Palliativmedizin.....	273
	<i>Peter Engeser</i>	
18.1	Einleitung	273
18.2	Entwicklung in Deutschland	274
18.3	Relevanz des Themas Palliativversorgung	275
18.4	Palliative Versorgung in Deutschland	278
18.4.1	Träger der palliativen Versorgung in Deutschland	278
18.4.2	Struktur der palliativen Versorgung in Deutschland.....	280
18.4.3	Palliative Betreuung im stationären Bereich.....	281
18.4.4	Kostenübernahme der Palliativversorgung	282
18.5	Ausblick.....	283

18 Versorgungsbericht Palliativmedizin

Peter Engeser

Abstract

Die palliativmedizinische Versorgung sterbender Menschen hat in den letzten Jahren sehr viel Beachtung in der Bevölkerung gefunden. Die Betreuung und Begleitung von schwerstkranken Menschen, die an unheilbaren Krankheiten leiden, wird wieder als wichtige humanitäre Aufgabe erkannt. Sie ist nicht mehr an den Rand der Gesellschaft verdrängt, nicht mehr nur in eigenständige Institutionen verlagert, sondern steht mitten im Leben der Menschen. Der Gesetzgeber hat unter diesem Eindruck viele Projekte in Deutschland angestoßen. Hierdurch bildeten sich in den vergangenen Jahren neue Strukturen für die Palliativversorgung heraus. Weitere Veränderungen für eine gute Betreuung dieser Menschen werden allerdings auch in Zukunft notwendig werden.

In recent years, palliative care of dying people has gained much attention. Caring and supporting seriously ill people who suffer from incurable diseases is recognized as an important humanitarian task. It no longer takes place on the fringes of society or is carried out by independent institutions, but in the midst of people's lives. As a result, welfare legislation has initiated many projects in Germany and new structures for palliative care have been built. However, in order to improve palliative care more changes will be necessary in the future.

18.1 Einleitung

Die Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender in der Gesellschaft und die hierfür notwendige Entwicklung von Palliativpflege und Palliativmedizin sind in den letzten Jahren immer mehr in das Interesse der Menschen in Deutschland gerückt. Begriffe wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sind in ständiger gesellschaftlicher und politischer Diskussion. Die deutsche Ärzteschaft hat sich durch den Präsidenten der Bundesärztekammer klar gegen die aktive Sterbehilfe positioniert (Hoppe und Hübner 2009) und eine bessere palliativmedizinische Betreuung gefordert. Die im Jahre 2011 neu gefassten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung betonen erneut, dass Lindern von Leiden und Beistand bis zum Tod wichtige ärztliche Aufgaben sind, dass aber die aktive Hilfe bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist (Bundesärztekammer 2011). Die qualifizierte palliativpflegerische und -medizinische Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten ist eine Grundvoraussetzung, um die häufig geäußerte Forderung nach Sterben in Würde zu Hause, im Pflegeheim, aber auch im Krankenhaus erfüllen zu können. Obwohl in nahezu allen Umfragen unge-

fähr 70 % der Befragten Hause versterben möchten, kann dies nur bei ungefähr 30 % realisiert werden.

Die aktuelle Definition der Weltgesundheitsorganisation von Palliativmedizin aus dem Jahr 2002 lautet:

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur 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 und untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert Palliativmedizin als „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung“. Palliativmedizinische Betreuung wirkt auch über die Sterbephase hinaus (DGP 2003).

Viele Menschen klagen über unangemessene therapeutischen Bemühungen auch in weit fort geschrittenen Krankheitsstadien und selbst im unmittelbaren Sterbeprozess, über Technisierung und Medikalisierung des Sterbens bei fehlender menschlicher, psychosozialer und spiritueller Betreuung. Da Palliativpatienten einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich sind, ist es wichtig, in der letzten Lebensphase abzuwägen, welche Therapiemaßnahmen noch notwendig sind und welche den Patienten zusätzlich belasten. Dies betrifft zum Beispiel den Umgang mit Transporten, Überweisungen und stationären Einweisungen. Auch ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern eine Chemotherapie in der palliativen Phase noch indiziert ist, da diese durch Nebenwirkungen die Lebensqualität erheblich einschränken kann (Hausmaninger 2007) und welche Medikamente in den Phasen der Sterbebegleitung notwendig sind (Liverpool Care Pathway 2007).

Des Weiteren ist zu klären, in welchem Umfeld der Patient in der Terminalphase betreut werden möchte. Ein palliativer Behandlungs- und Notfallplan am Krankenbett kann helfen, unnötige oder unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden (Wiese et al. 2008). Unter dem Druck der Ökonomisierung des Gesundheitswesens scheint es manchmal so, als ob die Gesellschaft für Sterbende keine Zeit hätte. Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit haben die Aufgabe, diesen Prozess umzukehren. Der Begriff Palliativmedizin leitet sich von dem lateinischen Wort „pallium“, der Mantel, ab. Patienten sollen durch die symptomlindernde Behandlung der Palliativmedizin wie durch einen Mantel geschützt und begleitet werden.

18.2 Entwicklung in Deutschland

Schon seit den 1980-er Jahren entwickelt sich die Palliativmedizin und die Hospizarbeit in Deutschland. Die erste Palliativstation wurde 1983 am Universitätsklinikum Köln eröffnet, das erste stationäre Hospiz 1986 in Aachen. 1992 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (heute Deutscher Hospiz- und Palliativverband, DHPV) gegründet. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde im Jahre 1994 als wissenschaftliche Fachgesellschaft in Bonn gegründet. 1997 wurde

eine erste Regelung für stationäre Hospize ins Sozialgesetzbuch aufgenommen. Auf dem Deutschen Ärztetag 2003 in Rostock wurde das Fach Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen. Im Jahre 2007 wurde der Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung – die Versorgung Schwerstkranker durch besonders qualifizierte Teams – für jeden Bürger im Sozialgesetz verankert. Seit dem Jahr 2009 ist Palliativmedizin auch ein eigenständiges Querschnittsfach (Q13) in der Approbationsordnung für Ärzte. Ebenfalls im Jahr 2009 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Patientenverfügung vom Deutschen Bundestag verabschiedet und im Jahr 2010 wurde die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ präsentiert. Diese wurde unter Moderation der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes in Kooperation von über 200 Organisationen erstellt. Die Charta formuliert noch einmal das Recht jedes Menschen auf ein Sterben in Würde.

18.3 Relevanz des Themas Palliativversorgung

In Deutschland – wie überall in Europa – zeigt sich ein demografischer Wandel mit einem dramatischen Alterungsprozess der Gesellschaft, der in allen Bereichen des Lebens enorme Herausforderungen stellen wird. Im Jahr 2009 starben in Deutschland 854 544 Menschen, davon 356 462 (41,7%) an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I 00–I 99) und 222 153 (25,9%) an malignen Erkrankungen (C 00–C 99) (Statistisches Bundesamt 2009). Die Versorgung am Lebensende dieser Patienten soll bundesweit verbessert werden. Schätzungen gehen davon aus, dass ungefähr 10–15% der Verstorbenen einen plötzlichen und unerwarteten Tod erfahren haben und ungefähr 5–10% der Verstorbenen eine spezialisierte palliativmedizinische Betreuung in den Tagen und Wochen vor dem Tod benötigen. Das bedeutet im Gegenzug auch, dass ungefähr 600 000 Menschen eine Versorgung benötigen, bei der die Prinzipien der allgemeinen Palliativversorgung bedeutsam sind. Hierzu müssen niedergelassene Ärzte, allgemeine Pflegedienste, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychotherapeuten und weitere Berufsgruppen interdisziplinär am Krankenbett zusammenarbeiten.

Weltweit nehmen Erkrankungen des dementiellen Formenkreises zu. Nach Ferri leiden weltweit ungefähr 24,3 Millionen Menschen an einer Demenz. Jährlich gibt es 4,6 Millionen Neuerkrankungen und für das Jahr 2040 wird mit ungefähr 81 Millionen Demenzpatienten gerechnet. Ungefähr zwei Drittel der Erkrankten leben in den entwickelten Industriestaaten, da mit steigender Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, deutlich ansteigt. Die mittlere Prävalenzrate steigt von 1,2% in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf 34,6% bei Hochbetagten über 90 Jahre. In Deutschland gibt es zur Zeit ungefähr eine Million Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Jährlich treten 200 000 Neuerkrankungen auf (Ferri et al. 2005).

Durch das Gesundheitsreform-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GR-WSG 2007) wurde die ambulante palliativmedizinische Versorgung professionalisiert. Mit der Einführung des § 37b in das Sozialgesetzbuch V wurde jedem Versicherten mit ei-

ner nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung erfordert (Schmerzen, Atemnot, Wunden und weitere Symptome), der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zugebilligt. Analog gilt diese Regelung auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen und für Kinder (GemBA 2007). Die besondere Schwierigkeit hierbei ist die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung, die wie bisher durch die Teilnehmer der Regelversorgung erbracht werden soll. Da in der Regelversorgung die Vergütung der allgemeinen Palliativversorgung bisher nicht speziell geregelt ist, sondern alle Leistungen in den sogenannten Regelleistungsvolumina der Praxen enthalten sind, besteht die Gefahr, dass – wie in vielen anderen Bereichen des Sozialstaates – bei unscharfer Charakterisierung der Anspruchsberechtigten, Finanzmittel zwischen den Versorgungsebenen transferiert werden. Darüber hinaus droht eine zunehmende Bürokratisierung. Daher ist eine finanzielle Regelung für die allgemeine Palliativversorgung der Bevölkerung dringend erforderlich und muss so bald wie möglich eingeführt werden. Palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung muss für alle Patienten mit Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien, die einer kurativen Behandlung nicht mehr zugänglich sind, ermöglicht werden.

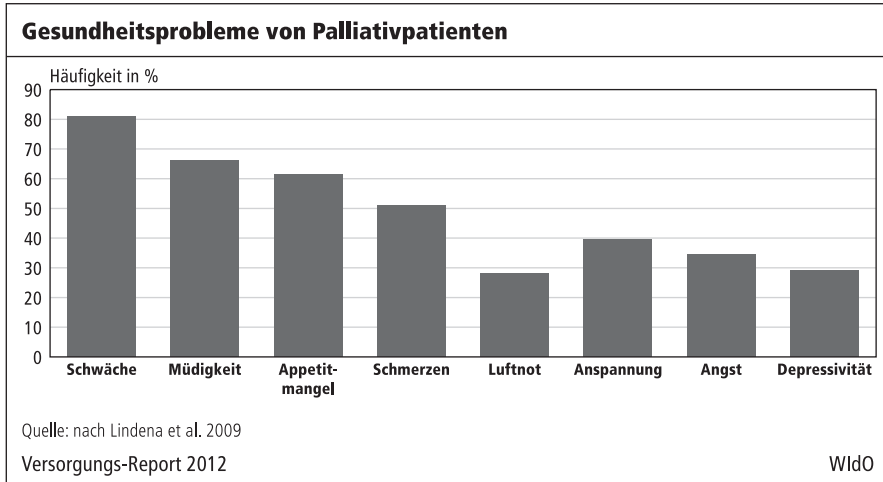
Folgende Patientengruppen lassen sich definieren:

1. Patienten mit malignen Erkrankungen
2. Patienten mit chronisch internistischen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Bronchitis, erworbenes Immundefizit)
3. Patienten mit chronisch progredienten neurologischen Erkrankungen (z. B. amyotrophe Lateralsklerose, Encephalomyelitis disseminata, Morbus Parkinson)
4. Patienten mit chronisch progredienten geronto-psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Hirnorganisches Psychosyndrom, zerebrale Hypoxie, Demenz vom Alzheimer- oder Multiinfarkttyp)

Die Gruppe der Palliativpatienten ist somit sehr heterogen und umfasst einerseits die Erkrankten, die ambulant betreut werden, andererseits aber auch Patienten auf Palliativstationen, in Pflegeheimen und Hospizen. Ein wichtiger Unterschied bei diesen Erkrankungen sind die Verläufe in zeitlicher Hinsicht. Während bei einer malignen Erkrankung das eigentliche palliative Stadium häufig sehr rasch verläuft und selten einen Zeitraum von sechs Monaten überschreitet, kann dieser Zeitraum bei chronisch internistischen, neurologischen oder geronto-psychiatrischen Erkrankungen durchaus auch mehrere Jahre andauern (Murray et al. 2005). Die systematische Abgrenzung zwischen chronischem und palliativem Stadium ist bei diesen Erkrankungen oft schwierig. Gemeinsam ist all diesen Erkrankungen, dass in palliativer Situation die Patienten immer wieder von den gleichen Symptomen bedroht werden. Der HOPE-Bericht 2009 listet die Probleme auf, über die Patienten bei der Aufnahme in die Palliativversorgung klagen (Lindena et al. 2009). Es wird zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen unterschieden. Die Art und Häufigkeit dieser Symptome ist in Abbildung 18–1 dargestellt.

Sehr wichtig für die öffentliche Wahrnehmung von Palliativpatienten ist die Tatsache, dass Krankheiten in palliativen Stadien in den verschiedenen Sektoren des

Abbildung 18–1



Gesundheitswesens völlig unterschiedlich verteilt sind. Im ambulanten Bereich überwiegen chronisch-internistischen und -neurologische Erkrankungen eindeutig. Nach einer Studie der Medizinischen Hochschule Hannover sind Palliativpatienten in der Hausarztpraxis oftmals multimorbide. Bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind die Folgen der arteriellen Hypertonie und die fortgeschrittene

Herzinsuffizienz besonders häufig, bei den Erkrankungen des Nervensystems dominiert die Demenz. Der Anteil maligner Erkrankungen lag bei 24,4% (Bleeker et al. 2007). Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei 78,2 Jahren (Abbildung 18–2).

Abbildung 18–2

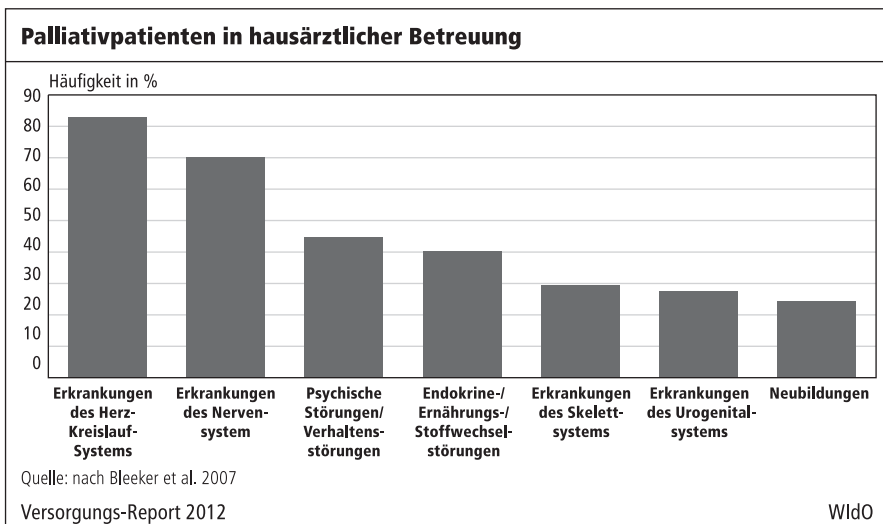
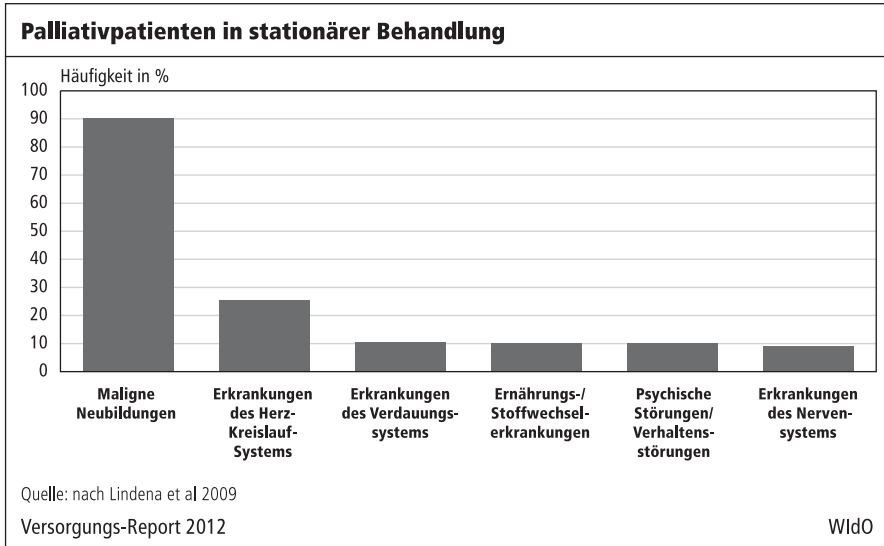


Abbildung 18–3



Demgegenüber werden im stationären Bereich fast ausschließlich Patienten mit malignen Grunderkrankungen palliativmedizinisch betreut. Der Altersdurchschnitt dieser Patienten lag in der HOPE-Studie 2009 bei 69,0 Jahren (Abbildung 18–3).

18.4 Palliative Versorgung in Deutschland

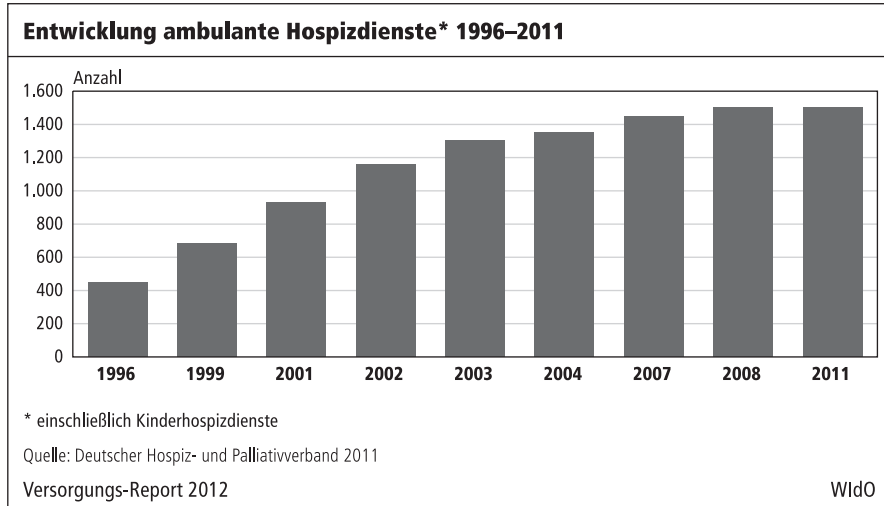
18.4.1 Träger der palliativen Versorgung in Deutschland

Palliativmediziner

Die Musterweiterbildungsordnung für Palliativmedizin wurde 2003 vom 106. Deutschen Ärztetag verabschiedet (Bundesärztekammer 2007). Sie beinhaltet einen 40-stündigen Basiskurs (gemäß § 4 Abs. 8) und entweder ein supervidiertes Fallseminar von 120 Stunden oder eine 12-monatige Tätigkeit bei einem ermächtigten Weiterbilder. Die Weiterbildung zum Palliativmediziner hatten zum 31.12.2009 bundesweit 4 132 Ärzte absolviert. Hiervon sind 2099 (50,7%) im niedergelassenen Bereich, 1927 (46,6%) im stationären Bereich und 106 (2,6%) in sonstigen Bereichen tätig (KBV 2011a).

Lehrstühle für Palliativmedizin sind in den letzten Jahren an sieben deutschen Universitäten (Aachen, Bonn, Göttingen, Köln, München, Erlangen-Nürnberg und Witten/Herdecke für Kinderschmerztherapie und pädiatrische Palliativmedizin) eingerichtet worden (Dietz und Laske 2009). Darüber hinaus gibt es vier Professuren im Bereich Palliativmedizin (München, Mainz).

Abbildung 18–4



Pflegedienste

Pflegerische Tätigkeiten werden von allgemeinen Pflegediensten, von ambulanten Hospiz- und Palliativ- Pflegediensten (AHPP) und ambulanten Palliativdiensten (APD) übernommen. Palliativmedizinisch erfahrene Pflegedienste sind in besonderem Maße mit der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen verpflichtet. Hier arbeiten examinierte Pflegekräfte, die eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben (DGP 2003). Die Weiterbildung in Palliative Care umfasst 160 Unterrichtsstunden. Zur Zeit wird geschätzt, dass die Zahl der Pflegenden, welche die Weiterbildung in Palliative Care absolviert haben, bald fünfstellig sein müsste (Schindler 2009).

Hospizdienste

Zu Beginn des Jahres 2011 gab es in Deutschland ungefähr 1 500 ehrenamtliche, ambulante Hospizdienste (DHPV 2011). Diese werden hauptsächlich von freiwilligen Helfern getragen, die konsequent supervidiert und von hauptamtlich Tätigen koordiniert werden. Die Einsatzorte der ambulanten Hospizdienste erstrecken sich in den Bereichen Betreuung zu Hause, im Pflegeheim und im Krankenhaus, auf Öffentlichkeitsarbeit und psychosoziale Unterstützung. Die Entwicklung der ambulanten Hospizdienst ist in Abbildung 18–4 dargestellt. Hierdurch wird auch deutlich, dass die Hospizarbeit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat.

Palliative-Care-Teams

Eine umfassende Betreuung in der Palliativmedizin erfordert das Fachwissen verschiedener Berufsgruppen. Zu den Akteuren eines Palliative-Care-Teams gehören spezialisierte Pflegenden und Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter und weitere Berufsgruppen wie Seelsorger, Psychologen oder Sozialarbeiter (Schindler 2009).

Tabelle 18–1

Anzahl der Palliativteams

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl SAPV-Verträge
Baden-Württemberg	9
Bayern	11
Berlin	22
Brandenburg	6
Bremen	1
Hamburg	5
Hessen	21
Mecklenburg-Vorpommern	Regional spezifische Verträge
Niedersachsen	31
Nordrhein	Regional spezifische Verträge
Rheinland-Pfalz	Regional spezifische Verträge
Saarland	4
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	9
Schleswig-Holstein	9
Thüringen	6
Westfalen-Lippe	2
Gesamt	134

Stand 17.1.2011; Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Versorgungs-Report 2012

WlD0

Ein Palliative-Care-Team besteht aus einem Koordinator und mindestens einem hauptamtlich tätigen Palliativarzt und -pfleger. Das Palliative-Care-Team leistet 24 Stunden Rufbereitschaft. Möglich ist eine rein konsiliarische Tätigkeit, eine Teil- oder eine Vollversorgung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich. Es ist der spezialisierte Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Zu Beginn des Jahres 2011 gab es insgesamt 134 Palliativteams mit völlig unterschiedlicher regionaler Verteilung (KBV 2011b) (Tabelle 18–1).

18.4.2 Struktur der palliativen Versorgung in Deutschland

Palliative Betreuung im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich palliativer Betreuung ist zwischen der Basisversorgung (der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu unterscheiden.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) wird von Ärzten und Pflegepersonal der Grundversorgung mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht. Sie hat zum Ziel, die „Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ih-

nen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen“ (DGP 2010). Nach ärztlicher Diagnostik und spezifischer Therapie steht im Regelfall die Symptomkontrolle im Vordergrund. Die Leistungserbringer (in der Regel niedergelassene Haus- und Fachärzte) sind nur einen kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Durch eine interessante strukturelle Veränderung im Gebiet der KV Westfalen-Lippe, bei der die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung integrativ vernetzt wurde, konnte erreicht werden, dass nur 10,7% der Menschen im Krankenhaus verstarben. Hier wird deutlich, dass durch eine sektorenübergreifende Vernetzung eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Palliativpatienten auf regionaler Ebene erreicht werden kann, dass die Erwartungen und die Bedürfnisse von Palliativpatienten ohne zusätzlichen finanziellen Aufwand erfüllt werden können und dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit tatsächlich einen bedeutenden Vorteil für die Betroffenen bietet (Claßen et al. 2011).

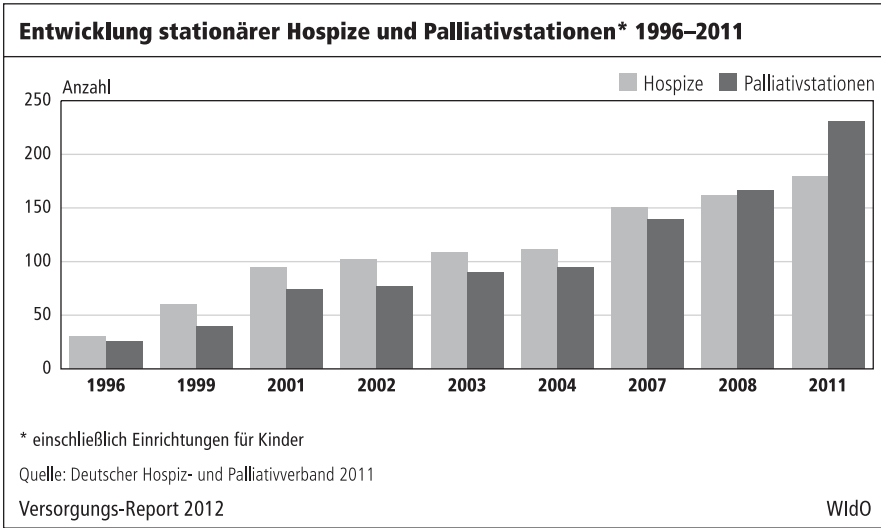
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Mit Einführung des Gesundheitsreform-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im April 2007 (Bundesgesetzblatt 2007) haben unheilbar erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenserwartung einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung gegenüber ihren Krankenkassen erhalten. Die SAPV ist eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung auch unter schwierigen medizinischen Bedingungen zu ermöglichen. Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von SAPV ist die Notwendigkeit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung dann gegeben, wenn Patienten aufgrund eines komplexen Symptomgeschehens eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Gemeinsame Bundesausschuss schätzen übereinstimmend den Anteil der Sterbenden, die SAPV benötigen, auf 5–10%. Die SAPV ergänzt subsidiär das bestehende Versorgungsangebot. Die ärztliche Verordnung von SAPV ist aufwändig und erfordert eine Abstimmung der notwendigen Maßnahmen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern. Im Bereich der SAPV existiert ein Online-Dokumentationssystem für Palliativnetzwerke bzw. -stützpunkte.

