

Plädoyer für ein integratives Konzept der Sterbebegleitung

Die koordinierte und qualifizierte ambulante Betreuung von Schwerstkranken am Lebensende als Herausforderung für die hausärztliche Versorgung – Ein Diskussionsbeitrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

*von Leonhard Hansen, Bernd Zimmer, Edith Meier und Ulrich Siering**

Westliche Industriegesellschaften sind in ihrer langfristigen Entwicklung von einer zunehmenden Spezialisierung und Technisierung aller gesellschaftlichen Teilbereiche (z.B. Wirtschaftssystem, Rechtssystem, Wissenschaftssystem) geprägt. Dies trifft in besonderer Weise auch auf die Medizin zu. Fortschritte in der Diagnostik und Therapie sowie nachhaltige Erfolge in der Intensiv- und Notfallversorgung haben den Rückgang akuter, vielfach infektiöser Krankheiten bewirkt und in Verbindung mit der gestiegenen Lebenserwartung zu einem immensen Anstieg chronischer Erkrankungen geführt. Entsprechend groß ist der Anteil multimorbider und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter.

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts ist unsere Gesellschaft zudem durch eine zunehmende *Individualisierung* und eine damit verbundene Erosion sozialer Netzwerke gekennzeichnet. Einer stetig wachsenden Anzahl alter, allein und vielfach in Einsamkeit lebender Menschen steht ein abnehmender Anteil junger Menschen gegenüber. Damit einher geht eine – regional unterschiedlich ausgeprägte – *Verlagerung des Sterbens* aus dem häuslichen Bereich in Kliniken und Pflegeheime. Grundsätzlich gilt, dass Menschen heutzutage in der Regel – anders als frühere Generationen – in einem deutlich

höheren Lebensalter erstmals mit dem Tod konfrontiert werden.

Diese Entwicklungen prägen nicht nur unseren Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie beeinflussen auch den Umgang mit Sterbenden und unsere Einstellung zum Tod. Eine gesellschaftliche Diskussion über diese Problematik ist daher dringend geboten. Insbesondere gilt dies für Fragen nach den Möglichkeiten zur *Verbesserung der Begleitung und Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender*.

Hierzulande wird seit mehreren Jahren verstärkt die Frage diskutiert, inwieweit in den bestehenden Strukturen und unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine adäquate Betreuung Sterbender gewährleistet werden kann. Herausgestellt wird unter anderem, dass Krankenhäuser aufgrund ihrer primär kurativen Ausrichtung und der damit verbundenen räumlichen, organisatorischen und kommunikativen Strukturen nur unzureichend in der Lage seien, sterbenden Menschen eine situationsgerechte Betreuung zu gewähren. Problematisiert wird darüber hinaus, dass ambulante Dienste und Sozialstationen aufgrund ihres Zeitdeputats und ihrer Qualifikation häufig keine angemessene Sterbebegleitung im Sinne des Patienten leisten könnten. Im Zentrum dieser Diskussion stehen zudem vielfach Vorstellungen über mangelnde Präsenz, Sensibilität und

Kompetenz von Ärzten und Pflegepersonal einerseits und unerfahrene und/oder überforderte Angehörige andererseits.

Ein entsprechender Handlungsbedarf wird im Gesundheitswesen in Deutschland daher einerseits unter dem Blickwinkel einer *stärkeren Patientenorientierung* und andererseits als Reaktion auf jüngste Entwicklungen zur Liberalisierung der Sterbehilfe in unseren Nachbarländern gesehen. In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik existiert ein breiter Konsens zum *Ausbau der „Hilfe im Sterben“* und zur *Verbesserung der ambulanten Betreuung von Schwerstkranken am Lebensende* unter Einbezug der *Hospizbewegung*. Dies wurde auch auf der 75. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder im Juni 2002 deutlich, die sich ausführlich mit dem Thema: „Würdevolles Sterben – Entwicklungsstand und Perspektiven bei der interdisziplinären Ausgestaltung, Qualifizierung und Weiterentwicklung der Sterbebegleitung in Deutschland“ beschäftigt hat.

