



Ende ohne Schrecken

Schmerzen, Atemnot, Alleinsein – Sterben macht Angst.

Die Palliativmedizin lindert körperliche und seelische

Leiden am Lebensende. [Heiner Melching](#) beschreibt das

Angebot und fordert klare gesetzliche Regelungen sowie

eine flächendeckende Versorgung.

Die Diskussion über die Sterbehilfe hat der Palliativmedizin besondere Aufmerksamkeit verschafft. Die meisten an der Debatte beteiligten Politiker, Wissenschaftler und Verbandsvertreter fordern einen Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung – als Alternative zum assistierten Suizid. Dabei hatten nach Ergebnissen einer Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes 51 Prozent der Bevölkerung im Juni 2012 noch nie von der Palliativmedizin gehört. Nur 30 Prozent der Befragten konnten den Begriff einigermaßen zuordnen. Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation von 2002 ist die Palliativmedizin „... ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. 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.“

Demnach konzentriert sich die Palliativmedizin also nicht ausschließlich auf Tumorpatienten, und auch nicht nur auf die letzte Lebensphase. Studien haben gezeigt, dass eine frühzeitige Integration palliativmedizinischer Angebote nicht nur zur bes-

seren Lebensqualität beiträgt, sondern die Lebenszeit verlängern kann (Temel et al., 2010). Deshalb sollte die Palliativversorgung nicht erst im Anschluss an eine kurative Behandlung zum Einsatz kommen. Die Übergänge von kurativer zu palliativer Behandlung sind vielmehr fließend. Auch die Vorstellung, dass Palliativmedizin, sozusagen als Preis für den Erhalt möglichst hoher Lebensqualität, generell lebenszeitverkürzend wirkt, ist nicht haltbar. Gerade die Verringerung der Symptomlast und die Beschäftigung mit Fragen nach Hoffnung und Sinn, können den Lebensmut steigern und so die Lebenszeit verlängern.

Soziale und spirituelle Belange im Blick. Bei der Palliativmedizin handelt es sich nicht um eine „bessere Schmerzmedizin“. Vielmehr nimmt sie alle Symptom- und Problembereiche in den Blick: neben körperlichen auch die psychischen, sozialen und spirituellen Belange. Zudem gilt den Angehörigen von Palliativpatienten ein besonderes Augenmerk. Eine Stichprobenuntersuchung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat ergeben, dass das Team einer Palliativstation rund 50 Prozent der gesamten Arbeitszeit für die Unterstützung des sozialen Umfeldes und die Kommunikation insbesondere mit den nahen und pflegenden Angehörigen aufwendet. Damit



„Guter Hilfemix für die letzte Lebensphase“

Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

G+G: Die meisten Menschen wünschen sich, in vertrauter Umgebung zu sterben. Was ist getan worden, um diesem Wunsch zu entsprechen?

Deh: In den letzten Jahren ist eine gute ambulante Versorgungsstruktur aufgebaut worden. Die Krankenkassen haben spezielle Angebote wie die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung entwickelt und den Ausbau der Hospizdienste vorangetrieben. Beides, die professionelle medizinische und pflegerische Palliativversorgung sowie die ehrenamtliche Betreuung durch Hospizdienste, müssen sich in der häuslichen Versorgung ergänzen. Durch einen guten Hilfemix gelingt es in der Regel, dass schwerstkranke und sterbende Menschen auch in der letzten Phase ihres Lebens zu Hause bleiben können.

G+G: Welche Rolle spielt die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Deh: Die SAPV ist wichtiger Baustein in der Versorgung von Palliativpatienten. Ein Team, bestehend aus mindestens einem Arzt und aus Pflegefachkräften, übernimmt die Versorgung von Patienten mit einer komplexen Symptomatik. Damit können Patienten, die früher sicherlich im Krankenhaus behandelt worden wären, jetzt zu Hause versorgt werden. Das Team berät zum Beispiel den Hausarzt oder den versorgenden Pflegedienst, koordiniert die Hilfen und ist Tag und Nacht in jeder Situation ansprechbar. In den letzten Jahren ist die SAPV stark ausgebaut worden: 2010 gab es erst 136 Verträge für die SAPV-Versorgung, 2013 waren es mit 251 Verträgen fast doppelt so viele – und die Zahl steigt weiter an.

G+G: Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat kürzlich einen Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Palliativversorgung vorgelegt. Ein Schritt in die richtige Richtung?

