



©Klicker / pixelio.de

## Das PAMINO-Projekt - Gemeindenahe palliativmedizinische Versorgung

### Das Nordbadische Palliativnetz

PETER ENGESER

#### Zusammenfassung

Für Deutschland bietet sich im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung die große Chance, unter Einbindung der Hausärzte eine flächendeckende Palliativversorgung zu implementieren. Um diese Versorgung effizient und kostengünstig auf zu bauen, müssen Hausärzte, Pflegedienste und spirituelle Helfer vor Ort eng kooperieren. Mit dem Ziel einer gemeindenahen Palliativversorgung wurde in Nordbaden ein hausärztlich initiiertes Projekt mit einem gut funktionierenden Netzwerk von multiprofessionellen Versorgern gemeinsam mit spezialisierten Palliativ-Teams aufgebaut, um im Interesse der Patienten und Angehörigen Palliativversorgung in vertrauter Umgebung gewährleisten zu können. 258 von ungefähr 1200 niedergelassenen Hausärzten in Nordbaden konnten in den letzten fünf Jahren mit großer Akzeptanz curricular fortgebildet

werden. Daher besteht die berechtigte Hoffnung, dass die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung in naher Zukunft gemeindenah und flächendeckend in Nordbaden implementiert werden kann.

#### Einleitung

Sterbehilfe, Sterbebetreuung und Palliativmedizin sind in den letzten Jahren stärker in das Interesse der Menschen in Deutschland gerückt. Die Medien widmen sich ausführlich diesen Themen. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung sind als Begriffe in ständiger gesellschaftlicher und politischer Diskussion. Die Sterbehilfe Regelungen in Holland und Belgien haben ebenso wie das Auftreten der schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas in Deutschland zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen geführt. Mittlerweile

setzen sich sogar Kollegen mit Präzedenzfällen für die organisierte Sterbehilfe ein. Die abstoßende Berichterstattung über das menschenunwürdige Verfahren im Sterbeprozess der Terry Schiavo im Jahre 2005 in Florida hat viele Menschen sensibilisiert. Die politischen Vertreter aller Parteien diskutieren häufig darüber. Klare gesetzliche Regelungen werden überall gefordert. Die deutsche Ärzteschaft hat sich durch den Präsidenten der Bundesärztekammer Professor Dr. Hoppe eindeutig gegen eine aktive ärztliche Sterbehilfe positioniert (1). Der Deutsche Ärztetag beschloss im Jahr 2003 in Rostock im Rahmen der neuen Musterweiterbildungsordnung die Einführung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

Die Mehrheit der Bevölkerung möchte in Würde zu Hause sterben. Bei entsprechenden Strukturen können diese Wünsche auch erfüllt werden. Zwei Drittel der Menschen versterben im Krankenhaus oder im Pflegeheim, häufig allein und unter teilweise unwürdigen Umständen.

Die qualifizierte palliativmedizinische Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten ist eine Grundvoraussetzung, die häufig geäußerte Forderung nach Sterben in Würde zu Hause erfüllen zu können. Sterbende und deren Angehörige beklagen sich häufig über unangemessene Therapiemaßnahmen bei Patienten, die sich bereits im Sterbeprozess befinden. Die Technisierung und Übermedikalisierung des Sterbens bei mangelnder menschlicher, psychosozialer und spiritueller Betreuung wird oft bemängelt. Unter dem Druck der Ökonomisierung des Gesundheitswesens – als Beispiele seien nur DRG, EBM 2008 und Pflegemodule genannt – hat die Gesellschaft, vertreten durch ihre professionellen Helfer, für Sterbende häufig keine Zeit.