Verbesserung der Sterbebegleitung

Eine Verbesserung der Sterbebegleitung in Deutschland kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Grob skizziert lassen sich *zwei Positionen* unterscheiden:

► Mögliche Defizite in der Versorgung unheilbar Kranker und

* Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo); Bernd Zimmer, Vorstandsmitglied der KVNo; Dr. Edith Meier, Leiterin des Referats für Gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KVNo; Ulrich Siering, Referent im Referat für Gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Sterbender sind über eine *weitere Spezialisierung* und *Ausdifferenzierung* der Versorgung durch eine flächendeckende Etablierung *ambulanter Palliativdienste* zu beheben. Befürworter dieses Ansatzes sehen hier die Chance einer professionelleren Betreuung von Sterbenden durch erfahrene „Spezialisten“. Ein Nachteil liegt im Auftreten zusätzlicher Schnittstellen, die zu neuen Brüchen in der Versorgung führen können. Darüber hinaus steht dieser Ansatz den Bedürfnissen der Patienten nach Vertrautheit und Konstanz der Behandlung und Betreuung entgegen. Überdies ist eine flächendeckende Etablierung und gleichmäßige Versorgung in ländlichen Regionen im Unterschied zu Großstadtreionen nur begrenzt umsetzbar.

In einem alternativen Ansatz wird
➤ die ambulante Betreuung von Patientinnen und Patienten an ihrem Lebensende im Rahmen *bestehender Versorgungsstrukturen* durch eine *effizientere Koordination und enge Kooperation* zwischen Hausarzt und Pflegedienst, Hospizdienst, Krankenhaus und den Angehörigen sterbender Menschen optimiert. Auf diese Weise erfolgt die Begleitung und Betreuung des Patienten durch seinen vertrauten Hausarzt und bekanntes Pflegepersonal. Als Risiko wird die Überforderung dieser Akteure vor dem Hintergrund einer bislang unzureichenden finanziellen Ausstattung gesehen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) unterstützt den letzteren Ansatz, der eine bessere Versorgung Sterbender durch eine Stärkung der vorhandenen Potentiale erreichen will. Aufbauend auf bestehenden Strukturen sollen mit gezielten Maßnahmen Kooperationsmöglichkeiten besser genutzt und Brüche in der Versorgung vermieden werden.

Herausforderungen in der medizinischen Versorgung Sterbender

Nach allen vorliegenden Erfahrungen stehen für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen im Rahmen der Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender eine effiziente Schmerztherapie und der Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität auch am Ende des Lebens im Vordergrund. Jede Patientin und jeder Patient wünscht sich ein Sterben in Würde in Gemeinschaft mit Nahestehenden. Jede Patientin und jeder Patient sollte sich für die Möglichkeit entscheiden können, zu Hause in der räumlich und sozial vertrauten Umgebung zu sterben.

Mit dem in der ärztlichen Berufsordnung verankerten Hippokratischen Eid verpflichtet sich jede Ärztin und jeder Arzt – unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten – „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“ (§ 1 Abs. 2 der nordrheinischen Berufsordnung für Ärzte).

Mit dem Fortschreiten vielfach unheilbarer Erkrankungen ist die Lebensqualität vieler Patienten über physische Beeinträchtigungen und Schmerzen hinaus oftmals stark durch psychische Angstzustände, durch ungelöste soziale Konflikte und drängende, i.w.S. religiös motivierte Fragen beeinträchtigt. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Aufgaben des Arztes und anderer Heilberufe, den Sterbenden – soweit möglich gemeinsam mit den Angehörigen – durch *effiziente Schmerztherapie* und *adäquate Pflege* einerseits und durch *menschliche Präsenz und Empathie* andererseits in seiner letzten Lebensphase zu begleiten.

