

Stellungnahme Leserbrief

Palliativteam oder Palliativbeauftragter?

Dietrich Würdehoff mahnt zu Recht an, dass Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen im Krankenhaus Zugang zu einer angemessenen Palliativversorgung brauchen, und dass für die Patienten mit komplexen Symptomen und Problemen ein multiprofessioneller Palliativdienst zur Verfügung stehen sollte.

Auch der Vorstand der DGP bekräftigt seit geraumer Zeit die Forderung nach multiprofessionellen Palliativdiensten in möglichst jedem Krankenhaus. Eine gute und ganzheitliche Palliativversorgung wird sicherlich erst durch ein funktionierendes Team ermöglicht. In der Praxis, und das verdeutlichen viele Anfragen, die die DGP erreichen, stellt sich aber immer wieder die Frage, wie ein solches Team etabliert bzw. installiert werden kann. Häufig sind es einzelne engagierte Mitarbeiter im Krankenhaus, die sich für eine verbesserte Versorgung von Palliativpatienten einsetzen und sich in zähen Gesprächen mit der Geschäftsführung (und teilweise auch mit Abteilungschefs) die Zähne ausbeißen und nicht die Durchsetzungskraft haben, um den Aufbau von Palliativdiensten oder Palliativstationen zeitnah in die Umsetzung zu bringen. Häufig wird von diesen Akteuren verlangt auch den ökonomischen Effekt einer solchen Struktur darzulegen, was nicht ganz trivial ist. Genau aus diesem Grund halten wir die Einführung von Palliativbeauftragten für sinnvoll; auch um den engagierten Mitarbeitern im Krankenhaus eine Anlaufstelle und eine Möglichkeit der Vernetzung zu ermöglichen. Der Palliativbeauftragte kann beim Aufbau der Strukturen (Palliativdienst oder Palliativstation) eine wesentliche Rolle spielen, sofern er mit den nötigen Ressourcen, Kenntnissen und Kompetenzen ausgestattet ist. Es geht also nicht um ein „Entweder oder“, sondern darum, zunächst relativ niedrigschwellig die Ideen und

Haltungen einer guten Palliativversorgung ins Krankenhaus zu transportieren. Darauf aufbauend können dann maßgeschneiderte Konzepte für das jeweilige Haus entwickelt und umgesetzt werden. Auch wenn Palliativdienste nun explizit im neuen HPG Erwähnung finden, hat sich an der grundsätzlichen Möglichkeit einen solchen Dienst zu etablieren und zu finanzieren nichts geändert. Somit stellt sich die Frage, warum erst so wenige Häuser über einen solchen Dienst oder eine Palliativstation verfügen? Hier braucht es aus unserer Sicht einen „Motor“ oder wie wir es nennen einen „Kümmerer“, der Prozesse in Schwung bringt. Dies kann man nicht alleine den Mitarbeitern überlassen, die in ihrem Berufsalltag nicht über die Ressourcen verfügen, solche „Kämpfe“ auszufechten. Denn bei allem Rückenwind, den die Palliativversorgung gerade genießt, ist insbesondere in den zunehmend ökonomisch ausgerichteten Krankenhäusern auch Gegenwind zu verspüren, wenn es um die Umsetzung einer guten, teamorientierten und ressourcenfordernden Versorgung geht. Hier hätten durch die Verankerung eines Palliativbeauftragten auch zusätzliche Gelder ins Krankenhaus fließen können, während Palliativdienste ausschließlich aus bereits vorhandenen Ressourcen des DRG-Systems finanziert werden, womit es lediglich zu einer Umverteilung von finanziellen Ressourcen kommt.

Somit ist zu befürchten, dass der ökonomische Druck im Krankenhaus dazu führen kann, dass ein Palliativdienst zwar eingerichtet wird, aber nicht mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet wird. Der Anästhesist soll das dann nach den Prämedikationen machen, und eine Pflegekraft aus der Ambulanz wird dafür auch noch verpflichtet. Der Papierform ist damit Genüge getan, und es fallen keine zusätzlichen Kosten an. Eine umfassende Palliativver-

sorgung kann damit aber nicht geleistet werden. Eigenes Personal für einen Palliativdienst einstellen wird in kleineren Krankenhäusern kaum möglich sein, und nur wenige Krankenhäuser werden sich dazu durchringen, ein externes SAPV Team zu beauftragen (und zu bezahlen).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der aus unserer Sicht für einen Palliativbeauftragten spricht, ist die Tatsache, dass Palliativdienste (auch im Sinne der S3 Leitlinie) eindeutig der „spezialisierten Palliativversorgung“ zuzuordnen sind. Was ist aber mit der dringend benötigten allgemeinen Palliativversorgung auf allen Abteilungen eines Krankenhauses? Wer kümmert sich um die Patienten, die keinen Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung haben? Wie können wir auch in „palliativfernen“ Abteilungen ein „Saatkorn“ hospizlich- und palliativer Haltung sähen? Hier wäre ein Palliativbeauftragter in der Lage durch Vernetzung und innerbetriebliche Fortbildungen, als Ansprechpartner für Qualitätssicherung und -verbesserung etwas zur Entwicklung der allgemeinen Versorgung beizutragen und könnte darüber hinaus als Ansprechpartner für Patienten und Angehörige fungieren. So kritisch man teilweise auch die Etablierung anderer Beauftragter, wie Hygiene-, Schwerbehinderten- oder Gleichstellungsbeauftragte sehen kann, so lässt sich doch beobachten, dass diese zu einem veränderten Bewusstsein im Krankenhaus beitragen können – dies versprechen wir uns auch von einem Palliativbeauftragten.

Es geht also nicht um die Frage Palliativteam oder Palliativbeauftragter. Wir brauchen die multiprofessionellen Palliativdienste in möglichst jedem Krankenhaus. Nur durch die Einführung eines Palliativbeauftragten kann aber sichergestellt werden, dass jeder Patient die (allgemeine oder spezialisierte) Palliativversorgung erhält, die er benötigt.

*Lukas Radbruch
Heiner Melching*