

Matthias Thöns
Thomas Sitte *Hrsg.*

Repetitorium Palliativmedizin

Zur Vorbereitung auf die Prüfung
Palliativmedizin

3. Auflage

EBOOK INSIDE

 Springer

Repetitorium Palliativmedizin

Matthias Thöns
Thomas Sitte
Hrsg.

Repetitorium Palliativmedizin

Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin

3., überarbeitete und aktualisierte Auflage

Hrsg.

Dr. med. Matthias Thöns
Witten, Deutschland

Dr. med. Thomas Sitte
Deutsche PalliativStiftung
Vorstandsvorsitzender
Fulda, Deutschland

ISBN 978-3-662-59089-8 ISBN 978-3-662-59090-4 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-59090-4>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2013, 2016, 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 3. Auflage

Wir sind als Herausgeber natürlich angenehm überrascht, dass wir bereits die 3. komplett überarbeitete Auflage bearbeiten müssen, zeigt es doch einerseits, dass Palliativversorgung zunehmendes Interesse findet, andererseits aber auch ein Herausgeberensemble aus der Praxis den Nerv der Leser trifft. Vieles Neues gab es aufzugreifen in der Neuauflage. Da wurden in der Zwischenzeit mehrere Urteile des Bundesgerichtshofs zur Patientenverfügung gesprochen, die teils unterschiedlich interpretiert werden. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hatte mehrfach über den Therapiezielwechsel bei Patienten mit schwersten Hirnschäden zu entscheiden. Während ein Urteil bei einem erwachsenen Franzosen zwar zunächst nur auf die fehlende Indikation abzielte, entschieden die Richter letztlich aber auch kongruent zu dem der weiteren Lebenserhaltung entgegenstehenden Willen. Auch bei zwei Kindern hatten die Straßburger Richter zu entscheiden. Auch hier bestätigten sie die Zulässigkeit des Sterbenzulassens und wiesen die Anträge der Eltern ab, die Lebenserhaltung fortzusetzen. Das Besondere ist freilich, dass eine Willensbestimmung der jungen Patienten gar nicht möglich war und die Aussagen, dass eine lebenserhaltende Intensivbehandlung für sich leidvoll sein und Schaden zuführen kann, demzufolge auch gegen das Verlangen der Eltern beendet werden muss.

Weiterhin muss erwähnt werden, dass es eine Neuauflage der S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019 wie auch eine Neuauflage der Empfehlungen zur Tumorschmerztherapie der WHO gibt, die die Empfehlungen von 1986 (!) ablöst. Vermehrte öffentliche wie auch innerärztliche Aufmerksamkeit bekam auch das Thema Übertherapie, welches von vielen aktiven Palliativmedizinern schon seit Jahren zunehmend wahrgenommen wurde. Erwähnt werden soll beispielhaft die Aussage des „Gesundheitsweisen“ Prof. Gerlach, einem Hausarzt: „Mittlerweile müssen wir Patienten bereits vor zu viel Medizin schützen“. So haben wir ein eigenes Kapitel Übertherapie ergänzt, nicht zuletzt haben die Herausgeber hierzu Bücher und Fachartikel publiziert.

Aufgenommen haben wir auch den nun bereits seit Jahren anhaltenden Konflikt um „Methadon“. Halten die einen es für ein Wundermittel bei Krebs und empfehlen es vielfach Krebspatienten, warnen die anderen grundsätzlich vor Methadon, dies sei eine gefährliche, weil kaum steuerbare Substanz. Wir denken, dass wir diese emotionale Diskussion mit einem eigenen Kapitel auf eine ruhigere Bahn bringen können.

Und aufgenommen haben wir schließlich noch ein Kapitel, dass nicht unmittelbar medizinisch und nicht unmittelbar deutsch ist. Etwas zum PAL-LIFE-Projekt des Vatikans an dem Ko-Herausgeber Sitte selber unmittelbar Anteil hat und das hoffentlich unmittelbar auch für die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland, Österreich und der Schweiz Wirkung entfalten wird.

Wir freuen uns natürlich sehr, dass wir unseren kleinen Teil dazu beitragen können, dass hospizlich-palliatives Denken und Handeln im deutschsprachigen Raum noch besser implementiert wird. Denn auch hierzulande bestehen weiterhin enorme Versorgungslücken. Weniger, weil Patienten mit den vorhandenen Mitteln nicht hocheffektiv geholfen werden könnte; nein, leider ist es auch in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz

nach wie vor so, dass Schwerstkranke oft sehr spät von den Möglichkeiten hospizlich-palliativer Fürsorge und Behandlung erfahren, noch später diese auch so umgesetzt bei ihnen angewendet werden, dass sie die erwünschte Linderung und Verbesserung der Lebensqualität erfahren.

Wir wollen mit unserem Buch dazu beitragen, dass sich dieses nach und nach ändert.

Eine zu Leben, Sterben, Tod und Leiden angemessene Haltung ist für jeden persönlich nicht einfach zu finden. Das Wissen zu den handwerklichen Möglichkeiten wäre vorhanden. Doch es muss verbreitet werden. Die Gesellschaft muss sensibilisiert werden, dass es andere Möglichkeiten gibt, als den Ruf nach dem schnellen Tod in Leidenssituationen.

Da stimmen wir sicher 100 %ig überein mit allen in der Diskussion Beteiligten, seien sie aus der Fraktion radikaler Lebensschutzorganisationen oder aus der konträren Ecke jener, die die absolute Selbstbestimmung des Individuums über alles stellen und staatliche Unterstützung bei einer Lebensbeendigung fordern, wenn ein Mensch dies aus welchen Gründen auch immer möchte.

So hoffen wir, dass noch viele ähnliche, andere, ergänzende Bücher von engagierten Kollegen eine gute Verbreitung finden werden und auch diese unsere dritte Auflage schnell vergriffen sein wird!

Eine vierte Auflage wird folgen.

Die Herausgeber

Matthias Thöns

Witten, Deutschland

Thomas Sitte

Fulda, Deutschland

Herbst 2019

Vorwort zur 2. Auflage

Viel ist geschehen in Sachen Palliativversorgung nach Erscheinen unserer ersten Auflage: Die Gesellschaft diskutierte wie nie zuvor über Segen und auch Fluch guter Palliativversorgung, der Gesetzgeber beschäftigte sich umfangreich mit den Themen Sterbegleitung sowie Beihilfe zur Selbsttötung und die Deutsche Krebsgesellschaft engagierte sich zusammen mit der Deutschen Krebshilfe und vielen Fachgesellschaften (gewissermaßen dem „who is who“ der Palliativversorgung) um die Übertragung wissenschaftlichen Fortschrittes in die tägliche Praxis: Im Herbst 2015 erschien als Ergebnis die S3-Leitlinie Palliativversorgung. Nun freut es uns sehr, dass aufgrund der guten Verkaufszahlen eine Neuauflage fällig wurde. Trotz dieses Aufwindes für unser Fach und die Versorgung unserer Patienten zeigten sich aber auch eklatante Probleme: So kam die Bertelsmannstiftung mit gut recherchierten Fakten heraus, welche eine Überversorgung in der kurativen Medizin, jedoch eine dramatische Unterversorgung mit Angeboten der Palliativversorgung offenlegte. Immer noch haben nicht alle Privatversicherte – trotz nunmehr fast 10jährigem Anspruch auf eine ambulante spezialisierte Palliativversorgung für gesetzlich Krankenversicherte – das vertragliche Recht auf eine umfassende Versorgung daheim, wenn sie im Sterben liegen. Eine Vielzahl neuartiger und nicht immer hochwirksamer, aber hochpreisiger Krebsmedikamente wurden eingeführt, wichtige palliativmedizinische Arzneimittel – etwa Scopolamintropfen – verschwanden vom deutschen Markt, ist Sterbegleitung nicht mehr wert?

