

## PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

## Hoher Entwicklungsbedarf und viele offene Fragen bei der Versorgung von Palliativpatienten

Nils Schneider, Friedrich Wilhelm Schwartz<sup>1</sup>

## ZUSAMMENFASSUNG

□ Der Versorgung von Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen wird in Deutschland zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet, u.a. vor dem Hintergrund der Sterbehilfe-Debatte und der Kritik an den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen und Prozessabläufen. Die Palliativversorgung richtet sich gleichermaßen an Tumorpatienten und an Patienten mit anderen, nichtmalignen Erkrankungen; in Anbetracht der demographischen Entwicklung wird die Palliativversorgung immer wichtiger für eine steigende Zahl alter und hochbetagter Patienten mit besonders komplexen Bedürfnissen (z.B. infolge von Multimorbidität, Demenz und chronischem Schmerz). Deshalb besteht ein hoher Bedarf, die Palliativversorgung zu verbessern. Die Stellungnahmen zur gegenwärtigen Situation und die Empfehlungen zur Verbesserung basieren allerdings nur in geringem Umfang auf aussagekräftigen wissenschaftlichen Daten. Dieser Übersichtsartikel aus der Perspektive der Versorgungsforschung fokussiert auf die speziellen palliativen Versorgungsstrukturen (z.B. Palliativdienste und Palliativstationen) und die politischen Rahmenbedingungen. Dabei werden zentrale offene Fragen auf unterschiedlichen Ebenen thematisiert und der Bedarf für interdisziplinäre, anwendungsorientierte Forschung herausgestellt.

**Schlüsselwörter:** Palliativversorgung · Versorgungsforschung · Versorgungsprozesse · Versorgungsstrukturen · Palliative Care

*Med Klin* 2006;101:552–7.  
DOI 10.1007/s00063-006-1077-x

## ABSTRACT

## High Need for Improvement and Many Open Questions in Health Care for Palliative Patients

□ The health care for patients with incurable, advanced diseases is increasingly attended to in Germany. Among other things, this is enforced by the debate on euthanasia and by the criticism of the inadequate structure of services and processes of care. The palliative care approach refers to cancer as well as to non-cancer patients; due to demographic changes, it becomes more and more important for an increasing number of old and very old patients with particular complex needs (e.g., caused by multimorbidity, dementia and chronic pain). Therefore, the need for improving palliative care is immense. However, the statements on the current situation and the recommendations for improvement are based only slightly on valid scientific data. This article (written from the perspective of health services research) provides an overview on the topic with particular respect to the structure of specialized palliative care services (such as palliative care teams and pal-

Unheilbar kranke Patienten in den letzten Lebensphasen angemessen zu versorgen, ist eine elementare Aufgabe des Gesundheitssystems [1, 2]. Dass dieses Thema in der letzten Zeit in Fachkreisen wie in der Gesellschaft zunehmend Beachtung erfährt, ist nicht zuletzt auf die Sterbehilfe-Diskussion zurückzuführen. Sie wurde zunächst durch die liberale Gesetzgebung in Nachbarländern wie den Niederlanden [3] forciert und hat jüngst durch die Niederlassung der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas in Hannover an neuer Dynamik gewonnen. Unabhängig von einer häufig fehlenden Differenzierung zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe verdeutlicht die naturgemäß sehr emotional geführte Auseinandersetzung die Bedeutung einer angemessenen Palliativversorgung.

Diese ist – trotz enormer Entwicklungen der Hospizbewegung, Palliativmedizin und Palliativpflege – in Deutschland bei weitem noch nicht flächendeckend gewährleistet [4, 5]. Weitere Verbesserungen sind sowohl bei der klinisch-praktischen Patientenversorgung als auch bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Themengebiet erforderlich, denn die Datenbasis ist auch im internationalen Kontext dürftig [6, 7]. Bestimmte Teilbereiche sind vergleichsweise gut erforscht, darunter vor allem die Tumorschmerztherapie. Für sie existieren anerkannte Standards und Leitlinien. Dies sagt zwar wenig über die Versorgungsqualität in der Praxis aus, setzt aber Maßstäbe und Referenzen auf guter wissenschaftlicher Grundlage [8, 9].