Deh: Die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland auch politisch zum Thema zu machen, liegt voll auf unserer Linie. Der Gesetzesentwurf, den Bundesgesundheitsminister Gröhe vorgelegt hat, zielt auf eine strukturelle und qualitative Weiterentwicklung der Patientenbetreuung ab und verfolgt damit einen richtigen Ansatz. Die AOK setzt sich dafür ein, dass eine angemessene Palliativversorgung nicht vom Wohnort abhängt oder nur in bestimmten, spezialisierten Einrichtungen stattfindet. Wir müssen es hinbekommen, dass schwerstkranke und sterbende Menschen überall in Deutschland gut betreut werden, dass man ihre Wünsche respektiert und dass sie in Würde sterben können. ■

Die AOK finanziert umfangreiche Leistungen für sterbenskranke Menschen. Unter www.reformblock.de gibt G+G Einblick in die Vielfalt des AOK-Engagements.

leisten die Palliativ-Teams einen großen Beitrag zur gesundheitlichen Prävention der pflegenden Angehörigen. Das findet in der Bewertung der Palliativmedizin noch zu wenig Niederschlag und im Rahmen der Finanzierung keine Berücksichtigung.

Der Begriff der Palliativmedizin suggeriert, dass ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Patienten behandeln. Die Palliativmedizin verfolgt jedoch einen ganzheitlichen Ansatz mit grundsätzlich interdisziplinärer und multiprofessioneller Arbeit. Sie erzielt ihre höchste Effektivität, wenn in Teams mit flachen Hierarchien verschiedene Berufsgruppen kooperieren (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge und andere). Diese Versorgungsrealität spiegelt sich in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wieder: Die mehr als 5.000 DGP-Mitglieder kommen nur zu gut 50 Prozent aus dem Bereich der Medizin.

Initialzündung in London. Obwohl die Palliativversorgung nicht unabhängig von der Hospizbegleitung/-versorgung betrachtet werden kann und beides zusammen gehört, haben sich die beiden Bereiche in Deutschland zunächst getrennt voneinander entwickelt. Ausgangspunkt ist die Gründung des St. Christopher's Hospice 1967 in London durch die Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders. Kurz darauf entstanden die ersten Kontakte zwischen deutschen Seelsorgern und Ärzten mit Cicely Saunders und britischen Hospizen. Der 1971 im deutschen Fernsehen gesendete Dokumentarfilm mit dem Titel „Noch 16 Tage“ über das St. Christopher Hospiz förderte die breite öffentliche Diskussion über die Versorgung todkranker Menschen. Insbesondere eine unglückliche Übersetzung des Begriffs Hospiz in „Sterbehäuser“ rief hierzulande Kritik an der Hospizidee hervor. Vertreter der Kirche warnten davor, das Sterben in „spezialisierte Einrichtungen“ außerhalb der Gesellschaft zu verlagern. Die Hospizbewegung, aus der mittlerweile nach Schätzungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) mehr als 80.000 Ehrenamtliche hervorgegangen sind, hat jedoch deutlich gemacht, dass es ihr um genau das Gegenteil geht: Sie will die Themen Sterben, Tod und Trauer zurück in die Mitte der Gesellschaft transportieren. Dazu hat Cicely Saunders 1983 geschrieben: „Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können.“

Ehrenamt ist wesentlicher Bestandteil. Seit 1986 in Aachen das erste deutsche Hospiz öffnete, hat sich die Hospizbewegung zunehmend professionalisiert und Regelungen zur Finanzierung, Kriterien zur Qualifikation von Ehrenamtlichen sowie deren Koordination erarbeitet. Im Jahr 2014 hielten 200 Hospize Betten bereit. Parallel entwickelte sich die Palliativmedizin aus der Krankenhausversorgung. Die erste Palliativstation entstand 1983 in Köln. Die Palliativmedizin trat ihren Weg an, die Rahmenbedingungen und die Haltung im Umgang mit Menschen am Lebensende zu verändern. Hospizbewegung und Palliativmedizin haben stets die gleichen Ziele verfolgt und immer mehr zueinander gefunden. Es gilt heute als unbestritten, dass auch

in der hochspezialisierten Palliativmedizin die ehrenamtliche Hospizarbeit ein wesentlicher Bestandteil ist. Sichtbar wird das Miteinander von Hospiz- und Palliativversorgung in der 2010 veröffentlichten Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die die beiden großen Verbände der Hospizbewegung und Palliativmedizin (DHPV und DGP) gemeinsam mit der Bundesärztekammer auf den Weg gebracht haben. Diese Charta, die sich aktuell zu einer Nationalen Strategie weiterentwickelt, haben inzwischen mehr als 15.000 Institutionen und Personen unterzeichnet (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de).

