



**Steffen Eychmüller
(Hrsg.)**

Palliativmedizin Essentials

Das 1×1 der Palliative Care

2., aktualisierte Auflage

 **hogrefe**

Palliativmedizin Essentials

Palliativmedizin Essentials
Steffen Eychmüller (Hrsg.)

Programmbereich Medizin

Steffen Eychmüller
(Hrsg.)

Palliativmedizin Essentials

Das 1x1 der Palliative Care

2., aktualisierte Auflage

unter Mitarbeit von

Daniel Büche
Steffen Eychmüller
Monica Fliedner
Michaela Forster
Adina Heitmann
Beatrice Hengartner

Corinne Hofer
Stefan Obrist
Sophie Pautex
Friederike Ramseier
Manuel Schaub
Deborah Theiler



Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller (Hrsg.)

Inselspital, Universitätsspital Bern

Universitäres Zentrum für Palliative Care

Freiburgstrasse 28

3010 Bern

Schweiz

steffen.eychmueller@insel.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Medizin

Länggass-Strasse 76

3012 Bern

Schweiz

Tel. +41 31 300 45 00

info@hogrefe.ch

www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Anja Becker, Riemerling

Herstellung: Daniel Berger

Umschlagabbildung: © PPAMPicture, iStockphoto

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Printed in Germany

2., aktualisierte Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern

© 2015 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95879-8)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75879-4)

ISBN 978-3-456-85879-1

<http://doi.org/10.1024/85879-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Vorwort	9
1 Grundlagen	11
1.1 Definition von Palliative Care	11
1.2 Geschichte der Palliative Care	14
1.3 Das Lebensende als gesellschaftliches Thema	18
1.4 Prinzipien und Modelle in der Palliative Care	21
1.5 Lebensqualität: das Hauptziel der Palliative Care	23
1.6 Unit of Care	25
2 Assessment	29
2.1 Assessment in der Palliative Care: eine Übersicht	29
2.2 Durchführung des Assessments in der Palliative Care	31
2.3 Assessment-Instrumente in der Palliative Care	34
3 Symptome/Probleme	37
3.1 Arzneimittelverordnungen zur Symptombehandlung in der Palliative Care	37
3.2 Schmerz	39
3.3 Ileus	51
3.4 Nausea und Vomitus	56
3.5 Obstipation	60
3.6 Fatigue	64
3.7 Delir	68
3.8 Anorexie/Kachexie	75
3.9 Dyspnoe	78
3.10 Rasselatmung/bronchiale Sekretion in der Sterbephase	83
3.11 Maligne Wunden	86
3.12 Xerostomie	89
3.13 Angst	92
3.14 Depression, Traurigkeit, Demoralisierung	96
3.15 Notfall: akute Blutung	100
3.16 Notfall: epileptischer Anfall, Status epilepticus	102
3.17 Notfall: spinale Kompression	105
3.18 Therapierefraktäre Symptome und palliative Sedation	107
3.19 Betreuung von sterbenden Patienten	111

