

Eine Zustandsbeschreibung aus der Sicht eines Palliativmediziners

Palliativversorgung in Pflegeheimen

Achim Rieger, Berlin

Das Berliner Modell Die palliativmedizinische Versorgung der Hochbetagten ist heute und erst recht in Zukunft eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Es fehlt aber noch an Finanzierungskonzepten sowie an speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften.

Die Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin, die britische Ärztin und Krankenschwester Dame Cicely Saunders, sagte bereits 1999: „Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“

Untrennbar verbunden mit einer adäquaten Palliativversorgung von multimorbiden und schwerstkranken alten Patienten ist die Lösung des Problems einer flächendeckenden und finanzierten ambulanten Palliativpflege und Palliativmedizin. Seit April 2007 hat jeder gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte und spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben könnte ein menschenwürdiges Sterben auch zu Hause, in Hospizen und in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen, ohne die Patienten am Lebensende in ein Krankenhaus einzuweisen.

Viele Ärzte, insbesondere Hausärzte und Schmerztherapeuten, haben sich schon mit den Weiterbildungsmöglichkeiten zum Palliativmediziner befasst. In Berlin entstanden Arbeitskreise und Gesprächsrunden zu allen Aspekten im Umfeld von ambulanter Palliativversorgung. Insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen haben sich seitdem dieses Themas angenommen.

Seit März 2007 existiert der erste Palliativwohnbereich in einem Berliner Pflegeheim mit derzeit zehn Betten. Weitere

Einrichtungen und auch große Konzerne des Gesundheitsbereichs interessieren sich für die Einrichtung von palliativer Pflege und palliativmedizinischer Versorgung in ihren Häusern. In den vergan-



Dr. med. Achim Rieger
Arzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin, Berlin

genen Monaten war geradezu ein „Ruck“ durch die Versorgungslandschaft für Schwerstkranken und Sterbende gegangen, begleitet von einem erheblichen Medieninteresse in der Laien- und Fachpresse zu palliativmedizinischen Themen.

Stand der ambulanten Palliativversorgung

Aus dem Bereich der häuslichen Betreuung sterbender Krebspatienten liegen in Berlin mittlerweile fundierte Erfahrungen vor. 1994 wurde als Modellprojekt zur ambulanten Terminalversorgung von Tumorpatienten „Home Care Berlin e.V.“ gegründet. Seitdem wurden mehr als 10 000 Patienten am Lebensende von ambulanten Pflegediensten und Home-Care-Ärzten/-Palliativmedizinerinnen zu Hause oder in stationären Hospizen betreut.

Der Einzug von palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Fertigkeiten und Kenntnissen in Pflegeheime steht je-

doch vor einigen Hürden und Fragen. Einem Zuviel an Dokumentation, Hierarchie und Absicherungswünschen steht ein Zuwenig an Personal, Ausbildung und Verantwortungsbereitschaft gegenüber.

Schlecht bezahlte Arbeitsplätze werden häufig von nicht deutschsprachigen Pflegekräften ausgefüllt, die zwar durch Zuwendung sprachliche Defizite auszugleichen versuchen, jedoch für die anspruchsvollen kommunikativen Anforderungen einer Terminalbegleitung oft nur unzureichend befähigt sind. Die zu dünne Personaldecke verhindert sinnvolle Weiterbildungen in Palliative Care, Portversorgung und Schmerztherapie, da auf keinen Mitarbeiter verzichtet werden kann. Gelegentlich füllen „Leasingkräfte“ Lücken in der Personalstruktur. Fehlender Bezug zu den Sterbenden und ihren Angehörigen und auch fehlende Vorbereitung auf das Zusammentreffen mit sterbenden Patienten wirken sich verheerend auf die Pflegesituation aus.

Angst vor vermeintlichen rechtlichen Folgen verhindert nicht selten eine angemessene Versorgung schwerstkranker Patienten oder führt gar zur Missachtung klar geäußerten Patientenwillens.

Viele Hausärzte gerade in großen Städten und Ballungsgebieten sind nach Ende ihrer Sprechzeiten und an Wochenenden nicht erreichbar. Kassenärztliche Notdienste übernehmen dann die Versorgung der Patienten in dringenden Situationen, falls das ohnehin überlastete Personal nicht gleich „problematische“ Patienten ins Krankenhaus einweist.

Von Pflegenden wird immer wieder Frustration über mangelnde Handlungsbereitschaft der Ärzte in sich verschlechternden Krankheitssituationen geäußert. Nur wenige Ärzte, die Pflegeheime versorgen, haben eine Weiterbildungen in Palliativmedizin. Die komplizierten Regelungen zur Verordnung und Aufbewahrung von BTM-pflichtigen Schmerzmitteln in stationären Einrichtungen müssen dringend reformiert werden.

Räumliche und personelle Trennung versus ...

