

Leserbrief

I had also a dream... Ein Palliativ-Team für jedes Krankenhaus!

Anmerkung zur Stellungnahme der DGP zum neuen Hospiz- und Palliativgesetz
ZPalliativmed 2016; 17: 111

Die Zahl der Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen im Krankenhaus ist (nicht nur in konservativen, auch in operativen Fächern) groß und wird weiter steigen. Wer klärt diese Patienten über Alternativen zu weiteren intensiven, operativen oder anderen kurativ intendierten Maßnahmen auf? Wer wägt mit dem Patienten und seinen Angehörigen die Vor- und Nachteile aggressiven und palliativen Vorgehens ab, wer stellt ihnen die Aspekte von Lebensverlängerung und Lebensqualität gegenüber, wer informiert über die Möglichkeiten der Symptombehandlung? Es geht dabei ja nicht nur um die Krebspatienten, sondern ebenso um die Endstadien von Herzinsuffizienz, Gefäßkrankheiten, COPD, Leberzirrhose, Niereinsuffizienz, genauso wie um Demenz, Parkinson usw. Ich glaube, man kann von einem operativ tätigen Arzt, von einem Intensivmediziner, von vielen Fachspezialisten nicht erwarten, dass sie vollen Herzens für den Verzicht auf eine Operation, auf eine Intervention und für eine Therapiebegrenzung plädieren.

Deshalb benötigt jedes Krankenhaus ein Team, das die Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen über ihre Perspekti-

ven ehrlich informiert und in weitergehenden Entscheidungen berät. Dazu bedarf es erfahrener Palliativkräfte, die diesen Patienten echte Alternativen zu den Vorschlägen der kurativ eingestellten Fachärzte vortragen und argumentativ begründen können.

Darüberhinaus braucht das Krankenhaus Teams, die nach der Entscheidung für eine Therapiebegrenzung den Patienten und seine Angehörigen weiter begleitet und stärkt, das Zeit für Gespräche, für Fragen und Ängste hat, das schon im Krankenhaus die Symptomkontrolle beginnt. Es braucht Teams, die nicht durch Umlagen (d. h. Einschränkungen der Fachbudgets), sondern zusätzlich finanziert werden, die ohne Fallzahlen und DRG-Entgelte im Hinterkopf, ohne ökonomischen Zwang, auch alternative, dem Patienten dienende Lösungen vorschlagen können. Palliative Care ist nach meinem Verständnis nur im Team realisierbar!

Ich glaube, weniger hilfreich ist dagegen ein Palliativbeauftragter, der organisiert und die Organisation berät, an vielen Sitzungen teilnehmen „darf“ und eher zum Feigenblatt für das palliative Engagement

des Krankenhausträgers wird (wie oft die Ethikbeauftragten bez. Ethikkomitees), als Zeit hat, am Bett der Patienten zu stehen.

Aus meiner Erfahrung als Palliativmediziner im Krankenhaus seit über 25 Jahren und aus den Informationen, besser Klagen vieler Assistenz- Ober- und ebenso Chefärzte in den Weiterbildungskursen bin ich der Überzeugung, dass jedes Krankenhaus ein Palliativteam benötigt, das bei schwierigen Entscheidungen und schlechter Prognose berät, den Patienten weiter begleitet und Lebensqualität auch in Spät- und Endstadien von Erkrankungen vermitteln kann. Nach dem neuen HPG-Gesetz wird das möglich: mein Wunsch ist deshalb, dass die DGP sich nicht nur für die Erstellung eines auskömmlichen Zusatzentgeltes einsetzt, sondern sich für eine flächendeckende Umsetzung von PCT-Teams in jedem Krankenhaus stark macht! Jedes Krankenhaus braucht nicht nur Spezialisten für die Fachgebiete, sondern ebenso palliative Expertise, am besten ein Team!!

*Dietrich Wördehoff, Saarbrücken
E-Mail: diwoede@t-online.de*

PS: Ob das Palliativ-Team im konkreten Fall dann ein eigenes Team im Krankenhaus ist, ein Team das für mehrere kleinere Krankenhäuser eines Trägers zuständig ist, oder ein ambulantes SAPV-Team, das auch regelmäßig im Krankenhaus zur Verfügung steht, kann im Einzelfall nach der lokalen Situation entschieden werden.