

Bernatzky · Sittl · Likar

Schmerz- behandlung in der Palliativmedizin

3. Auflage



 SpringerWienNewYork

Günther Bernatzky,
Reinhard Sittl, Rudolf Likar (Hrsg.)

Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin

Dritte, erweiterte und überarbeitete Auflage

SpringerWienNewYork

Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky
Universität Salzburg, Österreich

OA Dr. Reinhard Sittl
Universität Erlangen, Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar
Klinikum Klagenfurt, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2004, 2006, 2012 Springer-Verlag/Wien

Springer-Verlag Wien New York ist ein Unternehmen
von Springer Science + Business Media
springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch 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. Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Datenkonvertierung und Umbruch: Jung Crossmedia Publishing GmbH,
35633 Lahnau, Deutschland

Umschlagbild (Aquarell): Karin Bernatzky-Anrather, „Die Brücke“

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF
SPIN: 12435425

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

Mit 23 Abbildungen

ISBN 978-3-211-88876-6 SpringerWienNewYork
ISBN 3-211-25289-4 2. Aufl. SpringerWienNewYork

Dank

Gewidmet unseren Frauen
Karin Bernatzky, Evi Sittl und Claudia Likar

Vorwort

Kann es für Menschen, die unheilbar krank sind, so etwas wie Lebensqualität geben? Wenn ja, worin könnte diese bestehen und was können professionelle HelferInnen und Angehörige dazu beitragen?

Sicher ist: Wir können Menschen ihre Trauer nicht abnehmen, wenn sie erkennen, dass sie bald sterben und alles Irdische, das ihnen lieb und wertvoll ist, verlieren werden. Sicher ist aber auch: Wir können ihre körperlichen und seelischen Leiden in der letzten Lebensphase lindern, wenn wir sie auf diesem Weg begleiten, als ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegende, Angehörige, Freunde. Wenn die Kranken wissen, dass sie nicht alleine sind, sondern dass sie begleitet werden, dann wird es auch leichter für sie, ihr Dasein dem Lebensentwurf entsprechend zu vollenden. Gegenseitiges Vertrauen hat dabei ebenso zentrale Bedeutung, wie das Wissen um die Möglichkeiten, die es heute gibt, um den „Total Pain“, die Gesamtheit der Schmerzen von PalliativpatientInnen zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Nachfrage nach diesem Wissen ist erfreulicherweise so groß, dass nur eineinhalb Jahre nach dem Erscheinen des Buches „Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin“ die 2. Auflage herauskam. Jetzt erscheint bereits die 3. Auflage mit einigen wesentlichen Ergänzungen. Für die besonders gute Zusammenarbeit mit dem Springer-Verlag, allen voran Frau Petra Naschenweng bedanken wir uns herzlichst!

Bereits die 1. Auflage dieses Buches wurde im Jahr 2004 von der Österreichischen Palliativgesellschaft mit dem wissenschaftlichen Jahrespreis ausgezeichnet.

Worum geht es in diesem Buch? Im Sinne des englischen Begriffs „palliative care“ werden verschiedene Aspekte einer umfassenden Betreuung von unheilbar Kranken dargestellt. Dabei wird auf den „Total Pain“, also die Gesamtheit der Schmerzen, Rücksicht genommen. Umfassend bedeutet dabei, dass nicht nur alle Möglichkeiten der modernen medizinischen Schmerzdiagnostik und -therapie genützt werden, sondern vor allem auch die persönlichen Ressourcen der Betroffenen bzw. deren Eingebundensein in ein soziales Netzwerk von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn.

Je mehr die Kranken selbst als ExpertInnen ihres Leidens an den Therapiemaßnahmen mitwirken können, umso besser ist auch ihre persönliche Lebensqualität. **Wobei Lebensqualität immer auf den einzelnen Menschen zu beziehen ist. Denn diese kann nicht von anderen – ob medizinisches Personal oder Angehörige – sondern nur von den Kranken selbst erlebt und erfahren werden.**

So wird auch klar, warum der Einsatz unterstützender Methoden wie verschiedene Nichtmedikamentöse Methoden, u. a. Musik oder Humor in der Palliativmedizin so wichtig ist. Musik hören, selber musizieren, sich mit einem Hobby, das Freude bereitet, beschäftigen oder mit anderen lachen zu können, baut Ängste und Schmerzen ab. Der Erfolg notwendiger medizinischer Maßnahmen wird größer. Dasselbe gilt für die Zuwendung, die PalliativpatientInnen von anderen Menschen erfahren. Wenn die fachliche medizinische Betreuung durch speziell geschultes Personal durch Besuche und Pflege von Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn oder ehrenamtlichen Besuchsdiensten unterstützt wird, trägt das entscheidend zur Verbesserung der Gesamtsituation der Kranken bei.

Hauptziel dieses Buches ist es, diese Zusammenhänge deutlich zu machen und zu einer intensiven Beschäftigung mit allen Möglichkeiten der interdisziplinären Schmerztherapie in der Palliativmedizin anzuregen. Das ist von Bedeutung für uns alle!

Wir wissen heute durch die moderne Schmerzforschung, dass bei guter spiritueller, sozialer und psychologischer Begleitung und adäquater Therapie – das heißt vor allem moderner interdisziplinärer Schmerztherapie – mehr als 90 Prozent der Schwerstkranken und Sterbenden nahezu frei von Schmerzen leben können und damit bedeutend mehr an Lebensqualität gewinnen.

Wenn also stärker ins allgemeine Bewusstsein dringt, dass „palliative care“ uns ermöglichen kann, auch den letzten Lebensabschnitt weitgehend selbst bestimmt und schmerzfrei zu verbringen, werden verbreitete Ängste reduziert. Und es ist dann auch zu hoffen, dass mehr kranke Menschen am Ende ihres Lebens jene palliative Betreuung und Schmerzversorgung erhalten, die medizinisch möglich ist.

Eine verbesserte Palliativmedizin verdrängt den Ruf nach Sterbehilfe!

