

Betreuung in der letzten Lebensphase

„End-of-Life Care“ für Tumorpatienten – Anforderungen und Spezifika

Was bedeutet „End-of-Life Care“? Welche Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, um Krebspatienten beim Sterben begleiten zu können? Und welche Anforderungen sollten Onkologen und Palliativmediziner erfüllen? Mit Hilfe von zehn Thesen, versucht dieser Beitrag Antworten auf diese Fragen zu geben.



Weniger als jeder zweite an Krebs erkrankte Patient erfährt eine dauerhafte Heilung, etwas über die Hälfte der Patienten erliegen ihrer Erkrankung. Fortschritte in der tumorspezifischen Therapie haben das Überleben in der inkurablen Situation deutlich verlängert, sodass heute mitunter von der chronischen Erkrankung Krebs gesprochen wird. Zusätzlich verbessern Maßnahmen wie z.B. Stents im Bereich der Bronchien, des Gastrointestinal- oder auch Urogenitaltraktes durch ihren kausalen Ansatz deutlich die Lebenserwartung und -qualität. Auch die Fortschritte in der pharmakologischen Behandlung von Schmerzen und anderen wichtigen Symptomen sind enorm: Eine umfangreiche Palette hoch potenter Opioide in diversen Applikationsformen ermöglicht heute individualisierte, nebenwirkungsarme und effektive Schmerzlinderung. Dennoch gilt, keine andere Diagnose ist so sehr mit der Angst vor einem qualvollen Sterben assoziiert wie die einer bösartigen Tumorerkrankung, sind doch über 80 % der Bewohner von stationären Hospizen oder der Patienten von Palliativstationen Krebspatienten [Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativherhebung, 2011]. Welche Kenntnisse und Organisationsmaßnahmen sind nötig, um diesen Patienten professionell beizustehen?

Krebspatienten wünschen sich in ihrer letzten Lebensphase, den Weg vom Leben in den Tod mit Würde zu beschreiten. Die Palliativmedizin unterstützt sie dabei.

Fachbegriffe und Terminologie

Bisher definierten die meisten Autoren die Terminalphase, indem sie die Phänomene der letzten Lebensphase ganzheitlich analysierten. Hierbei wurde allerdings häufig nicht zwischen einer Terminal- und Sterbe- bzw. Finalphase unterschieden. Eine der wenigen Ausnahmen ist die systematische Klassifikation des Ablaufs einer inkurablen Erkrankung von Ingeborg Jonen-Thielemann [Jonen-Thielemann, 1997]. Darin werden vier Phasen unterschieden: die Rehabilitations-, die Präterminal-, die Terminal- und die Sterbephase.

Terminal- und Sterbephase lassen sich demnach folgendermaßen definieren:

- Terminalphase: In dieser wenige Tage bis eine Woche dauernden Phase ist der Patient bettlägerig, es findet entweder ein Rückzug nach innen statt oder es herrscht Ruhelosigkeit. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gibt die Dauer der Terminalphase mit einigen Wochen bis einigen Monaten an und charakterisiert sie mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Aktivität des Betroffenen und einem raschen Wechsel der Symptome (**Kasten 1**). Die Terminalphase mündet in die Sterbephase.
- Sterbephase: Diese umfasst die letzten Stunden des Lebens. Der Mensch befindet sich in extremis, das Bewusstsein ist in andere Bereiche gerichtet als in die sichtbare Welt (**Kasten 2**).

