

# Leitfaden für die Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung

## Zweck dieses Dokuments

Dieses Dokument wurde von der EAPC (Europäische Gesellschaft für Palliative Care) in Zusammenarbeit mit WONCA (World Organisation of Family Doctors) entwickelt und soll Einzelpersonen und Organisationen in Europa und darüber hinaus als Unterstützung und Leitfaden dienen, um die Palliativversorgung innerhalb der Primärversorgung weiter auszubauen.

Die in der Prager Charta der EAPC dargestellten Grundsätze, und vor allem der des Zugangs zur Palliativversorgung als Menschenrecht, stützen diese Arbeit. Im Jahr 2014 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Empfehlung ausgesprochen, dass die Palliativversorgung in die medizinische Grundversorgung integriert werden sollte, und dieser Leitfaden dient als praktische Anleitung für die notwendigen Schritte.

## Warum ist der Ausbau der Palliativversorgung in der Primärversorgung wichtig?

Wenn die Palliativversorgung und Versorgung in der letzten Lebensphase auf lokaler Ebene durch Angebote der Primärversorgung erfolgt, kann eine größere Anzahl von Menschen hiervon profitieren. Um dies zu erreichen, benötigen die lokal tätigen Hausärzte und Pflegekräfte Weiterbildungsmaßnahmen und die Unterstützung durch spezialisierte Palliativteams. Sie benötigen außerdem ausreichend Zeit, finanzielle und praktische Ressourcen sowie die Befähigung, falls nicht vorhanden, die notwendigen Medikamente (z.B. Opiate) zu verschreiben.

Die Akteure der Primärversorgung sind einer besonders guten Position, eine effektive Palliativversorgung zu erbringen. Primärversorgung kann:

- Patienten mit allen lebensbedrohlichen Krankheiten erreichen.
- früh im Verlauf einer lebensbedrohlichen Krankheit mit der Versorgung beginnen.
- das gesamte Umfeld abdecken: körperlich, sozial, psychologisch und spirituell.
- die Versorgung in Praxen, Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld durchführen und so unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden.
- Angehörige unterstützen und Trauerbegleitung bieten.

## Eine Momentaufnahme der gegenwärtigen Situation

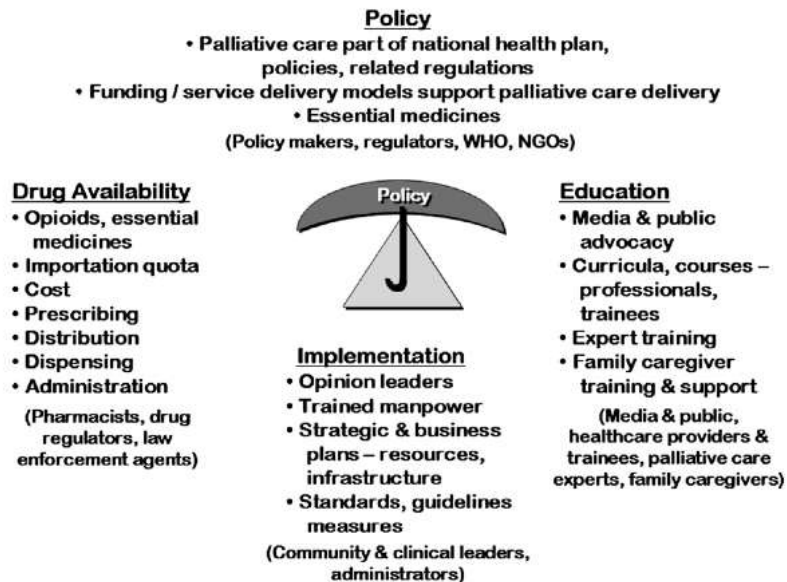
Es wurden Länderprofile für 20 europäische Nationen erstellt, und wir haben die hemmenden und fördernden Faktoren für die Entwicklung einer primären Palliativversorgung aufgezeigt. Diese Berichte zeigen zusammen mit Daten von Anbietern der spezialisierten Palliativversorgung, dass es trotz Beispielen von hervorragenden Leistungen noch immer zahlreiche Hürden gibt, die es zu überwinden gilt.