4	Arzneimitteltherapie in der Palliative Care	117
4.1	Pharmakotherapie bei Organinsuffizienz	117
4.2	Rechtliche Fragen	118
4.3	Absetzen von Arzneimitteln	119
4.4	Off-Label-Use	121
4.5	Subkutane Applikation von Arzneimitteln	123
4.6	Medikamentenliste Palliative Care	124
5	Entscheidungsfindung, Ethik, Recht	125
5.1	Erwachsenenschutzrecht in der Praxis: Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung	125
5.2	Kommunikation am Lebensende: konkrete Hilfen für schwierige Themen (Sterben, Autopsie)	128
5.3	Fragen der kardiopulmonalen Reanimation in der Palliative Care	131
5.4	Umgang mit Sterbewunsch/Sterbehilfe	132
5.5	Sterbewünsche	133
5.6	Der runde Tisch	134
5.7	Leitfaden zum Ablauf des Rundtischgespräches	136
5.8	Ethische Konzepte: von den Prinzipien zur Care-Ethik	138
6	Interprofessionalität und Netzwerke	141
6.1	Interprofessioneller Betreuungsplan in einem Palliative-Care-Team	144
6.2	Welche Rolle spielt der Hausarzt?	145
6.3	Patienten- und Angehörigenbildung	146
6.4	Rolle und Aufgaben von Freiwilligen	149
6.5	Interprofessionalität in der Betreuung: Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung	151
7	Vorbereitung des Lebensendes	153
7.1	Praktisches Vorgehen bei der Vorausplanung	153
7.2	Kulturell-religiöse Besonderheiten am Lebensende	156
7.3	Trauer	158
8	Gesundbleiben in der Palliative Care	161
8.1	Supervision und Intervision	161
8.2	Umgang mit belastenden Situationen/Burn-out-Prophylaxe	162

9	Anhang	165
9.1	Zu Kapitel 1 – Grundlagen	165
9.2	Zu Kapitel 2 – Assessment	169
9.3	Zu Kapitel 3 – Symptome/Probleme	170
9.4	Zu Kapitel 4 – Arzneimitteltherapie in der Palliative Care	172
9.5	Zu Kapitel 5 – Entscheidungsfindung, Ethik, Recht	173
9.6	Zu Kapitel 6 – Interprofessionalität und Netzwerke	174
9.7	Zu Kapitel 7 – Vorbereitung des Lebensendes	174
9.8	Zu Kapitel 8 – Gesundbleiben in der Palliative Care	175
9.9	Medikamentenliste Palliative Care	175
Abkürzungen		184
Autorinnen und Autoren		186
Sachverzeichnis		187

Vorwort

Dies ist das kleine Einmaleins der Palliative Care in übersichtlichem Format. Der Mut zur Kürze prägt das Buch, ebenso wie die strikte Ausrichtung an der Praxis. Es folgt damit einem Wunsch von Studierenden der Medizin, von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung und von vielen Pflegenden gleichermaßen. Es ist ein Kondensat aus vielen Jahren der Praxis und des Lernens von und für schwer-kranke und sterbende Menschen. „Palliativmedizin Essentials“ bietet deshalb stichwortartige Information für die rasche Orientierung und referenziert zum „grösse- ren Bruder“, dem Handbuch für Palliativmedizin, mit einem Schwerpunkt auf der Praxis in der Schweiz.

Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat dieses Buchprojekt, das in einer deutschsprachigen und einer französischsprachigen Version erschienen ist, als eine Massnahme der Nationalen Strategie Palliative Care 2013 bis 2015 finanziell unterstützt, mit dem Ziel, die Umsetzung der Palliative Care in der medizinischen Lehre und Praxis zu fördern. Studierende aus der ganzen Schweiz haben in einer systematischen Evaluation (Institut für medizinische Lehre, Universität Bern) ihre Feed- backs gegeben.

Die Autoren haben sich auf diese Feedbacks gestützt und wiederum von den Zielgruppen des Buchs intensiv beraten lassen, welche Informationen essentiell sind für mehr Sicherheit und Kompetenz in dem zunehmend wichtigen Bereich der Palliative Care. Neu wurden auch die Pflegenden als Zielgruppe definiert. Es hat sich gezeigt, dass „Palliativmedizin Essentials“ als Grundlage für die interprofessionelle Arbeit in der Palliative Care häufig genutzt wird und damit eine gemeinsame Basis für die oft sehr herausfordernde Arbeit bildet. So wurde auch das Redaktionsteam erweitert: von allen Beteiligten, Studierenden, Hausärzten, Fachspezialisten und Pflegenden wurde die gemeinsame Redaktionsarbeit als exemplarisch für die Haltung in Palliative Care angesehen. Sie wünschen sich, dass „Palliativmedizin Essentials“ vielen Mut macht, sich den Herausforderungen bei der Betreuung von Schwer- kranken und Sterbenden zu stellen. Palliative Care ist eben ein Gemeinschaftswerk vieler Beteiligten – möge dieses Buch auch weiterhin in viele verschiedene Taschen wandern.