Neue Terminologie: „End-of-Life Care“

Die oben vorgestellte Terminologie von Terminalphase und Sterbephase wurde aufgrund der ihr immanenten Trennungsschärfe in jüngster Zeit verlassen und der Begriff „End-of-Life Care“ eingeführt [Department of Health, 2008; National Consensus Project for the Quality Palliative Care, 2009]. „End-of-Life Care“ bezeichnet

Anzeichen für das Eintreten in die Terminalphase

Kasten 1

- Fortgeschrittene, progressive Krankheit mit schlechter Prognose
- Zunehmende Bettlägerigkeit und extreme Schwäche
- Auftreten neuer Symptome (z.B. Unruhe, Dyspnoe, Angst, Schmerz, Somnolenz)
- zeitweise Desorientiertheit
- Abnehmendes Interesse für Essen und Trinken
- Abnehmendes Interesse für seine Umgebung und sein Leben
- Auftreten einer oder mehrerer lebensbedrohende Komplikationen
- Zunehmende Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit

nach Twycross R, Lichter I. Oxford University Press 1993; 651–61. 1993; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. 2003; Departement of Health. 2003.

Anzeichen für das Eintreten in die Sterbephase

Kasten 2

- Vermehrte Müdigkeit und Teilnahmslosigkeit
- Längere Schlafphasen bis hin zum Koma
- Reduzierung von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Reduzierung der Urinausscheidung
- Kalte Füße, Arme, Hände (schwache Durchblutung) oder übermäßiges Schwitzen
- Dunkle, livide Verfärbung der Körperunterseite, Hände, Knie und/oder der Füße (Marmorierung)
- Bleiche „wächserne“ Haut/ ausgeprägtes Mund- Nasendreieck
- Schwacher Puls/Blutdruckabfall
- Reduzierte Wahrnehmung der Außenwelt (Zeit, Raum, Personen)
- Veränderter Atemrhythmus (Cheyne-Stoke'sche Atmung)
- Präfinales Rasseln

den Zeitraum, in dem die Erkrankung innerhalb einiger Wochen bis weniger Monate rasch fortschreitet und zum Tode führt. In Deutschland impliziert sie den gesetzlichen Anspruch auf eine angemessene palliativmedizinische Betreuung. Auch das „Weißbuch zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliative Care“ geht konform mit dieser Herangehensweise [Radbruch L, Payne S. 2011]. Dieses Denkmodell liegt auch den nachfolgenden Ausführungen zugrunde, sie begreift die Zeit bis zum Eintritt des Todes als Kontinuum und benutzt den Terminus Betreuung am Lebensende. Somit ergibt sich als erste These:

1. These: Oberstes Ziel der Betreuung am Lebensende ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Lebensqualität. Keine oder nur nachgeordnete Bedeutung hat ein möglicher Zugewinn an Lebenszeit.

Besonderheiten der Betreuung am Lebensende

Ein maligner Tumor ist durch ein organüberschreitendes Wachstum und die Fähigkeit zur Fernmetastasierung charakterisiert. Dies hat zur Folge, dass die letzte Lebensphase zumeist durch Organversagen gekennzeichnet ist, das unmittelbar zum Tod führt. Die Linderung der Symptome eines rasch fortschreitenden Leber-, Nieren-, Lungen- oder auch Herz-/Kreislaufversagens erfordert ein erhebliches Maß an internistischer und palliativmedizinischer Kompetenz.

Paraneoplastische Syndrome

Zusätzlich werden Tumorerkrankungen von paraneoplastischen Syndromen begleitet, die mit steigender Tumorlast häufiger auftreten. Am häufigsten sind hier metabolische Entgleisungen wie Hyperkalzämie, rezidivierende Hypo-/Hypernatriämien, Hypo-/Hyperglykämien sowie Flush- und Diarrhöbeschwerden [Lewis MA et al. 2011]. Da diese parakrinen Aktivitäten klinisch relevante Symptome verursachen (vom Delir über unstillbares Erbrechen bis hin zu Krampfanfällen), bedürfen sie einer raschen Diagnostik und Korrektur gerade dann, wenn der Erhalt oder die Wiederherstellung der Lebensqualität oberste Priorität haben.