Palliation beinhaltet ein Konzept, in das *alle* in die Behandlung des unheilbar Kranken und Sterbenden involvierten Heilberufe, insbesondere Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal, eingebunden sind. Sie umfasst eine medizinische und menschliche Begleitung

und Betreuung des Patienten, die aufgrund eines fortgeschrittenen Krankheitszustandes nicht mehr die Heilung und die Lebensverlängerung, sondern die Linderung und die Schaffung einer bestmöglichen Lebensqualität zum Ziel hat. Nicht das medizinisch-technisch Machbare, sondern das vom Patienten als wünschenswert Empfundene steht im Vordergrund. Das Handeln des Arztes orientiert sich dabei am medizinisch-ethisch Vertretbaren.

Palliativmedizin in diesem Sinne ist weder an einzelne Krankheiten (z. B. Krebs, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, obstruktive Lungenerkrankungen) gebunden noch auf bestimmte institutionelle Kontexte begrenzt. Das heißt, sie ist je nach Bedürfnis des Patienten und je nach den im Einzelfall vorhandenen Möglichkeiten im Altenheim, in der Klinik, im stationären und ambulanten Hospiz, vorrangig aber – soweit gewünscht und möglich – im vertrauten häuslichen Umfeld des Patienten zu leisten.

Die Rolle des Hausarztes

In der qualifizierten ambulanten Betreuung von Schwerkranken am Lebensende kommt dem Hausarzt eine besondere Verantwortung zu. Zur Verbesserung der ambulanten Sterbebegleitung ist im Sinne der Patientinnen und Patienten über seine medizinische Behandlung und Betreuung hinaus eine von ihm zu steuernde umfassende Koordination des Behandlungs- und Pflegegeschehens erforderlich.

Der qualifizierten ambulanten Sterbebegleitung kommt in der Zukunft eine weiter wachsende Bedeutung zu. Eine koordinierte Betreuung von Patientinnen und Patienten an ihrem Lebensende sollte an den bestehenden regionalen Strukturen ansetzen und diese entsprechend weiterentwickeln. Sie bedarf eines inter- bzw. multidisziplinären Ansatzes. Um unheilbar kranken und sterbenden Menschen ein Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen, ist die *enge Zusammenarbeit* aller relevanten Akteure erforderlich. Eine *Schlüsselrolle* in der medizinischen und

menschlichen Begleitung Sterbender kommt dabei den Hausärzten zu. Sie kennen und behandeln den Sterbenden in der Regel bereits seit vielen Jahren, wissen um sein soziales Umfeld und genießen meist auch bei den nahen Angehörigen großes Vertrauen. Den Hausärzten obliegt es seit jeher, ihre Patientinnen und Patienten bis zu deren Lebensende zu begleiten.

Wenn seit Jahren von allen Parteien – und erneut in der aktuellen Koalitionsvereinbarung der wiedergewählten Regierung – die *Stärkung des Hausarztes* und seine Aufwertung im Versorgungsgeschehen gefordert wird, so schließt dies auch seine Aufgaben zur Hilfe *im Sterben* mit ein. Die Funktion des Hausarztes endet nicht an der Grenze zur Palliation, sondern er greift auch behandelnd bei *Akuterkrankungen* in der Sterbephase ein. Über die medizinische Versorgung hinaus nimmt er umfassende *Koordinationsaufgaben* wahr, *kooperiert* und *kommuniziert* u. a. mit ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, mit stationären Einrichtungen der Kranken-, Alten- und Behindertenhilfe, mit Sozialarbeitern und nicht zuletzt mit dem Seelsorger.

Weiterentwicklung der ambulanten Sterbebegleitung

Eine Optimierung der Versorgung Schwerstkranker an ihrem Lebensende wird vor allem durch eine verstärkte Koordination und Kooperation zwischen allen Beteiligten zu erreichen sein. Erforderlich ist, dass hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, ausgewählte Krankenhäuser, stationäre und ambulante Einrichtungen aus der Hospizarbeit sowie Pflegekonferenzen und Pflegeberatungsstellen im Sinne einer integrativen Gestaltung der Versorgung in der Zukunft eng zusammenarbeiten. Ein *effizientes Schnittstellenmanagement* ist insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sowie zwischen dem medizinischen und

pflegerischen Aufgabenbereich notwendig. Konkret sind vielfach Hilfen bei der Vorbereitung von Entlassungen aus der Klinik, die Beratung Pfleger in der Palliativpflege, die Unterstützung von Angehörigen und die Begleitung des Sterbenden über die im engeren Sinne medizinische Betreuung hinaus erforderlich.