### **Aktuelle Versorgungssituation**

Die Palliativversorgung schwerstkranker Patienten soll bundesweit verbessert werden. Mit in Kraft Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 1. 4. 2007 wurde das 5. Sozialgesetzbuch um den §37b, Abs. 2 ergänzt, in dem die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung (SAPV) eingeführt wurde. Hierdurch soll die Palliativversorgung der Bevölkerung auf eine gesicherte finanzielle Basis gestellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mittlerweile festgelegt, dass Patienten mit weit fortgeschrittenen, schwerwiegenden Krankheiten und mit besonders aufwändig zu versorgenden Symptomen an einer solchen Versorgung teilnehmen können (2). Nach übereinstimmenden Schätzungen handelt es sich um ungefähr 5 – 10 Prozent der Sterbenden, also um 40.000 – 80.000 Patienten/Jahr. Die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkasse gestalten sich allerdings sehr schwierig und haben in den letzten zwei Jahren nur zu wenigen Vertragsabschlüssen geführt.

In dieser Situation steht man vor zwei Möglichkeiten: Entweder flächendeckend neue Versorgungsstrukturen – z.B. überall feste Palliativ-Care-Teams – zu schaffen oder vor-

handene Strukturen zu nutzen, zusammenfassen und auszubauen. Der Aufbau von völlig neuen Strukturen im gesamten Bereich der Bundesrepublik Deutschland erscheint unwirtschaftlich und zeitraubend, bei Ärztemangel sogar unrealistisch.

In vielen Flächenstaaten mit dünn besiedelten Regionen können ambulante Palliative-Care-Teams mit 24-Stunden-Bereitschaft nicht wirtschaftlich betrieben werden, so dass häufig kooperative Versorgungsmodelle mit festen Verträgen aufgebaut werden müssen. Eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen mit stärkerer Qualifizierung aller Teilnehmer, einschließlich der Hausärzte, erscheint gesamtwirtschaftlich die notwendige Alternative. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss derartige Kooperationsformen ermöglicht (3).

Entsprechend des Palliativkonzepts des Landes Baden-Württemberg stehen die Hausärzte als zentrale Ansprechpartner für Patienten und Angehörige im Mittelpunkt der palliativen Versorgung (4). Nach Thomas und Higginson sind Hausärzte sehr wohl in der Lage, die ambulante ärztliche Versorgung von Palliativpatienten durch zu führen (5).

### **Das PAMINO-Projekt als Qualifizierungsmethode**

Die Palliativmedizinische Initiative Nordbaden wurde im Sommer des Jahres 2002 am Universitätsklinikum Heidelberg mit dem Ziel der Verbesserung der flächendeckenden Versorgung von Palliativpatienten gegründet. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Sektion Versorgungsaufgaben, der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung (Prof. Dr. J. Szecsenyi) und dem Zentrum für Palliativmedizin und Schmerztherapie (Prof. Dr. H. Bardenheuer) des Universitätsklinikums Heidelberg wurde ein Modell zur Versorgung schwerstkranker, sterbender Patienten entwickelt und aufgebaut. Es ist wohnortnah angesiedelt und nutzt die bestehenden lokalen Ressourcen. Grundlage hierfür ist eine loko-regionale Netzwerkbildung aller an der palliativmedizinischen Versorgung beteiligter Berufsgruppen. Ausgangspunkt für dieses Modell ist die Tatsache, dass Palliativpatienten nicht nur in großen Städten und Ballungsräumen, sondern in allen Gemeinden bundesweit homogen verteilt sind und zu allen Zeiten versorgt werden müssen. Eine zentral organisierte Versorgung dieser Patienten ist räumlich und zeitlich limitiert. Im Bereich Nordbaden müssen neben den Ballungsräumen Mannheim und Karlsruhe beispielsweise auch die dünn besiedelten und medizinisch deutlich geringer versorgten Gebiete im Odenwald oder im Schwarzwald erreicht werden. In nahezu allen Gemeinden sind Hausärzte, Krankenpflegedienste und Seelsorger wohnortnah erreichbar.

Das vordringliche Ziel unserer Initiative ist, die Kompetenzen der primär versorgenden Teilnehmer des Gesundheitswesens in den bestehenden Strukturen zu verbessern und miteinander zu vernetzen. Hierdurch kann die Versorgung

qualitativ verbessert werden. Der Aufbau von teuren Parallelstrukturen wird dann meist nicht mehr notwendig.

