

Charta im Gespräch

Interview mit Frank-Ulrich Montgomery (UM)



hospiz
gespräch

Unser Gesprächsteilnehmer:

Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

hz: Welche Bedeutung hat die Charta und Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen für die Bundesärztekammer als eine der drei Trägerorganisationen?

UM: Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Bedeutung unheilbarer Erkrankungen, der sich ändernden gesellschaftlichen Strukturen sowie der Diskussion über den Umgang mit Leben und Tod wird die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu einer großen sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Herausforderung für unsere Gesellschaft und natürlich auch für unser Gesundheitswesen. Mit der Erarbeitung und Verabschiedung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde ein wichtiger gesellschaftlicher Prozess angestoßen. Bisher haben 10.000 Einzelpersonen und annähernd 900 Institutionen die Charta gezeichnet. Ziel ist es, mit einer nationalen Strategie die in der Charta formulierten Leitsätze mit Unterstützung der Politik auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene systematisch umzusetzen, sodass jeder Betroffene eine auf seine Bedürfnisse angepasste hochwertige palliativmedizinische oder hospizliche Behandlung und Begleitung erhält.

hz: Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf im Bereich des Charta-Leitsatz 2 – Versorgungsstrukturen – unter dem Aspekt der Zugangsgerechtigkeit? Welches sind dabei die größten Herausforderungen für die Ärzteschaft?

UM: Die Mehrzahl der Schwerkranken und Sterbenden möchte in dieser Lebensphase in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben, von ihrer Familie betreut, unterstützt von Pflegediensten und von ihrem Hausarzt behandelt werden. Dies kann in der Regel im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden, wenn sie flächendeckend angeboten wird. Hier sind noch erhebliche Anstrengungen zu tätigen. Unsere besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung sollten dabei Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderungen sowie Patienten mit demenziellen Erkrankungen erfahren.

hz: Mit Änderung der ärztlichen Approbationsordnung in 2009 ist die Palliativmedizin für alle Medizinstudierenden zu einem Pflichtfach geworden. Wo sehen Sie weiteren Handlungsbedarf in der Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Ärzteschaft, um zukünftig

allen Menschen eine qualifizierte Versorgung am Lebensende zu ermöglichen?

UM: Damit an allen universitären Einrichtungen Palliativmedizin kompetent gelehrt werden kann, muss der Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an medizinischen Fakultäten vorangetrieben werden. Zukünftig sollte jeder Arzt mit den Grundlagen der Palliativmedizin vertraut sein. Dazu gehören Symptomkontrolle, ethische Aspekte, kommunikative Kompetenzen, reflektierte Haltung (partizipative Entscheidungsfindung), die Arbeit im multiprofessionellen Team und in institutionellen Netzwerken. Diese Kenntnisse sollen im Studium vermittelt und im Rahmen des weiteren Berufslebens kontinuierlich vertieft werden.

hz: Welchen Weiterentwicklungsbedarf gibt es aus Sicht der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit Wissenschaft und Forschung an den deutschen Fakultäten, die im Rahmen des Charta-Prozesses aufgegriffen werden sollten?

UM: Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung kann nur auf dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass neue, evidenzbasierte Erkenntnisse Einzug in die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung finden. Daher sind Wissenschaft und Forschung im Bereich der Palliativmedizin zu fördern.

hz: Unsere Frage am Schluss: Welche gesellschaftspolitischen und ethischen Fragen werden aus Ihrer Sicht für die Ärzteschaft in den kommenden Jahren ganz im Vordergrund stehen?

UM: Es gibt einen großen Konsens in unserer Gesellschaft, Sterbehilfevereinen das Handwerk zu legen. Ebenso unstrittig ist es, die Palliativmedizin, die Schmerztherapie und die Hospizarbeit in Deutschland weiter auszubauen. Der Vorstoß der Politik für eine bessere Finanzierung palliativmedizinischer Angebote ist hier ein wichtiger Schritt. In der momentanen Debatte über eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids haben wir immer wieder klargestellt, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist. Vielmehr formulieren die Berufsordnungen der Landesärztekammern einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Das Berufsethos verpflichtet den Arzt, Hilfe zum Leben zu leisten, nicht Hilfe zum Sterben.