Abrechnung im ärztlichen Vergütungssystem. Grundsätzlich lässt sich die Palliativversorgung in vier Bereiche unterteilen (siehe Tabelle „Hilfe für Sterbende: Palliativversorgung im Überblick“): Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV), Spezialisierte stationäre Palliativversorgung (SSPV). Für die AAPV gibt es keine allgemeingültigen umfassenden Regelungen. Sie ist Teil der Regelversorgung und wird von Haus- und Fachärzten, Pflegediensten, Hospizvereinen und anderen Netzwerkpartnern erbracht. Seit

1. Oktober 2013 existieren allerdings spezielle Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), nach denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Leistungen der AAPV abrechnen können. Diese Ziffern beinhalten: Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan, Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in

der Arztpraxis, Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (mindestens 15 Minuten), Zuschlag für dringende Hausbesuche. Diese Regelungen betrachten Fachverbände als nicht ausreichend, da sie ausschließlich ärztliche Leistungen berücksichtigen und die Erbringung dieser Leistungen an keine palliativspezifische Qualifikation gebunden ist.

Musterverträge in jedem Bundesland. Die SAPV ist der einzige gesetzlich klar geregelte Bereich der Palliativversorgung. Im Jahr 2007 eröffnete der Gesetzgeber mit der Einführung der SAPV in das Sozialgesetzbuch (Paragrafen 37b und 132d SGB V) eine große Chance für den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Palliativmedizinisch und -pflegerisch qualifizierte Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und psychosozialen Berufsgruppen, unter Einbindung von Ehrenamtlichen, bieten den Patienten Unterstützung und sind rund um die Uhr erreichbar. Die SAPV ergänzt das Versorgungssystem und trägt dazu bei, nicht gewollte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden – weil die Patienten sicher sein können, dass rund um die Uhr ein Team zur Verfügung steht, das ihren Wünschen gemäß handelt. Ängste und daraus folgende Symptome werden stark gemildert.

Die meisten Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind in Ballungsräumen angesiedelt.

Hilfe für Sterbende

Palliativversorgung im Überblick

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Krankenhausstationen • Nicht spezialisierte Palliativstationen/ Palliativeinheiten/ Palliativbetten • „Konsiliardienste“ • „Liaisondienste“ • „Palliativdienste“ • Durch Personal mit Basisqualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) • Hausärzte, z.T. mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet) • Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation • Ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 80.000 Ehrenamtlichen), Vergütung über § 39a SGB V • Weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen, z.B. mind. fünf Betten) • Stationäre Hospize • Immer multiprofessionelle Teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), gesetzlicher Anspruch seit 2007, geschätzter Bedarf: zehn Prozent aller Sterbenden • Immer multiprofessionell – oft im Team bei den Patienten • Täglich 24 Stunden Verfügbarkeit

In Deutschland lassen sich die Angebote der Palliativversorgung in vier Formen unterteilen. Der Gesetzgeber hat lediglich für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) klare Regelungen erlassen. Noch steht die SAPV nicht bundesweit flächendeckend zur Verfügung.

Quelle: Melching/DGP

Als Besonderheit der SAPV kommt hinzu, dass die Vergütung von ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Leistungen erstmals gemeinsam vertraglich geregelt wird.

Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Abschluss der ersten SAPV-Verträge vergingen mehr als zwei Jahre. Eine bundesweit flächendeckende SAPV-Versorgung ist noch nicht in Sicht, wenngleich es inzwischen in jedem Bundesland Musterverträge oder Rahmenvereinbarungen gibt, die mit der Mehrzahl der Krankenkassen abgeschlossen wurden. Auf Grundlage der Annahme, dass rund zehn Prozent aller Sterbenden in den letzten Wochen und Monaten ihres Lebens einen Bedarf an SAPV aufweisen, lässt sich errechnen, dass bei optimaler Verteilung rund 330 SAPV-Teams benötigt werden, die von ihrem Standort aus ein Gebiet mit 250.000 Einwohnern versorgen können, um eine Flächendeckung zu erreichen. Die überwiegende Zahl der SAPV-Teams ist in Ballungsgebieten angesiedelt. Die Versorgung in ländlichen Regionen bereitet große Schwierigkeiten.

Ausgaben bleiben hinter Erwartungen zurück. Legt man die Verordnungszahlen des Jahres 2013 zugrunde, ist davon auszugehen, dass im Jahr 2013 maximal 4,5 Prozent aller sterbenden Menschen SAPV in Anspruch genommen haben. Die genaue Zahl der Leistungserbringer ist schwer zu erfassen. Der einzige Anhaltspunkt sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergebenen Betriebsstätten-Nummern (BSNR). Hinter

diesen Nummern verbirgt sich aber nicht überall das Gleiche. In Westfalen-Lippe werden aufgrund eines gemischten SAPV/AAPV-Vertragskonstrukts überhaupt keine BSNR benötigt, und in Nordrhein werden diese von der Landes-KV vergeben. Derzeit existieren laut Angaben der KBV bundesweit 278 solcher BSNR (Stand: 20. Februar 2015). Die SAPV-Landschaft hat sich derart heterogen entwickelt, dass es nicht möglich ist, das Leistungsgeschehen und die Verträge zu vergleichen. Auch die Vergütung ist aufgrund völlig unterschiedlicher Strukturen und Leistungsmerkmale nicht vergleichbar.

Im Jahr 2013 hat die gesetzliche Krankenversicherung 175,9 Millionen Euro für SAPV-Leistungen ausgegeben (2012 waren es 127,5 und 2010 47,82 Millionen Euro. Die Planungen aus dem Jahr 2007 gingen von 240 Millionen Euro bereits für das Jahr 2010 aus. Von den 74.594 SAPV-Leistungsfällen im Jahr 2013 hat jeder durchschnittlich 2.358,09 Euro Kosten verursacht.

Entwurf für ein Palliativ-Gesetz

Das Bundesgesundheitsministerium hat Mitte März 2015 den Referenten-Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes vorgelegt. Zu den Schwerpunkten des Entwurfes gehören:

- **Kooperationen und Qualität fördern:** Die allgemeine Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden mit zusätzlich vergüteten Leistungen für spezifisch qualifizierte Vertragsärzte gestärkt.
- **Bedeutung der häuslichen Krankenpflege herausstellen:** Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege Leistungen der Behandlungspflege und der Palliativpflege zu konkretisieren.
- **Mehr Geld für stationäre Hospize:** Krankenkassen übernehmen für den Aufenthalt in stationären Hospizen für Erwachsene künftig 95 Prozent statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Der tägliche Mindestzuschuss wird erhöht.
- **Abbau von Hemmnissen für ambulante Hospizdienste:** die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen soll zeitnäher ab der ersten Sterbebegleitung erfolgen. Das Verhältnis von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern soll den Versorgungsanforderungen entsprechen. Die ambulante Hospizarbeit ist in Pflegeeinrichtungen stärker zu berücksichtigen.
- **Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung** und Hilfestellung durch die Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.
- **Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen:** Sterbebegleitung gehört zur Pflege am Lebensende. Deshalb wird sie als Bestandteil des Auftrags der gesetzlichen Pflegeversicherung ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen.
- **Beratung in Pflegeeinrichtungen:** gesetzliche Grundlage für ein Beratungsangebot für Bewohnerinnen und Bewohner über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase. Die Krankenkassen finanzieren das Angebot.

Zusammenstellung: G+G

Ein Patient entspricht dabei jedoch manchmal mehreren Fällen. Legt man die 37.564 Erstverordnungen des Jahres 2013 zugrunde, ergeben sich Kosten von 4.682,67 Euro pro Erstverordnung.

Palliativversorgung im Prozedurenschlüssel vorgesehen. Für die Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV) existieren keine verbindlichen Regelungen. Eine Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Versorgung ergibt sich im stationären Bereich lediglich durch das Abrechnungssystem (zwei unterschiedliche Komplexpauschalen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-982 und 8-98e) sowie aus der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Grundsätzlich sollte die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus auf jeder Station erbracht werden können. Um ein entsprechendes Zusatzentgelt zu erlösen, bedarf es einiger Voraussetzungen, die im OPS 8-982 beschrieben sind. Hauptmerkmale hierfür sind Mindestanforderungen an palliativmedizinische und pflegerische Qualifikationen, regelmäßige Teambesprechungen, Dokumentationen, sowie mindestens sechs Stunden pro Woche und Patient Betreuung aus nichtärztlichen und nichtpflegerischen Therapiebereichen, wie beispielsweise Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Seelsorge oder Musiktherapie.