Für alle untersuchten Länder insgesamt betrachtet sind die wesentlichen hemmenden und fördernden Faktoren:

Hemmende Faktoren	Fördernde Faktoren
Mangel an Fachwissen und Kompetenzen bei Hausärzten und Pflegefachkräften	Qualifizierungsmöglichkeiten, bereits verfügbar in einigen Ländern
Finanzierungssysteme, die die Palliativversorgung nicht sachgerecht erstatten	Beispiele von etablierter Primärversorgung
Aspekte, die die Verschreibung von Opiaten erschweren	Der Ausbau von klinisch-praktischen Netzwerken in vielen Ländern
Fehlende professionelle oder fachliche Unterstützung	Développement des réseaux de soins
Unzureichende Identifikation von Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen	Alle Patienten haben einen Zugang zur Primärversorgung
Begrenzt Verständnis in der Gesellschaft und Stigmatisierung der Palliativversorgung	Steigende Unterstützung durch die Politik

## Innovationen und Best Practice Ansätze

Das Schaubild zeigt die WHO Public Health Strategie für die Entwicklung der Palliativversorgung bezogen auf vier Bereiche<sup>1</sup>: 1) Geeignete politische Strategien, 2) Aus-, Weiter- und Fortbildung, 3) Verfügbarkeit von Arzneimitteln, 4) Implementierung in allen Ebenen der Gesellschaft.



## Politische Initiativen in Europa

Um die Entwicklung der Palliativversorgung in der Primärversorgung zu erleichtern, ist eine umfassende Unterstützung durch die nationale Politik notwendig. Mehrere Länder haben erfolgreich Strategien für die Versorgung am Lebensende (End of Life Care) auf nationaler Ebene entwickelt, die unter anderem Schwerpunkte bei der Primärversorgung setzen:

- [Rechtsanspruch auf spezialisierte Palliativversorgung und „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ \(Deutschland\)](#)
- [Nationaler lenkender Ausschuss für primäre Palliativversorgung \(Irland\)](#)
- [Landesplan für Palliativversorgung \(Portugal\)](#)
- [Strategie für die Entwicklung der Palliativversorgung \(Serbien\)](#)
- [Nationale Strategie für Palliativversorgung mit Schwerpunkt auf lokaler Ebene \(Schweiz\)](#)
- [Nationales Programm für die Versorgung am Lebensende \(England\)](#)
- [„Gut Leben und Sterben“ \(Schottland\)](#)
- [Aktionsplan des Gesundheitsministeriums \(Albanien\)](#)

Diese nationalen Strategien können eine sinnvolle Basis für eine flächendeckende Palliativversorgung darstellen, die alle Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems umfasst.

**ÜBERLEGUNGSANSATZ:** Gibt es in Ihrem Land zurzeit eine nationale Strategie für die Palliativversorgung? Ist ein Hauptmerkmal dieser Strategie die Primärversorgung? Sollte es zurzeit noch keine Strategie geben, wäre zu prüfen, inwieweit die oben genannten Beispiele aus anderen Ländern genutzt werden können.

## Bildungsinitiativen

Die Strategie der Weltgesundheitsorganisation für die Palliativversorgung empfiehlt Bildungsinitiativen, die sich sowohl an die Öffentlichkeit, wie auch an die im Gesundheitswesen tätigen Personen richten. Beispiele hierfür, wie die „[Dying Matters Coalition](#)“ in England und „[Good life, Good death, Good grief](#)“ in Schottland sind mit dem Ziel gegründet worden, die Gesellschaft dazu zu bringen, ein offeneres Verhältnis zum Tod, dem Sterben und der Trauer zu entwickeln.

<sup>1</sup> Sternsward J et al. The Public Health Strategy for Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2007; 33:486-493

In vielen Ländern sind außerdem Curricula für die Qualifizierung der Hausärzte entwickelt worden, wie zum Beispiel in Italien und Spanien, und es gibt Möglichkeiten für die Hausärzte, postgraduale Zertifikate und Diplome im Bereich der Palliativversorgung u.a. per Fernstudium zu erlangen ([RCGP Curriculum Statement on End of Life Care](#); [Cardiff University Palliative Care Education](#)).