Charta im Gespräch

Interview mit Lukas Radbruch (LK)



Unser Gesprächsteilnehmer:

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

hz: Welche Bedeutung hat die Charta und Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin als eine der drei Trägerorganisationen?

LK: Die DGP als wissenschaftliche Fachgesellschaft und einer der drei Träger und Mitinitiatoren der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ ist derzeit gemeinsam mit zahlreichen weiteren gesundheits- und gesellschaftspolitischen Institutionen damit befasst, Grundlagen für eine Nationale Strategie zu erarbeiten, wie die hospizliche und palliativmedizinische Grundhaltung frühzeitig und flächendeckend in die Regelversorgung integriert, aber auch als soziale Aufgabe in der Gesellschaft verankert werden kann.

hz: Der Charta-Leitsatz 2, dem dieses Heft sich widmet, hat die Versorgungsstrukturen unter dem Leitgedanken der Zugangsgerechtigkeit im Blick. Wo sehen Sie den vordringlichen Handlungsbedarf?

LK: Über alle Lebensalter ist der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung zu gewährleisten. Die ambulante und stationäre Betreuung von Patienten (Kindern bis Hochbetagten) mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern erfordert eine besondere fachliche Qualifikation und kontinuierliche Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Jeder Mensch mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung muss im Bedarfsfall eine palliativmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen können. Neben tumor-erkrankten Patienten sind dies insbesondere Menschen mit internistischen, geriatrischen (incl. der Demenz) und neurologischen Erkrankungen.

In der stationären, vor allem aber in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung sind große regionale Unterschiede in den Versorgungskonzepten und -verträgen festzustellen. Dadurch kommt es in der Versorgung von Palliativpatienten zu erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern wie auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Nicht zuletzt zur Erfassung dieser Unterschiede, zur Qualitätssicherung wie auch für die Rahmenplanung

ist es dringend erforderlich, aussagekräftige und bundesweit gültige Zahlen zu den Grunderkrankungen, zur Versorgung am Lebensende und zum Sterbeort zentral zu sammeln und auszuwerten. Diesbezüglich soll das Nationale Hospiz- und Palliativregister der DGP weiterentwickelt werden.

In jedem Krankenhaus und jedem Pflegeheim sollte es zudem einen „Palliativbeauftragten“ geben, der nicht unbedingt selbst die Palliativversorgung übernehmen soll, sondern dafür verantwortlich ist, dass die vorhandenen Angebote zur stationären und ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung für alle Patienten zugänglich sind und nötigenfalls weiterentwickelt werden.

hz: Welchen Beitrag kann in Bezug auf die Fragen der Qualität der hospizlichen und palliativen Versorgung die noch in Entwicklung befindliche S3-Leitlinie leisten?

LK: Ziel der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer Krebserkrankung ist die Formulierung und formale Konsentierung von klinisch relevanten Schlüsselempfehlungen zu ausgewählten palliativmedizinischen Symptomen und Versorgungsfragen für Patienten mit einer Krebserkrankung auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz.

hz: Als wissenschaftliche Fachgesellschaft gehören die Fragen von Wissenschaft, Forschung und Lehre im Bereich der Palliativmedizin zu Ihren Kernanliegen. Welche Schwerpunkte muss und kann die Charta hier setzen?

LK: Eine spezifische Forschungsförderung ist unabdingbar für die klinische Praxis, um auf einer soliden wissenschaftlichen Basis die Möglichkeiten zur Symptomlinderung konsequent weiterzuentwickeln, die Bedürfnisse und Prioritäten der Patienten und ihrer Angehörigen zu überprüfen und neue Erkenntnisse zur interprofessionellen Diskussion um ethische, soziale und spirituelle Dilemmata am Lebensende beizutragen. Die Lehre der Palliativmedizin gehört seit Kurzem verpflichtend als eigenständiges Querschnittsfach zur universitären Ausbildung von Medizinstudierenden. Weitere Lehrstühle für Palliativmedizin sind erforderlich, um den gestiegenen Anforderungen in der Lehre,

Charta im Gespräch

Interview mit Winfried Hardinghaus (WH)



hospiz
gespräch

Unser Gesprächsteilnehmer:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus, Vorstandsvorsitzender des DHPV

hz: Welche Bedeutung haben die Charta und Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen für den Deutschen Hospiz- und Palliativverband als eine der drei Trägerorganisationen?

WH: Mit der Charta haben wir einen wichtigen Prozess mit angestoßen, dessen Ziel der Ausbau der hospizlichen und palliativen Versorgung ist. Wir wollen, dass jeder Betroffene unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung, der persönlichen Lebenssituation oder vom Versorgungsort eine qualitativ hochwertige palliative und hospizliche Behandlung und Begleitung erhält. Für diesen Prozess braucht es ein großes Netzwerk an Mitstreitern und den Konsens der unterschiedlichsten gesellschaftlichen und politischen Akteure. Hier hat die Charta bisher viel erreicht – man schaue nur die große Zahl der Unterzeichner –, und hier bleibt die Charta auch in Zukunft unerlässlich.

hz: Welchen vordringlichen Handlungsbedarf verbinden Sie mit dem Stichwort der Zugangsgerechtigkeit, mit dem die Handlungsfelder zum Charta-Leitsatz 2 überschrieben sind?

WH: Den hospizlich-palliativen Ansatz allen Menschen zu erschließen heißt ja, ihn in die Regelversorgung zu integrieren. Wir brauchen Hospizkultur und Palliativkompetenzen allerorts: in Pflegeheimen, Krankenhäusern, Wohngemeinschaften, auf der Straße, also überall, wo Menschen sterben. Dazu muss man Versorgungsstrukturen vernetzen, denn nur so erreichen wir die notwendige Versorgung in der Fläche und können Versorgungskontinuität gewährleisten.

hz: Der DHPV steht für den integrativen Ansatz von Hospiz und Palliativ. Wo sehen Sie im Rahmen des Charta-Prozesses den vordringlichen Handlungsbedarf?

WH: Der vordringliche Handlungsbedarf besteht eben gerade in dieser guten Vernetzung. Hospizliche und palliative Begleitung ist eine multiprofessionelle Aufgabe einschließlich des Ehrenamtes. Wenn wir von Zugangsmöglichkeiten sprechen, kommt einer Berufsgruppe eine besondere Funktion zu: dem Hausarzt. Er

ist unerlässlicher Multiplikator und Netzwerkpartner. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, muss er selber gut informiert sein. Noch verfügen aber zu wenige, insbesondere jüngere, Hausärzte über einen 40-stündigen Basiskurs Palliativmedizin, der ihnen Fachkenntnisse zumindest für die Allgemeine Palliativversorgung (AAPV) vermittelt und durchaus auch den Namen und die Telefonnummer der Koordinatorin des nächsten Hospiz- und Palliativberatungs-, des Palliative-Care- oder des SAPV-Dienstes. Ein Anruf kann genügen, damit die erfahrene und ortskundige Mitarbeiterin den Aufbau eines Versorgungsnetzes für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen übernimmt.

hz: Ein wesentliches Ziel der Charta ist es, den Dialog in der Gesellschaft und die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer zu fördern; wo kann und soll die Charta hier ansetzen?

WH: Hier hat sich zum Glück ja bereits einiges getan: Schwere Krankheit, Sterben und Tod sind für viele Menschen heute keine Tabuthemen mehr. Trotzdem sind der Dialog und die gesellschaftliche Auseinandersetzung zu diesen Themen weiterhin notwendig. Da ist dann natürlich die Frage, welche Rolle hier die Medien spielen, was Journalisten und Medienmacher leisten können? Ich habe in den letzten Monaten immer öfter sehr differenzierte Berichterstattung gehört und gelesen, die zeigen, was zum Beispiel ambulante Hospizarbeit leistet, um schwerstkranke und sterbende Menschen gut zu begleiten. Aber auch wir als in der Hospiz- und Palliativarbeit Tätige haben einen Informationsauftrag, um eine differenzierte Debatte zu gestalten. Das macht die Charta im ersten Leitsatz ja klar. Außerdem eignet sich die Charta selber ja hervorragend als Mittel der Öffentlichkeitsarbeit. Wenn der Oberbürgermeister auf Einladung eines Hospizdienstes medienwirksam die Charta unterschreibt, dann ist das ein guter Anlass für die Berichterstattung über die Hospiz- und Palliativarbeit. Diese Möglichkeit haben bisher zahlreiche Dienste und Einrichtungen genutzt.

hz: Unsere Frage am Schluss: Welches sind aus Ihrer Sicht die großen gesellschaftspolitischen und ethi-



*Fortsetzung des Interviews mit
Lukas Radbruch*

der Forschung und der Klinik zu begegnen. Palliativversorgung muss als Pflichtfach in die Ausbildung aller Pflegeberufe und weiterer Berufsgruppen aufgenommen werden.

hz: Unsere Frage am Schluss: Welche gesellschaftspolitischen und ethischen Fragen und Herausforderungen, denen sich die Charta zuwenden muss, werden aus Ihrer Sicht in den kommenden Jahren ganz im Vordergrund stehen?

LK: Im demografischen Wandel der nächsten 20 Jahre ist die Zunahme von alten und hochbetagten Menschen und damit einhergehend auch die Zunahme von Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung oder in Pflegeeinrichtungen wie auch die Zunahme von Demenzerkrankungen eine der wichtigsten Herausforderungen in der Gesellschaft.

Für die Entwicklung der Palliativversorgung ergeben sich hieraus zwei Aufgabenfelder:

- a) Wie können sich die Einrichtungen der Palliativversorgung und Hospizarbeit auf diese Änderungen einstellen (Sind Palliativstationen z. B. geeignet für Patienten mit Demenzerkrankung)?
- b) Wie können die Dienste und Einrichtungen für diese Zielgruppe sinnvolle Angebote machen (z. B. Screeningprogramme zur Symptomerfassung bei Demenzkranken)?

Dafür müssen zunächst die Kooperationen mit den anderen Behandlern aufgebaut werden, mit den Leitungen der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, den Hausärzten und den Spezialisten wie Gerontopsychiatern und Geriatern.

Außerdem benötigen Patienten und Angehörige ein bundesweit leicht zugängliches Angebot zur Information, Aufklärung und telefonischen Beratung, mit dem sie auch auf die lokalen Versorger und regionalen Netzwerke hingewiesen werden können.



*Fortsetzung des Interviews mit
Winfried Hardinghaus*

schen Herausforderungen in der Zukunft, zu denen die Charta Impulse geben sollte?

WH: Mit einer besonderen ethischen Herausforderung sehen wir uns im Moment ja durch die aktuelle Debatte über die gesetzliche Neuregelung der Beihilfe zum Suizid konfrontiert. Diese Debatte, die der DHPV als Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie zahlreicher Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland mit gestaltet, ist eine große Chance, sich für eine Kultur der Wertschätzung eines Lebens unter Bedingungen von Pflege, schwerer Krankheit und Demenz einzusetzen. Denn hier liegen die ethischen Herausforderungen der Zukunft: Wir sind mittendrin in einem demografischen Alterungsprozess. Die Zahl pflegebedürftiger und schwerstkranker Menschen steigt und wird weiter zunehmen. Ebenso die Zahl der Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Und das bringt neben den großen sozialen, politischen und ökonomischen Herausforderungen auch kulturelle Herausforderungen mit sich. Im Moment entscheidet sich, ob – unter dem Deckmantel falsch verstandener Autonomie und Selbstbestimmung – dem Arzt die Aufgabe zugeschanzt wird, bei der Beendigung alten, kranken und demenziellen Lebens zu helfen, oder ob wir in einer solidarischen und fürsorgenden Gesellschaft leben wollen, in der die Devise zählt: Selbstbestimmung durch Fürsorge. Der DHPV bleibt beim Menschen.

Kontakt



**Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e. V.**

Deutscher Hospiz- und Palliativverband
Aachener Str. 5
10713 Berlin
Tel.: 030 – 82 00 758 17 i