Andere Bereiche der Palliativversorgung sind dagegen weniger gut evaluiert, so beispielsweise die Versorgungsprozesse und Strukturen sowie ihre systemischen Rahmenbedingungen, die im Zentrum des Interesses der Versorgungsforschung stehen: Hier besteht ein erheblicher Nachholbedarf an fundierten Analysen zur gegenwärtigen Versorgungslage sowie zum tatsächli-

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (Direktor: Prof. Dr. Friedrich W. Schwartz).

liative care units) and to the political framework. Open questions on diverse levels are picked out as a central theme, and the need for interdisciplinary, application-oriented research is pointed out.

**Key Words:** Palliative care · Health services research · Processes of care · Structures of care

Med Klin 2006;101:552-7.  
DOI 10.1007/s00063-006-1077-x

chen Bedarf und zur regelhaften Implementierung spezieller palliativer Strukturen und Versorgungsformen [10].

Die vorliegende Übersichtsarbeit hat deshalb zum Ziel, die hohe Relevanz der Palliativversorgung insgesamt zu verdeutlichen und wichtige Aspekte mit Fokus auf Versorgungsstrukturen, -prozesse und Rahmenbedingungen aus der Perspektive der Versorgungsforschung darzustellen. Besondere Bezüge werden zu drei Gutachten hergestellt, die in den letzten beiden Jahren im Auftrag der Bundespolitik [4] sowie der Landespolitik in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und teilweise auch der Kassenärztlichen Vereinigung erstellt wurden [10, 11]. Zudem werden weitere Forschungsfragen explizit aufgeworfen.

### Epidemiologie

Jährlich sind in Deutschland nahezu 400 000 Neuerkrankungen an Krebs zu verzeichnen (einschließlich aller bösartigen Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs). Die Überlebensraten haben sich insgesamt seit den 70er Jahren verbessert, wobei erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krebsdiagnosen bestehen. Die mittleren 5-Jahres-Überlebensraten umfassen einen breiten Bereich von sehr günstigen Raten beispielsweise für Lippen- und Hodenkrebs und sehr schlechten Überlebensraten beispielsweise bei Speiseröhren-, Bauchspeicheldrüsen- und Lungenkrebs der Männer. Die 5-Jahres-Überlebensraten insgesamt betragen 56% (Frauen der Diagnosejahrgänge 1990–1994) bzw. 44% (Männer). Ungefähr 210 000 Menschen versterben jährlich in Deutschland an den Folgen einer Krebserkrankung [12].

Experten schätzen, dass 15–25% dieser Patienten eine stationäre Behandlung in einer speziellen palliativen Einrichtung (Palliativstation, Hospiz) und rund 25% eine spezielle ambulante Palliativversorgung benötigen (z.B. durch Palliative Care-Teams) [13–15]. Darüber hinaus sind Patienten mit nichtmalignen, unheilbaren Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien zu berücksichtigen. Hierzu gehören beispielsweise AIDS, neurodegenerative Erkrankungen, terminale Niereninsuffizienz und Multimorbidität im Alter. Patienten mit diesen Leiden haben oftmals ähnliche Symptome und Probleme (u.a. Luftnot, Schmerzen, Angst) wie Krebspatienten. Auch ihre psychosozialen Bedürfnisse und die ihrer Familien und Freunde ähneln häufig denen von Krebspatienten.

Derzeit beträgt der Anteil von Nichtkrebspatienten in speziellen palliativen und hospizlichen Einrichtungen in Deutschland weniger als 10%. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der tatsächliche Bedarf deutlich höher ist [14, 15]. Diese epidemiologischen Daten und Schätzungen verdeutlichen den Stellenwert der Palliativversorgung für das Gesundheitswesen.