G. Bernatzky (Salzburg),
R. Sittl (Erlangen),
R. Likar (Klagenfurt)

Inhaltsverzeichnis

Autorenverzeichnis	XIII
Mein persönlicher Glaube und Schmerztherapie	1
Hildegard Teuschl	
Hospiz- und Palliative Care – Definitionen, abgestufte Versorgung, Organisationsformen und Bedarf	7
Johann Baumgartner	
Zur Geschichte der Hospizbewegung	17
Andreas Heller und Sabine Pleschberger	
Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)	25
Michaela Werni-Kourik und Franz Zdrahal	
Der Schmerz: Häufigkeit und Entstehung tumorbedingter Schmerzen	29
Günther Bernatzky und Rudolf Likar	
Schmerzdiagnostik bei Tumorpatienten	33
Gudrun Russ	
Probleme der Schmerzerkennung bei dementen alten Menschen	41
Martina Schmidl	
Schmerzmessung bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Patienten . . .	49
Georg Pinter und Rudolf Likar	
Patientenführung, Compliance und Lebensqualität bei Tumorpatienten	59
Rudolf Likar und Günther Bernatzky	
Sterben und Lebensqualität	67
Marina Kojer	
Seelenschmerz und Trauer – Störfall oder Ressource?	77
Christian Metz	

Therapie – nicht invasive Möglichkeiten: Medikamentöse Methoden	85
Rudolf Likar	
Cannabinoide in der Palliativmedizin	99
Hans Georg Kress und Birgit Kraft	
Tumorschmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen	109
Reinhard Sittl, Norbert Grieflinger und Rudolf Likar	
Therapie mittels invasiver Techniken	117
Wilfried Ilias	
Systemische und rückenmarknahe Therapie mittels Schmerzpumpen und Ports	127
Hans Georg Kress und Birgit Kraft	
Praxis der ambulanten parenteralen Schmerztherapie	139
Carsten Klein, Dieter Märkert, Christa Geiß, Gabi Littschwager, Norbert Grieflinger und Reinhard Sittl	
Interaktionen von Arzneimitteln in der Schmerztherapie	147
Christina Hofer-Dückelmann und Günter Fellhofer	
Rezeptur in verschiedenen europäischen Ländern: Gesetzliche Grundlagen	155
Eckhard Beubler	
Neuraltherapie im Rahmen der Palliativmedizin	163
Kurt Gold-Szklarski	
Schmerzbehandlung aus der Sicht des Strahlentherapeuten	169
Gerda Hohenberg	
Ziele und Aufgaben der Palliativchirurgie	175
Hans-Werner Waclawiczek	
Allgemeine Symptombehandlung, Obstipation, intestinale Obstruktion, Dyspnoe	179
Eberhard Klaschik	
Übelkeit und Erbrechen	185
Rudolf Likar, Günther Bernatzky und Reinhard Sittl	

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Karzinompatientinnen und -patienten am Lebensende	195
Michaela Werni-Kourik	
Psychologische Aspekte der palliativen Schmerztherapie	203
Franz Wendtner	
Nichtmedikamentöse schmerztherapeutische Methoden in der Palliativmedizin	223
Günther Bernatzky und Rudolf Likar	
Musik in der Palliativmedizin	229
Günther Bernatzky und Horst-Peter Hesse	
Biofeedback in der Palliativmedizin	235
Wolfgang Pipam	
TENS – Transkutane Elektrische Nervenstimulation in der onkologischen Schmerztherapie	241
Bertram Disselhoff	
Humor – eine Möglichkeit in der Palliativmedizin	251
Inge Patsch	
Kasuistiken	
Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse des Kranken	255
Ernst Rupacher	
B-Zell Lymphom in linker Tonsille	
Kasuistik und Kommentar zur Veränderung der therapeutischen Optionen über die Zeit	259
Gudrun Russ	
Das ärztliche Informations- und Aufklärungsgespräch	263
Franz Zdrahal	
Kommunikation und Interaktion in der Palliativbetreuung	269
Gerald Gatterer	
„Palliative“ Sorge um die MitarbeiterInnen?	
Psycho-soziale Unterstützung von Hospice- und Palliative Care Teams . . .	291
Klaus M. Schweiggel	
Die Seelsorge – Aus persönlicher Sicht eines Priesters	297
Richard Schwarzenauer	

Inhaltsverzeichnis

Schmerztherapie und Palliativmedizin: Rechtliche Aspekte	301
Kurt Schmoller	
Alte Ängste und Vorurteile, Allgemeine Richtlinien	309
Sachverzeichnis	311
Über die Herausgeber	317

Autorenverzeichnis

Baumgartner Johann, Dr. med., Stmk KAGes., Stiftingtalstraße 4–6, 8010 Graz, Österreich, Tel.: +43 316 340-5839, E-Mail: johann.baumgartner@kages.at

Bernatzky Günther, Univ.-Prof. Dr., Universität Salzburg, Naturwissenschaftliche Fakultät, Fachbereich für Organismische Biologie, Arbeitsgruppe für „Neurodynamics und Neurosignaling“, Hellbrunner Straße 34, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662 8044-5627, E-Mail: guenther.bernatzky@sbg.ac.at

Beubler Eckhard, Univ.-Prof. Mag. Dr., ehem. Vorstand am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie der Medizinischen Universität Graz, Universitätsplatz 4, 8010 Graz, Österreich, Tel.: +43 316 380-4305, E-Mail: eckhard.beubler@medunigraz.at

Disselhoff Bertram, Dr. med., Wilhelmstraße 19, 35392 Gießen, Deutschland, Tel.: +49 641 71066, E-Mail: bertramdisselhoff@web.de

Fellhofer Günter, Mag. Pharm., Landesapotheker im Paracelsus-Universitätsklinikum, Müllner Hauptstraße 50, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662-432111, Fax: +43 662 432111-11, E-Mail: g.fellhofer@salk.at

Gatterer Gerald, Praxis: Schlossmühlgasse 22, 2351 Wiener Neudorf und Psychologisch-psychotherapeutische Ambulanz/Abteilung für psychosoziale Rehabilitation. Geriatriezentrum am Wienerwald, Jagdschlossgasse 59, 1130 Wien, Österreich, E-Mail: Gerald.gatterer@wienkav.at

Geiß Christa, Universitätsklinikum Erlangen Schmerzzentrum Christa Geiß M.B.A. Health Care Management Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 9131 8542475, E-Mail: Christa.Geiß@uk-erlangen.de

Gold-Szklarski Kurt Dr., Arzt für Allgemeinmedizin, Erdbergstraße 126/1, 1030 Wien, Österreich, E-Mail: kurt.gold@chello.at

Griessinger Norbert, Dr. med., Oberarzt, Anästhesiologische Klinik, Schmerzambulanz, Universitätsklinikum Erlangen, Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 9131 853-2558, Fax: +49 9131 853-2546, E-Mail: norbert.griessinger@uk-erlangen.de

