

Alltagspraxis in der Palliativ- und Hospizversorgung

„Palliativ- und Hospizversorgung. Was muss in Deutschland verbessert werden?“ lautete der Titel einer interdisziplinär besetzten Veranstaltung der Evangelischen Akademie in Tutzing Anfang März 2011.

Therapieziel

Die medizinische Forschung und Praxis waren lange Zeit fast ausschließlich am Therapieziel Heilung – oder zumindest Lebensverlängerung – orientiert. Vielfach sei dies auch heute noch so. Doch nach und nach wachse die Einsicht, dass eine einseitige Fixierung auf diese Therapieziele Patientinnen und Patienten, deren unheilbare Krankheit ein bestimmtes Stadium erreicht habe, eher schade. Sinnlose Behandlungen brächten auch überflüssige Belastungen mit sich. Darüber hinaus programmierten sie Enttäuschungen, an deren Ende nicht selten Resignation stehe. Palliativmedizin und Hospizarbeit kämen nicht zu einer solchen Aussage, denn sie könnten bis zum Ende des Lebens sehr viel Sinnvolles und für die Betroffenen Hilfreiches tun, waren sich die Experten einig. Heilen könne die Medizin manchmal, lindern häufig, trösten immer. Diese an sich alte Erkenntnis breche sich seit einigen Jahren – über die Palliativmedizin im engeren Sinne hinaus – eine immer breiter werdende Bahn. Mehr und mehr Kliniken richten Palliativstationen ein und Palliativmedizin, bzw. Palliative Care, werde zum Pflichtfach im Medizinstudium und in anderen Ausbildungsgängen. Eine wachsende Zahl ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer engagiere sich in Hospizvereinen für eine ambulante Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender. Trotz so viel Positivem bleibe die Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland nach wie vor verbesserungsbedürftig. In Programmreden von Politikern und anderen Verantwortlichen werde dies immer wieder angemaht und vieles versprochen. Wie aber sieht es in der Praxis aus? Was ist in den verschiedenen stationären und ambulanten Bereichen erforderlich? Was kann oder muss die Politik dazu beitragen? Diese und weitere Fragen wurden bei der Tagung diskutiert. Insbesondere die Podiumsdiskussion mit dem Titel „Wie sieht die Alltagspraxis in anderen Bereichen aus?“ thematisierte die häusliche Versorgung, die Situation in Alten- und Pflegeheimen sowie in Behinderteneinrichtungen.

Stellenwert

„Die Palliativ- und Hospizversorgung hat innerhalb der vergangenen zehn bis zwanzig Jahre einen großen Stellenwert im gesellschaftlichen Bewusstsein erhalten, Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte, vor allem Hausärzte, haben immer schon mit großer Empathie ihre Patienten in der Sterbephase begleitet. Dennoch ist es notwendig, sich fachlich auf dem aktuellen Wissensstand zu halten, beispielsweise in der Schmerztherapie oder der Symptomenkontrolle,“ sagte Dr. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) anlässlich der Tagung.

Dem komme die Ärzteschaft durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen und durch Aus- und Weiterbildung nach. Die vorhandenen Daten bewiesen dies eindrücklich. So verfügen 314 (2010: 305 – 2009: 202) Ärztinnen und Ärzte über die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, davon sind

- » 189 (2010: 183 – 2009: 127) Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich und
- » 104 (2010: 100 – 2009: 60) Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (darunter 47 [2010: 45 – 2009: 30] Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin)

tätig.

| Berichtsjahr | Zahl der Anerkennungen |
|--------------|------------------------|
| 2004/2005 | 11 |
| 2005/2006 | 35 |
| 2006/2007 | 31 |
| 2007/2008 | 41 |
| 2008/2009 | 49 |
| 2009/2010 | 76 |

Tabelle: Zahlen aus den Tätigkeitsberichten der BLÄK.



Foto: Dalmatin.o – Fotolia.com

Insgesamt sind derzeit 25 (2010: 22 – 2009: 12) Weiterbildungsbefugnisse erteilt. Fallseminare bieten derzeit 6 (2009: 5) Kliniken bzw. Institutionen an. Ein 40-Stunden-Kurs wird von 28 (2009: 15) Veranstaltern angeboten.

Erwähnenswert ist, dass die Zahl der jährlichen Anerkennungen der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zunimmt (siehe Tabelle).

Kaplan, der niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin ist, betonte, dass in der palliativmedizinischen Versorgung eine Vernetzung und Etablierung einer Versorgungskette sinnvoll sei.

- » Als Basis die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) im Team (Ärzte, Pflegeberufe, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychiater und Geistliche).
- » Zuhilfenahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als Unterstützung und nicht als Ersatz oder Konkurrenz.
- » Bei Bedarf bei medizinischer Fragestellung Inanspruchnahme einer Palliativstation, bei pflegerischen Problemen des Hospizes.

Dagmar Nedbal (BLÄK)