### Begriffsbestimmungen

Die Definitionen und Begrifflichkeiten (z.B. Palliative Care, Palliativversorgung, Palliativpflege, Palliativmedizin, Hospizbetreuung) werden unterschiedlich gebraucht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care folgendermaßen [16]: „Palliative care improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support from diagnosis to the end of life and bereavement. Palliative care

(1) provides relief from pain and other distressing symptoms, (2) affirms life and regards dying as a normal process, (3) intends neither to hasten or postpone death, (4) integrates the psychological and spiritual aspects of patient care, (5) offers a support system to help patients live as actively as possible until death (and) (6) offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement. [...] (It) will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness; (it) is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy. [...]“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat Begriffsbestimmungen publiziert [17], die als sinngemäße deutsche Übersetzung von *Palliative Care* die Ausdrücke *Palliativmedizin*, *Palliativbetreuung* oder *Palliativversorgung* nennen, während *Palliativpflege* und *Hospizarbeit* Teilaspekte von *Palliative Care* bezeichnen.

In zwei Versorgungsforschungsgutachten im Auftrag der Länder Niedersachsen und Brandenburg [10, 11] wird von *Palliativversorgung* als Oberbegriff im Sinne von *Palliative Care* gesprochen: Palliativversorgung sei ein „multidimensionales und multiprofessionelles Konzept für die Versorgung von Patienten mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankung in der letzten Lebensphase“. Innerhalb der Palliativversorgung beschreiben demzufolge „Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit elementare Teilbereiche“. Diese modifizierte Akzentuierung soll nach Meinung der Versorgungsforscher den Weg von der derzeitigen berufsgruppen- und institutionsbezogenen Fixierung der Versorgung hin zu besserer Prozess- und Patientenorientierung sprachlich ebnet.

### Neue Spezialisierung

Unabhängig von der ungeklärten praktischen Relevanz einer akademischen Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten bleibt festzuhalten, dass erhebliche Integrations-, aber auch Abgrenzungsprobleme zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen offensichtlich sind. So decken beispielsweise die On-

## PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

kologie, Geriatrie und Hausarztmedizin einen Großteil des palliativmedizinischen Versorgungsbedarfs ab. Wie bei den epidemiologischen Grundlagen ausgeführt, benötigt aber ein gewisser Prozentsatz der Patienten zusätzlich eine spezielle palliativmedizinische Versorgung. Dementsprechend hat sich die Palliativmedizin in den letzten Jahren zu einer eigenen (Sub-)Disziplin entwickelt. Zum Ausdruck kommt dies u.a. in der ärztlichen Weiterbildung: In zehn Landesärztekammern ist die Palliativmedizin bereits als neue Zusatzweiterbildung nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in Kraft getreten, in den übrigen Landesärztekammern zumindest auf den Weg gebracht [18].

Ein deutlich niedrigerer Stellenwert als in der Weiterbildungsordnung ist der Palliativmedizin in der neuen Approbationsordnung für Ärzte zuteil geworden. Weder ist sie eines der 21 großen Pflichtfächer noch eines von 76 Wahlfächern noch einer von zwölf Querschnittsbereichen. Palliativmedizin wird lediglich neben zahlreichen anderen Bereichen beim möglichen Prüfungstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung berücksichtigt [19]. Es besteht für die Universitäten keine Verpflichtung, Palliativmedizin zu lehren, so dass angesichts der bestehenden Fülle des Stoffs im Medizinstudium zu befürchten ist, dass die Palliativmedizin in der Medizinerausbildung weiterhin stark vernachlässigt werden wird. Die DGP spricht deshalb von einem „großen Versäumnis“ der neuen Approbationsordnung [20].

### Versorgungsabläufe

Eine wichtige Herausforderung für alle Beteiligten besteht darin, die Palliativmedizin so in die regelhafte Patientenversorgung zu integrieren, dass einerseits genug Freiraum für die notwendige personelle und strukturelle Spezialisierung besteht, sich andererseits aber keine unnötigen Parallelstrukturen mit kontraproduktiven Schnittstellen entwickeln.

Schnittstellenprobleme infolge starker struktureller, berufsgruppenspezifischer und ökonomischer Fragmentierung der Gesundheitsversorgung stellen traditionell ein Kernproblem im deutschen Gesundheitswesen dar [21, 22].

