



Stein Husebø
Gebhard Mathis *Hrsg.*

Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

6. Auflage

 Springer

Palliativmedizin

Stein Husebø
Gebhard Mathis
(Hrsg.)

Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

6. Auflage

Mit 22 Abbildungen und 19 Tabellen

 Springer

Herausgeber
Stein Husebø
Fana, Norway

Gebhard Mathis
Rankweil, Austria

ISBN 978-3-662-49038-9 978-3-662-49039-6 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-49039-6

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 1998, 2000, 2003, 2006, 2009, 2017

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

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland

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

Vorwort

Palliative Care und hier besonders die Palliativmedizin haben in den letzten Jahren eine vielfältige Entwicklung erfahren und sich stark ausgebreitet.

Zum ersten ist es die Frühintegration von *Palliative Care* bei Krebskranken, die eine deutlich verbesserte Lebensqualität bringt, teilweise auch längeres Leben. Eine besondere Herausforderung stellt die Ausweitung der Palliativversorgung auf andere chronische Erkrankungen mit begrenzter Lebenszeit dar. Beide Entwicklungen bergen eine Gefahr in sich: das haben wir immer schon gemacht. Konsequentes multiprofessionelles Denken ist hier gefragt: mehr an Kommunikation, mehr interdisziplinärer Austausch.

Die Forschung auf dem Gebiet der Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahren auch in den deutschsprachigen Ländern zunehmend entwickelt. Neben der Verbesserung der Schmerztherapie und Symptomkontrolle ist eine Vertiefung der Versorgungsforschung erstrebenswert. Doch haben in Deutschland erst 6 von 30 medizinischen Universitäten einen Lehrstuhl für Palliativmedizin.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist weitgehend implementiert und zeigt in den Evaluationen ermutigende Ergebnisse, indem deutlich mehr Menschen in ihrer vertrauten Umgebung, sei es zu Hause oder im Pflegeheim auf dem letzten Weg rechtzeitig und in Würde begleitet werden.

Entwicklungsbedürftig ist noch die allgemeine ambulante Palliativversorgung. Das mag an Berührungspunkten mancher Kollegen liegen und daraus resultierend auch Ausbildungsdefizite. Weiter sind in diesem Bereich die strukturellen Voraussetzungen zu verbessern. Es sind nicht nur Medikamente zu bezahlen, sondern auch Zeit, Zuwendung und interdisziplinäre Kommunikation.

Die große Herausforderung der palliativen Geriatrie darf nicht auf Sterbehilfe-Debatten reduziert werden, auch wenn es in manchen schönen Filmen so dargestellt wird. Es ist also noch viel zu tun.

Um den Rahmen dieses Buches nicht zu sprengen wurde auf einige Bereiche absichtlich verzichtet: Pädiatrie, Neurologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und andere Fachdisziplinen, die durchaus auch mit Fragen von *Palliative Care* konfrontiert sind. Hier soll besonders Grundsätzliches dargestellt werden, das auch auf andere Fachbereiche übertragbar ist.

Aus lesetechnischen Gründen wird im Buch im Allgemeinen von »Patient«, »Arzt« usw. gesprochen, es sind damit aber selbstverständlich immer auch weibliche Personen gemeint.

Es gibt gute, große Standardwerke zu *Palliative Care*. Wir wenden uns sozusagen an das »Fußvolk«, haben jedoch viele Literaturhinweise zur Vertiefung einzelner spezieller Fragen. Wir danken dem Springer-Verlag, Dr. Sabine Höschele, Hiltrud Wilbertz und Monika Liesenhoff für die gute Zusammenarbeit.

Wir hoffen, mit der nun 6. Auflage erneut einen kleinen Beitrag zu leisten, um den Anspruch, Inhalt und die Haltung der Palliativmedizin einer interessierten Leserschaft näherzubringen, zu erfüllen. Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge sind wir dankbar.

Stein Husebø
Bergen
Sommer 2016

Gebhard Mathis
Rankweil

Vorwort zur 1. Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser!

Am Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre wurden wir beide auf die moderne Hospizbewegung aufmerksam. Aus Erfahrungen in der Hospizarbeit in Großbritannien und Kanada ergaben sich neue Konzepte zur Behandlung und Betreuung schwerkranker Krebspatienten, wodurch Hoffnung und Linderung ihrer Leiden möglich wurden. Die dahinter stehenden Gedanken erschienen uns wichtig und vertiefenswert. Auch wir wollten in Skandinavien und Deutschland für eine bessere Lebensqualität unserer Patienten eintreten.

Es ist wohl kein Zufall, dass wir Anästhesisten ein besonderes Interesse an Intensivmedizin und Schmerztherapie haben. In der Schmerztherapie sehen wir, wie viel für leidende Patienten getan werden kann. In der Intensivmedizin werden wir mit großen und kleinen ethischen, psychosozialen und kommunikativen Fragen konfrontiert.

In den vergangenen Jahren hat die Hospizbewegung bedeutenden Einfluss gewonnen. Wir finden immer mehr Hospizinitiativen, Hospize und Palliativstationen in fast allen Ländern der Erde. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Hospizidee und der Palliativmedizin ein bedeutender Platz in der modernen Medizin eingeräumt werden muss, was sich auch in der weltweit zunehmenden Zahl wissenschaftlicher Publikationen und in mehr Lehrstühlen für Palliativmedizin widerspiegelt.

Die Patientengruppe, um die es hier geht, weist drei besondere Merkmale auf:

- *Erstens ist sie die größte aller Patientengruppen (... jeder Mensch muss sterben).*
- *Zweitens konnte in einer Reihe von Untersuchungen gezeigt werden, dass es kaum ein wichtigeres Thema für den einzelnen Menschen gibt als ein menschenwürdiges Sterben.*
- *Drittens gibt es keine Gruppe von Patienten, die schwächer und verletzbarer ist als die der Schwerkranken und Sterbenden; sie haben keine Kraft mehr, sich zur Wehr zu setzen.*

Gute Palliativmedizin und Hospizarbeit ist nicht möglich ohne menschliche und fachliche Kompetenz und ohne eine multidisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen. Diese Patienten brauchen fast täglich ärztliche Präsenz und Behandlung, sie brauchen Pflege, Verständnis, physische und psychische Stimulanz, Seelsorge, Nähe wie Distanz.

