

Hintergrund

Trotz zahlreicher nationaler Strategien zur Betreuung am Lebensende versterben zahlreiche Patientinnen und Patienten noch immer unterversorgt und nicht am Ort ihrer Wahl. Diese Studie untersucht Systemcharakteristiken (wie Gesetzgebung, Verordnungen und Finanzierung) in vier Zielländern (Deutschland, England, Kanada und Vereinigte Staaten von Amerika) und deren Auswirkungen auf Leistungserbringung, Qualität und Kosten.

Ziele

- Identifikation der Kernelemente der Versorgung innerhalb verschiedener Versorgungsansätze am Lebensende,
- Herausarbeitung verschiedener Barrieren und Förderer der Versorgung auf der Ebene des Gesundheitssystems,
- Untersuchung länderspezifischer Versorgungsmodelle, deren Ressourcenausschöpfung und Dienstleistungsqualität/Kosten, sowie
- Darstellung von geeigneten Systemmodifikationen im Sinne von Best Practices/Lessons Learned.

Methodik

Fallstudien und Dokumentenstudium. Experteninterviews in den Bereichen Gesundheitssystemforschung und Palliative Care, Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung, Krankenversicherung/Pflegeversicherung und Dachorganisationen der Leistungserbringer (Palliativmedizin, Alten- und Krebshilfe) sowie Pflege-/Hospizdienste und Palliativstationen. Augenmerk der Betrachtungsweise auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf Patientenversorgung und Gesundheitssystem. Zusammenführung von klinischem Expertenwissen mit Methoden der Gesundheitssystemforschung und der Gesundheitsökonomie mit Bezug auf Veränderungen in der Dienstleistungserbringung/Gesundheitspolitik. Darstellung der Ergebnisse über Länderberichte.

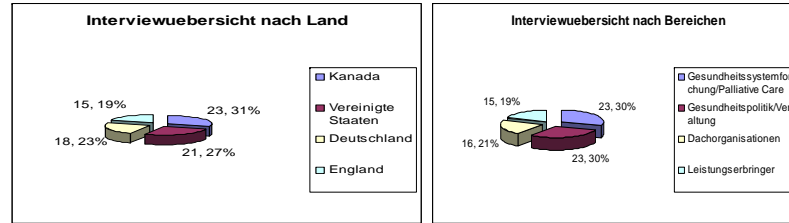
Datensammlung



Während eines Jahres (Dezember 2008 bis Dezember 2009) wurden 77 teilstrukturierte

Experteninterviews (N = 77) geführt und vollständig transkribiert. Zusätzlich wurden fünf wegweisende Einrichtungen in den vier Zielländern besucht. 59 Gespräche (77%) wurden in Englisch geführt, 18 in Deutsch (23%). 25 Interviews (32%) wurden in Person durchgeführt, 52 (68%) mittels Telefon – die durchschnittliche Gesprächsdauer lag bei 41 Minuten. Die Abbildungen 1 und 2 dienen der Verdeutlichung nach Zielland und Bereichen.

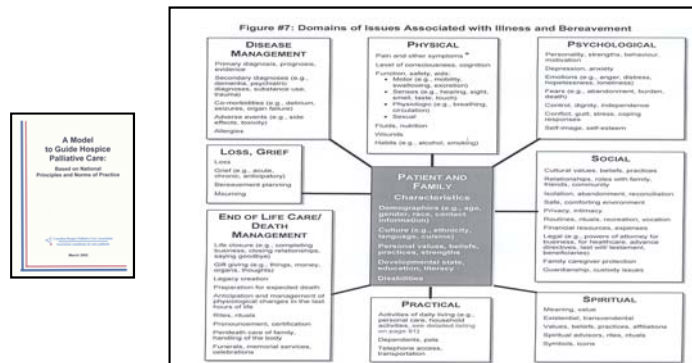
Übersicht Interviews (Abbildungen 1 und 2)



Die Studie wurde von der Ethikkommission der University of Toronto (Office of Research Ethics (ORE)) unter der Protokollnummer 23390 genehmigt.

Versorgungsdomänen

Folgende 8 Versorgungsdomänen nach dem Modell der Canadian Hospice Palliative Care Association (2002) wurden berücksichtigt (Abbildung 3):



Länderübersicht

Der Canada Health Act und ein Übereinkommen der Gesundheitsminister regeln die Gesundheitsversorgung auf Länderbasis (Provinces and Territories). Eine nationale Versorgungsstrategie besteht nicht – ebenso wenig wie geregelte Finanzierungsstrukturen der Palliativversorgung. Palliativmedizin ist kein Spezialgebiet – obwohl sich eine Canadian Society of Palliative Care Physicians nun darum bemüht.

Der NHS Act und eine National End-of-Life Care Strategy regeln die Palliativversorgung in England. Palliativmedizin ist ein Spezialgebiet und die National End-of-Life Care Strategy ist mit zweckgebundenen Fördermitteln (£ 88 Mio in 2009/2010, £ 198 Mio in 2010/2011) ausgestattet.

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt in Deutschland den Bereich Palliativmedizin ab – mit speziellen Regelungen für die ambulante Palliativpflege (SAPV). Eine Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ist vorhanden, jedoch kein Spezialgebiet.

Die Medicare Hospice Benefits ermöglichen den Zugang zur Palliativversorgung ab 6 Monate vor dem Lebensende. Eine Vielzahl von Dienstleistungserbringern sind vorhanden und Palliativmedizin ist ein Sub-Spezialgebiet.

Erste Ergebnisse

Länderspezifische Gesundheitssysteme, Systemcharakteristiken, Regularien und Finanzierungsstrukturen beeinflussen die Dienstleistungserbringung. Während Kernelemente der Dienstleistungserbringung und der Trauerbegleitung in den verschiedenen Modellen berücksichtigt werden, variiert deren Umfang stark zwischen den Zielländern und Krankheitsverläufen, wie beispielsweise Krebs.

Barrieren

Der Mangel an gesicherten Finanzierungsstrukturen und Humanressourcen im Gesundheitswesen werden als entscheidende Barrieren der Dienstleistungserbringung gesehen – wie auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für professionelle und informelle Pflegekräfte. Regulatorische Schwierigkeiten bestehen im Bereich der Betäubungsmittelverordnung, der Zusammensetzung des interdisziplinären Teams und im Bereich der Akkreditierung/Zertifizierung. Zudem ist die Versorgung ländlicher Gebiete schwierig.

Förderer

Medienberichterstattung wird generell als förderlich für die Hospiz- und Palliativbewegung gesehen. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht helfen, Gespräche zu Lebensende und Tod zu führen.

Überraschungen

Die Diskussionen um Euthanasie und Sterbehilfe in Zusammenhang mit Äußerungen der US-Vizepräsidentenskandidatin Sarah Palin zu "death panels" und "pulling the plug on grandma" im Rahmen der Debatte um die Gesundheitsreform haben das Thema Palliativversorgung in die Enge getrieben. Zudem jährt sich im März 2011 der Fall Terri Schiavo (FL Sup Ct 05-497) zum sechsten Mal.

In Kanada wird derzeit der möglicherweise zu umfassende Einsatz von Schmerzmedikamenten, wie Oxycotin und deren eventuelle Suchtgefahr, diskutiert (Figur 4):



Folgerungen



Weitere internationale Zusammenarbeit bezüglich Barrieren und Förderern der Versorgung ist nötig, um die Dienstleistungserbringung zu verbessern und von gegenseitigen Erfahrungen zu profitieren.

Aber: Systemunterschiede sind zu respektieren.