Als problematisch hat sich oftmals die Notwendigkeit der Entlassungsplanung und Überleitung in den häuslichen Bereich nach einem stationären Aufenthalt erwiesen. Durch eine sorgfältige Entlassungsplanung können hier Brüche in der Versorgung vermieden werden. Notwendig ist eine enge Abstimmung des *Hausarztes* mit der behandelnden stationären Einrichtung und dem ambulanten Pflegedienst im Vorfeld der Entlassung – wenn möglich und sofern gewünscht auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Eine wichtige Funktion bei der Entlassung von unheilbar Kranken und Sterbenden mit erhöhtem Nachbetreuungsbedarf können hier sogenannte *Einweisungs-, Begleitungs-, Übernahme- und Abholbesuche* des *Hausarztes* in der behandelnden Klinik erfüllen. Dieses Verfahren sollte als Versorgungselement etabliert und seine Finanzierung gesichert werden. In diesem Zusammenhang kann zudem auf erprobte Instrumente zurückgegriffen werden, die beispielsweise in den Kommu-



Ein Konzept zur ambulanten und stationären Sterbebegleitung sollte die besondere Rolle der niedergelassenen Ärzte – vor allem der Hausärzte – berücksichtigen. Foto: CDP/ImageBank

nalen Gesundheitskonferenzen entwickelt wurden („Pflegeüberleitungsbögen“).

Aber nicht nur beim Übergang aus dem stationären in den ambulanten Bereich bestehen Abstimmungsnotwendigkeiten. Ebenso ist die Koordination der Versorgung im niedergelassenen Bereich von wesentlicher Bedeutung. Eine *verbindliche Definition fester Kooperationsregeln* zwischen den beteiligten qualifizierten Pflegediensten und den niedergelassenen Ärzten kann hier zu einer Verbesserung der entsprechenden Abläufe beitragen.

Für die angemessene Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender (z. B. bei einer kurzfristigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder bei Überlastung und Ausfall pflegender Angehöriger) kann die Einrichtung von *Akutbetten für die Kurzzeitpflege* an Pflegeeinrichtungen sinnvoll sein. Diese Akutbetten sollten von den beteiligten Ärzten durch eine „Akutpflege-Einweisung“ für einen begrenzten Zeitraum von wenigen Tagen auch ohne vorangegangene MDK-Prüfung belegt werden können. Durch eine flexible Nutzung dieser Versorgungsform durch den Hausarzt werden Angehörige kurzfristig und wirksam entlastet. Im Einzelfall können so auch kostenintensive Einweisungen in ein Akutkrankenhaus verhindert werden.

Zentrale Voraussetzung für eine gute palliative Versorgung ist zudem die nachgewiesene Qualifikation und Optimierung der fachlichen Kompetenz der am Versorgungsprozess Beteiligten. *Palliativmedizinische Fortbildungen* sowie die Teilnahme an sektorübergreifenden und interdisziplinären *Qualitätszirkeln* können zur Sicherung der Strukturqualität beitragen. Entsprechende Fortbildungsinhalte sind mit Beteiligung von Experten und unter Einbeziehung existierender Curricula zu erarbeiten.

Wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen sind verständliche *Informationen* so-

wohl im Hinblick auf den zu erwartenden Krankheitsverlauf als auch über bestehende Beratungs- und Hilfeinrichtungen. Die Übernahme einer *verlässlichen Betreuungs- und Beratungsfunktion* für Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf und deren Angehörige ist eine wesentliche Aufgabe des Hausarztes, der bei Bedarf auch weitere Ansprechpartner benennt. Zu prüfen wäre, inwieweit bestehende Beratungseinrichtungen – wie die kommunalen Pflegeberatungsstellen – und die kommunalen Pflegekonferenzen in die Beratung integriert werden können.