Es gibt also wichtige Gründe, um die Fortschritte und Innovationen in der Palliativmedizin *allen* Patienten zugänglich zu machen.

Dies wird sich nur ermöglichen lassen, wenn *jeder* Arzt und *jede* Krankenschwester, *jeder*, der beruflich schwer kranke und sterbende Patienten betreut, eine gründliche Ausbildung und Praxis in der Palliativmedizin erhält. Heute sind wir in Deutschland weit von diesem Ziel entfernt. Zwar gibt es bei uns eine steigende Zahl an Hospizinitiativen, Hospizen und Palliativstationen. Es gibt aber wenig Studentenunterricht und wenige Weiterbildungsprogramme und – verglichen mit anderen Ländern wie Großbritannien oder Skandinavien – kaum Forschung oder Publikationen zu diesen Themen. Langsam deutet sich jedoch eine Verbesserung an, und wir freuen uns über die positive Entwicklung auf diesem Gebiet in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz.

An einigen Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen haben wir als Vortragende teilnehmen dürfen. Das Interesse und der Enthusiasmus der Zuhörer ist enorm, und das berechtigt zu Hoffnung für die Zukunft. Für uns war es besonders erfreulich zu sehen, mit welcher Begeisterung die Medizinstudenten dieses Thema aufnahmen. Nur wenn es uns gelingt, diesen Fachbereich kompetent in die reguläre Medizinerausbildung zu integrieren, kann jeder Patient bei jedem Arzt entsprechendes Wissen und Können erwarten, und dies muss unser Ziel für die nahe Zukunft sein.

Die Studenten fragten uns unter anderem, wo sie mehr über Palliativmedizin erfahren und lesen können. Es gibt im deutschsprachigen Raum nur wenig medizinische Fachliteratur zu diesem Thema. Das dabei entstandene Vorlesungskompodium ist Vorläufer zu diesem Buch, in dem wir uns inhaltlich und thematisch weitgehend an die Vorlesungen halten. Ein wichtiges Anliegen bei der Gestaltung dieses Buches ist es, durch zahlreiche Literaturangaben zu weiterem Studium, zur Vertiefung der Kenntnisse und zu weiterer Forschung anzuregen.

Dieses Buch ist kein vollständiges Lehrbuch für Palliativmedizin. Wichtige Themen wie z. B. Chemo-, Hormon- oder Strahlentherapie bei Tumorkranken werden bei uns nur oberflächlich erwähnt. Viele andere Bereiche hätten einen größeren Raum verdient. Wir haben uns bemüht, ein Buch mit Anregungen für die Praxis zu schreiben, in dem empfindliche und schwierige Themen nicht ausgespart sind. Wieweit uns das gelungen ist, bleibt dem Urteil des Lesers vorbehalten ...

Die Definitionen, Beschreibungen und Begriffe auf diesem Gebiet sind nicht leicht zu überschauen. Wir sprechen von Hospizen, von Hospizinitiativen, Hospizbewegung, Hospizpflege, Hospizkonzept und Hospizidee. Wir sprechen von Palliativstationen, palliativer Pflege, Behandlung, Betreuung, Fürsorge, Krankengymnastik und Seelsorge und haben zusätzlich den Begriff Palliativmedizin eingeführt. Dabei sind diese Begriffe für ein klares Verständnis und zum Erreichen gemeinsamer Ziele wichtig. Auf englisch gibt es die Begriffe »hospice care« und »palliative care«. Für die Engländer ist die Verständigung einfacher, da »care« sowohl Behandlung wie auch Pflege und Fürsorge bedeuten kann.

International hat man sich darauf geeinigt, dass »palliative care« und »hospice care« gleichzusetzen sind. Der Begriff Palliativmedizin (»palliative medicine«) scheint sich jetzt – mit der zunehmenden Akzeptanz und Aufnahme des Fachgebietes an den Universitäten – allgemein durchzusetzen.

Palliativmedizin wird in Zukunft mit aller Wahrscheinlichkeit der Überbegriff für alle oben genannten Facetten sein, da nur die wissenschaftlich dokumentierten Erfahrungen eine breite Zustimmung bei den Ärzten finden wird. Die Verallgemeinerung dieser Bezeichnung bedeutet keineswegs eine Abwertung der »weichen« Teile des Hospizkonzeptes wie Pflege, psychosoziale Betreuung und Seelsorge. Ganz im Gegenteil: es bedeutet eine akademische und wissenschaftliche Anerkennung auch dieser Gebiete.

Wir möchten einen großen Dank an unsere Lehrer und Vorbilder zum Ausdruck bringen. Es sind v. a. die Patienten, die uns zeigen, wie wichtig das Leben in einer aussichtslosen Lage ist; wieviel Hoffnung, Qualitätsorientierung und Geduld bedeuten und wie lohnend es ist, sich um die Schwerkranken kümmern zu dürfen.

Dank sei auch unseren Familien gesagt, die im letzten Jahr viel Geduld und Fürsorge für uns aufgebracht und uns nach Kräften unterstützt haben. Ohne die großzügige Förderung der Deutschen Krebshilfe, die S. B. Husebø als Gastwissenschaftler nach Deutschland geholt hat, wäre das Buch kaum möglich gewesen. Der Springer-Verlag hat von Anfang an mit großem Einsatz, vielerlei Bemühungen und guter Zusammenarbeit die Publikation realisiert. Die Firma Mundipharma hat dieses Projekt sowie zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen beispielhaft unterstützt.

Stein B. Husebø, Eberhard Klaschik

im Herbst 1997

Die Autoren



Dr. med. Stein Husebø, geb. 1944

Medizinstudium in Graz und Lübeck

- 1982 Leiter des ersten norwegischen Teams für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Universitätskrankenhaus Bergen, Norwegen
- 1984 Leitender Redakteur der Skandinavischen Zeitschrift für Palliativmedizin
- 1988 Gründungsmitglied und erster Präsident der Skandinavischen Gesellschaft für Palliativmedizin
- 1989 Gründungsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin
- 1990 Chefarzt für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie an der Universitätsklinik Bergen
- 1995 Gastwissenschaftler in Bonn, gefördert von der Deutschen Krebshilfe
- 1998 Gastprofessur an der Universität Wien
- 1998 Leiter eines nationalen Projekts im Rote-Kreuz-Geriatriezentrum, Bergen, »Palliativmedizin für alte Menschen«
- 2000 Deutscher Schmerzpreis
- 2003 Gastprofessor an der IFF, Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt/Wien
- 2003 Leiter des europäischen Projekts: »Würde für die schwächsten Alten«
- 2008 Auszeichnung durch das Norwegische Rote Kreuz
- 2008 Eröffnung des Zentrums für »Würde – Fürsorge und Behandlung alter Menschen«, Rote Kreuz Pflegeheim, Bergen



Univ. Prof. Dr. Gebhard Mathis, geb. 1950

Medizinstudium in Wien

- 1978 Ausbildung zum Internisten in Hohenems, Feldkirch, Wien (Kardiologie) und St. Gallen (Onkologie)
- 1987 Oberarzt der internen Abteilung des Krankenhauses Hohenems
- 1993–2006 Chefarzt der internen Abteilung Landeskrankenhaus Hohenems
- 1993 Lehrbefugnis für innere Medizin an der Universität Innsbruck
- 1998 a. o. Univ.-Professor an der Medizinischen Universität Innsbruck
- 1999 Medizinischer Leiter des interdisziplinären Palliativlehrgangs im Bildungshaus Batschuns
- 2000 Mitarbeit am Palliativkonzept Vorarlberg »für alle die es brauchen«
- 2003 Aufbau, Eröffnung und Leitung der Palliativstation am Landeskrankenhaus Hohenems
- 2006 freie Praxis als Internist und umfassende Lehrtätigkeit
- 2009 Präsident der Österreichischen Krebshilfe Vorarlberg
- 2012 Toni-Ruß-Preis für den Aufbau der Palliativmedizin in Vorarlberg
- 2012 Großes Verdienstzeichen des Landes Vorarlberg



Dr. Otto Gehmacher, geb. 1963

Medizinstudium in Innsbruck

- 1989 2 1/2 Jahre Ausbildung in Südafrika
- 1998 FA innere Medizin
- 2001 Ultraschall Kursleiter
- 2002 Additivfach für Onkologie und Gastroenterologie, Palliative Care Diplom, Schmerzdiplom
- 2003 leitender OA Palliativstation Hohenems
- 2007 ärztliche Leitung mobiles Palliativteam
- Rege Vortragstätigkeit zum Thema Schmerz, Palliativ Care und Ultraschall im In und Ausland



Prim. Univ. Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, geb. 1959

Medizinstudium in Graz

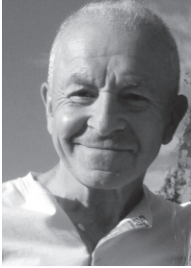
- 1986 Absolvierung der Turnausbildung, LKH Klagenfurt
- 1989 Ärztlicher Leiter der Stellungskommission des Militärkommandos Tirol
- 1990 Beginn der Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie im LKH Klagenfurt
- 1994 Facharzt für Anästhesiologie und allgem. Intensivmedizin
- 1999 Lehrbefugnis als Universitätsdozent für Habilitationsfach Anästhesiologie und Intensivmedizin
- 2008 Verleihung des Berufstitels »Universitätsprofessor« seitens der Medizinischen Universität Graz
- 2010 Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, LKH Klagenfurt



Prof. Dr. med. Bettina Sandgathe Husebø, PhD, geb. 1959

Medizinstudium in Aachen und Bonn

- 1990 Mitarbeiterin auf der Palliativstation und des Hausbetreuungsdienstes im Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg
- 1996 Oberärztin für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg
- 1997 Chefärztin im Rote-Kreuz-Geriatriezentrum Bergen, dem größten Geriatriezentrum und Pflegeheim in Norwegen; Mitarbeiterin im nationalen norwegischen Projekt »Palliativmedizin für alte Menschen«
- 2000 Eröffnung der ersten Palliativstation in einem norwegischen Pflegeheim: Rote Kreuz Pflegeheim, Bergen
- 2002 Nationale Auszeichnung durch das norwegische Gesundheitsministerium
- 2001– Mitarbeiterin im nationalen Zentrum für Palliative Care
- 2005 Universität Bergen
- 2004 PhD-Stipendiat, Universität Bergen, zum Thema: Schmerzerfassung bei Demenz
- 2008 Habilitation
- 2008 Post-doctoral Stipendium, Universität Bergen, zum Thema: Einfluss von Schmerz auf Verhaltensstörungen bei Demenz
- 2008 Auszeichnung durch das Norwegische Rote Kreuz



Dr. med. Dipl. Soz.-W. Reinhard Sittl, geb. 1948

Studium der Sozialwissenschaften und Studium der Humanmedizin

1988 Facharzt für Anästhesiologie an der Anästhesiologischen Klinik der Universitätsklinik Erlangen

1997 Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

1999 1. Förderpreis für Schmerzforschung der DGSS

2001 Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (mit R. Likar)

Ab 1988 Leiter der Anästhesiologischen Schmerzbambulanz der Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg

Ab 2002 bis Ende 2015 Geschäftsführender Oberarzt des Interdisziplinären Schmerzzentrums des Universitätsklinikums Erlangen-Nürnberg

2013 Deutscher Schmerzpreis

Seit 2016 Privatpraxis für Hypnose und Schmerzberatung

Klinische Arbeitsschwerpunkte sind die Behandlung von Tumorschmerzen bei Erwachsenen und Kindern, Akutschmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und die tagesklinische Behandlung von chronischen Schmerzpatienten im multimodalen Setting.



Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke, geb. 1954

Studium der Medizin an der Universität Wien

1980 Ausbildung innere Medizin an der Medizinischen Universität

1987 Department of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, USA

1989 Facharzt für innere Medizin, Zusatzfacharzt für Kardiologie, Zusatzfacharzt für Hämatologie und Onkologie, Klinischer Prüfarzt

1991 Habilitation in innere Medizin

2001 Leiter der Palliativstation der Klinik für innere Medizin I, AKH Wien

2005 Professor für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien; Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, AKH Wien

2010–2014 Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft

2012 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin

Inhaltsverzeichnis

1	Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care?	1
	<i>S. Husebø, G. Mathis</i>	
1.1	Historische Wurzeln	2
1.2	Definitionen, Begriffsbestimmungen und Deutungen	3
1.3	Grundsätze der Palliativversorgung	5
1.4	Versorgungsstrukturen für Hospizarbeit und Palliative Care	6
	Literatur	9
2	Ethik	11
	<i>S. Husebø, G. Mathis</i>	
2.1	Autonomie oder Paternalismus?	13
2.1.1	Ethik und Moral	15
2.1.2	Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte	19
2.2	Sterbenlassen – passive Sterbehilfe	24
2.2.1	Gibt es Situationen, in denen der Tod nicht mehr der Feind des Patienten ist?	24
2.2.2	Entscheidungen über Behandlungsabbruch	31
2.2.3	Passive Sterbehilfe – klinische Beurteilung und Definition	34
2.2.4	Wann sollen wir eine das Sterben verlängernde Therapie einstellen?	36
2.2.5	Wann sollen wir die lebenserhaltende Therapie nicht einstellen?	38
2.2.6	Wenn die Entscheidung besonders schwer fällt, sollte man sich Zeit lassen	39
2.2.7	Wie soll eine Therapie eingestellt werden?	40
2.3	Sterbehilfe – wie aktiv?	48
2.3.1	Sterbewunsch	48
2.3.2	Definitionen	52
2.3.3	Internationale Rechtslage	53
2.3.4	Wie denkt die Ärzteschaft?	55
2.3.5	Folgen der Gesetze international	57
2.4	Tötung auf Verlangen oder Palliativmedizin? Die neue Entwicklung in Europa und deren Konsequenzen	60
2.4.1	Indirekte Sterbehilfe	68
2.4.2	Was bedeuten Begriffe wie »unwürdig«, »unerträglich« und »friedvoll«?	69
2.4.3	Zusammenfassung: Respekt vor dem Leben und vor dem Sterben – aber nicht töten	74
2.5	Palliativmedizin und aktive Lebenshilfe – die Alternative zur Euthanasie	76

2.6	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung – 2010	79
2.7	Schwer Kranke und Sterbende – Richtlinien für ethische Entscheidungen angesichts des Abbruchs oder im Hinblick auf das Nichteinleiten lebensverlängernder Therapiemaßnahmen . . .	85
	Literatur	94
3	Kommunikation	99
	<i>S. Husebø</i>	
3.1	Kommunikation – Hintergründe	102
3.2	Sollen wir den Patienten vor der Wahrheit schützen?	103
3.2.1	Wie wird heute über bösartige Erkrankungen informiert?	104
3.2.2	Wie viel Information und Offenheit wollen die Patienten?	108
3.2.3	Ist es besser für den Patienten, wenn wir ihn vor unangenehmen Wahrheiten schützen?	109
3.3	Warum sind Aufklärungsgespräche so schwierig?	113
3.3.1	Wir schützen uns vor etwas, das für uns unerträglich ist	114
3.3.2	Es fehlt uns an Fachkenntnissen über die Reaktionen von Patienten . . .	115
3.3.3	Es fällt uns schwer, eine Niederlage zuzugeben	117
3.3.4	Es fehlt uns an Ausbildung, Erfahrung und guten Vorbildern	118
3.3.5	Wir haben Erfahrung mit Aufklärungsgesprächen, die schwere Folgen hatten	119
3.3.6	Es ist nicht jedermanns Sache, sich mit gefühlsmäßigen Reaktionen auseinanderzusetzen	121
3.3.7	Wir möchten nicht sterben	122
3.4	Das schwierige Gespräch	122
3.4.1	Praktische Grundlagen	122
3.4.2	Vorbereitung	123
3.4.3	Inhalt	123
3.4.4	Der Rahmen	126
3.4.5	Die Bereitschaft	130
3.4.6	Was wurde nicht angesprochen?	134
3.5	Es ist schwer zu sterben	135
3.5.1	Es ist schwer, über den eigenen Schatten zu springen	137
3.5.2	Die Lebensgeschichte und die Wertsysteme des Patienten sind grundlegende Voraussetzungen für die Kommunikation	137
3.5.3	Für schwierige Gedankenprozesse brauchen Patient und Arzt Zeit . . .	137
3.5.4	Ein Gespräch, in dem die Teilnehmer Befürchtungen und Gefühle äußern dürfen	139
3.5.5	Ein früheres, brutales Aufklärungsgespräch oder eine fehlende Aufklärung können die Ursache für Leugnen und Verdrängung sein . .	140

