

sodass es um Zielgruppen, Versorgungsaspekte, Einrichtungen oder um spezifische Erkrankungen am Ende des Lebens geht. Einige sollen in den folgenden Beiträgen aufgegriffen werden: Palliative Care Konzepte; die Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität als das zentrale Outcome-Kriterium klinischer Studien in der Palliativmedizin; die kritische Reflexion über den Leidensbegriff; der Umgang mit Patientenverfügungen in der Praxis; aktuelle Qualifikationen, die sterbenden Patienten helfen sollen sowie palliative Kultur in Alten- und Pflegeheimen.

Die Briten Cohen und Deliens (2012) haben uns in ihrer Publikation vorgeführt, warum es bei der wissenschaftlichen Betrachtung mit der letzten Lebensphase von Menschen unbedingt einer Public Health Perspektive bedarf, die sich keineswegs darauf verkürzen lässt, die Fürsorge und Pflege am Lebensende mit der Sicherstellung einer Palliativversorgung für alle gleichzustellen. Fest steht somit, dass der Bedarf an Forschungsthemen in Deutschland und die Bedürfnisse von Nutzern einer integrativen Versorgung und Begleitung Sterbender – unter der Vorgabe ethischer Maßstäbe – in Zukunft eher

steigen wird. Auf die damit zusammenhängenden drängenden Fragen möchte das Redaktionsteam Antworten geben und erhofft sich mit diesem Schwerpunktheft auch aus gesundheitswissenschaftlichen Kreisen mehr Engagement im Umgang mit Fragen von Sterben und Tod sowie bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase.

Die Redaktion

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.06.001>

Das Lebensende auf der Public-Health-Agenda

Michael Ewers und Doris Schaeffer

Das Lebensende war lange Zeit kein relevantes Public-Health-Thema. Primäres Ziel war es, den frühzeitigen Tod zu verhindern, die Bevölkerung gesund zu erhalten und Gesundheitssysteme effizient auszurichten. Mittlerweile ist die Frage nach der Qualität des Lebensendes unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen als Herausforderung erkannt. Noch aber konzentrieren sich die Initiativen auf die Verbesserung individueller Sterbesituationen ausgewählter Patienten und erfahren Public-Health-Gesichtspunkte wenig Beachtung.

Die aus soziodemographischen Entwicklungen resultierenden Anforderungen am Lebensende sind unübersehbar: Der seit Anfang des 20. Jahrhunderts zu beobachtende Anstieg der Lebenserwartung um nahezu drei Jahrzehnte dürfte sich laut vorliegenden Prognosen fortsetzen. Der Gewinn an Lebensjahren geht oft mit einem Zugewinn an Gesundheit im jüngeren und mittleren Alter einher, zugleich steigt mit dem höheren Alter die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Angewiesenheit auf Fremdhilfe (Rothgang et al., 2012a,b). Der Zeit-

punkt des Sterbens hat sich in das hohe und höhere Lebensalter verschoben, mehr als die Hälfte der 2010 Verstorbenen war 80 Jahre und älter. Während sich diese Entwicklung fortsetzt, wird mit dem Altern der geburtenstarken Jahrgänge trotz insgesamt steigender Lebenserwartung ab 2020 eine deutliche Zunahme der Zahl der jährlichen Sterbefälle erwartet (StBA, 2009).

Epidemiologisch bedeutsam ist, dass heute chronische Gesundheitsprobleme das Erkrankungsspektrum dominieren und die Todesursachenstatistiken anführen. 2011 standen Herzkreislauferkrankungen mit 40,2% an der Spitze der Todesursachen in Deutschland. 26% der in diesem Jahr ca. 850.000 Sterbefälle gingen auf Krebserkrankungen zurück, das Durchschnittsalter der an Krebs Verstorbenen lag bei 73 Jahren (StBA, 2012a). Wenig ist diesen Zahlen darüber zu entnehmen, dass chronische Erkrankungen einander im Alter oft überlagern, dass sie sich in ihren Wirkungen beeinflussen und dass sie den Verlauf und die Qualität des Lebensendes beeinflussen. Angesichts der im höheren Lebensalter ebenfalls zu be-

obachtenden Zunahme neurologischer Störungen verschiedener Genese sind multiple Belastungsszenarien am Lebensende bereits heute keine Seltenheit mehr, künftig sind sie häufiger zu erwarten.

Auswirkungen auf das Lebensende haben auch soziokulturelle Entwicklungen, etwa in Form voranschreitender Individualisierung. Als autonome Person ernst genommen und in Phasen schwerer Krankheit oder am Lebensende bei behandlungs- und versorgungsrelevanten Entscheidungen einbezogen zu werden, ist ein beinahe selbstverständlicher Anspruch (Monroe/Oliviere, 2003; Lindström et al., 2010). Diese und vergleichbare, bei den Nachkriegsgenerationen zu beobachtende Werteverstärkungen gehen in der Summe mit neuen Anforderungen an die Qualität und Gestaltung des Lebensendes einher. Eine andere Facette dieser Entwicklung ist die Singularisierung. Bereits heute lebt rund ein Drittel der über 65-Jährigen allein, oft kinderlos. Die Zahl der Einpersonenhaushalte könnte bis 2030 auf 43% ansteigen (StBA, 2012b). Sofern Familien vorhanden sind, leben sie

seltener in einem Haushalt und an einem Ort oder aber sie bestehen aus Patchwork- und Wahlverwandtschaften – mit weit reichenden Konsequenzen in kritischen Krankheitsphasen und am Ende des Lebens.