Heller Andreas, Univ.-Prof. Dr., Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF), Wien, Abteilung Palliative Care und Organisation/Ethik, Schottenfeldgasse 29/4, 1070 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 5224000-102, E-Mail: andreas.heller@uni-klu.ac.at

Hofer-Düeckelmann Christina, Dr., Landesapotheke am St. Johanns-Spital, Müllner Hauptstraße 50, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662 4482 86225, E-Mail: c.dueckelmann@salk.at

Hohenberg Gerda, Univ.-Prof. Dr., Univ.-Klinik für Strahlentherapie und -biologie, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 40400 687, E-Mail: gerda.hohenberg@meduniwien.ac.at

Ilias Wilfried, Prim. Univ.-Prof. Dr., Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmed., KH der Barmherzigen Brüder, Große Mohrengasse 9, 1020 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 21121, E-Mail: iliasbhb@chello.at

Klaschik Eberhard, Prof. Dr., Malteser Krankenhaus Bonn, Zentrum für Palliativmedizin, Von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn, Deutschland, Tel.: +49 228 6481-361, E-Mail: e.klaschik@t-online.de

Klein Carsten, Dr., Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung an der Anästhesiologischen Klinik, Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 9131 85-34064, E-Mail: carsten.klein@uk-erlangen.de

Kojer Marina, Primaria DDr., Hon. Prof., Ernst Karl Winter-Weg 8, 1190 Wien, Österreich, E-Mail: marina.kojer@me.com

Kraft Birgit, Dr., Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmed., KH der Barmherzigen Brüder, Große Mohrengasse 9, 1020 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 211210, E-Mail: abteilung.anaesthesie@bbwien.at

Kress Hans-Georg, o. Univ.-Prof. DDr., President of EFIC, Vorstand der Klinischen Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie, Medizinische Universität Wien/AKH, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 40400 4144, E-Mail: hans-georg.kress@meduniwien.ac.at

Likar Rudolf, Univ.-Prof. Dr., Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt, Tel.: +43 463 538 34300, E-Mail: r.likar@aon.at

Littschwager Gabriele, Krankenschwester, Universitätsklinikum, Anästhesiologische Klinik, Schmerzambulanz, Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 91318532556, E-Mail: Gabriele.Littschwager@uk-erlangen.de

Märkert Dieter, Fachkrankenpfleger, Universitätsklinikum, Anästhesiologische Klinik, Schmerzambulanz, Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 91318532556, E-Mail: Dieter.Maerkert@uk-erlangen.de

Metz Christian, Mag. Dr., Universität Klagenfurt/IFF Wien, Palliative Care und Organisations-Ethik, Schottenfeldgasse 29, 1070 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 522 4000-106, E-Mail: cmetz@me.com

Patsch Inge, Lizumstraße 34, 6094 Axams, Österreich, Tel.: +43 5234 68844,
E-Mail: info@ingepatsch.at

Georg Pinter, Primar Dr., Haus der Geriatrie, LKH Klagenfurt, Krassniggstrasse 2, 9020 Klagenfurt, Österreich, Tel.: +43 463 538 22667, E-Mail: georg.pinter@kabeg.at

Pipam Wolfgang, Dr., Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt, Österreich, Tel.: +43 63 538 25955, E-Mail: wolfgang.pipam@kabeg.at

Pleschberger, Sabine, Ass.Prof. Dr. Doz. MPH, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF), Wien, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, Schottenfeldgasse 29, 1070 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 5224000-104, E-Mail: sabine.pleschberger@uni-klu.ac.at

Rupacher Ernst, OA Dr., Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Feschnigstrasse 11, 9020 Klagenfurt, Österreich, Tel.: +43 463 5380 23428, E-Mail: ernst.rupacher@kabeg.at

Russ Gudrun, Dr., Onkologische Bettenstation, LKH Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662 8044 2881, E-Mail: g.russ@salk.at

Schmidl Martina, Dr., Geriatriezentrum am Wienerwald, Jagdschloßgasse 59, Pav. 7, 1130 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 80 110 3358, E-Mail: martina.schmidl@wienkav.at

Schmoller Kurt, o. Univ.-Prof. Dr., Institut für Strafrecht und Strafverfahrensrecht, Kapitelgasse 5-7, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662 8044 3361,
E-Mail: Kurt.Schmoller@sbg.ac.at

Schwarzenauer Richard, Mag., Pfarrer und Leiter des „Pfarrverbandes der Sonnenterrasse“ Kirchengasse 2, 5620 Schwarzach, Österreich, E-Mail: r.schwarzenauer@gmx.net

Schweigg Klaus M. SJ, Dr.theol., Mobiles Caritas Hospiz Wien, Kardinal König Platz 3, 1130 Wien, Österreich, Tel./Fax +43/1/804 75 93 405,
E-Mail: schweigg@kardinal-koenig-haus.at

Sittl Reinhard, OA Dr., Universitätsklinikum Erlangen, Schmerzzentrum, Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen, Deutschland, Tel.: +49 9131 8532558, E-Mail: Reinhard.Sittl@uk-erlangen.de

Waclawiczek Hans-Werner, Univ.-Prof. Dr., Chirurgie West, LKA Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg, Österreich, Tel.: +43 662 4482 3103, E-Mail: h.w.waclawiczek@salk.at

Franz Wendtner, Mag., Universitätsklinik für Innere Medizin III der PMU mit Hämatologie, internistischer Onkologie, Hämostasiologie, Infektiologie, Rheumatologie und Onkologisches Zentrum, Tel.: +43 662 4482 2881 Universitätsinstitut für Klinische Psychologie der PMU, Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH,
E-Mail: franz.wendtner@sbg.at

Werni-Kourik Michaela, OA Dr., Leitung der Stabsstelle Palliativkonsiliardienst der Ärztlichen Direktion Wilhelminenspital der Stadt Wien, Montleartstraße 37, 1160 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 49150 1318, E-Mail: michaela.werni@wienkav.at

Zdrahal Franz, Dr., Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Arzt für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Leiter der Caritas der Erzdiözese Wien, Albrechtskreithgasse 19–21, 1160 Wien, Österreich, Tel.: +43 1 87812 216, E-Mail: franz.zdrahal@caritas-wien.at

Mein persönlicher Glaube und Schmerztherapie

Hildegard Teuschl†

Frau Mag. Sr. CS Hildegard Teuschl (†), Ehrenpräsidentin und ehemalige Vorsitzende von Hospiz Österreich verfasste dieses Kapitel wenige Tage vor ihrem Ableben am 18.02.2009. Die Aufnahme dieses Beitrages in das vorliegende Buch über „Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin.“ war für Frau Teuschl ein besonderes Anliegen. Die letzten Tage ihres Lebens verbrachte Frau Teuschl mit einer sehr guten Schmerztherapie an einer Wiener Palliativstation.