Auch wenn die Diagnose eines paraneoplastischen Syndroms des Zentralen Nervensystems (wie z.B. der Limbischen Enzephalitis, der subakuten Kleinhirndeneration, des Opsoklonus-Myoklonus Syndroms) oder eines des Peripheren Nervensystems (wie der subakuten sensiblen Neuropathie oder der chronischen gastrointestinalen Pseudoobstruktion) zumeist ohne durchgreifende therapeutische Konsequenz bleibt, so verhindert sie unnötige weitere diagnostische und sinnlose therapeutische Maßnahmen [Pelosof LC et al. 2010].

Als paraneoplastisches Syndrom müssen auch viele der thrombembolischen Komplikationen angesehen werden, angefangen von einer tiefen Beinvenenthrombose über rezidivierende Lungenembolien bis hin zu Einflusstauungen. Ihre Folgen sind häufig bestimmend für die Lebensqualität des Patienten. Gerade für Einflusstauungen stehen hoch effiziente und wenig belastende Interventionen zur Verfügung.

Neurologische Komplikationen

Neurologische Komplikationen wie z.B. sekundäre Epilepsien bei einer Hirnmetastasierung, spinale Syndrome bei Meningeosis neoplastica oder bei spinalem/epiduralem Tumorwachstum sowie neurogene muskuläre Symptome (Lähmung, Spastik, Crampi) bedürfen ebenso einer fachgerechten Palliation wie die Schmerzen des Patienten.

Inflammatorisches Syndrom

Die Hypothese eines tumorbedingten inflammatorischen Syndroms, dessen klinisches Korrelat Fatigue, Anorexie/Kachexie sowie Depression sind, wird zunehmend durch grundlagenwissenschaftliche und klinische Forschungsergebnisse untermauert [AWMF-Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2008]. Diese Syndrome haben eine erhebliche Bedeutung für die Autonomie des Erkrankten und sind Ursache zahlreicher medizinischer Komplikationen (z.B. Dekubitalulzera, Luftnot durch nicht erbringbare Atemarbeit). Auch wenn effiziente Interventionen hier kaum zur Verfügung stehen, so entlastet und hilft das (Er-)Kennen dieser Zusammenhänge und deren Thematisierung den Patienten und dessen Angehörigen.

Kachexie, Knochenmarksinsuffizienz und die herabgesetzte Syntheseleistung der Leber führen zu vermehrten Infektionen in der Terminalphase, auch hier ist die Einschätzung der Gesamterkrankungssituation unverzichtbar. Hieraus ergeben sich eine zweite und dritte These:

2. These: Jede Intervention oder die Entscheidung gegen diese muss auch in der Betreuung am Lebensende auf einer sorgfältigen Krankenbeobachtung und einer angemessenen Diagnostik basieren.

3. These: Eine angemessene Betreuung am Lebensende kann für den Tumorpatienten nur im interdisziplinären Dialog erfolgen. Je komplexer die Situation ist, desto häufiger werden auch primär nicht mit der Therapie der Tumorerkrankung befasste Fachrichtungen erforderlich.

Einfluss der psychischen Situation

Die Diagnose „Beginn der End-of-Life Care“ ist bei Tumorerkrankungen zu meist von einer Änderung der Behandlungsziele und -regime begleitet. Der grundsätzliche Verzicht auf erkrankungsmodulierende Therapien stellt für die meisten Krebspatienten und ihre Angehörigen aber auch für die behandelnden Onkologen ein einschneidendes Ereignis dar, auf das nicht selten mit Gefühlen wie Macht- und Hilflosigkeit aber auch Wut und Enttäuschung reagiert wird [Radbruch L et al. 2008]. Dem Eintritt in die Terminalphase sind beim Tumorpatienten oft genug sehr belastende und auch mutilierende Therapien vorausgegangen. Gerade Patienten, die primär in kurativer Intention behandelt wurden, haben den Schock des Rezidivs oder der Inkurabilität zu diesem Zeitpunkt noch nicht überwunden, können somit das Faktum des herannahenden Todes gar nicht für sich akzeptieren. Der Krebs betrifft Menschen mit und ohne präexistenter physischer und psychischer Morbidität. Gerade eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung erlangt oft erhebliche Bedeutung für die Effizienz der Behandlung von Schmerzen und anderen relevanten Symptomen [Rayner L et al. 2011]. Denn nach dem „Total Pain“-Konzept von Cicely Saunders kann der Teufelskreis aus Schmerz, Sinnverlust,