Doch eins nach dem anderen:

Das Wirken einzelner Sterbehelfer war vielen seit langer Zeit ein Dorn im Auge. Insbesondere Sterbehilfe Deutschland war Stein des Anstoßes – hohe Vereinsbeiträge vermochten dabei die Hilfe zum Suizid deutlich zu beschleunigen. So nahm der Gesetzgeber, wie schon in den Legislaturperioden zuvor, erneut einen Anlauf, solchem gesellschaftlich möglicherweise problematischem Treiben ein Ende zu setzen. Diesmal aber wurde das Gesetzgebungsverfahren nicht Beamten und Parlamentariern alleine übertragen: Diesmal nahm man sich über ein Jahr Zeit und band das Ganze in eine umfangreiche gesellschaftliche Diskussion ein. Nicht zuletzt kluge Lobbyarbeit der Palliativverbände überzeugte Parlamentarier, dass das Thema Suizidbeihilfe nur gemeinsam mit einer Debatte über eine verbesserte Palliativversorgung zu führen war. Denn unstrittig kann gute Palliativversorgung den Wunsch auf vorzeitige Lebensbeendigung in den allermeisten Fällen beseitigen hochgestellt.¹ So entschied der Bundestag zunächst das „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung hochgestellt“.²

Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, explizit soll die allgemeine ambulante Palliativversorgung finanziell gefördert werden. Die Palliativversorgung im Rahmen der **häuslichen**

1 SitteT (2015) Palliativversorgung statt Tötung auf Verlangen? Inaugural dissertation. ► http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/PDFs_2015/2015-08-10_PDF_1.1_Dissertation_Lebensverkürzung.docx.pdf.
 2 ► <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung.html>.

Krankenpflege wird gestärkt, genauso wie die **Palliativversorgung in ländlichen Regionen, stationären Kinder- und Erwachsenen-Hospize, ambulanten Hospizdienste** in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Ausgelobt für dieses umfangreiche Programm wurden bislang lediglich 600 Mio. €. Das klingt viel, ist aber in etwa nur 10 % von dem Geld, das z. B. im gleichen Zeitraum für die ethisch oft problematische Heimbeatmung ausgegeben wird.

Das Gesetzgebungsverfahren um den assistierten Suizid spaltete letztlich die Gesellschaft und die Parlamentarier über die Fraktionsgrenzen hinweg. Selbst die Autoren dieses Buches – beide als Sachverständige vom Rechtsausschuss des Bundestages für unterschiedliche Positionen geladen – sind hierbei nicht einig. Während Sitte die Gefahr durch herumreisende Sterbehelfer gebannt sehen wollte, war Thöns eher besorgt, dass ein Strafgesetz gute und angemessene Palliativarbeit kriminalisieren könnte. Letztlich entschied sich der Bundestag im § 217 StGB für eine Neubestrafung der geschäftsmäßigen Sterbehilfe. Wir freuen uns, dass Deutschlands ehemals höchste Strafrichterin, Prof. Ruth Rissing van Saan, in einem eigenen Kapitel hierzu dieses Buch aufwertet.

Selbstverständlich haben wir in der Neuauflage Erkenntnisse aus der S3-Leitlinie Palliativversorgung³ eingepflegt, alle Kapitelautoren haben ihren Teil kritisch auf notwendige Aktualisierungen durchgesehen. So hoffen wir, dass wir mit dem Büchlein erneut einen kleinen Beitrag dazu leisten können, Sie in der Betreuung sterbenskranker Menschen sicherer und kompetenter zu machen.

Vorwort der Herausgeber

Repetitorium Palliativmedizin. Wozu ein weiteres Lehrbuch für dieses Fach? Die Antwort ist einfach. Palliativmedizin, Palliativversorgung ist ein hochgradig praxisorientiertes Querschnittsfach, für dessen Umsetzung man neben profundem, theoretischem Wissen ein hohes Maß an Empathie, viel Engagement, Erfahrung, Teamwork und einiges mehr benötigt. Denn längst ist klar: Die allermeisten Menschen wünschen die letzte Lebensphase daheim zu verbringen und aufsuchende Palliativversorgung braucht dafür manchmal andere Ideen. Die überwiegende Mehrheit der Autoren der verfügbaren palliativmedizinischen Literatur sind aber bisher Kliniker.

Die Herausgeber verstehen sich als Praktiker, sie fühlen sich der Versorgung schwerstkranker Patienten verbunden. Unterstützt durch exzellente (Ko-)Autoren aus der Basisversorgung sollen die „solid facts“ relevant, korrekt und in einigermaßen knappem Umfang dargelegt werden. Mit leisen Zwischentönen und Fallberichten wird immer wieder dafür gesorgt, den so wichtigen Patientenbezug zu bewahren. So kann sich der Leser eine Haltung erarbeiten, mit der er eine gelingende Versorgung erreicht.

Schiere Palliativ- „medizin“, die individuelle ärztliche Leistung, ist ohne die vorgenannten Rahmenbedingungen zwar vielleicht in gewissen Grenzen wirkungsvoll, aber doch ein mühsames Unterfangen und oft deutlich weniger effizient als die hospizlich-palliative Begleitung durch ein mehr oder weniger eng miteinander vernetztes Team. Deswegen legt das Autorenteam immer wieder Wert auf die Aspekte der Teamarbeit an sich, aber auch der Patientenorientierung in der Versorgung und des Self-Care. In kaum einem medizinischen Fachgebiet ist das Risiko, in der Arbeit so aufzugehen, dass man ausbrennt, höher als in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender. Doch wir wissen aus eigener Erfahrung und von vielen Kollegen, dass es eine wundervolle Aufgabe ist, Menschen auf der letzten Wegstrecke gut zu begleiten.

So wünschen wir dem Leser viel Freude bei der Lektüre, den erhofften Lerneffekt (und auch überraschende Erkenntnisse), den Wunsch, das Wissen weiter zu vertiefen und viel Erfolg bei der Prüfung für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Denn für jene, die sich zu diesem Thema hingezogen fühlen, wird Palliativversorgung leicht zu der Arbeit, die am meisten Freude bereitet. Mit hoher Expertise haben wir die Möglichkeit mit wenig Aufwand, gerade auch mit der Reduktion laufender Maßnahmen, eine dramatische Verbesserung der Lebenssituation Schwerstkranker zu erreichen. Und wenn eine Begleitung bis zum Tod des Patienten als gelungen empfunden wird, so hinterlässt diese auch etliche Angehörige, die etwas beschämt sagen: „Auch wenn das Sterben und der Abschied schwer fallen. Das ist ja wirklich schön gewesen“.

So sagen wir dem ganzen Team, Autoren, Springer Verlag, Lektorat und allen Beteiligten einen ganz herzlichen Dank für die Mitwirkung an diesem aus unserer Sicht gelungenen Buch.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen und Versorgungsstrukturen	1
	<i>Bernd Oliver Maier und Thomas Sitte</i>	
1.1	Historische Entwicklung	2
1.2	Die hospizlich-palliative Grundhaltung (palliative care approach)	2
1.3	Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen	5
1.4	Grundsätzliche Charakteristika unterschiedlicher Versorgungsebenen	6
1.5	Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung	9
1.6	Hospizliche und palliative Versorgung	11
	Literatur	13
2	Grundlagen der Symptomkontrolle	15
	<i>Wolf Diemer</i>	
2.1	Symptome bei fortschreitenden Erkrankungen	17
2.2	Kausale (kurative) Behandlungen und palliativmedizinische Therapie	18
2.3	Multidisziplinäre und multiprofessionelle Therapie möglichkeiten	20
2.4	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Palliativbehandlung	21
2.5	Die Rolle des Chirurgen und Gastroenterologen in der Palliativversorgung	22
2.6	Strahlentherapie	23
2.7	Nichtmedikamentöse Therapien	23
2.8	Medikamentöse Therapien	24
2.9	Dauer- und Bedarfsmedikation	25
2.10	Dem Krankheitszustand angemessene Diagnostik und Therapie	26
2.11	Therapieplanung und Überprüfung	26
2.12	Prävention und Rehabilitation, bedürfnisorientierte vorausschauende Behandlung und Betreuung	27
2.13	Dokumentation	27
	Literatur	28
3	Schmerztherapie	29
	<i>Matthias Thöns und Boris Hait</i>	
3.1	Einführung	31
3.2	Total Pain	32
3.3	Schmerzanamnese	34
3.4	Schmerzleitung	36
3.5	Schmerztoleranz und Schmerzschwelle	37
3.6	Schmerzarten	37
3.7	Schmerztherapie	40
3.8	Opioidwechsel zu Methadon	62
	Literatur	63

4	Gastrointestinale Symptome	65
	<i>Wolf Diemer, Markus Freistühler und Matthias Thöns</i>	
4.1	Einführung	67
4.2	Übelkeit und Erbrechen	67
4.3	Diarrhö	75
4.4	Obstipation	76
4.5	Ileus	79
4.6	Aszites	82
	Literatur	83
5	Pulmonale Symptome	85
	<i>Thomas Sitte und Matthias Thöns</i>	
5.1	Atemnot	86
5.2	Husten	94
5.3	Therapie, Hämoptoe	96
5.4	Obere Einflusstauung	99
	Literatur	99
6	Neuropsychiatrische Symptome	101
	<i>Christoph Gerhard und Thomas Sitte</i>	
6.1	Verwirrtheit und Delir	102
6.2	Depression	104
6.3	Schlafstörungen	105
6.4	Restless-legs-Syndrom	106
6.5	Epileptische Anfälle	107
6.6	Angst	111
	Literatur	113
7	Anorexie-Kachexie-Syndrom	115
	<i>Matthias Thöns und Boris Hait</i>	
7.1	Ernährung	116
7.2	Ernährungsmedizinische Aspekte in der Palliativversorgung	118
7.3	Diagnostik	119
7.4	Therapeutisches Vorgehen	119
7.5	Künstliche Ernährung	124
7.6	Flüssigkeitsgabe am Lebensende	127
7.7	Mundpflege	129
7.8	Fatigue	131
	Literatur	134
8	Dermatologische Symptome	137
	<i>Matthias Thöns und Thomas Sitte</i>	
8.1	Behandlung chronischer Wunden	138
8.2	Wundmanagement – Grundsätzliches	139
8.3	Prinzipien der Wundbehandlung	141
8.4	Symptomkontrolle in der Wundbehandlung	146
	Literatur	153

9	Terminalphase	155
	<i>Matthias Thöns und Christoph Gerhard</i>	
9.1	Grundsätzliches	157
9.2	Letzte Lebensphasen	158
9.3	Haltung ist wichtig	160
9.4	Die 10 Aufgaben am Lebensende	161
9.5	Best Care for the Dying (BCD)/Leitfaden Sterbephase	166
9.6	Mundpflege	167
9.7	Depression	169
9.8	Angst	170
9.9	Symptomkrisen am Lebensende /Notfälle	173
9.10	Nahtoderfahrungen	183
9.11	Sterbephasen nach Kübler-Ross	183
9.12	Zeichen des nahenden Todes	184
9.13	Nach dem Todesfall	187
	Literatur	187
10	Psychosoziale und spirituelle Aspekte	189
	<i>Eckhard Eichner und Pfarrerin Christine Jung-Borutta</i>	
10.1	Palliative Care	190
10.2	Integration existentieller und spiritueller Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen	193
10.3	Das soziale Umfeld der Patienten	198
10.4	Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer sowie deren kulturellen Aspekten	198
10.5	Auswirkungen von Belastungen auf Betroffene, soziale Systeme und Familienstrukturen	199
10.6	Humor in der Palliativmedizin – ist Lachen die beste Medizin?	199
	Literatur	201
11	Trauer	203
	<i>Alexandra Wilde und Elmar Wilde</i>	
11.1	Menschen trauern	204
11.2	Trauer und Seelsorge	206
11.3	Trauer in der ärztlichen Praxis	210
11.4	Ars moriendi – das eigene Ende	213
	Literatur	214
12	Spiritual Care	215
	<i>Pfarrerin Christine Jung-Borutta und Thomas Sitte</i>	
12.1	Das Menschenbild in der Palliativmedizin	216
12.2	Der spirituelle Schmerz	217
12.3	Beispiele	217
12.4	Religiöse Spiritualität	219
12.5	Spiritual Care ganz praktisch: das Ritual	221
12.6	Spiritual Care ist ein Denkkonzept	222
12.7	Spiritual Care ist Begegnung	223

12.8	Spiritual Care ist Begegnung und Begegnung ist Kommunikation	226
	Literatur	230
13	Ethik in der Palliativmedizin	231
	<i>Gerald Neitzke</i>	
13.1	Definitionen: Wert – Moral – Ethik	232
13.2	Ethische Begründungssysteme	234
13.3	Ethik und Moral im Gesundheitswesen	236
13.4	Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung	239
13.5	Ethikberatung im Gesundheitswesen	240
	Literatur	242
14	Rechtliche Aspekte	243
	<i>Wolfgang Putz und Matthias Thöns</i>	
14.1	Rechtliche und ethische Grundlagen des ärztlichen Berufs	245
14.2	Behandlungsfehler in der Palliativmedizin	249
14.3	Betreuungsrecht	259
14.4	Der neue § 217 StGB	261
	Literatur	261
15	Wahrnehmung und Kommunikation	263
	<i>Gideon Franck und Thomas Sitte</i>	
15.1	Verbale – nonverbale Kommunikation	265
15.2	Aufklärungsgespräch	271
15.3	Entscheidungsgespräch	274
15.4	Konfliktgespräch	276
15.5	Angehörigengespräch	277
15.6	Kommunikation im Team	278
	Literatur	279
16	Teamarbeit und Selbstreflexion	281
	<i>Boris Hait und Thomas Sitte</i>	
16.1	Haltung als Grundlage palliativer Arbeit	282
16.2	Interdisziplinarität und Teamarbeit als Ausdruck der Haltung in Palliative Care	284
16.3	Team als Strategie zum Erreichen des Ziels	285
16.4	Voraussetzungen für ein gut funktionierendes interdisziplinäres Team	286
16.5	Probleme und Schwierigkeiten im Teamwork	288
16.6	Selbstreflexion	289
16.7	Burnout	291
16.8	Resilienz	293
16.9	Zukünftige Herausforderungen für interdisziplinäre Palliativteams	293
	Literatur	294
17	Arzneimittel in der Palliativmedizin	297
	<i>Klaus Ruberg und Matthias Thöns</i>	
17.1	Einführung	299
17.2	Grundlagen	300

17.3	Wichtige Arzneimittelgruppen	305
17.4	Palliative Sedierung	325
17.5	Methadon bei Krebschmerzen	326
	Literatur	328
18	Übertherapie am Lebensende	331
	<i>Matthias Thöns und Thomas Sitte</i>	
18.1	Problem Krebsbehandlung	333
18.2	Palliative Chemotherapie	334
18.3	Strahlentherapie	335
18.4	Problem Intensivmedizin	335
18.5	Ausblick	337
	Literatur	337
19	Der neue § 217 StGB	339
	<i>Rissing-van Saan</i>	
19.1	Einleitende Worte der Herausgeber	340
19.2	Kommentar für die Praxis	340
20	White Paper der Päpstlichen Akademie für das Leben	343
	<i>Thomas Sitte</i>	
20.1	PAL-LIFE Interessengruppe zur Verbesserung der Palliativversorgung weltweit ...	344
20.2	Ausgewählte Empfehlungen für die Akteure	345
	Serviceteil	
	Anhang	348
	Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid	350
	Stichwortverzeichnis	353

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über die Autoren



Dr. Matthias Thöns

Facharzt für Anästhesiologie, Palliativmediziner in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Gründungsmitglied Palliativnetz Bochum e.V. & Witten e.V., Kursleiter Palliativweiterbildung Ärzte, Seelsorger und Pflegepersonal, stellvertretender Sprecher Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin NRW



Dr. Thomas Sitte

ist Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie und Sportmedizin. Er ist Gründer des PalliativNetz Osthessen, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung und arbeitet jetzt in der KinderPalliativVersorgung. Er ist Preisträger u.a. des Palliative Award 2016 der DGAI. Als Mitglied der PAL-LIFE-Expert Group von Papst Franziskus tritt er für die Implementierung palliativen Versorgungsmöglichkeiten weltweit ein.

Autorenverzeichnis

Dr. med. Wolf Diemer

Zentrum f. Palliativmedizin
Evangelisches Krankenhaus Herne
Herne, Deutschland
w.diemer@evk-herne.de

Dr. med. Christoph Gerhard

Palliativkonsiliardienst
Kath. Kliniken Oberhausen
Oberhausen, Deutschland
c.gerhard@kk-ob.de

Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner

Augsburger Palliativversorgung GmbH
Augsburg, Deutschland
Eckhard.eichner@ahpv.de

Dr. Boris Hait

Palliativzentrum Unna
Katharinen-Hospital Unna
Unna, Deutschland
hait@katharinen-hospital.de

Dipl.-Psych. Gideon Franck

Institut für Gesundheit
Fulda, Deutschland
gesundheitsinstitut@mac.com

Dr. med. Bernd Oliver Maier

St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Wiesbaden, Deutschland
bernd-oliver.maier@palliativmedizin.de

Dr. med. Markus Freistühler

Innere Medizin
St. Marien-Krankenhaus
Ratingen, Deutschland
info@sankt-marien-ratingen.de

Dr. med. Gerald Neitzke

Institut für Geschichte, Ethik und
Philosophie der Medizin
MHH Hannover
Hannover, Deutschland
neitzke.gerald@mh-hannover.de

Wolfgang Putz

Medizinrechtliche Sozietät
Putz & Stedinger
München, Deutschland
kanzlei@putz-medizinrecht.de

Dr. rer. medic. Klaus Ruberg

Kronen-Apotheke-Marxen
Marxen-Ruberg OHG
Wesseling, Deutschland
k.ruberg@kroapo.de

Prof. Dr. iur. Ruth Rissing-van Saan

Lehrstuhl für Straf- und Strafprozessrecht
Juristische Fakultät
Ruhr-Universität Bochum
Bochum, Deutschland
r.rissing@t-online.de

Dr. med. Thomas Sitte

Deutsche PalliativStiftung
Fulda, Deutschland
Thomas.Sitte@PalliativStiftung.de

Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V.
Witten, Deutschland
email@sapv.de

Alexandra Wilde

Hildesheim, Deutschland
dr.elmar.wilde@t-online.de

Dr. med. Elmar Wilde

Hildesheim, Deutschland
dr.elmar.wilde@t-online.de

Pfarrerin Christine Jung-Borutta

Zentrum f. Hospiz und Trauerarbeit
Bochum, Deutschland
c.jung-b@ambulante-hospizarbeit-bochum.de



Grundlagen und Versorgungsstrukturen

Bernd Oliver Maier und Thomas Sitte

- 1.1 Historische Entwicklung – 2**
- 1.2 Die hospizlich-palliative Grundhaltung (palliative care approach) – 2**
 - 1.2.1 Definitionen – 3
 - 1.2.2 Palliative Care Definition – 4
- 1.3 Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen – 5**
- 1.4 Grundsätzliche Charakteristika unterschiedlicher Versorgungsebenen – 6**
 - 1.4.1 Stationäre und ambulante Versorgung – 6
 - 1.4.2 Spezialisierte und allgemeine Versorgung – 6
 - 1.4.3 Versorgungsbedarf – 7
 - 1.4.4 Spezialisierte und allgemeine Versorgungsleistungen – 8
- 1.5 Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung – 9**
- 1.6 Hospizliche und palliative Versorgung – 11**
 - Literatur – 13**

1.1 Historische Entwicklung

» „Art. 1 (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Diese Verpflichtung aus dem Grundgesetz ist auch Grundlage allen ärztlichen Handelns in unserem Staat.

In den **1960er-Jahren** führten Mitarbeiter des Paul-Lechler-Krankenhauses für Tropenmedizin in Tübingen ihre Erfahrungen in die klinische Versorgung ihrer Patienten ein, die sie in London gemacht hatten.

1967 eröffnete das St. Christopher's Hospice in London, das durch Cicely Saunders gegründet wurde. Es wird oft als Wiege der Hospizidee der Moderne bezeichnet. Im angelsächsischen Sprachraum verbreitete sich die Hospizidee schnell.

1971 erreichte die Bewegung dann auch Deutschland erstmals in großem Umfang mit einem Filmbericht der ARD über das St. Christopher's Hospice in London mit dem Titel „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“.

1974 nahm in den USA ein Hausbetreuungsdienst mit haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern seine Arbeit auf, das Connecticut Hospice.

1975 prägte Balfour Mount einen neuen Begriff, als er eine Bezeichnung für seine neue Krankenhausabteilung im Spital Montreal suchte. „Er war der erste, der den Begriff „Palliative Care“ gebrauchte“.

1983 kam die erste Palliativstation in Köln hinzu.

1986 wurde das erste stationäre Hospiz „Haus Hörn“ in Aachen gegründet.

1992 Gründung Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (später Deutscher Hospiz- und Palliativverband)

1994 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

1997 Curricula Palliativmedizin für Ärzte, Pflegepersonal und Medizinstudenten

1999 Erste Professur für Palliativmedizin an der Universität Bonn (Prof. Klaschik)

2004 Einführung der Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ für Fachärzte

2007 gesetzlicher Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SGB V, § 37b)

2015 Hospiz- und PalliativGesetz

Seit den Anfängen der modernen Hospiz- und Palliativbewegung ist es zur Ausdifferenzierung der Angebote und Strukturen gekommen. Durch den Schrittmacher des breiten bürgerschaftlichen Engagements der Hospizbewegung wurden hospizlich-palliative Werte in einer technisch geprägten Medizinlandschaft wieder wahrnehmbar und in der Folge konzeptionell in Umsetzungsmodellen erprobt. Heute sind sie anerkannter und unverzichtbarer Bestandteil eines Medizinverständnisses, das menschliche Grundwerte und Bedürfnisse über die Fragen der technischen Machbarkeit stellt. Hierfür besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, der auf einem aufgeklärten Verständnis von Menschlichkeit, Solidarität und Sorge füreinander fußt. Dies spiegelt sich auch in politischen Entscheidungen wider, wie es der 2007 gesetzlich verankerte Leistungsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) illustriert. Die wichtige Voraussetzung eines gesellschaftspolitischen Konsens und die Wahrnehmung palliativmedizinischer Aufgaben und Themenfelder als politische Aufgabe bergen aber auch die Gefahr, dass dieser Konsens durch populistische Strömungen ausgehebelt werden könnte. Deshalb gilt es, auch die gesellschaftliche Aufklärung als wichtigen Teil hospizlich-palliativer Tätigkeit zu verstehen. In dieser Übersicht werden die einzelnen Elemente hospizlich-palliativer Kultur und Engagements, Begleitung und Behandlung vorgestellt und kommentiert.

1.2 Die hospizlich-palliative Grundhaltung (palliative care approach)

Alle Initiativen und Versorgungsangebote, die die Weiterentwicklung der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung im Blick haben, basieren auf einer gemeinsamen Grundhaltung, die das Wesen von Palliativversorgung ausmacht. Aus der Vielzahl von exis-

tierenden Definitionen seien hier zwei herausgegriffen:

1.2.1 Definitionen

Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die **Lebensqualität** ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden. (Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zitiert nach ► www.dgpalliativmedizin.de vom 15.03.2013)

Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativmedizin

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an,
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes,
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung,
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten,
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit,

- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig,
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen,
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln (Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO 2002, zitiert in deutscher Übersetzung nach ► www.dgpalliativmedizin.de vom 15.03.2013)

Beide Definitionen setzen als unverrückbares Fundament, die Akzeptanz des Sterbens als natürlichen Prozess am Ende des Lebens voraus. Ein Medizinverständnis, das sich als allmächtig positioniert und versucht die Endlichkeit abzuschaffen, wie es im Rahmen der revolutionären technischen Fortschritte des 20. Jahrhunderts stilprägend wurde, wird abgelöst von einem moderaten, akzeptierenden Bild, das auf dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit aufbaut:

Eine palliative Behandlung ist zwangsläufig sinnvoll, da das Leben immer endlich bleibt. Wann, in welchem Umfang und ob alternative oder ergänzende Ansätze dabei die meiste Effektivität und den größten individuellen Nutzen versprechen, ist dagegen Teil der notwendigen strukturell orientierten aktuellen Diskussion.

Einen wichtigen Hinweis auf die Frage des Zeitpunktes liefern aber die Definitionen selbst: Es wird bewusst nicht von Todesnähe einer Erkrankung gesprochen, sondern die bedürfnisorientierte, möglichst vorausschauende Unterstützung für Betroffene gefordert. Diese Dimension wird erweitert um die Einbeziehung der Angehörigen in den programmatischen Be-

treuungsansatz. Auch dafür gibt es keine Präsenz in dem deutschen Gesundheitssystem: Aufgrund der Erkrankung eines Dritten entsteht ein Leistungsanspruch für die im systemischen Sinne von der Erkrankung miterfassten Familienangehörigen und Freunde. So elementar dieser Gedanke für die Hospiz- und Palliativversorgung ist, so wenig passt er in bestehende Klassifikationssysteme als Grundlage angemessener Vergütungen der tätigen Dienste.

Das besondere dieser grundsätzlichen und allumfassenden Haltung ist die Tatsache der ubiquitären Gültigkeit: Der formulierte Anspruch der Inhalte einer hospizlich-palliativen Versorgung gilt unabhängig vom Aufenthaltsort eines Patienten, von den Sektorengrenzen der stationären und ambulanten Versorgung, von der Intensität des Unterstützungsbedarfes, von der Professionalisierung des Leistungsanbieters und allen auch sonst denkbaren differenzierenden Barrieren. Ohne diese grenzüberschreitende Verbindlichkeit eines fundamentalen Verständnisses des gemeinsamen Ziels würde die Hospiz- und Palliativbewegung scheitern. Die gemeinsam getragene Vision konzeptionell nachhaltig und ausreichend differenziert im Sinne einer verlässlichen und qualitativ gesicherten, abgestuften, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung real umzusetzen, ist dann die aus dieser grenzüberschreitenden Verbindlichkeit resultierende nachgeordnete Aufgabe.

Es gilt: Nur wer die umfassende Definition der Palliativmedizin inhaltlich mit Leben füllt, beteiligt sich auch tatsächlich an Palliativversorgung. Eine segmentierte Betrachtung einzelner Aspekte, wie z. B. die isolierte Hinwendung zu Fragen der pharmakotherapeutischen Schmerztherapie oder der systemischen Tumorthherapie, können zweifelsohne wertvolle Ergebnisse für die Betroffenen erzielen, bleiben aber symptomatologisch motiviert, wenn sie nicht in den Gesamtkontext der Grundhaltung einer allumfassenden Palliativversorgung eingebettet sind.

Im Jahre 2018 wurde in einem umfangreichen Delphi-Prozess der Begriff Palliative Care von der International Association for Hospice and Palliative Care neu definiert: ► <https://ho->

spicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/.

1.2.2 Palliative Care Definition

Palliative care is the active holistic care of individuals across all ages with serious health-related sufferingi due to severe illnessii, and especially of those near the end of life. It aims to improve the quality of life of patients, their families and their caregivers.

Palliative care:

- Includes, prevention, early identification, comprehensive assessment and management of physical issues, including pain and other distressing symptoms, psychological distress, spiritual distress and social needs. Whenever possible, these interventions must be evidence based.
- Provides support to help patients live as fully as possible until death by facilitating effective communication, helping them and their families determine goals of care.
- Is applicable throughout the course of an illness, according to the patient's needs.
- Is provided in conjunction with disease modifying therapies whenever needed.
- May positively influence the course of illness.
- Intends neither to hasten nor postpone death, affirms life, and recognizes dying as a natural process.
- Provides support to the family and the caregivers during the patient's illness, and in their own bereavement.
- Is delivered recognizing and respecting the cultural values and beliefs of the patient and the family.
- Is applicable throughout all health care settings (place of residence and institutions) and in all levels (primary to tertiary).
- Can be provided by professionals with basic palliative care training.
- Requires specialist palliative care with a multiprofessional team for referral of complex cases.

To achieve palliative care integration, governments should:

1. Adopt adequate policies and norms that include palliative care in health laws, national health programs and national health budgets;
2. Ensure that insurance plans integrate palliative care as a component of programs;
3. Ensure access to essential medicines and technologies for pain relief and palliative care, including pediatric formulations;
4. Ensure that palliative care is part of all health services (from community health-based programs to hospitals), that everyone is assessed, and that all staff can provide basic palliative care with specialist teams available for referral and consultation;
5. Ensure access to adequate palliative care for vulnerable groups, including children and older persons;
6. Engage with universities, academia and teaching hospitals to include palliative care research as well as palliative care training as an integral component of ongoing education, including basic, intermediate, specialist, and continuing education.

To see the glossary of terms, click here.

- i. Suffering is health-related when it is associated with illness or injury of any kind. Health related suffering is serious when it cannot be relieved without medical intervention and when it compromises physical, social and/or emotional functioning. Available in ► <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>
- ii. Severe illness is understood as any acute or chronic illness and/or condition that causes significant impairment, and may lead to long-term impairment, disability and/or death. Available at ► <http://pallipedia.org/serious-illness/>

1.3 Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen

Die ärztliche Aufgabe, Kranke gerade in deren letztem Lebensabschnitt zu begleiten, wird auch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer vom 17.02.2011 beschrieben, die im Wesentlichen übereinstimmen mit der in unserer Kultur überwiegend als gültig erachteten christlichen Ethik.

Unter einer **medizinischen Indikation** versteht man das Handlungsgebot, das sich aus der ärztlichen Einschätzung einer klinischen Situation im Bezug auf deren Beeinflussbarkeit durch medizinische Maßnahmen ergibt. Voraussetzung für eine gelungene Indikationsstellung ist also der Bezug zu einem Therapieziel. Denn nur durch den Bezug zu einem Ziel kann die Stärke einer Indikation ermittelt werden. Die prinzipielle Unterteilung in kurative, kausale und palliative Maßnahmen beschreibt dabei unterschiedliche und sich teilweise ergänzende (z. B. kausal und palliativ) Handlungsebenen. Innerhalb jedes Handlungsstranges muss dann wiederum eine rechtfertigende Indikation für die spezifischen Maßnahmen vorliegen. So fällt z. B. die Stärke der Indikation für eine Chemotherapie bei einem metastasierten kleinzelligen Lungenkarzinom schwach aus, wenn ich ein rein kuratives Therapieziel ausbebe, aber deutlich stärker, wenn ich palliative Therapieziele verfolge (Symptomkontrolle und Verlängerung der Überlebenszeit).

- **Das zu definierende Ziel darf nicht unrealistisch sein und muss damit mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreicht werden können. Chancen unter 1 % gelten hierbei als unrealistisch.**

Dann sollte nach Neitzke zunächst aufgrund medizinischer und ärztlicher Indikation ein individueller Behandlungsvorschlag erarbeitet werden. Eine medizinische Indikation ergibt sich dabei zunächst aus der Abwägung der Diagnose mit den Therapiemöglichkeiten.

Die **ärztliche Indikationsstellung** überträgt die wissenschaftlich ermittelte eher theoretische medizinische Indikation in die Behandlungsrealität: durch Berücksichtigung und Abwägung des Wissens um die besonderen Umstände der Behandlungs- und Lebenssituation des Patienten, z. B., ob er alleinstehend ist oder ein fürsorgliches soziales Netz um sich hat. Diese Indikationsstellung ist zwingende Voraussetzung für die Therapie, in die der Patient dann noch einwilligen muss, und sie ist unabhängig davon, ob das Therapieziel kurativ oder palliativ ist.

1.4 Grundsätzliche Charakteristika unterschiedlicher Versorgungsebenen

1.4.1 Stationäre und ambulante Versorgung

Das deutsche Gesundheitswesen unterscheidet einen stationären von einem ambulanten Behandlungssektor. Der stationäre Behandlungssektor umfasst dabei jede Form von Krankenhausbehandlung, die mit Verbleib im Krankenhaus verbunden ist. Zum ambulanten Sektor zählen alle über ambulant tätige, niedergelassene Ärzte erbrachten Leistungen. In dieser Systematik gehören folgerichtig die Einrichtungen der stationären Altenhilfe („Pflegeheime“) und auch stationäre Hospize zum ambulanten Sektor. Das führt nicht selten zu Verwirrung in Diskussionen, in denen nicht das einheitliche Verständnis von ambulant und stationär vorab geklärt wurde.

Für die ordnungspolitisch ambulanten, aber in baulicher Abgeschlossenheit stationären Einrichtungen wie Hospize und Pflegeheime hat das wichtige Konsequenzen: Der an ambulante Versorgung gekoppelte Leistungsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) behält hier seine Gültigkeit.

Wesentlicher Unterschied zwischen beiden Bereichen ist die zugrunde liegende Finanzierungssystematik. Da Palliativversorgung regelmäßig sektorenübergreifend ausgerichtet ist, wird diese sektorale Grenze häufig zum Prüf-

stein der Konzepte bzw. die sektorale Einteilung oft herausgefordert.

Organisationsformen

— Ambulant

- Basisversorgung durch Vertragsärzte und normale Pflegedienste, Integration ehrenamtlicher Hospizarbeit in jeder Stufe
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung durch weitergebildete Ärzte (z. B. Basiskurs palliativmedizinische Grundversorgung) und Pflegekräfte, die hauptberuflich in der Regelversorgung eingebunden sind
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Teams aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften, die schwerpunktmäßig in der Palliativversorgung beschäftigt sind

— **Konsiliarisch:** Es gibt vereinzelte Angebote stationärer und auch ambulanter Konsiliardienste.

— **Teilstationär:** Der teilstationäre Gedanke im Sinne von Tageskliniken findet sich in Deutschland kaum.

— Stationär

- Basisversorgung durch das Personal der Regelversorgung
- Unterstützung durch Konsiliardienste innerhalb des Krankenhauses aus spezialisierten Ärzten und Pflegekräften
- Palliativstation mit den entsprechenden Qualitätskriterien

1.4.2 Spezialisierte und allgemeine Versorgung

Es gelten weder für den Bereich der spezialisierten noch der allgemeinen Palliativversorgung verbindlich akzeptierte Leistungs- oder Strukturmerkmale. Die Diskussion um Inhalte, Strukturelemente und Zuständigkeiten ist dabei geprägt

von berufspolitischem Charakter. Der Wunsch die eigene Lösung – sei sie hier trägerspezifisch oder regional motiviert, teils auch als länderspezifische Modelle – in den Status der Allgemeingültigkeit zu heben, ist dabei regelhaftes Streben.

Um sich der Unterscheidung in der notwendigen Differenziertheit zu nähern, scheint es sinnvoll sich auf zwei Betrachtungsebenen zu konzentrieren: Die Ebene des Bedarfs als primäres Kriterium und die korrespondierende Ebene der Leistungsdichte eines Versorgungsangebotes als zweites Kriterium.

1.4.3 Versorgungsbedarf

Es gilt im Wesentlichen als unstrittig, dass Bedarf in der Palliativversorgung kein fester Zustand ist, sondern das Produkt dynamischer Prozesse. Der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Bedarf ist die Summe dieser Prozesse. Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf eine terminologische Diskussion um das Wort Bedarf: Die Unterscheidung zwischen Bedürfnis, Bedarfe und Bedarf wird oft in der Objektivierbarkeit des Bedarfs in Abgrenzung zur Subjektivität des individuell erspürten Bedürfnisses gesehen. Umgangssprachlich, pflegerisch-medizinisch, sozialgesetzlich werden diese ähnlichen oder identischen Begriffe verschieden gebraucht. Diese objektive Gewichtung von Bedarf entspricht der Definition von Bedarfs-gerechtigkeit im Konzept einer (verteilungs-) gerechten und verallgemeinerbaren Strukturierung von Gesundheitsleistungen. In der Palliativversorgung besteht aber die implizite Notwendigkeit, sich im Sinne einer radikalen Patientenorientierung nicht auf eine vermeintliche Objektivität reduzieren zu lassen.

Die denkbare Unterscheidung zwischen objektivem Bedarf und subjektivem Bedürfnis beinhaltet die Gefahr einer Bewertung und daraus resultierenden Rationierung, nur den vermeintlich objektiven Bedarf als Handlungsaufforderung und Leistungsanspruch gelten zu lassen. Das wird den Voraussetzungen in der Palliativversorgung nicht gerecht: Der englische Begriff „needs“ unterscheidet dieses Kriterium

nicht und lässt damit gar keinen Raum für eine wertende Differenzierung. In der deutschen Sprachregelung, sollte man sich eher der systematischen Betrachtungsweise des Case- und Care-Managements anschließen, die Bedarf beschreibt, als die offene Differenz zwischen Bedürfnislage der Betroffenen und den individuellen Ressourcen – also den Bereich umfasst in dem professionelle und institutionalisierte Hilfe zur Bedarfsdeckung eingeschaltet werden muss, um die Bedürfnisse tatsächlich zu befriedigen.

Diese Charakterisierung lässt sich anwenden, wenn professionelle Angebote auch für ein klares inhaltliches Portfolio stehen. Schwieriger ist die Grenze hier bei vielen ehrenamtlichen und hospizlichen Angeboten: Gilt der regelmäßige Besuch durch einen befähigten Hospizhelfer als Rückgriff auf die eigenen Ressourcen im Sinne eines bürgerlich-nachbarschaftlichen Engagements oder steht er für die Inanspruchnahme einer professionellen Ressource?

Die tatsächliche Einschätzung des individuellen Bedarfs kann an den **vier Grunddimensionen der Palliativversorgung**, die sich an den Grunddeterminanten menschlichen Daseins orientieren, festgemacht werden. Das sind

- die körperlich-somatische Dimension,
- die fürsorglich-pflegerische Dimension,
- die psychologisch-soziale Dimension
- und die spirituelle Dimension.

Der Anspruch der allumfassenden Hinwendung zu dem von den Betroffenen selbst als relevant erlebten Belastungsmomenten, führt in der Palliativversorgung zwangsläufig dazu, das über den Kontext der herkömmlichen somatisch medizinischen Aufmerksamkeit hinaus, die Blende der Aufmerksamkeit auch auf andere Themen scharf gestellt werden muss: auf die thematisch angrenzenden Felder des menschlichen Seins.

Jede dieser prinzipiell gleichwertig nebeneinander stehenden Dimensionen kann den Bedarf determinieren: Die hierfür wichtigen Bezugspunkte lassen sich als Intensität, bzw. als Komplexität benennen.

Intensität beschreibt dabei das Ausmaß einer Belastung – im Palliativkontext häufig als

Symptombelastung bezeichnet. Wie am Beispiel der Schmerzintensität einfach zu erläutern, lassen sich Belastungen abgestuft als schwerwiegend oder moderat klassifizieren – und daraus die Dringlichkeit einer notwendigen therapeutischen Reaktion abschätzen. Im Falle der nicht primär somatischen Belastungen ist diese Einschätzung oft schwieriger zu treffen und auch deutlich weniger ausschließlich mit ärztlicher Einschätzung alleine ausreichend zu gewährleisten. Oft erhalten andere Adressaten auch andere Auskünfte, die dann aber erst zu einem gemeinsamen Bild zusammengeführt werden können, wenn die Professionen angemessen miteinander kommunizieren.

Die **Komplexität** resultiert aus der simultanen Präsenz unterschiedlicher, sich gegenseitig verstärkender Belastungsmomente. Auch wenig intensive Belastungen können durch gegenseitige Verstärkung eine besondere Dringlichkeit, bzw. einen dringlichen Handlungsbedarf nach sich ziehen. So hat ein alleinstehender Patient mit mäßig intensivem Tumorschmerz, der gut opioidsensibel ist, aber in der Mobilität limitiert aufgrund einer Wohnung im 4. Stock einen komplexeren Bedarf als ein Patient mit denselben Schmerzcharakteristika, der mit seiner Ehefrau in einem barrierefreien, ebenerdigen Haus neben der Apotheke wohnt.

Aus diesen beiden Determinanten der Intensität und der Komplexität der individuellen Belastungsmomente lässt sich also eine **konsequente Hierarchisierung der Probleme** und somit der angepasst angemessenen Reaktion ableiten.

Auch hier sei eine semantische Anmerkung angebracht: Das Wort Symptom wird im medizinischen Kontext doppeldeutig verwendet. Es beschreibt in der somatisch zentrierten Bedeutung oft einen Befund, oft richtungsweisend, der zur Diagnose einer Erkrankung hinleitet: Leitsymptom einer Herzinsuffizienz ist Luftnot. Im palliativmedizinischen Kontext wird Symptom für die subjektive Empfindung einer Belastung verwendet – unabhängig von dem zugrunde liegenden pathophysiologischen

Korrelat. Beide Systematiken werden nicht stringent angewendet, denn auch in der Palliativmedizin finden häufig unzutreffende Klassifikationen statt: Wenn ein Patient das Symptom Delir bietet, wie fühlt er sich dann? Die wenigsten Patienten würden sich doch selbst als delirant beschreiben.

Dennoch scheint auch hier die mangelnde Präzision der Sprachregelung ein steter Quell von Missverständnissen und Fehleinschätzungen, gerade im kollegialen Dialog.

Die entscheidende Determinante für die Ermittlung der **Charakteristik eines Versorgungsbedarfes** entsteht aus dem Zusammenwirken

- des Ausmaßes der individuell erlebten Belastungen,
- der Simultanität,
- der gegenseitigen Verstärkung der einzelnen Belastungsstränge
- und der realen Unterstützungsmöglichkeiten durch das unmittelbare Umfeld.

Das alleine erlaubt zwar noch keine klare Zuordnung zu einer spezialisierten oder allgemeinen Versorgungsebene, da hierzu die entscheidende Determinante festgelegt werden muss: Welches Angebot kann den ermittelten Bedarf decken, welche inhaltlichen Möglichkeiten werden als spezialisiert und allgemein unterschieden?

1.4.4 Spezialisierte und allgemeine Versorgungsleistungen

Für die Zuordnung einer Leistung zu dem Bereich der spezialisierten Versorgung gibt es im ambulanten und im stationären Bereich konkrete Vorgaben.

Im ambulanten Sektor regeln die gesetzlichen Vorgaben zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) das spezialisierte Leistungsgeschehen, im stationären Bereich ist über die Beschreibung der Spezialisierten Stationären Palliativversorgung (SSPV) im Deutschen Diagnose und Prozedurenschlüssel OPS Nummer 8-98e eine Zuordnung möglich.

Unterschiede allgemeine/spezialisierte Palliativversorgung

- **Basiskonnenisse** in Palliativmedizin setzen etwa voraus:
 - Basismanagement von Schmerzen, Depression, Angst und anderen Symptomen
 - Basisdiskussion zu Prognose, Therapiezielen, Leidensvermeidung, Vorsorgeplanung
- **Spezialistenkenntnisse**
 - Managen von refraktärem Schmerz, Depression, Angst, Trauer und anderen komplexen Symptomen
 - Umgang mit existentieller Not
 - Konfliktlösungen bezüglich der Therapieziele oder von Therapiemethoden
 - innerhalb der Familie, zwischen der Familie und den Behandlern und innerhalb der Behandler
 - Unterstützung im Benennen nutzloser Behandlungsversuche (Stolberg 2011; Quill und Abernethy 2013)

- Im Hospiz- und PalliativGesetz wurden Ende 2015 Maßnahmen zum Aufbau der Allgemeinen Palliativversorgung als zweite Stufe zwischen der Palliativen Grund- (oder Basis-) Versorgung und der SAPV beschlossen. Aufgrund der immer noch nicht ausreichend und regional sehr unterschiedlich entwickelten Palliativversorgung werden spezialisierte Teams teils bereits für die Basisversorgung eingesetzt. Das ist aus drei Gründen ungünstig:
- Der wachsende Bedarf wird die vorhandenen spezialisierten Ressourcen rasch überfordern.
- Viele Strategien der Basisversorgung können von Hausärzten sehr gut erbracht werden, die Übernahme dieser Aufgaben durch Spezialisten durchbricht gewachsene therapeutische Bande.
- Hausärzte könnten in Zukunft der Meinung sein, selbst eine Basissymptomkontrolle gehöre nicht zu ihren Aufgaben.

1.5 Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team
- Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
- Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- Durchführung eines standardisierten Palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen

1

- Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z. B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
- Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
- Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

Behandlungsdauer:

- 8-98e.0 Bis zu 6 Behandlungstage
- 8-98e.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-98e.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-98e.3 Mindestens 21 Behandlungstage

Allerdings dürfen diese formalen Regelungen nicht mit der Festsetzung eines Qualitätsstandards gleichgesetzt werden. Sie dienen lediglich dazu, auf der operativen Ebene eine Mindestanforderung festzuschreiben deren Erfüllung differenziertere Abrechnungsmöglichkeiten eröffnet. Auch dienen diese Regelungen nicht als Exklusivkriterien. So können manche der stationsunabhängig im Krankenhaus aktiven mobilen multiprofessionellen Dienste (oft herkömmlich, aber fälschlich als Konsiliardienst bezeichnet) aufgrund ihrer Leistungsdichte und Problemlösungskompetenz durchaus den Anspruch stellen, auch dem spezialisierten Versorgungssegment zugerechnet zu werden, selbst wenn sie nicht explizit in den bestehenden Regelungen benannt sind.

Hinweise für die Zuordnung einer Struktur beziehungsweise eines Angebotes zu der Ebene der spezialisierten Versorgungsebene ergeben sich aus der Problemlösungskompetenz des Ansatzes. Einflussfaktoren hierfür scheinen zu sein:

- Die Handelnden haben ihr Hauptbetätigungsfeld in der Palliativversorgung.
- Die Behandlungs- und Betreuungsansätze sind teambasiert und multiprofessionell.
- Die Versorgung ist durchgehend über 24 h gewährleistet und die Leistungen sind 24 h verfügbar.
- Das Angebot ist systematisch, transparent und kontinuierlich konzipiert.
- Die Zusammenarbeit und Kooperationen mit anderen Behandlern sind formal geregelt.

Wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass es sich um ein authentisches Angebot der Spezialisierten Palliativversorgung handelt. Mit zunehmender Zahl von Abweichungen wächst die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Angebot der allgemeinen Versorgungsebene handelt.

- **Ein wichtiges Merkmal der allgemeinen Palliativversorgung sollte sein, dass die Behandlungsebene trotz ergänzend in**

Anspruch genommener spezialisierter Versorgung bei den Patienten und betroffenen Familien weiterbesteht.

Spezialisierte Palliativversorgung kann sinnvoll als Impuls gebendes Verfahren mit begrenzter zeitlicher Beauftragung zum Einsatz kommen. Allgemeine Palliativversorgung sollte, da sie alle anderen Maßnahmen der Palliativversorgung in sich vereint, bei einmal erkanntem Bedarf nicht enden. Selbstverständlich ist auch innerhalb der allgemeinen Palliativversorgung eine weitere Abstufung der Behandlungsmodalitäten notwendig und sinnvoll, aber der prinzipielle Ansatz und die damit verbundene Orientierung müssen für die Betroffenen spürbar bleiben.

1.6 Hospizliche und palliative Versorgung

Ein anderes Unterscheidungsmerkmal, speziell im deutschsprachigen Raum, der Arbeit mit Schwerstkranken und Sterbenden ist die Auftrennung in einen hospizlichen und einen palliativmedizinischen Handlungsansatz.

Während der hospizliche Ansatz die Wurzeln in einer Bürgerbewegung und somit in dem gesellschaftlichen Solidaritätsprinzip der humanistisch und christlich geprägten Fürsorge hat, steht der palliativmedizinische Ansatz für die Übersetzung dieser Handlungsprämisse in den medizinischen Kontext. Die Hospizbewegung steht mit dem Ehrenamt ein, während die Palliativmedizin die Professionalisierung vorantreibt und sich als eigenständige medizinische Disziplin etablieren konnte. Die gegenseitige Ergänzung und Einbeziehung dieser Handlungspole bleibt aber unverzichtbare Voraussetzung für das Gelingen der Hospiz- und Palliativversorgung. Nur durch das Zusammenwirken dieser unterschiedlich motivierten Kräfte gelingt es, das gesamte Spektrum an Möglichkeiten anzubieten und für die Betroffenen spürbar zu machen. Professionalisierung kann originäres Ehrenamt nicht ersetzen und ehrenamtliches Engagement nicht eine

medizinische Handlungskompetenz. So banal diese Erkenntnis ist, so herausfordernd erweist es sich, mancherorts die Versorgungspraxis gemeinsam mit Leben zu füllen. Im Interesse der Patienten und ihrer Angehörigen sollte hier allerdings kein Platz für institutionell ausgetragene Profilneurosen sein, sondern es sollte der offene Diskurs über die Möglichkeiten eines guten Miteinanders, Nebeneinanders und Ineinander gepflegt werden. Denn Entfaltungsmöglichkeiten für jeden Motivierten werden auch weiterhin und dauerhaft bestehen bleiben.

Beispiele für das gelungene Miteinander lassen sich zahlreich finden. Ein vorbildliches Projekt ist dabei unter anderem die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ gemeinsam herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) und der Bundesärztekammer. Es verknüpft die breite Basis der Hospizbewegung mit der wissenschaftlichen Fachlichkeit der medizinischen Welt. Darüber hinaus ist es zu einem politischen Schwergewicht geworden, das aktuell den Kulturwandel und Erhalt des gesellschaftlichen Konsens der Hinwendung zur besseren Betreuung von Menschen am Lebensende wesentlich mitträgt.

In der Präambel der Charta heißt es: „Die letzte Lebensphase und das Sterben eines Menschen zu begleiten und Trauernden zur Seite zu stehen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Dies stellt hohe Anforderungen an eine umfassende, multiprofessionelle und vernetzte ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung, welche insbesondere die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen sowie die Stärkung der Lebensqualität anstrebt. In dieser Phase ist ein schwerstkranker und sterbender Mensch in besonderer Weise auf die individuelle Unterstützung und das Miteinander in der Gemeinschaft angewiesen. Die Begleitung eines sterbenden Menschen als wesentliche Lebenserfahrung ist in ihrer Einzigartigkeit zu würdigen und zu respektieren.“

Alle Unterzeichner der Charta schließen sich mit ihrer Unterschrift dem Ziel an, im Rahmen ihrer Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten darauf hinzuwirken, Voraussetzungen für ein Gelingen dieser herausfordernden Aufgabe zu schaffen.

Es ist zu hoffen, dass sich die strukturelle Versorgungslandschaft dabei auch zukünftig weiter dynamisch ausdifferenziert und kontinuierlich entlang der tagespolitischen und berufspolitischen Rahmenbedingungen entwickelt. Das wäre begrüßenswert, um übergangs- und lückenlos palliative und hospizliche Konzepte anbieten zu können, wenn dabei die prinzipielle Idee und die inhaltliche Bedeutung der Hospiz- und Palliativversorgung der zentrale Bezugspunkt und auch Erfolgsparameter bleiben. Eine positive Entwicklung gemäß der Konzeption der Charta wird aber kein Selbstläufer werden, sondern bedarf steten Engagements und steten Energieaufwandes aller beteiligter Gruppierungen und Personen.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Gemeinsam mit einem Chartaprozess möchten Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DJPV) und die Bundesärztekammer die gesellschaftliche Diskussion mit drängenden Fragen der Versorgung sterbender Menschen anstoßen:

■ Gesellschaftspolitische Herausforderungen:

- Der schwerstkranke und sterbende Mensch ...
 - ... ist und bleibt Teil der Familie und des sozialen Umfeldes: Krank werden, älter werden und Abschied nehmen gehören zum Leben;
 - ... hat ein Recht auf adäquate Symptom- und Schmerzbehandlung, psychosoziale Begleitung und – sofern notwendig – eine multiprofessionelle Betreuung;

- ... und seine Angehörigen brauchen bei Entscheidungen in Grenzsituationen fachkompetente Ansprechpartner;
- ... muss sicher sein können, mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert zu werden. Ein würdevolles Sterben verlangt Zeit, Raum und kompetenten Beistand;
- ... muss darauf vertrauen können, dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Am Lebensende kann auch der mutmaßliche Wille des Patienten entscheidend sein;
- ... braucht die Gesellschaft in besonderer Weise. Dem sterbenden Menschen ist die mitverantwortliche Begleitung durch Familie, Freunde, Ehrenamtliche nach seinen Wünschen zu ermöglichen.
- Sensible und differenzierte Berichterstattung kann zur Enttabuisierung des Sterbens beitragen. Existenzielle und alltägliche Erfahrungen sterbender Menschen sind ein wesentliches Thema unserer Zeit.

■ Bedürfnisse des Betroffenen

- Schwerstkranke und sterbende Menschen bedürfen einer Versorgung, die je nach individueller Situation multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten erfordert. Dazu bedarf es regional vernetzter Versorgungsstrukturen.
- Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Familien bedürfen der umsorgenden und entlastenden Begleitung: Der Arbeit ehrenamtlich Tätiger in den ambulanten Hospizdiensten

kommt dabei besondere Bedeutung zu. Dieses Engagement ist aktiv zu unterstützen

- Die meisten Menschen wünschen sich, ihre letzte Lebensphase im häuslichen bzw. in einem vertrauten Umfeld zu verbringen. Dies erfordert eine qualifizierte zwischen den beteiligten Diensten und Berufsgruppen abgestimmte ambulante Palliativversorgung.
 - Palliativstationen und stationäre Hospize sind für die Versorgung sterbender Menschen und ihnen Nahestehende bedeutsame Einrichtungen. In den regional vernetzten Strukturen sind sie wichtige Partner.
 - Abschließend wird in eigenen Texten auf die Besonderheiten hingewiesen von:
 - Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
 - Menschen im hohen Lebensalter
 - Menschen mit Behinderung
- **Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung.** Es werden Ziele definiert zur Aus-, Weiter- und Fortbildung bereits in der Schule, von Menschen in medizinischen Berufen oder von Hospizhelfern. Daneben werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung empfohlen.
- **Entwicklungsperspektiven und Forschung**
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit

- Förderung von Forschungsstrukturen und Forschern
- Entwicklung einer angemessenen Forschungsethik, adäquater Forschungsmethoden
- Organisation des Wissenstransfers
- Forschungswidmung auch den sozialen, kulturellen, religiösen und ethnischen Lebensumständen

– **Die europäische und internationale Dimension**

- Umsetzung der Europaratsempfehlungen in Deutschland
- Umfassende Versorgung, auch der Nichttumorpatienten
- Beachten der nationalen und internationalen Dimension von
 - Versorgungsformen
 - Einrichtungen
 - Politik
 - Selbstverwaltung
 - Qualitätssicherung
 - Forschung
 - Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - Unterstützung der Angehörigen
 - Kommunikation
 - Teams, Teamarbeit und Versorgungsforschung

Literatur

- Quill TE, Abernethy AP (2013) Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. N Engl J Med 368:1173–1175
- Stolberg M (2011) Die Geschichte der Palliativmedizin. Mabuse, Frankfurt am Main

Grundlagen der Symptomkontrolle

Wolf Diemer

- 2.1 Symptome bei fortschreitenden Erkrankungen – 17
- 2.2 Kausale (kurative) Behandlungen und
 palliativmedizinische Therapie– 18
- 2.3 Multidisziplinäre und multiprofessionelle Therapie
 möglichkeiten – 20
- 2.4 Multiprofessionelle und interdisziplinäre
 Palliativbehandlung– 21
- 2.5 Die Rolle des Chirurgen und Gastroenterologen
 in der Palliativversorgung – 22
- 2.6 Strahlentherapie– 23
- 2.7 Nichtmedikamentöse Therapien– 23
- 2.8 Medikamentöse Therapien – 24
- 2.9 Dauer- und Bedarfsmedikation– 25
- 2.10 Dem Krankheitszustand angemessene Diagnostik
 und Therapie – 26
- 2.11 Therapieplanung und Überprüfung– 26
- 2.12 Prävention und Rehabilitation, bedürfnisorientierte
 vorausschauende Behandlung und Betreuung– 27
- 2.13 Dokumentation– 27
- Literatur – 28