Der Begriff der Spezialisierten stationären Palliativversorgung (SSPV) ist erstmals 2012 im neuen OPS 8-98e aufgetaucht. Er ermöglicht Palliativstationen, die bestimmte Vorgaben bezüglich ihrer Struktur (zum Beispiel mindestens fünf Betten, abgetrennte Abteilung, Qualifikation des Personals, multiprofessionelles Team) und ihres Leistungsspektrums erfüllen, ein erhöhtes Zusatzentgelt zu erlösen. Außerdem ist es diesen Stationen möglich, außerhalb des DRG-Systems als „Besondere Einrichtung“ nach tagesgleichen Pflegesätzen abzurechnen. Knapp 15 Prozent aller Palliativstationen (vornehmlich in Nordrhein-Westfalen und Bayern) machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Ein finanzieller Vorteil ergibt sich daraus für die Krankenhäuser nicht, allerdings eine erhebliche Erleichterung bei internen Verlegungen, da hierbei nicht geregelt werden muss, welcher Abteilung ein DRG-Erlös zugeordnet werden soll.

Verfahren für Zertifizierung kommt. Weder für Palliativstationen noch für palliativmedizinische Konsiliardienste/Palliativdienste liegen eng umrissene gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung vor. Auch ein standardisiertes Zertifizierungsverfahren für Palliativstationen existiert noch nicht – die DGP bereitet es derzeit vor. Demzufolge bestehen zum Teil beträchtliche Unterschiede in der personellen und räumlichen Ausstattung sowie im Leistungsspektrum. Viele Palliativstationen orientieren sich an den Empfehlungen der DGP zu den Raumstandards und den Personalanforderungen. Darüber hinaus hat die Bauministerkonferenz im Mai 2011 eine „Planungshilfe für baulich-funktionelle Anforderungen an Palliativstationen“ herausgegeben.

Derzeit existieren in Deutschland rund 300 Palliativstationen, was rund 15 Prozent aller Krankenhäuser entspricht. Wie viele Kliniken darüber hinaus Palliativdienste oder palliativmedizinische Angebote vorhalten, ist nicht bekannt. In einigen Landeskrankenhausesetzen und Krankenhausplänen taucht die

Palliativversorgung inzwischen auf, so beispielsweise im Plan für Nordrhein-Westfalen oder im Krankenhausgesetz für das Land Thüringen, in dem sogar ein Rechtsanspruch auf Palliativversorgung formuliert ist. Nach Schätzungen der europäischen Palliativgesellschaft liegt der Bedarf im Bereich der stationären Palliativversorgung bei 100 Betten (Hospize und Palliativstationen) pro eine Million Einwohner. Aktuell stehen in Deutschland in der Palliativversorgung 40 Betten pro eine Million Einwohner bereit. Im ambulanten Bereich ist der Bedarf schwer einzuschätzen. Zumindest in ländlichen Regionen besteht eine gravierende Unterversorgung.

Pflichtfach im Studium. Auch im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gibt es Nachholbedarf. Zwar haben inzwischen mehr als 8.000 Ärztinnen und Ärzte die 2004 eingeführte Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Das entspricht jedoch nur 2,5 Prozent aller berufstätigen Ärzte. Als Erfolg lässt sich verbuchen, dass seit 2009 die Palliativmedizin im Medizinstudium Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach ist. Allerdings gibt es nur zehn Lehrstühle für Palliativmedizin. Hier sind die Universitäten dringend gefordert, Abhilfe zu schaffen, zumal in der Palliativmedizin erheblicher Forschungsbedarf besteht. Auch in der Pflege wird der Bedarf zur Versorgung sterbenskranker Menschen mit den rund 20.000 qualifizierten Palliative-Care-Fachkräften nicht gedeckt. Zudem reichen die geltenden Finanzierungsregelungen vor allem in der ambulanten Pflege nicht aus, um genügend Zeit für schwerstkranken und sterbende Menschen aufzubringen. In weiteren, an der Palliativversorgung maßgeblich beteiligten Professionen, wie beispielsweise Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger, gehört die Vermittlung von Kenntnissen zur Palliativ- und Hospizversorgung bisher kaum zur Standardausbildung.

