

Beantwortung von Teilen des Fragenkatalogs
der Enquetekommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“
zur öffentlichen Anhörung am 20. September 2004 in Berlin

Beate Augustyn, Bereich Pflege am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität, München-Großhadern

Einleitung

Palliative Pflege fördert die Erhaltung und Wiederherstellung von Ressourcen schwerstkranker und sterbender Menschen. Wenn Heilung im medizinischen Sinne nicht mehr möglich ist, ändert sich die Blickrichtung aller Beteiligten: von Lebensquantität hin zu Lebensqualität. Dem Defizitverständnis vieler Patienten: „Ich bin nichts mehr wert“, - „Ich falle allen zur Last“ - „Wozu soll es gut sein, dass ich überhaupt noch lebe,“ – stellt palliative Pflege, mit einer „high person and low technology“ (Zitat: Dame Cicely Saunders) ein notwendendes Konzept gegenüber. So nimmt die palliative Pflege eine Lotsenfunktion ein, für einen Kulturwandel in den bestehenden Einrichtungen.

Allgemein

2 - Wo liegen die Unterschiede zwischen Palliativstation und Hospiz, ambulantem Palliativdienst und ambulantem Hospizdienst? Wo überschneiden sich Aufgabenbereiche, wo ergänzen sie sich?

Die Aufgabenbereiche eines stationären Hospizes wie auch eines ambulanten Hospizdienstes sind im §39a SGB V festgelegt. Stationäre Hospize sind organisatorisch selbständige Einrichtungen. Palliativstationen sind Einrichtungen innerhalb eines Krankenhauses. In beiden Einrichtungen wird ganzheitlich behandelt, gepflegt und beraten. Dies bedeutet, dass verschiedene Professionen gleichberechtigt in die Betreuung und Begleitung mit eingebunden sind (Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Seelsorger, diverse Therapeuten, ehrenamtliche Hospizhelfer). Palliativstationen unterliegen dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (Bettenbedarfsplan der Länder). Stationäre Hospize tragen sich durch eine Mischfinanzierung (Kassen, Pflegeversicherung, Eigenanteil, Trägeranteil). Die Verweildauer in beiden Einrichtungen ist unterschiedlich lang: in stationäre Hospizen im Durchschnitt 27 Tage, auf einer Palliativstation durchschnittlich 15 Tage. Die Aufgabenbereiche der Einrichtungen gleichen sich. Dennoch befinden sich die Patienten auf einer Palliativstation meist in einem akuterem Krankheitszustand (Schmerzen, Symptome wie z. B. unstillbares Erbrechen, Übelkeit etc.), wie die Gäste eines stationären Hospizes.

Ausbildung / Weiterbildung

4 – Welche Ausbildung und wie viel Ausbildungskapazität brauchen wir in Deutschland, um die Palliativmedizin flächendeckend nicht nur im stationären, sondern vor allem im ambulanten Bereich anbieten zu können, um dem statistisch belegten Wunsch der Patienten nach häuslicher Versorgung entsprechen zu können?

Ziel einer flächendeckenden kompetenten Ausbildung in Palliativmedizin, Palliativpflege, Seelsorge, Sozialarbeit und therapeutischer Arbeit, sollte sein, dass in den diversen Ausbildungen Palliative Care gelehrt wird. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat Curricula für die Fort- und Weiterbildung im Jahre 1997 erstellt. Eine Verknüpfung von der Theorie zur Praxis ist erforderlich.

6 - Wie muss die Ausbildung der Ärzte und Pflegeberufe gestaltet sein, damit wichtige soziale Kompetenzen wie Dialogfähigkeit und einfühlerndes Verstehen im Umgang mit Patienten erworben oder vertieft werden können?

In den bestehenden Fortbildungen für Palliative Care nehmen die Lernfelder Kommunikation und das Einüben derselben einen großen Raum ein. Um einfühlerndes Verstehen einzuüben braucht es Raum und Zeit. In den zukünftigen Basis-Ausbildungen für alle beteiligten Berufsgruppen sollte diesem Themenbereich einen adäquaten Raum gegeben werden.

7 – Wie ist der Stand der Fortbildungsangebote für Palliativmedizin in Deutschland?

Es gibt in Deutschland diverse Fortbildungsangebote. Einige davon sind was Inhalt, Methoden und die Qualifikation der Referenten angeht nicht transparent. Das 1997 von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, der Deutschen Krebshilfe und ALPHA erstellte Curriculum zur Qualifizierung hauptamtlicher Mitarbeiter, bietet die geforderte Transparenz. Die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Akademien für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in Köln, Bonn, Dresden und München arbeiten nach diesen Curricula und stehen untereinander in einem regelmäßigen Austausch bezüglich der Inhalte und der neuesten Entwicklungen.

