

Stellenwert der Palliativmedizin in der Onkologie

R. Hartenstein

4. Medizinische Abteilung (Onkologie, Hämatologie, Pneumologie, Palliativmedizin), Städtisches Krankenhaus München-Harlaching

Einleitung

«Wie wird mir geholfen, wenn in der letzten Lebensphase körperliches und seelisches Leid unerträglich werden? Wie wird über mich entschieden, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?» Diese Fragen stellen sich bei der Auseinandersetzung mit dem Leben bei unheilbarer fortschreitender Erkrankung und mit dem eigenen Sterben.

Es könnte so kommen, wie im *Deutschen Ärzteblatt* dargestellt [1, verkürztes Zitat]: «Die 87-jährige Witwe wohnte seit 3 Jahren in einem Seniorenheim. Sie konnte sich weitgehend selbst versorgen. In ihrer Umgebung wusste man genau, dass sie keine aufwendigen medizinischen Maßnahmen in Anspruch nehmen wollte und sich auf einen möglichen Tod eingestellt hatte, den sie sich im Heim in Anwesenheit ihres Sohnes wünschte. Plötzlich trat eine akute Verschlimmerung mit Bewusstlosigkeit und Krämpfen ein. Der Hausarzt konnte nicht herangezogen werden. Der Notarzt veranlasste den Transport ins Krankenhaus. Mit dem Hinweis auf seine Verantwortung entsprach er nicht der Bitte der Altenpflegerin, von einer Krankenhauseinweisung abzusehen und das Mögliche vor Ort zu tun. Drei Tage später geschah das, was die Sterbende immer befürchtet hatte. Sie starb auf der Intensivstation in einer ihr fremden Umgebung.»

Diese Darstellung lässt wesentliche medizinische und ethische Prinzipien der Palliativmedizin, wie ein beschwerdefreies Sterben in Würde, außer Acht. Sie verletzt aber auch grundlegende sittliche Prinzipien in der Medizin, wie sie in den jüngsten Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer von 1998 als Wegweiser für ärztliches Handeln dargestellt sind [2].

Ursache dafür ist weniger das Verhalten des Notarztes, der im Sinne einer ersten Hilfe seine ärztliche Aufgabe wahrnimmt. Ursachen sind die mangelnde Verfügbarkeit eines Hausarztes und eines Palliativpflegedienstes im ambulanten Bereich, die hinreichende Erfahrungen und Kompetenz bei der Betreuung Sterbender haben und im Notfall rund um die Uhr erreichbar sind. Wichtig ist dabei, dass Angehörige, Ärzte und ambulante

Dienste im Team zusammenarbeiten und verbindliche Absprachen für Notfälle und schwierige Situationen im Vorhinein treffen [3].

Palliativmedizin ist zwar ein spezielles, aber nicht unbedingt ein neues Fachgebiet in der Medizin. Palliativmedizin ist vor allem auch eine Rückbesinnung auf jahrhundertealte ärztliche Tugenden, gemäß denen der Arzt nicht der hochtechnisierte Heiler, sondern vielmehr der Helfende oder auch nur der Tröstende ist. Neu sind die medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie die Erkenntnisse über elementare Bedürfnisse und Ängste von Schwerstkranken und Sterbenden. Themen wie Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und der Mensch in seiner ganzheitlichen Dimension wurden wieder entdeckt [4]. Palliativmedizin stellt damit das für den Menschen Sinnvolle über das durch medizinischen Fortschritt zunehmend Machbare.

Entstehung und Definition

Palliativmedizin («pallium» als schützender Mantel vor physischem und psychischem Leid) entwickelte sich aus der Hospizbewegung («hospitium» bedeutet Gastfreundschaft und Herberge). Bereits im Mittelalter betreuten Mönche zunächst Reisende, dann immer häufiger Kranke und Sterbende in Herbergen, die damals bereits Hospize genannt wurden. Diese Tradition setzte sich über Jahrhunderte fort. Cicely Saunders, eine englische Krankenschwester und Sozialarbeiterin, erkannte die Nöte Sterbender und suchte nach neuen Wegen in der Begleitung dieser Menschen. Nach dem Medizinstudium führte sie die christliche Tradition der Sterbebegleitung in Hospizen mit Erkenntnissen der modernen Medizin zusammen und eröffnete 1967 das St. Christopher's Hospice in London. Von dort nahm eine weltweite Entwicklung von Hospiz-Einrichtungen, besonders in den angloamerikanischen Ländern ihren Ausgang. In der Zwischenzeit gibt es zirka 2000 Hospize in den USA und etwa 300 Einrichtungen in

Großbritannien. Ähnliche Entwicklungen haben in Kanada und Australien stattgefunden. Die erste Palliativstation in Deutschland wurde 1983 an der Universität Köln eingerichtet.

Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (1990) bedeutet Palliativmedizin eine aktive ganzheitliche Betreuung von Patienten mit begrenzter Lebensdauer infolge unheilbarer Erkrankung. Die Kontrolle von Schmerzen und anderen Beschwerden sowie von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen ist vorrangig. Ziel der Palliativbetreuung ist nicht die Lebensverlängerung, sondern die bestmögliche Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen [5].

Der ausschließliche Umgang der Betreuer mit Schwerstkranken und Sterbenden bedeutet die ständige Konfrontation mit moralisch-ethischen Grenzfragen, die zur Aufstellung ethischer Prinzipien geführt haben [6]: Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess an. Sie beschleunigt das Sterben nicht und zögert den Tod nicht hinaus. Sie sieht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden als vorrangig an. Sie reduziert diagnostische Maßnahmen auf das Notwendigste. Sie integriert psychische und spirituelle Aspekte der Patientenbetreuung. Sie bietet Unterstützung an, damit Patienten so aktiv wie möglich bis zum Tode leben können. Sie bietet Unterstützung an, um der Familie während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerphase zu helfen.

Obwohl die Palliativmedizin in Großbritannien seit 1987 eine eigene Fachgebietsbezeichnung darstellt, ist sie kein neues Teilgebiet der Medizin, sondern sie befasst sich mit einem physisch wie psychisch besonders belastendem Lebensabschnitt, der Sterbephase.

Inhalte und Schwerpunkte

Die Palliativmedizin widmet sich nicht nur einer bestimmten Patientengruppe, sondern ist offen für alle Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen, die in absehbarer Zeit zum Tode führen. Dem Verlauf und der Häufigkeit inkurabler Krebserkrankungen entsprechend, stellen Tumorkrankheiten die größte Behandlungsgruppe dar, da die Lebensqualität in der letzten Lebensphase durch Beschwerden zumeist stark eingeschränkt ist. Aber auch Patienten mit neurologischen, geriatrischen und internistischen Erkrankungen sowie AIDS werden in palliativmedizinischen Einrichtungen betreut.

Neben dem unheilbar Kranken und Sterbenden sind Angehörige und Freunde von der Erkrankung und dem nahenden Tod mit betroffen. Sie müssen auch über den Tod des Patienten hinaus mit der veränderten Situation zurecht kommen. Deshalb werden mit dem Sterbenden auch die Menschen betreut, die zu ihm gehören. Die Betreuung der Angehörigen setzt sich in der Trauerzeit fort.

Inhaltlich basiert die Palliativmedizin auf drei Säulen: Kommunikation, Symptomkontrolle sowie physische und psychische Rehabilitation.

Kommunikation

Das Betreuungsangebot in der Palliativmedizin ist vor allem auf Zuwendung und Kommunikation ausgerichtet und spricht bewusst die Bedürfnisse und Ängste der Patienten an. Damit ist Palliativmedizin eine «bedürfnisorientierte» Medizin. Sie ist weder diagnostik- noch heilungsorientiert.

Die Kommunikation mit dem Patienten, aber auch innerhalb des Behandlungsteams ist Grundlage der ganzheitlichen Betreuung. Um die Situation eines Patienten und sein Leiden zu erfassen, ist es notwendig, nicht nur Grundregeln der Gesprächsführung zu beherrschen, sondern auch zuzuhören und sich selbst zurückzunehmen. Der Patient wird als Mensch mit seinen Leiden physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Natur erfasst und gesehen. Es soll ihm ermöglicht werden, «letzte Dinge» zu regeln und sich mit der Frage nach dem Sinn seines Lebens und Sterbens auseinander zu setzen. Dies setzt eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient, zwischen Team und Betreutem voraus. Sie ist Grundlage einer patientengerechten Aufklärung und Information über den Verlauf der Erkrankung [7]. Die Befürchtung, durch Aufklärung Hoffnung zu nehmen, ist nur dann begründet, wenn Hoffnung gedanklich mit Heilung verbunden wird. Für den unheilbar Kranken sind die Aufrechterhaltung der körperlichen und sozialen Integrität seiner Person, das Selbstwertgefühl und die Kommunikation mit seinen Bezugspersonen entscheidendere Hoffnungsvermittler als das In-Aussicht-Stellen seiner Gesundheit.

Der Patient wird als gleichwertiger Gesprächspartner ernst genommen und in ihn betreffende Entscheidungen mit einbezogen. Neben der verbalen nimmt die nonverbale Kommunikation breiten Raum ein. Häufig drückt die Körpersprache mehr aus, als der Patient im Moment mit Worten sagen kann oder möchte. Diese Zeichen wahrzunehmen und aufzugreifen sowie die nonverbale Kommunikation durch Musik- oder Kunsttherapie zu fördern, ist ebenso Aufgabe des Behandlungsteams.

Die Zusammenarbeit im Team und damit die Betreuung der Patienten ist nur stimmig, wenn die Kommunikation untereinander stimmt. Dazu gehören das wahrhaftige Miteinander, das Anerkennen der Mitarbeiter mit all ihren Fähigkeiten, das Zulassen von Schwächen und die Konfliktfähigkeit. Die Belastung des Betreuungsteams beim ständigen Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden macht Teamgespräche, Einzel- und Gruppensupervisionen notwendig.

Symptomkontrolle

Symptomkontrolle bei der Betreuung todkranker Krebspatienten bedeutet die Linderung körperlicher Beschwerden, nachdem kausale Tumortherapiemethoden ausgeschöpft bzw. nicht sinnvoll sind. Herausragende Bedeutung in der symptombezogenen palliativen Behandlung haben der Häufigkeit nach (Tab. 1) die Schmerztherapie, die Behandlung allgemeiner körperlicher Schwäche (Fatigue), Anorexie und Kachexie, Obstipation, Dyspnoe sowie Übelkeit und Erbrechen [8].

Tab. 1. Beschwerden bei fortgeschrittener Tumorerkrankung

Symptom	Häufigkeit, %
Schmerzen	70
Mundtrockenheit	68
Anorexie	61
Schwäche	47
Obstipation	45
Dyspnoe	42
Übelkeit, Erbrechen	36
Schlaflosigkeit	34
Schwitzen	25
Schluckbeschwerden	23
Miktionsbeschwerden	21
Neuropsychiatrische Beschwerden (Bewusstseinsstörungen, Krämpfe, Schwindel, Unruhe)	20
Hauterscheinungen (Pruritus, Allergie, Infektion, Dekubitus)	16
Dyspepsie	11
Diarrhö	8

Meta-Analyse aus 10 Studien, n = 12 438 [8].

Symptomkontrolle bei Todkranken erfordert neben der Kenntnis möglicher Behandlungswege das ständige Abwägen zwischen Möglichem und Sinnvollem. Therapeutischer Nihilismus ist ebenso fehl am Platze wie übertriebener Aktionismus. Die medizinische Behandlung in der Palliativsituation, in der der Krankenpflege erhebliche Bedeutung zukommt, erfordert mehr als Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Pharmakotherapie. Sie ist durch Flexibilität, Einfallsreichtum und Phantasie gekennzeichnet.

Die «letzten Lebensstunden» können durch spezielle Beschwerden geprägt sein, wie «feuchtes Rasseln», Unruhe, Verwirrtsein, Muskelzucken und letztlich Bewusstseinsverlust.

Am leidvollsten kann jedoch vom Sterbenden die Isolation empfunden werden. Falls keine Angehörigen anwesend sind, sollte wenigstens ein Mitglied des Betreuungsteams dem Sterbenden die Hand halten, um ihm zu vermitteln, dass er im Sterben nicht allein gelassen ist.

