Palliativmedizin

Für Klinik, Praxis und die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

Herausgegeben von
Rainer Sabatowski
Bernd Oliver Maier
Christoph Ostgathe
Roman Rolke

2., aktualisierte Auflage

? ! i

1000 Fragen

Thieme

Online-Version in der eRef

Palliativmedizin – 1000 Fragen

Für Klinik, Praxis und die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

Herausgegeben von
Rainer Sabatowski, Bernd Oliver Maier, Christoph Ostgathe, Roman Rolke

Unter Mitarbeit von

Bernd Alt-Epping
Gerhild Becker
Justus Benrath
Walter Bruchhausen
Johannes Bükki
Monika Daubländer
Linda Fendel
Jan Gärtner
Heidrun Golla
Jan Gramm
Julia Grüninger-Endres
Ruth Heineck
Lucie Heinzerling
Susanne Heller
Franziska Hessel
Helmut Hoffmann-Menzel
Sonja Hofmann
Beate Hornemann
Ingmar Hornke
Dominik Irnich
Bastian Jaeschke
Maria Janisch
Karin Jaroslawski
Peer-Wolfgang Kämmerer
Karin Kast
Carsten Klein
Rita Laufenberg-Feldmann
Martin Liebetrau
Stefan Lorenzl
Heiner Melching
Christian Menzel
Martin Mücke
Karsten Münstedt
Frauke Musial
Friedemann Nauck
Stephanie Neuberger
Peter Nieland
Silke Nolte-Buchholtz
Piret Paal
Klaus Maria Perrar
Mathias Pfisterer
Matthias Richter
Roman Rolke
Traugott Roser
Rainer Sabatowski
Rüdiger Scharnagel
Eva Schildmann
Jan Schildmann
Matthias Helmut Schmidt
Barbara Schubert
Markus Schuler
Ulrich Schuler
Rainer Schwab
Martin Smitka
Eva-Maria Sprengard
Tobias Steigleder
Stephanie Stiel

2., aktualisierte Auflage

4 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Impressum

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.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter:
www.thieme.de/service/feedback.html

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

1. Auflage Georg Thieme Verlag 2013

© 2018 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Andrea Schnitzler, Innsbruck; Angelika Brauner, Hohenpeißenberg
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Umschlagfoto: © AdobeStock/bessi7
Redaktion: Dr. Doris Kliem, Urbach
Satz: SOMMER media GmbH & Co. KG, Feuchtwangen
gesetzt aus Arbortext APP-Desktop 9.1 Unicode M180
Druck: Westermann Druck, Zwickau

DOI 10.1055/b-006-149393

ISBN 978-3-13-241064-0 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-241069-5
eISBN (epub) 978-3-13-241070-1

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Geleitwort

In den letzten 20 Jahren haben wir in der Palliativversorgung in Deutschland enorme Fortschritte gemacht, sie ist mittlerweile aus der Pionierphase in der Regelversorgung angekommen. Im Weltatlas der Weltgesundheitsorganisation wird Deutschland in Stufe 4a (beginnende Integration der Palliativversorgung im Gesundheitssystem) eingeordnet. In den verschiedenen Formen der Palliativversorgung werden stationär und ambulant schwerstkranke und sterbende Patienten und ihre Angehörigen betreut.

Es gibt noch Lücken in der Versorgung, z. B. in den stationären Pflegeeinrichtungen oder in ländlichen Regionen, aber auch viele Modellprojekte und -programme, um diese Lücken langsam zu füllen. Unterstützt wird das durch die Politik, zuletzt durch das neue Hospiz- und Palliativgesetz im Dezember 2015, mit dem u. a. ein allgemeines Anrecht auf Palliativversorgung formuliert wurde.

Neben der spezialisierten Palliativversorgung, z. B. auf einer Palliativstation oder in einem Team der SAPV (der spezialisierten allgemeinen Palliativversorgung), wird zunehmend auch die allgemeine Palliativversorgung aufgebaut, die z. B. von qualifizierten Hausärzten oder qualifiziertem Pflegepersonal in ambulanten Pflegediensten, aber auch an vielen anderen Stellen erbracht werden kann.

Ermöglicht wird diese Entwicklung auch dadurch, dass Palliativmedizin im Rahmen des Querschnittsfachs 13 ein Pflichtlehr- und Prüfungsfach für Medizinstudierende geworden ist. In der Ausbildung von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gibt es das Pflichtfach jedoch noch nicht. Nach der Ausbildung kann jeder klinisch tätige Facharzt die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ erwerben, jeder Pflegende kann die zertifizierte Palliative-Care-Weiterbildung absolvieren.

Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung steht in Deutschland neben der S 3-Leitlinie „Palliativmedizin bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen“ auch das Lehrbuch der Palliativmedizin zur Verfügung. Mit der hier vorgelegten 2. Auflage der „Palliativmedizin – 1000 Fragen“ bieten die Autoren kompakte Antworten zu einer großen Zahl von Fragen aus allen Bereichen der Palliativversorgung. Sie geben damit eine sehr übersichtliche und gut gegliederte Unterstützung für die Vorbereitung zu Prüfungen z. B. im Studium oder für die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. Darüber hinaus ist das Buch aber auch als Einstieg in das Fach geeignet, das zum kurzen Nachschlagen und zum Weiterlesen ermutigt und hoffentlich auch zum weiteren Vertiefen des Wissens anregt.

Den Autoren gebührt der Dank für die Aufbereitung des kompakten Wissens in diesem Buch. Sie tragen so dazu bei, dass möglichst alle Menschen, die eine Palliativversorgung benötigen, sie auch in Zukunft erhalten können.

Lukas Radbruch
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin

Bonn, 12. September 2017

Vorwort zur 2. Auflage

Seit der Gründung der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) in Köln im Jahre 1994 hat die Palliativmedizin einen rasanten Verlauf genommen. Drei Jahre nach Gründung der DGP erschien ein erstes umfassendes Lehrbuch der Palliativmedizin, nur 2 Jahre später wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in Bonn besetzt. Damit waren wichtige Grundlagen für die zunehmende Akzeptanz und Etablierung der Palliativmedizin im akademischen Kontext gelegt. Weitere Schritte folgten, um das Fach in der akademischen Lehre zu etablieren. So wurde 2003 von der Bundesärztekammer die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin" eingeführt sowie seit 2012 der Querschnittsbereich 13 (Palliativmedizin) an den medizinischen Fakultäten zum Pflichtfach in der studentischen Lehre erhoben.

Die Palliativmedizin zeichnet seit Beginn ihrer Entwicklung aus, dass nicht nur unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen engagiert sind. Bemerkenswert ist auch der hohe Anteil von Pflegefachkräften und weiteren nicht ärztlichen Berufsgruppen in diesem Fach und der zugehörigen Fachgesellschaft. Um dieser besonderen Struktur Rechnung zu tragen, werden seit einigen Jahren an verschiedenen Standorten in den deutschsprachigen Ländern multiprofessionelle Master-Studiengänge im Bereich „Palliative Care" angeboten. Ziel dieser Studiengänge ist es, professionsübergreifend die Aufgaben und das Verständnis von Palliative Care zu fördern und zu vertiefen.

Zu den weiteren Meilensteinen der Palliativmedizin in Deutschland zählen auch Maßnahmen, die die Versorgungsqualität in der Breite fördern. So besteht seit 2007 ein gesetzlicher Anspruch auf eine SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) bzw. für Kinder und Jugendliche auf eine SAPPV (spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung).

Darüber hinaus wurde in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband sowie der Bundesärztekammer seit 2008 ein Chartaprozess zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen angestoßen. Dessen Umsetzungsprozess wird seit November 2016 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert, um das Thema, aber auch die Handlungsempfehlungen konsequent in das öffentliche Bewusstsein zu bringen. Palliativmedizin möchte dabei Menschen mit nicht mehr heilbaren Erkrankungen nicht nur am Lebensende versorgen, sondern sollte auch möglichst früh im Krankheitsprozess integriert werden, um bereits zu diesem Zeitpunkt die bestmögliche Lebensqualität bei den Betroffenen herzustellen.

Diese wenigen ausgewählten Beispiele illustrieren, dass Palliativmedizin in den Fachkreisen, aber auch in der Politik und Bevölkerung als relevantes Thema angekommen ist.

Mit dem Buch „Palliativmedizin – 1000 Fragen", das nun in seiner 2. aktualisierten Auflage vorliegt, tragen wir dem Stellenwert und auch der Multiprofessionalität der Palliativmedizin Rechnung. Geschrieben von Autorinnen und Autoren aus den unterschiedlichsten Professionen, orientieren sich die Fragen einerseits an einer Prüfungssituation im Rahmen des Erwerbs der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin" für Fachärzte. Gleichzeitig wendet sich das Buch aber auch an alle Personen aus anderen Berufsgruppen, die mit der Betreuung von Palliativpatienten in den unterschiedlichsten Kontexten betraut sind. Die vorgestellten Fragen und Antworten beschreiben meist alltagsorientierte Problemstellungen und deren Lösung und möchten zu einem tieferen Verständnis und einer besseren Umsetzung von Behandlungs- und Betreuungsansätzen beitragen.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihre Bereitschaft, ihre Kompetenz und ihr Fachwissen den Lesern zur Verfügung zu stellen. Wir hoffen, mit diesem gemeinschaftlichen Werk einen Beitrag zu einer bestmöglichen palliativmedizinischen Versorgung von Patienten und deren Angehörigen zu leisten.