**ÜBERLEGUNGSANSATZ:** Gibt es laufende Bemühungen um Hindernisse abzubauen, die der Diskussion über den Tod, das Sterben und der Trauer im Weg stehen? Welche Möglichkeiten der Weiter- und Fortbildung haben die Hausärzte und anderen gemeindenahen Versorgungsstrukturen zurzeit in Ihrem Land?

## Rahmenbedingungen für die Implementierung

Ein gutes Beispiel dafür, wie der palliative Versorgungsansatz auf lokaler Ebene integriert werden kann, ist „[The Gold Standards Framework](#)“ (GSF) - ein systematischer, evidenzbasierter Ansatz zur Optimierung der Versorgung von Patienten während ihrer letzten Lebensmonate durch die Hausärzte. Der „Gold Standards Framework“ zielt darauf ab, Patienten ein gutes Leben bis zum Lebensende zu ermöglichen, und schließt die Versorgung von Menschen unabhängig von ihrer Grunderkrankung in den letzten Lebensjahren ein.

Das „[NECPAL CCOM-ICO Programm](#)“ (NECPAL) in Spanien liefert ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche Maßnahme, die Ausbildung, strategische Planung und Leitlinien für die Praxis einbezieht.

GSF und NECPAL beinhalten Orientierungshilfen, die die Gesundheitsprofessionen dabei unterstützen diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einem palliativen Versorgungsansatz profitieren können. Die Unsicherheit darüber, welche Patienten Palliativversorgung benötigen, stellt ein wesentliches Hindernis für den Zugang zur Palliativversorgung in der Primärversorgung dar. Deshalb ist die Entwicklung von Instrumenten zur Identifikation von Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen, ein Forschungsschwerpunkt an vielen Orten. Wichtig ist es vor Ort herauszufinden, welche Instrumente und Aktivitäten es gibt, und wie diese umgesetzt werden können. Eine aktuelle [systematische Übersichtsarbeit](#) hat folgende bereits implementierte Ansätze identifiziert:

- [GSF Prognostic Indicator Guidance](#)
- [Supportive and Palliative Care Indicators Tool \(SPICT\)](#)
- [Radboud Indicators for Palliative Care Need \(RADPAC\)](#)
- [The NECPAL Tool](#)
- [Quick Guide](#)
- [Rainone et al.](#)

**ÜBERLEGUNGSANSATZ:** Folgt der Zugang zu den Diensten der Palliativversorgung einer systematischen und koordinierten Vorgehensweise? Wie werden zurzeit die ambulanten Patienten identifiziert, die eine palliative Versorgung benötigen?

## Verfügbarkeit von Medikamenten: Aktionspunkte

Eine detaillierte Bewertung der Verfügbarkeit von Opiaten wurde innerhalb der „European Pain Policy Initiative“ (Europäische Initiative für Strategien der Schmerztherapie) durchgeführt, ein gemeinsames Arbeitsprogramm der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO) und der Europäischen Gesellschaft für Palliativversorgung (EAPC). Die wesentlichen Empfehlungen sind:

**1. Beschränkungen bezüglich der Arzneimittellisten:** Die ESMO und EAPC unterstützen die Standards der WHO Liste von essentiellen Medikamenten als einen minimalen Standard für die Opiate. Diese Mindestanforderungen sollten orales Codein, nicht retardiertes Morphin, retardiertes Morphin und injizierbares Morphin beinhalten. Wir stehen in Übereinstimmung mit der weiterreichenden Arzneimittelliste der IAHP (Internationale Gesellschaft für Hospiz- und Palliativversorgung) als bevorzugten minimalen Standard, aber dieses dürfte zum jetzigen Zeitpunkt ein Wunschdenken sein. Wir wollen die Empfehlung der IAHP nicht unerwähnt lassen, wonach die Regierungen retardiertes Morphin, Fentanyl oder Oxycodon nicht zulassen sollten, ohne vorher die flächendeckende Verfügbarkeit von nicht-retardiertem oralem Morphin gewährleisten zu können.



