

Antrag

der Abg. Dr. Bernhard Lasotta u. a. CDU

und

Stellungnahme

des Sozialministeriums

Weiterentwicklung der Palliativmedizin in Baden-Württemberg

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. welchen Stand die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Palliativmedizin in Baden-Württemberg erreicht hat, insbesondere mit Palliativstationen an Krankenhäusern, mit ambulanten Palliativdiensten, palliativen Tageskliniken, im Bereich der Schmerztherapie niedergelassenen Ärzten und im Rahmen der ambulanten und stationären Hospizbewegung sowie Begleitdiensten wie Brückenschwestern, Sitzwachen, Hospizdiensten, Pflegediensten, Seelsorgern, Psychologen und Sozialarbeitern,
2. wo und durch welche o.g. Einrichtungen und Dienste wie viele Patienten palliativmedizinisch betreut werden und welchen Versorgungsgrad Baden-Württemberg damit erreicht hat,
3. welche Unterstützung das Land Baden-Württemberg den Einrichtungen und Diensten gibt,
4. in welchen Bereichen neue Einrichtungen und Dienste entstehen werden und welcher Bedarf für eine ausreichende und optimierte Versorgung der Bevölkerung prognostiziert wird,
5. ob sie die Einrichtung von Palliativzentren plant, die für eine Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Palliativmedizin zuständig wären,

6. in wie weit die Palliativmedizin im Rahmen der Ausbildung in der Medizin und Krankenpflege eine Rolle spielt und wie diese verbessert werden kann,
7. welche Fortbildungen für Ärzte im Bereich der Palliativmedizin angeboten werden, wie diese wahrgenommen werden und wie viele Ärzte sich hier fortbilden,
8. welche Projekte und Modelle es zum schmerzmedizinischen Konsiliar-dienst für Hausärzte gibt und wie diese unterstützt und ausgebaut werden sollen,
9. ob sie die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin fordert und unterstützt, um dem Thema die angemessene Bedeutung zu geben und die palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern,
10. welche weiteren Überlegungen zur Weiterentwicklung der Palliativmedizin angestellt werden (beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit, Patientenaufklärung, wissenschaftliche Begleitung)?

11. 02. 2003

Dr. Lasotta, Brunnemer, Hoffmann,
Klenk, Rueck, Wieser CDU

Begründung

Die Palliativmedizin begleitet den Sterbenden ganzheitlich und versucht Schmerzen, Alleingelassensein und Ängste zu nehmen. Die letzte Lebensphase sterbender Patienten kann friedlich und in Würde verlaufen. Dieser Stand ist bei weitem noch nicht überall erreicht. Insbesondere in der Schmerztherapie gibt es in Deutschland einen großen Nachholbedarf. Die Information über die medizinisch optimale palliative Versorgung für die Patienten und der Ausbau und die Vernetzung vorhandener Dienste und Einrichtungen erscheinen vordringlich. Gerade durch den Ausbau der Hospizdienste und viele ehrenamtliche Helfer durchdringt das Thema auch immer mehr die Bevölkerung.

Der Antrag soll abklären, welchen Stand die Palliativmedizin in Baden-Württemberg erreicht hat, welche Perspektiven und Entwicklungen notwendig sind und wie die bestehenden Angebote künftig flächendeckend vorgehalten werden können. Die Antragsteller wenden sich mit ihrem Antrag klar gegen jede Form der Sterbehilfe und für einen würdigen, respektvollen und medizinisch auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis geprägten Umgang mit Tod und Sterben.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 10. April 2003 Nr. 54-0141.5/13/1777 nimmt das Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

- 1. welchen Stand die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Palliativmedizin in Baden-Württemberg erreicht hat, insbesondere mit Palliativstationen an Krankenhäusern, mit ambulanten Palliativdiensten, palliativen Tageskliniken, im Bereich der Schmerztherapie niedergelassenen Ärzten und im Rahmen der ambulanten und stationären Hospizbewegung sowie Begleitdiensten wie Brückenschwestern, Sitzwachen, Hospizdiensten, Pflegediensten, Seelsorgern, Psychologen und Sozialarbeitern,*
- 2. wo und durch welche o. g. Einrichtungen und Dienste wie viele Patienten palliativmedizinisch betreut werden und welchen Versorgungsgrad Baden-Württemberg damit erreicht hat,*