Einigkeit besteht unter Fachleuten darin, dass die Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung ausgebaut und verbessert werden müssen. Hierzu gehört die Verbesserung der Bedingungen in Einrichtungen der stationären Pflege und in Krankenhäusern. In diesen Einrichtungen könnten Palliativbeauftragte im Sinne eines „Kümmerers“ angemessene Konzepte etablieren. Zudem sollten die vielen guten regionalen Initiativen besser miteinander vernetzt werden.

Palliativmedizin verringert Ängste. Die Palliativmedizin wird oft als Antwort auf Sterbewünsche ins Feld geführt. Ob die Palliativmedizin jeden Wunsch nach einer vorzeitigen Herbeiführung des Todes ausräumen kann, ist nicht bewiesen. Doch sie bietet die Möglichkeit, Sterbewünsche offen zu thematisieren und ihre Bedeutung zu erkennen. Der Wunsch, nicht mehr zu leben, bedeutet in der Regel, unter den aktuellen Bedingungen nicht mehr leben zu wollen. Palliativmedizinische Angebote reduzieren Beschwerden und Ängste auf ein erträgliches Maß. Auch ist durch Studien hinlänglich bekannt, dass Sterbewünsche zumeist von großer Ambivalenz gekennzeichnet sind: Patienten, die in einem Moment explizit nach einem zum Tode führenden Medikament verlangen, äußern im nächsten Augenblick oder auch Tage später einen ausgeprägten Lebenswillen, weil sie beispielsweise noch etwas regeln oder erleben wollen. Der Auslöser für

Sterbewünsche ist in vielen Fällen nicht ein akutes Leiden, sondern die Angst vor dem, was bevorsteht. Eine Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten kann helfen, solche Ängste zu verringern. Zu diesen Möglichkeiten gehören beispielsweise die palliative Sedierung (gut steuerbare Reduzierung des Bewusstseins bis hin zur zeitlich begrenzten Bewusstlosigkeit) oder der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

Hilfe beim Sterben. Laut Umfragen sprechen sich rund 70 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aus. Doch es ist unklar, was die Befragten darunter verstehen. Viele meinen vermutlich den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Begriffe wie aktive, passive und indirekte Sterbehilfe, die in keinem deutschen Gesetz und in keiner aktuellen Berufsordnung oder Empfehlung auftauchen, sollten deshalb vermieden werden. Es muss klar werden, ob die strafbare Tötung auf Verlangen gemeint ist, die zulässige Hilfe zum Suizid oder die Beendigung einer Behandlung entsprechend dem Patientenwunsch.

Eine klare Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte spricht sich dafür aus, den assistierten Suizid nicht als ärztliche Aufgabe zu definieren. Es gibt viele gute Argumente gegen eine offizielle Regelung zur ärztlichen Suizidassistenz. Zudem würde sich die Mehrheit der Ärzte schwer damit tun, Suizidwünsche eindeutig als unumkehrbaren Patientenwillen zu diagnostizieren. Sterbewünsche lassen sich kaum von depressiven Episoden, Stimmungsschwankungen oder situativen Leidempfinden und Ängsten abgrenzen. Auch fehlt in der deutschen Ärzteschaft noch eine ausreichende Kenntnis über palliativmedizinische Optionen und Angebote, die unbedingt ausgebaut werden müssen. Insofern ist zu begrüßen, dass die Politik Mitte März mit dem Referenten-Entwurf zu einem Hospiz- und Palliativgesetz die Weichen für eine Verbesserung der Palliativversorgung gestellt hat (siehe Kasten auf Seite 28). Die Palliativmedizin bietet sehr wohl Hilfe beim Sterben – aber keine gezielte Hilfe zum Sterben im Sinne eines ärztlich assistierten Suizides. ■

Heiner Melching, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter und Trauerbegleiter, ist Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
Kontakt: Heiner.Melching@palliativmedizin.de

Reportage über ein Palliativteam in Frankfurt am Main siehe Seite 30–33

Lese- und Webtipps

- www.palliativmedizin.de Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, gegründet 1994) mit Zahlen, Daten und Fakten zur Palliativversorgung in Deutschland
- www.hospiz-palliativ-register.de Die DGP baut ein Hospiz- und Palliativregister auf, das patientenbezogene Daten als Kerndatensatz aus Hospiz- und Palliativversorgung zusammenführen soll.
- www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de umfangreiche Übersicht der Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung; im April 2015 aktualisiert
- www.dhpv.de Der Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV, gegründet 1992), vertritt die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen. Er ist die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland.