

30.04.2003

Antrag

der Fraktion der FDP

Multiprofessionelle Versorgung von schwerstkranken Patienten sicherstellen

I. Selbstverständnis und Ethik der modernen Medizin

Aufgabe aller in Heilberufen Tätigen ist es, Krankheiten zu heilen und zu lindern. Die Fortschritte der modernen Medizin haben es ermöglicht, mehr Krankheiten zu heilen als früher und die Lebenserwartung zu verlängern. Solange eine selbstbestimmte Lebensführung möglich ist, steht der Gewinn außer Frage.

In die Diskussion geraten sind lebensverlängernde Maßnahmen, die eigentlich zu einer Lebensverlängerung führen.

In diesem Zusammenhang ist deutlicher hervorgetreten, dass neben der somatischen Versorgung durch Ärzte und Pflegepersonal, auch die psychosoziale Versorgung durch andere Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger eine große Rolle spielt. In vielen Institutionen des Gesundheitssystems haben sich multiprofessionelle Teams gebildet, die ein gemeinsames Konzept zur Patientenversorgung entwickelt haben.

Dies ist beispielhaft der Fall in der Palliativmedizin, die jedoch noch allzu oft gleichgesetzt wird mit Sterbebegleitung. Es werden hier in der Mehrzahl Patientinnen und Patienten behandelt, die nur noch eine kurze Lebenserwartung haben, so dass auch das Thema Trauer und Verlust mit im Raum steht.

Der wesentliche Punkt ist aber der Paradigmenwechsel von einer Medizin, die sich ausschließlich am technischen Fortschritt orientiert, zu einer Kunst des Heilens, die die Leidenfähigkeit und Sterblichkeit des Menschens akzeptiert.

II. Palliativmedizinische Angebote in Nordrhein-Westfalen

Wenn Krankheiten nicht (mehr) besiegt werden können, geht es darum, mit der Krankheit zu leben, auch wenn die Lebenserwartung begrenzt ist. Hier setzt die Palliativmedizin an. Sie gewährleistet eine bestmögliche Schmerztherapie und Symptomlinderung, legt großen Wert

Datum des Originals: 30.04.2003/Ausgegeben: 30.04.2003

Die Veröffentlichungen des Landtags sind fortlaufend oder auch einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen.

auf die psychosoziale Unterstützung von Patient und Angehörigen und respektiert die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten. Weitere Merkmale der Palliativmedizin sind Interdisziplinarität und Multiprofessionalität. Die Diagnostik aus mehreren medizinischen Fachgebieten wird miteinander verzahnt und bei der Behandlung arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen eng zusammen.

Eine solche Arbeitsweise beruht nicht auf Selbstverständlichkeiten. Vielmehr handelt es sich um eine neuere Entwicklung im Gesundheitswesen, die noch keinen etablierten Platz in der medizinischen Versorgung hat. Im stationären Bereich werden Betten für die Palliativmedizin manchmal anderen Stationen abgezogen, so dass es zu Verteilungskämpfen kommen kann. Relativ neu ist die Einrichtung von ambulanten Palliativdiensten, die aber unter Umständen dem Vorwurf der Konkurrenz gegen Praxen und Pflegedienste ausgesetzt sind.

Es ist von einem Bedarf von einem ambulanten Palliativdienst pro 250.000 Einwohner auszugehen. Nordrhein-Westfalen benötigt demnach etwa 60 ambulante Palliativdienste.

Die palliativmedizinische Versorgung ist in Deutschland bisher weder strukturell noch finanziell fest im Gesundheitssystem verankert. Der Anstoß hierzu ging meist von dem persönlichen Engagement einzelner Fachkräfte aus, die Mittel stammen größtenteils aus Projektgeldern und Spenden. Die weltweit erste Palliativstation wurde 1975 in Montreal in Kanada eröffnet, in Deutschland gab es die erste 1983 in Köln. Einer Statistik aus dem Jahr 2001 ist zu entnehmen, dass es mittlerweile 74 gibt, davon 18 in Nordrhein-Westfalen. Hinzu kommen (für NRW) 17 ambulante Palliativdienste und 1 palliativmedizinischer Konsiliardienst.