Hoffnungslosigkeit und Depression bei Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen Schmerzen verstärken [Mehta A et al. 2008]. Hier ist eine der wichtigen Funktionen des Hausarztes zu sehen, der um diese Dinge zumeist wesentlich besser Bescheid weiß, als der Onkologe oder der Palliativarzt.

Krebserkrankungen brechen in das Leben ein, zerstören Sozialstrukturen, führen nicht selten zu erheblichen sozialen/finanziellen Problemen. Lebensqualität bedeutet auch, dass diese Sorgen und Nöte erkannt und ernst genommen werden. Die Frage nach der Schuld, dem Sinn einer Krebserkrankung und die Suche nach Antworten auf spirituelle Bedürfnisse dürfen nicht aus der Betreuung ausgeklammert werden. Der ganzheitliche Ansatz der Palliativmedizin muss gerade für den Tumorpatienten unverzichtbar realisiert werden. Hieraus ergeben sich eine vierte und fünfte These:

4. These: Die letzte Lebensphase ist individuell und muss vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Betroffenen und des erlittenen Erkrankungsverlaufes interpretiert werden.

5. These: Kommunikative Kompetenz und die Option der Hinzuziehung von Psychoonkologen und qualifizierter Sozialarbeiter ist für eine lege artis durchgeführte Betreuung am Lebensende zwingend erforderlich.

Anforderungen an die Organisation von „End-of-life Care“

Die von Beauchamp und Childress formulierten medizinethischen Prinzipien Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden und Angemessenheit erlangen in der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase besondere Bedeutung [Arnow BA et al. 2006]. Sie stellen die Basis für Therapieverzicht oder -begrenzung dar, sind Richtschnur für Patienten, Angehörige und Behandler. Häufig ergeben sich jedoch Konflikte: So sind die Wünsche des Patienten, dauerhaft in der häuslichen Umgebung zu bleiben und einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, oft nicht mit dem Ziel der nachhaltigen und effizienten Schmerz- und Symptomkontrolle verein-

bar. Beispiele dafür sind: Ein Patient leidet unter den Folgen der Verlegung des Ductus choledochus, lehnt aber einen Krankenhausaufenthalt zur Stenteinbringung ab. Oder: Dyspnoe, Vigilanzeinbuße und Schwäche sind eindeutig Folgen einer ausgeprägten Anämie, der Patient würde hochwahrscheinlich von einer Erythrozytentransfusion profitieren, müsste aber dazu sein Zuhause verlassen. Eine Lösung könnte hier die Etablierung von **Palliativmedizinischen Kompetenzzentren** sein, die unter einem Dach unbürokratisch verschiedene Behandlungssettings anbieten. Zum Spektrum gehören das spezialisierte ambulante „Palliative Care Team“, die Palliativ-Tagesklinik und die Palliativstation. Diese Zentren sollten an ein Krankenhaus mit onkologischer Schwerpunktsetzung angebunden sein, um so im Bedarfsfall auf die erforderlichen Konsiliarleistungen zurückgreifen zu können, wie z.B. auf die internistische Onkologie, Psychiatrie, Neurologie, Urologie, interventionelle Radiologie oder auch Gastroenterologie und Strahlentherapie. Die Einbindung eines stationären Hospizes wäre ebenso wünschenswert wie die einer Weiterbildungs- und Forschungseinrichtung (**Abb. 1**). Hieraus ergibt sich die sechste These:

6. These: Zur passgenauen und fachgerechten Betreuung in der Lebensendphase ist eine Verzahnung verschiedener Betreuungsmodelle/Strukturen, wie sie Palliativmedizinische Kompetenzzentren bieten, wünschenswert.