Dies kann gerade bei sehr komplexen Versorgungssituationen, wie sie nicht selten bei Palliativpatienten vorliegen, zu erheblichen Problemen führen: Oftmals kümmern sich zahlreiche Dienste und Institutionen (Hausärzte, Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen, Pflegedienste, verschiedene Krankenhausabteilungen, Ernährungsteams, soziale Dienste und andere) in kurzen Zeiträumen um die vielschichtigen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen, ohne dass die Arbeit adäquat aufeinander abgestimmt ist [22, 23]. Deutliche Parallelen zeigen sich an diesem Punkt zwischen Krebspatienten und multimorbiden, chronisch Kranken [23, 24].

Besserung soll die Integrierte Versorgung bewirken, für welche die Politik entsprechende Voraussetzungen zuletzt mit dem 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz geschaffen hat. Bei der bisherigen Umsetzung klaffen jedoch erhebliche Lücken zwischen theoretisch Möglichem und der Realität: Die bisher entstandenen integrierten Versorgungsverträge nach § 140 SGB V konzentrieren sich schwerpunktmäßig auf relativ gesehen „einfache Indikationen“, während umfassende palliative Konzepte nur zögerlich realisiert werden.

Dies kann Folge der politisch gesetzten Anreizstrukturen (Wettbewerbsorientierung und kurze Zeitfenster durch Anschubfinanzierung) und der unterentwickelten Managementenerfahrung auf Seiten der Kostenträger und Leistungsersteller sein. Diese Probleme sollten jedoch nicht von dem grundsätzlich sehr hohen Integrationsbedarf und -potential der Palliativversorgung ablenken [10].

### Versorgungsstrukturen

Das Gutachten von Jaspers & Schindler im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ verdeutlicht, dass Deutschland mit 22 Hospiz- und Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner deutlich hinter Großbritannien, Belgien und Polen (54 bzw. 35 bzw. 33 Betten pro 1 Mio. Einwohner), aber vor Frankreich und Spanien liegt (17 bzw. 19 Betten pro 1 Mio. Einwohner) [4]. Großbritannien nimmt innerhalb Europas mit seiner vergleichsweise gut

ausgebauten Palliativversorgung eine Vorreiterrolle ein, was nicht zuletzt ein Verdienst des großen Ehrenamts- und Wohltätigkeitssektors ist.

Insgesamt sind internationale Vergleiche zur Palliativversorgung auf der Basis der verfügbaren Daten sehr schwierig. Es besteht ein erheblicher Nachholbedarf an international vernetzter Forschung, bei der nationale Spezifika nicht außer Acht gelassen werden sollten [2]. Ein Beispiel für länderspezifische Aspekte im Kontext neuer Palliativstrukturen kann die Verfügbarkeit anderer Versorgungsangebote sein, z.B. die Arztdichte: Es ist unklar, inwiefern sich eine vergleichsweise niedrige Arztdichte (z.B. 2,2 Ärzte/1 000 Einwohner in Großbritannien vs. 3,4 Ärzte/1 000 Einwohner in Deutschland) auf den Bedarf an speziellen Palliativdiensten auswirkt.

Auch national gilt es, eine angemessene Balance zwischen (landes)weit tragfähigen Konzepten und regional-spezifischen Lösungen mit Hinblick auf das vorhandene professionelle und private/ehrenamtliche Leistungspotential sowie auf soziodemographische Besonderheiten zu finden. Hier wäre beispielsweise zu überprüfen, wie sich eine drohende oder teilweise schon vorhandene Gefährdung der hausärztlichen Versorgung in einigen ländlichen Gebieten auf die Versorgung von eingeschränkt mobilen bis immobilen Palliativpatienten auswirkt und welche Lösungsmöglichkeiten – auch im Unterschied zu städtischen Gebieten – bestehen [25].

Im Folgenden wird auf wichtige palliative Versorgungsstrukturen näher eingegangen, ohne das heterogene Feld vollständig abdecken zu können.

### Palliativversorgung im ambulanten Bereich

Den ambulanten Versorgungsstrukturen kommt eine besonders große Bedeutung zu, da die meisten Menschen den Wunsch haben, in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu versterben [26].