Bern, im Herbst 2019

Für die Autorinnen und Autoren, Steffen Eychmüller

1 Grundlagen

1.1

Definition von Palliative Care

Auf welcher Definition von Palliative Care bauen wir auf?

Definition Palliative Care (WHO 2002): Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten¹ und ihren Angehörigen, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, exakte Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Art.

Palliative Care

- sorgt für Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen.
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess.
- beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinauszögern.
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Betreuung.
- bietet Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten an, damit sie ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich gestalten können.
- bietet Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige an im Umgang mit der Krankheit und der Bewältigung des schmerzlichen Verlusts des Patienten.
- wendet eine teamorientierte Annäherung an, die sich den Bedürfnissen der Patienten und deren Familien widmet, einschliesslich einer – falls notwendig – den Verlust aufarbeitenden Therapie.
- versucht die Lebensqualität zu verbessern und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.
- kann schon früh im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen, wenn in Verbindung mit anderen Therapien eine Lebensverlängerung angestrebt wird, z.B. bei Chemo- oder Strahlentherapie, und verfügt über die notwendigen diagnostischen Strategien zur effizienteren Einschätzung und Behandlung von belastenden klinischen Komplikationen.

¹ Es sind immer alle Personen angesprochen, unabhängig davon, welche Geschlechterform verwendet wird.

Weshalb hat die Schweiz eine eigene Definition von Palliative Care?

Das BAG (Bundesamt für Gesundheit), die GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) und „palliative ch“ (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung) haben in einer gemeinsamen nationalen Strategie die Eckpfeiler der Palliativversorgung in der Schweiz festgelegt. Dabei erschien wichtig, dass Palliative Care nicht erst am Lebensende, sondern bereits früher im Krankheitsverlauf integraler Bestandteil der Behandlung und Betreuung sein soll.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care.html>

Welches sind die Schlüsselbegriffe in der Definition von Palliative Care?

Was sind die Ziele?

- Hilfe für Patienten (und Angehörige) mit fortschreitende, unheilbare, lebensbedrohliche Erkrankung
- Leiden lindern, vor allem Angst und Stress
- vorausschauende Planung
- Lebensqualität als Ziel
- Betreuung/Begleitung von Sterbenden
- Bezugspersonen (Angehörige) unterstützen
- multidimensional (physisch, psychisch, sozial, spirituell)
- interprofessionell
- Oder einfacher: Gemeinsam in schwieriger Lebenssituation das Beste daraus machen.

Was ist speziell in der Palliative Care?

Wesentlich für die Palliative Care ist die **problemorientierte Vorgehensweise**. Beim Assessment, der Therapie und bei der Evaluation steht nicht allein die medizinische Diagnose im Vordergrund, sondern die problematische Situation (von körperlichen Symptomen bis zu existentiellen Ängsten), welche durch die Krankheit hervorgerufen wird.

Palliative Care ist also weniger eine Frage des Zeitpunkts als vielmehr eine Frage der Inhalte: Idealerweise geht der problemorientierte Ansatz der Palliative Care Hand in Hand mit dem diagnoseorientierten Ansatz. Weltweit spricht man heute deshalb gerne von „concurrent care“, wie sie von der amerikanischen Onkologiegesellschaft (ASCO) definiert wurde.