Dresden, Wiesbaden, Erlangen, Aachen
im Sommer 2017

Rainer Sabatowski
Bernd Oliver Maier
Christoph Ostgathe
Roman Rolke

Vorwort zur 1. Auflage

Mit dem Buch „Palliativmedizin – 1000 Fragen“ setzt der Thieme Verlag ein bereits etabliertes und erfolgreiches Format fort. Wir freuen uns, Ihnen nun auch die Palliativmedizin auf diese Art näherbringen zu können.

Eine Besonderheit dieser Buchreihe ist die klare Gliederung in Frage – Antwort – vertiefender Kommentar. Hier wird kompakt und übersichtlich Wissen vermittelt, ohne sich dabei des klassischen Lehrbuchformats zu bedienen. Unter anderem soll mit dieser Gliederung eine Situation gespiegelt werden, wie sie in Prüfungen auftritt, um den Leser in seiner Prüfungsvorbereitung zu unterstützen. Andererseits finden sich in den Fragen und den überwiegend praxisnahen Antworten „Probleme“ des täglichen Alltags in der Betreuung von Palliativpatienten wieder. Auch hier soll das vorliegende Buch Hilfestellung bieten, um bei der klinischen oder ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen und Teamprozesse verschiedener Berufsgruppen zu begleiten.

Der Anspruch der Palliativmedizin als breit aufgestelltes Fach mit in hohem Maße interdisziplinären Strukturen spiegelt sich auch in der Multiprofessionalität der Autorengruppen wider. Es ist uns gelungen, zahlreiche renommierte Fachkollegen aus den unterschiedlichsten medizinischen Bereichen für dieses interessante Buchprojekt zu begeistern und als Autoren zu gewinnen. Gemeinsam ist allen, dass sie neben dem originären Fachbezug auch große Erfahrung im Bereich der Palliativmedizin vorweisen können. Wir haben aber auch großen Wert darauf gelegt, dass nicht nur ärztliche Kollegen in die Gruppe der Autoren aufgenommen wurden, sondern ebenfalls Autoren aus nicht ärztlichen Bereichen integriert sind. Nur so können die vielen verschiedenen Aspekte der Palliativmedizin wirklich umfassend und kompetent abgebildet werden. Die Palliativmedizin ist ein Fach, das sich durch eine große Vielfalt an unterschiedlichsten ärztlichen und nicht ärztlichen Bereichen auszeichnet – eine Eigenschaft, die sich auch in der Zusammensetzung der Mitglieder der DGP (der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) wiederfindet.

Unser neues Lehrbuch soll nicht nur dem Facharzt als Wegweiser und Unterstützung im Rahmen der Prüfungsvorbereitung für die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ dienen. Das Buch wendet sich als kompakte Orientierung auch an alle anderen Berufsgruppen in der Palliativmedizin – vom Lehrbeauftragten des Querschnittsbereichs 13 „Palliativmedizin“ an den Universitäten, den Studierenden, die ihre dort erlernten Kenntnisse und Kompetenzen vertiefen wollen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege, Psychotherapie, Physiotherapie, Seelsorge bis hin zu den Ehrenamtlichen. Wir wünschen Ihnen, dass Sie die Anregungen dieses Buches als Inspiration für Ihre Arbeit empfinden werden – in der Ausbildung, auf der Station, im Hospiz oder im Rahmen ambulanter Versorgungsangebote.

Dresden, Wiesbaden, Erlangen, Bonn
im Frühjahr 2013

Rainer Sabatowski
Bernd Oliver Maier
Christoph Ostgathe
Roman Rolke

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

1 Grundlagen 18

1.1 Ziele und Bedeutung des Faches 18
Friedemann Nauck

1.2 Definition und historische Entwicklung 19
Friedemann Nauck

1.3 Organisationsformen 20
Friedemann Nauck

1.4 Gesetzliche Grundlagen 21
Heiner Melching

1.5 Dokumentation und Assessment 24
Stephanie Stiel

2 Grundlagen der Schmerztherapie und Symptomlinderung 27

2.1 Epidemiologie und Messinstrumente 27

2.1.1 Epidemiologie von Schmerzen in der Palliativsituation 27
Rita Laufenberg-Feldmann

2.1.2 Messinstrumente 29
Rainer Sabatowski

2.2 Schmerztherapie 32

2.2.1 Klassifikation von Schmerzen in der Palliativsituation 32
Rita Laufenberg-Feldmann

2.2.2 Definition und Prävalenz von Durchbruchschmerzen 35
Helmut Hoffmann-Menzel

2.2.3 Opioide und Cannabinoide 38
Rüdiger Scharnagel

2.2.4 Nichtopioidanalgetika 45
Susanne Heller, Ruth Heineck

2.2.5 Koanalgetika 52
Rainer Schwab

2.2.6 Medikamenteninteraktionen 58
Jan Gärtner

2.2.7 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung 62
Rainer Sabatowski

