

Dr. Michael Wunder
Hamburg, 6.12.2007

Palliativmedizin: Aktuelle Aufgaben regionaler und überregionaler Politik

Zum Begriff „Palliativmedizin“

Palliative Care

ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, einwandfreies Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

WHO 2002

Leitbegriffe

Verbesserung der Lebensqualität

Hilfe für Patient und Umfeld

Vorbeugen und Lindern von Leiden

Körperliche, psychosoziale und spirituelle Unterstützung

Selbstverständnis: high – person / low – technology

Definition Hospizarbeit

Hospizarbeit

will mit ihren ambulanten und stationären Angeboten das Sterben aus den Krankenhäusern heraus und wieder in das häusliche bzw. in ein vergleichbares Umfeld zurückholen. Sie verfolgt das Ziel, sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben und Sterben bis zum Ende zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden stehen im Zentrum des Handelns.

„Das Sterben ist ein Teil des Lebens.“

Leitbegriffe:

Heraus aus den Krankenhäusern – Sterben in häuslicher Umgebung

Menschenwürde bis zuletzt

Selbstbestimmung des Schwerkranken und Sterbenden

Herausforderungen

Mentalitätswechsel

Säulen der Medizin: Kuration, Prävention, Rehabilitation **plus** Palliative Versorgung

Multiprofessionalität

Zusammenarbeit der Berufsgruppen auf gleicher Augenhöhe,
plus Integration der Nicht- Professionellen

Integrative Versorgungsstruktur

Kooperation an der Schnittstelle ambulant-stationär

Allgemeinpolitische Hindergründe

Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung
Adäquate Antwort auf die nachvollziehbaren Ängste vor
Fremdbestimmung, Einsamkeit und Schmerzen

Aktives Handeln gegen die Forderung nach aktiver Sterbehilfe,
auch wenn damit nicht jeder Einzelfall „gelöst“ werden kann