In den vergangenen fünf Jahren wurden 12 Basiskurse für Ärzte als curriculäre palliativmedizinische Fortbildung durchgeführt. Ein Merkmal des Projektes war, dass diese Kurse nicht nur am Universitätsklinikum Heidelberg, sondern auch direkt in den entlegenen Gebieten (z.B. Freudenstadt im Schwarzwald oder Buchen im Odenwald) dezentral durchgeführt wurden. Somit konnten auch dort trotz starker Dienstbelastung viele Kollegen vor Ort erreicht werden und schon während der Weiterbildung die Grundlage zur Netzwerkbildung gelegt werden.

Bei einer ersten Umfrage unter Hausärzten in nordbadischen Qualitätszirkeln im Jahre 2002 zeigten sich fast alle befragten Hausärzte davon überzeugt, dass eine gute Basiskompetenz bei Ihnen vorhanden ist, dass eine qualifizierende Fortbildung dennoch notwendig sei. (6).

Nach Christoph Student, dem langjährigen Leiter des Hospizes Stuttgart, ist Hospizarbeit und Palliativmedizin herausragend gekennzeichnet durch eine besondere Haltung gegenüber dem Patienten und dem Leben(7). Die biopsycho-soziale Arbeitsweise der Allgemeinmedizin und die ganzheitliche Betrachtung der Palliativmedizin überschneiden sich in vielen Bereichen und unterscheiden sich nur durch die Arbeit im wechselnden oder festen Team und der intermittierenden oder ständigen spirituellen Betreuung.

### Erste Projektergebnisse

Im Zeitraum vom 1. Dezember 2003 bis zum 1.9. 2009 nahmen bei 12 Basiskursen und neun Fallseminaren insgesamt 306 Kollegen an den palliativmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen teil. Es beteiligten sich 258 niedergelassene Hausärzte aus insgesamt 195 Praxen, drei Allgemeinmediziner in Weiterbildung und 45 Klinikärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen an den Kursen (Tabelle 2). Die Praxen sind über das gesamte Gebiet Nordbaden sowie einige angrenzende Kreise verteilt, sodass in jeder Region palliativmedizinisch interessierte Hausärzte zur Verfügung stehen (siehe Karte). Nach einer Untersuchung unserer Arbeitsgruppe in 13 dieser Praxen leiden nur 30 Prozent der Patienten in palliativer Situation an einer malignen Grunderkrankung, der überwiegende Teil der Patienten hat chronische internistisch-neurologisch-psychiatrische Grunderkrankungen (8). Diese Zahlen wurden exakt durch eine niedersächsische Arbeitsgruppe bestätigt (9).

Sämtliche Kurse der Palliativmedizinischen Initiative Nordbaden wurden evaluiert. Die Evaluationsergebnisse sind bei den Basiskursen durchschnittlich bei 1,6 und bei den Aufbaukursen bei 1,4 auf einer Skala von 1 bis 4. Besonders gut wurden Seminare zur Kommunikation mit Sterbenden und Ethik und Haltung am Lebensende bewertet.

Jedes Jahr werden zwei ganztägige Tagungen zum Thema palliativmedizinische Versorgung am Universitätsklinikum Heidelberg durchgeführt. Ziel dieser Tagungen ist ein in-

terdisziplinärer Erfahrungsaustausch der Basis untereinander und mit dem Universitätsklinikum sowie eine interdisziplinäre Netzwerkbildung in der Region. Neben übergreifenden organisatorischen Themen und spezifischen palliativmedizinischen Sachthemen demonstrieren und diskutieren die Teilnehmer eigene Problemfälle. An diesen Tagungen beteiligen sich regelmäßig 40 – 70 Kollegen sowie Mitarbeiter aus der Pflege und Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste. Die behandelten Themen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Für das Jahr 2010 sind weitere Basiskurse, Fallseminare und Netzwerktagungen mit der Qualifizierung weiterer 80 Netzärzte geplant. Geplant ist zusätzlich die Qualifizierung von Arzthelferinnen aus den Praxen für die besonderen Anforderungen von Palliativpatienten.