Die Patienten, die auf den Palliativstationen behandelt werden, leiden an einer unheilbaren Erkrankung bzw. es bestehen bei ihnen keine kurativen Therapieoptionen mehr. Es liegt eine Progredienz ihrer Erkrankung vor und ihre Lebenserwartung beschränkt sich auf einige Wochen bis wenige Monate. Hinzu kommt, dass konventionelle ärztliche und pflegerische Maßnahmen in der Versorgung nicht mehr ausreichend sind.

Aus Berechnungen der Universität Bonn geht hervor, dass ca. 14 % aller Menschen mit zum Tode führenden Erkrankungen spezialisierte palliativmedizinische Unterstützungsangebote benötigen. Daraus errechnet sich für Deutschland ein Bedarf von 50 Betten pro 1 Million Einwohner. In der Realität haben wir zur Zeit 17 Betten pro 1 Million Einwohner. Im Vergleich zu anderen Bundesländern steht Nordrhein-Westfalen relativ gut dar, aber die Versorgung ist weder flächendeckend noch fest etabliert.

Der größte Mangel besteht jedoch bei der Unterversorgung mit ambulanten Palliativdiensten. Die Gründerin der Hospizbewegung, die Britin Dame Cicely Saunders, verweist zurecht auf die Notwendigkeit einer palliativen Betreuung im vertrauten häuslichen Umfeld. Im Kern leitet sich das Selbstverständnis der Palliativmedizin aus der Aufgabe ab, die Lebensqualität der Patienten in dieser Lebensphase zu verbessern.

III. Grundlagen schaffen für die Verankerung der Palliativmedizin in unserem Gesundheitssystem

Für alle Berufsgruppen, die in palliativmedizinischen Teams arbeiten, ist der Erwerb spezieller Kenntnisse erforderlich. Bisher beruht dies meist auf dem persönlichen Interesse an dieser Art der Versorgung. Die Initiative hierzu speist sich zum Teil aus der Hospizbewegung, aus den Fortschritten in der Schmerztherapie und aus dem Verzicht auf Abgrenzung der unterschiedlichen Berufsgruppen zugunsten eines multiprofessionellen Konzepts.

Seit kurzem wird Palliativmedizin an zwei Universitäten gelehrt. Die Ärztekammer hat Palliativmedizin jedoch noch nicht als Fach anerkannt. In Großbritannien gehört sie schon zu einer der wichtigsten Medizinbranchen. In Deutschland muss man derzeit noch davon ausgehen, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte in der Regel nicht in Palliativmedizin ausgebildet sind. Sie können auf freiwilliger Basis Fortbildungen besuchen. Wenn sie aufgrund ihres persönlichen Engagements mit einem ambulanten Palliativdienst zusammenarbeiten, steht die Honorierung in keinem angemessenen Verhältnis zur erbrachten Arbeitsleistung.

Für die Krankenhäuser ergeben sich spezielle Probleme im Zusammenhang mit der Einführung der DRG's. Da diese zu sehr an der Apparatedizin orientiert sind, ist die Finanzierung palliativmedizinischer Leistungen absolut untergeordnet und damit die Aufrechterhaltung der Stationen gefährdet.

Die Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung ist zu erreichen über

- a) die Ausbildung,
- b) die Finanzierung,
- c) die Vernetzung.

Medizinstudenten müssen in Zukunft an allen Universitäten die Möglichkeit haben, Vorlesungen in Palliativmedizin besuchen zu können. Für bereits approbierte Ärzte sollen von Seiten der Ärztekammern entsprechende Fortbildungsangebote geschaffen werden. Für die anderen Berufsgruppen sind von den Kammern bzw. den Berufsverbänden ebenfalls Weiterbildungslehrgänge einzurichten.

Bei der Einführung der DRG's ist zu berücksichtigen, dass die Finanzierung einer am Bedarf orientierten Zahl von Palliativstationen gesichert ist.

Bei der Einrichtung ambulanter Palliativdienste muss eine adäquate Honorierung, die sich an der tatsächlich aufgebrauchten Zeit orientiert, sowohl bei den hausärztlichen, den pflegerischen als auch den psychosozialen Leistungen vereinbart werden. Da schmerzstillende Medikamente sehr teuer sind, ist für die niedergelassenen Ärzte, die palliativmedizinisch tätig sind, eine Lösung jenseits der Orientierung an der Arzneimittelrichtgröße zu erarbeiten, um Regressdrohungen zu vermeiden.