Die problematische Terminologie

Der Begriff „palliativ“ ist problematisch, da er im klinischen Kontext vom Begriff „kurativ“ abgegrenzt wird. Für diese Abgrenzung gibt es aber keine wissenschaftliche Evidenz, und viele Fachspezialitäten verstehen „palliativ“ unterschiedlich. So wenig klar ist, wann eine Krankheit wirklich „kurativ“ behandelt, also geheilt ist, so unklar ist, wann „kurativ“ in „palliativ“ umschlägt. Das Plädoyer für die Zukunft ist deshalb, dieses Begriffspaar zu verlassen.

Was wäre eine sinnvolle zukünftige Terminologie? Für die medizinische Vorgehensweise ist möglicherweise das Wort „krankheitsspezifische Behandlung“ oder englisch „disease modifying treatment“ hilfreich, für Palliative Care das Wort patientenorientierte Behandlung oder „patient-centered care“. Hierbei stehen die Linderung des Leidens sowie der Abbau individueller Stressoren und Ängste im Vordergrund, wie das lateinische Wort „palliare“ = „ummanteln“ sinnfällig umschreibt. Das Wichtigste hierbei ist aber, dass beide Vorgehensweisen gleichberechtigt, gleich wichtig und gleichzeitig stattfinden, eben „concurrent“.

Begriffe wie „best supportive care“, „comfort care“, „terminal care“ oder „end-of-life care“ sind wenig nützlich und sollten somit eher vermieden werden.

Weshalb ist der Begriff „vorausschauend“ so wichtig in der Definition?

Viele Patienten mit fortschreitenden Erkrankungen haben nicht Angst vor dem Tod, sondern vor der langsamen Verschlechterung und vor dem Sterben.

Vorausschauend planen und handeln bedeutet:

- das Erfassen und Einschätzen der Erwartungen, aber auch der Sorgen der Patienten und ihrer Angehörigen
- das Besprechen allfälliger Komplikationen
- das Ansprechen der Ängste bezüglich Sterben und Tod
- partnerschaftlich den Betroffenen Handwerkszeug für die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen zu geben, d.h. beispielsweise für Notfälle zu Hause.

Vorausschauendes Planen kann erfolgen:

- im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung inkl. „Advance Care Planning“: umfasst Diskussionen bezüglich Optionen („making choices“), bevor es zu einer Krise/Komplikation kommen kann (siehe Kap. 7)
- in einer Patientenverfügung: geschriebenes Dokument, das durch den Patienten eigenhändig datiert und unterschrieben wird

Wird Palliative Care nur von Palliativ-Spezialisten geleistet?

Nein, Palliative Care findet in allen Bereichen des Gesundheitswesens statt. Man unterscheidet:

- **Palliative Care Approach/Palliative-Care-Vorgehen:** Haltung und Vorgehen, welche die individuelle Leidenslinderung (patienten- bzw. problemorientiert) in den Vordergrund stellen. Neben der Fachwelt sollte auch die Bevölkerung über Grundkompetenzen zum Thema Umgang mit dem Lebensende verfügen.
- **allgemeine Palliative Care:** fachliche Grundkompetenzen, welche alle Fachpersonen im Gesundheitswesen erwerben (ambulant, stationär, im Langzeitbereich, jeweils interprofessionell, oder Fachgebiete wie Chirurgie, Geriatrie, Psychiatrie u. a.)
- **spezialisierte Palliative Care:** fachliche Kompetenzen, welche Spezialisten für Palliative Care (bspw. ärztliche Schwerpunkttitle in der Schweiz und in Deutschland oder pflegerische Spezialweiterbildungen) erworben haben. Der Schwerpunkt liegt bei komplexen und instabilen Krankheitssituationen, oft gekennzeichnet durch Krisen. Die Aufgaben der spezialisierten Palliative Care sind
 - a) die Fachpersonen in der allgemeinen Palliative Care zu unterstützen (beratende Funktion oder 2. Linie),
 - b) das Leistungsspektrum in Institutionen der spezialisierten Palliative Care (Palliativstationen, mobile Palliativdienste/spezialisierte ambulante Palliativversorgungen [SAPV], Hospize) zu gewährleisten.

1.2

Geschichte der Palliative Care

Palliative Care hat sich aus der Hospizbewegung heraus entwickelt und versteht sich als Vorgehensweise zur Umsetzung der Grundwerte der Hospizbewegung in der Gesundheitsversorgung.

Was verstehen wir unter der Hospizbewegung?

Die Hospizbewegung in Mitteleuropa ist eng mit dem christlichen Glauben verbunden. Im frühen Christentum war es eine Tugend jeglicher Familie, schwerkranke, sterbende und bedürftige Menschen bei sich aufzunehmen. Im frühen Mittelalter wurde dies von den Klöstern und Ordensgemeinschaften übernommen. Aus dieser Zeit stammen Ordensgemeinschaften, die sich speziell diesen Grundwerten der Nächstenliebe gewidmet haben (z. B. Johanniter-Orden, Malteser). Der Name Hos-

piz – wie wir ihn von den Hospizen auf den Passhöhen der Schweiz kennen – stammt aus dieser Zeit. Die Hospize waren Unterkünfte entlang der Pilgerwege. Später nahmen sich Einzelpersonen dem Schicksal Schwerkranker und Sterbender an (Franziskus von Assisi, Elisabeth von Marburg u. a.).

Als infolge der Reformation einige Klöster ihre kirchliche Bestimmung verloren haben, wurden sie teilweise zu Hospitälern im weltlichen Sinn umgenutzt. So ging es weiter bis in die Moderne. Immer wieder waren es kirchennahe, christliche Kreise, die sich der Betreuung und Begleitung der Schwerkranken und Sterbenden annahmen.

Was hat dies mit Palliative Care zu tun?

Elisabeth Kübler-Ross brach mit ihren Forschungsarbeiten in den 1960er Jahren ein Tabu. Sie interviewte als Ärztin (Psychiaterin) Sterbende. Daraus erkannte und erarbeitete sie ein erstes Konzept der Phasen von sterbenden Menschen (Phasen nach Kübler-Ross: Nicht-wahrhaben-Wollen – Auflehnung mit Zorn, Ärger – Verhandeln – depressive Phase – Akzeptanz).

Zur gleichen Zeit befasste sich Cicely Saunders in London damit, wie man die Schulmedizin und die Grundgedanken der Hospizbetreuung näher zusammenbringen könnte. Als Pflegefachperson, Sozialarbeiterin und Ärztin war ihr sehr bewusst, dass viele Menschen, die in den Hospizen in England betreut wurden, zu wenig von der Schmerzmedizin und anderen medizinischen Erkenntnissen profitieren konnten. Als Forscherin nahm sie sich der Schmerztherapie an. Cicely Saunders gründete 1967 das St. Christopher's Hospice in London, welches nach diesen neuen Erkenntnissen geführt wurde. Sie gilt deshalb als Gründerin der modernen Hospizbewegung. Dieses Hospiz war eine eigenständige Organisation für ambulante und stationäre Patienten, die nicht an ein Akutspital angegliedert war.

Wer brachte aber die Hospizidee in das Akutspital?

Balfour Mount, ein kanadischer Urologe, der sich bei Cicely Saunders in London ausbilden liess, war überzeugt davon, dass die Erkenntnisse der Hospizbewegung und der Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen, wie er im St. Christopher Hospice gelebt wurde, auch in die Versorgung der Akutspitäler einfließen sollte. So entstand 1973 die erste Palliativstation im Akutspital im Royal Victoria Hospital in Montreal. Er gilt auch als der Urheber des Begriffs „Palliative Care“.

Ist Palliative Care ein weltumspannendes Thema?

Ja. Die Fragestellungen an die Vorgehensweise in der Palliative Care sind jedoch weltweit sehr unterschiedlich und sowohl vom gesellschaftlichen Kontext als auch von der Gesundheitsversorgung abhängig.

1990 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals Palliative Care. 2002 wurde die Definition erneuert. Immer wieder wurde versucht, Palliative Care als Menschenrecht zu deklarieren – dies ist jedoch bisher noch nicht gelungen. Hervorragende Beispiele für Palliative Care finden sich von Katalonien (Spanien) über Kerala (Indien) bis nach Japan. Dennoch hat der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden sein stärkstes politisches Gewicht in vielen angloamerikanischen Ländern, d.h. in England, Kanada, USA und Australien/Neuseeland.

2014 und zuletzt 2018 wurde Palliative Care durch die World Health Assembly als eines der drängenden Themen der kommenden Gesundheitsversorgung deklariert. In einer sogenannten „Key facts“- Publikation wurde dieser Priorisierung Ausdruck verliehen.

Was sind wesentliche Fragestellungen an die Palliative Care in Europa?

Die Europäische Palliativgesellschaft (EAPC = European Association for Palliative Care, <https://www.eapcnet.eu>) nimmt sich neben Fragen der Strukturierung insbesondere der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Forschung in Palliative Care an. Sie hat hierzu verschiedene „White Papers“ (Richtlinien) verfasst, bspw. zu den Versorgungsstrukturen in Palliative Care und zu Curricula in der Palliativmedizin, der Palliativpflege oder Psychologie in der Palliative Care.

Auch der Europarat hat einige Empfehlungen und Entscheide zu Palliative Care erlassen; dazu gehören:

- die Empfehlung 1418; betrifft Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden: „[...] ist es, die Würde aller Menschen [...] zu schützen. [...] Unverletzlichkeit der Menschenwürde in allen Lebensphasen.“
- die Europarat-Resolution Doc 11758 (November 2008): Darin wird Palliative Care empfohlen als „a model for innovative health and social policies“.

Wie war die Entwicklung in der Schweiz?

Obwohl Elisabeth Kübler-Ross eine Schweizerin war, wirkte sie v. a. in den USA. Palliative Care in der Schweiz gibt es seit Ende der 1980er-Jahre, und sie hat sich in den drei Landesteilen sehr unterschiedlich entwickelt. Eine ausgeprägte Hospizbewe-

gung, wie sie Deutschland und Österreich kennen, gab es in der Schweiz nie. 1988 wurde u.a. von Charles-Henry Rapin die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung gegründet, die heutige Gesellschaft „palliative ch“. Erst 2010 wurde in der Schweiz mit der „Nationalen Strategie Palliative Care“ dieser Bewegung auch seitens der Politik eine Wichtigkeit attestiert, was im internationalen Vergleich eher eine späte Entwicklung bedeutet.

Wie war die Entwicklung in Deutschland?

1983 wurde mit Starthilfe der Deutschen Krebshilfe die erste „Station für palliative Therapie“ an der Klinik für Chirurgie der Universität Köln unter Leitung von Professor Pichlmaier eröffnet. 1994 wurden die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz als Dachverband der Hospizbewegung gegründet. 2003 verabschiedet die Bundesärztekammer für das Fach Palliativmedizin eine eigenständige Zusatzweiterbildungsordnung. Einen Schlüsselmoment gab es im Jahr 2007: Neu wurde gesetzlich der Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) verankert. Im Jahr 2010 wurde gemeinsam von Bundesärztekammer, der DGP sowie dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ verabschiedet. 2015 kam es dann zur Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG). Das Gesetz enthält Massnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung.

Wie war die Entwicklung in Österreich?

Die ersten Initiativen zu Hospizpflege/Palliative Care in Österreich starteten in den späten 1970er-Jahren. Die österreichische Palliativ Gesellschaft (ÖPG) wurde 1989 gegründet. Seit 2001 werden Palliativabteilungen auf- und ausgebaut. Tatsächlich sollte es bis in die späten 1980er-Jahre dauern, bis wirkliche Bewegung in die Entwicklung kam.