

Bisher konzentrierte sich palliativmedizinische Versorgung sowohl in spezialisierten Einrichtungen (Palliativstationen, stationäre Hospize und ambulante Palliativdienste) als auch in der Regelversorgung in erster Linie auf die Betreuung von Menschen mit einer Krebserkrankung. **Eine bessere palliative Versorgung auch von nicht-onkologisch erkrankten Patienten** ist in Zukunft anzustreben und umzusetzen. Dies gilt insbesondere für die große und wachsende Gruppe der Erkrankten mit Demenz¹. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) appelliert deshalb an die Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen sowie an die palliativen Behandlungsteams, sich dieser wichtigen Zielgruppe in besonderem Maße anzunehmen.

Die palliative Grundhaltung und Versorgung ist gekennzeichnet von der unumstößlichen Orientierung an den Bedürfnissen und der Verbesserung der Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Angehörigen. Sie schließt aktive Sterbehilfe aus. Besonders erfolgreich arbeiten multiprofessionelle Teams von Ärzten, Pflegenden, Koordinatoren, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen, weiteren Therapeuten und Ehrenamtlichen.

- **Die palliativmedizinisch-pflegerischen Bedürfnisse von Erkrankten mit Demenz** im fortgeschrittenen Stadium sind aufgrund ihrer Erkrankung oft schwer zu erkennen. Daher braucht es eine situations- und krankheitsangemessene Kommunikation und eine spezifische Symptomerfassung anhand von Verhaltensmerkmalen. Dies erfordert gerontopsychiatrische, palliative und vernetzende Kompetenzen für eine bedürfnisgerechte Behandlung.
- **Die gemeinsame ethische Entscheidungsfindung** gehört zentral zur palliativen Versorgung. Sie klärt das individuelle Therapieziel z.B. im Hinblick auf Krankenhauseinweisung, Ernährung und Flüssigkeitsgabe. Dies erfordert transparente und vorausschauende Vorgehensweisen z.B. durch ethische Fallgespräche und Erstellung von Krisenplänen. Dazu braucht es geschulte Moderatoren und palliative Fachkompetenz. Im Mittelpunkt steht stets der aktuell geäußerte bzw. im Falle der Demenz der vorab geäußerte und jetzt mutmaßliche Behandlungswunsch des Erkrankten. Bei der ethischen Entscheidungsfindung sind alle Mitbeteiligten einzubeziehen: Der Erkrankte, gegebenenfalls der Betreuer/Bevollmächtigte, der Arzt und nach Möglichkeit Pflegende und Angehörige als zentrale Informationsträger des Patientenwillens.
- **Die palliative Kompetenz für dementiell Erkrankte** muss flächendeckend und einrichtungsdurchdringend **in allen relevanten Versorgungskontexten** implementiert werden.² **Die allgemeine Palliativversorgung** ist nach Möglichkeit durch palliativ geschulte Haus- und Fachärzte, Pflegekräfte der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege zu leisten, die die Erkrankten und ihre Bedürfnisse in der Regel schon lange kennen. **Die spezialisierte Palliativversorgung**³ wird bei etwa 10 % der dementiell Erkrankten konsiliarisch oder gar übernehmend einzusetzen sein, wenn die allgemeine Palliativversorgung aufgrund der Komplexität der Symptome und der Gesamtsituation nicht ausreicht.

Die Bereitstellung, Vernetzung und Qualitätssicherung der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung von dementiell Erkrankten müssen finanziert und gesichert werden. Eine entsprechende Ausbildung und Weiterbildung der Fachkräfte ist zu gewährleisten. Forschungsvorhaben sind zu fördern. (12.10.2007)

¹ siehe auch Ergebnispapier der DGP-Arbeitsgruppe „Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten“ zum Thema Demenz unter www.dgpalliativmedizin.de > DGP Arbeitsgruppen und ZfP 2/07, S.69-72

² siehe z.B. dazu auch das Positionspapier der BAG Hospiz: „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim. Empfehlungen und Indikatoren zur Palliativkompetenz.“ www.hospiz.net

³ siehe Gesundheitsreformgesetz § 37b SGB V und auch die diesbezüglichen „Empfehlungen der DGP“ unter www.dgpalliativmedizin.de > DGP Stellungnahmen