Der hier mit wenigen Strichen skizzierte Anforderungswandel am Lebensende wird vorrangig mit der Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung beantwortet. Einerseits will eine bürgerschaftliche Reform- und Emanzipationsbewegung durch ihre Aktivitäten einen Kulturwandel im Umgang mit lebensbedrohlicher Erkrankung, Sterben und Tod befördern und drohender sozialer Ausgliederung am Lebensende entgegenwirken (hospice care). Andererseits soll die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende, systematische Kontrolle und Linderung von nicht ursächlich behandelbaren Symptomen die Lebens- und Sterbequalität auch in kritischen Krankheitsphasen erhöhen. Multiprofessionelle bio-psycho-soziale und spirituelle Interventionen sollen unheilbar kranke Patienten – überwiegend solche mit Karzinomerkrankungen – sowie deren soziales Umfeld entlasten (palliative care). Anfänglich mit Vorbehalten bedacht (Heller et al., 2012), wurden in den letzten beiden Dekaden mit hoher Dynamik stationäre Hospize und Palliativstationen, Schwerpunktpraxen, ambulante Dienste sowie diverse Informations- und Beratungsangebote geschaffen. Inzwischen kann die Hospiz- und Palliativversorgung als gesundheits- und sozialpolitisch etabliert gelten, was sich nicht zuletzt in ihrer sozialrechtlichen Verankerung niederschlägt. Die Interessenorganisation schreitet voran, die Palliativmedizin strebt nach wissenschaftlicher Anerkennung in der eigenen Disziplin und auch in den übrigen Gesundheits- und Sozialprofessionen sind Spezialisierungsbestrebungen auszumachen (Aulbert et al., 2012).

Aus Public-Health-Sicht ist die Liste der mit dem Wandel des Lebensendes verbundenen Herausforderungen aber deutlich länger und allein mit Verweis auf die Hospiz- und Palliativversorgung nicht befriedigend beantwortet (Ewers/Schaeffer 2005; Cohen/Deliens 2012). Zwar konnte durch gesundheitswissenschaftliche Aktivitäten das Wissen über die Ursachen von Morbidität und Mortalität sowie deren bevölkerungsbezogene Dimensionen in den letzten Jahrzehnten systematisch erweitert und verdichtet werden. Wenig bekannt ist aber noch über die aktuellen Kontextbedingungen des Sterbens und darüber, welche Faktoren den Sterbeort und die Sterbebedingungen sowie die Qualität des Sterbens einzelner Bevölkerungsgruppen beeinflussen – etwa hochaltriger, einkommensschwacher Migranten ohne familiäre Einbindung. Einschlägige Untersuchungen, z.B. in Form von (inter)national vergleichenden Place-of-Death-Surveys, oder qualitative Studien über Sterbebedingungen könnten dem abhelfen und ggf. dazu beitragen, der noch häufig drohenden Institutionalisierung am Lebensende entgegenzuwirken.

Auch zahlreiche Fragen des Zugangs sowie der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung am Lebensende sind unbeantwortet. Von der Hospiz- und Palliativversorgung profitieren vorwiegend ausgewählte Patientengruppen und so gibt es am Lebensende allenfalls „eine gute Versorgung für einige Menschen manchmal“ (Lynn, 2004: 66). International wird der Inselcharakter der Spezialangebote und die mangelnde Vernetzung mit der Regelversorgung beklagt, ebenso die unzureichende Berücksichtigung sozialer und kultureller Vielfalt oder vulnerabler Bevölkerungsgruppen (Olivieri/Monroe 2005). Zwar werden Strategien zur Implementierung der Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung in

alle Versorgungsbereiche und für alle Patientengruppen inzwischen breit diskutiert – etwa mit Blick auf die stationäre Langzeitversorgung (DGP/DHPV, 2012). Die vielfältigen, damit verbundenen Implementierungsprobleme sind aber noch ungelöst. Eine bedarfsgerechte und regional differenzierte Versorgung am Lebensende für die gesamte Bevölkerung steht aus.

Public-Health-Aufgaben stellen sich auch mit Blick auf die Balance zwischen formeller und informeller Hilfe und die Leistungsfähigkeit der Hilfesysteme. Zwar ist die Unterstützungsbereitschaft von Familien auch und gerade in kritischen Lebensphasen nach wie vor groß. Zudem hat die Hospizbewegung bewiesen, dass sie beachtliche gesellschaftliche Ressourcen in Form freiwilligen Engagements zu aktivieren vermag. Gerade bei längerfristigen Verläufen zeigen sich aber auch Grenzen, sowohl hinsichtlich der Unterstützungsbereitschaft wie auch des Unterstützungsvermögens (Schaeffer/Ewers 2013). Sollen sekundäre Gesundheitsschäden vermieden werden, müssen die gesundheitlichen und sozialen Belastungen familialer und anderer informeller Helfer stärker im Auge behalten und mit geeigneten Maßnahmen kompensiert werden. Wie künftig angesichts des demographisch zu erwartenden Rückgangs an Fachkräften – beispielsweise von Ärzten und Pflegenden – bei begrenzten ökonomischen Ressourcen und gleichzeitig steigendem Bedarf das Lebensende Alleinlebender gestaltet werden kann, bleibt ein bis dato ungelöstes gesellschaftliches Problem.

Antworten auf diese und ähnliche Fragen nach der Qualität und Gestaltung des Lebensendes unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen künftig allein von Aktivitäten auf dem patient-carer-level zu erwarten, dürfte zu kurz greifen.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10517171>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10517171>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)