



„PALLIATIVMEDIZIN IST FÜR ALLE DA, DIE SIE BRAUCHEN“

Der Anteil von Patienten, die Palliativversorgung erhalten, aber nicht an einem Tumor leiden, beträgt teilweise bis zu 40 Prozent. Der Palliativmediziner Dr. med. Christoph Gerhard, Dinslaken, erläutert im Expertengespräch, **dass es nicht von bestimmten Diagnosen oder Krankheitsbildern abhängt**, ob jemand Palliativversorgung benötigt, sondern vom Bedarf: Palliativmedizin ist für alle da, die sie brauchen.



Dr. med. Christoph Gerhard
ist Palliativmediziner, Medizinethiker, Neurologe und spezieller Schmerztherapeut. Er ist wissenschaftlicher Leiter der niederrheinischen Akademie/SAPV-Team Niederrhein
E-Mail:
gerhard-palliativ@gmx.de

? Welche Krankheitsbilder sind neben Tumorleiden am häufigsten Anlass für palliativmedizinische Versorgung?

Gerhard: Eine der Voraussetzungen für palliativmedizinische Leistungen ist – so die rechtliche Definition – eine unheilbare, fortschreitende und die Lebenszeit begrenzende Erkrankung. Das ist oft ein Tumor, kann aber auch eine fortgeschrittene internistische oder neurologische Erkrankung sein wie Herzinsuffizienz, COPD, Schlaganfall oder ALS.

? Wie findet man heraus, ob ein Patient unabhängig von der Art seiner Erkrankung palliative Unterstützung benötigt?

Hier gibt es oft Barrieren, weil viele Nicht-Tumorpatienten still leiden. Manche können ihre Beschwerden nicht mitteilen, weil sie nicht sprechen können oder aufgrund kognitiver Einschränkungen das Wort „Schmerz“ nicht parat haben. Bei diesen Menschen ist die Gefahr der Unterversorgung sehr groß. Es ist in der hausärztlichen Praxis daher wichtig, dass wir das Leiden der Patienten erkennen, indem wir aktiv nach Symptomen suchen.

? Worin unterscheiden sich allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass SAPV-Teams eine 24/7-Rundumversorgung an 365 Tagen anbieten, die niedergelas-





*AAPV ist in
Deutschland leider
immer noch nicht
ausreichend verfügbar.*

sene Hausärzte im Rahmen der AAPV kaum leisten können.

? Wie grenzt der Gesetzgeber AAPV und SAPV ab?

In der SAPV-Richtlinie des G-BA ist der Bedarf an besonders aufwändiger Versorgung das entscheidende Kriterium. Dieser Bedarf liegt bei einem komplexen Symptomgeschehen vor, das spezifische palliativmedizinische/palliativpflegerische Kenntnisse erfordert und ein interdisziplinäres Konzept voraussetzt, das vor allem zwischen Ärzten und Pflegekräften abgestimmt ist.

? Können Sie das an einem Beispiel erläutern?

AAPV und SAPV sind ein Stufenmodell. Treten zum Beispiel im Verlauf einer Tumorerkrankung starke Schmerzen auf,

die mit Metamizol („Novalgin“) beherrschbar sind, kann die AAPV das abdecken. Werden die Schmerzen aber stärker und kommen Schmerzkrisen oder Durchbruchschmerzen hinzu, die eine komplizierte Opioidtherapie erfordern, liegt ein komplexes Symptomgeschehen vor, für das die SAPV zuständig ist.

? Ist AAPV in Deutschland in- zwischen ausreichend verfügbar?

Leider nicht. Daher muss die SAPV in vielen Situationen einspringen, die eigentlich mit AAPV zu beherrschen wären. Grund für das AAPV-Defizit ist nicht et-

wa nur ein Mangel an entsprechend qualifizierten Kolleginnen und Kollegen, sondern auch die in manchen Regionen Deutschlands schlechte Vergütung von AAPV-Leistungen.

? Es gibt aber doch viele Niedergelassene, die sich sehr stark in allgemeiner oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung engagieren. Diese wehren sich zum Teil gegen Bestrebungen, die Mitarbeit in einem SAPV-Team nur zu erlauben, wenn man 75 Prozent seiner Arbeitskraft in der SAPV leistet.

Das ist in der Tat ein kontroverses Thema. Die Qualität von SAPV hängt ganz besonders davon ab, dass ein eingespieltes Team rund um die Uhr sofort einsatzbereit ist. Mit solchen SAPV-Konzepten können wir