

Angste vor unerträglichen Schmerzen und Verlust der Autonomie werden am häufigsten als Grund dafür angegeben, um aktive Sterbehilfe zu bitten. Der Wunsch der Patienten nach der Möglichkeit der Sterbehilfe bedeutet jedoch nicht, dass sie diese Option auch für sich in Anspruch nehmen. Die langjährigen Erfahrungen der Palliativmedizin zeigen, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nur selten bestehen bleibt, wenn die physischen, aber auch die psychischen, sozialen und spirituellen Probleme gelindert werden. Die Palliativmedizin mit ihrem ganzheitlichen therapeutischen Ansatz in der Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen bietet die Möglichkeit der kompetenten Schmerztherapie, umfassenden Symptomkontrolle sowie der Behandlung weiterer Probleme der Patienten und stellt somit die beste Antwort auf die Frage nach aktiver Sterbehilfe dar [1].

Die Zunahme von Patienten mit Tumorerkrankungen und vor allem die hohe Anzahl inkurabler Patienten mit zahlreichen körperlichen Symptomen und psychischen Problemen führt zu der Notwendigkeit einer kompetenten und flächendeckenden palliativmedizinischen Betreuung. Nach einem Expertengespräch am 22. Oktober 2001 mit Gesprächspartnern aus bestehenden Versorgungseinrichtungen für schwerkranke und sterbende Patienten und den gesetzlichen Krankenversicherungen hat sich der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein in seiner Sitzung am 7. November 2001 mit dem Thema palliativmedizinische Versorgung in Nordrhein-Westfalen beschäftigt und einstimmig eine Stellungnahme zum Bedarf an palliativmedizinischen Betten in NRW verabschiedet.

Definition und Inhalte der Palliativmedizin

In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):

Palliativmedizin in NRW

Gegenwärtiger Stand und Notwendigkeiten der zukünftigen Entwicklung

von **Friedemann Nauck***
und **Lukas Radbruch***

„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“

Die in dieser Definition angesprochene Behandlung basiert auf der Kooperation von Ärzten verschiedener Disziplinen sowie der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Krankenpflegepersonal, Seelsorgern, Psychologen, Trauerbegleitern, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Ziel der Behandlung ist die Verbesserung oder Erhaltung der Lebensqualität – nicht eine Lebensverlängerung um jeden Preis. Kennzeichen der Palliativmedizin ist, dass in der Begleitung und Behandlung der Patienten nicht das medizinisch-technisch Machbare, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare im Vordergrund stehe. Der Patient mit seinen physischen, psychischen und geistig-seelischen Problemen sowie die Akzeptanz seiner Autonomie und der Respekt vor seiner Würde stehen im Mittelpunkt der Behandlung.

Die Behandlung nicht heilbarer, progredienter und weit fortgeschrittener Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung beinhaltet neben Patienten mit Tumorerkrankungen solche mit progredienten neurologischen Erkrankungen wie Amyotropher Lateralsklerose (ALS), AIDS oder terminalen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Palliativmedizin ist ein Gesamtkonzept, das sich aus folgenden Inhalten zusammensetzt:

- Optimale Schmerztherapie und Symptomkontrolle;
- Integration der psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl in der Phase der Erkrankung als auch beim Sterben und in der Zeit danach;
- Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens. Durch eine eindeutige Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch

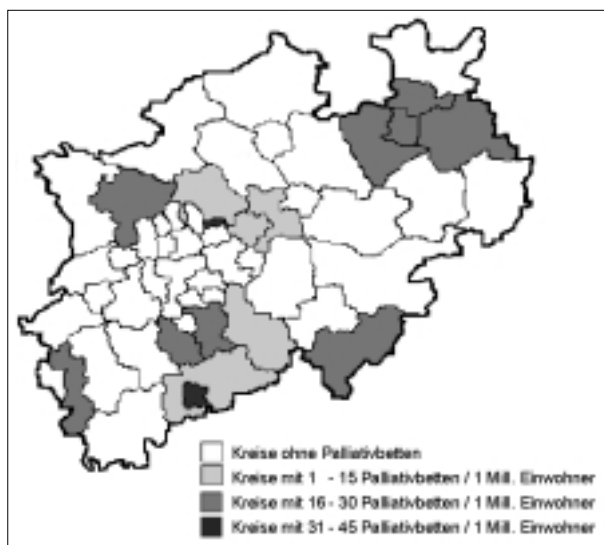


Abb.1: Regionale Verteilung der Palliativbetten in Nordrhein-Westfalen. Dargestellt sind nicht die absoluten, sondern die relativen Werte bezogen auf 1 Million Einwohner. Grafiken: C. Ostgathen

* Friedemann Nauck, Oberarzt am Zentrum für Palliativmedizin, Abteilung für Anästhesie, Intensiv-/Palliativmedizin und Schmerztherapie am Malteser Krankenhaus, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; PD Dr. med. Lukas Radbruch, Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Leiter der Schmerzambulanz, Universität zu Köln

hinausgezögert werden – Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe;

- Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik.

