

# Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

Bearbeitet von  
Stein Husebø, Gebhard Mathis, Eberhard Klaschik

6. Auflage 2017. Buch. XXII, 468 S. Softcover

ISBN 978 3 662 49038 9

Format (B x L): 12,8 x 18,8 cm

Gewicht: 462 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Schmerztherapie, Palliativmedizin](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# 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:

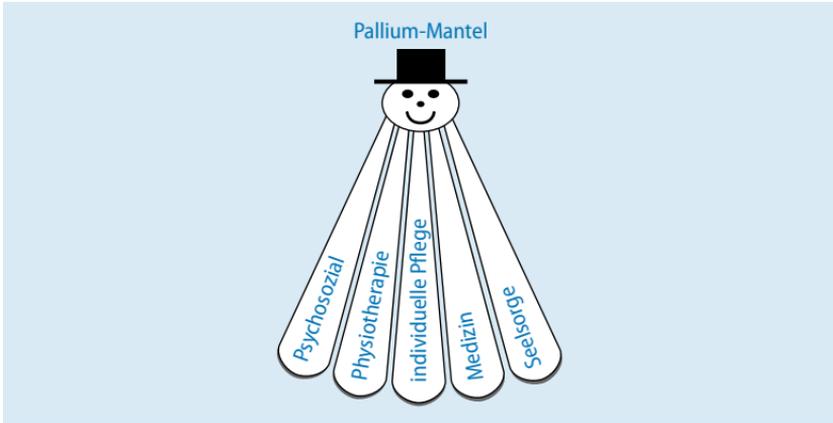
### Definition »Palliative Care«

»*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.

## Literatur

---

AWMF (2015) Leitlinienprogramm Onkologie, S3-Leitlinie Palliativmedizin-Kurzversion, Mai 2015 Download 17.5.2015

Bollig G, Unger M, Pani B (2010) Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin? Z Palliativmed 11:304–313

Gesundheit Österreich (2014) Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

Kübler-Ross E (2001) Interviews mit Sterbenden. Droemer Knauer, München

Radbruch L, Payne S (2011) Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Z Palliativmed 12: 216–227

Saunders C (1981) *Hopice: the living idea*. Arnold, London



<http://www.springer.com/978-3-662-49038-9>

Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

Husebø, S.; Mathis, G. (Hrsg.)

2017, XXII, 468 S. 22 Abb., 13 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-49038-9