3.5.6	Ich werde bald gesund und gehe dann nach Hause	140
3.6	»Wie lange habe ich noch, Herr Doktor?«	141
3.7	»Ihr Kind ist tot«	144
3.7.1	Höfliches und respektvolles Benehmen	146
3.7.2	Ein ungestörter Raum	146
3.7.3	Information teilen	147
3.7.4	Die Botschaft im richtigen Moment verständlich erklären	147
3.7.5	Gefühle und Ohnmacht zulassen	147
3.8	»Ja, Sie haben Krebs.«	148
3.8.1	Welche Geschichte hat der Patient?	151
3.8.2	Gemeinsames Gespräch mit der wichtigsten Bezugsperson	151
3.8.3	Die Krankenschwester nimmt an dem Gespräch teil	152
3.8.4	Höflichkeit und Menschlichkeit	152
3.8.5	Offenheit und nicht alles auf einmal	153
3.8.6	Die Lage der Kinder	154
3.8.7	Wiederholung	155
	Literatur	155
4	Schmerztherapie in der Palliativmedizin	159
	<i>O. Gehmacher, R. Likar, R. Sittl, G. Mathis</i>	
4.1	Medikamentöse Schmerztherapie	160
4.1.1	Einleitung	160
4.1.2	Placebo- und Nocebo-Effekt	161
4.1.3	Das WHO-Stufenschema	162
4.1.4	Stufe-I-Medikamente	163
4.1.5	Stufe II schwache Opioide	169
4.1.6	Stufe-III-Medikamente – starke Opioide	170
4.1.7	Koanalgetika	179
4.1.8	Neuropathische Schmerzen	185
4.2	Invasive Schmerztherapie	187
4.3	Nichtmedikamentöse Schmerzbehandlungen	197
4.3.1	Physiotherapie	200
4.3.2	Psychotherapie	203
	Literatur	208
5	Symptomkontrolle	215
	<i>H. Watzke</i>	
5.1	Dyspnoe	217
5.1.1	Ursachen der Dyspnoe (und ihre Behandlung)	218
5.1.2	Chronische Atemnot und ihre Behandlung	219
5.1.3	Atemnot bei Krebserkrankungen	221

5.1.4	Atemnot bei neuromuskulären Erkrankungen	223
5.2	Übelkeit und Erbrechen	226
5.2.1	Auslöser der Übelkeit	226
5.2.2	Erbrechen	227
5.2.3	Klinische Syndrome, die mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen . . .	229
5.2.4	Therapie von Übelkeit	230
5.3	Obstipation	233
5.3.1	Klinisches Bild und Diagnose	233
5.3.2	Behandlungsstrategien	235
5.4	Intestinale Obstruktion	238
5.4.1	Chirurgische Therapiemaßnahmen	239
5.4.2	Pharmakologische Therapiemaßnahmen	241
5.4.3	Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase	242
5.5	Hyperkalziämie	243
5.5.1	Klinisches Bild und Diagnose	243
5.5.2	Behandlung	244
5.6	Delir	246
5.6.1	Klinisches Bild und Diagnose	246
5.6.2	Behandlung	248
5.6.3	Nicht-pharmakologische Therapiemaßnahmen	248
5.6.4	Pharmakologische Therapiemaßnahmen	249
	Literatur	251
6	Palliative Onkologie – Möglichkeiten und Herausforderungen	257
	<i>G. Mathis</i>	
6.1	Supportive Care, Palliative Care, Hospice Care – Reflexionen zu Begriffen	259
6.2	Modelle zur Integration von Onkologie und Palliative Care/ Palliativmedizin	261
6.3	Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus	264
6.4	Palliative Grundversorgung im ambulanten Bereich	266
6.5	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	268
6.6	Indikatoren für eine Integration von Onkologie und Palliative Care	269
6.7	Frühintegration	270
6.8	Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning – ACP)	272
6.9	Über Sterben reden für das Leben – End of live discussions	274
6.10	Müssen wir alles tun, was wir machen können?	276
	Literatur	278

7	Palliative Care bei Nicht-Krebserkrankten	281
	<i>G. Mathis</i>	
7.1	Ausweitung von Palliativmedizin	283
7.1.1	Schubweiser, unterschiedlicher und schwankender Krankheitsverlauf	283
7.1.2	Unsichere Prognose erschwert vorausschauende Planung	284
7.1.3	Indikatoren für einen Einsatz von Palliative Care zur richtigen Zeit	286
7.2	Herzversagen	287
7.3	Lungenversagen	291
7.3.1	Symptomlast bei COPD	291
7.3.2	Vorausschauende Planung	295
7.3.3	Ab wann soll Palliative Care eingesetzt werden?	295
7.4	Nierenversagen	296
7.4.1	Symptomtherapie bei Niereninsuffizienz	297
7.4.2	Nierenersatztherapie oder konservatives Management?	298
7.5	Leberversagen	300
7.5.1	Prognose	304
7.5.2	Frühzeitige Palliative Care bei Leberversagen	304
	Literatur	305
8	Palliativmedizin im Pflegeheim – wie alte, schwer kranke Menschen leben und sterben	309
	<i>B. Sandgathe-Husebø, S. Husebø</i>	
8.1	Sterben im hohen Alter – früher und heute	311
8.1.1	Demographie und Berufstätigkeit	312
8.1.2	Pflegebedürftigkeit im Vergleich	313
8.1.3	Diskriminierung alter Menschen	314
8.1.4	Medizinische Herausforderungen	314
8.1.5	Die ärztliche Versorgung	315
8.2	Qualität und Forschung in der Pflegeheimmedizin	316
8.3	Demenzverlauf, Funktionsniveau und neuropsychiatrische Symptome im Pflegeheim	320
8.4	Erfassung und Behandlung von Schmerzen bei Personen mit Demenz	322
8.4.1	Schmerzen bei Personen mit unterschiedlichen Typen von Demenz	323
8.4.2	Unterschiedliche Fragebögen zur Erfassung von Schmerz bei Demenz	324
8.4.3	MOBID-2-Schmerzskala	325
8.4.4	Typisches Schmerzverhalten und Verhalten in Verbindung mit Demenz	328
8.5	Schlaf im Alter	330
8.6	Arzneimittelgebräuche im Pflegeheim	334
8.7	Kommunikation am Lebensende	336

8.8	Palliativmedizin bei Personen mit Demenz	339
8.9	Aktive Lebenshilfe	342
	Literatur	344
9	Psychosoziale Fragen	349
	<i>S. Husebø</i>	
9.1	Familie und Umfeld	351
9.2	Sollen wir immer einen »Strohalm« anbieten?	358
9.3	Zu Hause oder im Krankenhaus?	363
9.4	Trauer	366
9.4.1	Stadien der Trauer	367
9.4.2	Der Sinn des Trauerns	369
9.4.3	Vorbereitende Trauer – Trauer vor dem Tod	370
9.4.4	Pathologische Trauer – starke Trauer	371
9.4.5	Trauerarbeit – Aufgaben für Ärzte und das Krankenpflegepersonal . . .	373
9.5	Die Rolle der Kinder	375
9.5.1	Trauer bei Kindern	378
9.5.2	Aufgaben der Ärzte und des Krankenpflegepersonals bei nicht heilbarer Krankheit oder beim Todesfall in der Familie mit Kindern . . .	381
9.5.3	Aufgaben der Eltern bei nicht heilbarer Krankheit und beim Todesfall in der Familie mit Kindern	382
9.5.4	Aufgaben der Schule bei nicht heilbarer Krankheit und beim Todesfall in der Familie eines Schülers	383
9.6	Angst, Depression, delirantes Syndrom und Verwirrtheitszustände 385	
9.6.1	Angst	386
9.6.2	Depression	388
9.6.3	Delirantes Syndrom und Verwirrtheit bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung	389
9.7	Suizid bei schwer kranken Patienten	391
9.8	Nähe – Distanz und Sexualität	393
9.8.1	Physische Nähe	394
9.8.2	Psychische Nähe	396
9.8.3	Sexualität	398
9.9	Seelsorge	399
9.10	Der Augenblick des Todes – und die Rechte der Sterbenden	404
	Literatur	413

10	Die Rolle der Helfenden	417
	<i>S. Husebø</i>	
10.1	Wenn Ärzte an ihre Grenzen stoßen	418
10.2	Der ärztliche Alltag	419
10.3	Der hilflose Helfer	421
10.4	Quantität oder Qualität – das falsche Konzept?	424
10.5	Empathie und Menschlichkeit	430
10.6	Weg aus der Misere – die Gesundheit des Arztes	433
10.6.1	Fachliche Kompetenz	433
10.6.2	Eigene Reaktionen und Gefühle verstehen und zulassen	434
10.6.3	Die eigene Verwundbarkeit – und Empathie	435
10.6.4	Die eigene Sterblichkeit	436
10.6.5	Kollegialität	437
10.6.6	Zu Hause – das Leben – Liebe	439
10.7	Hoffnung	441
10.7.1	Heute hat Ihr Arzt Ihnen vermittelt, dass Sie schwer krank sind	443
10.7.2	Ein Beispiel	445
	Literatur	449
11	Ausblick – Zukunft von Palliative Care	453
	<i>G. Mathis</i>	
11.1	Demographische Entwicklung	454
11.2	Bewusstseinsbildung	455
11.3	Aus- und Weiterbildung	456
11.4	Forschung	457
11.5	Übertherapie am Lebensende – »futility«	458
	Literatur	459
	Serviceteil	461
	Stichwortverzeichnis	462

Mitarbeiterverzeichnis

Gehmacher, Dr. Otto

Leiter der Palliativstation
Landeskrankenhaus Hohenems
Bahnhofstraße 31
6845 Hohenems, Österreich

Husebø, Prof. Dr. Stein

Verdighetsenteret – Omsorg for Gamle
Bergen Røde Kors Sykehjem
Ellerhusenvei 35
5043 Sandviken, Norwegen

Likar, Prim. Univ. Prof. Dr. Rudolf, MSc

Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Feschnigstraße 11
9020 Klagenfurt, Österreich

Mathis, Univ. Prof. Dr. Gebhard

Dr.-Summer-Straße 3
6830 Rankweil, Österreich

Sandgathe Husebø, Prof. Dr. Bettina

Department of Global Public Health and Primary Care
University of Bergen
Kalfarveien 31
5018 Bergen, Norwegen

Sittl, Dr. Reinhard

Dr.-Mack-Straße 37a
90762 Fürth, Deutschland

Watzke, Univ. Prof. Dr. Herbert

Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin
Medizinische Universität Wien
Allgemeines Krankenhaus Wien
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien, Österreich

Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care?

S. Husebø, G. Mathis

- 1.1 Historische Wurzeln – 2
- 1.2 Definitionen, Begriffsbestimmungen
und Deutungen – 3
- 1.3 Grundsätze der Palliativversorgung – 5
- 1.4 Versorgungsstrukturen für Hospizarbeit
und Palliative Care – 6

- Literatur – 9

Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben,
sondern den Tagen mehr Leben.

(Cicely Saunders)

1.1 Historische Wurzeln

Cicely Saunders (1918–2005) arbeitete zuerst als Sozialarbeiterin, dann als Krankenschwester und wurde schließlich Ärztin. Dieser persönliche Werdegang bildet den Hintergrund für ihr interprofessionelles Denken und Handeln. Ende der 1940er-Jahre begleitete sie über Wochen einen jungen krebskranken Mann, der unter starken Schmerzen litt. Er vererbte ihr ein bescheidenes Vermögen und bat sie, ein Sterbeheim einzurichten. Das 1967 eröffnete St. Christopher's Hospiz in London wurde unter der Leitung von Cicely Saunders zur Keimzelle der weltweiten Hospizbewegung und Entwicklung von *Palliative Care* (Saunders 1981).

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) hat durch ihre 200 Interviews mit Sterbenden wesentlich dazu beigetragen, das Sterben zu enttabuisieren und diesen Prozess, den letzten Weg besser zu verstehen. Sie beschrieb in 5 Phasen des Sterbens die geistige Verarbeitung des Zwangs zum Abschied vom Leben:

1. Nicht Wahrhabenwollen und Isolation,
2. Zorn,
3. Verhandeln,
4. Depression,
5. Akzeptanz.

Diese Strategien zur Bewältigung können nebeneinander vorhanden sein, können ganz ausbleiben, sich wiederholen und überschneiden (Kübler-Ross 1971).

Der kanadische urologisch-chirurgische Krebspezialist Balfour Mount verzweifelte daran, als Arzt so wenig mit Sterben und Tod umgehen zu können und reiste spontan in das St. Christopher's Hospiz zu Cicely Saunders. Er prägte den Ausdruck Palliativmedizin, auch weil das Wort »Hospiz« in Kanada ein Pflegeheim meinte. Heute gilt er als Vater der *Palliative Care* in Nordamerika. Von Balfour Mount ist überliefert: »Hast du interdisziplinär gearbeitet? Zeig mir deine Narben.«

Palliative Medizin ist seit Menschengedenken der Schwerpunkt der Heilkunde. Bis zur Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin ab dem 19. Jahrhundert gab es bei wenigen lebensbedrohlichen Krankheiten eine wirkliche Genesung durch Ärzte. Mit dem medizinischen Fortschritt entstand

zunehmend das Bemühen um Heilung, jetzt als »kurativ« bezeichnet. Der kurative Anspruch war und ist oft hoch angesetzt, Sterben kann dann als berufliche Niederlage empfunden werden.

1.2 Definitionen, Begriffsbestimmungen und Deutungen

Es gibt weltweit über 20 Definitionen von *Palliative Care*, dazu ein Mehrfaches an Begriffsbestimmungen und deutenden Auslegungen. Hier soll zunächst die Definition der Weltgesundheitsorganisation im Vordergrund stehen:

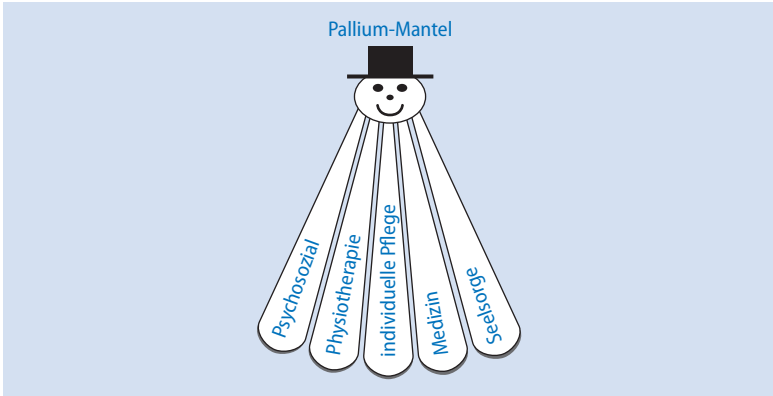
Definition »Palliative Care«

»*Palliative Care* ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art« (WHO 2002).

Die European Association for *Palliative Care* fügt den WHO-Inhalten noch dazu:

Definition »Palliative Care«

»Palliativmedizin ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst die Patienten, die Familie und die Gemeinschaft in ihrem Ansatz. (In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital.) In gewissem Sinne stellt Palliativmedizin die grundlegendste Form der Versorgung dar, indem sie die Bedürfnisse der Patienten versorgt ohne Berücksichtigung des Ortes, wo immer er oder sie, entweder zu Hause oder im Krankenhaus betreut wird. (Palliative care affirms life and regards dying as a normal process;) Palliativmedizin bejaht das Leben und akzeptiert das Sterben als normalen Prozess, sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern (it neither hastens nor postpones death.). Ziel ist es, (It sets out to preserve the best possible quality of life until death.) die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren« (ECAP 2009).



■ Abb. 1.1 Pallium – Mantel

Noch einmal zurück zum Ausdruck »palliativ«, der von dem lateinischen Wort »pallium« kommt, das »Mantel« bedeutet. Dieser Mantel umhüllt, pflegt und schützt die lebensbedroht Kranken. Dieser Mantel hat mehrere Faltenwürfe, umfasst also mehrere Professionen und Disziplinen. Wenn eine Falte zu dominant wird oder alle gleichzeitig auf ihre Weise agieren ohne sich ausreichend abzusprechen, kann der Mantel auch zu schwer werden.

Gibt es einen Unterschied zwischen *Palliative Care* und Palliativmedizin? Dem Mantel entsprechend ist die Palliativmedizin ein Faltenwurf bzw. eine Säule von *Palliative Care*. Manche aus den weiteren beteiligten Berufen fürchten eine Medikalisierung und Einverleibung durch die Medizin und deren Dominanz, was aus Erfahrung mit den alten Hierarchien durchaus berechtigt ist. Nicht alle, die *Palliative Care* brauchen, brauchen in erster Linie auch Medizin, besonders, wenn diese monodisziplinär verstanden wird. Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie, Trauerbegleitung und Angehörigenbetreuung schätzen Multiprofessionalität. Dadurch wächst die Empathie gegenüber Leidenden, andererseits können schwierige Situationen besser gemeinsam getragen werden (Bollig 2010). Der Begriff »*Palliative Care*« hat sich international durchgesetzt. In Deutschland wird zunehmend der Ausdruck »Palliativversorgung« verwendet (Radbruch und Payne 2011).

Aktuell wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter Mitarbeit von 69 weiteren Fachgesellschaften eine sehr fundierte S3-Leitlinie erarbeitet, deren Grundsätze hier daher wortgleich zitiert werden.

1.3 Grundsätze der Palliativversorgung

- I. Palliativversorgung stellt die Lebensqualität der Patienten, die von einer nicht heilbaren Krebserkrankung betroffen sind, und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühungen.
- II. Die Palliativversorgung ist durch einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz gekennzeichnet.
- III. Die in der Palliativversorgung Tätigen sollen sich durch eine Haltung auszeichnen, die den Patienten als Person in seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension wahrnehmen und seine Angehörigen mit einbeziehen, wahrhaftig im Umgang mit den Betroffenen sind und Sterben und Tod als einen Teil des Lebens akzeptieren.
- IV. Die folgenden Grundsätze sollen bei der Palliativversorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden:
 1. die Berücksichtigung der und das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten in allen vier Dimensionen (physisch, psychisch, sozial, spirituell);
 2. die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen;
 3. die Bestimmung realistischer Therapieziele;
 4. die Kenntnis über Organisationsformen von Palliativversorgung;
 5. das Schaffen von Rahmenbedingungen, die die Intimität des Patienten respektieren.
- V. Die folgenden Grundsätze sollen bei der palliativmedizinischen Symptomkontrolle bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden:
 1. die Durchführung einer angemessenen differenzialdiagnostischen Ursachenklärung des Symptoms zur zielgerichteten Therapie und Erfassung potenziell reversibler Ursachen;
 2. die Behandlung reversibler Ursachen, wenn möglich und angemessen;
 3. die Durchführung einer symptomatischen Therapie – alleine oder parallel zu einer ursächlichen Therapie;
 4. die Abwägung tumorspezifischer Maßnahmen (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumortherapien) mit dem primären oder alleinigen Therapieziel der Symptomlinderung. Voraussetzung ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Fachbereichen und der Palliativmedizin;

5. die Abwägung von Nutzen und Belastung der oben benannten Maßnahmen im offenen und ehrlichen Austausch mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen.
- VI. Die folgenden Grundsätze sollen bei der Palliativversorgung von Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden:
1. die Berücksichtigung der und das Eingehen auf die Bedürfnisse und die Belastung der Angehörigen;
 2. die Bestimmung realistischer Ziele;
 3. die Kenntnis und Information über spezifische Unterstützungsangebote für Angehörige.
- VII. Die folgenden Grundsätze sollen für die in der Palliativversorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung handelnden Personen Anwendung finden:
1. die Bereitschaft, sich mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen in Bezug auf die Themen Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen und die eigene Endlichkeit bewusst zu reflektieren;
 2. die Nutzung eigener und angebotener Möglichkeiten der Salutogenese und Selbstfürsorge;
 3. die Bereitschaft, sich fachlich zu qualifizieren;
 4. das Schaffen von geeigneten Rahmenbedingungen durch Menschen in Leitungsfunktionen.
- VIII. Kriterien für die Qualität der Palliativversorgung sollen auch patient-reported-outcomes – PRO (= Patienten-berichtete Ergebnisse) beinhalten (Radbruch und Payne 2011).

1.4 Versorgungsstrukturen für Hospizarbeit und Palliative Care

Die konkrete Umsetzung von *Palliative Care* und Palliativmedizin ist den einzelnen Ländern aufgrund spezieller kultureller Gegebenheiten, sowie den sozialrechtlichen und sozialökonomischen Voraussetzungen unterschiedlich. Bezüglich der etwas differenzierteren Lage in Deutschland wird auf die S3-Leitlinie und weitere Kapitel in diesem Buch verwiesen.

Als ein Modell wird hier der eben aktualisierte österreichische Plan vorgestellt (Gesundheit Österreich 2014). Eine abgestufte Hospiz- und Palliativ-

versorgung ergänzt mit ihren 6 spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister im Gesundheits- und Sozialwesen.

Die **Palliativstation** ist eine innerhalb eines Akutkrankenhauses bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von Palliativpatienten spezialisiert ist. Eine Palliativstation ist autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten. Zielgruppe sind Palliativpatienten mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand, aufgrund dessen ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung). An- und Zugehörige werden begleitet und nach Möglichkeit in die Betreuung mit einbezogen.

Das **stationäre Hospiz** ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die auf eine längerfristige Betreuung bis zum Tod von Palliativpatienten spezialisiert ist. Es kann einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein. Stationäre Hospize agieren bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten autonom.

Zur Zielgruppe zählen Palliativpatienten in der letzten Lebenszeit mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand, bei denen eine Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht möglich ist.

Ziele sind das Lindern von Symptomen und das Erreichen eines hohen Maßes an Lebensqualität von Betroffenen bis zum Ableben sowie das Begleiten von An- und Zugehörigen auch über den Tod des Patienten hinaus.

Das **Tageshospiz** bietet Palliativpatienten Behandlung, Beratung und Begleitung tagsüber an. Psychosoziale und therapeutische Angebote dienen dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben. Zielgruppe sind Palliativpatienten, die mobil bzw. transportfähig sind, und deren An- und Zugehörige.

Ziele sind das Erweitern des Lebensumfeldes, um soziale Isolation zu verhindern, Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener zu ermöglichen, die An- und Zugehörigen zu entlasten und Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

Der **Palliativkonsiliardienst** wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet und unterstützt in erster Linie

das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulanzen. Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung obliegen dem betreuenden ärztlichen Personal und den Mitarbeitern. Auftrag ist es, spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen in den Abteilungen und Ambulanzen der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse vor Ort zu unterstützen.

Das **mobile Palliativteam** (vergleichbar mit der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland) ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden von Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause oder im Heim wendet. Auftrag ist es, vor Ort spezielle palliativmedizinische und -pflegerische Expertise zur Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse zu unterstützen. In Absprache mit den Betreuenden kann das Team gegebenenfalls auch medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder soziale Maßnahmen beim Patienten durchführen.

Das **Hospizteam** besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Es bietet Palliativpatienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung. Das Hospizteam leistet einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Palliativpatienten, An-/Zugehörigen und betreuenden Berufsgruppen (Gesundheit Österreich 2014).

Beim Einsatz von Ehrenamtlichen stellt sich die Frage, ob diese in Zukunft nicht auch über den psychosozialen Bereich hinaus Hand anlegen sollen oder gar müssen, wie das bei Hospizdiensten in England bereits üblich ist. Rüstige Rentner können schwächelnde Alte unterstützen. Dies wird eine neue multiprofessionelle Frage sein, die auch in den rechtlichen Fragen zu klären ist, bevor die hochentwickelten Sozialsysteme nicht mehr ausreichend erhalten werden können.