„Wie kannst du an einen liebenden Gott glauben, der dir einen Krebs schickt?“ Diese und ähnliche Fragen wurden mir im letzten Jahr häufig gestellt. Für mich gibt es darauf keine Antwort, aber eines weiß ich mit Sicherheit: Gott „schickt“ keinen Krebs – er mutet mir bisher Unbekanntes zu! Ein lieber Freund hat das so ausgedrückt: „Mit deiner Krebserkrankung und dem Umgang mit deinen Schmerzen hast du eine neue Aufgabe bekommen, mit der du dich in deinem bisherigen Leben nicht auseinanderzusetzen hattest.“ Und so empfinde ich das auch! Für mich gibt es auch keine Erklärung, warum es keine Antwort gibt. Das macht mich sprachlos, und sprachlos bin ich nicht gerne. Ich versuche daher zu schweigen und nachzuspüren, wie ich es schaffe, mit Fragen weiterzuleben.

Es hilft mir, in Dankbarkeit nachzudenken, woher ich in meinem Leben bisher die Kraft geschenkt bekam, mit Schwierigkeiten und Krisen umzugehen und daraus das Vertrauen zu schöpfen, dass ich diese Kraft auch jetzt von Gott bekomme.

Abschiednehmen von Beziehungen und Loslassen von vielem, was mir wichtig und bedeutungsvoll war, fällt mir nicht leicht. Der Krebs traf mich mitten im vollen Berufsleben; eine Operation war nicht mehr möglich und schnell war klar: Nun ist Palliativmedizin angesagt, um die Schmerzen einzudämmen. Die Knochenmetastasen waren weit fortgeschritten. Über Nacht sah ich mich mit einem plötzlichen Rollenwechsel konfrontiert: Hatte ich bisher mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen geredet und für sie ganzheitliche Schmerztherapie gefordert, musste ich nun lernen, als betroffene Patientin mit einem unheilbaren Krebsleiden selbst zu leben.

In den letzten 20 Jahren hatte ich alles drangesetzt, die Hospizidee in weiten Kreisen zu verbreiten und die multiprofessionelle Palliativbildungsarbeit

zu fördern. Jetzt musste ich erleben, dass eigene Erfahrungen noch einmal ganz anders sind.

Nachspüren bei mir selbst?

Ich fühle mich jetzt näher dran. Ich reflektiere und kontrolliere, was ich in meinen Vorträgen zum Auf- und Ausbau der Hospizarbeit gesagt und geschrieben habe. Ich merke, vieles stimmt und trägt, wie z. B. dass die Palliativmedizin heute einen Großteil der Schmerzen lindern oder beseitigen kann, oder dass es für Schwerkranke schlimm ist, wenn sie belogen werden, wenn ihnen die Wahrheit nicht zugemutet wird. Ich erfahre, wie segensreich die Einrichtung der mobilen Ärzte in Hospiz- und Palliativteams ist, die mir ermöglichen viele Behandlungen zuhause im eigenen Bett zu erhalten und nicht ins Krankenhaus zu müssen.

Eine starke Bestätigung ist es mir auch, zu spüren, wie wichtig mitfühlende Freunde sind, die mir die Autonomie lassen und mich weder „bemuttern“ noch mich mit guten Ratsschlägen zudecken oder sich regelmäßig Bulletins zur Lage der Gesundheit erwarten.

Aus dem dankbaren Rückblick auf ein erfülltes Leben versuche ich die Quellen zu finden, die mich bisher gestärkt haben und die mir jetzt und in Zukunft Kraft geben können.

Ich halte mich nicht dabei auf, nachzudenken, was alles für mich jetzt *nicht* mehr möglich ist, sondern ich danke Gott, dass mein Leben so reich war und dass es nach Tiefpunkten immer wieder Hochs gegeben hat. Ich bin froh, festzustellen, dass meine persönliche Gottesbeziehung trägt, dass ich bisher nicht in Depressionen gerutscht bin. Ich habe das tiefe Vertrauen, dass Gott mich gerade in der letzten Lebensphase nicht allein lassen wird.

Gleichzeitig habe ich zwischendurch aber auch Angst vor den letzten Wochen oder Tagen meines Lebens. Die Schmerzen werden die Ärzte schon unter Kontrolle bringen, aber die vielen unangenehmen Begleitsymptome? Wie wird es mir gehen, wenn ich nicht mehr autonom denken und handeln kann? Werde ich mich einem liebenden Gott wirklich ausliefern können? Es entlastet mich, dass ich nicht etwas leisten muss, sondern dass ich alles von Gott erwarten darf.

Unsere Leistungsgesellschaft will Erfolge sehen

Die Frage nach der Selbstbestimmung des Anfangs und des Endes unseres Lebens ist in unserer Leistungsgesellschaft ein natürliches Signal. Wissenschaft und Forschung helfen uns heute viele Probleme zu lösen. Gerade auch Medizin und Medizintechnik liefern uns ständig neue Beweise dafür,

was alles machbar geworden ist. Irgendwo ist bei nicht wenigen Menschen im tiefsten Inneren die Hoffnung: „Wir werden auch das Leid noch besiegen und das Sterben noch in den Griff bekommen!“ Gerade auch bei Krebs beweisen uns die vielen Erfolge, dass Unmöglich-Scheinendes wahr werden kann. Ich komme mit vielen MitpatientInnen in Kontakt, die ihr Schicksal recht unterschiedlich tragen. Manche suchen nach immer neuen Mitteln der Heilung, andere bewältigen in Gelassenheit das Abschiednehmen und ordnen ihr Leben. Einen besonderen Stellenwert hat für die meisten Menschen der Kampf um die Erhaltung der Autonomie. Die philosophische Diskussion um Selbstbestimmung lässt aber oft die gesellschaftspolitische Dimension und den sozialen Aspekt außer Acht. Was philosophisch möglich ist, kann gesellschaftspolitisch zum Missbrauch der Freiheit führen. Der Mensch darf nicht von seiner Umwelt isoliert gesehen werden. Freiheit ist nicht etwas völlig Individualistisches.