### Ambulante Hospizinitiativen und -dienste

In einer Hospizinitiative setzen sich interessierte Bürger für die Belange Sterbender und deren Angehöriger ein

(Bürgerbewegung). Ein ambulanter Hospizdienst ist eine Weiterentwicklung einer solchen Initiative und verfügt über geschulte Ehrenamtliche und (ab einer Mindestzahl Ehrenamtlicher) zusätzlich über einen hauptamtlichen Koordinator. Die Funktion wird von den Krankenkassen finanziell unterstützt. Die Hospizinitiativen und -dienste orientieren sich am Leitbild des von Cicely Saunders geprägten Hospizkonzepts. Konkret bestehen die Tätigkeiten aus Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus wird psychosoziale Begleitung im Sterbe- und Trauerprozess angeboten [17].

Die genaue Zahl der Hospizinitiativen und -dienste in Deutschland ist schwer zu beziffern. Die jüngsten Bestandsaufnahmen in den Bundesländern Niedersachsen und Brandenburg haben gezeigt, dass nahezu in jedem Landkreis bzw. in jeder Gemeinde mindestens eine Initiative existiert [10, 11]. Wenn regionale Versorgungslücken vorhanden sind, handelt es sich um sehr ländliche, dünn besiedelte Gebiete. Da die beiden untersuchten Bundesländer charakteristische Flächenländer sind, kann davon ausgegangen werden, dass es in Deutschland insgesamt eine sehr rege, weitverbreitete ehrenamtlich geprägte Hospizbewegung gibt.

Diese ehrenamtliche Arbeit kann die professionellen Gesundheitsdienste sinnvoll flankieren, jedoch nicht ersetzen. Weder sollte ehrenamtliches Engagement durch inadäquate Ausweitung überfordert werden, noch sollten die vorhandenen Ressourcen unterschätzt werden und ungenutzt bleiben. Der Forschungsbedarf zu den Interaktionen zwischen Ehrenamtlichkeit und Profession ist immens.

### Ambulante Palliativdienste, Palliative Care-Teams

Ambulante Palliativdienste sind professionelle, ausschließlich auf die Palliativmedizin und Palliativpflege spezialisierte Dienste. In ihnen arbeiten hauptamtlich examinierte Pflegekräfte sowie Ärzte mit entsprechenden Zusatzqualifikationen, die sowohl beratend (konsiliarisch) beispielsweise für die Hausärzte und traditionellen Pflegedienste tätig sein als auch unmittelbar selbst die Behandlung eines Patienten übernehmen können. Teilweise wird der Begriff

Palliative Care-Team synonym für einen ambulanten Palliativdienst gebraucht, wobei die Fachgesellschaft DGP beim Palliative Care-Team die Multiprofessionalität und den ambulanten/stationären übergreifenden integrativen Ansatz noch stärker hervorhebt [17].

Klassische Beispiele für Palliative Care-Teams sind das SUPPORT-Projekt in Göttingen und die Krebschmerz-Initiative in Mecklenburg-Vorpommern [26–28]. Beide Modellprojekte haben die internationalen Erfahrungen bestätigt, wonach spezielle ambulante palliative Dienste die Rate der Krankenhausaufenthalte von Palliativpatienten am Lebensende reduzieren können [29, 30]. Die Literatur weist eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung der Dienste als wichtiges Strukturmerkmal aus, ansonsten sind jedoch wichtige strukturelle Fragen vollkommen offen. Dabei geht es u.a. um die Frage der Verortung: Ist es sinnvoll, Palliativdienste bzw. Palliative Care-Teams als neue, zusätzliche Versorgungsstrukturen neben den etablierten Leistungsanbietern (ambulante Pflegedienste, Hausärzte, Fachärzte) zu etablieren?

In den Versorgungsforschungsgutachten für Niedersachsen und Brandenburg wird dies bezweifelt und befürchtet, dass „add-on“-Dienste die Prozessabläufe eher zusätzlich fragmentieren und weitere Schnittstellenprobleme schaffen. Deshalb wird nicht ein flächendeckender Aufbau von eigenständigen Palliativdiensten bzw. Palliative Care-Teams empfohlen, sondern der Ausbau selektierter vorhandener Pflegedienste zu Palliativpflegediensten. Diese sollen die herkömmliche Grund- und Behandlungspflege kombiniert mit der speziellen Palliativpflege „aus einer Hand“ anbieten [10, 11].