2.2.8 Interventionelle Schmerztherapie . 65
Justus Benrath

2.2.9 Physiotherapie 68
Peter Nieland

2.2.10 Nicht medikamentöse Schmerztherapie 70
Dominik Irnich, Frauke Musial

2.2.11 Strahlentherapie 74
Franziska Hessel

2.3 Symptomkontrolle 77

2.3.1 Gastrointestinale Symptome 77
Karin Jaroslawski, Gerhild Becker

2.3.2 Urogenitale Symptome 86
Stephanie Neuberger

2.3.3 Dermatologische Symptome 89
Matthias Helmut Schmidt

2.3.4 Neurologische Symptome 96
Heidrun Golla, Tobias Steigleder

2.3.5 Psychiatrische und psychologische Symptome 105
Klaus Maria Perrar

2.3.6 Respiratorische Symptome 113
Johannes Bükki

2.3.7 Hämatologische Symptome 120
Bernd Alt-Epping

2.3.8 Infektionen und Fieber 124
Bastian Jaeschke

2.3.9 Anorexie-Kachexie-Syndrom 128
Martin Mücke

2.3.10 Palliativmedizinische Notfälle 132
Ingmar Hornke

2.3.11 Symptome in der Sterbephase 139
Carsten Klein

3 Ethik und rechtliche Grundlagen 145

3.1 Medizinethische Prinzipien und Grundlagen 145
Walter Bruchhausen

3.2 Entscheidungen am Lebensende 149
Jan Schildmann, Eva Schildmann

3.3 Vorausschauendes Planen 153
Eva-Maria Sprengard

4 Kommunikation 158
Sonja Hofmann

4.1 Kommunikation in der Palliativmedizin 158

4.2 Breaking Bad News 162

5 Psychologische, soziale und spirituelle Aspekte in der Palliativmedizin 165

5.1 Psychotherapeutische Verfahren 165
Beate Hornemann

5.2 Psychoonkologie 168
Beate Hornemann

5.3 Spiritualität 171
Traugott Roser, Piret Paal

5.4 Trauer 175
Traugott Roser, Piret Paal

5.5 Soziale Arbeit 179
Heiner Melching

5.6 Belastung des Teams/Burn-out .. 183
Jan Gramm

Spezieller Teil

6 Onkologische Erkrankungen 190

6.1 Therapieverfahren 190

6.1.1 Grundlagen allgemeinchirurgischer Maßnahmen 190
Julia Grüninger-Endres

6.1.2 Grundlagen der palliativen Chemotherapie 194
Ulrich Schuler, Barbara Schubert

6.1.3 Grundlagen der Strahlentherapie .. 202
Franziska Hessel

6.1.4 Grundlagen nuklearmedizinischer Behandlungen 206
Christian Menzel

6.1.5 Komplementärmedizin 208
Karsten Münstedt

6.2 Tumoren und Erkrankungen 212

6.2.1 Abdominale Tumoren 212
Karin Jaroslawski, Gerhild Becker

6.2.2 Urologische Tumoren 217
Stephanie Neuberger

6.2.3 Dermatologische Tumoren 220
Lucie Heinzerling

6.2.4 Tumoren des Zentralnervensystems 224
Stefan Lorenzl

6.2.5 Tumoren von Knochen und Bindegewebe 227
Markus Schuler

6.2.6 Tumoren im Kopf-Hals-Bereich ... 232
Monika Daubländer, Peer-Wolfgang Kämmerer

6.2.7 Thorakale Tumoren 236
Bastian Jaeschke

6.2.8 Hämatologische Erkrankungen ... 239
Bernd Alt-Epping

6.2.9 Gynäkologische Tumoren 243
Karin Kast

6.2.10 Paraneoplastische Syndrome 246
Martin Liebetrau

7 Neurologische Erkrankungen 251

7.1 Neurodegenerative Erkrankungen 251
Stefan Lorenzl

7.2 Neurovaskuläre Erkrankungen.. 256
Martin Liebetrau

7.3 Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems 258
Roman Rolke

8 Weitere internistische Erkrankungen 262

8.1 Erkrankungen des Herzens 262
Linda Fendel

8.2 Erkrankungen der Lunge 264
Johannes Bükki

8.3 Erkrankungen der Leber..... 265
Linda Fendel

8.4 Erkrankungen der Nieren 268
Linda Fendel

9 Palliativmedizin in der Geriatrie 272
Mathias Pfisterer

10 Palliativmedizin im Kindesalter 277

10.1 Tumorerkrankungen im Kindesalter..... 277
Silke Nolte-Buchholtz

10.2 Genetische Erkrankungen im Kindesalter (Nichttumorerkrankungen) 282
Martin Smitka, Silke Nolte-Buchholtz

10.3 Palliativmedizin in der Neonatologie..... 287
Matthias Richter, Silke Nolte-Buchholtz

10.4 Begleitung sterbender Kinder und ihrer Familien 290
Maria Janisch, Silke Nolte-Buchholtz

Anhang

11 Literatur 296

11.1 Zitierte Literatur..... 296

11.2 Weiterführende Literatur 296

Abkürzungen

AAPV allgemeine ambulante Palliativversorgung
ABCDE Leitfaden zur Übermittlung schlechter Nachrichten, bestehend aus den Gesprächsanteilen „advance preparation", „build a therapeutic environment/relationship", „communicate well", „deal with patient and family reactions", „encourage and validate emotions"
ACE Angiotensin Converting Enzyme
ACP Advance Care Planning
ACT Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families
ADH antidiuretisches Hormon
AIDS erworbenes Immundefektsyndrom
ALL akute lymphatische (lymphoblastische) Leukämie
ALS amyotrophe Lateralsklerose
AML akute myeloische Leukämie
AMPA α-Amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionsäure
AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BESD Beurteilungsinstrument zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFI Brief Fatigue Inventory
BGB Bürgerliches Gesetzbuch
BGH Bundesgerichtshof
BISAD Beobachtungsinstrument für das Schmerz-Assessment bei alten Menschen mit Demenz
BQKPMV besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
BRAF B-Raf-Protein
BRCA Breast-Cancer-Tumorsuppressorgen
BtMVV Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVP Behandlung im Voraus Planen
CB1/2 Cannabinoid 1/2
CBD Cannabidiol
CLL chronische lymphatische Leukämie
CML chronische myeloische Leukämie
CO_2 Kohlendioxid
COPD chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
COX Cyclooxygenase
CT Computertomografie
CTA computertomografische Angiografie
CTC Common Toxicity Criteria
DCB/DNCB Dinitrochlorobenzen
DFNS Deutscher Forschungsverbund Neuropathischer Schmerz
DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
DiV-BVP Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen
DKG Deutsche Krebsgesellschaft
DN4 Douleur Neuropathique en 4 Questions
DNA Desoxyribonukleinsäure
DRG diagnosebezogene Fallgruppen
EAPC Europäische Fachgesellschaft für Palliative Care
EBM einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECOG Eastern Cooperative of Oncology Group
EEG Elektroenzephalografie
EGFR Epidermal-Growth-Factor-Rezeptor
EMA Europäische Arzneimittelagentur
EORTC-QLQ-C 15-Pal European Organization for Research and Treatment Quality of Life Questionnaire (Palliativpatienten)
EORTC-QLQ-C 30 European Organization for Research and Treatment Quality of Life Questionnaire
EVN Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen
GABA γ-Aminobuttersäure
GBA gemeinsamer Bundesausschuss
G-CSF granulozytenkoloniestimulierender Faktor
GG Grundgesetz
GOLD Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HIV humanes Immunschwächevirus
HKP-RL Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
HPG Hospiz- und Palliativgesetz
ICD implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aktuell gültige 10. Ausgabe
IDO Indoleamin-2,3-dioxygenase

INR International normalized Ratio
IPOS Integrated Palliative Care Outcome Scale
LAG Lymphocyte-Activation-Gen
LANSS Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms
LDH Laktatdehydrogenase
LSD Lysergid
MALT-Lymphom Mucosa-associated-lymphoid-Tissue Lymphoma
MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MEK mitogenaktivierte Proteinkinase
MIBG Jod-131-Metajodbenzylguanidin
MIDOS minimales Dokumentationssystem
MRT Magnetresonanztomografie
mTOR Mechanistic Target of Rapamycin
NBIA Neurodegeneration with brain Iron Accumulation
NMDA N-Methyl-D-aspartat
N-PASS Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale
NPSI-G Neuropathic Pain Symptom Inventory – German
NRS numerische Rating-Skala
NSAID nicht steroidale Antiphlogistika, Non-steroidal anti-inflammatory Drugs
NSCLC nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom
NURSE Leitfaden zum Umgang mit Emotionsäußerungen, bestehend aus „naming“, „understanding“, „respecting“, „supporting“ und „exploring“
NYHA New York Heart Association
OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTFC Oral transmucosal Fentanyl Citrate
$paCO_2$ arterieller Kohlendioxidpartialdruck
PAMORA Peripheral acting μ-Opioidrezeptorantagonisten
PARPi Poly-Adenosindiphosphat-Ribosepolymerase-Inhibitor
PCA Patient-controlled Analgesia
pCO_2 Kohlendioxidpartialdruck
PEG perkutane endoskopische Gastrostomie
PEJ perkutane endoskopische Jejunostomie
PET-CT Positronenemissionstomografie-Computertomografie
PROM Patients reported Outcome Measures
PSA prostataspezifisches Antigen
PSG Pflegestärkungsgesetz
PUVA UVA-Bestrahlung nach Fotosensibilisierung
QST quantitative sensorische Testung
RANKL Rezeptoraktivator des NF-κB-Liganden
SAPPV spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV spezialisierte allgemeine Palliativversorgung
SAPV-KJ spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
SEIQoL-DW Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life – direct Weighting
SEMS selbstexpandierender Metall-Stent
SGB Sozialgesetzbuch
SIADH Syndrom der inadäquaten Sekretion von antidiuretischem Hormon
SPIKES Leitfaden zur Übermittlung schlechter Nachrichten mit den Gesprächsanteilen „setting“, „perception“, „invitation“, „knowledge“, „empathy“, „strategy“ und „summary“
SSNRI selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
StGB Strafgesetzbuch
TENS transkutane elektrische Nervenstimulation
THC δ-9-Tetrahydrocannabinol
TNM-Einteilung Klassifikation zum Staging von Tumorerkrankungen
TSH Thyreotropin
T-VEC Talimogen laherparepvec
UV ultraviolettes Licht
VEGF Vascular endothelial Growth Factor
VGKC spannungsabhängige Kaliumkanäle
WAT 1 Withdrawal Assessment Tool 1
WHO Weltgesundheitsorganisation
ZE Zusatzentgelt
ZVK zentraler Venenkatheter

Anschriften

Herausgeber

Prof. Dr. med. Rainer **Sabatowski**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsSchmerzCentrum (USC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Bernd Oliver **Maier**, M.Sc.
St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Klinik für Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie
Beethovenstraße 20
65189 Wiesbaden

Prof. Dr. med. Christoph **Ostgathe**
Universitätsklinikum Erlangen
Palliativmedizinische Abteilung
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Univ.-Prof. Dr. med. Roman **Rolke**
Universitätsklinikum Aachen
Klinik für Palliativmedizin
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Mitarbeiter

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd **Alt-Epping**
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Prof. Dr. med. Gerhild **Becker**
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 3
79106 Freiburg

Prof. Dr. med. Justus **Benrath**
Universitätsklinikum Mannheim
Klinik für Anästhesiologie – Schmerzzentrum
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
68167 Mannheim

Priv.-Doz. Dr. med. Walter **Bruchhausen**
Universität zu Köln
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Joseph-Stelzmann-Straße 20, Geb. 42
50931 Köln

Dr. Johannes **Bükki**
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Institut für Pflegewissenschaften, Palliative Care
Strubergasse 21
5020 Salzburg
Österreich

Dr. Johannes **Bükki**
Hospizdienst DaSein e. V.
Karlstraße 55
80333 München

Univ.-Prof. Dr. Dr. Monika **Daubländer**
Universitätsmedizin Mainz
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz

Dr. med. Linda **Fendel**
St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Klinik für Palliativmedizin und Interdisziplinäre Onkologie
Beethovenstraße 20
65189 Wiesbaden