In Würde und Schmerzlinderung sterben können, ist eine Herausforderung an die Gesellschaft, ist nicht zuerst ein medizinisches Anliegen, auch nicht zuerst ein Anliegen der Kirchen. Die Kirchen und die Medizin haben hier Dienstfunktion. Das Tötungsverbot braucht das Zusammenspiel aller Kräfte einer humanen Gesellschaft. Die Bemühungen von Hospizbewegung und Palliative Care bieten eine Antwort auf die Defizite in unseren Familien und auf die Defizite unseres Gesundheitswesens.

„Das wird schon wieder!“ ist ein Satz, den ich in letzter Zeit sehr oft gehört habe. Als ich vor einem halben Jahr alle Haare verloren habe, war der hauptsächlichste Trostsatz meiner Umgebung: „Die Haare kommen ganz sicher wieder – und übrigens steht dir die Perücke ausgezeichnet!“ Man wollte mir möglichst schnell vermitteln: ‚da kann man ja was machen ...‘

Sehr einfühlsam empfand ich aber z. B. meine Friseurin, die mir nach dem Rasieren der letzten Haarsträhne, die die Chemotherapie übrig gelassen hatte, sagte: „Dafür nehme ich kein Geld – für meinen Beitrag zu ihrem Verlust will ich nichts kassieren“. Dieses solidarische Mitfühlen von Frau zu Frau habe ich als Kostbarkeit erlebt – und nicht, weil ich mir dadurch 10 Euro erspart habe!

Ohnmacht aushalten

Für den Kranken selbst und für die Angehörigen und Begleitenden geht es darum, zu sehen, was ist – und das dann solidarisch miteinander zu tragen, anstatt mit aller Kraft etwas ändern oder „machen“ zu wollen.

Ich versuche, diesem solidarischen Gott auf der Spur zu bleiben. Und ich entdecke ihn in der Beziehung zu konkreten Menschen, die den Weg des Krankseins und Leidens mit mir gehen, ohne ständig zu fragen: Was kann ich gegen deine Krankheit tun?

Verdrängung oder Nichtwahrhaben-Wollen ist keine Bewältigungsstrategie. Es hilft nichts, der Auseinandersetzung mit dem Leid davon zu laufen. Und es hilft ebenso wenig, um die Frage WARUM zu kreisen? Jeder Mensch lebt sein Leben – auch in der letzten Phase – individuell und verschieden. Manche haben Angst vor dem Alleinsein. Andere – und zu denen gehöre ich – brauchen gerade auch das Alleinsein und die Stille.

Tragfähige Beziehungen

Was mir hilft, sind tragfähige Beziehungen. Meine 70 Lebensjahre haben mir viele tiefe Beziehungen gebracht – keine romantischen „Liebesgeschichten“, aber viel Freundschaft und Nähe zu Menschen, die mich spüren lassen: Der Austausch von Freud und Leid ist bereichernd, Zuhören und Hinterfragen ist lebenswichtig, Bestätigung ist aufbauend. Und besonders notwendig ist es auch, gebraucht zu werden.

Ich habe viel Liebe auch in meinen beruflichen Beziehungen geben und nehmen können – zuerst in meiner sozialen Bildungsaufgabe. Über 30 Jahre war ich Direktorin des Caritas-Ausbildungs-Zentrums für Sozialberufe in Wien/Seegasse, in den letzten 20 Jahren im Auf- und Ausbau der Hospizarbeit.

Ich wünsche mir, dass vielen Sterbenden und ihren Angehörigen erfahrbar wird, dass in der letzten Lebensphase Menschen DA SIND und als Wegbegleiter vermitteln: Du bist nicht allein und sollst LEBEN dürfen bis zuletzt. Jeder Sterbende ist ja ein Lebender!

Ich bin froh und dankbar, dass ich auch jetzt viele Freundinnen und Freunde habe, die mittragen, die für mich beten. Ich fühle mich nicht allein.

Persönliche Erfahrungen mit sterbenden Menschen

Eine wichtige und sehr konkrete Erfahrung machte ich beim Tod meines Bruders. Wolfgang starb 1999 mit 57 Jahren an Leberkrebs und hat sich bis zuletzt gegen seine Krankheit sehr gewehrt und um sein Leben gekämpft. Ins Krankenhaus wollte er nicht mehr und Hospizhilfe zuhause lehnte er so lange es irgendwie alleine ging, ab. Meine Schwester und ich haben ihn in den letzten Wochen abwechselnd zuhause begleitet. Er war immer sehr verschlossen und bezeichnete sich selbst als ungläubig. Und doch hatte er 1971 das komplette Markus-Evangelium in die Wiener Unterweltsprache übersetzt. Sein Buch „Da Jesus und seine Hawara“ hat viel Staub aufgewirbelt. Unseren Fragen, warum er als Ungläubiger einen Zugang zur Bibel fand, ist er immer ausgewi-

chen. In seiner letzten Lebensphase wollte ich noch einmal versuchen, den Schrifttext in seiner Sprache zu Hilfe zu nehmen. Als er schon großteils im Leberkoma war, saß ich an seinem Bett und nahm seine eigene Bibelübertragung zur Hand. Ich suchte nach einer Stelle, die ihm trostvoll sein könnte. Schließlich entschied ich mich für die Erzählung über die Heilung eines Gelähmten, den seine vier Freunde durch das Dach eines Hauses vor Jesus hinunterließen, damit er ihn gesund mache. Wolfgang hat das so betitelt: „*A Haadschada wiad wida bumpalxund*“. Zum Gelähmten lässt er Jesus sagen: „*Red ma nimma fo deine Linkn, Freind, sogn ma, es woa nix!*“

Immer wieder wiederholte ich diesen Satz an Wolfgangs Ohr – ich weiß nicht, ob er noch in sein Bewusstsein gedrungen ist ... Vermutlich hat mich das selbst mehr beruhigt als ihn.

Erst später bin ich auf den vorhergehenden Satz aufmerksam geworden, wo es heißt: „*Wia da Jesus eana Zuadraun xäng hod, hod a zua dem Haadschadn xogd: Red ma nimma fo deine Linkn, ...*“

Damit wollte ich Wolfgang vermitteln, dass das Einstehen für den Freund und das Vertrauen in die Hilfe Jesu alles Frühere gut sein lassen kann.