Weder die bisherigen Modellprojekte noch die jüngsten Gutachten konnten über Expertenmeinungen hinausgehende Aufschlüsse darüber geben, welche konzeptionellen Ausdifferenzierungen und Verortungen unter welchen Rahmenbedingungen angemessen sind, um die häusliche Betreuung von Palliativpatienten in der Regelversorgung zu verbessern. Dieser Fragen sollte sich die künftige Begleitforschung von neuen Versorgungsmodellen besonders annehmen.

### Palliativversorgung im Krankenhaus

Nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auch im Krankenhaus fehlen flächendeckend spezielle palliativmedizinische Strukturen [4, 13]. In Betracht kommen grundsätzlich zwei Versorgungsformen: Palliativstationen und Palliativkonsildienste.

Eine Palliativstation ist eine „Abteilung in oder an einem Krankenhaus“. Ihr Ziel ist es, „krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation (...) so zu stabilisieren, dass (die Betroffenen) wieder entlassen werden können“ [17]. Die Kerndokumentation, an der sich die meisten der 65 im Jahr 2000 in Deutschland vorhandenen Palliativstationen beteiligt haben, hat gezeigt, dass diese Spezialstationen eine gute Schmerztherapie und Symptomkontrolle bei guter Patientenzufriedenheit und psychischer Stabilität gewährleisten. Die Ergebnisqualität wies dabei aber keinen Zusammenhang mit der Strukturqualität (Personalschlüssel, verfügbare Professionen) auf. Die Autoren schlussfolgerten, dass für die Qualitätssicherung in der Palliativmedizin eigene, neue Instrumente geschaffen werden müssen, die den spezifischen Anforderungen an diese Einrichtungen genügen [31].

Aus Sicht der Versorgungsforschung indes stellen sich grundsätzliche Fragen hinsichtlich der Zweckdienlichkeit und Wirtschaftlichkeit von Palliativstationen [10], denn in Form von Palliativkonsildiensten scheinen kostengünstigere, aber keineswegs schlechtere Alternativen vorhanden zu sein [32]. Die Konsildienste sollen, ähnlich wie die Palliative Care-Teams im ambulanten Bereich, multiprofessionell mindestens ärztlich und pflegerisch (jeweils mit entsprechenden Zusatzqualifikationen für die Palliativversorgung) besetzt sein und bei Bedarf auf allen Krankenhausstationen das dortige Personal unterstützen. Anders als bei den Palliativstationen bleibt dabei die Behandlungsverantwortung bei den jeweiligen Fachabteilungen, die die Patienten auch bislang versorgen haben.

Gegenwärtig gibt es nur vereinzelt Palliativkonsildienste in deutschen Krankenhäusern, in erster Linie in Form von schmerztherapeutischen

## PRÄVENTION UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

Konsilen. Neben der flächendeckenden Etablierung mangelt es vor allem an multiprofessionellen und -strukturellen Ansätzen, da eine gute (Tumor-)Schmerztherapie zwar elementar ist, aber nur ein Baustein im Gesamtkonzept der Palliativversorgung sein kann. Eine Befragung von Krankenhausärzten im Land Brandenburg verdeutlichte, dass die hauptsächlichen Defizite eher in den Bereichen der psychosozialen Betreuung und der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern gesehen werden [33] – Defizite, deren sich in besonderem Maße interdisziplinär und multiprofessionell agierende Konsildienste, optimalerweise sektorenübergreifend mit dem ambulanten Bereich verzahnt, annehmen können.

Die Einrichtungen von Palliativstationen und Konsildiensten schließen sich in keiner Weise gegenseitig aus; stattdessen können sie im Verbund ein umfassendes Versorgungskonzept für Palliativpatienten im Krankenhaus bilden. Allerdings kann eine gewisse Priorisierung beim Aufbau neuer Strukturen in Anbetracht der erforderlichen finanziellen Ressourcen notwendig sein [34].

**Hospize**

Im Unterschied zu einer Palliativstation stehen in einem stationären Hospiz die medizinischen Maßnahmen weniger stark im Vordergrund, zudem verbleiben hier Patienten in der Regel bis zu ihrem Tod. In anderen Ländern sind die Unterscheidungen weniger ausgeprägt. So dienen in Großbritannien die Hospize häufiger auch der vorübergehenden Krisenintervention, z.B. bei Schmerzproblemen.