Palliativmedizin dient den Patienten, die an einer Erkrankung leiden, für die mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der Medizin keine Heilung mehr zu erwarten ist. Palliativmedizin soll Leid und Leidensdruck vermindern und den Patienten trotz ihrer Erkrankung eine neue Lebensqualität ohne Vereinsamung geben. Schmerztherapie, Kontrolle von Begleitsymptomen (z. B. Atemnot, Erbrechen), Erhaltung der persönlichen Autonomie mit Respektierung des Patientenwillens sowie optimale Pflege und Betreuung sind die wesentlichen Säulen der Palliativmedizin. Unnötige Untersuchungen und Therapien sowie rein lebensverlängernde Maßnahmen sollen unterbleiben.

Die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Palliativmedizin wird auf vielfältige Weise gewährleistet, insbesondere durch

- spezielle Palliativstationen in der akut-stationären Betreuung,
- palliativmedizinische Betreuung, vor allem auf den onkologischen Stationen der Kliniken,
- „Brückenpflegekräfte“ als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung,
- stationäre Hospize,
- ambulante Pflegedienste, unterstützt durch ambulante Hospizdienste und Sitzwachengruppen.

Palliativmedizin ist keine neue medizinische Disziplin. Wahrscheinlich ist sie eher die älteste - früher gab es nur bei wenigen Erkrankungen einen kurativen Ansatz. Neu sind hingegen die medizinischen Fortschritte der letzten Jahrzehnte, vor allem bei der Schmerzbehandlung und der Symptomkontrolle. Palliativmedizin beschränkt sich räumlich nicht auf Palliativstationen oder Hospize, sondern ist Bestandteil einer adäquaten Patientenversorgung sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich.

Vor allem an den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten entstand der Wunsch, Patienten, die sowohl palliativmedizinisch behandelt werden als auch der technischen Möglichkeiten des Krankenhauses bedürfen, auf speziellen Palliativstationen zusammenzufassen und dabei auch psychologische und seelsorgerische Komponenten verstärkt zu integrieren. Derzeit sind in Baden-Württemberg 4 Palliativstationen mit insgesamt 42 Betten eingerichtet, bei denen von Seiten der Krankenkassen dem erhöhten personellen Auf-

wand Rechnung getragen wird. Daneben ist es Krankenhäusern möglich, Stationen oder Teile davon in Palliativeinheiten umzuwandeln, sofern der Bedarf besteht und diese Umwandlung budgetneutral erfolgt.

In Krankenhäusern ohne ausgewiesene Palliativstation erfahren Patienten die palliativmedizinische Betreuung vor allem auf den onkologischen Stationen. Eine medizinische Unterversorgung kann daraus nicht abgeleitet werden, obwohl der höhere Aufwand einer adäquaten palliativmedizinischen Versorgung für die Krankenhäuser im Rahmen des normalen Budgets schwieriger realisierbar ist.

Das Bindeglied zwischen den Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung stellen in Baden-Württemberg ca. 60 sog. „Brückenpflegekräfte“ dar, die an den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten angestellt sind. Ihre Aufgabe besteht darin, Tumorpatienten auf ihre Entlassung vorzubereiten und insbesondere dafür zu sorgen, dass die erforderliche palliativmedizinische Pflege und Versorgung auch im ambulanten Bereich gewährleistet ist. Dieses in der Bundesrepublik einzigartige Modell hat sich außerordentlich gut bewährt.

Ferner sind in Baden-Württemberg 12 stationäre Hospize mit insgesamt 85 Plätzen eingerichtet. Diese Plätze stehen insbesondere denjenigen Patienten zur Verfügung, die zwar nicht auf die Möglichkeiten eines Krankenhauses angewiesen sind, deren private Infrastruktur – z .B. Single-Haushalt – aber ein Verbleiben bis zum Tod im häuslichen Umfeld nicht zulässt.