Große Vorbilder

Seit 46 Jahren gehöre ich der von **Hildegard Burjan** 1919 gegründeten Schwesterngemeinschaft Caritas Socialis an. Meinen persönlichen Glauben verdanke ich dem Vorbild dieser großen Frau, die auf der Suche nach Gott den Menschen am Rande der Gesellschaft begegnete. Selbst durch schwere Krankheit gezeichnet, setzte sie sich gemeinsam mit haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen für jene ein, an denen andere vorbeigingen, wie der Priester oder der Levit im Gleichnis vom Barmherzigen Samariter. Sie handelte nach dem Grundsatz: Die Barmherzigkeit von heute muss die Gerechtigkeit von morgen werden. Ihr unerschütterlicher Mut, als Frau in Kirche, Gesellschaft und Politik hat auch mich motiviert, Schmerzen ganzheitlich zu erfassen und nach den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Wurzeln der Not zu suchen.

Zu einem weiteren großen Vorbild wurde mir **Kardinal Dr. Franz König**. Besonders durch die parlamentarische Enquête 2001 „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ bin ich intensiver als zuvor mit ihm in Beziehung gekommen. Nicht nur wie er dachte und sprach, wie er sich gegen die Euthanasie einsetzte und um Solidarität kämpfte, sondern vor allem wie er seinem eigenen Sterben entgegen ging, berührte mich tief. Als ihn schon allmählich die Kräfte verließen, verfasste er im Jänner 2004 einen Brief an die Mitglieder des Österreich-Konventes gegen die Euthanasie und für das Recht eines jeden Menschen, „*an der Hand und nicht durch die Hand eines Menschen*“ sterben zu können. Nach seinem sanften und friedlichen Heimgang hat er seine drei Fragen anlässlich seiner Aufbah-

zung im Stephansdom – mit einer ganz anderen Eindringlichkeit auch noch den Menschen gestellt, die eine ganze Nacht lang an seinem Sarg vorübergezogen sind: „*Woher kommen wir? Wohin geht unser Weg? Welchen Sinn hat unser Leben?*“

Wenn ich an ihn denke, dann tue ich es nicht mit Trauer, sondern in großer Dankbarkeit, wie an jemanden, den ich nicht unter den Toten suchen muss. Am Ende seines Lebens konnte er sich einfach fallen lassen in Gottes Hand. Dieses Geschenk erbitte ich auch mir von Gott.

Hospiz- und Palliative Care – Definitionen, abgestufte Versorgung, Organisationsformen und Bedarf

Johann Baumgartner

Im nachstehenden Beitrag finden Sie gängige Definitionen der Begriffe „Hospiz“, „Palliativ“ und „Palliativmedizin“, und eine knappe Beschreibung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, der einzelnen Einrichtungsarten und Bedarfswerte.

Der Begriff „Palliativ“

„Palliativ“ kommt vom lateinischen Wort „pallium“ mit der Bedeutung „Umhang“ und steht synonym für Linderung. Palliativmedizin ist die „lindernde“ Medizin“.

Der englische Begriff „Palliative Care“ bezeichnet die umfassende Hospiz- und Palliativversorgung, der die körperliche, psychische, soziale, spirituelle und kulturelle Dimensionen in der Betreuung und Begleitung durch die verschiedenen erforderlichen Berufsgruppen umfasst. Im deutschen Sprachraum wird der Begriff „Palliativmedizin“ aus pragmatischen Gründen zumeist gleichbedeutend mit dem Begriff „Palliative Care“ verwendet. Palliative Care gilt als der international übliche Fachausdruck.

Der Begriff „Hospiz“

„Hospiz“ kommt vom lateinischen Wort „hospitium“ mit der Bedeutung „Gastfreundschaft, Gast“ und steht synonym für „würdevolles Leben bis zuletzt“.

Im Mittelalter wurden an gefährlichen Wegstrecken (z. B. vor Pässen) Hospize für Pilger errichtet. Die Sisters of Charity führten in Dublin und London Hospize für chronisch Kranke und Sterbende. 1967 eröffnete Cicely Saunders das St. Christopher's Hospice, in dem sie Schwerkranke und Sterbende betreute. Der Begriff „Hospiz“ wird als nähere Bezeichnung für Einrichtungen,

Organisationen, Werthaltungen etc. verwendet, die auf die liebevolle Zuwendung und würdevolle Versorgung in der letzten Lebensphase und in der Zeit der Trauer abzielen. Die Abgrenzung zum Begriff „Palliativ“ ist unscharf. Die kombinierte Verwendung der Begriffe „Hospiz“ und „Palliativ“ (z. B. „Hospiz- und Palliativversorgung“) ist zu empfehlen, wodurch ihre Zusammengehörigkeit wie zwei Seiten einer Medaille signalisiert wird.

Definition Palliativmedizin

Das primäre Ziel der Palliativmedizin liegt in der Verbesserung und im Erhalt der Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase. Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat eine Definition von Palliative Care erarbeitet, die später von der WHO weiterentwickelt wurde. Die aktuelle Definition der Weltgesundheitsorganisation beschreibt die wesentlichen Aufgabengebiete und grundlegenden Normen und Werte der Palliativmedizin:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counseling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Die überwiegende Anzahl der palliativmedizinisch betreuten Patienten leidet an den Folgen einer fortgeschrittenen unheilbaren und weiter fortschreitenden Tumorerkrankung. In den letzten Jahren stieg der Anteil an Patienten mit unheilbaren neurologischen oder internistischen Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium, die von Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreut werden.

Eine gebräuchliche kürzere Definition lautet „Palliativmedizin ist die aktive, umfassende Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwar-

tung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden, ebenso wie psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an. Das Hauptziel der palliativmedizinischen Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und Angehörige.“ Die Kurzbeschreibung der Palliativmedizin „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun und zu lassen!“ macht insbesondere deutlich, dass die Vermeidung von Unter- und Überversorgung ein wichtiges Anliegen der Hospiz- und Palliativbetreuung darstellt.

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

„Palliativmedizin für alle, die sie brauchen!“ Die Möglichkeiten der Palliativmedizin müssen für alle Menschen, die sie brauchen, flächendeckend, gleichwertig und leistbar verfügbar sein – unabhängig vom Alter, von der Grunderkrankung und vom Aufenthaltsort. Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung² mit palliativmedizinischer Grundversorgung und spezialisierter palliativmedizinischer Beratung und Betreuung soll dem einzelnen Palliativpatienten in allen Versorgungsbereichen unseres Gesundheits- und Sozialwesens kompetente Palliativmedizin in ausreichender Qualität und Quantität gewährleisten. Es darf auch im Bereich der Palliativmedizin nicht vom Zufall abhängen, ob jemand die richtige Betreuung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erhält.

