

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Palliation

Reiter B

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 12-13

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

Palliation

B. Reiter

■ Einleitung

Palliation (dt. Linderung) steht u. a. für ein sehr weites Spektrum von lindernden Maßnahmen: Palliativeingriffen, Palliativoperationen, Palliativtherapien etc., die alle gemeinsam haben, dass der betroffene Patient keine reelle Möglichkeit des Gesundens mehr in sich trägt, das Sterben aber noch weit weg sein kann, möglicherweise sogar durch ein ganz anderes Leiden eintritt als durch die zur Diskussion stehende Grunderkrankung – bis hin zum anderen Ende, an dem die Lebenszeit schon sehr begrenzt erscheint, sich zunehmend lebensbedrohliche Komplikationen durch Krankheit und/oder Therapie Nebenwirkungen häufen, der Patient allmählich den „Kampf“ aufgibt, im Sterben die zunehmend bessere Alternative sieht und spürt.

„Wie Menschen versterben, verbleibt als wichtige Erinnerung für diejenigen, die weiterleben. Sowohl in ihrem Interesse wie auch im Interesse des Patienten ist es unsere Pflicht, Kenntnisse darüber zu haben, wie Schmerzen und andere Symptome entstehen, und wie man diese Probleme effektiv behandeln kann. Das, was in den letzten Lebensstunden eines Menschen geschieht, kann früher erlebte Wunden heilen oder es verbleibt als quälende Erinnerung, die eine adäquate Trauer verhindert.“

Nach Cicely Saunders, Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativmedizin

■ Hintergrund

Palliative Care (als multiprofessioneller und systemischer Zugang) und Palliativmedizin (aus ärztlicher Perspektive) bieten dazu in ihrem Ansatz ein Angebot, das an die vielschichtigen Nöte des Betroffenen und ihrer Angehörigen adressiert – in einer Haltung, die für das verbleibende Leben *Lebensqualität* vor *Lebensquantität* priorisiert –, allerdings ganz klar in einem steten Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient, geht es doch oft vor allem darum, die Differenz zwischen Erwartungen und ak-

tuellem Befinden zu verkleinern. Ein Bemühen um Ganzheitlichkeit ist ein besonderer Wesenszug.

- Charakterisiert wird diese Haltung durch:
- Bejahen des Todes, Akzeptanz des Todes in seiner Unausweichlichkeit
 - Unterstützung der Angehörigen auch über den Tod der Bezugsperson hinaus
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Erreichen dieser Ziele
 - Klare Absage an die aktive Euthanasie
 - Verzicht, den Zeitpunkt des Todes zu beeinflussen

Palliative Care versteht sich nie als solistische Einzelleistung einer einzelnen Disziplin oder Berufsgruppe, sondern vielmehr als Zusammenspiel aller relevanten Betreuer, wobei sie den Patienten und seine Familie ins Zentrum stellt: Pflege und Medizin als Kerndisziplinen, die je nach Aufgabenstellung die Seelsorge, die Psychologie, die Sozialarbeit, die Physiotherapie, die Mal- und Musiktherapie, die Diätologie etc. als Hauptamtliche und zudem Ehrenamtliche (je nach Versorgungskontext) mit ins Boot holen, um sich der jeweiligen vorrangigen Bedürfnisse anzunehmen.

Traditionell kümmerte sich *Palliative Care* seit ihrem Entstehen fast ausschließlich um onkologisch Erkrankte, und hier in einer besonderen Weise um den Tumorschmerz. Zunehmend wagt man sich auch an die Nöte von neurologisch Erkrankten (ALS, MS, Multiinfarkt- und Demenzpatienten), AIDS-Leidenden, Patienten einer Nierenersatztherapie, COPD-Leidenden u. v. a. m.

Eine der zentralen Fragen ist, wann der Patient am sinnvollsten mit *Palliative Care* in Kontakt kommen sollte, wo doch zugegeben die Kommunikation über das „Scheitern“ eines existenziellen Therapieziels, die Eröffnung des „Planes B“, letztlich das so entscheidende wie unverzichtbare und nicht delegierbare Gespräch über die Unausweichlichkeit des nahenden Sterbens und Todes eine der größten persönlichen Her-

ausforderungen für jeden Arzt darstellt. Gerade hier gilt es, *Palliative Care* als einen Weg aufzuzeigen, der die Betroffenen auch hier nicht allein lässt, auf dem Signale gesetzt werden, damit sich die bisherigen Hauptbetreuenden nicht notwendigerweise vollkommen aus der therapeutischen Beziehung zurückziehen, sondern sich aufmachen wollen, gemeinsam mit Palliativärzten (und Pflegenden etc.) die Unterstützung zu leisten, die es den Betroffenen ermöglichen kann, sich für die verbleibende Zeit neu zu orientieren, Werte neu zu priorisieren und vielleicht auch noch „Offenes“, „Unerledigtes“ anzugehen, zu beenden, zu lösen etc. Andererseits bleibt oft nur ganz wenig Zeit und das Sterben kommt in Wochen oder Tagen auf die Betroffenen zu: Hier ist dann oft nur eine Optimierung von Schmerz- und Symptomenkontrolle durchführbar und, soweit möglich, eine Begleitung der Betroffenen und ihres Familiensystems.

An dieser Stelle will ich hinzufügen, dass der Begleitungsaspekt für die Angehörigen auch über den Tod der Betroffenen hinausführen kann. Eine besondere Herausforderung liegt oft darin, Schwerkranke und ihre Angehörigen so zu unterstützen, dass diese so lange wie irgendwie möglich ihre letzte Lebenszeit zuhause verbringen können. Hierfür muss oft genug maximale Unterstützung von Angehörigen, mobilen Diensten, mobilen Palliativ- und Hospizdiensten geleistet werden, um dieses Ziel zu erreichen. Haupt- und Ehrenamtliche reichen einander in der Palliativbetreuung die Hände – von ambulant bis stationär, von zuhause über Pflegeheim, Tages- und stationäres Hospiz zur Palliativstation und letztlich zur Akutstation im Krankenhaus – von invasiver Schmerztherapie und Symptomenkontrolle bis zur Begleitung im Sterbeprozess, von *Angehörigenarbeit* (die in jeder Form einen bedeutenden Anteil ausmacht), die manchmal auch eine über den Tod der Betroffenen hinausgehende sein kann; als Unterstützung für Kollegen auf ärztlicher Ebene oder für interdisziplinäre Stationsteams im Kran-

kenhaus, die oftmals nicht in der Häufigkeit mit der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden konfrontiert sind, und zunehmend auch in Pflegeheimen.

Palliative-Care-Teams sind charakterisiert durch ihre flachen Hierarchien; Interprofessionalität und Interdisziplinarität sind keine leeren Worthülsen oder Lippenbekenntnisse mehr; sie sind Voraussetzung wie Garant für die erforderliche Qualität in dieser Arbeit. Ein wertschätzender Umgang prägt den alltäglichen Umgang miteinander und ist nicht nur spürbares Grundelement der Haltung dem Patienten gegenüber, sondern auch ein unabdingbarer Psychohygienefaktor, wie auch so manche institutionalisierte Begleitmaßnahmen (z. B. regelmäßige verbindliche Supervision), ebenso wie ein achtsames Umgehen mit sich selbst und ein Aufspüren und Wahrnehmen der eigenen Grenzen notwendig ist, um längerfristig nicht auszubrennen. Nicht zuletzt darf man sich offen die Frage stellen – im klaren Blick auf die eigene Endlichkeit: „Wie viel Tod verträgt ein Team, wie viel Tod vertrage ich etc.“

Für die allermeisten, die in diesem Feld arbeiten, gehört ihre Tätigkeit am schwerkranken und sterbenden Menschen zum Sinnstiftendsten, welches sie jemals in ihrer Kernprofession getan haben bzw. tun durften.

■ Zusammenfassung

Kernpunkte von Palliative Care zielen auf:

- Schmerz- und Symptomenkontrolle
- Kommunikation (vorbereitend, begleitend, nachsorgend, im Team, interdisziplinär, interprofessionell etc.)
- Ethische Fragen
- Angehörige
- Trauer
- Teamarbeit

Zentrale Fragen und Themen

- Wann beginnt das Sterben?
- Wann ist ein Patient sterbend?
- Lebensverlängerung – Sterbensverlängerung?

- Physisches Sterben – Psychisches Sterben – Soziales Sterben?

Unverzichtbare Basisbetreuung

- Vorbereitende Gespräche mit Patient/Angehörigen
- Gute Linderung von Schmerzen und Symptomen
- Respekt/Würde
- „Total Care“
- Fachliche und ethische, kommunikative und menschliche Kompetenz

Unterlassen sinnloser Maßnahmen

- Lebensverlängernde Notmaßnahmen: Notarzt
- Krankenhauseinweisung
- Notoperation
- Wiederbelebung

Unnötige Medikamente

- Wenn das Sterben bevorsteht – warum soll es hinausgezögert werden?
- Nur Behandlung, die einen Nutzen bringt
- Massive Nebenwirkungen in der Sterbephase
- Sind die relevanten Medikamente verordnet, verabreicht etc.?

Unterlassen von sinnlosen Maßnahmen bei Sterbenden

- Absaugen
- Sauerstoffgabe
- Intravenöse Flüssigkeitsgabe und Ernährung
- Unnötige Medikamente, die nicht zur Steigerung der Lebensqualität beitragen
- Lebensverlängernde Maßnahmen
- Physiotherapie, Mobilisierung, Dekubitusprophylaxe

Vorbereitende Kommunikation – Patient/Angehörige/Pflegepersonal

- „Mutter ist sterbend“
- Zielsetzung klären: Leiden verlängern? Lindern?
- Ziele von Palliative Care erklären
- Auf Gedanken und Gefühle hören
- Offensein für ethische Herausforderungen
- Besprechen, was die Angehörigen/das Pflegepersonal für sich selbst und den Patienten tun können

Der „finale Tropf“ – Überlegungen

Dafür:

- Durst lindern
- Nicht aufgeben
- Angehörige verlangen es
- Nierenversagen vorbeugen
- Präfinales Delir vorbeugen
- Distributionsvolumen erhalten

Dagegen:

- Lindert Durst nicht!
- Mundpflege/-hygiene lindert Durst
- Fokus auf Sterben darf sein
- Nierenversagen ist „gut“
- Katheter muss nicht sein
- Lungenödem ist „schlecht“
- Mutmaßlicher Patientenwille
- Die Natur hat gute Lösungen

Sterbende – konkrete Maßnahmen

- Relevante Medikamente durch gesicherten (subkutanen) Butterfly zuführen
- Schulung/Information aller Mitarbeiter: Medikamente, Wirkungen, Nebenwirkungen
- Vorbeugende Planung (Medikamente, Pflegebedarf, ggf. auch medizinische Maßnahmen; Not-Telefonnummern aktualisieren)
- Seelsorge
- Dokumentation – „Übergabe“ an Diensthabende

Was brauchen Sterbende und Angehörige?

„It's not to diminish suffering,
it's to give suffering a safe place ...“

(nach Balfour M. Mount, MD)

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Bernhard Reiter
Palliative Care (Palliative Ambulanz)
Krankenhaus der Elisabethinen Linz
A-4020 Linz, Fadingerstraße 1
E-Mail:
bernhard.reiter@elisabethinen.or.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)