Priv.-Doz. Dr. med. Jan **Gärtner**
Palliativzentrum Hildegard
Hildegard Spital-Stiftung
St. Alban-Ring 151
4002 Basel
Schweiz

Priv.-Doz. Dr. med. Heidrun **Golla**
Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Dipl.-Psych. Jan **Gramm**
Institut für Palliativpsychologie
Geleitsstraße 14
60599 Frankfurt am Main

Dr. med. Julia **Grüninger-Endres**
Helios Klinikum Salzgitter
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Kattowitzer Straße 191
38226 Salzgitter

Dr. med. Ruth **Heineck**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsSchmerzCentrum (USC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Prof. Dr. med. Lucie **Heinzerling**, MPH
Universitätsklinikum Erlangen
Hautklinik
Ulmenweg 18
91054 Erlangen

Dr. med. Susanne **Heller**, M.Sc.
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsPalliativCentrum (UPC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Franziska **Hessel**, M.Sc.
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
und Radioonkologie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Helmut **Hoffmann-Menzel**
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/
Rhein-Sieg
Zentrum für Palliativmedizin
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn

Dipl.-Psych. Sonja **Hofmann**
Universitätsklinikum Erlangen
Palliativmedizinische Abteilung
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Dipl.-Psych. Beate **Hornemann**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsKrebsCentrum
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Ingmar **Hornke**, D.E.A.A.
PalliativTeam Frankfurt gGmbH
Anästhesiologie – Palliativmedizin
Geleitsstraße 14
60599 Frankfurt

Priv.-Doz. Dr. med. Dominik **Irnich**
Klinikum der Universität München-Innenstadt
Interdisziplinäre Schmerzambulanz
Klinik für Anästhesiologie
Pettenkoferstraße 8A
80336 München

Dr. med. Bastian **Jaeschke**
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden
Klinik Innere Medizin III
Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin
Ludwig-Erhard-Straße 100
65199 Wiesbaden

Dipl.-Sozialpäd. (FH) Maria **Janisch**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinder-
und Jugendmedizin
UniversitätsPalliativCentrum (UPC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Karin **Jaroslawski**
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 3
791062 Freiburg

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
Dr. rer. hum. Peer-Wolfgang **Kämmerer**
Universitätsmedizin Rostock
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und plastische Gesichtschirurgie
Schillingallee 35
18057 Rostock

Dr. med. Karin **Kast**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Carsten **Klein**
Universitätsklinikum Erlangen
Palliativmedizinische Abteilung
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Dr. med. Rita **Laufenberg-Feldmann**
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Klinik für Anästhesiologie
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

Prof. Dr. med. Martin **Liebetrau**
St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Sektion für Neurologie
Beethovenstaße 20
65189 Wiesbaden

Univ.-Prof. Dr. med. Stefan **Lorenzl**
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
Strubergasse 21
5020 Salzburg
Österreich

Heiner **Melching**
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Aachener Straße 5
10713 Berlin

Prof. Dr. Dr. med. Christian **Menzel**
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden
Praxis für Nuklearmedizin
Ludwig-Erhard-Straße 100
65199 Wiesbaden

Dr. med. Martin **Mücke**
Universitätsklinikum Bonn
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Sigmund-Freud-Straße 25
53127 Bonn

Prof. Dr. med. Karsten **Münstedt**
Ortenau Klinikum
Frauenklinik Offenburg Ebertplatz
Ebertplatz 12
77654 Offenburg

Prof. Dr. rer.nat. Frauke **Musial**
UiT, The Arctic University of Norway
National Research Center in Complementary and Alternative Medicine NAFKAM
Department of Community Medicine
Faculty of Health Science
Hansine Hansens veg 18
9037 Tromsø
Norwegen

Prof. Dr. med. Friedemann **Nauck**
Universitätsmedizin Göttingen
Georg-August-Universität
Klinik für Palliativmedizin
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Dr. med. Stephanie **Neuberger**
Adolfstraße 1
65185 Wiesbaden

Peter **Nieland**
Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg
Therapiezentrum
Physiotherapie – Ergotherapie – Logopädie
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn

Dr. med. Silke **Nolte-Buchholtz**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. phil. Piret **Paal**
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Institut Pflegewissenschaft und -praxis
Strubergasse 21
5020 Salzburg
Österreich

Dr. med. Klaus Maria **Perrar**
Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Straße 62
50937 Köln

Priv.-Doz. Dr. med. Mathias **Pfisterer**
Agaplesion Elisabethenstift
Klinik für Geriatrische Medizin
Zentrum für Palliativmedizin
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Dr. med. Matthias **Richter**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Univ.-Prof. Dr. med. Roman **Rolke**
Universitätsklinikum Aachen
Klinik für Palliativmedizin
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Prof. Dr. theol. Traugott **Roser**
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Ev.-Theologische Fakultät
Seminar für Praktische Theologie
und Religionspädagogik
Universitätsstraße 13–17
48143 Münster

Prof. Dr. med. Rainer **Sabatowski**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsSchmerzCentrum (USC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Rüdiger **Scharnagel**, M.Sc.
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsSchmerzCentrum (USC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Eva **Schildmann**, M.Sc.
Klinikum der Universität München
Campus Großhadern
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München

Prof. Dr. med. Jan **Schildmann**, M.A.
Wilhelm Löhe Hochschule
Institut für Medizinethik
Merkurstraße 41
90763 Fürth

Matthias Helmut **Schmidt**
Klinikum Fürth
Palliativstation
Jakob-Henle-Straße 1
90766 Fürth

Dr. med. Barbara **Schubert**
St. Joseph-Stift Dresden
Klinik für Innere Medizin
Wintergartenstraße 15–17
01307 Dresden

Dr. med. Markus **Schuler**, M.Sc.
Helios Klinikum Emil von Behring
Klinik für Onkologie
Walterhöferstraße 11
14165 Berlin

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich **Schuler**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsPalliativCentrum (UPC)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. med. Rainer **Schwab**
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-
Universität
Klinik für Anästhesiologie
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

Dr. med. Martin **Smitka**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinder-
und Jugendmedizin
Abteilung Neuropädiatrie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Dr. jur. Eva-Maria **Sprengard**
Buschweg 48
53229 Bonn

Dr. med. Tobias **Steigleder**
Universitätsklinikum Erlangen
Palliativmedizinische Abteilung
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Stephanie **Stiel**
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinemdizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Allgemeiner Teil

1 Grundlagen

1.1 Ziele und Bedeutung des Faches

Friedemann Nauck

Frage 1

Was ist das wesentliche Ziel der Palliativmedizin?

Das Hauptziel der Palliativmedizin ist die Verbesserung und Erhaltung der subjektiv empfundenen Lebensqualität der Patienten durch eine umfassende Symptomlinderung, sodass die verbleibende Zeit des Lebens in größtmöglicher Autonomie und Würde erlebt werden kann.

Dieses Ziel wird in einem multidisziplinären Team durch aktive Symptomlinderung inklusive angepasster Schmerztherapie sowie durch psychosoziale und spirituelle Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen erreicht. Auch Hilfestellungen bei der Rehabilitation sowie im Umgang mit Krankheit, Abschied und Trauer sind Bestandteile des Therapiekonzepts.

Frage 2

Konkurrieren palliativmedizinische Therapieangebote mit onkologischen, geriatrischen, kardiologischen, intensivmedizinischen usw. Behandlungen?

Nein. Palliativmedizin und Behandlungen anderer Fachrichtungen sind sich ergänzende Therapieangebote und dies durchaus nicht erst am Lebensende.

Palliativmedizin ist – je nach Bedarf – bereits in früheren Stadien einer unheilbaren Erkrankung wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Versorgung. Systematische Übersichtarbeiten zeigen bei frühem Einbezug von Palliativversorgung die größten Effekte auf die Lebensqualität der Patienten [6]. Eine frühzeitige Integration in die vorangehenden Behandlungskonzepte auch bei nicht onkologischen Erkrankungen wird angestrebt.

Frage 3

Welche Aufgaben umfasst die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung im Rahmen des neuen multiprofessionellen Palliativdienstes im Krankenhaus?

Wesentliche Aufgaben eines Palliativdienstes sind u. a.

- **Unterstützung bei der Symptomlinderung (z. B. bei Dyspnoe, Schwäche, Übelkeit bzw. Erbrechen, refraktären Schmerzsyndromen, speziellen parenteralen oder rückenmarksnahen Applikationstechniken),**
- **Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung (z. B. bei Wundbehandlungen, ressourcenorientierte Pflege),**
- **psychosoziale Unterstützung (z. B. der Angehörigen inklusive Kindern, bei sozialanwaltschaftlichem Handeln, bei spirituellen Problemen),**
- **24-Stunden-Erreichbarkeit in besonders krisenträchtigen Situationen sowie**
- **Vorbereitung der Entlassung der Patienten in die ambulante Versorgung (z. B. in die häusliche Umgebung, in stationäre Pflegeeinrichtungen, in Hospize).**

Einem im HPG (Hospiz- und Palliativgesetz) neu beschriebenen multiprofessionellen Palliativdienst wird neben Ärzten und Pflegefachkräften erstmals mindestens ein Vertreter aus der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, aus der Psychologie bzw. Psychotherapie oder aus der Physiotherapie bzw. Ergotherapie zugeordnet. Durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team ist auch auf den Allgemeinstationen eines Krankenhauses eine umfassende Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen gewährleistet. Krankenhäuser, die keinen eigenen Palliativdienst anbieten, können dazu die Leistungen eines externen Palliativdienstes in Anspruch nehmen.

Frage 4

Welche Patienten bedürfen einer palliativmedizinischen Behandlung?

Die überwiegende Anzahl der palliativmedizinisch behandelten Patienten (bisher in Deutschland ca. 90 %) leidet an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung. Ausdrücklich steht diese Behandlung aber auch Patienten mit anderen Grunderkrankungen wie fortschreitenden unheilbaren Nerven-, Herz-, Lungen-, Nieren- oder Infektionserkrankungen offen.

Palliativmedizin versteht sich als frühzeitige Ergänzung einer onkologischen Tumortherapie und von Behandlungskonzepten anderer lebenslimitierender Erkrankungen. Bei Patienten mit Krebserkrankungen stehen eine hohe Symptombelastung, Vielschichtigkeit tumorassoziierter Notfälle und Krisen, eine im Vergleich zu nicht onkologischen Grunderkrankungen höhere Emotionalität in der Krankheitsverarbeitung sowie die vergleichsweise deutlich abgrenzbare Sterbephase im Vordergrund.

1.2 Definition und historische Entwicklung

Friedemann Nauck

Frage 5

Wie wird Palliativmedizin definiert?

Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität ist.

Nach Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) 2002 ist „Palliativmedizin ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch das Vorbeugen und Lindern von Leiden, die frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art." [17] Die aktuellen Definitionen betonen eine bedarfsabhängige frühe Integration.

Frage 6

Welche Schwerpunkte enthält das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das HPG?

Wesentliche Schwerpunkte:

- **Stärkung der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der AAPV (der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung)**
- **bessere Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung**
- **weiterer Ausbau der SAPV**
- **Verbesserung der finanziellen Ausstattung stationärer Hospize und ambulanter Hospizdienste**
- **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen**
- **Verbesserung der Hospizkultur und Palliativversorgung sowie der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen**
- **gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g)**
- **Abrechnungsmöglichkeit für Palliativdienste**
- **Abrechnung von stationären Palliativeinrichtungen als besondere Einrichtung**

Das HPG wurde am 05.11.2015 mit großer Mehrheit vom Deutschen Bundestag beschlossen und ist am 08.12.2015 in Kraft getreten. Das Gesetz enthält vielfältige Maßnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands, insbesondere auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen.

Frage 7

Wie lässt sich die Entwicklung der Palliativmedizin weltweit erklären?

Die angemessene Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden war im Zuge der Technisierung der Medizin und mit dem Aufkommen der Intensivmedizin vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg in den Hintergrund gerückt. Dies wurde zunehmend auch von Behandelnden und Pflegenden als Defizit empfunden.

Die Überbetonung des technisch Machbaren führte letztlich zu einer Ausgrenzung sterbender Patienten von der gesamtgesellschaftlichen und ärztlichen Wertschätzung. Cicely Saunders beklagte 1958: „It appears to me that many patients feel deserted by their doctors in the end. Ideally the doctor should remain the centre of a team who work together to relieve where they cannot heal, to keep the patient's own struggle within his compass and to bring hope and consolation to the end." [15]

Frage 8

Wie erklärt sich die zögerliche Entwicklung der Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern?

Aufgrund eingeschränkter Informationen über Inhalte und Ziele der Hospizbewegung und Palliativmedizin bestand zunächst Sorge vor einer Gettoisierung Sterbender.

Die anfängliche große Zurückhaltung und Ablehnung der Hospizbewegung in der Öffentlichkeit, aber auch bei Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und Krankenhausgesellschaften ist in dem 1971 im Deutschen Fernsehen ausgestrahlten und schlecht kommentierten Film „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London" und in der mangelhaften Sachinformation über die Ziele und Inhalte der britischen Hospizbewegung begründet. Die Übersetzung des Begriffs „Hospizes" mit „Sterbeklinik" hat dabei sicherlich zusätzlich zum Widerstand beigetragen.

1.3 Organisationsformen

Friedemann Nauck

Frage 9

Wie ist die Palliativmedizin stationär organisiert?

Stationär stehen Palliativstationen und Hospize zur Verfügung, die von Ehrenamtlichen unterstützt werden. Zur Beratung aller Fachbereiche sowie zur palliativmedizinischen Mitbehandlung in Krankenhäusern werden zunehmend Palliativdienste etabliert.

Palliativstationen sind eigenständige, an Krankenhäuser angeschlossene Einrichtungen mit ärztlicher Leitung; es bedarf einer Einweisung zur Krankenhausbehandlung. Hospize sind freistehende Einrichtungen ohne ärztliche Leitung mit Schwerpunkt auf der pflegerisch-psychosozialen Betreuung. Sie bieten weniger Interventionen an und werden über § 39a SGB V (Sozialgesetzbuch, V. Buch) finanziert.

Palliativdienste in Krankenhäusern arbeiten multiprofessionell und sollen mindestens aus in Palliativmedizin bzw. Palliative Care qualifizierten Ärzten, Pflegenden sowie mindestens einem Vertreter aus der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, aus der Psychologie bzw. Psychotherapie oder aus der Physiotherapie bzw. Ergotherapie bestehen.

Frage 10

Was ist eine spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS [Operationen- und Prozedurenschlüssel] 8–98e)?

Eine besonders aufwendige palliativmedizinische Behandlung im stationären Bereich mit bestimmten Mindestmerkmalen (Leistungen, Zeitvorgaben). Ziel ist es, dieser definierten Leistung eine Vergütung über die DRG (die diagnosebezogenen Fallgruppen) hinaus zu hinterlegen (ZE [Zusatzentgelt]).

Zu den Mindestmerkmalen gehören u. a.

- *standardisiertes palliativmedizinisches Basis-Assessment,*
- *Maßnahmen zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin" und mit Einbeziehung der Angehörigen,*
- *Palliativpflege,*
- *multidisziplinäre Teambesprechungen,*
- *Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator,*
- *Inklusion von mindestens 2 weiteren Therapiebereichen wie z. B. Physiotherapie und Musiktherapie sowie*
- *Patienten- und/oder Angehörigengespräche,*

insgesamt nachweislich mindestens 6 Stunden Einsatz pro Patient und Woche in unterschiedlichen Kombinationen.

Frage 11

Wie ist die Hospizarbeit und Palliativmedizin ambulant organisiert?

Im ambulanten Bereich stehen Hospizdienste mit Ehrenamtlichen und Palliative Care Teams zur Verfügung.

Hospizdienste werden von einem Koordinator geleitet und supervidiert; die Ehrenamtlichen werden auf ihre Aufgaben durch Befähigungskurse vorbereitet. Zu ihren Aufgaben gehört z. B. die Unterstützung von Patienten und deren Angehörigen vor Ort (Gespräche, Sitzwache, Fahrten, Haushaltsunterstützung). Palliative Care Teams sind multiprofessionell zusammengesetzt. Sie beraten Patienten, deren Angehörige oder involvierte Dienste der Primärversorgung in palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen oder psychosozialen Belangen. Gegebenenfalls übernehmen sie zeitbegrenzt das Management von Krisensituationen vor Ort.

Frage 12

Was ist ein SAPV-Team?

„SAPV" bedeutet „spezialisierte ambulante Palliativversorgung". Ambulante Palliative Care Teams unterstützen die hausärztliche Primärversorgung und die ortsgebundene Pflege.

SAPV nach § 37b SGB V soll die Lebensqualität schwerstkranker Menschen und die Bedingungen für ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der ambulanten Versorgung verbessern. SAPV-Dienste müssen mit den Kostenträgern Verträge geschlossen haben, eine 24-stündige Verfügbarkeit sicherstellen und bestimmte fachliche Qualifikationen vorweisen. Verordnet werden sie von einem Arzt über das Formular 63. Leistungen werden für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche erbracht, die Krisenintervention bei Kindern wird auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung geleistet.

1.4 Gesetzliche Grundlagen

Heiner Melching

Frage 13

Welche Kriterien muss ein Patient nach § 37b SGB V erfüllen, um die SAPV in Anspruch nehmen zu können?

- **Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung**
- **begrenzte Lebenserwartung**
- **Notwendigkeit einer besonders aufwendigen Versorgung**

Seit 2007 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf SAPV. Eine wesentliche Rolle spielt bei der Darstellung des Anspruchs nach § 4 der Richtlinie des GBA (des gemeinsamen Bundesausschusses) zur SAPV (vom 25.06.2010) die „besonders aufwendige Versorgung". In der Richtlinie heißt es: „Bedarf nach einer besonders aufwendigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie gegebenenfalls die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden […]." [14]

Frage 14

Was ist unter einem „komplexen Symptomgeschehen" zu verstehen?

Laut GBA-Richtlinie ist ein Symptomgeschehen in der Regel dann komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- **jeweils ausgeprägte Schmerzsymptomatik,**
- **neurologische, psychiatrische bzw. psychische Symptomatik,**
- **respiratorische bzw. kardiale Symptomatik,**
- **gastrointestinale Symptomatik,**
- **urogenitale Symptomatik und/oder**
- **ulzerierende bzw. exulzerierende Wunden oder Tumoren.**

Laut GBA-Richtlinie sind diese komplexen Symptomgeschehen auch dadurch im Besonderen gekennzeichnet, dass ihre Behandlung spe-

zifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Frage 15

SAPV kann, dem jeweiligen Versorgungsbedarf entsprechend, in 4 unterschiedlichen Abstufungen erbracht werden. Nennen Sie diese 4 Stufen der SAPV.

- **Beratungsleistung**
- **Koordination der Versorgung**
- **additiv unterstützende Teilversorgung**
- **vollständige Versorgung**

Die SAPV hat sich in Deutschland extrem heterogen entwickelt. Eine Unterscheidung dieser 4 Stufen ist in einigen Bundesländern oder regionalen Verträgen nicht erforderlich und mitunter auch nicht erlösrelevant. Im Formular 63, das für die Verordnung von SAPV erforderlich ist, muss allerdings eine dieser Versorgungsstufen angegeben werden. Es empfiehlt sich daher, vor dem ersten Ausstellen einer SAPV-Verordnung mit dem zuständigen SAPV-Dienst Kontakt aufzunehmen, um zu klären, welche Art der Versorgung dort jede einzelne Stufe beinhaltet. Gelegentlich wird auch davon ausgegangen, dass im Falle einer Vollversorgung mit SAPV andere Leistungserbringer (z. B. Hausärzte und allgemeine Pflegedienste) abgelöst oder ausgeschlossen werden. Diese Annahme ist falsch. Die vollständige Versorgung mit SAPV beschränkt sich ausschließlich auf SAPV-Leistungen, die zusätzlich zur allgemeinen Versorgung erbracht werden. Auch andere Sozialleistungsansprüche bleiben durch die Versorgung mit SAPV unberührt (GBA-Richtlinie § 1 Abs. 6).

Frage 16

Kann SAPV auch in einem Pflegeheim und in einem stationären Hospiz erbracht werden?

Ja.

In Pflegeheimen kann SAPV ebenso erbracht werden wie z. B. auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In stationären Hospizen beschränkt sich die SAPV-Leistungserbringung auf den ärztlichen Anteil der Versorgung. In der GBA-Richtlinie heißt es dazu in § 1, Abs. 3: „In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwendigen Versorgungsbedarfs nicht ausreicht." [14]

Frage 17

Durch das HPG wurde die neue Leistung „BQKPMV" (besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung) eingeführt. Damit niedergelassene Haus- und Fachärzte diese Leistung (mittels einer EBM-Ziffer [Ziffer des einheitlichen Bewertungsmaßstabs]) abrechnen können, müssen u. a. praktische Erfahrungen und theoretische Kenntnisse nachgewiesen werden. Nennen Sie diese Voraussetzungen.

- **Praktische Erfahrungen: mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen 3 Jahre**
- **theoretische Kenntnisse:**
  - **40-stündige Kursweiterbildung „Palliativmedizin" nach dem (Muster-)Kursbuch „Palliativmedizin" der Bundesärztekammer oder**
  - **20 Stunden dieser Kursweiterbildung für Vertragsärzte, die bereits die strukturierte kurrikulare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung" der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung" (80 Stunden) absolviert haben, bzw. 18 Stunden der o. g. Kursweiterbildung für Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie" (80 Stunden) absolviert haben**

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt. Mit der BQKMPV soll die bestehende ambulante Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination gestärkt werden, um Betroffenen ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität zu ermöglichen.

Frage 18

Nennen Sie 3 Voraussetzungen, die bei Patienten zum Zeitpunkt der Indikationsstellung erfüllt sein müssen, damit die BQKPMV erbracht werden kann.

- **Sie müssen an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.**
- **Kurative Behandlungen der Grunderkrankungen sind nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht.**
- **Eine angemessene Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in selbst gewählter Umgebung ist möglich.**
- **Eine stationäre Behandlung nach § 39 SGB V führt erwartungsgemäß nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten.**
- **Der Allgemeinzustand des Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und im Regelfall die Versorgung in der Häuslichkeit.**
- **Eine Verordnung der SAPV ist nicht indiziert mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV.**
- **Es liegt ein besonderer Versorgungsaufwand vor, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach der Vereinbarung zur BQKPMV durch mehrere Leistungserbringer erfordert.**

Viele Leistungserbringer der SAPV befürchten erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten zur SAPV, da die vorausgesetzte Patientensituation sehr ähnlich beschrieben ist und das Leistungsspektrum der BQKPMV dem der SAPV sehr ähnelt. Ziel der BQKPMV soll allerdings eine Verbesserung der AAPV sein.

Frage 19

Zur Verbesserung der Palliativpflege wurde durch das HPG in der HKP-RL (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) die neue Ziffer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ eingeführt. Nennen Sie 2 der 3 Situationen, in denen diese Pflegeleistung von einem Arzt verordnet werden kann.

- **Insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation**
- **zur Wundkontrolle und -behandlung bei exulzerierenden Wunden**
- **zur Krisenintervention, z. B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen**

Die Leistung Nr. 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben der HKP-RL. Sie erfolgt in enger Abstimmung mit dem verordnenden Arzt.

Frage 20

Welche Voraussetzungen müssen bei Patienten erfüllt sein, damit die „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ als Pflegeleistung verordnet werden kann?

Sie müssen an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage oder wenige Wochen limitiert ist und u. a. die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund steht.

Auch bei dieser Leistung werden seitens einiger Fachleute erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten zur SAPV befürchtet, zumal eine Limitierung der Lebenserwartung auf wenige Wochen dem Gedanken der AAPV und einer frühen Integration der Palliativversorgung entgegensteht.

Frage 21

Der durch das HPG neu eingeführte § 132 g SGB V ermöglicht es Pflegeeinrichtungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Leistung „Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende" anzubieten. Welcher international geläufige Begriff gilt als Vorbild für diese neue Leistung?

Advance Care Planning, kurz „ACP".

In Deutschland etabliert sich diesbezüglich zunehmend der Begriff „Behandlung im Voraus Planen", kurz „BVP". Im Jahr 2017 hat sich dazu auch die DiV-BVP (Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen) gegründet.

1.5 Dokumentation und Assessment

Stephanie Stiel

Frage 22

Wozu ist die wiederholte Symptomerfassung in der klinischen Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten notwendig und sinnvoll?

Zur direkten Steuerung der Symptomlinderung, zur Reflexion des eigenen (ärztlichen) Handelns sowie zur Qualitätssicherung.

Während der Behandlung ist die wiederholte Symptomerfassung bei Patienten wesentliche Voraussetzung für eine effektive Symptomlinderung. Bei regelmäßiger Dokumentation von Symptomen und Problemen können die Veränderung von Intensitäten bemerkt, Behandlungen darauf abgestimmt und Patientenbedürfnisse angemessen berücksichtigt werden. Somit ist die Symptomerfassung auch essenzieller Bestandteil der Dokumentation von Qualitätsindikatoren für die geforderte Qualitätssicherung palliativmedizinischer Behandlungen. Indikationen für Maßnahmen und Therapien sollten schlüssig aus der klinischen Routinedokumentation hervorgehen.

Frage 23

Welche Einschränkungen schwerkranker und sterbender Patienten sollten bei der Wahl der Erfassungsinstrumente beachtet werden?

Allgemeine körperlich-funktionelle Einschränkungen, psychische Belastbarkeit und Allgemeinzustand.

Schwerkranke und sterbende Patienten können durch ganz unterschiedliche krankheits- oder therapieassoziierte Faktoren eingeschränkt sein, die die Beantwortung von Fragen erschweren oder verhindern. Neben der möglicherweise eingeschränkten körperlichen (z. B. durch Schmerzen) und psychischen Belastbarkeit (z. B. durch Angst) und verminderten kognitiven Fähigkeiten (z. B. durch Desorientiertheit) sind auch der reduzierte Allgemeinzustand (z. B. durch Schwäche) sowie ganz normgemäße, aber einschränkende (Alters-)Erscheinungen (z. B. durch Schwerhörigkeit, Visusverlust) zu beachten.

Frage 24

Welche grundsätzlichen Bedingungen sollten Messinstrumente zur Selbsteinschätzung von schwerkranken und sterbenden Patienten erfüllen?