Niedergelassene Ärzte mit
spezieller
Palliativversorgungsfunktion

Niedergelassene Ärzte mit
allgemeiner
Palliativversorgungsfunktion

Ambulante
Hospizgruppe
AH

Palliativ medizinischer
Konsiliardienst

Ambulanter Hospizdienst
AHD

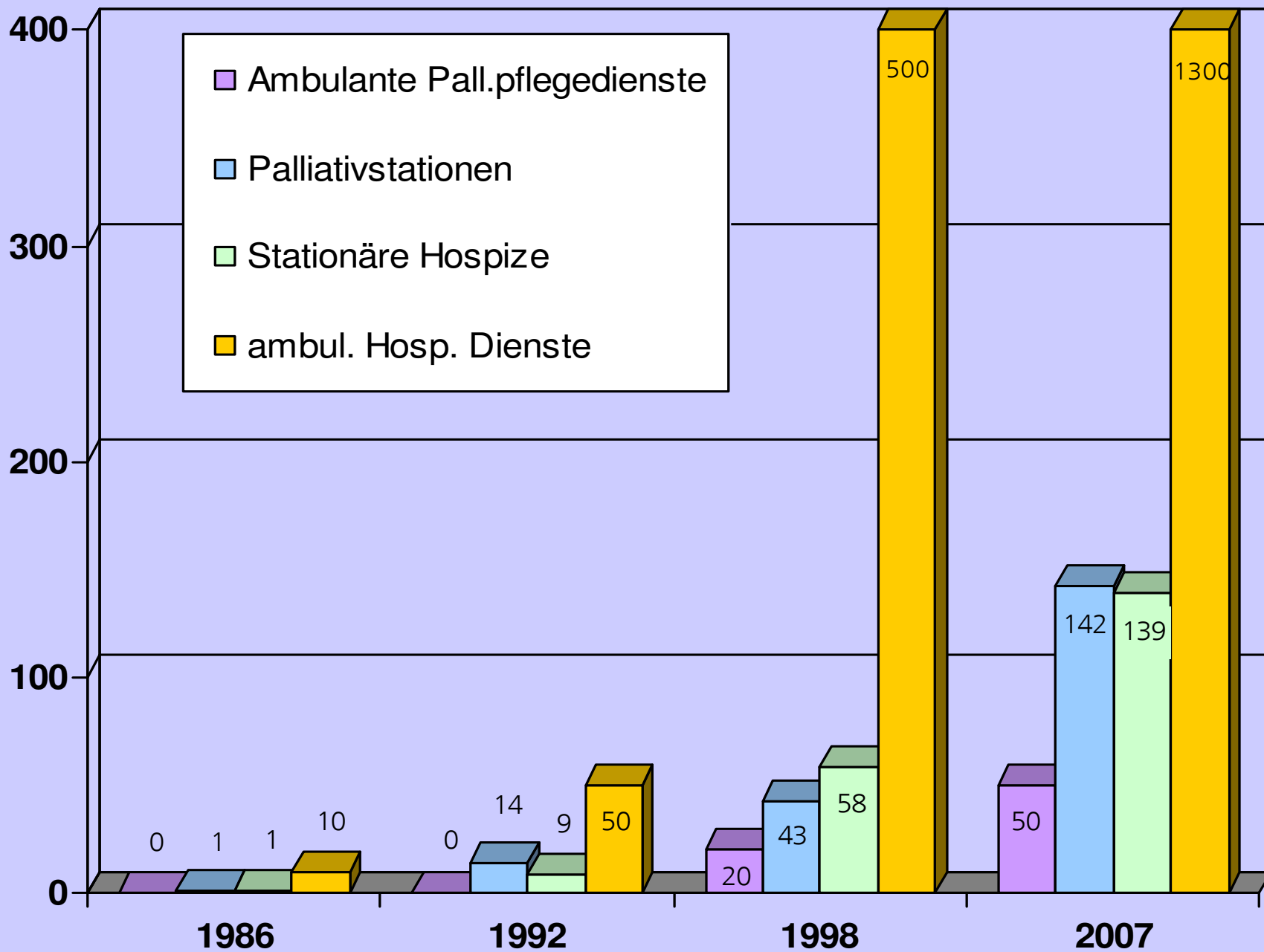
Palliativstation

Ambulanter Hospiz &
Palliativ – Beratungsdienst
AHPB

Ambulanter
Palliativpflagedienst

Stationäres Hospiz

Ambulanter Hospiz &
Palliativ – Pflegedienst
AHPP



Grundmängel:

- Mangel an Kooperation und patientenorientierter Koordination
 - Qualitatives Gefälle zwischen spezialisierter und allgemeiner palliativer Versorgung
- Starke regionale Unterschiede, mangelnde Erreichbarkeit für viele

Bedarf

Ist 2.800 Betten/Plätze – Soll 4.100 Betten/Plätze

Politische Umsetzung

Gesetzlicher Anspruch auf Palliativversorgung

**Freistellung von Angehörigen für die Sterbebegleitung
(Karenztageregelung)**

**Palliative-Care-Teams
an den Schnittstellen stationär/ ambulant
und allgemeine/spezialisierte Palliativversorgung**

Finanzierung Palliativstationen, Finanzierung Hospize
Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte, Pflegekräfte, Altenpflegekräfte,
Änderung BtmG, Änderung Heimgesetz,
Verbesserung der Finanzierung der ambulanten Pflege am Lebensende usw.