Rehabilitation

Sinn rehabilitativer Maßnahmen bei Todkranken ist es, noch vorhandene Fähigkeiten zu fördern, um Selbstwertgefühl sowie körperliche und psychische Integrität zu erhalten oder zu steigern. Das, «was nicht mehr geht», wird dem Patienten täglich schmerzhaft bewusst. Dagegen kann das, «was noch geht», auch in den letzten Lebensmonaten aktiv durch unterschiedlichste Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden [9]. Hierbei sind neben physiotherapeutischen Maßnahmen auch ergo-, musik- und kunsttherapeutische Methoden sinnvoll einsetzbar. Dadurch erfährt der Patient, dass seine individuellen Fähigkeiten noch vorhanden sind und von ihm auch brauchbar eingesetzt werden können.

Die Rehabilitation ist eine wertvolle Ergänzung zur Symptomkontrolle und Kommunikation, um Leben bis zuletzt zu

ermöglichen und um zu vermeiden, dass die letzte Lebensphase ausschließlich mit dem angstvollen Erwarten des Todes zugebracht wird.

Berührungspunkte und Wechselbeziehung mit der Onkologie

Da etwa 90% der palliativmedizinisch betreuten Erkrankten Tumorpatienten sind, gewinnt die Palliativmedizin für die Onkologie zunehmend an Bedeutung. Für den Onkologen und den Tumorpatienten bedeutet sie Beschränkung und Erweiterung zugleich:

Zur *Palliativmedizin in der Onkologie* gehören alle Maßnahmen zur Vermeidung und Therapie tumorbedingter Symptome, ohne dass kausalspezifisch Einfluss auf den Verlauf der Tumorerkrankung selbst genommen wird, sowie die Hilfe und Unterstützung zur Bewältigung mit der Krankheit verbundener psychischer, sozialer und im weitesten Sinne spiritueller Probleme des Patienten und seiner Angehörigen. So ist beispielsweise bei noch bestehender Operabilität des Schwerstkranken die Anlage eines Anus praeter naturalis bei gastrointestinaler Obstruktion durchaus eine palliativmedizinische Maßnahme im Sinne eines palliativen chirurgischen Eingriffs zur Behebung der schmerzhaften Ileusproblematik. Ebenso ist die Strahlentherapie von Knochenmetastasen eine beschwerdenlindernde, analgetische Bestrahlung ohne Anspruch auf eine kausale Behandlung der Tumorerkrankung selbst und ohne das Ziel einer Lebensverlängerung. Die alleinige Behandlungsintention gilt der Beschwerdelinderung und der Verbesserung der Lebensqualität.

Im Gegensatz dazu ist die *onkologische Palliativtherapie* eine antineoplastische Behandlung, die bei fehlender kurativer Behandlungsintention Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst nimmt – in Form von speziell tumorgerichteten medikamentösen Eingriffen wie Chemo-, Immun- oder Antikörper-Therapie oder auch durch operative Tumor- oder Metastasenreduktion [10]. Wesentliche Ziele der Palliativtherapie sind eine partielle Tumorregression oder zumindest eine «No change»-Situation und, wenn möglich, Lebensverlängerung.

Die Palliativmedizin schließt bei Versagen tumorreduktiver onkologischer Behandlungen eine tumorgerichtete Maßnahme wie Chemotherapie, Strahlentherapie oder operative Intervention nicht grundsätzlich aus [10, 11]. Voraussetzung ist allerdings, dass zumindest eine «clinical benefit response» im Sinne eines Beschwerderückgangs erreicht wird, d.h. dass die Vorteile dieser Maßnahmen größer sein müssen als deren potentielle Nachteile.

Für den Onkologen sind die «clinical benefit response» oder das subjektive Ansprechen mit Beschwerderückgang ohne objektives Ansprechen auf die Tumorerkrankung beim Pankreaskarzinom und Prostatakarzinom ein geläufiges Phänomen. Ziel dieser Behandlung sind Palliation und Verbesserung der Lebensqualität, jedoch nicht die Lebensverlängerung

[12, 13]. Damit ist diese Behandlungsindikation in Übereinstimmung mit den Zielen der Palliativmedizin.

Die Linderung von Leiden, unabhängig von den zugrundeliegenden Erkrankungen und ihrem Schweregrad, war schon immer die Aufgabe der Ärzte aller Fachgebiete. Die Palliativmedizin, deren Augenmerk sich auf die Schaffung von Lebensqualität und nicht auf eine Lebensverlängerung richtet, und die als Hilfe beim Sterben in Würde auch die Begleitung der Angehörigen mit einschließt, stellt sich in der Ausübung bei den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen und deren zum Tode führenden Erkrankungen nicht unterschiedlich dar. Insofern sind die Begriffe «onkologische» oder «geriatrische» Palliativmedizin irreführend. Sie sollten ersetzt werden durch «Palliativmedizin in der Onkologie» und «Palliativmedizin in der Geriatrie».

