

Palliativmedizin und Hospizarbeit – eine Einführung

„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Behandlung die Lebensqualität ist.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Der Begriff „Palliativmedizin“ leitet sich vom lateinischen „Pallium“ – „der Mantel“ ab. Er beschreibt damit die intensive Betreuung und Begleitung schwer kranker Menschen in der letzten Lebensphase. Die Palliativmedizin beginnt dort, wo früher viele Patienten „aufgegeben“ wurden, nicht selten mit dem erschreckenden Satz: „Wir können nichts mehr für Sie tun...“. Sie ist aber auch eine fachliche und ethisch-moralische Antwort auf die Bestrebungen der aktiven Sterbehilfe. Fortschritte in der modernen Hospizarbeit und Palliativmedizin gingen von England aus. Im Jahre 1967 wurde in London von Dame Cicely Saunders das erste stationäre Hospiz (St. Christophers Hospice) gegründet. In Deutschland verlief die Entwicklung verzögert. 1983 wurde die erste Palliativstation in Köln eröffnet, 1990 gab es 3 Palliativstationen in Deutschland. 1992 gründete sich der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV), 1995 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). 1999 wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in Aachen besetzt. In den vergangenen Jahren trat die ambulante Versorgung von Palliativpatienten in den Vordergrund. Am 1. April 2007 wurde die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV; §37b SGB V) mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) zur Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Inzwischen sind in Deutschland 193 Palliativstationen und 173 stationäre Hospize eröffnet, dabei liegt Nordrhein-Westfalen mit 42 Palliativstationen und 60 Hospizen oberhalb des Bundesdurchschnitts (Zahlen aus 2008, Quelle: Sabatowski et al., Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2008 / 2009). Dennoch ist die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich noch nicht optimal. Im Zuge der demographischen Entwicklung und der prognostizierten Zunahme von bösartigen Tumorerkrankungen in den nächsten Jahrzehnten wird der Palliativmedizin jedoch immer größere Bedeutung zukommen.

Vorrangige Zielperspektive der Palliativ- und Hospizarbeit ist es, schwerstkranken Patienten mit nur noch kurzer Lebenserwartung die letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Notwendigkeit einer palliativen Versorgung ergibt sich insbesondere bei weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, aber auch beim Vollbild der HIV-Erkrankung (AIDS), bei

Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen sowie bei Endstadien chronischer Herz-, Lungen-, Leber und Nierenerkrankungen. Die Bemühungen der Palliativversorgung sind dabei primär auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Lebensqualität der Patienten ausgerichtet. Dazu gehören die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die psychosoziale Unterstützung und ggf. die spirituelle Begleitung bis zum Tod. Die Angehörigen oder nahe stehenden Personen des Patienten werden in die Betreuung einbezogen. Sterben und Tod wird als ein Teil des Lebens akzeptiert, der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Das Leitmotiv der Palliativmedizin wurde von Dame Cicely Saunders so ausgedrückt:

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“.

Das Leitbild der Palliativmedizin berücksichtigt 6 maßgebliche Kriterien:

- (1) Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess
- (2) Sie will den Tod weder beschleunigen noch herauszögern
- (3) Sie sorgt für Schmerzlinderung und Linderung anderer belastender Beschwerden
- (4) Sie integriert die psychischen und spirituellen Bedürfnisse
- (5) Sie bietet Unterstützung an, damit das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv wie möglich sein kann
- (6) Sie bietet der Familie des Patienten während der Erkrankung, aber auch in der Trauerphase, Unterstützung an.

Um den komplexen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, ist eine Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen in einem multi- und interdisziplinären Team notwendig.

Für den Arzt ist insbesondere die Linderung körperlicher Beschwerden Grundlage für die weitere palliativmedizinische Betreuung. Er übernimmt häufig die Leitung des interdisziplinären Teams und benötigt ausreichendes Wissen über die Ursache von Symptomen sowie Erfahrungen in der „Symptomkontrolle“. Diese Symptomkontrolle betrifft vornehmlich Schmerzen und Beschwerden wie Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation, aber auch Angst, Depression und Verwirrheitszustände sowie andere systemische und lokale Symptome. Das Pflegepersonal hält in den meisten Fällen den engsten Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen. Neben der Symptomkontrolle durch Pflegemaßnahmen wird den Patienten geholfen, mit den Auswirkungen der fortgeschrittenen Erkrankung zurechtzukommen und einen Kontrollverlust so

gering wie möglich zu halten. Psychologen helfen den Patienten bei der psychischen Krankheitsbewältigung und unterstützen Angehörige sowie das Team, ggf. auch durch Supervision. Seelsorger sind Gesprächspartner für religiöse und spirituelle Fragen. Sie bieten Hilfe beispielsweise beim Umgang mit Schuld- oder Sinnfragen an.

Ziel der Symptomkontrolle ist, dass der Patient seinen letzten Lebensabschnitt in einer intimen, familiären Umgebung verbringen kann – entweder im häuslich-familiären Umfeld, in einem Hospiz oder in einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Ist eine stationäre medizinische oder pflegerische Behandlung erforderlich, stehen dazu Palliativstationen mit speziell qualifiziertem Personal zur Verfügung. Im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungen mit einer zunehmenden Zahl von „Single-Haushalten“ und älteren Menschen, welche die häusliche Pflege von Angehörigen nicht übernehmen können, wird der Bedarf an Hospizeinrichtungen in den nächsten Jahren weiter steigen.

Voraussetzung für ein „ganzheitliches“ Versorgungskonzept, welches sowohl die physischen und psychischen als auch sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Palliativpatienten einbezieht, ist die qualifizierte Arbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern sowie ehrenamtlichen Mitarbeitern. Entscheidend für das Gelingen der Palliativ- und Hospizarbeit ist dabei neben der Qualifikation insbesondere die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen als „multi-professionelle Kooperation“ in einem funktionellen Netzwerk, welches die zur Palliativversorgung erforderlichen Maßnahmen der Behandlung, Betreuung und Begleitung patientenzentriert koordiniert.

Die zentrale Rolle in einem kooperativen Versorgungskonzept für Palliativpatienten fällt den Hausärzten und den spezialisierten Palliativ- und Grundpflegediensten zu. Diese werden unterstützt von Fachärzten, palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten und Hospizdiensten. Weitere Partner des Netzwerks sind physiotherapeutische Einrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen, Apotheken und Sanitätshäuser sowie stationäre Versorgungseinrichtungen, insbesondere Palliativstationen, Hospize und Pflegeheime.

Zusammenfassen lassen sich die Anforderungen an die Palliativversorgung mit den von C. Student formulierten Qualitätskriterien der Hospizbewegung (1999):

- (1) Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum (Priorität des Willens des Sterbenden)
- (2) Die Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres bzw. multiprofessionelles Team

- (3) Ehrenamtliche mit eigenständigen Aufgaben werden in die Arbeit einbezogen
- (4) Schmerztherapie bzw. Symptomkontrolle müssen effektiv sein (Priorität der Lebens-qualität)
- (5) Die Kontinuität der Fürsorge muss gewährleistet sein (24-Stunden-Dienste; Trauerbegleitung)