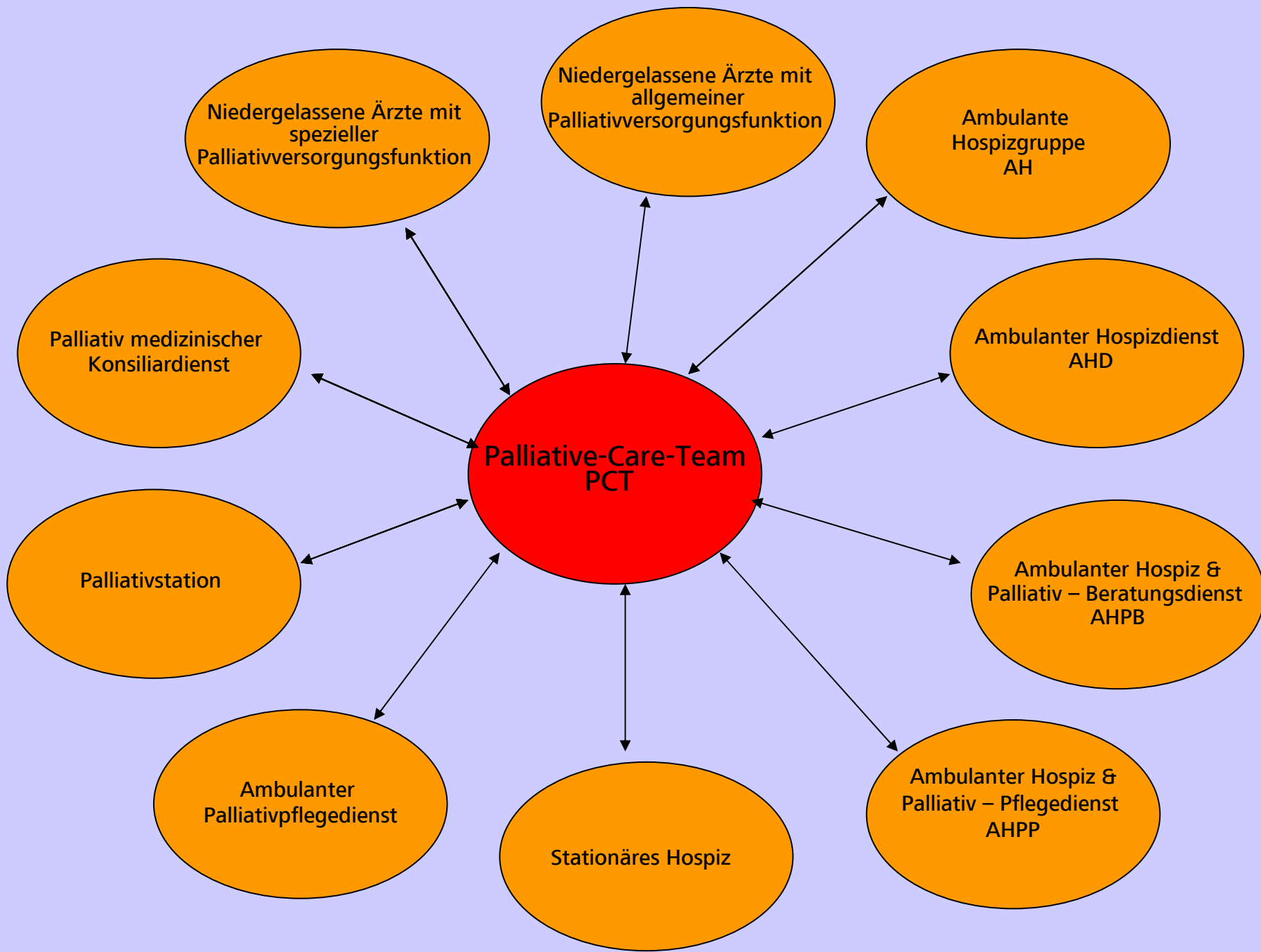
Allgemeine Palliativversorgung general palliative care services

Hausärzte, Pflegedienste, Allgemeinkrankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen mit Fachkräften, die Fortbildungen absolviert haben und über erweiterte Erkenntnisse in diesem Bereich verfügen und bei Bedarf auf die Expertise der Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung im Sinne eines komplementären Angebots zurückgreifen.

Spezialisierte Palliativversorgung specialist palliative care

Palliativstationen, palliativmedizinische Konsiliardienste und ambulante Palliative Care Teams, die zum einen Patienten mit besonders schwierigen Krankheitsverläufen betreuen oder mitbetreuen, zum anderen ihre Expertise über konsiliarische Angebote in die Breite der nicht spezialisierten Versorgung tragen.

Für Palliative-Care-Team-Einführung: 240 Mio. €



Kritik am Richtlinienentwurf zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung des G-BA

Keine Strukturangaben und Qualitätsstandards für die Palliative-Care-Teams

Einbindung der psychosozialen Berufsgruppen unzureichend

Keine Pädiatrischen Palliative-Care-Teams

Indikationsfeststellung ohne Palliative-Care-Teams

Verordnungshöchstdauer von 7 Tagen zu gering

Offene Fragen der Palliative-Care-Team-Einführung

Welche Berufsgruppen, welche Dienste werden beteiligt?
(Nur Ärzte und Pflegekräfte, oder auch Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger?)

Wer kann Antragsteller sein?
(Einzelpersonen, juristische Personen, Zukünftige Leitung des Teams?)

Ansiedelung wo?
(An Palliativstation, an Arztpraxis, an Pflegedienst?)

Vergütungsform
(Fallpauschale, Tagessatz, Staffelung nach Betreuungsstufe?)

Vergütungsumfang
(nur Koordination und Fallbesprechungszeiten oder Komplexleistung oder die Leistungen, die in den herkömmlichen Systemen nicht finanziert werden?)

Aufgaben regionaler Politik

**Prozess der Palliative-Care-Team - Bildung
anleiten und organisieren**

Runder Tisch aller
an der Spezialisierten Palliativversorgung Beteiligten der Region
unter Einschluss aller Berufsgruppen

Prinzipien
der Multiprofessionalität und der Schnittstellenkooperation
verdeutlichen

„Nicht dem Leben mehr Tage geben,
sondern den Tagen mehr Leben.“

Cicely Saunders (1918-2005)

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit