

Matthias Thöns
Thomas Sitte *Hrsg.*

Repetitorium Palliativmedizin

Zur Vorbereitung auf die Prüfung
Palliativmedizin

2. Auflage

 Springer

Repetitorium Palliativmedizin

Matthias Thöns
Thomas Sitte
(Hrsg.)

Repetitorium Palliativmedizin

Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin

2., überarbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 50 Abbildungen

 Springer

Herausgeber

Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V. Wiesenstr. 14

58452 Witten

Deutschland

Dr. med. Thomas Sitte

Deutsche PalliativStiftung

Vorstandsvorsitzender

Am Bahnhof 2

36037 Fulda

Deutschland

Im Text wird größtenteils die maskuline Form bei der Nennung von Personen und Dingen verwendet. Diese schließt selbstverständlich auch Patientinnen bzw. Therapeutinnen mit ein.

ISBN 978-3-662-49324-3

DOI 10.1007/978-3-662-49325-0

ISBN 978-3-662-49325-0 (eBook)

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 Berlin Heidelberg 2013, 2016

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

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 Sterbebegleitung 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 Sterbebegleitung 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 beseitigen¹. So entschied der Bundestag zunächst das »Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung«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 Kran-**

1 Sitte T (2015) Palliativversorgung statt Tötung auf Verlangen? Inauguraldissertation. ► 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>

kenpflege 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>B.O. Maier, Th. 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	4
1.4	Grundsätzliche Charakteristika unterschiedlicher Versorgungsebenen	4
1.5	Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung	8
1.6	Hospizliche und palliative Versorgung	9
	Literatur	11
2	Grundlagen der Symptomkontrolle	13
	<i>W. Diemer</i>	
2.1	Symptome bei fortschreitenden Erkrankungen	15
2.2	Kausale (kurative) Behandlungen und palliativmedizinische Therapie	16
2.3	Multidisziplinäre und multiprofessionelle Therapiemöglichkeiten	18
2.4	Interdisziplinäre und multiprofessionelle Palliativbehandlung	19
2.5	Die Rolle des Chirurgen und Gastroenterologen in der Palliativversorgung	19
2.6	Strahlentherapie	20
2.7	Nichtmedikamentöse Therapien	20
2.8	Medikamentöse Therapien	21
2.9	Dauer- und Bedarfsmedikation	22
2.10	Dem Krankheitszustand angemessene Diagnostik und Therapie	23
2.11	Therapieplanung und Überprüfung	23
2.12	Prävention und Rehabilitation, bedürfnisorientierte vorausschauende Behandlung und Betreuung	23
2.13	Dokumentation	24
	Literatur	25
3	Schmerztherapie	27
	<i>M. Thöns, B. Hait</i>	
3.1	Einführung	28
3.2	Total Pain	30
3.3	Schmerzanamnese	32
3.4	Schmerzleitung	34
3.5	Schmerztoleranz und Schmerzschwelle	34
3.6	Schmerzarten	34
3.7	Schmerztherapie	38
	Literatur	59
4	Gastrointestinale Symptome	61
	<i>W. Diemer, M. Freistühler, M. Thöns</i>	
4.1	Einführung	63
4.2	Übelkeit und Erbrechen	63
4.3	Diarrhö	67

4.4	Obstipation	71
4.5	Ileus	73
4.6	Aszites	77
	Literatur	78
5	Pulmonale Symptome	81
	<i>Th. Sitte, M. Thöns</i>	
5.1	Atemnot	82
5.2	Husten	89
5.3	Therapie, Hämoptoe	91
5.4	Obere Einflusstauung	94
	Literatur	94
6	Neuropsychiatrische Symptome	97
	<i>Ch. Gerhard, Th. Sitte</i>	
6.1	Verwirrtheit und Delir	98
6.2	Depression	100
6.3	Schlafstörungen	101
6.4	Restless-legs-Syndrom	102
6.5	Epileptische Anfälle	103
6.6	Angst	108
	Literatur	108
7	Anorexie-Kachexie-Syndrom	111
	<i>M. Thöns, B. Hait</i>	
7.1	Ernährung	112
7.2	Ernährungsmedizinische Aspekte in der Palliativversorgung	114
7.3	Diagnostik	115
7.4	Therapeutisches Vorgehen	115
7.5	Künstliche Ernährung	119
7.6	Flüssigkeitsgabe am Lebensende	123
7.7	Mundpflege	125
7.8	Fatigue	126
	Literatur	129
8	Dermatologische Symptome	131
	<i>M. Thöns, Th. Sitte</i>	
8.1	Behandlung chronischer Wunden	132
8.2	Wundmanagement – Grundsätzliches	133
8.3	Prinzipien der Wundbehandlung	135
8.4	Symptomkontrolle in der Wundbehandlung	140
	Literatur	146
9	Terminalphase	149
	<i>M. Thöns, C. Gerhard</i>	
9.1	Grundsätzliches	151

9.2	Letzte Lebensphasen	152
9.3	Haltung ist wichtig	154
9.4	Die 10 Aufgaben am Lebensende	154
9.5	Liverpool Pathway of the Dying (LCP)	159
9.6	Mundpflege	160
9.7	Depression	162
9.8	Angst	164
9.9	Symptomkrisen am Lebensende/Notfälle	166
9.10	Nahtoderfahrungen	175
9.11	Sterbephasen nach Kübler-Ross	176
9.12	Zeichen des nahenden Todes	177
9.13	Nach dem Todesfall	178
	Literatur	180
10	Psychosoziale und spirituelle Aspekte	181
	<i>E. Eichner, Chr. Jung-Borutta</i>	
10.1	Palliative Care	182
10.2	Integration existentieller und spiritueller Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen	185
10.3	Das soziale Umfeld der Patienten	189
10.4	Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer sowie deren kulturellen Aspekten	190
10.5	Auswirkungen von Belastungen auf Betroffene, soziale Systeme und Familienstrukturen	190
10.6	Humor in der Palliativmedizin – ist Lachen die beste Medizin?	191
	Literatur	193
11	Trauer	195
	<i>E. Wilde, Chr. Jung-Borutta</i>	
11.1	Einleitung	196
11.2	Der trauernde Mensch	197
11.3	Zusammenfassung	200
11.4	Begleitung und Therapie bei Trauer	200
11.5	Phasen der Trauer	202
11.6	Trauer und Depression	205
11.7	Trauer und Schuldzuweisung	206
11.8	Reaktionen auf die eigene unheilbare Krankheit	208
	Literatur	208
12	Spiritual Care	209
	<i>Chr. Jung-Borutta, Th. Sitte</i>	
12.1	Das Menschenbild in der Palliativmedizin	210
12.2	Der spirituelle Schmerz	211
12.3	Beispiele	211
12.4	Religiöse Spiritualität	213
12.5	Spiritual Care ganz praktisch: das Ritual	213

12.6	Spiritual Care ist ein Denkkonzept	216
12.7	Spiritual Care ist Begegnung	216
12.8	Spiritual Care ist Begegnung und Begegnung ist Kommunikation	219
	Literatur	224
13	Ethik in der Palliativmedizin	225
	<i>G. Neitzke</i>	
13.1	Definitionen: Wert – Moral – Ethik	226
13.2	Ethische Begründungssysteme	228
13.3	Ethik und Moral im Gesundheitswesen	229
13.4	Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung	232
13.5	Ethikberatung im Gesundheitswesen	234
	Literatur	235
14	Rechtliche Aspekte	237
	<i>W. Putz, M. Thöns</i>	
14.1	Rechtliche und ethische Grundlagen des ärztlichen Berufs	239
14.2	Behandlungsfehler in der Palliativmedizin	243
14.3	Betreuungsrecht	250
14.4	Der neue § 217 StGB	252
	Literatur	252
15	Wahrnehmung und Kommunikation	253
	<i>G. Franck, Th. Sitte</i>	
15.1	Verbale – nonverbale Kommunikation	255
15.2	Aufklärungsgespräch	260
15.3	Entscheidungsgespräch	264
15.4	Konfliktgespräch	265
15.5	Angehörigengespräch	266
15.6	Kommunikation im Team	267
	Literatur	268
16	Teamarbeit und Selbstreflexion	269
	<i>B. Hait, Th. Sitte</i>	
16.1	Haltung als Grundlage palliativer Arbeit	270
16.2	Interdisziplinarität und Teamarbeit als Ausdruck der Haltung in Palliative Care	272
16.3	Team als Strategie zum Erreichen des Ziels	273
16.4	Voraussetzungen für ein gut funktionierendes interdisziplinäres Team	274
16.5	Probleme und Schwierigkeiten im Teamwork	275
16.6	Selbstreflexion	277
16.7	Burnout	278
16.8	Resilienz	280
16.9	Zukünftige Herausforderungen für interdisziplinäre Palliativteams	281
	Literatur	281
17	Arzneimittel in der Palliativmedizin	283
	<i>K. Ruberg, M. Thöns</i>	
17.1	Einführung	285

17.2	Grundlagen	286
17.3	Wichtige Arzneimittelgruppen	291
17.4	Palliative Sedierung	309
	Literatur	311
18	Der neue § 217 StGB	313
	<i>R. Rissing-van Saan</i>	
18.1	Einleitende Worte der Herausgeber	314
18.2	Kommentar für die Praxis	314
	Anhang	317
	Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid	321
	Stichwortverzeichnis	325

Autorenportrait



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



Thomas Sitte

Facharzt für Anästhesiologie, Palliativmediziner, Kursleiter und Train the Trainer Palliativmedizin, Geschäftsführer Pro Palliativ-Netz GmbH & Co. KG, Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung, Vorstandsmitglied GesundheitsNetz Osthessen eG

Autorenverzeichnis

Dr. med. Wolf Diemer

Zentrum f. Palliativmedizin
Evangelisches Krankenhaus
Herne
Wiescherstr. 24
44623 Herne

Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner

Augsburger Palliativversorgung GmbH
Stadtberferstr. 21
86157 Augsburg

Dipl.-Psych. Gideon Franck

Institut für Gesundheit
Karlstr. 4
36037 Fulda

Dr. med. Markus Freistühler

Innere Medizin
St. Marien-Krankenhaus
Werdener Straße 3
40878 Ratingen

Dr. med. Christoph Gerhard

Palliativkonsiliardienst
Kath. Kliniken Oberhausen
Mühlheimer Str. 83
46045 Oberhausen

Dr. Boris Hait

Palliativzentrum Unna
Katharinen-Hospital Unna
Obere Husemannstr. 2
59423 Unna

Pfarrerin Christine Jung-Borutta

Zentrum f. Hospiz und Trauerarbeit
Königsallee 135
44789 Bochum

Dr. med. Bernd Oliver Maier

St. Josefs-Hospital
Wiesbaden
Beethovenstrasse 20
65189 Wiesbaden

Dr. med. Gerald Neitzke

Institut für Geschichte,
Ethik und Philosophie der
Medizin
MHH Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30525 Hannover

Wolfgang Putz

Medizinrechtliche Sozietät
Putz & Steldinger
Quagliostr. 7
81543 München

Prof. Dr. jur. Ruth

Rissing-van Saan
Sekretariat Prof. Dr. Klaus Bernsmann
Lehrstuhl für Straf- und Strafprozessrecht
Juristische Fakultät
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150
44801 Bochum

Dr. rer. medic. Klaus Ruberg

Kronen-Apotheke-Marxen
Marxen-Ruberg OHG
Kronenweg 82
50389 Wesseling

Dr. med. Thomas Sitte

Deutsche Palliativstiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Dr. med. Matthias Thöns

Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstr. 14
58452 Witten

Dr. med. Elmar Wilde

Almsstraße 36/37
31134 Hildesheim

Grundlagen und Versorgungsstrukturen

B.O. Maier, Th. Sitte

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

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.

1967 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.

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)

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 existierenden 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 15.03.13)

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. Chemo-

therapie 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 15.03.13)

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 Betreuungsansatz. Auch dafür gibt es keine Präzedenz 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 Tumortherapie, 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.

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 ermit-

telt 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 Behand-

lungssektor. 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 regelhaft sektorenübergreifend ausgerichtet ist, wird diese sektorale Grenze häufig zum Prüfstein 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 Bedarfsgerechtigkeit 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 richtungweisend, 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

- **Basiskonzepte** in Palliativmedizin setzen etwa voraus:
 - Basismanagement von Schmerzen, Depression, Angst und anderen Symptomen
 - Basisdiskussion zu Prognose, Therapiezielen, Leidensvermeidung, Vorsorgeplanung
- **Spezialistenkonzepte**
- 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 (Stollberg 2011; Quill et al. 2013)

Aufgrund der wenig 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
 - 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 allgemei-

nen 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 eine 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 Profilleitungen 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

1
 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 mitprägt.

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 (DHPV) 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, Mabu-se, Frankfurt am Main

Grundlagen der Symptomkontrolle

W. Diemer

- 2.1 Symptome bei fortschreitenden Erkrankungen – 15
- 2.2 Kausale (kurative) Behandlungen und palliativmedizinische Therapie – 16
- 2.3 Multidisziplinäre und multiprofessionelle Therapiemöglichkeiten – 18
- 2.4 Interdisziplinäre und multiprofessionelle Palliativbehandlung – 19
- 2.5 Die Rolle des Chirurgen und Gastroenterologen in der Palliativversorgung – 19
- 2.6 Strahlentherapie – 20
- 2.7 Nichtmedikamentöse Therapien – 20
- 2.8 Medikamentöse Therapien – 21
- 2.9 Dauer- und Bedarfsmedikation – 22
- 2.10 Dem Krankheitszustand angemessene Diagnostik und Therapie – 23
- 2.11 Therapieplanung und Überprüfung – 23
- 2.12 Prävention und Rehabilitation, bedürfnisorientierte vorausschauende Behandlung und Betreuung – 23
- 2.13 Dokumentation – 24
- Literatur – 25

Kasuistik

Frau Sylvia R. ist 56 Jahre alt. Sie leidet an einem fortgeschrittenen Kolonkarzinom (Erstdiagnose 2008) mit Lebermetastasen (seit 2011) und wird wegen zunehmender Luftnot auf die Palliativstation eingewiesen, nachdem die ambulante Versorgung zu Hause nicht mehr ausreicht hat.

Im palliativmedizinischen Basisassessment wird bei der Aufnahme klar, dass sich ihr Allgemeinbefinden sehr verschlechtert hat und die zunehmende Luftnot (mit 5/10 auf der Numerischen Rating-Skala [NRS]) es ihr jetzt unmöglich macht, selbstständig einkaufen zu gehen. Weitere Symptome finden sich bei der ersten Aufnahme auf die Palliativstation nicht: Es werden keine Schmerzen, keine Depressivität oder Angst angegeben und keine interkurrenten Erkrankungen als Ursache der Dyspnoe festgestellt. Bei Frau R. besteht weder eine Raucheranamnese noch eine vorbekannte Lungenerkrankung.

Im Röntgen-Thorax-Bild (■ Abb. 2.1) zeigt sich ein großer Pleuraerguss links mehr als rechts, so dass bei guten Gerinnungswerten zunächst die Pleurapunktion links mit der Patientin besprochen und unter Ultraschallkontrolle durchgeführt wird.

Danach tritt eine rasche Symptomlinderung ein. Im Pleurapunktat lassen sich Tumorzellen nachweisen, so dass von einer Pleurakarzinose auszugehen ist. Es folgen ausführliche Gespräche unter Einbeziehung der Seelsorgerin und der Psychoonkologin mit Frau R. und ihrem Ehemann um die häuslichen Belastungen im Falle des weiteren Krankheitsprogresses abzuklären und die Krankheitsverarbeitung zu erleichtern. Frau R. wünscht sich die Beratung durch die Sozialarbeiterin zur Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Frau R. kann rasch wieder in die ambulante Versorgung entlassen werden.

Als nach 10 Tagen die Beschwerden jedoch bereits wieder zugenommen haben, wird Frau R. erneut aufgenommen und nach der multiprofessionellen Teambesprechung und Konsultation mit den Thoraxchirurgen dort zur videoassistierten Pleurodese vorgestellt.

Die thoraxchirurgischen Kollegen führen die Pleurodese links durch, danach besteht zunächst wieder eine gute Symptomlinderung. Frau R. kann

jetzt zunächst im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch den Hausarzt weiter betreut werden.

Nach etwa zwei Monaten kommt es zu starker Inappetenz bei Frau R., die es ihr immer schwerer macht, sich ausreichend Energie zuzuführen. Der Gewichtsverlust und die zunehmende Schwäche führen zur erneuten stationären Aufnahme. Der etwas ältere Ehemann ist mit der häuslichen Pflege seiner Ehefrau bereits überfordert.

Bei der palliativmedizinischen Re-Evaluation berichtet Frau R. jetzt auch von Oberbauchschmerzen (die mit 4/10 auf der visuellen Analogskala bereits behandlungsbedürftig sind). Die Oberbauchschmerzen korrelieren gut mit den zunehmenden Lebermetastasen. Sie erhält Dronabinol 2 × 2,5 mg täglich p.o. gegen die Inappetenz und Dexamethason in absteigender Dosierung gegen den Leberkapsel-Spannungsschmerz in Verbindung mit einem Protonenpumpenhemmer zum Schutz vor gastrointestinalen Nebenwirkungen. Im Rahmen der multiprofessionellen Palliativbehandlung kann ihre Mobilität durch die von den Physiotherapeuten durchgeführte Krankengymnastik wieder verbessert werden. Vor der Entlassung wird in Absprache mit dem betreuenden Hausarzt die Weiterbetreuung im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV gem. § 37b und 132d im SGB V) veranlasst, um zu ermöglichen, dass Frau R. so lange wie möglich weiter ambulant betreut werden kann. Es wird auch der Kontakt zum ambulanten Hospizdienst und dem ambulanten Palliativpflegedienst hergestellt, beide möchte Frau R. zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht in Anspruch nehmen. Unter niedrig dosiertem Dexamethason (4 mg täglich) in Verbindung mit dem Protonenpumpenhemmer ist der Leberkapselschmerz gering (VAS 0-1) und der Appetit ausreichend, so dass Frau R. über nahezu drei Monate wieder gut von ihrem Ehemann betreut werden kann.

Danach erst nehmen Schwäche und Luftnot wieder deutlich zu, Frau R. ist jetzt anämisch und hat in den letzten vier Wochen nur noch wenig Appetit verspürt. Sie wünscht jedoch keine lebensverlängernden Maßnahmen, wie Bluttransfusionen, künstliche Ernährung oder andere invasive Therapien. Daher erhält Frau R. jetzt niedrig dosiertes



■ **Abb. 2.1** Röntgen-Thorax-Aufnahme: Pleuraerguss links mehr als rechts

Morphin p.o. zur Linderung der Luftnot, damit wird bereits ein guter Effekt erreicht. So kann die Patientin durch ihren Ehemann mit Unterstützung des Palliativpflegedienstes und der SAPV bis zum Lebensende weiter zu Hause gepflegt werden.

2.1 Symptome bei fortschreitenden Erkrankungen

In der kurativen Medizin wird anhand der neu aufgetretenen Symptome zunächst die Krankheitsdiagnose gestellt und die Linderung der Symptome dann im Rahmen der Besserung oder Heilung der Grunderkrankung erwartet.

Dieses Vorgehen ist in der Palliativmedizin vielfach nicht mehr möglich, daher gewinnt die Symptomkontrolle und -behandlung (das englische Wort »symptom control« umfasst auch die Behandlung) trotz der Unheilbarkeit der fortgeschrittenen Grunderkrankung eine hohe Bedeutung zur Sicherung der Lebensqualität der Betroffenen und Vermeidung der Überlastung der Angehörigen.

In der Palliativmedizin steht also nicht die Erkrankung (= diagnosezentriert), sondern die Bedürfnisse des Betroffenen und seiner Angehörigen (= bedürfnis- und symptomzentriert) im Vordergrund der Palliativversorgung.

Dabei ist jedoch stets zu beachten, dass die Palliativmedizin **nicht** nur Symptomtherapie oder

Schmerzbehandlung durchführt, sondern im Sinne ihrer Begründerin Cicely Saunders stets den ganzen Patienten einschließlich seiner Angehörigen im Blick hat (Kearny 1992; Loke et al. 2011), die mit der Betreuung zu Hause nicht überfordert werden dürfen.

Dieses Assessment unterscheidet sich inhaltlich und umfangreich von den herkömmlichen Aufnahmeuntersuchungen im Krankenhaus, da im Palliativkontext neben der körperlichen Dimension weitere Dimensionen berücksichtigt werden müssen.

Zur Beschreibung dieses multidimensionalen Versorgungsbedarfs des Patienten stehen eine Reihe geeigneter Verfahren zur Auswahl. Die Anwendung unterschiedlicher standardisierter Messverfahren in Kombination gewährleistet hierbei:

- Standardisierte Erfassung der Ausgangssituation zu Beginn einer palliativmedizinischen Behandlung und/oder Versorgung
- Evaluation, Vergleichbarkeit (Benchmarking), Forschung und Qualitätssicherung
- Standardisierte Abbildung der Situation und des Versorgungsbedarfs von Patienten
- Standardisierte Abbildung des Versorgungsaufwands des behandelnden Teams und/oder der behandelnden (versorgenden) Einrichtung
- Dokumentation des Aufwands (zum Beleg für den dem Aufwand entsprechenden Vergütungsanspruch)

Die Symptomkontrolle beginnt mit dem **palliativen Basisassessment**: Genau wie für die Schmerzanamnese und -analyse eine umfangreiche Befragung und Untersuchung zur möglichst genauen Feststellung der Schmerzursache, z. B. **nozizeptiv** (bzw. viszeral) oder **neuropathisch**, entscheidend für die erfolgreiche **mechanismenorientierte** Behandlung der Schmerzen in der Palliativversorgung ist, ist die möglichst präzise Ursachenanalyse bezüglich der anderen Krankheitssymptome ebenso unverzichtbar. Die jeweilige Symptomlast (am besten jeweils zu erfassen mit der numerischen bzw. visuellen Analogskala: VAS 0 [keine Beschwerden] bis VAS 10 [stärkste vorstellbare Beschwerden]) ist das beste Maß für die Verlaufsbeobachtung und zur Einschätzung der erforderlichen Behandlungsintensität.

Dabei erfordert die palliativmedizinische Behandlung hohe Aufmerksamkeit auf die Details

(»attention to detail«), denn Krankheiten am Lebensende sind akute Erkrankungen mit sich rasch ändernden klinischen Situationen, Komplikationen können jederzeit auftreten. Die symptomorientierte Behandlung kann auch wieder zu eigenen Problemen führen. Die Reaktion von Patient und Familie auf die Krankheit kann sich drastisch ändern je nach dem Ausmaß von Verleugnung, Depression, Ängstlichkeit oder Akzeptanz der Erkrankung (Gutgsell 2009).

Diese wechselnden Situationen erfordern die häufige Re-Evaluation des Patienten, nicht nur auf der Palliativstation, sondern genauso auch im Hospiz und bei der häuslichen Palliativversorgung.

■ Tab. 2.1 zeigt die häufigsten Symptome bei der Aufnahme auf eine Palliativstation. Dazu kommt Leid durch schwierige psychosoziale Situationen z. B. auch mit Überforderung der Angehörigen (sowohl körperlich durch die Pflege als auch psychisch mit dem Krankheitsfortschreiten bei dem schwerkranken Familienangehörigen) und spirituelles Leid, das ebenso im Sinne des »Total-Pain-Konzeptes« (■ Abb. 2.2) von Cicely Saunders im Rahmen der Palliativversorgung mitbehandelt werden muss.

2.2 Kausale (kurative) Behandlungen und palliativmedizinische Therapie

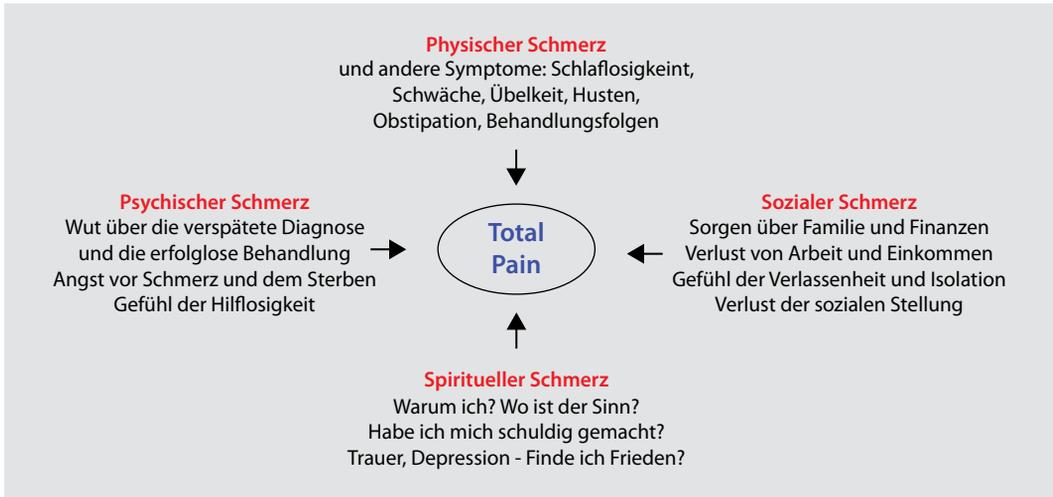
In der Palliativmedizin steht die Steigerung der Lebensqualität durch den frühzeitigen Beginn palliativmedizinischer Maßnahmen ganz im Vordergrund. Das bedeutet jedoch nicht, dass krankheitskausale (sog. palliative [potenziell lebensverlängernde]) Therapien durch z. B. den Onkologen und die palliativmedizinische Behandlung sich gegenseitig ausschließen:

Die Kollegen aus der Arbeitsgruppe um Andrew Billings am Massachusetts General Hospital in Boston konnten nachweisen, dass diejenigen Patienten, die zusätzlich zur onkologischen Standardbehandlung ihres nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms frühzeitig begleitend palliativmedizinische Mitbehandlung erhielten (»Early Integration of Palliative Care«) im Durchschnitt eine deutlich bessere Lebensqualität, geringere Depressivität und

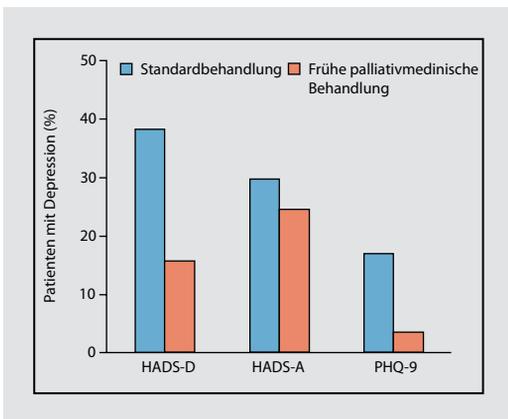
■ Tab. 2.1 Symptome in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit bei der Aufnahme in eine Palliativstation (n = 1087 Patienten) (Radbruch et al. 2002)

Symptom	Häufigkeit (%)
Schwäche	76,5
Schmerzen	64,6
Appetitlosigkeit	49,6
Übelkeit	36,8
Kachexie	32,9
Dyspnoe	29,4
Obstipation	24,2
Neurologische Symptome (Krampfanfälle, Bewusstseinstörung)	19,6
Anämie	16,9
Ödeme	15,6
Psychiatrische Symptome (Angst/Depression, Delir/Verwirrtheit)	15,0
Schlafstörungen	11,4
Husten	11,0
Aszites	8,9
Dysphagie	8,7
Urologische Symptome (Harnverhalt, Harnwegsinfekt)	7,5
Meteorismus/Dyspepsie	6,2
Fieber	5,2
Diarrhö	5,2
Tumorblutung	4,0
Juckreiz	2,8
Andere Symptome	10,2
Keine	1,3
Mehrfachnennungen	93,7

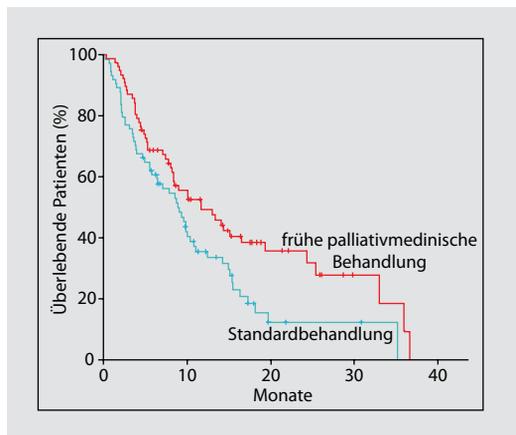
letztendlich sogar ein um 2,7 Monate verlängertes Überleben gegenüber der Gruppe allein onkologisch behandelter Patienten aufwies, obwohl sie weniger aggressive onkologische Therapien erhielten, als die Patienten in der Standard-Behandlungsgruppe (■ Abb. 2.3 und ■ Abb. 2.4). Daher wurde



■ **Abb. 2.2** Bestandteile des Total-Pain-Konzeptes. (Nach Saunders 1993)



■ **Abb. 2.3** Geringere Depressivität in der Patientengruppe mit früher Einbeziehung der Palliative Care Teams gemessen mit den Depressionsfragebögen HASD (für Depressivität und Angst) und PHQ-9 für schwere Depression. (Nach Temel et al. 2010)



■ **Abb. 2.4** Längere Überlebens in der Patientengruppe mit früher Einbeziehung der Palliative-Care-Teams (median 11,6 Monate) gegenüber 8,9 Monate in der Standard-Behandlungsgruppe. (Nach Temel et al. 2010)

dieses Konzept in den USA und anderen englischsprachigen Ländern (z. B. Australien) bereits als Standardvorgehen etabliert (Temel et al. 2010).

Auch das »Kursbuch Palliativmedizin« von Bundesärztekammer und Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin (► <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.131>) betont die Steigerung der Lebensqualität durch einen frühzeitigen

Beginn palliativmedizinischer Maßnahmen (2012) und ähnlich fordern auch die WHO (1996) und der Europarat¹ (2012) die frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin in alle relevanten Behandlungspfade.

1 ► http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Europeaninstitutions/CouncilofEurope/COE_Recommend.aspx