Die palliativmedizinische Grundversorgung

Die palliativmedizinische Grundversorgung leisten die einzelnen Berufsgruppen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Bei aller Kritik: Die Grundversorgung hat in den letzten Jahren zweifelsohne an Qualität zugenommen. Das Sterben im Badezimmer gehört der Vergangenheit an. In den Berufsgruppen Ärzte, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie etc. wird Palliative Care deutlicher wahrgenommen und gezielter praktiziert. Der nachträgliche Qualifizierungsbedarf kann dennoch weiter als beträchtlich eingeschätzt werden. Notwendiges Grundverständnis, palliativmedizinisches Wissen, die Anwendung spezieller Fähigkeiten und die Haltung ist in weiten Bereichen zu verbessern. So sollen einschlägige Fort- und Weiterbildungsangebote für palliativmedizinische Grundversorgung gezielt gefördert und die Integration der Palliativmedizin in der Routine des Betreuungsalltages selbstverständlicher werden.

Die gezielte Einbindung spezialisierter Hospiz- und Palliativeinrichtungen setzt – von der Verfügbarkeit der Einrichtungen abgesehen – auch das Wissen um die Erreichbarkeit und ihre Unterstützungsmöglichkeiten voraus. Dass die einzelnen Mitarbeiter der Hospiz- und Palliativeinrichtungen bei den Mitarbeitern der Grundversorgung persönlich bekannt sind, darf nicht unter-

schätzt werden; ebenso wenig der Stellenwert, den die Führungspersönlichkeiten dem Aufgabenbereich Palliative Care implizit und explizit geben. Wer schlägt ein Palliativkonsil vor? In welcher Situation wird an die Einbindung ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter gedacht. Wird dem Hausarzt im Arztbrief die mögliche Einbindung eines Mobiles Palliativteam empfohlen? Im stationären Bereich kann die Versorgung der Verstorbenen ein Ausdruck davon sein. Wie wird in stationären Einrichtungen die Verabschiedung vom Verstorbenen gestaltet? Ist ein würdig gestalteter Verabschiedungsraum vorhanden.

Mit steigender Qualität der palliativmedizinischen Grundversorgung ist davon auszugehen, dass die einzelnen Einrichtungen zeitgerechter und zu spezielleren Fragestellungen eingebunden werden. Ganz im Sinne der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, die zum Ziel hat, dass die Betroffenen zur richtigen Zeit, am richtigen Ort richtig behandelt werden.

Spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Die spezialisierten Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung werden in beratende/unterstützende und betreuende Einrichtungen unterschieden.

Die beratenden/unterstützenden Einrichtungen sind:

- Das HOSPIZTEAM: Für Betroffene und Angehörige stehen ehrenamtlichen Mitarbeiter als psychosoziale Hilfestellung zur Verfügung. Diese werden über Hospizkoordinatoren in Begleitungen zu Hause, in Heimen und in Krankenhäuser eingebunden.
- Das MOBILE PALLIATIVTEAM: Für die Betreuung von Palliativpatienten zu Hause und in Heimen stehen die Mitarbeiter der Mobilen Palliativteams für Beratung und Unterstützung zur Verfügung.
- Der PALLIATIVKONSILIARDIENST: Für Palliativpatienten auf den Abteilungen der Akutkrankenhäuser stehen die Mitarbeiter der Palliativkonsiliardienste für Beratung und Unterstützung zur Verfügung.

Die betreuenden Einrichtungen sind:

- Die PALLIATIVSTATION: Für Palliativpatienten mit höherem Betreuungsaufwand und komplexerer Symptomatik stehen in Akutkrankenhäusern Palliativstationen zur Verfügung.
- Das STATIONÄRE HOSPIZ: Für Schwerkranke und Sterbende mit höherem Betreuungsaufwand stehen in Langzeiteinrichtungen stationäre Hospize zur Verfügung.
- TAGESHOSPIZ: Für Schwerkranke, die zuhause leben, stehen in größeren Städten für Beratung und Betreuung Tageshospize zur Verfügung.

Entscheidend bei der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ist die rechtzeitige und gezielte Einbindung der Spezialisten durch die Grundversor-

Tabelle 1. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

	Routine-situationen	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen		
	Palliativmedizinische Grundversorgung	unterstützende Einrichtungen		betreuende Einrichtungen
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Zuhause	Niedergelassene Ärzte, Mobile Dienste, etc.			Tageshospize

Quelle: ÖBIG 2004, modifiziert J. Baumgartner

ger für Beratung und Betreuung von Palliativpatienten. Diese Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spezialisten setzt das Vorhandensein der spezialisierten Einrichtungen, das Wissen um Erreichbarkeit und ihre Arbeitsweise voraus.

Von wesentlicher Bedeutung für die vernetzte Arbeitsweise ist auch der schrittweise Aufbau einer Vertrauensbasis durch persönliche Kontakte, praktische Informationen und gemeinsame Fortbildungen. Ebenso hilfreich ist die Nennung von Ansprechpersonen und Absprachen über Möglichkeiten der Zusammenarbeit, wie telefonische Beratung, konsiliarische Unterstützung, Übernahmen etc.

So fungieren die einzelnen Hospiz- und Palliativeinrichtungen als Ergänzung der palliativmedizinischen Grundversorgung und stellen eine Differenzierung des Versorgungsangebotes für Patienten im letzten Lebensabschnitt dar, wodurch Palliativpatienten in schwierigen Betreuungssituationen besser betreut werden können. Weiters dienen die Hospiz- und Palliativeinrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Qualitätssicherung und auch der Forschung.

Dieses Modell der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde im Jahr 2004 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG, jetzt Gesundheit Österreich GmbH GÖG) beschrieben und hat bei Politikern und Führungskräften das Verständnis über die Rolle von Palliative Care im Gesundheits- und Sozialbereich wesentlich mitbestimmt. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene dient dieses Modell seither als Grundkonzept für den Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativstrukturen in Österreich. Auch in Deutschland wurde dieses Konzept rezipiert und hat dort ebenfalls

die weitere Umsetzung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen positiv beeinflusst.

Mittlerweile gibt es Überlegungen zur Weiterentwicklung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung: Welche Versorgungsstrukturen sind in Zukunft für palliative Pädiatrie und Geriatrie erforderlich und wie können und sollen sie in diesem Modell dargestellt werden?