Sie sollten kurz, leicht verständlich, wenig belastend und validiert sein.

Messinstrumente zur Selbsteinschätzung von Patienten sollten in ihrem Umfang und in der Anzahl der Items kurz und in der Art der Item-Formulierung leicht verständlich sein. Die Handhabung des Messinstruments sollte übersichtlich sowie intuitiv verständlich sein und die eingeschränkte Belastungsfähigkeit der Patienten berücksichtigen. Um die Gültigkeit (sog. Validität) und Zuverlässigkeit (sog. Reliabilität)

der Messinstrumente sicherzustellen, bietet sich die Verwendung von validierten Messinstrumenten an.

Frage 25

Nennen Sie ein Beispiel für ein validiertes deutschsprachiges Selbsterfassungsinstrument, das zur Symptomerfassung für schwerkranke und sterbende Patienten eingesetzt werden kann.

- **MIDOS_2 (minimales Dokumentationssystem): MIDOS_2 ist ein validiertes deutschsprachiges Selbsterfassungsinstrument, das sowohl in der klinischen Praxis als auch zu Forschungszwecken genutzt wird. Es werden vorrangig Symptome wie z. B. Schmerzen, Übelkeit, Luftnot und Müdigkeit sowie das Befinden der betroffenen Patienten erfragt und mittels verbaler bzw. numerischer Rangskalen eingestuft.**
- **IPOS (Integrated Palliative Care Outcome Scale): IPOS ist ein ins Deutsche übersetztes und validiertes Instrument, das wichtige Probleme der Betroffenen erfasst. Die IPOS-Fragen beziehen sich auf körperliche Symptome, Sorgen und die Stimmung sowie auf den Informationsbedarf des Patienten, praktische Fragestellungen, Sorgen der Angehörigen und das Gefühl, im Frieden mit sich selbst zu sein.**

Frage 26

Weshalb ist die Konstruktion eigener Instrumente neben der Nutzung bereits existierender Fragebögen problematisch?

- **Meist mangelnde Konstruktbezogenheit**
- **methodisch nicht gesichert, nicht validiert**
- **untereinander nicht vergleichbar und Zusammenführung von Ergebnissen erschwert**
- **eingeschränkte Verallgemeinerung und Übertragbarkeit**

Die Entwicklung und Nutzung eigens konstruierter Fragebögen ist in der Praxis sehr häufig. Dies ist insofern problematisch, als jedes Instrument unterschiedliche Item-Formate (z. B. Fragen oder Aussagen) und Antwortskalen (z. B. numerische oder verbale Rangskalen) verwendet und die Konstruktion sehr individuell verläuft. Die Konstruktion des Instruments geschieht oftmals fernab aller psychometrischen Grundlagen der Fragebogenkonstruktion. Deshalb sind die produzierten Instrumente häufig nicht validiert und zu klinischen oder wissenschaftlichen Zwecken nicht untereinander vergleichbar. Es empfiehlt sich daher immer, zunächst bereits existierende, häufig genutzte und validierte Instrumente zu wählen.

Frage 27

Was genau besagt eine Validierung eines Fragebogens?

Eine Validierung ist eine methodische Testung eines Fragebogens, die Aussagen darüber treffen kann,

- **inwiefern ein Instrument inhaltlich wirklich das misst, was es zu messen vorgibt und messen soll (z. B. Kriteriumsvalidität, Konstruktvalidität, Vorhersagevalidität), und**
- **inwiefern ein Instrument das, was es misst, auch genau und zuverlässig misst (z. B. Test-Retest-Reliabilität, Inter-Rater-Reliabilität, interne Konsistenz).**

Frage 28

Dokumentation dient auch der Qualitätssicherung. Welche Bereiche der Qualität sollten sich in der Dokumentation wiederfinden?

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Für die Medizin ist das Qualitätsmodell „Donabedian“ anwendbar, wonach 3 Qualitätsbereiche differenziert werden:

- *Struktur- bzw. Potenzialqualität*
- *Prozess- bzw. Durchführungsqualität*
- *Ergebnis- bzw. Produktqualität*

Für die Dokumentation gilt es also abzubilden, welche sachlichen (z. B. Medikamentenpumpen als technisches Gerät), organisatorischen (z. B. Team-Visiten als Arbeitskonzept) und personellen Ressourcen (z. B. Zusatzweiterbildung „Pal-

liativmedizin" als Aus- und Weiterbildungsstand des Personals) in der Versorgung genutzt werden. Weiter sollte die Dokumentation erkennen lassen, welche Prozesse in welcher Art und Weise als Leistungen erbracht wurden (z. B. Familiengespräch mit Patient und Angehörigen). Zuletzt sollte die Qualität des Ergebnisses anhand von Veränderungen bei Patienten gemessen und dokumentiert werden. Dazu können klassische Lebensqualitäts- oder Symptomerfassungsinstrumente eingesetzt werden, um die Veränderungen sichtbar zu machen.
Das Modell geht davon aus, dass alle Bereiche kausal miteinander zusammenhängen, sodass die Verbesserung eines Bereichs zwangsläufig eine Veränderung der anderen Bereiche mit sich bringen müsste. Die anhaltende Diskussion über Outcome-Kriterien als Qualitätsindikatoren in der Palliativversorgung lässt derzeit noch keine einheitlichen Empfehlungen für die Erfassung dieser Ergebnisqualität zur Feststellung der Qualität der Palliativbetreuung und -behandlung erkennen.

Frage 29

Inwiefern ist die Befragung von Angehörigen über Belange von Patienten zum Assessment sinnvoll?

Als Ersatz für Selbsterfassungen von Patienten.

Das Ausfüllen von Messinstrumenten durch Patienten selbst im Sinne von PROM (Patients Reported Outcome Measures) gilt als Goldstandard der Dokumentation und des Assessments in der klinischen Versorgung und Forschung. Dem liegt das Argument zugrunde, dass Menschen über sich selbst die zuverlässigste Auskunft geben können. Da eine Selbsteinschätzung durch Patienten in der Palliativversorgung aber oftmals nicht möglich ist, kann eine Fremderfassung ihrer Angehörigen stellvertretend dienen. Dabei muss allerdings auch immer mit einer Abweichung der Fremdeinschätzung von der tatsächlich erlebten Realität gerechnet werden.

Frage 30

Welches System für die überregionale, sektorenübergreifende Dokumentation, die Qualitätssicherung und das Benchmarking von Palliativpatienten gibt es in Deutschland?

Das Nationale Hospiz- und Palliativregister.

Im Nationalen Hospiz- und Palliativregister werden personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten zum Aufnahmezeitpunkt, im Verlauf und bei Behandlungsende in palliativmedizinischen bzw. hospizlichen Versorgungseinrichtungen erfasst. Die Daten dienen der Qualitätssicherung. Grundlage ist die Dokumentation von Symptomen und Problemen, von deren Behandlung und der Therapieergebnisse.

Frage 31

In welchem Zusammenhang steht die Symptomeinschätzung mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität bei schwerkranken und sterbenden Patienten?

Körperlich-funktionale Subskalen aus Lebensqualitätsinstrumenten korrelieren am besten mit der globalen, subjektiv empfundenen Lebensqualität.

Dieser Zusammenhang entsteht vermutlich zwangsläufig infolge des Abfragens von Symptomen durch medizinisches Fachpersonal und im Setting des Krankenhauses. Aufgrund dieser situationalen Bedingungen schlussfolgern Patienten vermutlich, dass sie auch bei der Frage nach ihrem allgemeinen Befinden und ihrer Lebensqualität implizit nach Symptomen und Problemen gefragt würden. Dennoch spielen auch psychische, emotionale, kognitive oder Rollenprobleme für die übergeordnete Lebensqualität schwerkranker und sterbender Patienten eine Rolle.

2 Grundlagen der Schmerztherapie und Symptomlinderung

2.1 Epidemiologie und Messinstrumente

2.1.1 Epidemiologie von Schmerzen in der Palliativsituation

Rita Laufenberg-Feldmann

Frage 32

Wie häufig treten Krebsneuerkrankungen jährlich auf?

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen lag 2008 bei rund 470 000 und im Vergleich zu den Vorjahren steigt die Zahl der Neuerkrankungen weiter an. Die Prognose für 2020 wird bei Frauen auf 244 100 Fälle, bei Männern auf 274 900 Fälle pro Jahr geschätzt.

Die absolute Zahl der Neuerkrankungen an Krebs hat sich seit Anfang der 1970er-Jahre in Deutschland fast verdoppelt. Eine wesentliche Ursache ist in der demografischen Alterung der Bevölkerung in diesem Zeitraum zu sehen.

Frage 33

Von welchen Faktoren hängt die Schmerzprävalenz ab?

Einerseits ist die Schmerzprävalenz abhängig vom Krankheitsstadium, andererseits auch von der Art und Lokalisation des Primärtumors sowie dem Ausmaß der Metastasierung.