**2. Beschränkungen bezüglich der Regulierung:** Die ESMO und die EAPC fordern gemeinsam mit der WHO und dem INCB (Internationaler Suchtstoffkontrollrat) die staatlichen Arzneimittelkontrollbehörden dazu auf, ihre Richtlinien einer Überprüfung zu unterziehen, und unverhältnismäßige Kontrollen und Beschränkungen aufzuheben, die eine angemessene medizinische Versorgung bei krebserkrankten Schmerzen behindern. Zu diesen Beschränkungen gehören zum Beispiel Patienten, die spezielle Genehmigungen benötigen; Einschränkungen bei den medizinischen Versorgungseinrichtungen, in denen Opioide verschrieben werden können; auf fachärztliche Praxen beschränkte Verschreibungsrechte; willkürliche Dosisbeschränkungen; unverhältnismäßige Beschränkungen bezüglich des Zeitraums, für den der Bedarf verschrieben werden kann.

**3. Notfallverschreibungen:** Es sollte gesetzlich festgelegte Regelungen für die Notfallverschreibung von Opioiden für Patienten geben, die unter starken Schmerzen leiden und die sich kein Rezept in Papierform beschaffen können. Die ESMO und die EAPC unterstützen den Ansatz der US „Drug Enforcement Administration“ (Drogenvollzugsbehörde), die eine Notfallverschreibung per Telefon oder Fax an den Apotheker erlaubt. Der Apotheker muss die Authentizität und die Gültigkeit der Verordnung überprüfen, bevor er das Betäubungsmittel abgibt, und er muss die Verordnung auf Papier übertragen und verwahren (Titel 21, Code of Federal Regulations, Abschnitt 1306.21).

**4. Spezielle Verordnungsformulare:** Die Vorgabe von speziellen Verschreibungsformularen wird an sich nicht als eine übermäßige Belastung erachtet. Die Formulare müssen für die verordnenden Personen jederzeit verfügbar und der Beschaffungsprozess darf nicht übermäßig umständlich sein und sich womöglich demotivierend auswirken.

**5. Medikamentenabgabe:** Die Apotheker müssen dazu autorisiert sein, technische Fehler nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu korrigieren.

<http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/OpioidaccessibilityEurope.aspx>

**ÜBERLEGUNGSANSATZ:** Wie gestalten sich die Verordnungsrichtlinien und die Verfügbarkeit von Opiaten und anderen Medikamenten in Ihrem Land in Bezug auf die oben beschriebenen Empfehlungen?

### Nächste Schritte

Der Zweck dieses Dokuments und seiner Überarbeitungen dient der Unterstützung und dem Ausbau der Primärversorgung. Im Folgenden werden mögliche Schritte dargestellt, abhängig vom jetzigen Stand der Entwicklung in dem jeweiligen Land oder der jeweiligen Region:

1. Bestimmen Sie wichtige Schlüsselpersonen oder Organisationen in Ihrem Land, die Interesse am Ausbau der Palliativversorgung in der Primärversorgung haben, z.B. hausärztliche Fachverbände, palliativmedizinische Spezialisten.
2. Erörtern Sie die lokalen Herausforderungen und mögliche Lösungen.
3. Nutzen Sie die Datenbank der „EAPC Taskforce in Palliative Care in the Community“, um Experten zu kontaktieren, die vielleicht dazu in der Lage sind, eine gezielte Beratung in Bezug auf bestimmte Aspekte zu bieten.
4. Bemühen Sie sich darum, Verbesserungen in den 4 Bereichen des oben skizzierten WHO Public Health-Modells zu etablieren, um ein ausgewogenes Versorgungssystem zu schaffen. Werten Sie die in diesem Toolkit genannten Ressourcen und Quellen aus, um potentielle Handlungsansätze herauszuarbeiten, von denen Sie profitieren könnten.
5. Sammeln Sie Daten, die den Bedarf und die potentiellen Effekte von Palliativversorgung in der Primärversorgung untermauern.