Nach § 39 a SGB V haben Versicherte Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen eine palliativmedizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung nicht erbracht werden kann. Zwischen den Leistungsträgern und den in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zusammengeschlossenen Leistungserbringern wurde im März 1998 eine Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung geschlossen.

Der darin vereinbarte Kassenzuschuss beträgt maximal 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Zusätzlich werden die Kosten ärztlicher Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Mindestens 10 % der Hospizkosten sind vom Träger in Form von Spenden, ehrenamtlicher Mitarbeit, Mitgliedsbeiträgen und sonstigen Zuwendungen aufzubringen.

Für die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung sind die zugelassenen Pflegedienste verantwortlich. Sie werden durch mittlerweile 253 ambulante Hospizdienste und Sitzwachengruppen unterstützt; damit ist nach der Darstellung der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg (LAG Hospiz) eine fast flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg gewährleistet.

Aufgabe der vorwiegend vom ehrenamtlichen Engagement getragenen ambulanten Hospizdienste ist dabei vorrangig die Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen unter Einbeziehung von psychischen, sozialen und spirituellen Fragestellungen. Insbesondere die Stärkung dieses ehrenamtlichen Engagements war das Ziel einer gemeinsamen Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg und Bayern, die mit der Einführung einer Förderung der ambulanten Hospizdienste durch die Krankenkassen auf der Grundlage des neuen § 39 a Abs. 2 SGB V erfolgreich war.

Voraussetzung der Förderung ist unter anderem, dass der ambulante Hospizdienst palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte erbringt. Die Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002 sieht vor, dass die ambulanten Hospizdienste unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen.

Palliativmedizinische Versorgung von Patienten an Tageskliniken ist vorgesehen im Rahmen der Ausweisung und Zertifizierung von regionalen und überregionalen Schmerzzentren (s. auch Ziff. 4). Fachlich kommen vor allem Umstellungen von therapeutischen Verfahren, Korrekturen von Über- oder Unterdosierungen von Opiaten sowie Nervenblockaden und Anlage von Schmerzkathetern in Frage.

Zur psychologischen Betreuung liegen derzeit keine differenzierten Angaben vor. Die Landespsychotherapeutenkammer ist aber bereit, neben der psychotherapeutischen Hilfestellung für die unmittelbar betroffenen Patienten auch Unterstützung für Ärzte, Pflegekräfte und ehrenamtliche Mitarbeiter zu leisten sowie Supervision anzubieten. Defizite in der seelsorgerischen Betreuung sind nicht bekannt geworden, sie findet entweder durch Krankenhausseelsorger oder Geistliche in den jeweiligen Gemeinden statt. Zur seelsorgerischen Betreuung von nichtchristlichen Gläubigen liegen keine Angaben vor.

3. welche Unterstützung das Land Baden-Württemberg den Einrichtungen und Diensten gibt,

Das Land unterstützt die überregionale Hospizbewegung in Baden-Württemberg mit rd. 52.000 Euro im Jahr. Hiervon erhält die LAG Hospiz die eine Hälfte, die Diakonischen Werke der evangelischen Landeskirchen und die Caritasverbände der beiden Diözesen erhalten jeweils zu gleichen Teilen die andere Hälfte. Darüber hinaus werden seit 2002 drei „ServicePoints Hospiz“ gefördert, die vom Diakonischen Werk Württemberg, dem Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg und der LAG Hospiz getragen werden. Die „ServicePoints Hospiz“ stellen den Hospizdiensten auf Landesebene abgestimmte Informationen und Unterstützung bei der Abwicklung der Förderanträge nach § 39 a Abs. 2 SGB V zur Verfügung. Das Sozialministerium hat den Trägern der „ServicePoints Hospiz“ für diese Aufgabe im Jahr 2002 insgesamt 77.000 Euro zur Verfügung gestellt.