18.4.3 Palliative Betreuung im stationären Bereich

2011 gibt es in Deutschland 231 Palliativstationen und 179 stationäre Hospize einschließlich der Einrichtungen für Kinder (DHPV 2011). Ebenso ist die Unterbringung in angegliederten Hospizwohnungen möglich. Palliativstationen sind besonders ausgestattete reguläre Krankenhausstationen. Stationäre Hospize arbeiten institutionell unabhängig. Sie werden von einer Pflegekraft mit Ausbildung in Palliativpflege geleitet. Die Betreuung der Hospizgäste übernehmen angestellte Fachpflegekräfte und niedergelassene Ärzte. Besonders wichtig für den laufenden Betrieb eines stationären Hospizes ist auch die Mitarbeit vieler ehrenamtlicher Mitarbeiter. Diese werden je nach Qualifikation in nahezu allen Bereichen der Betreuung der Gäste eingesetzt. Die Aufnahme ins Hospiz ist gesetzlich geregelt und möglich für Patienten, deren voraussichtliche Lebenserwartung noch wenige Wochen beträgt. Manche Palliativgruppen

Abbildung 18–5



bieten auch ein Tageshospiz an. Die Betreuung auf Palliativstationen als Abteilungen von Krankenhäusern wird von Ärzten, Pflegeern und Therapeuten mit Schwerpunkt Palliativmedizin geleistet. Ziel ist die Symptomkontrolle, die Stabilisierung und – falls möglich – Entlassung der Patienten (Abbildung 18–5).

18.4.4 Kostenübernahme der Palliativversorgung

Ambulanter Bereich

Die Finanzierung der allgemeinen ambulanten Versorgung (AAPV) ist derzeit durch die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt, wenn es zur zeitlich aufwändigen Versorgung in der letzten Lebensphase kommt, die Patienten aber nicht anspruchsberechtigt für Leistungen der SAPV sind. Im Bereich der SAPV sieht der Gesetzgeber Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor. Laut Einheitlichem Bewertungsmaßstab 2009 kann die Erstverordnung und die Folgeverordnung von SAPV durch niedergelassene Vertragsärzte extrabudgetär abgerechnet werden. Die Ausgaben für die SAPV betragen im Jahr 2007 nur 807 000 Euro, im Jahr 2009 bereits 17,33 Millionen Euro (KBV 2011c).

Ambulante Hospizdienste sind in der Regel für den Patienten kostenfrei und erhalten seit 2002 bei Erfüllen bestimmter Qualitätsanforderungen von den gesetzlichen Krankenkassen Zuschüsse.

Stationärer Bereich

Die Betreuung im stationären Hospiz wird zu 90% von der Kranken- und Pflegekasse übernommen. 10% der Kosten wird von den Trägern der Hospize selbst getragen. Der Aufenthalt auf einer Palliativstation wird analog zu dem auf anderen Krankenhausstationen von der gesetzlichen Sozialversicherung übernommen.