Zur Sicherstellung einer integrierten ambulanten Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen in ihrem vertrauten Umfeld sowie zur Abstimmung der Zusammenarbeit aller am Betreuungsprozess beteiligten Akteure sind angemessene Vergütungsformen für den behan-

delnden Hausarzt zu schaffen. Dies entspricht auch der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom Juni 2001.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote für Schwerstkranke und Sterbende ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die auf eine breite Unterstützung angewiesen ist. Um diese sicherzustellen, ist die Beteiligung aller relevanter Institutionen notwendig. Zu diesen gehören das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in NRW, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kostenträger, Vertreter der an der Versorgung beteiligten Akteure (z. B. Ärzte und Pflegevertreter) sowie Vertreter der Patienten und der Angehörigen. Zur Beurteilung der Ausgangssituation und der Ergebnisse bisheriger Projektinitiativen ist auch auf wissenschaftlichen Sachverstand zurückzugreifen.

Fazit

Die Thematik der ambulanten Sterbebegleitung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Angesichts der gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist erforderlich, dass die medizinischen und pflegerischen Selbstverwaltungsorgane ein *schlüssiges und aufeinander abgestimmtes Konzept* zur ambulanten und stationären Sterbebegleitung entwickeln. Ein solches Konzept sollte nach Auffassung der KVNo nicht dem nach wie vor anhaltenden Trend zur Spezialisierung und Sub-Spezialisierung in der Medizin folgen. Vielmehr ist ein integrativer Ansatz zu wählen, der auf eine Weiterentwicklung der vorhandenen Strukturen aufbaut und die besondere Rolle der niedergelassenen Ärzte und vor allem die Verantwortung der Hausärzte in diesem Bereich berücksichtigt.

Kurzkommmentar – jetzt erschienen.



Hrsg. Ärztekammer Nordrhein
Dr. H.-Dieter Laum

Statut der Gutachterkommission
für ärztliche Behandlungsfehler

Kurzkommmentar 2000,
186 Seiten, EUR 29,80
ISBN 3-504-47086-0

Aus dem Vorwort:

Dieser Kommentar stellt die Praxis der seit nunmehr über fünfundzwanzig Jahren erfolgreich arbeitenden Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein dar. Behandelt werden Fragen, die mit ärztlichen Behandlungsfehlern, den dadurch verursachten oder zu erwartenden Gesundheitsschäden, mit Aufklärungsmängeln und dem Verfahren der Kommission zusammenhängen. Die Ausführungen werden mit Fallbeispielen anschaulich gemacht. Ergänzend wird die einschlägige neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte mitgeteilt. Zur künftigen Vermeidung häufiger Behandlungsfehler werden die bisher ergangenen warnenden Hinweise der Kommission im Wortlaut wiedergegeben und Fundstellen zu Erfahrungsberichten von Kommissionsmitgliedern genannt. Dieser Auszug aus der vielschichtigen Materie des Arzthaftungsrechts wird mit einer systematischen Inhaltsübersicht und einem alphabetischen

Sachverzeichnis erschlossen. Der Kommentar soll den Mitgliedern der Gutachterkommission, den betroffenen Patienten und Ärzten sowie ihren Verfahrensbevollmächtigten zusätzliche Arbeitshilfen geben und die Einheitlichkeit der Begutachtungspraxis fördern, aber auch allen Ärzten Anregungen zur Behandlungsfehlerprophylaxe und Qualitätssicherung vermitteln. Da die anderen bei den Landesärztekammern im Bundesgebiet eingestellten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen vergleichbare Aufgaben und ähnliche Verfahrensweisen haben, mag der Kommentar auch außerhalb des Bereichs der Gutachterkommission Nordrhein nützlich sein.

Ja, ich bestelle bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211/4302-250, Fax: 0211/4302-448

Ex.: Laum, Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler je EUR 29,80

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ, Ort:	
Datum:	Unterschrift:

RhA 12/2002