

Palliative Versorgung in Baden-Württemberg



Wenn Heilung nicht mehr möglich ist
Hilfe in schwerer Krankheit



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Liebe Patientin,
lieber Patient,

der medizinische Fortschritt hat sich in den vergangenen Jahren rasant entwickelt, viele Krankheiten können heute im Gegensatz zu früher erfolgreich behandelt werden. Dennoch stößt auch die moderne Medizin an ihre Grenzen. Bei manchen Erkrankungen müssen sich die betroffenen Patienten, die Angehörigen und auch die beteiligten Ärzte schmerzhaft darüber klar werden, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist und dass das Ende des Lebenswegs erkennbar wird.



Es ist mir gerade als Ärztin besonders wichtig, dass Patienten und Angehörige in dieser schwierigen Lebenssituation nicht allein gelassen werden, sondern dass Wege aufgezeigt werden, wie die verbleibende Zeit mit möglichst viel Leben und Lebensqualität gefüllt werden kann. Wir haben in Baden-Württemberg beispielhafte Strukturen geschaffen, in denen die so genannte „palliative Versorgung“ stattfinden kann. Es ist notwendig, gerade Sie als Betroffene darüber zu informieren, welche Angebote zur Verfügung stehen und wie Sie selbst entscheiden können, welcher Weg für Sie der richtige ist. Deshalb haben wir die wesentliche Information für Sie in diesem Leitfaden zusammengestellt.

Auch bei der palliativen Versorgung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die meisten Menschen möchten das Ende ihres Lebens in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung erleben. Dies ist aber nur möglich, wenn alle bei der palliativen Versorgung Beteiligten möglichst eng und gut zusammenarbeiten. Nur so können wir Sterbenden ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt in einer Qualität ermöglichen, die unserem Anspruch an eine humane Gesellschaft entspricht und die dadurch den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gar nicht erst entstehen lässt.

A handwritten signature in cursive script, reading 'Monika Stolz'.

Dr. Monika Stolz MdL

Ministerin für Arbeit und Soziales

Was bedeutet Palliative Versorgung?

Der Begriff „Palliativ“ leitet sich vom lateinischen „palliare“ ab und bedeutet so viel wie einhüllen, bedecken. Unter palliativer Versorgung verstehen wir eine möglichst gute Linderung von Beschwerden, insbesondere dann, wenn die Heilung einer Krankheit nicht mehr möglich ist.

Zur Palliativen Versorgung gehört eine gute Palliativmedizin. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Schmerzmedizin und der Behandlung anderer körperlicher Beschwerden, die den Kranken belasten.

Die Palliativmedizin muss ergänzt werden durch die seelische, soziale und spirituelle Betreuung sowohl der Patienten mit all ihren Wünschen, Ängsten und Bedürfnissen als auch der Angehörigen. Die Palliative Versorgung versteht sich als ganzheitliches Betreuungsangebot durch ein Team, bestehend aus dem Palliativarzt – falls erforderlich auch Ärzten anderer Fachrichtungen – Pflegekräften (möglichst mit Zusatzqualifikation), ehrenamtlichen Begleitern, Sozialarbeitern, Psychologen, Seelsorgern, Physiotherapeuten, Diätassistenten – idealerweise auch Musiktherapeuten und Maltherapeuten.

Das Wohlergehen des Patienten steht im Vordergrund. Es wird alles versucht, um Beschwerden zu lindern und Lebensqualität zu verbessern. Durch eine deutliche Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden, vielmehr soll durch eine individuelle Betreuung auch für schwerstkranke Patienten die Qualität des Lebens verbessert werden. Eine gute palliative Versorgung mit ihrem ganzheitlichen Angebot macht letztlich den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe überflüssig, der meist aus der Angst heraus entsteht, Schmerzen erleiden zu müssen, anderen Menschen ausgeliefert zu sein oder ihnen zur Last zu fallen

Was bedeutet Palliativmedizin?

Palliativmedizin ist ein wesentlicher Bestandteil der palliativen Versorgung. Sie ist dabei nicht als Kapitulation der Medizin vor einer unheilbaren Erkrankung oder als

neue Fachdisziplin zu verstehen. Sie will vielmehr in Ergänzung zu den bestehenden Fachrichtungen den besonderen Bedürfnissen unheilbar kranker und sterbender Menschen Rechnung tragen und den Patienten das größtmögliche Maß an Lebensqualität ermöglichen. Voraussetzung ist aber in jedem Fall, dass die zur Anwendung kommenden Maßnahmen für die weitere Behandlung erforderlich sind und vom Patienten gewünscht werden.