Ziel: Kontinuierliche Behandlung

In Deutschland bestehen jedoch separate Versorgungssysteme, was eine kontinuierliche Behandlung erschwert. Gerade Krebspatienten erleben den Übergang von der onkologischen in die palliative Versorgung als Niederlage, sie fühlen sich im Stich gelassen von ihrem Onkologen (mit dem sie in den letzten Jahren zumeist einen wesentlich intensiveren Kontakt als mit dem Hausarzt hatten) und fürchten, einem therapeutischen Nihilismus überlassen zu sein. So ist oft die erste Aufgabe der „Palliative Care“-Fachkraft der Aufbau von Vertrauen und die Vermittlung von Hoffnung.

Die European Society for Medical Oncology (ESMO) zeigt in ihrem „Designa-

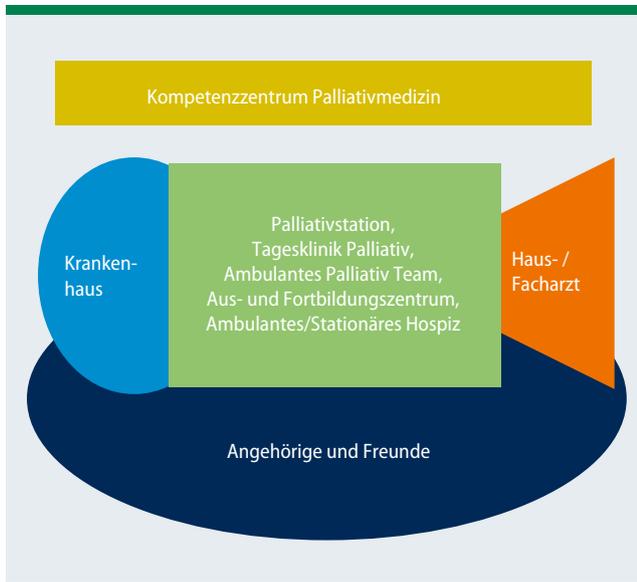


Abb. 1: Aufbau des palliativmedizinischen Kompetenzzentrums

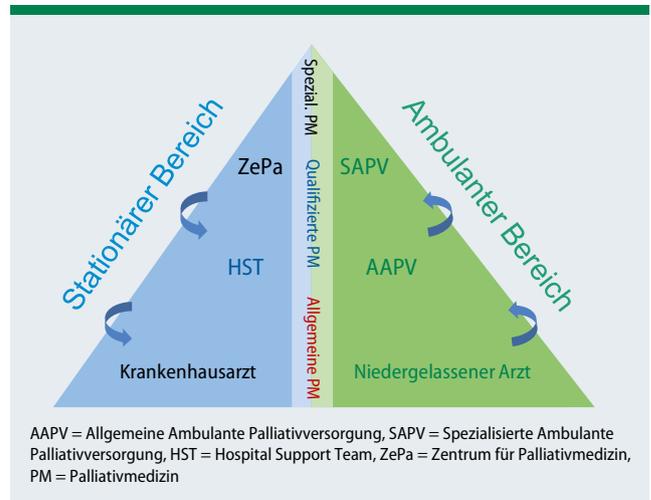


Abb. 2: Dreigliedriges Versorgungssystem zur Betreuung von Palliativpatienten entsprechend der Empfehlung 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung [Council of Europe. 2003]