Die Schmerztherapie und Symptomkontrolle stellt einen wesentlichen Schwerpunkt in der Betreuung der Patienten dar. Deshalb sollen die Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie und Symptomkontrolle hier nochmals kurz dargestellt werden.

Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Schmerz ist das bei Tumorerkrankungen am häufigsten assoziierte Symptom. Obwohl bei etwa 80

Prozent der Patienten mit Krebs Schmerzen durch oral verabreichte Analgetika und Adjuvantien eine gute Schmerzlinderung erreicht werden kann, leiden nach wie vor zahlreiche Patienten unnötig unter Tumorschmerzen. Bei der symptomatischen Tumorschmerztherapie gilt, dass solange es möglich und sinnvoll ist, eine kausale Therapie durchgeführt wird. Operative oder strahlentherapeutische Maßnahmen, aber auch systemische Chemotherapie und Hormontherapie können bei Tumorschmerzen eine deutliche Schmerzreduktion bewirken. Durch die konsequente Anwendung des seit Jahren anerkannten Stufenschemas der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lässt sich bei über 90 Prozent der Patienten eine zufriedenstellende und lang anhaltende Schmerzlinderung erreichen. Die Behandlung verliert auch in der Finalphase der Erkrankung nicht ihre Wirksamkeit.

Die Auswahl der Analgetika erfolgt nach der zugrunde liegenden Schmerzursache und der Stärke des Schmerzes. Analgetika werden schrittweise gegen den Schmerz titriert, wobei die Dosis so weit gesteigert wird, bis der Patient ausreichend schmerzreduziert ist. In der Stufe 1 werden Nichtopioide wie Paracetamol, Novaminsulfon oder Antiphlogistika wie Flurbiprofen oder Ibuprofen verabreicht. In der 2. Stufe wird die Therapie durch ein mittelstarkes Opioid wie zum Beispiel Codein, Tramadol oder Tilidin ergänzt. Bei unzureichender Analgesie werden starke Opioide anstelle der mittelstarken Opioide verabreicht.

Obwohl die Opioide auf vielfältige Weise invasiv und nicht invasiv appliziert werden können, gilt bis zum heutigen Tage die orale Gabe als Standard, an dem sich andere Verfahren messen lassen müssen. Morphin ist das am häufigsten verabreichte und bevorzugt einzusetzende starke Opioid. Buprenorphin und Fentanyl als transdermales System, Oxycodon und Hydromorphon für

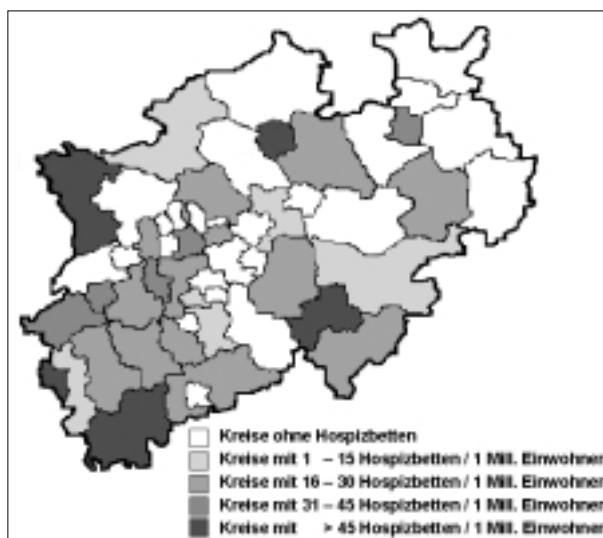


Abb.2: Regionale Verteilung der Hospizbetten in Nordrhein-Westfalen. Dargestellt sind nicht die absoluten, sondern die relativen Werte bezogen auf 1 Million Einwohner.

die orale Therapie sind mögliche Alternativen. Für alle starken Opioide gilt, dass durch eine Prophylaxe Nebenwirkungen in der Regel vermieden werden können [2]. In der Schmerztherapie gilt der Grundsatz: Die richtigen Substanzen in der richtigen Dosierung im richtigen Zeitintervall (festes Zeitschema) sowie eine Dosisanpassung bei Zunahme der Schmerzen. Weitere Erläuterungen finden sich in den Lehrbüchern der Palliativmedizin und Schmerztherapie sowie den Richtlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft [3].