Für die palliative Behandlung stehen alle medizinischen Verfahren und Maßnahmen zur Verfügung, sofern ein sensibles Abwägen im Einzelfall zwischen dem Möglichen und dem Sinnvollen für den Patienten Vorteile verspricht. So kann auch bei einer unheilbaren Krebserkrankung eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie für die Lebensqualität entscheidende Vorteile bringen.

Ein Schwerpunkt der Palliativmedizin liegt in einer differenzierten Schmerztherapie. Nahezu alle Schmerzen sind heute mit den entsprechenden Medikamenten so gut beherrschbar, dass für den Patienten eine befriedigende Lebensqualität erreicht werden kann. Angst vor quälenden Schmerzen muss heutzutage niemand mehr haben. Kaum weniger wichtig ist aber die Behandlung von anderen belastenden Beschwerden wie Atemnot oder Übelkeit und Erbrechen. Auch dafür stehen mittlerweile bewährte Methoden zur Verfügung. Somit schafft die Palliativmedizin durch die Beherrschung von Schmerzen und belastenden Krankheitszeichen die Voraussetzung für eine ganzheitliche palliative Versorgung.

Wer wirkt mit bei der palliativen Versorgung?

1. Die Versorgung zu Hause

Hausärzte

Die Hausärzte sind auch im Rahmen der palliativen Versorgung die zentralen Ansprechpartner für Patienten und Angehörige, vor allem bei der Koordination aller an der häuslichen Versorgung Beteiligten. Jahrelange Kenntnis von Patient und Familie erleichtert ihnen die wichtige Aufgabe, chronisch kranke Patienten auch über viele Jahre zu betreuen und bis zu ihrem Tod zu begleiten. Zahlreiche Hausärzte haben

mittlerweile eine hohe Kompetenz bei einer differenzierten Schmerztherapie erworben und sind damit in der Lage, für Palliativpatienten die notwendige Schmerz- und Beschwerdefreiheit auch im Rahmen der häuslichen Versorgung sicherzustellen. Damit können Krankenhauseinweisungen von Palliativpatienten auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, in denen die technischen Möglichkeiten eines Krankenhauses für die Patienten wirkliche Vorteile bringen.

Falls sich Schwierigkeiten bei der Versorgung von Palliativpatienten im häuslichen Umfeld ergeben, wird der Hausarzt spezialisierte Ärzte hinzuziehen. Es ist in allen Fällen sinnvoll, gemeinsam mit dem Hausarzt den zu erwartenden weiteren Verlauf der Erkrankung und die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der häuslichen Versorgung individuell abzustimmen.

Die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung übernehmen die Krankenkassen. Unter Umständen sind Zuzahlungen für verordnete Arzneimittel und die Praxisgebühr zu entrichten. Ferner werden auch für Sondenernährung (enterale Ernährung), Verband-, Heil- und Hilfsmittel Zuzahlungen erhoben.

Häusliche Pflegedienste

In Baden-Württemberg besteht ein flächendeckendes Netz von hochqualifizierten Pflegediensten, bei denen die häusliche palliativpflegerische Versorgung grundsätzlich integrativer Bestandteil des Versorgungsauftrags ist. Es gibt aber Unterschiede bei der Gewichtung des jeweiligen fachlichen Spektrums, so dass es sinnvoll ist, sich vor dem Abschluss eines Vertrages mit einem ambulanten Pflegedienst nach den palliativpflegerischen Möglichkeiten zu erkundigen. Der Hausarzt kann auch hier beraten.

Die Kosten der Maßnahmen der Grundpflege übernehmen bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit die Pflegeversicherungen bis zum monatlichen Höchstbetrag der jeweiligen Pflegestufe.

Die ärztlich verordneten Maßnahmen der Behandlungspflege werden von den Krankenkassen übernommen. Ein Eigenanteil ist für höchstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr zu bezahlen.