In Deutschland bedürfen täglich etwa 220 000 Krebspatienten einer Schmerzbehandlung, dies entspricht 82,7 Mio. Krebsschmerzpatiententagen.

Frage 34

Wie häufig treten Schmerzen im Rahmen einer fortschreitenden Tumorerkrankung auf?

Das Auftreten von Dauerschmerzen wird im Rahmen einer fortschreitenden Tumorerkrankung mit 20–40 % als häufigstes Erstsymptom berichtet. Im weiteren Verlauf leiden bis zu 90 % der Patienten an Schmerzen.

Es fehlen weiterhin epidemiologische Daten aus großen Kollektiven, die Aussagen zu Häufigkeit, Intensität und zeitlichem Auftreten von Schmerzen bei unterschiedlichen Krebserkrankungen liefern. In einer Metaanalyse, in der 28 epidemiologische Untersuchungen geprüft wurden, lagen die Patientenzahlen lediglich in 2 Erhebungen bei über 10 000 Patienten. Die meisten Daten stammen aus einzelnen schmerztherapeutischen und onkologischen Zentren, die jeweils nur ein eng umschriebenes Patientenkollektiv beschreiben.

Frage 35

Sind Schmerzen auf das Endstadium einer Tumorerkrankung beschränkt?

Schmerzen können, abhängig von der zugrunde liegenden Tumorerkrankung, ein Frühsymptom sein. Bis zu 49 % der Patienten mit Malignomen der Mamma oder der Prostata sowie Patienten mit kolorektalen Tumoren leiden bereits bei Diagnosestellung unter Schmerzen. Im Verlauf der Tumorerkrankung nimmt die Häufigkeit von Schmerzen zu.

Die Schmerzprävalenz ist auch von der Art und Lokalisation des Primärtumors sowie vom Ausmaß der Metastasierung abhängig. So treten bei Leukämien und Lymphomen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium Schmerzen im Vergleich zum Pankreaskarzinom selten auf.

Frage 36

Wie viel Prozent der Tumorschmerzpatienten erhalten eine zufriedenstellende Schmerztherapie?

Trotz der Verfügbarkeit von Opioiden und Leitlinien zur Behandlung von Tumorschmerzen erfolgt bei ⅓ der Patienten keine adäquate schmerzlindernde Therapie. In einer aktuellen systematischen Literaturübersicht von Greco u. Mitarb. konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der nicht adäquat behandelten Patienten rückläufig ist. Die Autoren schließen daraus, dass sich die Qualität der pharmakologischen Schmerztherapie verbessert hat.

Gründe für die weiterhin nicht ausreichende Schmerzbehandlung sind beispielsweise mangelnde Kenntnisse der Behandler von der Ätiologie des Tumorschmerzes und die fehlende Anwendung von Therapiestandards, aber auch die latente Unterversorgung durch eine zu niedrige Anzahl erfahrener Therapeuten. Darüber hinaus spielen Vorurteile von Patient und Angehörigen gegenüber der Schmerztherapie (gerade mit Opioiden) eine Rolle. Bei einzelnen Tumorentitäten zeigt sich zudem, dass selbst unter hochdosierter Gabe von Analgetika und Koanalgetika die Schmerzen nicht auf ein erträgliches Niveau gesenkt werden können.

Frage 37

Welche Ursachen für eine unzureichende Schmerztherapie spielen ebenfalls eine Rolle?

Die Schmerzintensität wird unterschätzt, das Dosisintervall wird zu lang gewählt, die Dosierung zu niedrig, Koanalgetika werden nicht genutzt und auch der Einsatz von speziellen Verfahren wird nicht bedacht.

Mithilfe eines Behandlungsplans, der dem Patienten ausgehändigt wird, lassen sich Fehler im Dosierungsintervall minimieren, mittels Einsatz eines Schmerztagebuchs die Einnahmeintervalle und das Auftreten von Schmerzen dokumentieren. Dadurch können die Patienten geschult werden und der Behandler erhält wichtige Hinweise, z. B. über das Auftreten von Durchbruchschmerzen. Mit der Anwendung geeigneter Messinstrumente, einer guten klinischen Untersuchung mit ggf. zusätzlichen bildgebenden Verfahren und elektrophysiologischen Untersuchungen können die Schmerzdiagnose gestellt und eine individuelle Therapie eingeleitet werden. Im Einzelfall kann die Anwendung einer invasiven Therapie zielorientiert eingesetzt werden.

Frage 38

Wie häufig wird das Symptom „Schmerz" von Patienten bei der Aufnahme auf eine Palliativstation angegeben?

Etwa 32 % der Patienten geben starke Schmerzen bei der Aufnahme auf eine Palliativstation an, 25 % beschreiben zu diesem Zeitpunkt moderate Schmerzen.

Neben körperlichen Symptomen wurden in einer repräsentativen Erhebung auch weitere Symptome von den Patienten selbst bewertet. Dabei spielen psychologische (beispielsweise Angst, Panik und Hilflosigkeit) und soziale Probleme eine Rolle, ebenso die häusliche Versorgung.

Frage 39

Welche körperlichen Symptome neben Schmerz werden von den Patienten bei der Aufnahme angegeben?

Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation werden mit einer Häufigkeit zwischen 14 und 23 % bei der Aufnahme vom Patienten angegeben.

Frage 40

Wie häufig treten Durchbruchschmerzen (Breakthrough Cancer Pain) bei Krebspatienten auf?

Die Prävalenz von Durchbruchschmerzen wird mit 19–95 % für verschiedene Patientengruppen angegeben. Diese große Spannweite gibt Hinweise auf unterschiedliche Definitionen und weitere Einflussfaktoren.

Auch in diesem Zusammenhang fehlen Untersuchungen an großen Populationen. Durchbruchschmerzen treten häufiger bei Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium auf,

aber auch bei Patienten mit niedrigem Karnofsky-Index, bei Patienten mit Wirbelsäulenschmerzen und schließlich bei Schmerzen, die durch eine Schädigung des Nervenplexus hervorgerufen werden.

2.1.2 Messinstrumente

Rainer Sabatowski

Frage 41

Wozu wird das SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life – direct Weighting) eingesetzt?

Mit dem SEIQoL-DW werden individuelle und vor allem dynamische Aspekte der Lebensqualität gemessen.

In semistrukturierten Interviews werden 5 Bereiche erhoben, die für den Patienten in der augenblicklichen Situation am Bedeutendsten sind. Für jeden Bereich wird der Grad der Zufriedenheit ermittelt und es wird eine Gewichtung der Bereiche zueinander vorgenommen. Die dynamischen Aspekte lassen sich mit einer im Behandlungsverlauf wiederholten Messung erfassen und darstellen.

Frage 42

Wo wird das EORTC-QLQ-C 30 (European Organization for Research and Treatment Quality of Life Questionnaire) eingesetzt?

Der EORTC-QLQ-C 30 ist ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Tumorpatienten.

Es handelt sich dabei um einen Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität, der neben Items, von denen man annimmt, dass sie für alle Tumorpatienten Gültigkeit besitzen, zusätzlich noch erkrankungsspezifische Fragen beinhaltet. Für folgende Krebserkrankungen bzw. -regionen ist der Fragebogen bisher validiert:

- *Lunge,*
- *Brust,*
- *Kopf und Nacken,*
- *Ovarien,*
- *Ösophagus,*
- *Zervix,*
- *multiples Myelom,*
- *Magen,*
- *Prostata,*
- *kolorektale Lebermetastasen und*
- *Zentralnervensystem.*

Zu den Fragekategorien zählen 5 Funktionsskalen (physisch, rollenspezifisch, kognitiv, emotional und sozial), Symptomskalen (Fatigue, Schmerz, Übelkeit und Erbrechen) sowie weitere allgemeinere Fragen zur Lebensqualität. Speziell für Palliativpatienten ist eine kürzere Version mit nur 15 Fragen verfügbar, das EORTC-QLQ-C 15-Pal.

Frage 43

Was ist der Karnofsky-Index?

Der Karnofsky-Index dient der Einschätzung des Allgemeinzustands bei onkologischen und Palliativpatienten.

Es handelt sich dabei um ein weit verbreitetes Fremdbeurteilungsinstrument zur Beurteilung der symptombezogenen Einschränkung der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung von Patienten (▶ Tab. 2.1). Die Skalenwerte werden in Prozent angegeben, mit den Eckpunkten 0 und 100. Alternativ wird auch häufig die Messung des Aktivitätsstatus mit dem ECOG-Score (Score der Eastern Cooperative of Oncology Group) vorgenommen (▶ Tab. 2.2).

Frage 44

Nennen Sie gebräuchliche Screening-Instrumente zur Detektion neuropathischer Schmerzen.

Zu den am häufigsten eingesetzten Screening-Instrumenten zählt der painDETECT. Darüber hinaus gibt es weitere Instrumente wie z. B. den NPSI-G (Neuropathic Pain Symptom Inventory – German), den LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms) oder den DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions).