

Palliativmedizin

14-17 Minuten

IMABE Infos

OÄ Dr. Aurelia Miksovsky, OÄ Dr. Viktoria Faber, Univ.-Prof. Dr.

Johannes Bonelli

Stand: März 2014

Einleitung

Definitionsgemäß beschäftigt sich die Palliativmedizin mit der Betreuung unheilbar Kranker mit begrenzter Lebenserwartung.¹ Im Vordergrund der Therapiekonzepte steht immer die Verbesserung der Lebensqualität, wo Heilung nicht mehr möglich ist. In der WHO-Definition von 2002 heißt es: "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."

Die Betreuung schwerstkranker, unheilbar kranker und sterbender Patienten stellt vor besondere Herausforderungen. Eine wichtige

Aufgabe des Arztes in dieser Situation besteht darin, sich mit der Problematik der Palliation und des Sterbens auseinanderzusetzen. Dazu gehören Fragen wie: Wann soll eine bestimmte Behandlung beendet werden? Oder: Die Fortsetzung einer Behandlung ist prinzipiell möglich. Besteht allerdings auch ein Vorteil für den Patienten? Jeder Arzt, jede Ärztin sollte im Stande sein, die medizinische Indikation entsprechend festzulegen, diese klar und einfühlsam dem Patienten zu kommunizieren, um dann in einem partizipativen Entscheidungsprozess (shared decision making) die entsprechenden Maßnahmen zu setzen. Dafür braucht es eine adäquate Ausbildung im Bereich Palliativ. Sie stärkt die Entscheidungskompetenz der Ärzte, um Nutzen und Sinn einer Therapie genau abzuwägen sowie deren kommunikative Kompetenz im Gespräch mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen.

Von der kurativen zur palliativen Medizin

Von alters her hat die Medizin ihren Auftrag nie nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und in der Tröstung gesehen.² Und darin besteht die Herausforderung für die Medizin heute, nämlich rechtzeitig eine sinnlos gewordene Therapie zu beenden, um sich ausschließlich der symptomorientierten Leidenslinderung und Tröstung, also der Palliativmedizin zuzuwenden.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Beendigung oder der Verzicht auf eine Therapie, die auf Heilung ausgerichtet ist, unter vier Bedingungen gerechtfertigt oder eigentlich sogar zu fordern ist:

1. wenn die Behandlung unwirksam ist: und damit ist gemeint, dass durch sie weder eine echte Chance auf Heilung noch auf Lebensverlängerung besteht, und sie für den Patienten nur belastend ist.
2. wenn die Therapie mehr schadet als nützt.
3. wenn der Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht (Prinzip der Verhältnismäßigkeit).
4. wenn der Patient im Sterben liegt, das heißt, wenn der Tod unmittelbar und unausweichlich bevorsteht und jede Lebensverlängerung eine Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

Es sollte nicht sein, dass Entscheidungen über die Durchführung oder Beendigung einer Therapie ziemlich willkürlich oder gefühlsmäßig getroffen werden, oft auf Drängen der Patienten oder Angehörigen zu deren Beruhigung, auf Druck von außen, durch die Medien, oder weil der behandelnde Arzt oder Hausarzt zum Erfüllungsgehilfen von Spezialisten wird. Vielfach wird eine sinnlose Therapie auch nur zur rechtlichen Absicherung für den gerichtlichen Ernstfall durchgeführt.

Die Gefahr einer Medizin, die ausschließlich auf statistischer Signifikanz basiert (Evidence-based medicine), besteht gerade darin, Patienten nach Mehrheitsverhältnissen im Kollektiv zu behandeln, ohne ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Statistiken können zwar dem Arzt eine große Hilfe in Diagnose und Therapie sein, ihm aber niemals eine Therapieentscheidung aufzwingen oder ihm umgekehrt die Verantwortung für seine Entscheidung im Einzelfall abnehmen.

Gefährlich ist es auch, Patienten Hoffnung auf Heilung oder

Lebensverlängerung mit fragwürdigen Praktiken zu machen. Angesichts des Todes sind viele Patienten zu jeder Art von Therapie bereit. Um so bedeutungsvoller sind spezialisierte Einrichtungen auf dem Gebiet der palliativen Patientenversorgung mit speziell ausgebildeten Teams, die eine ganzheitliche effiziente Betreuung des Patienten zur Verbesserung bzw. Erhaltung seiner Lebensqualität in der letzten Lebensphase und die Begleitung des Sterbenden und seiner Familie übernehmen.

Palliativmedizinischen Teams gehören je nach Möglichkeit und Verfügbarkeit in unterschiedlicher Intensität meist folgende Berufsgruppen an: Pflegepersonen, Ärzte, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und andere. Wesentliche Voraussetzung für patientenorientiertes Helfen ist eine funktionierende interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Mitarbeiter. Die Kommunikation zwischen Vertretern verschiedenen Fachkompetenzen mit daraus resultierenden differenten berufsspezifischen Sichtweisen soll dazu beitragen, interdisziplinäre Therapiestrategien für jeden Patienten zu erarbeiten.

Ganz wichtig ist die Fortsetzung der Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Hausarzt und mobile Palliativeinrichtungen. Die Teams bestehen aus geschulten Pflegepersonen, Ärzten (die auch Nachtdienste leisten) und zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitern. Mit Hilfe des Mobilen Hospizes gelingt es, sehr viele Patienten bis zu ihrem Tod zu Hause zu betreuen. Für diese Betreuenden ist eine gute Kommunikation mit dem Krankenhaus und den Spezialisten wichtig und wünschenswert, d. h.: rascher ausführlicher Arztbrief mit exakten Therapieempfehlungen, problemlosere

Kontaktaufnahme mit der behandelnden Abteilung, möglichst praktikable und sinnvolle Therapien für zu Hause (z. B. nicht immer ist die Gabe von Infusionen in der letzten Lebensphase notwendig).

Ziel ist eine optimale Betreuung von Palliativpatienten: verstärktes Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten, verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralen professionellen Betreuern, angemessene Informationen für Patienten über Betreuungsangebote, systematische Einbeziehung von Patienten in den Betreuungsprozess sowie Verbesserung der sozialen Infrastruktur.

Aufgabe der Palliativmedizin ist neben der ganzheitlichen Betreuung aber auch die Erarbeitung von Qualitätsstandards. Grenzen und Sinnhaftigkeit des ärztlichen Handelns sind in einer Zeit, wo alles machbar erscheint, ernsthaft zu überdenken. Denn wenn die Unheilbarkeit der Erkrankung festgestellt und eine nur mehr kurze Lebenserwartung abzusehen ist, sollte im Mittelpunkt aller Überlegungen nicht die Heilung bzw. die Verlängerung des Sterbeprozesses, sondern die möglichst lange Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität stehen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer sog. Therapiezieländerung, also von der kurativen hin zur palliativen Medizin.



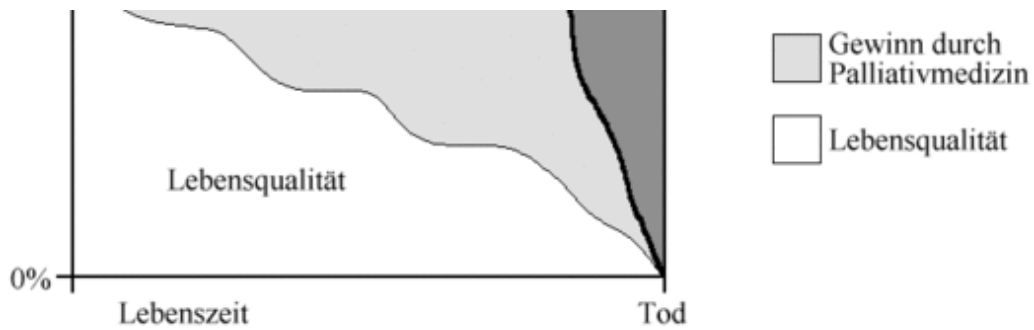


Abbildung I: Palliativmedizin

In Abbildung I ist dieser Sachverhalt graphisch dargestellt. Im Vordergrund steht die Begleitung des Patienten in seinem Leiden. Zumeist sind es Patienten mit malignen Krankheiten, aber auch mit neurologischen, Nieren-, Herz-Lungen- und Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. In der Onkologie wird mit dem Begriff „Palliative Therapie“ auch der nicht kurative tumorspezifische Therapieansatz definiert. Darunter versteht man ein Überwiegen der Leidenslinderung bei geringfügiger Lebensverlängerung (Abbildung II).

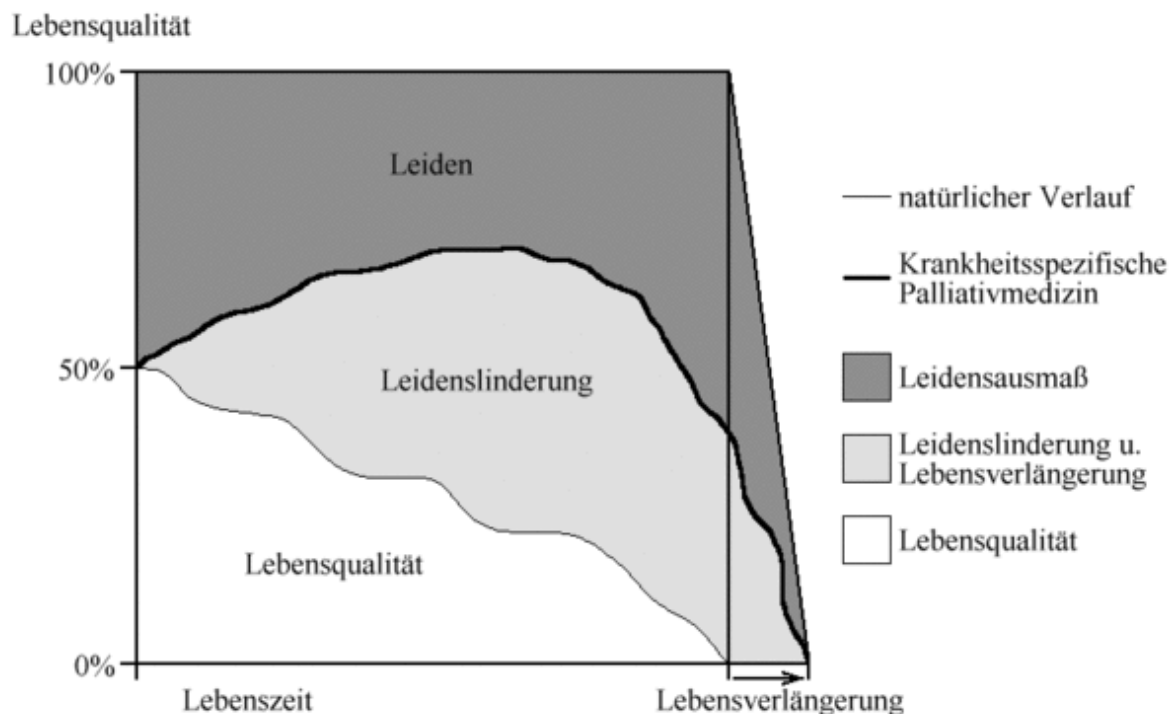


Abbildung II: Tumorspezifische Palliativmedizin

In den verschiedenen Stadien der Erkrankung kommen jedoch die einzelnen Bedürfnisse des Kranken in unterschiedlicher Intensität zum Tragen. In einem frühen Krankheitsstadium wird eher die tumorspezifische Therapie, im späteren Stadium die rein symptomatische Therapie und psychosoziale Betreuung im Vordergrund stehen. Dieser Tatsache kann eine Abstufung der palliativmedizinischen Betreuung mit unterschiedlichen Schwerpunkten Rechnung tragen (siehe Tabelle I). Die unter Punkt III und IV angeführten palliativmedizinischen Einheiten erfordern die Unterbringung einer solchen Station in einem Akutkrankenhaus mit der dazugehörigen Infrastruktur:

Anwesenheit von Fachärzten auch in der Nacht, Röntgen, Labor, Chirurgie, Endoskopie mit Notfall- und interventioneller Endoskopie, Möglichkeit der intensivmedizinischen Betreuung, Fachärzte verschiedener Disziplinen, um sie im Bedarfsfall in der Betreuung des Patienten zu Rate ziehen zu können.

Stufe I	Stationäres Pflegehospiz: Vorrangig sind die Pflegebedürftigkeit, symptomorientierte Therapiemaßnahmen und die Trauer- und Sterbebegleitung.
Stufe II	Palliativmedizin im engeren Sinn: Pflegebedürftigkeit und symptomorientierte Therapie stehen im Vordergrund. Ziel ist die Entlassung des Patienten und weitere Betreuung durch ambulante Dienste.
Stufe III	Palliativmedizin im weiteren Sinn: krankheitsspezifische Therapie des Grundleidens (z.

	B. Chemotherapie) ohne lebensverlängernde Maßnahmen, therapeutische Palliativeingriffe (z. B. Umgehungsoperationen, endoskopische Stentimplantationen).
Stufe IV	Palliativmedizin im weitesten Sinn: neben allen o. a. Maßnahmen zusätzlich lebensverlängernde krankheitsspezifische Therapien.

An solchen Abteilungen steht die Akutversorgung der Palliativpatienten im Vordergrund. Die Therapie wird so geplant, dass dem Patienten die Beschwerden erleichtert und Akutkomplikationen durch palliativmedizinische, dem Kranken zumutbare und erfolgversprechende Maßnahmen beseitigt werden. Es werden dabei zwei aufeinander abgestimmte Therapieansätze wirksam:

1. der symptomorientierte palliativmedizinische Ansatz inklusive Akutpalliation, der primär auf die Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet ist.
2. der tumorspezifische bzw. fachspezifische Ansatz, der primär die Lebensverlängerung zum Ziel hat.

Gebührende Sterbebegleitung

Wenn der Patient einmal unwiderruflich im Sterben liegt, so sind weniger unsere technischen Fähigkeiten als vielmehr unsere menschlichen Tugenden gefragt. Authentizität und Wahrhaftigkeit gegenüber dem Patienten sind in dieser letzten Phase des Lebens von außerordentlicher Wichtigkeit. Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige sind dazu aufgefordert, dem Sterbenden die letzten Stunden so friedvoll wie nur möglich zu gestalten.

Hier tritt die Tröstung in den Vordergrund, die wie gesagt ein ganz wesentlicher Aspekt der Sterbebegleitung ist. Die Kunst besteht darin, den Patienten einerseits niemals ohne Hoffnung alleine zu lassen, ohne aber auf der anderen Seite durch sinnlosen Aktivismus und Täuschungsmanöver falsche Hoffnungen zu erwecken, um so den Patienten über den Tod gleichsam hinwegzuschwindeln.

Würdiges Sterben geschieht sicher nicht, wenn der leidende Mensch, wie es die Euthanasiebefürworter wollen, einfach beseitigt wird. Es geschieht aber ebensowenig, wenn dem sterbenden Menschen die Möglichkeit genommen wird, die letzten Stunden und Minuten seines Lebens als ein würdevolles und oft heilsames Geschehen bewusst zu erfahren. Hier sind weniger unsere technischen Fähigkeiten gefragt, sondern unser menschliches Einfühlungsvermögen, indem wir auf die Nöte und Wünsche des Patienten eingehen und sie zu verstehen suchen und auch auf die „kleinen Dinge“ achten: auf ausreichende und den Umständen angemessene Körperpflege, ein sauberes und ordentliches Bett, eine würdige und respektvolle Umgebung und Atmosphäre, auch wenn es der Patient scheinbar vielleicht gar nicht mehr mitbekommt.

Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden nicht mehr technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern auch echte menschliche Wärme und Anteilnahme, und wenn ihm bewusst wird, dass nicht nur er von uns, sondern wir von ihm viel mehr beschenkt werden, dann würde er auch in seinem leidvollen Leben sehr wohl noch einen Sinn erkennen und das Sterben in Würde und in Frieden mit sich und seinen Mitmenschen annehmen können und kaum den Wunsch äußern, aus

Verzweiflung sein Leben zu beenden.

Kultur des Sterbens – sie ist in unserer Gesellschaft leider verloren gegangen, und es ist die Pflicht von uns allen, sie wieder zu entwickeln. Sonst schlägt die Sterbekultur in eine Kultur des Todes um. Aus dieser Perspektive ist die Palliativmedizin eine praktische Antwort auf die neuen Herausforderungen unserer Zeit.

Referenzen

1. Husebo S., Klaschik E., *Palliativmedizin*, Springer Verlag (2000)
2. Torello J. B., *Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin*, in: Bonelli J. (Hrsg.), *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Springer Verlag, Wien – New York (1992), S. 229ff

Eine Liste der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich sind abrufbar unter <https://www.hospiz.at/einrichtungsuübersicht/>

Quelle

[IMAGO HOMINIS 2/2003: Palliativmedizin II](#)

[IMAGO HOMINIS 1/2003: Palliativmedizin I](#)

daraus insbesondere:

Bonelli J., *Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität. Vom kurativen zum palliativen Weg*, Imago Hominis (2003); 10: 79-84

Zdrahal F., *Zusammenarbeit zwischen mobiler und stationärer Betreuung von Terminalpatienten*, Imago Hominis (2003); 10: 85-90

Miksovsky A., *Die Palliativstation im Akutkrankenhaus*, Imago Hominis (2003); 10: 91-98