Über 212 000 Menschen sterben Jahr für Jahr in Deutschland an ihrer Krebserkrankung. Legt man die von Beck und Kettler 1998 [14] veröffentlichten Zahlen zugrunde, benötigen 18% der Tumorpatienten zur Schmerz- und Symptomkontrolle und aufgrund einer psychosozialen Indikation im letzten Jahr ihrer Erkrankung mindestens einen stationären Aufenthalt auf einer Palliativstation. Daraus geht hervor, dass Onkologie und Palliativmedizin Hand in Hand gehen müssen und dass das palliativmedizinische Konzept mit seiner ganzheitlichen Betreuung in die Onkologie integriert werden muss. Der Onkologe sollte im Rahmen einer zusätzlichen Weiterbildung genügend Kenntnisse und Erfahrungen in Palliativmedizin als einem holistischen Konzept erwerben, damit nach Ausschöpfung tumorreduktiver Maßnahmen kein unheilbar kranker Krebspatient mehr die Botschaft empfängt, er sei «ausbehandelt». Die European Society for Medical Oncology (ESMO) hat 1999 in einem Newsletter die Integration von Palliativmedizin in die Onkologie zur Sicherstellung eines Kontinuums zwischen Primärtherapie, palliativer Intervention und holistischem palliativmedizinischem Konzept («palliative care») für die letzte Lebensphase gefordert [15].

Da der Fachonkologe nicht gleichzeitig Experte in Palliativmedizin per se ist, muss er sich spätestens dann, wenn dem Krebspatienten keine kausale Therapie mehr angeboten werden kann, mit den speziellen palliativmedizinischen Diensten zur angemessenen Betreuung des unheilbar Kranken und Sterbenden verbinden. Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass nur etwa 20% der Tumorpatienten in ihrer letzten Lebensphase für eine palliativmedizinische Betreuung disponieren oder diese wünschen [14]. Nach Doyle [16] sind Palliativmedizin und Onkologie «Schwesterdisziplinen», wobei der spezialisierte Palliativmediziner nicht für sich in Anspruch nehmen sollte, Onkologe zu sein, ebenso wie der Fachonkologe ohne Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin sich nicht anmaßen sollte, als Experte palliativmedizinische Betreuung übernehmen zu können.

Onkologische Zentren und palliativmedizinische Einrichtungen können voneinander lernen, indem sie zum Wohle ihrer Patienten kooperieren [17].

Palliativmedizin im europäischen Vergleich

Die Entwicklungen und Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung in Europa sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Die in einem Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von 1991 bis 1993 erstellten Rahmendaten, die eine Personalstärke von 1,8 Arztstellen und 12–14 Pflegestellen sowie 1 Psychosozialenstelle für eine Palliativstation mit 10 Betten vorsehen, werden bei einem Bettenbedarf von etwa 50 Betten pro 1 Million Einwohner allenfalls in Großbritannien, dem Mutterland der Palliativmedizin und Hospizbewegung, erreicht. Deutschland hinkt diesen Vorgaben noch weit hinterher, obwohl hier seit Gründung der ersten Palliativstation in Köln 1983 eine beachtenswerte Entwicklung eingesetzt hat.

Im Jahre 2000 gab es in Deutschland insgesamt 65 Palliativstationen und 77 stationäre Hospize [18]. Verglichen mit 1993, bedeutet dies einen Anstieg von fast 500%. Die Bettenkapazität auf Palliativstationen in Deutschland wurde bis zum Jahr 2000 auf 600 Betten gesteigert. Dies entspricht einem Bettenangebot von 7 Betten pro 1 Million Einwohner. Zusätzlich verfügen wir im Jahr 2000 in Deutschland über 7 stationäre Hospizbetten pro 1 Million Einwohner. Der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) für Palliativstationen geforderte Personalschlüssel von 1,4 Pflegestellen pro Bett wurde im Jahr 2000 nur von 16% der Einrichtungen erfüllt [19].