Aus der Teilnehmergruppe haben mittlerweile über 50 niedergelassene Kollegen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erlangt, weitere Kollegen werden folgen. Mehrere lokale Palliativnetzwerke konnten von beteiligten Hausärzten gemeinsam mit Seelsorgern, ambulanten Hospizdiensten, Palliativpflegekräften der Sozialträger und den Pflegeheimen bisher implementiert werden (z.B. Buchen, Karlsruhe, Mühlhausen, Remchingen und Kämpfelbachtal).

Die Auswirkungen der Schulungen und Netzwerkbildung auf die reale Patientenversorgung vor Ort ist Gegenstand einer BMBF-geförderten Evaluationsstudie, deren Ergebnisse bald vorliegen werden.



Karte: Verteilung der Praxen im Bereich Nordbaden mit Palliativmedizinischer Fortbildung

## Ausblick

Für Deutschland bietet sich im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung die große Chance, unter Einbindung der Hausärzte eine allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung flächendeckend zu implementieren. Um diese Versorgung effizient und kostengünstig auf zu bauen, müssen Hausärzte, Pflegedienste und spirituelle Helfer vor Ort eng kooperieren und in die Versorgungskonzepte eingebunden werden. Die Vernetzung auf lokaler Ebene, besonders im ländlichen Bereich, zwischen den Beteiligten ist für eine häusliche Versorgung am Ende des Lebens bedeutend und für ein Sterben zu Hause unerlässlich. Nur, wenn diese Strukturen harmonisch ineinander greifen, können die vorhandenen Ressourcen optimal und wirtschaftlich genutzt werden. So kann mittelfristig erreicht werden, dass die Mehrzahl der schwerstkranken Patienten am Lebensende gut versorgt ist und zu Hause in Würde sterben kann. Diese Verbesserungen werden ebenfalls für die Patienten in den regionalen Pflegeheimen gelten, da selbstverständlich auch diese von einer entsprechenden Kompetenzsteigerung und verbesserter Netzwerkbildung aller Beteiligten profitieren werden. ■

*P. Engeser, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg (Prof. Dr. Dipl. Soz. J. Szeccsenyi)*

## Literatur

- Hoppe J.: Klare Gesetze gegen Sterbehilfe, Pressemitteilung der Bundesärztekammer am 4.10.2005. [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.765.787.984](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.765.787.984) (Zugriff 12.12.2007)
- Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 20.12.2007, Seite 2
- Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 20.12.2007, Seite 4
- Ministerium für Arbeit und Soziales: Palliative Versorgung in Baden-Württemberg, (2007), 3-4
- Thomas K, Higginson I.: Developing primary palliative care. *BMJ*, 329 (2004), 1056 – 1057
- Engeser P., Reininghaus W., Zeisse-Süss D.: Das PAMINO-Projekt, DEGAM Kongress 2002
- Student C. Persönliche Mitteilung 2002
- Reininghaus W.; Engeser P. Umfrage unter 13 PAMINO – Praxen 2005, unveröffentlichte Daten aus Nordbadischen Hausarztpraxen
- Bleeker F, Kruschinski C, Breull A, Berndt M, Hummers-Pradier E.: Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten, *ZfA*, 83 (2007), 477-482

**Tabelle 1: Strukturübersicht der teilnehmenden Praxen**

Teilnehmer Hausärzte	Teilnehmer Praxen	Stadt	Land	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis
258	195	76	119	130	65

**Tabelle 2: Themen der Netzwerktagungen**

1. Informationsaustausch und Informationsfluss mit den regionalen Kliniken
2. Palliativmedizin und Sterben im Islam
3. Die Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg
4. Aufbau lokaler Palliativstrukturen
5. Palliativmedizin in der Geriatrie
6. Palliative Chemotherapie
7. Validation – Palliativmedizin und Geriatrie
8. Wundmanagement in der Palliativmedizin
9. Trauer und Trauerarbeit
10. Stellenwert der Komplementärmedizin in der Palliativmedizin