4. in welchen Bereichen neue Einrichtungen und Dienste entstehen werden und welcher Bedarf für eine ausreichende und optimierte Versorgung der Bevölkerung prognostiziert wird,

Eine erfolgreiche Schmerztherapie ist das zentrale Element der Palliativmedizin. Nur wenn beispielsweise Tumorschmerzen beherrschbar bleiben, besteht für den Patienten die Möglichkeit, sich unter Wahrung seiner persönlichen Autonomie gegenüber den weiteren Angeboten der palliativen Betreuung zu öffnen. Grundlage jeglicher Planung für eine Weiterentwicklung der Palliativmedizin muss daher eine fachliche und strukturelle Optimierung der Schmerztherapie in Baden-Württemberg sein. Ohnehin bestehen zwischen der Palliativmedizin und der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen große Überschneidungen, weil viele Elemente wie z. B. Trost oder psychologische Betreuung – die gemeinhin der Palliativmedizin zugeordnet werden – auch für zahlreiche Patienten mit chronischen Schmerzen

unverzichtbar sind. Im Folgenden wird daher auf die Konzepte zur Verbesserung der Behandlung von Schmerzpatienten eingegangen.

Nachdem die Bundesrepublik Deutschland international als Entwicklungsland der Schmerztherapie – beispielsweise beim Verbrauch von Opioiden – angesehen wurde, hat das Sozialministerium Baden-Württemberg eine „Schmerzkonzeption“ entwickelt, um die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte in der Schmerztherapie zu verbessern. Zur Konkretisierung der Vorgaben der vom Ministerrat im März 2000 gebilligten Schmerzkonzeption wurden beim ersten Schmerzforum im Jahr 2000 drei Arbeitsgruppen eingerichtet. Schwerpunkte waren dabei die Durchführung von interdisziplinären Schmerzkongressen, die Einrichtung von regionalen und überregionalen Schmerzzentren sowie eine Verbesserung der Inhalte von Forschung und Lehre.

Interdisziplinäre Schmerzkongresse haben sich bereits an vielen Stellen in Baden-Württemberg etabliert und werden von den Mitgliedern durchweg positiv und für die Versorgung von Schmerzpatienten hilfreich beurteilt. Der interdisziplinäre Ansatz bietet bereits auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung die Möglichkeit, erfolglose Therapieansätze kritisch und kollegial zu überprüfen. Interdisziplinäre Schmerzkongresse stellen somit eine wesentliche Vorstufe zur Arbeit der regionalen und überregionalen Schmerzzentren dar.

Mittlerweile ist es gelungen, ein Modellprojekt zur Durchführung von interdisziplinären Schmerzkongressen zwischen der AOK und der Techniker Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg zu entwickeln, das im Oktober 2002 begonnen hat. Durch die Evaluierung dieses Modells (s. auch Ziff. 10) sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welchen konkreten Beitrag zur Versorgung von Schmerzpatienten interdisziplinäre Schmerzkongresse zu leisten im Stande sind.

Das Schmerzforum Baden-Württemberg befasst sich außerdem mit der Einrichtung Regionaler Schmerzzentren, die insbesondere mit den interdisziplinären Schmerzkongressen eng zusammenarbeiten sollen. Nach Festlegung von Voraussetzungen, Anforderungs- und Aufgabenprofil sollen bis zum Ende April 2003 Bewerbungen von den entsprechenden Krankenhäusern ausgehen. Im Anschluss daran erfolgt die endgültige Festlegung unter Berücksichtigung von räumlicher Lage und Bevölkerungsdichte.

Ferner sollen Überregionale Schmerzzentren eingerichtet werden. Unter der Prämisse, dass die Verfügbarkeit einer Infrastruktur für Forschung und Lehre, die Versorgungsstufe der Maximalversorgung sowie die Existenz einer eigenverantwortlichen Organisationsstruktur (z. B. Abteilung, Sektion) zwingende Voraussetzungen für die Einrichtung eines überregionalen Schmerzzentrums darstellen, kommen als Standorte nur die Universitätsklinika des Landes in Frage. Alle vier Universitäten mit medizinischen Fakultäten haben mittlerweile einen Antrag auf Ausweisung als Überregionales Schmerzzentrum gestellt.