9 – Welche Lehrstühle für Palliativmedizin sind Ihnen in Deutschland gegenwärtig bekannt? Sind weitere geplant? Welche Lehrstühle im Bereich Pflegewissenschaften haben eine palliativmedizinische Kompetenz?

Universität Bonn (1. Lehrstuhl; Prof. Eberhard Klaschik) / Universität Aachen (2. Lehrstuhl; Prof. Lukas Radbruch). In Köln, München und Göttingen sind meines Wissens nach die Besetzung der Lehrstühle zeitnah geplant. Es gibt zur Zeit keinen ausgewiesenen Lehrstuhl in Pflegewissenschaften mit einer palliativmedizinischen Kompetenz.

11 – *Gibt es ausreichende palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Standards sowohl in der Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern im Hospizdienst als auch für die praktische Umsetzung der Arbeit im Alltag?*

Um die notwendige Flexibilität und Kreativität in der Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu bewahren, arbeitet die palliative Pflege mehr mit Leitlinien und weniger mit festgeschriebenen Standards. Diese Leitlinien, die in den Teams prozesshaft erarbeitet werden, werden immer wieder neu überprüft und an die individuelle Situation des Patienten angepasst.

12 – *Wie gut ist die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Hospizarbeit? Ist die Dokumentation der Qualitätssicherung ausreichend?*

Mitte August 2004 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) ein mit dem Diakonischen Werk und dem Deutschen Caritasverband gemeinsam erstelltes Qualitätshandbuch der Öffentlichkeit vorgestellt. Weitere Qualitätsmessinstrumente sind mir nicht bekannt.

Forschung

17- *Wo besteht Forschungsbedarf im Bereich der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung?*

Forschungsbedarf besteht für alle Bereiche! Für die palliative Pflege heißt dies, neben der täglichen praktischen Arbeit, den Forschungsaspekt an Kompetenzzentren (Universitäten) zu leisten. Pflegende haben in der Regel nicht gelernt wie man Forschung betreibt. D.h. die Pflegewissenschaften sollten eng mit den Kompetenzzentren zusammen arbeiten und die entsprechenden Fragestellungen mit den dort Pflegenden erarbeiten und deren Durchführung evaluieren. Neben den inhaltlichen und technischen Möglichkeiten Forschung durchzuführen ist eine öffentliche finanzielle Förderung hierfür wünschenswert..

Finanzen / Regelungsbedarf

27 - *Gibt es eine umfassende fundierte Bedarfsplanung für die flächendeckende Versorgung?*

Meines Wissens nach nicht. Die Erstellung eines solchen Bedarfsplans ist jedoch sehr zeitnah erforderlich.

Integration / Vernetzung

32 – Welche Rolle soll die Palliativmedizin / Palliativpflege in Zukunft in Bereichen der Medizin wie z. B. Innere, Kardiologie, Geriatrie, Pädiatrie und Neurologie spielen?

Die palliative Pflege sollte zukünftig in diese Fachbereiche selbstverständlich integriert sein. Die Pflegenden auf diesen Stationen kennen die Prinzipien palliativer Pflege und können ihren Tagesablauf mit dem Team so gestalten, dass alle schwerstkranken und sterbenden Patienten (und deren Angehörigen) adäquat versorgt werden können.

Ziel ist eine flächendeckende palliative Versorgung für alle Menschen die dies benötigen! Palliativstationen und stationäre Hospize stehen dann den Patienten zur Verfügung, die schwer linderbare Symptome, oder Lebensbedingungen haben, die ein Verbleiben dort notwendig machen.

Ehrenamt / Gesellschaft / Öffentlichkeit

36 – Wie können die familiären und ehrenamtlichen Hilfen im Bereich der Sterbebegleitung verbessert werden? Sind hierzu gesetzliche Regelungen wie beispielsweise in Frankreich und Österreich (Freistellung von Familienangehörigen Sterbender) sinnvoll?

Die Praxis zeigt, dass es sinnvoll wäre, Familien (Angehörigen / Freunden) zuzusagen, dass sie bei Erhalt ihres Arbeitsplatzes und bei einer festzulegenden Lohnfortzahlung halbtags oder ganztags für einen gewissen Zeitraum Sterbende betreuen können. Wird dies vom Gesetzgeber her geregelt, entlastet es nicht nur viele Angehörige, sondern es hat auch einen direkten Einfluss auf das Tabu -Thema Sterben und Tod in unserer Gesellschaft.