Spezialisierte Organisationsformen

Das Hospizteam

Das Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern und einem hauptamtlichen Koordinator. Die ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter bieten Palliativpatienten und Angehörigen einfühlsame Begleitung und Unterstützung in der Zeit der Krankheit, des Abschieds und der Trauer. Das Hospizteam, eine organisierte Gruppe von ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern, ist Teil eines Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit den anderen Hospiz- und Palliativeinrichtungen zusammen. Die ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter sind in allen Versorgungskontexten – zuhause, im Heim und im Akutkrankenhaus – tätig. Zielgruppen sind Palliativpatienten jeder Altersgruppe, Angehörige und Trauernde. Die ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter leisten einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Patienten, Angehörigen und mitunter auch für die betreuenden Berufsgruppen. Sie tragen zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei und werden auf Wunsch seitens der Betroffenen tätig. Die Hospizteams stellen einen integrativen Teil in der Hospiz- und Palliativversorgung dar.

Das Mobile Palliativteam

Das Mobile Palliativteam besteht aus Ärzten, Pflegepersonen und Sozialarbeitern und ist beratend und anleitend tätig. Es gibt Unterstützung bei Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung. Zielgruppen sind die Palliativpatienten und deren Angehörige sowie die professionellen Betreuer vor Ort (Hausärzte, Pflegepersonen der Heime und der mobilen Dienste, etc). Das Mobile Palliativteam unterstützt auch die Übergänge zwischen dem Krankenhaus und der Betreuung zuhause und in Heimen.

Die Hauptaufgabe eines Mobilien Palliativteams liegt in der bestmöglichen Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatienten. Weitere wichtige Aufgabenbereiche des Mobilien Palliativteams sind:

- Hilfestellungen, um den Verbleib des Patienten zuhause/im Pflegeheim zu erleichtern und um Wiederaufnahmen in ein Akutkrankenhaus zu vermeiden,
- Unterstützung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Betreuung – falls erforderlich,
- ethische Beratung in schwierigen Betreuungssituationen und
- emotionale und praktische Unterstützung der Angehörigen.

Der Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst besteht aus Ärzten, Pflegepersonen und Sozialarbeitern, ist im Akutkrankenhaus beratend und anleitend tätig und bietet Unterstützung bei der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialen Begleitung. Die Zielgruppen des Palliativkonsiliardienstes sind die betreuenden Ärzte und Pflegepersonen im Krankenhaus und die Palliativpatienten mit ihren Angehörigen. Die Entscheidung über die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen liegt beim betreuenden Personal.

Die Hauptaufgaben des Palliativkonsiliardienstes liegen in der Unterstützung der bestmöglichen Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatienten. Weitere Aufgaben des Palliativkonsiliardienstes sind

- die Mitarbeit bei der koordinierten Entlassung nach Hause oder in ein Heim,
- ethische Beratung in schwierigen Betreuungssituationen und
- die Übernahme auf eine Palliativstation.

Das Tageshospiz

Das Tageshospiz bietet Palliativpatienten die Möglichkeit in einer eigenen Einrichtung tagsüber speziell beraten und betreut zu werden und an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Ärzte, Pflegepersonen und weitere Berufsgruppen bieten medizinische, pflegerische und psychosoziale Unterstützung.

Das Tageshospiz kann als eigenständiges Angebot von Palliativpatienten jeder Altersgruppe in Anspruch genommen werden, die mobil bzw. transportfähig sind. Das Tageshospiz bietet tageweise Betreuung und Entlastung für alle Betroffenen. Wesentliche Ziele sind

- Förderung der Lebensqualität,
- Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation,
- Förderung der Selbstständigkeit,
- Ermöglichung von Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener,

- Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und
- Entlastung der Angehörigen.

Das Stationäre Hospiz

Das stationäre Hospiz ist eine stationäre Einrichtung für Palliativpatienten, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht mehr erforderlich und eine Betreuung zuhause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team aus Ärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten etc. sorgt für eine umfassende Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Das Hauptziel der Betreuung im stationären Hospiz liegt in der Linderung von Symptomen und in der Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod.

Zugangskriterien in ein Stationäres Hospiz sind:

- Der Patient bzw. seine Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu.
- Der Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.
- Der Patient und seine Angehörigen sind über die Arbeitsweise des stationären Hospizes informiert.

Die Palliativstation

Die Palliativstation ist eine eigene Station innerhalb eines Akutkrankenhauses, die auf die Versorgung von Palliativpatienten spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team aus Ärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten etc. sorgt für eine umfassende Betreuung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Auf einer Palliativstation werden Palliativpatienten jeder Altersgruppe mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand aufgenommen. Das Ziel der Behandlung und Betreuung ist die bestmögliche Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung der Patienten angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung). Es werden normalerweise keine kausalen tumorspezifischen Therapien (z. B. palliative Chemotherapie) durchgeführt. Zugangskriterien auf eine Palliativstation sind

- Krankenhausbedürftigkeit,
- Zustimmung des Patienten zur Aufnahme,
- weitestgehende Aufklärung des Patienten über die unheilbare Erkrankung und
- der Patient und die Angehörigen sind über die Arbeitsweise der Palliativstation informiert.

Bedarf

Für den Aufbau von Hospiz- und Palliativeinrichtungen wurden von einer österreichweiten Arbeitsgruppe Bedarfsrichtwerte der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung empfohlen, die in Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 2. Bedarfsrichtwerte für Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung¹

EINRICHTUNG	BEDARFSRICHTWERT	EINZUGS-/VERSORGUNGS- GEBIET
Palliativstation	60 Betten je Million Einwohner,	mindestens 200.000 Einwohner
Stationäres Hospiz	2 Drittel für Palliativstationen, 1 Drittel für Stationäre Hospize	geografisch zusammengehörige Regionen
Tageshospiz	nicht festgelegt	mindestens 150.000 Einwohner, Ballungsräume
Palliativkonsiliar- dienst	verfügbar in jedem Krankenhaus, für jede Palliativstation	jedes Krankenhaus, jeder Krankenhausverbund
Mobiles Palliativteam	1 Team (4,5 Köpfe) je 140.000 Einwohner	regional mindestens 80.000 Einwohner
Hospizteam	1 Team je 40.000 Einwohner hauptamtliche Koordination	ca. 40.000 Einwohner

Literatur

1. ÖBIG, Nemeth et al., Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGFJ), Wien 2004
Internet: www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS_11037109703_40/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf, Zugriff am 20.9.2011
2. ÖBIG, Nemeth et al., Bericht der Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien 2006
3. Palliativmedizin, Stein Husebø, Eberhard Klaschik et al, 5. aktualisierte Auflage 2009, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg
4. WHO, Genf, www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, Zugriff am 20.9.2011

¹ modifizierte Tabelle 3.1 aus dem ÖBIG-Bericht der Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung, Seite 9