In der Schmerzforschung müssen ebenso wie in anderen medizinischen Bereichen die Grundsätze einer auf Evidenz basierten Medizin angewandt werden, um verschiedene Verfahren miteinander vergleichen zu können. Auch die Festlegung von Behandlungsrichtlinien (Goldstandards) ist ohne seriöse Outcome-Untersuchungen, in die auch die nichtärztlichen und paramedizinischen Verfahren einbezogen werden müssen, nicht möglich.

Durch Verbesserungen im Bereich der Lehre soll bei den Medizinstudenten der Grundstein für das Bewusstsein gelegt werden, Schmerzen nicht als

schicksalhafte Begleiterscheinungen möglicherweise unheilbarer Erkrankungen aufzufassen (s. auch Ziff. 6). Sie sollten vielmehr dafür motiviert werden, sich in den verschiedenen Bereichen der Schmerztherapie zu qualifizieren, nachdem für alle Patienten Schmerzen eine entscheidende Beeinträchtigung der Lebensqualität darstellen.

Es ist Aufgabe der Universitätsklinika Baden-Württembergs, sich dieser beiden Themen anzunehmen und an ihren jeweiligen Standorten entsprechende Konzepte zu entwickeln. Das Schmerzforum wird jeweils über den Stand der Entwicklung unterrichtet.

Beim zweiten Schmerzforum im Jahr 2001 wurde eine weitere Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit den Fragestellungen aus den Bereichen Lebensschutz, Palliativmedizin und Sterbehilfe befassen soll. Eine wesentliche Bedeutung in dieser Arbeitsgruppe kommt dabei der Verbesserung der Kompetenz für die Sterbebegleitung zu. Mit Unterstützung durch diese Arbeitsgruppe soll ferner die öffentliche Diskussion über die ethischen Inhalte der Sterbebegleitung sachlich geführt und auch künftig die aktive Sterbehilfe als Vorstufe der Selektion unwürdigen Lebens eindeutig abgelehnt werden.

Für die weitere Entwicklung der Palliativmedizin ist entscheidend, dass vor allem fachliche und strukturelle Synergien zwischen der Onkologie – viele Palliativpatienten leiden an Karzinomen – sowie der Schmerztherapie und der Palliativmedizin genutzt werden. Daher ist auch vorgesehen, die Ausweisung und Zertifizierung von Schmerzzentren analog dem Verfahren zur Ausweisung und Zertifizierung von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten vorzunehmen. Es ist zu erwarten, dass sich die Regionalen und Überregionalen Schmerzzentren auch im Bereich der Palliativmedizin zu Kompetenzzentren entwickeln, die sowohl über palliativmedizinische Konsiliardienste in andere klinische Abteilungen hineinwirken, als auch die ambulante palliativmedizinische Versorgung entscheidend verbessern (s. auch Ziff. 8).

5. ob sie die Einrichtung von Palliativzentren plant, die für eine Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der Palliativmedizin zuständig wären,

Über die Etablierung der Schmerzzentren sowie der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte hinaus ist die Einrichtung spezieller Palliativzentren derzeit nicht vorgesehen. Um die Palliativmedizin besser in das Medizinstudium zu integrieren, wäre es allerdings von großem Vorteil, an allen Universitätsklinika Palliativstationen einzurichten, die mit den Überregionalen Schmerzzentren und den Tumorzentren eng kooperieren könnten (s. auch Ziff.6).

6. in wie weit die Palliativmedizin im Rahmen der Ausbildung in der Medizin und Krankenpflege eine Rolle spielt und wie diese verbessert werden kann,

Die am 1. Oktober 2003 in Kraft tretende neue Approbationsordnung für Ärzte fordert im Rahmen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung Kenntnisse in der Behandlung von Langzeitkranken, unheilbar Kranken und Sterbenden, in der Schmerzbehandlung und Palliativmedizin. Der Prüfling hat nachzuweisen, dass er zu Hilfe und Betreuung auch bei diesen Patienten fähig ist. Die Landesärztekammer weist dabei zu Recht darauf hin, dass eine Verbesserung der palliativmedizinischen Ausbildung vor allem durch eine praxisnahe Ausbildung in Kleingruppen am Krankenbett erreicht wird.

An den medizinischen Fakultäten des Landes werden vermehrt Vorlesungen und Seminare zu den Themenbereichen Schmerz und Palliativmedizin angeboten, die von den Medizinstudenten auch zunehmend in Anspruch genommen werden. Dennoch wird von vielen erfahrenen Ärzten und vor allem von Selbsthilfegruppen eine weitere Intensivierung dieser Thematik in Form von interdisziplinären Curricula gefordert.

Nach der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg gehört die palliativmedizinische Betreuung von Tumorpatienten bereits zum Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung in verschiedenen Fachgebieten (z. B. Frauenheilkunde: Nachsorge und Rehabilitation bei gynäkologischen Erkrankungen sowie Betreuung gynäkologischer Tumorpatientinnen; Allgemeinmedizin: Betreuung und Behandlung chronisch kranker multimorbider und sterbender Patienten).

Um die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der Ärzte im Bereich der Palliativmedizin zu verbessern, wird dem Deutschen Ärztetag in diesem Jahr im Rahmen der anstehenden Änderung der Muster-Weiterbildungsordnung vorgeschlagen, eine Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ einzuführen. Diese Zusatzweiterbildung – Palliativmedizin als Querschnittsaufgabe – könnte danach zukünftig grundsätzlich von jedem Facharzt erworben werden. Weiterhin soll als künftiger Bestandteil jeder Gebietsweiterbildung der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten festgeschrieben werden.

Die fachlichen Inhalte der Aus- und Weiterbildung bestehen vor allem aus der speziellen Symptomkontrolle, der Palliativpflege, der Behandler-Patienten-Beziehung in der Terminalphase, Kommunikation sowie Trauerbegleitung. Ein weiterer thematischer Schwerpunkt sind die ethischen und rechtlichen Aspekte in Bezug auf Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Haftungsfragen und sozialrechtliche Fragestellungen.

Die Inhalte der Pflegeausbildung im Bereich Kranken- und Kinderkrankenpflege werden bundeseinheitlich im Krankenpflegegesetz geregelt. Gegenstand der theoretischen und praktischen Ausbildung ist nach der Anlage zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung auch die Pflege von Patienten mit unheilbaren Krankheiten, die Pflege alter Menschen sowie die Pflege und Begleitung sterbender Menschen. Derzeit berät der Deutsche Bundestag über einen Gesetzentwurf der Bundesregierung über die Berufe in der Krankenpflege. Das neue Krankenpflegegesetz soll unter Einbeziehung palliativer Inhalte voraussichtlich zum 1. Januar 2004 in Kraft treten.

Im Bereich der Altenpflege sind die Inhalte bundeseinheitlich im Altenpflegegesetz geregelt. In Baden-Württemberg gibt es außerdem eine Verordnung des Sozialministeriums vom 19. Dezember 2000 über die Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und der Altenpflege auf dem Gebiet der Onkologie. Diese Weiterbildung umfasst bereits wesentliche Elemente der Palliativpflege. Hinsichtlich einer Konzeption einer speziellen Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativpflege sind die Überlegungen noch nicht abgeschlossen.

7. welche Fortbildungen für Ärzte im Bereich der Palliativmedizin angeboten werden, wie diese wahrgenommen werden und wie viele Ärzte sich hier fortbilden,

Seit dem 1. Januar 2002 führt die Landesärztekammer Baden-Württemberg ihren dreijährigen Modellversuch zur freiwilligen Fortbildungszertifizierung

durch. Mit Stichtag 24. März 2003 wurden über 12.500 Fortbildungsveranstaltungen zur Anerkennung auf das Fortbildungszertifikat bei der Landesärztekammer angemeldet. Im Jahre 2002 haben – nachgewiesen über die Teilnehmerlisten – mehr als 170.000 Ärztinnen und Ärzte an den von der Landesärztekammer zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen. Wie anlässlich des Symposiums des Gesundheitsforums Baden-Württemberg im Februar 2003 ausgeführt, haben im Jahr 2002 alleine die ärztlichen Körperschaften in Baden-Württemberg mehr als 1.000 Fortbildungsveranstaltungen selbst durchgeführt.

Palliativmedizinische Inhalte sind Bestandteil einer Vielzahl dieser Veranstaltungen (z. B. 175 onkologische Fortbildungsveranstaltungen und fast 1.200 Veranstaltungen, die sich mit der Diagnostik und Therapie des Schmerzes beschäftigt haben). Ferner haben ca. 1.000 Ärztinnen und Ärzte an 28 Veranstaltungen teilgenommen, die sich ausschließlich dem Thema Palliativmedizin gewidmet haben.

8. welche Projekte und Modelle es zum schmerzmedizinischen Konsiliardienst für Hausärzte gibt und wie diese unterstützt und ausgebaut werden sollen,

Die Arbeitsgruppe „Schmerz und Ethik“ des Schmerzforums hat zwischenzeitlich eine landesweite Modellkonzeption für einen schmerztherapeutischen Konsiliardienst mit folgenden Inhalten entwickelt:

Die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung bietet häufig für den betroffenen Patienten eine bessere (Lebens-)Qualität als eine Behandlung unter stationären Bedingungen. Viele Tumorpatienten äußern insbesondere dann den ausdrücklichen Wunsch, den letzten Teil ihres Lebens zu Hause verbringen zu können, wenn die kurativen Möglichkeiten erschöpft sind und die palliativen Anteile dominieren.

Die Krankenkassen werden normalerweise durch die Versorgung im häuslichen Umfeld des Patienten im Vergleich zu einer Krankenhausbehandlung weniger in Anspruch genommen. Diese Einschätzung der besseren Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung gilt sowohl für die Finanzierung der Krankenhausbehandlung über Tagessätze als auch für die künftige Abrechnung über Fallpauschalen.

Voraussetzung für eine Umsetzung des sinnvollen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ist aber, dass ein Patient entweder selbst in der Lage ist, seinen häuslichen Anforderungen gerecht zu werden, oder dass er dabei die erforderliche Unterstützung findet. Diese Unterstützung erfolgt vor allem durch Angehörige; wo diese entweder nicht vorhanden oder überfordert sind, stehen ambulante Pflegedienste in Kooperation mit dem Hausarzt und den Brückenpflegekräften (s. auch Ziff. 1) zur Verfügung.

Die Brückenpflegekräfte haben durch jahrelange Berufstätigkeit in der Onkologie in hohem Maß palliativpflegerische Kompetenz entwickelt. Es wird von ihnen oftmals bemängelt, dass ihnen bei der ambulanten Betreuung von Tumorpatienten ein palliativmedizinisch versierter ärztlicher Ansprechpartner fehlt.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Hausärzte zum einen während ihrer klinischen Weiterbildung meist nur punktuell mit palliativmedizinischen Inhalten in Berührung kommen und zum anderen im Laufe ihrer Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt nur selten Tumorpatienten mit palliativmedizinischem Bedarf zu betreuen haben. Wegen dieser geringen Fallzahl kann sich

daher bei den Hausärzten oft nur eingeschränkt palliativmedizinische Kompetenz entwickeln.

Fehlende ärztliche Kompetenz führt aber häufig dazu, dass Tumorpatienten, deren Zustand sich verschlechtert, doch noch in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl die ambulante Betreuung grundsätzlich hätte fortgeführt werden können. Eine derartige Einweisung entspricht in keiner Weise dem Wunsch des Patienten, sein Leben zu Hause beenden zu können. Sie läuft auch jeglichem wirtschaftlichen Handeln zuwider.

Dies hat zu der Überlegung geführt, an den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten entsprechend der Konzeption der Brückenpflegekräfte einen Konsiliardienst durch palliativmedizinisch bzw. schmerztherapeutisch qualifizierte „Brückenärzte“ einzurichten, die ebenfalls nach dem Grundsatz „ergänzen, nicht verdrängen“ auf Anforderung sowohl den Hausarzt als auch die Brückenpflegekräfte unterstützen. Damit wäre die derzeitige Diskrepanz zwischen der Verfügbarkeit von pflegerischer und ärztlicher Kompetenz überwunden und in den meisten Fällen eine adäquate Fortführung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung bis zum Tod des Patienten möglich.

Die AOK hat signalisiert, dass sie bereit ist, in der Arbeitsgruppe „Schmerz und Ethik“ mitzuwirken. Die Überprüfung, inwieweit diese Konzeption eines schmerztherapeutischen Konsiliardienstes durch die Krankenkassen derzeit umgesetzt werden kann, steht noch aus.

Neben dieser landesweit angelegten Konzeption gibt es derzeit schon existierende Modelle, die jeweils – wie z. B. an den Universitäten Tübingen, Heidelberg und Freiburg – lokal begrenzt sind, sehr vom ehrenamtlichen, unentgeltlichen Engagement Einzelner abhängen.

9. ob sie die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin fordert und unterstützt, um dem Thema die angemessene Bedeutung zu geben und die palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern,

Die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin ist ebenfalls ein Vorschlag der Arbeitsgruppe „Schmerz und Ethik“. Dieser Lehrstuhl hätte die Aufgabe, sämtliche bei der Versorgung von Palliativpatienten mitwirkenden Partner – nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegekräfte, Seelsorger, Physiotherapeuten und viele andere mehr – auf ihre gemeinsame interdisziplinäre Aufgabe vorzubereiten und die nichtmedizinischen Fachgebiete als gleichrangig zu institutionalisieren.

Ferner käme diesem Lehrstuhl die Aufgabe zu, die inhaltliche Weiterentwicklung der Palliativmedizin zu betreiben und wissenschaftlich zu begleiten. Auch im Bereich der Palliativmedizin ist zu fordern, dass Behandlungskonzepte auf ihre Evidenz überprüft werden, damit auch in Zeiten knapper Ressourcen die Versorgung und Betreuung von Menschen am Ende ihres Lebenswegs bestmöglich sichergestellt wird. Für die Entwicklung evidenzbasierter Therapiestrategien und für die Erarbeitung von Standards für Ausbildung und Qualitätssicherung ist aber eine methodisch qualifizierte und ethisch vertretbare palliativmedizinische Forschung unabdingbare Voraussetzung.

Die Realisierung dieses fachlich allseits befürworteten Vorschlags ist bisher allerdings an der Finanzierung gescheitert.

10. welche weiteren Überlegungen zur Weiterentwicklung der Palliativmedizin angestellt werden (beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit, Patientenaufklärung, wissenschaftliche Begleitung).

Nach den bisherigen Erfahrungen ist es im Interesse der meist schwerkranken Patienten wichtig, bei palliativmedizinischen Konzeptionen die Verzahnung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich zu gewährleisten. Die Patienten benötigen in der finalen Lebensphase eine abgestimmte Versorgung und Begleitung, unabhängig davon, ob der Hausarzt aufgesucht wird, ein Hausbesuch oder eine stationäre Behandlung erforderlich ist.

Es muss deshalb dafür Sorge getragen werden, dass die Kosten einer qualitativ hochwertigen stationären Palliativmedizin auch auf der Grundlage des Fallpauschalengesetzes erstattet werden können. Dazu sind insbesondere die Krankenhäuser – bei denen große Bereitschaft besteht, die Palliativmedizin zu intensivieren – gefordert, die Inhalte der Palliativmedizin gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) so darzustellen, dass die in der Palliativmedizin zusätzlich erforderlichen Tatbestände künftig auch durch die entsprechenden Fallpauschalen abgebildet werden.

Ferner sollte dafür Sorge getragen werden, dass durch entsprechende Ermächtigungen von qualifizierten Krankenhausärzten auch dort eine hochwertige ambulante Palliativmedizin sichergestellt werden kann, wo die erforderliche palliativmedizinische Kompetenz bei den niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend verfügbar ist.

Dr. Repnik
Sozialminister