

Palliativmedizin in Deutschland

E. Neumann-Redlin von Meding

Referat über einen Vortrag von Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch
im Rahmen einer Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 15.4.2009

Mit Palliativmedizin, bzw. dem synonymen Begriff Palliativ Care, verbindet der Bürger unserer Gesellschaft üblicherweise eine Schmerztherapie im Finalstadium eines Krebsleidens. Dass dem nicht so ist, darüber informierte **Prof. Müller-Busch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativ Medizin**, eine kleine, aber interessierte Hörerschaft im Langenbeck-Virchow-Haus. Palliativmedizin (das Wort leitet sich vom lateinischen 'pallium = Umhüllung ab) bedeutet zu aller erst, dass Menschen, für die es nach dem gegenwärtigen Erfahrungsstand der Wissenschaft keine Möglichkeiten der Krankheitsheilung mehr gibt, nicht allein gelassen werden.

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ist „*Palliativmedizin / Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art*“.

Durch eine ganzheitliche Herangehensweise soll das Leiden umfassend gelindert werden, um Patienten und ihren Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und deren Lebensqualität zu verbessern. Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht im Sterben einen natürlichen Prozess. In Absatz 53 des im Jahre 2003 verabschiedeten Memorandums des Europarats werden verschiedene Ebenen einer palliativmedizinischen Versorgung empfohlen.

- **Palliativmedizinischer Ansatz.** Mit ihm sollten alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte vertraut sein, so dass palliativmedizinische Prinzipien in die Praxis umgesetzt werden können.
- **Allgemeine Palliativversorgung.** Einige Fachkräfte haben speziellere Fachkenntnisse in diesem Bereich erlangt und wenden diese in der Praxis an, ohne ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich zu arbeiten.
- **Spezialisierte Palliativversorgung** bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Sie betreuen in der Regel einen Patienten und deren Familien mit komplexen Bedürfnissen. (Schindler 2007)

Zur Geschichte

Das relativ neue Spezialfach Palliativmedizin konnte im Jahre 2007 bereits 5 Lehrstühle an deutschen Universitäten aufweisen, obwohl es erst im Jahre 1973 von Balfon Mont aus der Taufe gehoben wurde. Die erste moderne Palliative Care Unit wurde 1974 in Montreal eingerichtet. Zehn Jahre später hat Professor R. Pichelmayer an der Universität Köln die erste Palliativstation in Deutschland gegründet.

Besonders in den letzten 10 Jahren hat es rasante und bedeutsame Entwicklungen gegeben. Diese waren in Deutschland durch eine außergewöhnliche Dynamik gekennzeichnet. Während sich die palliativmedizinische Spezialversorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zunächst stark auf den **stationären Sektor** konzentrierte, sind in den letzten Jahren zunehmend auch **ambulante Versorgungsmodelle** entwickelt worden. Dieses ambulante System hat sich z.B. in Berlin durch das Home Care Projekt für viele Schwerstkranke bewährt.

Durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote konnte die palliativmedizinische Qualifizierung im ärztlichen und pflegerischen Bereich verbessert werden.

Prinzipien der Palliativmedizin:

1. frühes Einsetzen palliativer Massnahmen
2. Prävention des Leidens
3. to care, not to cure
4. Leben nicht künstlich verlängern, aber auch ein Ableben nicht beschleunigen
5. Einsparen von „unnötigen“ Krankenhauskosten.

Oberstes Ziel der Palliativmedizin ist es, ein Sterben unter menschenwürdigen Bedingungen zu ermöglichen, wie es auch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt.

Erreichbar ist dieses Ziel nur, wenn Palliativversorgung interdisziplinär und multiprofessionell erfolgt, das heißt, wenn sie auf der Kooperation von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete, Pflegenden, Vertretern weiterer Berufsgruppen und Ehrenamtlichen basiert, die mit der ambulanten und stationären Behandlung und Begleitung unheilbar Kranker befasst sind. Diese Vertreter verschiedener Berufsgruppen entscheiden, wie bei dem jeweiligen Patienten in Abhängigkeit seines Krankheitsverlaufes vorzugehen ist. Handelt es sich um die Präterminal - oder die Rehabilitationsphase, so kommt die Förderung der selbstständigen Lebensführung durch Organisation von medikamentösen, physiotherapeutischen und psychologischen Hilfsmaßnahmen zur Geltung. In der terminalen Phase steht dagegen die ganz auf Komfort ausgerichtete medikamentös palliative Schmerztherapie und Symptomkontrolle im Vordergrund. Für die Finalphase gilt grundsätzlich, Maßnahmen zu unterlassen, die eine Verlängerung der Sterbephase und u.U. auch belastender Symptome begünstigen. Palliativmedizin bedeutet, das Sterben zuzulassen, aber nicht den Tod zu beschleunigen. Sie darf daher mit dem Begriff der Euthanasie bzw. der aktiven Sterbehilfe nicht in Verbindung gebracht werden.

Sterbequalität, Sterbeort und Fallkosten

Gute Palliativmedizin hat Einfluss auf die Sterbequalität, die Fallkosten und den Sterbeort. Hinsichtlich der Sterbequalität ist erwiesen, dass dem Patienten durch die palliative Betreuung viel Angst genommen wird. Dies hat nicht nur einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität, sondern auch auf das Einsparen von Schmerzmitteln, wie umfangreiche Studien belegen. Auch durch das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten werden Fallkosten gesenkt. Dies konnte über eine Studie aus den USA belegt werden. Ohne palliativmedizinische Beratung verstarben 18% der Schwerstkranken auf der Intensivstation im Krankenhaus. Mit Palliativmedizin waren es im Vergleichskollektiv nur 4 % der Patienten.

Ausblick

Der spezialisierte palliativmedizinische Versorgungsbedarf für onkologische Patienten im letzten Lebensjahr lässt sich nach Erfahrungen aus Großbritannien mit ca. 15-25 % aller an Krebserkrankungen Versterbenden angeben. Allerdings benötigen nicht nur Krebspatienten eine spezialisierte Palliativversorgung. Insgesamt geht man in Deutschland derzeit davon aus, dass ca. 10 -12% aller Versterbenden im letzten Jahr ihres Lebens eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen, das wären ca. 84 000 – 100 000 Menschen pro Jahr.

Eine besondere Bedeutung wird die Palliativbetreuung in den nächsten Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung im Rahmen der sog. Altersmedizin haben. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts verschiebt sich die Altersstruktur zugunsten der älteren Altersgruppen; eine Entwicklung, die sich noch weiter beschleunigen wird. Insbesondere die Anzahl der Hochbetagten wird in Zukunft erheblich anwachsen. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der um 1900 erst rd. 0,5 % der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf ca. 4 % gestiegen ist, wird im Jahre 2050

etwa 12 % betragen. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der 100-jährigen in Deutschland innerhalb der nächsten 25 Jahre von jetzt 10.000 auf 45.000 steigen, im Jahr 2050 sollen es sogar 114.000 über 100-Jährige sein.

Diese Datenlage überzeugten die Politik, die Gesellschaft, Mediziner und selbst die Krankenkassen davon, dass der Ausbau der Palliativmedizin für alle Beteiligten auf lange Sicht von Nutzen ist. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahre 1994 wurde das Fundament gelegt für den Ausbau der staatlich anerkannten Palliativmedizin zu einem eigenen Lehrfach, dessen Ausbau über die 5 bestehenden Ordinariate vorgesehen ist. Der Arzt kann eine Zusatzbezeichnung als „Facharzt für Palliativmedizin“ erlangen. Nach anfänglichen Startschwierigkeiten haben mittlerweile 2500 Ärzte und 10.000 Pflegekräfte eine Zusatzausbildung erworben. 80.000 Ehrenamtliche stehen den Berufskräften zur Verfügung.

Gerade bei der Vernetzung der Ehrenamtlichen hat Deutschland gegenüber z.B. Großbritannien (600.000) einen großen Nachholbedarf. Sie sind jedoch ein unverzichtbarer Teil einer guten Palliativbetreuung besonders auch dann, wenn es um Unterstützung im häuslichen Bereich geht. Auch im Hinblick auf die Bedeutung der ehrenamtlichen Hilfe forderte die Begründerin der Hospizbewegung, Cicely Saunders, für die Palliativpatienten: *Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.*

Dr. Eberhard Neumann-Redlin von Meding, Schriftführer der Berliner-Medizinischen Gesellschaft, Luisenstr. 58/59 in 10117 Berlin

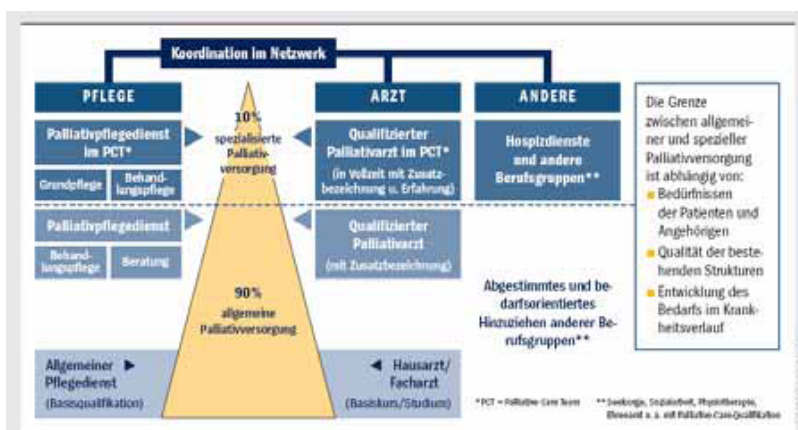


Abbildung
Struktur der Versorgung von Palliativpatienten durch Koordination von Angeboten in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung

Stationäre und ambulante palliativmedizinische Versorgungsangebote in Deutschland Entwicklung seit 1983