ted Center“-Programm Möglichkeiten auf, die Versorgung zu optimieren [Beauchamp TL et al. 1994]. So schlägt sie vor, die „Palliative Care“ in die Onkologie zu integrieren, um die Kontinuität der Betreuung und ein Miteinander von onkologischen und palliativmedizinisch geschulten Fachleuten zu gewährleisten [Cherny N et al. 2010]. Die Kontinuität erleichtert die Umsetzung einer der ältesten Forderungen der Palliativmedizin: vorausschauende Therapieplanung, um unvorhersehbare und dann oft unbeherrschbare Krisensituationen zu vermeiden. Werden von Onkologen und Palliativmedizinern gemeinsame Konzepte und Strategien zur Palliation von krankheitsassoziierten Beschwerden entwickelt, so hilft dies, Brüche in der Betreuung zu vermeiden und schafft überlebenswichtiges Vertrauen bei Patienten und Angehörigen. Die Ergebnisse von J. S. Temel und Kollegen stützen dieses Konzept, denn die Arbeitsgruppe konnte erstmals zeigen, dass eine frühzeitige Einbeziehung palliativmedizinischer Kompetenz noch vor Eintritt in die letzte Lebensphase einen lebensverlängernden Effekt hat [Temel JS et al. 2011]. Hieraus ergibt sich die siebte These:

7. These: Werden onkologische Fachleute in die palliative Betreuung eingebunden, verbessert sich für die Tumorkranken die Qualität der „End-of-life Care“.

Betreuung vom Krebspatienten bis in den Tod

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat als eine der ersten Fachgesellschaften in Europa eine curriculare Weiterbildung in „Palliative Care“ initiiert [Temel JS et al. 2011]. Allen Kurrikula ist gemein, dass sie nicht nur Wissen und Können vermitteln, sondern auch eine Haltung implementieren wollten, die dem Patienten ebenso in ihrer letzten Lebensphase eine ihrer Menschenwürde gerecht werdende Behandlung und Betreuung zu gewähren.

Die DGP hat Sterbehilfe stets abgelehnt, da die Sterbephase Teil des Lebens ist und somit eine gute Betreuung der Tumorkranken in dieser Zeit die Aufgabe aller Beteiligten sein sollte [Kern M et al. 2009]. Kaum eine Phase ist so individuell wie die der letzten Lebensstunden und -tage. Oft genug sterben Tumorkranken aufgrund einer akuten Krisensituation wie Verblutung, Erstickung oder konvulsiver Status. Wann diese Situation eintritt, ist nicht vorherzusehen, dass sie passieren kann, ist anhand des Krankheitsverlaufes vorhersehbar. Für diesen Notfall bedarf es vorausschauend erstellter, individueller Therapiekonzepte, die vor Ort verfügbar sind (Beispiele siehe www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de unter Service).

Nicht immer gelingt eine für den Patienten ausreichende Palliation quälender physischer, psychischer oder auch existenzieller Symptome. Das sind die Situationen, vor denen der Krebskranke Angst hat und die eine Tumorerkrankung zum Schreckgespenst schlechthin haben werden lassen. Die Behandlungsoption einer palliativen Sedierung als wirksame, erlaubte und gebotene Intervention in solchen Situationen ist den wenigsten Patienten und ihren Angehörigen bekannt. Um den Patienten die Angst vor unerträglichem Leid zu nehmen, sollte die palliative Sedierung spätestens bei der Festlegung der Behandlungswünsche zum Lebensende, möglichst aber bereits zu Beginn der palliativen Behandlungssituation als Option vermittelt werden. Die Leitlinie zur Palliativen oder Therapeutischen Sedierung muss von jedem Arzt, der Krebspatienten betreut, umgesetzt und angewendet werden können [Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. 2011]. Hieraus ergibt sich eine achte These:

8. These: Die „End-of-Life Care“ bedarf der vorausschauenden Planung und erfordert Kenntnisse angemessener Kriseninterventionen einschließlich der therapeutischen Sedierung.