Neben Schmerzen sind Übelkeit, Erbrechen,

Obstipation und Dyspnoe häufige und die Lebensqualität einschränkende Symptome bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen [4]. Diese Symptome werden bis heute unterschätzt und die Behandlung mit Antiemetika und Laxanzien sowie die medikamentöse Therapie der Dyspnoe vernachlässigt und unstrukturiert durchgeführt. Voraussetzung für eine suffiziente Behandlung aller Symptome ist die Kenntnis der Pathophysiologie sowie eine sorgfältige Anamnese, in der neben den möglichen physischen auch die psychischen Ursachen ermittelt werden. Die offene und ehrliche Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, die Erstellung eines individuellen Therapieplans sowie die regelmäßige Untersuchung vor und während der Behandlung sind weitere wichtige Grundvoraussetzungen. Durch ein differenziertes Therapieregime lässt sich bei den meisten Patienten auch bei diesen Symptomen eine zufriedenstellende Symptomkontrolle erzielen.

Palliativmedizin in Nordrhein-Westfalen

Seit der Errichtung der ersten Palliativstation 1983 an der Universitätsklinik in Köln hat die Palliativmedizin eine zögerliche, aber stetige Verbreitung erlebt. Gerade in den vergangenen Jahren konnten Palliativmedizin und Hospizidee deutlich an Bedeutung gewinnen [5,6]. So verfügte Deutschland im Sommer 2001 nach einer Untersuchung von Sabatowski et al. über 70 Palliativstationen mit 580 Betten und 93 Hospize mit 827 Betten. Dabei entfallen derzeit auf Nordrhein-Westfalen 18 Palliativstationen mit insgesamt 140 Betten (siehe Abbildung 1, Seite 11) und 40 Hospize mit 353 Betten (siehe Abbildung 2 oben).

Im Dezember 2001 bestand in Deutschland ein Verhältnis von 17 Palliativ- und Hospizbetten pro Million

Einwohner. In der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung gibt es in Deutschland große Unterschiede hinsichtlich der Leistungsangebote. Das Spektrum reicht von ehrenamtlicher Sterbebegleitung bis zu ambulanten palliativmedizinischen Diensten mit hauptamtlichem Team. Im September 2001 waren in Deutschland 927 ambulante Hospizeinrichtungen bekannt. In NRW lag die Zahl nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz bei 179 ambulanten Diensten, deren Leistungsspektrum jedoch stark differiert. Von der Landesregierung werden derzeit 17 ambulante Palliativdienste in NRW gefördert und wissenschaftlich begleitet. Gleichzeitig wurde mit Fördergeldern des Landes ein palliativmedizinischer Konsiliardienst etabliert, um eine bessere Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten zu erreichen.

Jedoch sind wir von einer ortsnahen Umsetzung der Palliativmedizin im ambulanten und stationären Bereich durch ein flächendeckendes Angebot an qualifizierten Einrichtungen mit Palliativstationen, Hospizen, konsiliarischen und ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten auch in Nordrhein-Westfalen noch weit entfernt [8]. Der Gesamtbedarf an stationären Betten wird auf ungefähr 50 pro 1 Million Einwohner geschätzt [6,7]. Danach werden in Zukunft noch etwa 33 Betten pro 1 Million Einwohner benötigt.

In dem oben erwähnten Fachgespräch am 22. Oktober gingen die Vertreter der Krankenkassen von einem Bedarf von 15 Betten pro eine Million Einwohner aus und beriefen sich dabei auf Angaben aus Berlin. Im Fachgespräch wurden die bestehenden Zweifel der Ärztekammer Nordrhein an der Bedarfsgerechtigkeit dieser 15 Palliativbetten jedoch verstärkt. Die Ärztekammer Nordrhein geht davon aus, dass in Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Palliativmedizin derzeit eine erhebliche Unterversorgung vorliegt und es aufgrund des demographischen Wandels eher noch zu einem steigenden Bedarf an palliativmedizinischer Versorgung kommt. Der Kammervorstand hat sich daher einstimmig für die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) geforderten rund 30 Palliativbetten und etwa 20 Hospizbetten pro eine Million Einwohner für NRW ausgesprochen.

Obwohl Hospize und Palliativstationen gemeinsame Ziele verfolgen, haben sie doch unterschiedliche Versorgungsaufträge. Aufnahmen auf eine Palliativstation sind nur möglich, wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. In Hospizen werden Patienten betreut, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Angesichts der unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte sollten Hospize und Palliativstationen als komplementäre, das heißt sich ergänzende, aber sich nicht gegenseitig ersetzende Versorgungssysteme in allen Kreisen des Landes Nordrhein-Westfalen eingerichtet werden.

Für eine abgestimmte Versorgung dürfen Palliativstationen auch nicht alleine stehen, sondern müssen in

Netzwerke mit ambulanten und stationären Hospizdiensten, palliativmedizinischen Sprechstunden und Konsiliardiensten in Krankenhäusern sowie mit Pflegediensten, die eine anspruchsvolle Palliativpflege sicherstellen können (ambulante Hospiz- und Palliativdienste), eingebunden werden. Im Fachgespräch wurde deutlich, dass auf einigen Palliativstationen vorhandene Betten nicht genutzt werden können, da die personelle Ausstattung nicht ausreicht. Die Ärztekammer weist deshalb darauf hin, dass neben der Einrichtung auch die ausreichende Finanzierung der Palliativstationen sichergestellt werden muss.

Von den teilnehmenden Experten unterschiedlicher Einrichtungen wie Palliativstationen und Hospizen, aber auch ambulanten palliativmedizinischen Einrichtungen sowie der DGP und Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) wurde nachdrücklich gefordert, dort stationäre Einrichtungen neu zu errichten, wo bereits auf bestehende Strukturen der Palliativmedizin oder Hospizarbeit zurückgegriffen werden kann. Dadurch soll ein Übergewicht von stationären Einrichtungen (Hospize und/oder Palliativstationen) in bestimmten Bereichen und ambulanten Diensten in anderen Bereichen vermieden werden. Es wurde deutlich, dass in Zukunft ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit ambulanten und stationären Einrichtungen und unterschiedlichen Angeboten erforderlich ist, um Palliativmedizin allen Patienten zukommen zu lassen, die ihrer bedürfen.

Ausblick

Der Bedarf an Palliativmedizin ist unbestritten. Die Aufstockung der ambulanten und stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen ist der notwendige erste Schritt, reicht alleine aber bei weitem nicht aus. Um den Anforderungen gerecht zu werden, müssen Universitäten und Ärztekammern ein qualifiziertes Aus- und Fortbildungsprogramm sicherstellen. Es ist Aufgabe unseres Gesundheitswesens, Prioritäten zu ändern, damit ein Höchstmaß an Qualität für die Betreuung unheilbar kranker Patienten gesichert werden kann. In der Zukunft ist eine sinnvolle Vernetzung verschiedener palliativmedizinischer Strukturen im ambulanten und stationären Bereich dringend zu fordern. Es bedarf – nicht nur unter Ärztinnen und Ärzten – einer intensiven Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen, die von einem gesamtgesellschaftlichen Prozess begleitet werden muss. Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe hat auch aufgrund der Entwicklung in den Niederlanden in den vergangenen Jahren an Aktualität gewonnen. Trotz der stetigen Fortschritte und Entwicklungen, die Palliativmedizin und Hospizidee gerade in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren gemacht haben, sind wir von einer zufriedenstellenden Versorgung weit entfernt. Es gilt nun für Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen, die schwerkranken und sterbenden Patienten behandeln, die guten Möglichkeiten der Palliativmedi-

zin zu nutzen, um unnötiges Leiden der Patienten zu verhindern.

Literatur

1. Klaschik E, Nauck F, Radbruch L, Sabatowski R. Palliativmedizin - Definitionen und Grundzüge. Internist 2000;41:606-611
2. Radbruch L, Nauck F. Morphin und andere Opiode in der Tumorschmerztherapie. Die Empfehlungen der EAPC. Deutschsprachige Übersetzung des Artikels: Hanks GW, de Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Roca i Casas J, Säwe J, Twycross R, Ventafridda V. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. British Journal of Cancer (2001) 84(5) 587-593. Schmerz im Druck
3. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen. Arzneiverordnung in der Praxis Sonderheft 2. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt, Heft 50 vom 13. Dezember 1996
4. Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwöhner K, Schulenberg D, Lindena G. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. J Pain Symptom Manage, 2001 in print.
5. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Meuser T, Lehmann KA. Über die Entwicklung palliativmedizinischer Einrichtungen in Deutschland. Zeitschrift für Palliativmedizin 2000;1:40-46.
6. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Meuser T, Lehmann KA. Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Schmerz 2001; 15:312-319
7. Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F. Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2001;2:71-75
8. Nauck F, Ostgathe C, Lund S, Sabatowski R, Klaschik E. Qualitätssicherung in der Palliativmedizin - Ermittlung der Struktur- und Prozessqualität auf den Palliativstationen in NRW. Z ärztl FortbilQual Sich (ZaeFQ) 2000; 94:587-594

*Anschrift für die Verfasser:
Malteser-Krankenhaus
Zentrum für Palliativmedizin
Friedemann Nauck
Von-Hompesch-Str. 1*

53123 Bonn

Kurzkommmentar – jetzt erschienen.



Hrsg. Ärztekammer Nordrhein
Dr. H.-Dieter Laum

Statut der Gutachterkommission
für ärztliche Behandlungsfehler

Kurzkommmentar 2000,
186 Seiten, DM 58,-
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: 02 11/43 02-4 48

Ex.: Laum, Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler je DM 58,-

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

RhÄ 2'2002