Großbritannien verfügte 1999 über 236 Palliativstationen. 347 palliativmedizinische Konsiliardienste sind in Krankenhäusern Großbritanniens angesiedelt, in Deutschland existieren 3 derartige Dienste. Großbritannien hat 8 Lehrstühle für Palliativmedizin an Universitäten eingerichtet. Den bisher einzigen Lehrstuhl in Deutschland gibt es seit 1999 in Bonn. Die Einrichtung weiterer Lehrstühle in Köln und Aachen soll folgen [20].

In Frankreich ist das Recht des Patienten auf palliativmedizinische Betreuung seit dem 9. Juni 1999 gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber verpflichtete die an der Krankenversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Kliniken, eine angemessene Schmerzbehandlung sowie den Zugang der Patienten zu Palliativpflege zu sichern. Besondere finanzielle Dispositionen für die Hauspflege wurden angekündigt. Jeder Arbeitnehmer hat seit Juni 1999 Anrecht auf einen 3-monatigen, unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Verwandten ersten Grades und jeder anderen in seinem Haushalt lebenden Person.

Kosten der Palliativmedizin

Multiprofessionalität und Betreuungsintensität bedeuten hohe Kosten, vor allem durch den Personalaufwand. Vor dem Hintergrund der von den Kostenträgern im Gesundheitswesen verordneten Kostendämpfung stellt sich damit die Frage nach der Finanzierbarkeit und dem Stellenwert der Palliativmedizin

heute. Sie ist ins Spannungsfeld der Gesundheitsversorgung geraten, denn einerseits, in der Politik noch zu wenig bekannt, bedeutet sie sozialen Fortschritt, andererseits verheißt sie der Pharma- und Medizingeräteindustrie wenig Profit, und für die Gesundheitsberufe bedeutet die Unterbezahlung von Kommunikation und Zuwendung eine mangelhafte Existenzsicherung. Dabei machen die geschätzten Kosten für die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland jährlich, bei Bedürftigkeit der Betreuung nur etwa jedes Fünften der 200 000 Palliativpatienten, nur 0,3% der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Im Jahre 1998 wurden von der GKV 230 Milliarden DEM für Gesundheit ausgegeben, 120–130 Millionen davon entfielen auf Palliativmedizin und Hospizeinrichtungen, das entspricht 0,05% des Gesamthaushalts [21]. Dabei könnten schon heute mindestens 1% der Kosten im Gesundheitswesen (über 1 Milliarde EUR) durch Vermeidung unsinniger oder unkonventioneller Behandlungsmaßnahmen, die sich gerade bei unheilbaren Erkrankungen häufen, eingespart werden.

Soll eine Beschränkung von Ressourcen und Maßnahmen im Gesundheitswesen nicht tatsächlich bedeuten, dass einem vorzeitigen, leidvollen oder selbstbestimmten Sterben der Vorzug gegenüber einem qualitativ sinnvollen, beschwerdearmen Lebensende in Würde gegeben wird, so erfordert dies gesundheitspolitische Konzepte, die sich mehr am Wert des Lebens orientieren, d.h. palliativmedizinische Aspekte stärker berücksichtigen.

Schlussfolgerungen

Palliativmedizin ist kein neuer Fachsektor der Medizin oder gar der Onkologie, sondern sie ist fächerübergreifend und befasst sich ganzheitlich mit einem physisch wie psychisch, sozial wie spirituell besonders belastendem Lebensabschnitt von un-

heilbar kranken und sterbenden Patienten. Den Mittelpunkt der Betreuung bilden der Patient und seine Familie. Lebensqualität – ohne das Ziel der Lebensverlängerung – Symptomkontrolle, Kommunikation, Rehabilitation und Begleitung in der Sterbephase sind die Schwerpunkte der palliativmedizinischen Betreuung.