Gemeinschaftliche Aufgabe

Ist die letzte Lebensphase ein Zeitraum, für den ein standardisiertes Durchführungsschema sinnvoll ist? Erfahrungen mit dem „Liverpool Care Pathway (LCP)

for the Care of the Dying“ legen dies nahe [Cherny NI et al. 2009]. Schwachpunkt dieses Konzeptes ist, dass die Diagnose „Sterbend“ – anhand weniger Charakteristika gestellt – den LCP auslöst. Der didaktische Wert des Konzeptes besteht darin, dass die Betreuung in dieser Phase sowohl patienten- als auch angehörigenzentriert ist und deutlich wird, dass neben dieser Haltung auch handfestes Wissen und Können und Fähigkeiten einschließlich der Bereitschaft zur Teamarbeit erforderlich sind. Hieraus ergibt sich eine neunte These:

9. These: Die Betreuung des Tumorpatienten in den letzten Lebenstagen/-stunden ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller Beteiligten und erfordert eine strukturierte Vorgehensweise.

Fazit für die Praxis

„End-of-life Care“ für den Krebspatienten ist eine interdisziplinäre Aufgabe, sie muss Grenzen überschreiten und dabei folgende Barrieren überwinden:

- in der sektoralen und wenig flexiblen Gliederung des deutschen Gesundheitssystems,
- in teilweise fachlich gebotenen aber auch profilierungsgeschuldeten Abgrenzungsbemühen von Fachdisziplinen,
- im fehlenden Mut, die Diskussion auch ökonomischer Fragen zur Betreuung am Lebensende als ethisch geboten zu erkennen,
- in der immer noch berufs- und nicht aufgabenbezogenen Aus- und Weiterbildungsstruktur, die an den Anforderungen von „End-of-life Care“ vorbei konzipiert ist,
- und auch im Besitzstandsverhalten vieler, die vom Erfolg ihrer jeweiligen Struktur im Gesundheitssystem abhängig sind.

„End-of-Life Care“ konkret

Wie sich paraneoplastische Syndrome, neurologische Komplikationen oder das immunologische Syndrom diagnostizieren lassen und welche Maßnahmen dem Krebspatienten in diesen Fällen helfen, erfahren Sie in der November-Ausgabe von IM FOCUS ONKOLOGIE.

Einen guten Ansatz, dieser Herausforderung gerecht zu werden, bieten die neuen gesetzlich verankerten Optionen der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung in Krankenhäusern und die der ambulanten Palliativversorgung (APV).

In Deutschland wird sich vermutlich ein dreigliedriges System durchsetzen mit den Stufen allgemeine, qualifizierte und spezialisierte Palliativversorgung, wie es auch das Komitee der europäischen Minister in der Empfehlung 24 vorgeschlagen hat [Council of Europe. 2003] (**Abb. 2**). Das dreigliedrige System orientiert sich dabei stark an den Strukturen von anderen Fachdisziplinen:

- Eine Basisversorgung durch den Haus- und Facharzt bzw. den ambulanten Pflegedienst, wobei hier Grundkenntnisse in der Schmerzbehandlung und der Linderung von anderen quälenden Symptomen vorausgesetzt werden.
- Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist eine freiwillige Leistung der Krankenkassen. Pflegendes und Ärzte müssen u.a. eine zertifizierte Weiterbildung absolvieren („Palliative Care Curriculum“ für die Pflegenden, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für den Arzt), um sich für die AAPV zu qualifizieren. Die Vertragsinhalte der AAPV variieren in Abhängigkeit von der Ärztekammer bzw. dem KV-Bereich sehr stark.
- Im Gegensatz zur AAPV hat jeder Patient einen Rechtsanspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn die Erkrankungssituation dies erfordert (z.B. besonders aufwendige Wundversorgung, Therapie mit Schmerzpumpen, besonders kompliziertes Erkrankungsgeschehen). Kennzeichen dieser Versorgungsstufe sind die hauptamtliche bzw. überwiegende palliativmedizinische Tätigkeit des Palliativarztes/der Palliativfachpflegekraft sowie die strikte Befolgung des multiprofessionellen Ansatzes.
- Mindestens vier Pflegekräfte und drei Ärzte bilden zusammen ein „Palliative Care Team“, haben Kooperationsverträge mit geeigneten öffentlichen Apotheken und verfügen über ein entsprechendes Notfall-equipment. Es empfiehlt sich dringend, ehrenamtliche Mitglieder Ambulanter Hospizgruppen einzubeziehen.