Brückenpflegekräfte

Um der besonderen Situation von Krebspatienten Rechnung zu tragen, wurden an den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten in Baden-Württemberg – als bundesweit einzigartiges Modell - insgesamt 60 Stellen für „Brückenpflegekräfte“ eingerichtet, die von den Krankenkassen zusätzlich zum normalen Stellenkontingent finanziert werden. Die Brückenpflegekräfte, die fachlich hoch qualifiziert sind, haben die Aufgabe, bei Krebspatienten den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung vorzubereiten und zu unterstützen. Dabei arbeiten sie eng mit den Hausärzten und den ambulanten Pflegediensten zusammen. Das ärztliche und pflegerische Personal sowie der Sozialdienst in den Kliniken kennen die Brückenpflegekräfte und können leicht den Kontakt zu ihnen herstellen.

Die Kosten für die Betreuung durch die Brückenpflege werden von den Krankenkassen getragen, wenn sie schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Behandlung mit einbezogen werden.

Ambulante Hospizgruppen / Ambulante Hospiz-Dienste

Die in den ambulanten Hospizgruppen engagierten ehrenamtlichen Mitarbeiter begleiten sterbende Menschen und deren Angehörige sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Einrichtungen. Sie ergänzen Palliativmedizin und Palliativpflege, indem sie vor allem mitmenschliche und persönliche Zuwendung leisten. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter werden ihrerseits von hauptamtlichen Fachkräften auf ihre Aufgabe vorbereitet, fortlaufend begleitet und vor allem in Krisensituationen unterstützt.

Einige der ambulanten Hospiz-Dienste verfügen mittlerweile auch schon über speziell geschulte Pflegekräfte, die auch bei körperlichen Beschwerden Beratung anbieten.

Das Unterstützungsangebot durch ambulante Hospizgruppen bzw. Ambulante Hospiz-Dienste ist für die betroffenen Menschen kostenfrei.

2. Stationäre Versorgung

Krankenhäuser

Insbesondere diejenigen Krankenhäuser, die viele Tumorpatienten behandeln, haben sich immer besser eingestellt auf den Übergang von einer Versorgung, die auf Heilung ausgerichtet ist zu einer Versorgung, deren Schwerpunkt auf der Linderung von Schmerzen, Symptomen und Ängsten liegt. Viele Krankenhäuser haben palliativmedizinische Konsiliardienste eingerichtet, bei denen Experten der unterschiedlichsten Fachrichtungen im Krankenhaus zusammenarbeiten. Fragen Sie Stationsärzte oder Oberärzte danach, wie die palliative Versorgung im jeweiligen Krankenhaus geregelt ist. Auch Krankenhausseelsorger oder Mitarbeiter des Sozialdienstes können Auskunft geben.

Die große Zahl derjenigen Menschen, die an unheilbar gewordenen Krankheiten leiden, die nicht tumorbedingt sind, finden zunehmend ebenfalls Unterstützung durch jene Krankenhäuser, die einen Schwerpunkt in der Altersmedizin (Geriatric) besitzen.

Hinzu kommen an verschiedenen Krankenhäusern Regionale und Überregionale Schmerzzentren. Sie sind führend bei der interdisziplinären Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen und nehmen daher auch in der palliativen Versorgung wichtige Aufgaben wahr. So werden in zunehmendem Maß palliativmedizinische Konsiliardienste durch erfahrene Ärzte eingerichtet, die sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch in Kooperation mit den Hausärzten an der Patientenversorgung mitwirken.

Die Kosten der Krankenhaus-Behandlung werden von den Krankenkassen getragen. Für maximal 28 Kalendertage pro Kalenderjahr ist eine tägliche Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Die Einweisung ins Krankenhaus erfolgt auf ärztliche Anordnung.

Palliativstationen

Palliativstationen in Krankenhäusern sind zu verstehen als Akutstation für Schwerkranke, die sich in einer Krise befinden. Die medizinische Behandlung besteht darin, die aufgetretenen Beschwerden zu kontrollieren, das Befinden zu stabilisieren und die Patienten dann wieder möglichst nach Hause zu entlassen, sobald dort die weitere Versorgung vor allem durch Hausärzte und ambulante Pflegedienste wieder möglich wird. Palliativstationen sind ärztlich geleitet. Sie sind keine Pflegeeinrichtungen und gehören zur akutstationären Patientenversorgung.

Die Kosten für eine Behandlung auf einer Palliativstation werden von den Krankenkassen getragen.

Alten- und Pflegeheime

Alten- und Pflegeheime bieten die Möglichkeit der stationären Pflege auf Dauer oder für eine begrenzte Zeit (Kurzzeitpflege), wenn eine bedarfsgerechte Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich ist. Dabei gehört ein angemessenes palliativpflegerisches Angebot zum Versorgungsauftrag sowie zum Selbstverständnis der Alten- und Pflegeheime. Einen hohen Stellenwert besitzt die Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte wie z.B. die Öffnung der Heime nach außen und die Einbindung in das Gemeinwesen sowie die verstärkte Einbeziehung von Angehörigen.

Zusätzlich zu den ambulanten Hospizgruppen gibt es Sitzwachengruppen als Zeichen des bürgerschaftlichen Engagements in der stationären Pflege und Altenhilfe. Hierbei handelt es sich um einen Kreis geschulter ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen, die Sterbende und Schwerkranke begleiten und auch die Angehörigen unterstützen.

Die ärztliche Versorgung verbleibt meist beim Hausarzt; auch die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen haben aber grundsätzlich das Recht darauf, sich den betreuenden Hausarzt frei zu wählen.

Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit werden die Kosten der jeweiligen stationären Pflege von der Pflegeversicherung bis zu dem Höchstbetrag der jeweiligen Pflegestufe übernommen.

Stationäre Hospize

Stationäre Hospize arbeiten eng mit den ambulanten Hospizgruppen zusammen und stehen immer dann bereit, wenn ein sterbenskranker Mensch keine Krankenhausbehandlung mehr benötigt oder sie nicht mehr wünscht und weder zu Hause noch im Pflegeheim eine angemessene Versorgung möglich ist. Sie wollen eine Atmosphäre besonderer Geborgenheit und Sicherheit nicht nur für den Patienten, sondern auch für Angehörige vermitteln. Stationäre Hospize kommen insbesondere dann in Frage, wenn der Zustand des Patienten die ständige Anwesenheit besonders spezialisierter Pflegekräfte erforderlich macht.

Stationäre Hospize sehen sich in besonderem Maß einem ganzheitlichen Betreuungskonzept verpflichtet. Sie wissen, dass gerade in der letzten Lebensphase viele Beschwerden ihre Ursache nicht nur im Körperlichen haben, sondern auch seelische, soziale und spirituelle Gründe eine wichtige Rolle spielen. Deshalb steht in stationären Hospizen stets ein Team von Fachleuten unterschiedlichster Berufsgruppen zur Verfügung. Die ärztliche Betreuung übernimmt in der Regel der Hausarzt oder ein palliativmedizinisch besonders versierter niedergelassener Arzt nach Wahl des Kranken.

Den Kontakt mit dem Hospiz kann der Kranke selbst aufnehmen, genauso kann dies durch Angehörige, den Hausarzt, den Pflegedienst oder die Krankenhausmitarbeiter erfolgen. In der Regel wird dann eine besonders erfahrene Pflegekraft des Hospizes den Kranken zu Hause oder im Krankenhaus besuchen, um zu klären, ob das stationäre Hospiz der richtige Ort für ihn ist.

Bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Kranken- und Pflegekassen den größten Teil der Kosten für den Aufenthalt in einem stationären Hospiz. Für die Kranken bleibt in der Regel nur ein relativ geringer Restbetrag selbst zu be-

zahlen. Bei Mitgliedern von Privaten Krankenversicherungen müssen die jeweils geltenden Finanzierungsbedingungen bei der Versicherung erfragt werden.

3. Trauerbegleitung

Palliative Fürsorge bedeutet, dass auch die Angehörigen in die Begleitung eingeschlossen werden. Palliative Versorgung bedeutet, dass den Angehörigen, wenn sie dies wünschen, auch Begleitung in der Zeit des Abschiednehmens und der Trauer angeboten wird. Das kann sowohl in Form von Einzelberatungen als auch in Form von Gruppenangeboten geschehen. Dies ist eine Aufgabe, die insbesondere ambulante Hospizgruppen als auch stationäre Hospize und Palliativstationen anbieten. Sie wird aber auch von manchen Kirchengemeinden und Bildungseinrichtungen (z. B. Volkshochschulen) angeboten.