Palliativmedizin und Onkologie sind Schwesterdisziplinen mit unterschiedlichem Betreuungskonzept, die bei der Versorgung von inkurablen und sterbenden Krebspatienten Hand in Hand gehen sollten und voneinander lernen können. Palliativbetreuung wird immer noch als Sterbebegleitung gesehen, die erst nach der Beendigung onkologischer Behandlung zum Tragen kommt. Die Integration von Palliativmedizin in frühere Krankheitsstadien ist wesentlich, um eine Kontinuität der Betreuung für Patienten und ihre Angehörigen zu ermöglichen [22]. Noch bestehende Defizite in der palliativmedizinischen Versorgung, ihrer Lehre und Forschung müssen abgebaut werden. Die Behebung von Mängeln in der Versorgungsstruktur, wie fehlende Palliativstationen, Pflegehospize, palliativmedizinische Konsiliardienste und ambulante Palliativdienste, sind vorrangig. Zur Verbesserung des unzureichenden ärztlichen Standards in dieser Fachdisziplin sind die Erweiterung der Fort- und Weiterbildungsangebote, die Integrierung der Palliativmedizin in die Lehrinhalte im Medizinstudium und die Errichtung von Lehrstühlen für Palliativmedizin notwendig. Grundlegende Voraussetzung für diese Entwicklung ist die Sicherstellung der Finanzierung der Palliativmedizin im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus wird sich die Palliativmedizin in der Auseinandersetzung mit dem biomedizinischen Fortschritt um eine Diskussion über die derzeitige reale Situation in unserer Gesellschaft bemühen müssen, mit dem Ziel, die vernachlässigten ethischen und humanitären Grundlagen in der Medizin wieder stärker in den Vordergrund zu rücken.

Literatur

- Bartmann P: Hospizarbeit – die Grenzen respektieren. *Dtsch Arztebl* 2001;98:B2129.
- Beleites E: Wegweiser für ärztliches Handeln. *Dtsch Arztebl* 1998;95:C1689–1690.
- Doyle D, Hanks G, McDonald N (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1998, pp 957–973.
- Klaschik E, Husebø S: Palliativmedizin. *Anaesthesist* 1997;46:177–185.
- World Health Organization: *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva, World Health Organization, Tech Report Series 1990, vol 804, pp 11.
- Ventrafridda V: Palliative care: A new reality in medicine. *Rec Res Cancer Res* 1991;121:393–398.
- Bahnon CB: Psychologic and emotional issues in cancer: The psychotherapeutic care of the cancer patient. *Semin Oncol* 1975;2:293–297.
- Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A: Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:372–382.
- Albrecht E, Student UC: Hospiz: Hilfe nicht nur für den Sterbenden; in Aulbert E (Hrsg): *Bewältigungshilfen für den Krebskranken*. Stuttgart, Thieme, 1993, pp 353–367.
- Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F: Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin. *Z Palliativmed* 2001;2:71–75.
- Zech D: Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland; in Klaschik E, Nauck F (Hrsg): *Palliativmedizin Heute*, Berlin, Springer, 1994, pp 85–102.
- Moore M, Andersen J, Burris H, Tarassoff P, Green M, Casper E, Portenoy R, Modiano M, Cripps C, Nelson R, Storniolo A, von Hoff D: A randomized trial of gemcitabine (GEM) versus 5-FU as first line therapy in advanced pancreatic cancer. *Proc ASCO* 1995;14:473.
- Oesterling J, Fuks Z, Lee CT, Scher HI: Cancer of the prostate; in DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer, Principles and Practice of Oncology*, 5. ed. Philadelphia, Lippincott, 1997, pp 1322–1386.
- Beck D, Kettler D: Welche Zukunft hat die Palliativmedizin in Deutschland? *Zentralbl Chir* 1998;123: 624–631.
- European Society for Medical Oncology: The New ESMO Task Force on the Integration of Palliative Care into Medical Oncology. *News Letter* 1999;3.
- Doyle D: Perspectives of palliative medicine. *Cancer Treat Rev* 1996;22:155–161.
- McDonald N: Cure and care: Interaction between cancer centres and palliative care units. *Rec Res Cancer Res* 1991;121:399–407.
- Klaschik E: Palliativmedizin, Geborgenheit und Hilfe in der Endphase des Lebens. *Int Welt* 2000;4: 32–33.
- Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Menser T, Lehrmann KA: Über die Entwicklung der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. *Z Palliativmed* 2000;1:40–46.
- Klaschik E: Palliativmedizin in Deutschland im europäischen Vergleich. *Anästhesiol Intensivmed* 2000;41:253–283.
- Müller-Busch HC: Palliativmedizin im 21. Jahrhundert – was tun? was unterlassen? *Z Palliativmed* 2000;1:8–16.
- Bausewein C, Hartenstein R: Oncology and palliative care. *Onkologie* 2000;23:534–537.