Somit lautet die Schlussfolgerung und zugleich zehnte These:

10. These: Die Betreuung von Krebskranken in der letzten Lebensphase ist fachlich, menschlich und organisatorisch eine große Herausforderung. Ihr gerecht zu werden, ist mehr als ein Desideratum, es ist die Zukunft einer der Würde des kranken und sterbenden Menschen verpflichteten Medizin und Pflege.

Beitrag inklusive Literatur online unter www.springermedizin.de/im-focus-onkologie

Korrespondenzadresse:

Dr. Marianne Kloke
Zentrum für Palliativmedizin
Kliniken Essen-Mitte
Henricistr. 92
45136 Essen
m.kloke@kliniken-essen-mitte.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)
ASORS im Internet: www.asors.de



Infos auf
springermedizin.de

Einen umfassenden Beitrag zur Schmerztherapie in der Palliativmedizin finden Sie online unter:

www.springermedizin.de/449562.html

Literatur

1. Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativverbund (HOPE). 2011. www.hope-clara.de.
2. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM et al. Comorbid depression, chronic pain and disability in primary care. *Psychosom Med.* 2006; 68(2): 262–8.
3. AWMF. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. S. 654ff. Georg Thieme Verlag 2008, 4. überarbeitete Auflage.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Bio-medical Ethics. Oxford University Press 1994.
5. Cherny N, Catane R, Schrijvers D et al. ESMO designated center European Society for Medical Oncology (ESMO) program for the integration of oncology and palliative care: a 5-year review of the designated centers' incentive program. *Ann Oncol.* 2010; 21: 362–9.
6. Cherny NI, Radbruch L. The board of the EAPC. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009; 23(7): 581–93.
7. Costantini M, Ottonelli S, Canavacci L et al. The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 13 [Epub ahead of print].
8. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf.
9. Department of Health. End of Life Care Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. 2008. www.dh.gov.uk.
10. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Definitionen. 2003. www.dgpalliativmedizin.de.
11. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Stellungnahme der DGP zu den überarbeiteten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. 2011. www.dgpalliativmedizin.de.
12. Jonen-Thielemann I. Die Terminalphase. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer Verlag 1997.
13. Kern M, Müller M, Aurnhammer K. *Basiscurriculum Palliative Care: Eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care*. Palliativ Verlag 2009.
14. Lewis MA, Hendrickson AW, Moynihan TJ. Oncologic emergencies: pathophysiology, presentation, diagnosis, and treatment. *CA Cancer J Clin.* 2011 Aug 19 [Epub ahead of print].
15. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of „total pain“: a prerequisite for pain control. *J Hosp Palliat Nurs.* 2008; 10(1): 26–32.
16. National Consensus Project for the Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 2009. 2nd ed.
17. Pelosof LC, Gerber E. Paraneoplastic syndromes: an approach to diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2010; 85(9): 838–54.
18. Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Z. Palliativmed.* 2011; 12: 216–27.
19. Radbruch L, Strasser F, Elsner F et al. Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliat Med.* 2008; 22(1): 13–32.
20. Rayner L, Price A, Hotopf M et al. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer.* 2011; 47(5): 702–12.
21. Temel JS, Greer JA, Admane S et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol.* 2011; 29(17): 2319–26.
22. Twycross R, Lichter I. The terminal phase. In: *Oxford textbook of palliative medicine*. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (Hrsg.). Oxford University Press 1993; 651–61.