

I had a dream....

Was kann und soll der Palliativbeauftragte leisten? Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum neuen Hospiz- und Palliativgesetz.



Als Leiter der Klinik für Palliativmedizin erhalte ich (LR) regelmäßig Aufforderungen aus der Verwaltung, dass der ein oder andere Beauftragte (für Sicherheit, Transfusionen, Hygiene, Brandschutz, ...) zu benennen sei. Bei dem verhältnismäßig geringen Personalumfang einer Palliativabteilung heißt dies aber, dass eine ganze Reihe dieser Funktionen auf ein und denselben Mitarbeiter fällt. Kann der diese ganzen Aufgaben und Funktionen dann überhaupt noch richtig wahrnehmen? Oder ist das mehr eine Absicherung der oberen Leitungsebene, dass ja eben nun für alles ein spezieller Beauftragter beauftragt wurde? Rösch et al. (siehe Perspektiven, S. 120) stellen genau diese Frage zu der neuen Funktion des Hospiz- und Palliativbeauftragten, der zwar nicht ausdrücklich im neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) gefordert wird, aber doch vor, während und nach der Gesetzes Einführung immer häufiger gefordert wurde.

Gemeinsam mit dem Vorstand der DGP hatten wir uns sehr für einen solchen Hospiz- und Palliativbeauftragten eingesetzt. Trotz des zunehmenden Auf- und Ausbaus der Palliativversorgung in Deutschland gibt es immer noch viele Krankenhäuser und Pflegeheime, in denen die Patienten und Bewohner keinen Zugang zu einer angemessenen Hospiz- und Palliativversorgung finden. Der Grund ist, dass keine entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen vorgehalten und keine externen Dienstleister eingebunden werden. Die Benennung eines Beauftragten erscheint hier als ein logischer erster Schritt, um die Versorgung vor Ort aufzubauen und zu sichern.

Natürlich kommt es dann ganz darauf an, welche Aufgaben und Befugnisse ein solcher Beauftragter erhält, und Rösch et al. ist sehr dafür zu danken, dass sie diesen Aufgabenkatalog anhand des HPG sorgfältig definieren. Für diese Aufgaben müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Gerade dies wäre aber ein wesentlicher Vorteil des Beauftragten,

den dieser würde im Krankenhaus (analog zum Hygienebeauftragten) über eine Umlage finanziert als fester Stellenanteil, und im Pflegeheim (analog zum neuen § 132 g) als SGBV Leistung durch die GKV.

Im klinischen Alltag erleben wir den Sinn eines Hygienebeauftragten, wenn z. B. auf der Palliativstation diskutiert wird, wie weit die Isolationsmaßnahmen bei einem Palliativpatienten eingehalten werden müssen, weil dadurch an seinen letzten Lebenstagen soviel an menschlicher Nähe verloren gehen kann. In der Diskussion mit dem Hygienebeauftragten lässt sich in der Regel eine für alle Seiten angemessene Lösung finden.

So stellen wir uns auch die Rolle eines Hospiz- und Palliativbeauftragten vor, nicht als billige Alternative zu einem multiprofessionellen Palliativdienst, sondern als „Kümmerer“, der dafür sorgt, dass die Palliativpatienten angemessen versorgt werden und eine Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen weiterentwickelt werden kann. Der Hospiz- und Palliativbeauftragte sollte die Informationen über die bestehenden Angebote zur Verfügung stellen, die Versorgung in seiner Einrichtung entweder mit den Mitteln der Einrichtung oder externen Kooperationspartnern sicherstellen und sollte die Qualitätssicherung gewährleisten. Dabei würden wir nicht so streng zwischen dem Projektleiter bei der Implementierung und dem Beauftragten, der erst nach der Implementierung die nachhaltige Sicherung der Versorgung übernimmt, unterscheiden wie dies Rösch et al. in ihrem Beitrag tun. In kaum einer Einrichtung wird eine komplette und umfassende Palliativversorgung mit einem Schritt eingeführt, fast immer geht es um eine schrittweise Implementierung, zunächst als Palliativdienst, der konsiliarisch auf anderen Stationen mitbehandelt, dass mit der Palliativstation, dann vielleicht mit einem Angebot zur häuslichen Versorgung oder einer Ambulanz. Auch bei einem guten und breiten Versorgungsangebot sollte der

Hospiz- und Palliativbeauftragte immer wieder nachfragen, ob die Bedürfnisse der Patienten (bzw. der Angehörigen) erfüllt werden können, ob bestimmte Patientengruppen nicht ausreichend versorgt werden, oder ob vielleicht bestehende Angebote nicht mehr benötigt werden. Falls erforderlich sollten dann auch immer wieder neue bedarfsgerechte Angebote entwickelt und implementiert werden.

Von Seiten der DGP haben wir dabei ausdrücklich nicht festgelegt, ob diese Rolle des Beauftragten nun besser von Arzt, Pflege, Sozialarbeit oder anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden soll. Dies ist an die Bedürfnisse vor Ort anzupassen. Wichtig ist nur, dass die notwendigen Qualifikationen für diese Rolle vorgehalten werden, wer immer auch als Beauftragter ernannt wird.

Auf jeden Fall würde mit der Einführung eines Hospiz- und Palliativbeauftragten an allen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eines sichergestellt: dass es an jeder Einrichtung einen festen Ansprechpartner gibt, der über die Hospiz- und Palliativversorgung in der Einrichtung und in der Region Bescheid weiß, der die Einhaltung der Vorgaben und Regulationen (z. B. aus dem HPG) überwacht und über den Stand der Umsetzung berichten kann. Dies alleine wäre schon ein großer Vorteil!

Wir träumen also davon, dass wir mit dem Hospiz- und Palliativbeauftragten zu einer flächendeckenden Palliativversorgung mit nachgewiesener hoher Qualität in ganz Deutschland kommen.

*Lukas Radbruch, Bonn
Heiner Melching, Berlin*

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Lukas Radbruch, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für Palliativversorgung, Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg
E-Mail: Lukas.radbruch@malteser.org