Die Diskussion über eine sinnvolle und praktikable Umsetzung von Palliativver-

sorgung in Pflegeheimen wird meist von zwei unterschiedlichen Modellvorstellungen geprägt. Ein Modell geht von der Einrichtung von Palliativwohnbereichen aus. Dies bedeutet, dass ein bestimmter baulich oder wohnlich abgegrenzter Bereich zur Versorgung der schwerstkranken oder sterbenden Bewohner zur Verfügung gestellt wird.

Die personelle und räumliche Teilung bietet Vor- und Nachteile. Sie ermöglicht, in hohem Maß auf die Bedürfnisse der Kranken einzugehen, speziell weitergebildetes Personal für solche Bereiche einzuführen und die ärztliche Versorgung durch einen Palliativmediziner sicherzustellen.

Zu den Nachteilen eines abgegrenzten Palliativwohnbereichs gehört sicherlich, dass er einen gewissen Sonderstatus

in der Einrichtung signalisiert. Argwohn und Neid können dadurch bei Pflegenden aus den übrigen Wohnbereichen provoziert werden, etwa das Vorurteil, dass eine bessere personelle Ausstattung zu einer geringeren Arbeitsbelastung führt. Der Begriff des „Streichelwohnbereichs“ wird spottend verwendet.

Der offen praktizierte Umgang mit dem Tod durch deutlich sichtbare Rituale steht den gewohnten Umgangsformen entgegen und kann zu ablehnenden Reaktionen der übrigen Kollegen führen. Mir gegenüber wurden sogar Befürchtungen geäußert, dass jemand, der einmal auf einem Palliativwohnbereich angekommen ist, nicht mehr mit allen medizinischen Behandlungsoptionen rechnen dürfe und nur noch dem Tod Preis gegeben werde.

... allgemeine palliativ-pflegerische Qualifikation

Eine Alternative zu Palliativwohnbereichen ist die Etablierung von breiten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Haltungen und Fertigkeiten in der Gesamtheit der Pflegeeinrichtung. Palliativmediziner könnten hier genauso wie Ärzte anderer Fachrichtungen konsiliarisch tätig werden. Ein Basiswissen in Palliative Care sollten aber alle Beteiligten des ärztlich-pflegerischen Umfeldes haben.

Das Berliner Modell

Strukturen wie z. B. das „Berliner Modell“, bei dem ein Pflegeheim einen Arzt zur Versorgung der Bewohner anstellt, erleichtern dieses Konzept. Das Pflegeheim als Arbeitgeber könnte eine palliativmedizinische Basisqualifikation vor-

Unwürdiges Wettrennen mit dem Tod

In einer Presseerklärung des „Palliativnetz Bochum e.V.“ vom 7. August 2008 wird beklagt, dass bisher mangels ausreichender Finanzierung über 100 000 Menschen gestorben seien, ohne von dem seit über einem Jahr geltenden



Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Gebrauch machen zu können. Der Grund: Erst 455 Tage, nachdem der Gesetzgeber die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten für SAPV verpflichtet hat, wurden die „Gemeinsamen Empfehlungen“ (siehe dazu auch S. 10/11 in diesem Heft) als Grundlage für Vertragsverhandlungen veröffentlicht.

Dr. Matthias Thöns, Vorstandsmitglied im Palliativnetz Bochum, kritisierte in diesem Zusammenhang, dass die Ver-

tragshoheit allein bei den Krankenkassen liegt. Nach seinen Worten dürfe man es aber keinesfalls nur den Krankenkassen überlassen, mit den vielen sehr unterschiedlichen Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung Verträge abzuschließen. Aufgrund des Fehlens solcher Verträge konnten, so heißt es in der Erklärung weiter, viele Versicherte nicht versorgt werden – es sei denn, sie forderten ihren Rechtsanspruch vor Gericht ein. Das Palliativnetz Bochum habe jedoch viele Patienten trotz fehlender Kostenzusage versorgt.

Zwischenzeitlich hat sogar das Landessozialgericht den bestehenden Rechtsanspruch auf SAPV bestätigt. Thöns: „Es ist schon absurd, dass Patienten auf dem Sterbebett gegen ihre Krankenkasse vor Gericht ziehen müssen, um bestehendes Recht umzusetzen. Recht haben sie bislang stets bekommen – wenn sie den Ausgang des Eilverfahrens überlebten. Ein Eilverfahren dauert aber im Schnitt dreimal so lang wie eine durchschnittliche Palliativbetreuung.“

Auch Prof. Michael Zenz, Leiter der Bochumer Palliativstation, sieht es als ungünstig an, dass die Vertragshoheit bei den Krankenkassen liegt. Zwar habe sich die AOK schon seit 2006 um eine

Finanzierung der ambulanten Versorgung bemüht und mit dem Palliativnetz Bochum einen Basisvertrag abgeschlossen, dem sich die meisten Krankenkassen angeschlossen hätten; es gebe darunter aber schwarze Schafe. „Bei über 300 Krankenkassen ist es ärgerlich, dass man erst nach einem Hausbesuch weiß, ob die Kosten überhaupt übernommen werden“, so Hausarzt Dr. Jürgen Thomas, ebenfalls im Vorstand des Palliativnetz Bochum.

Alle diese Kassen wurden angeschrieben und um die Aufnahme von Vertragsverhandlungen gebeten. „Bis zur Klärung dieser Vertragsverhältnisse bleibt den Patienten bei ‚Schwarze-Schafe-Krankenkassen‘ nur der Gang zum Sozialgericht“, so Thomas weiter. Eine bessere Lösung wäre es nach seinen Worten, wenn Krankenkassen Kostenzusage zur ambulanten Palliativversorgung erteilen müssten, bis ihre eigenen Vertragspartner eine flächendeckende Versorgung guter Qualität sicherstellen.

Kontakte:

Dr. med. Matthias Thöns, Arzt für Anästhesiologie/Palliativmedizin, Bochum
thoens@web.de, www.palliativnetz-bochum.de
Dr. med. Jürgen Thomas, Arzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin, Bochum
Weitere Informationen unter www.sapv.de

schreiben und müsste nicht mehrere verschiedene Hausärzte zur Weiterbildung motivieren.

Nachteilig wäre der vergleichsweise große Aufwand, Ideen der Palliativversorgung „flächendeckend“ in einem Pflegeheim umzusetzen. Eine breite Akzeptanz für den Umgang mit Tod und Sterben wären Voraussetzung. Ein solches Konzept benötigt zur Umsetzung sicherlich deutlich mehr Zeit.

Die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in Pflegeheimen benötigt neben klugen Konzepten zur Palliativversorgung einen Mentalitätswechsel hin zum „angstfreien Pflegeheim“. Mut, mit Sterben und Tod offen und öffentlich umzugehen, gehören ebenso dazu wie Mut zu mehr Eigenverantwortung und weniger Bürokratie. Unkonventionelle Lösungen und Flexibilität führen zu mehr Lebensqualität der Bewohner. Vielleicht können Pflegeheime eines Tages damit werben, dass bei ihnen gestorben werden darf und die Bewohner zur Absicherung am Lebensende nicht einer Klinik überlassen werden.

Alle Bemühungen zur Umsetzung von Konzepten zur Palliativversorgung in Pflegeheimen hängen jedoch davon ab, dass endlich geeignete Finanzierungskonzepte nicht nur angekündigt, sondern auch in die Tat umgesetzt werden. In keinem Bun-

Fazit für die Praxis

- Gute ambulante Palliativversorgung, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende führt und Menschen die Möglichkeit gibt, ihre letzten Tage und Wochen in der von ihnen gewählten Umgebung zu verbringen, ist auch heute schon möglich. Ohne Finanzierungskonzepte lässt sich ambulante Palliativversorgung aber weder in Pflegeeinrichtungen noch in Hospizen oder zu Hause dauerhaft und flächendeckend sicherstellen.
- Zur Umsetzung werden allgemein und speziell weitergebildete Ärzte und Pflegenden benötigt.
- Ein Mentalitätswechsel in den Pflegeheimen scheint dringend geboten.

desland ist es bisher zu Vertragsabschlüssen gekommen. Im Gegenteil: Derzeit werden etablierte Versorgungskonzepte wie „Home Care Berlin“ zum Jahresende von den Krankenkassen gekündigt, ohne dass geklärt ist, wie ambulante Palliativmedizin nach der Honorarreform zum 1. Januar 2009 finanziert werden soll.

Es steht bisher auch nicht fest, ob eine bundesweite Regelung getroffen wird oder regionale Verträge geschlossen werden. Käme es zu regionalen Verträgen, wäre erneut mit unterschiedlichsten Finanzierungskonzepten zu rechnen, die wiederum regionale Ungleichheiten festgeschrieben.

Nach anfänglicher Begeisterung für die Umsetzung von AAPV und SAPV ist es nun deutlich ruhiger geworden. Viele

Haus- und Fachärzte scheinen vor dem fehlenden Willen der Kostenträger zu kapitulieren und konzentrieren sich wieder auf andere Aspekte ihres Versorgungsauftrags. Ohne baldige Umsetzung der hoffnungsvollen Vorgaben der jüngsten Gesundheitsreform werden sich die Zustände in der Versorgung der schwächsten unserer Patienten nicht ändern. Cicely Saunders hätte so auch nach vielen weiteren Jahren in ihrer Einschätzung Recht behalten.

Literatur

1. Husebø SB. Palliativmedizin in der Geriatrie. In: Husebø S. und Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 3. Auflage 2003. S. 363–394

Dr. med. Achim Rieger
Arzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin
Aachener Str. 12, 10713 Berlin
E-mail: achlou@aol.com