In Deutschland gab es im Jahr 2004 rund 13 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner, womit der geschätzte Bedarf höchstens zur Hälfte gedeckt ist [4, 10]. Die Spannweite zwischen den Bundesländern ist recht groß und reicht von 27 Betten pro 1 Mio. Einwohner in Berlin bis zu keinem Bett in Thüringen.

Auf struktureller Ebene ist die ärztliche Versorgung der Patienten im Hospiz zu thematisieren. Sie erfolgt bislang im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. überwiegend durch die Hausärzte. Teilweise beste-

hen auch mehr oder weniger geregelte Kooperationen zwischen Krankenhausärzten und Hospizen. Zu prüfen wäre, in welcher Form palliativmedizinisch spezialisierte Ärzte in die Regelversorgung von Hospizpatienten eingebunden werden sollten, z.B. konsiliarisch für die Hausärzte (vergleichbar mit Konsildiensten im Krankenhaus) oder in primärer Behandlungsverantwortung. Dabei sollten in besonderem Maße auch die Sichtweisen der Patienten und Angehörigen sowie der vorhandenen Leistungserbringer (u.a. Hospizpersonal, Hausärzte, Fachärzte) berücksichtigt werden.

**Finanzierung**

Der Aus- und Aufbau neuer Strukturen zur Optimierung der Palliativversorgung kostet Geld. Die Zahlen bewegen sich in Größenordnungen zwischen 0,30% und 0,48% der jährlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen [4, 10]. Dies erscheint moderat, zumal gewisse Kompensationseffekte möglich sein können: Die Modellprojekte SUPPORT und Krebschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern zeigten auf, dass Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte eingespart werden können, wenn spezielle Dienste die ambulante Versorgung von Palliativpatienten verbessern [26–28]. Allerdings ist offen, ob sich diese Effekte in der Regelversorgung realisieren lassen. Insgesamt sollten theoretisch denkbare Einsparpotentiale in anderen Bereichen durch die Etablierung neuer Palliativstrukturen nicht überschätzt werden, sondern es sollte von zusätzlich erforderlichen finanziellen Mitteln ausgegangen werden [35]. Hieraus ergeben sich ethische Fragen zur Verteilung von Gesundheitsleistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung [34], die in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit so transparent wie möglich thematisiert werden sollten.

**Fazit**

Um die Palliativversorgung im deutschen Gesundheitswesen zu verbessern, sind nachhaltige Strukturveränderungen erforderlich. Dazu gehören eine Optimierung der Zusammenarbeit der vorhandenen Dienste sowie der Aus- und Aufbau neuer Strukturen. Dane-

ben besteht ein hoher Bedarf an fächerübergreifender Forschung zu strukturellen, inhaltlichen und ethischen Fragestellungen der Versorgung am Lebensende.

**Literatur**

1. Klaschik E. Palliativmedizin. Ganzheitliche Medizin mit hohem Entwicklungsbedarf. *Schmerz* 2001;15:311.
2. Europarat. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Strasbourg: Council of Europe, 2003.
3. Jansen-van-der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Granted, undecided, withdrawn and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2005;15:1698–798.
4. Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Berlin: Deutscher Bundestag, 2005 (Kom.-Drs. 15/226).
5. Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit – Zwischenbericht (Kurzfassung). Berlin: Deutscher Bundestag, 2005.
6. Franks J, Salisbury C, Bosanquet N, et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000;14:93–104.
7. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Executive summary. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004 (<http://www.nice.org.uk/pdf/csgpexesummary.pdf>, Zugriff vom 20. 2. 2006).
8. Radbruch L, Nauck F, Sabatowski R. Germany: cancer pain and palliative care – current situation. *J Pain Symptom Manage* 2002;2:183–7.
9. Ostgathe C, Nauck F, Klaschik E. Schmerztherapie heute. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2003;38:312–20.
10. Schneider N, Amelung V, Buser K. Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2005.
11. Buser K, Amelung V, Janus K, et al. Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen. Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Hannover, 2004 ([http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778\\_L20.pdf](http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778_L20.pdf), Zugriff vom 20. 2. 2006).
12. Bertz J, Hentschel S, Hundsdoerfer G, et al. Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends, 4. Aufl. Saarbrücken: Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut, 2004.
13. Müller-Busch H, Andres I, Jehser T. Wieviele Palliativstationen und Hospize brauchen wir in Deutschland? *Z Palliativmed* 2001;2:16–9.
14. Field D, Addington-Hall J. Extending specialist palliative care to all? *Soc Sci Med* 1999;48:1271–80.
15. Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med* 1998;12:417–27.
16. World Health Organization (WHO). Palliative care. Geneva, 2006 (<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>, Zugriff vom 20. 2. 2006).
17. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Aus der DGP: Begriffsdefinitionen. *Z Palliativmed* 2004;4:95–122.
18. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Einführung der „Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin“/