18.5 Ausblick

In den vergangenen 20 Jahren haben sich wichtige Bereiche der Palliativversorgung in Deutschland sehr positiv entwickelt. Dennoch sind noch umfangreiche Veränderungen notwendig, um eine flächendeckende Versorgung in guter Qualität gewährleisten zu können. Trotz Verbesserungen sind immer noch viele wichtige Problemfelder in der Versorgung von Palliativpatienten in Deutschland zu erkennen. Unter anderen sind hier besonders zu nennen der Informationsaustausch der Leistungserbringer in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der Aufbau tragfähiger Palliativstrukturen darf nicht nur in den Städten, sondern muss flächendeckend erfolgen. Dieses Problem ist bisher nicht einmal in Ansätzen gelöst. Hierfür muss auch noch ein intelligentes Finanzierungsmodell entwickelt werden. Die Verbesserung der Palliativbetreuung in nichtonkologischen Bereichen, besonders in der Geriatrie, ist ein brennendes Problem. Die palliativmedizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen muss dringend verbessert werden. Palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung muss den Bedürfnissen der Bewohner dieser Einrichtungen angepasst werden. Hierzu müssen die Strukturen der Versorgung außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten verändert werden. Sehr viele Krankenhauseinweisungen am Lebensende durch ärztliche Bereitschaftsdienste und Notärzte könnten hierdurch vermieden werden. Außerdem müssen in unserer multikulturellen Gesellschaft die Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender aus anderen Kulturkreisen stärker wahrgenommen und respektiert werden, damit auch diese Patienten kompetent betreut werden können. Das Ziel einer guten Palliativversorgung muss für alle Beteiligten in Deutschland klar sein. Jeder Mensch hat das Recht, eine Zeit am Lebensende zu erfahren, die unabhängig von der Art der Erkrankung eine unter diesen Voraussetzungen mögliche hohe Lebensqualität hat. Jeder Mensch hat auch das Recht, ein Sterben in Würde an dem Ort zu erfahren, an dem er sterben möchte. Und jeder Mensch hat das Recht, selbstbestimmt festzulegen, wer diese Versorgung erbringen soll. Der bisher eingeschlagene Weg geht in die richtige Richtung. Der Wechsel des Therapieziels von der Kuration zur Palliation muss zum richtigen Zeitpunkt erkannt werden. Dann kann eine Verbesserung der Lebensqualität und der Prognose dieser schwerkranken Menschen erreicht werden (Temel et al. 2010). Wenn wir dieses Ziel für eine Verbesserung der Lebensbedingungen am Lebensende vor Augen haben, dann wird auch klar, dass hierfür in den kommenden Jahren noch sehr viele strukturelle und organisatorische, aber auch finanzielle Anstrengungen für alle Beteiligten notwendig sein werden.

Literatur

- Bleeker F, Kruschinski A, Breull A, Berndt M, Hummers-Pradier E. Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Z Allg Med* 2007; 83: 477–82.
- Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: 346–8.
- Bundesärztekammer. (Muster-) Weiterbildungsordnung. Stand September 2007. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf (3. August 2011).

- Bundesgesetzblatt 2007. Teil 1, Nr. 11. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). www.bgblportal.de/BGBL/bgb11f/bgb1107s0378.pdf (30. November 2009).
- Claßen B, Geck M Hofmeister U, Weller H. Perspektive für die Palliativversorgung. Westfälisches Ärzteblatt 2011; 02: 11–5.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: 31.10.2003). www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf (03. November 2009).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Sterbeorte von Krebspatienten. www.dgpalliativmedizin.de/powerpoint/Presse%20%DCbersicht%20Sterbeorte.ppt (07. Juli 2010).
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV). www.hospiz.net (15. März 2011).
- Dietz I, Laske A (Working group on Palliative Care, GEMSA). Development of Palliative Care teaching for medical students in Germany. www.emaumed.de/pallmed/downloads/ag_pallmed_poster_09_vienna_education.pdf (26. November 2009).
- Ferri C, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes P, Rimmer E, Sczufca M, for Alzheimer's Disease International Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005; 366: 2112–7.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GemBA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 2007. <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung.pdf> (16. Januar 2009).
- Hausmaninger H. Medikamentöse Palliativtherapie bei Tumorpatienten. In: Bernatzky G, Sittl R, Likar R (Hrsg). *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. Wien: Springer 2007; 65–76.
- Hoppe J, Hübner M. Der ärztlich assistierte Suizid aus medizin-ethischer und juristischer Perspektive, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009; 55: 303–17.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Stand 31.12.2010. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011a.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Anzahl Betriebsstättennummern. Stand 17.1.2011. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011b.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ausgabenentwicklung SAPV 2007–2009. Stand 17.1.2011. Palliativversorgung in Deutschland. Berlin 2011c.
- Lindena G, Woskanjan S, Fahland R. HOPE-Bericht Oktober 2009. http://www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2009_allgemein.pdf (3. August 2011).
- Liverpool Care Pathway (LCP) Base Review. Kantonsspital St. Gallen. Leitfaden für die Sterbebegleitung. Offizielle deutschsprachige Spitalversion The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool 2007. www.palliativ-sg.ch/files/lcp/leitfaden_sterbebegleitung.pdf (16. Juli 2009).
- Murray S, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007–11.
- Schindler T. Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Im Überblick: Zahlen, Fakten, Finanzierung. Unternehmenszeitung „Gesundheitsdienst“ 01/2009.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Anzahl Gestorbener nach ausgewählten Todesursachen 2009. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Content100/EckdatenTU.templateId=renderPrint.psm1> (3. August 2011).
- Temel J, Greer J, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010; 363: 733–42.
- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Dutte G, Graf BM, Hanekop G. Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2008; 133: 972–6.