In Anbetracht der Tatsache, dass immer mehr Menschen schwere Unfälle überleben, Krebserkrankungen nicht automatisch ein Todesurteil bedeuten und im Rahmen der

Transplantationsmedizin zunehmend lebensverlängernde Operationen durchgeführt werden, ist die Implementierung der Palliativmedizin als fester Bestandteil des Gesundheitssystems dringend erforderlich.

Dies kann schrittweise erreicht werden durch eine Vernetzung und den weiteren Ausbau der vorhandenen stationären und ambulanten Angebote. Vor allem die häusliche Versorgung muss in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten dringend weiter ausgebaut werden.

Hierbei ist ein Vernetzungsmodell zu entwickeln, das es den ambulanten Fachkräften ermöglicht, mit den Palliativstationen in den Krankenhäusern zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise können fachliche Ressourcen für beide Seiten genutzt werden und es ist eine optimale Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle auch für die Patienten möglich, die keinen Platz auf einer Station bekommen können, oder für die die psychosoziale Versorgung im häuslichen Umfeld der entscheidende Faktor ist. Manche Patienten werden auch zuerst stationär behandelt und anschließend ambulant. Durch eine solche Vernetzung wird die Kontinuität in

der Betreuung gewährleistet und das hohe fachliche Niveau gehalten. Gleichzeitig kann die Lücke, die derzeit noch bei der Ausbildung besteht, durch die kollegiale Weitergabe von Kenntnissen geschlossen werden.

In einigen Bundesländern gab bzw. gibt es Pilotprojekte einer derartigen Vernetzung, z.B. in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen. Das umfassendste Modellprojekt wurde in Nordrhein-Westfalen in der Form eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes gegründet, das 17 ambulante Palliativdienste koordinierte.

Wenn auch noch lange nicht bedarfsdeckend, so besteht doch in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern eine einzigartige Situation. Mit der Gründung der ersten Stationen in Köln und Bonn besteht mittlerweile eine fast 20-jährige Erfahrung auf diesem Gebiet. Leider muss auch gesagt werden, dass die Kapazitäten, die sich dadurch entwickelt haben, nicht ausreichend genutzt werden. Die Erfahrungen, die hier zu Lande im stationären Sektor gesammelt wurden, müssen dringend an die ambulant tätigen Fachkräfte weitergegeben werden. Damit kann sich der Bereich der palliativmedizinischen Versorgung zu einem Fachbereich entwickeln, der schwerstkranken Patienten eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität ermöglicht, sowohl im Krankenhaus als auch im häuslichen Umfeld.

IV. Der Landtag fordert die Landesregierung auf

- den Bedarfsberechnungen entsprechend alle Palliativstationen in den Krankenhausplan mit aufzunehmen,
- ein Vernetzungsmodell zu entwickeln, das es ermöglicht, bedarfsgerecht ambulante Palliativdienste als Bindeglied zwischen der stationären und der hausärztlichen Versorgung flächendeckend einzurichten,
- die Einrichtung weiterer Lehrstühle für Palliativmedizin zu fördern,
- Aus- und Weiterbildungsangebote für alle beteiligten Berufsgruppen zu fördern,
- bei der Einführung der DRG's die Palliativstationen angemessen zu berücksichtigen,
- bei der Vergütung der ambulanten palliativmedizinischen Leistungen auf eine leistungsgerechte Honorierung hinzuwirken.

Felix Becker
Karl Peter Brendel
Dietmar Brockes
Brigitta Capune-Kitka
Dr. Ute Dreckmann
Horst Engel
Angela Freimuth
Dr. Stefan Grüll
Dr. Jens Jordan
Christian Lindner
Dr. Robert Orth
Dr. Gerhard Papke
Dr. Jana Pavlik
Ingrid Pieper-von Heiden
Christof Rasche
Dr. Stefan Romberg
Joachim Schultz-Tornau
Marianne Thomann-Stahl
Prof. Dr. Friedrich Wilke
Ralf Witzel