- Stand der Dinge. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2005 (<http://www.dgpalliativmedizin.de/>, Zugriff vom 19. 2. 2006).
19. Bundesgesetzblatt. Approbationsordnung für Ärzte. Bonn, 2002 (<http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/BGBL102044s2405.pdf>, Zugriff vom 21. 2. 2006).
  20. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur neuen Approbationsordnung (AO) für Ärzte. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2002 (<http://www.dgpalliativmedizin.de/>, Zugriff vom 19. 2. 2006).
  21. Janus K, Amelung V. Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien – Erfolgs- und Misserfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Gesundheitswesen 2004;66:649–55.
  22. Amelung V, Schumacher H. Managed Care – neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler, 2004.
  23. Schlette S, Knieps F, Amelung V. Versorgung chronisch Kranker in Deutschland und in den USA – Defizite, Herausforderungen, Lösungsansätze. In: Schlette S, Knieps F, Amelung V, Hrsg. Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. Bonn-Bad Homburg: KomPart, 2005;7–29.
  24. Dapp U, Anders J, Renteln-Kruse W von, et al. Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. J Public Health 2005;13: 122–7.
  25. Rieser S. 700 Millionen für den Osten. KBV und KVen schlagen Umfinanzierung vor. Dtsch Arztebl 2005; 102:A2514.
  26. Kreisel-Liebermann H, Bautz M, Hanekop GG, et al. „Lasst mich ..., aber lasst mich nicht allein!“ Hannover: Lutherisches Verlagshaus, 2003.
  27. Ensink FBM, Bautz M, Hanekop GG. Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Betreuung terminal kranker Tumorpatienten am Beispiel SUP-PORT – ethisch zu präferierende Alternative zur Forderung nach aktiver Sterbehilfe. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2001;36: 530–7.
  28. Diemer W, Meiering J, Burchart H. Krebs-schmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern: Palliative Care-Teams vernetzen die palliativmedizinische Versorgung. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T, Hrsg. Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Bd 6. Stuttgart–New York: Schattauer, 2004:80–95.
  29. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcome for cancer patients? A systematic literature review. Palliat Med 1998;12: 317–32.
  30. Brumley R, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of home-based care program for end of life. J Palliat Med 2003;6:715–24.
  31. Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C, et al. Kerndokumentation für Palliativstationen. Strukturqualität und Ergebnisqualität. Z Palliativmed 2002;3:41–9.
  32. Dunlop R, Hockley J. Hospital-based palliative care teams. Oxford–New York–Melbourne: Oxford University Press, 1998.
  33. Schneider N, Ebeling H, Amelung V, et al. Hospital doctors' attitude towards palliative care in Germany. Palliat Med 2006;in press.
  34. Zentrale Ethikkommission. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Dtsch Arztebl 2000;97: 865–71.
  35. Schneider N, Buser K, Amelung V. Improving palliative care in Germany. J Public Health 2006;14: 148–54.

*Korrespondenzanschrift*  
*Dr. Nils Schneider, MPH*  
*Medizinische Hochschule Hannover*  
*Abteilung für Epidemiologie,*  
*Sozialmedizin*  
*und Gesundheitssystemforschung*  
*Carl-Neuberg-Straße 1*  
*30627 Hannover*  
*Telefon (+49/511) 532-8426*  
*Fax -5347*  
*E-Mail: schneider.nils@mh-hannover.de*