

Palliativmedizin

Zusammenfassung

Palliativmedizin beruht auf einem ganzheitlichen Konzept in der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit. Zur Palliativmedizin gehört deswegen:

1. Eine exzellente Schmerztherapie und Symptomkontrolle.
2. Die Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl bei der Krankheit, beim Sterben wie in der Zeit danach.
3. Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik.
4. Die Akzeptanz des Sterbens als einen normalen Prozeß. Die Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe.

Umsetzung: Die praktische Umsetzung der Palliativmedizin kann zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus erfolgen. Dabei haben die Erfahrungen gezeigt, daß eine Reihe dieser Patienten nicht ohne ein zusätzliches Angebot wie Hausbetreuungsdienste, Tageskliniken, stationäre Hospize oder Palliativstationen erfolgreich behandelt werden können. In den Palliativeinrichtungen kümmert sich ein interdisziplinäres Team von Ärzten und Krankenpflegepersonal, ergänzt von Physiotherapeuten und den psychosozialen Berufsgruppen, um die Betreuung und Behandlung der Patienten. Hinzu kommt die Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer und die Einbindung der Angehörigen in die Gesamtbetreuung der Patienten. In Großbritannien, Kanada und den skandinavischen Ländern sind erhebliche Fortschritte auf diesem Gebiet erreicht worden.

Schlüsselwörter

Palliativmedizin · Palliativstation · Hospiz · Symptomkontrolle · Ethik

Krebs ist ein weltweites Problem. Pro Jahr sterben 4–5 Mio. Menschen an den Folgen ihrer Tumorerkrankung; in Deutschland sind dies jährlich ca. 220000 Menschen, d.h. ein Viertel aller Todesfälle gehen zu Lasten eines Karzinoms [22, 26].

Von den jährlich 300000 Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland können bislang nur 45% durch primäre chirurgische, strahlentherapeutische oder chemotherapeutische Behandlungsstrategien geheilt werden [10]. Weitere 15% der primär behandelten Patienten erleiden ein inkurables Erkrankungsrezidiv [10].

Eine Zunahme der Krebsinzidenz um 35–40% ist in den westeuropäischen Ländern bis zum Jahre 2010 zu erwarten [8]. In den letzten 20 bis 30 Jahren haben neue Behandlungsmöglichkeiten die Aussicht auf Heilung für viele Krebskrankheiten nicht gebessert [3]. Diese Gesamtentwicklung verpflichtet uns zu neuen Konzepten in der Behandlung von schwerkranken Tumorkranken, die keine Aussicht auf Heilung haben, wo erfahrungsgemäß unerträgliche Schmerzen und andere körperliche Symptome sowie Lebenskrisen, Angst und Leiden im Mittelpunkt der letzten Monate und Tage stehen können [21]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) räumt deswegen der Palliativmedizin höchste Priorität ein [23].

Entwicklung der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin wird häufig als eine *neue* medizinische Disziplin beschrieben. Das ist sie *nicht*. Sie ist wahrscheinlich die älteste, denn früher gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz. *Neu* sind die medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in der

Schmerztherapie, Symptomkontrolle und Erkenntnisse von elementaren Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender. *Wiederentdeckt* wurden Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und der Mensch in seiner ganzheitlichen Dimension [28].

Während der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts wurde die Betreuung von Patienten in der Terminalphase zunehmend vernachlässigt. Begünstigt wurde diese Entwicklung sowohl durch Änderungen in der Gesellschaft als auch durch den Glauben an die Fortschritte der technisierten Medizin.

Anfang der 60er Jahre dieses Jahrhunderts kam es zu einer Gegenbewegung, an der zwei Ärztinnen – Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders – entscheidenden Anteil haben. Elisabeth Kübler-Ross war bahnbrechend für die Kommunikation mit Sterbenden [15] und Cicely Saunders gründete 1967 mit dem St. Christopher's Hospice das erste Hospiz der modernen Hospizbewegung [20].

Die Hospizidee ist der zentrale Ausgangspunkt für die Hospizbewegung und die Palliativmedizin. Die Hospizidee ist eine die gesamte Gesellschaft beeinflussende Bewegung; dazu gehören:

- ein neuer Umgang mit Leben, Sterben und Tod,
- ein neuer mitmenschlicher Umgang durch Wiedergewinnen von Familienzugehörigkeit und Nachbarschaftshilfe sowie
- das Erhalten von Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender.

Prof. Dr. E. Klaschik

Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Malteser Krankenhaus Bonn, von Hompesch-Straße 1, D-53123 Bonn

E. Klaschik · S. Husebø

Palliative medicine

Abstract

Palliative medicine has its origin in the modern hospice movement. It is based upon an integrated-care concept for seriously ill and dying patients. The first consideration of this particular form of treatment is not to prolong life, but to reach the best possible quality of a patient's remaining lifetime. Therefore, palliative medicine consists of: (1) excellent pain treatment and symptom control; (2) an integrated approach towards the psychic, social, and spiritual needs of the patient, relatives, and attending staff during the periods of illness, dying, and, after the patient's death; (3) competence in dealing with vital matters of communication and ethics; and (4) acceptance of death as a normal process. Palliative medicine clearly rejects euthanasia. Practical implementation of the idea of hospice services can be realised anywhere when taking care of seriously ill and dying patients, whether at home, in a nursing home, or in hospital. Experience shows that quite a few patients cannot be treated successfully without additional services, such as home-care services, day-care centres, in patient hospices, and palliative-care units. Up to now, severely ill tumour patients have benefited most from these services. In palliative care units an interdisciplinary team of doctors and nursing staff assisted by physiotherapists and members of psycho-social professions is taking care of and treating patients. Additional support is given by voluntary services and the integration of the patient's relatives in the caring process. Palliative medicine is the overall term for this special kind of treatment and care. In Great Britain, Canada, and Scandinavia considerable progress has been achieved in this field, including recognition as an independent clinical discipline and the establishment of lectureships in palliative medicine.

Key words

Palliative medicine · Palliative care unit · Hospice · Symptom control · Ethics

Leitthema

Dies kann überall, sei es zu Hause, im Altenheim, im Krankenhaus, auf einer Palliativstation oder im Hospiz realisiert werden.

Was ist Palliativmedizin?

Die 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin umschreibt in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Palliativmedizin als *Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.*

Diese Definition beschränkt die palliativen Behandlungsmöglichkeiten nicht nur auf bösartige Krankheiten, schließt aber viele Patienten mit chronischen Leiden und Behinderungen aus. So werden Konflikte mit den Verantwortungsbereichen der Rheumatologen, Kardiologen, Pulmonologen und Geriatern vermieden, die sich ja ebenfalls mit unheilbaren Leiden befassen [6, 7].

Obwohl die Linderung von Leiden die Aufgabe aller Ärzte war und ist, ganz gleich, welche Ursache dazu geführt hat oder wie weit die Erkrankungen fortgeschritten sind, zielt die Palliativmedizin ganz klar auf die Linderung von Leiden im Endstadium ab, wenn sich das Augenmerk der Behandlung ganz auf die Schaffung von Lebensqualität richtet und nicht mehr auf die Verlängerung des Lebens [6].

Elemente der Palliativmedizin

Es ist die Einstellung gegenüber der Symptomkontrolle, die die Palliativmedizin von der klassischen Medizin unterscheidet. Die Befreiung oder Linderung von Symptomen wird zum alles überragenden Mittelpunkt der Therapie [29]. Als weiteres wichtiges Element gilt die Kommunikation mit dem schwerkranken oder sterbenden Patienten und seinen Angehörigen.

Aufrichtigkeit bei der Mitteilung „schlechter Nachrichten“ und Hilfestellung bei der Trauerverarbeitung sind hierfür Beispiele. Die Rehabilitation des Kranken soll schließlich als dritter Baustein ein, an den verbliebenen Fähigkeiten gemessen „normales“ Leben, z.B. die Pflege sozialer Kontakte und die Ausübung liebgehabter Gewohnhei-

ten, ermöglichen [29]. Auch wenn die Palliativmedizin nach der oben dargestellten Definition nicht nur auf die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt ist, sollte doch darauf hingewiesen werden, daß traditionsgemäß in den meisten Palliativeinrichtungen Tumorkranken betreut werden.

Die Palliativmedizin schließt eine Chemotherapie, Strahlentherapie und/oder operative Therapie nicht aus. Voraussetzung ist aber, daß die Vorteile dieser Maßnahmen größer sind als deren potentielle Nachteile [14, 23].

Aus dem bisher Dargestellten ist Palliativmedizin ein Gesamtkonzept [11] mit folgendem Inhalt:

- Exzellente Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl bei der Krankheit, beim Sterben wie in der Zeit danach.
- Akzeptanz des Todes als ein Teil des Lebens. Durch eine deutliche Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe.
- Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik.

Aufgabe und Ziel der Palliativmedizin ist es, eine Unterstützung anzubieten, damit der Patient eine bestmögliche Lebensqualität in seiner ihm verbleibenden Zeit erreichen kann. Dies wird erreicht, durch die Kooperation zwischen kompetenten palliativen Einrichtungen mit Hausärzten, Sozialstationen und Krankenhausstationen, um eine optimale Behandlung rund um die Uhr überall dort zu sichern, wo diese Patienten betreut werden. Dabei ist vorrangig, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, selbst zu entscheiden, ob er zu Hause oder in stationären Einrichtungen versorgt werden will.

Die Integration dieser Themen in die medizinische Lehre und Forschung ist eine Hauptaufgabe in den kommenden Jahren [5, 12].

Geschichte und Stand der Palliativmedizin

Als Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung wird das 1967 eröffnete St. Christopher's Hospice in London angesehen. Die erste Palliativstation entstand 1975 am Royal Victoria Hospital in Montreal (Kanada). Inzwischen hat sich die Hospizidee in 50 Ländern der Welt ausgebreitet. In einigen Ländern (Großbritannien, Kanada, Australien, Neuseeland, Schweden, Norwegen) gibt es Lehrstühle für Palliativmedizin und die Spezialisierung für das Fachgebiet Palliativmedizin. Insbesondere in Großbritannien gibt es ein umfassendes Lehrangebot an alle in der Palliativmedizin involvierten Berufsgruppen, und praktisch alle britischen Studenten werden in Palliativmedizin unterrichtet.

In Deutschland dauerte es bis 1983, ehe in Köln mit Hilfe einer Förderung durch die Deutsche Krebshilfe die 1. Palliativstation eröffnet werden konnte [24]. 1986 kam das erste Hospiz in Aachen dazu. In den 80er Jahren war wenig Bewegung in der Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizidee. 1990 existierten gerade 3 Palliativstationen und 3 Hospize. Fördermaßnahmen der Deutschen Krebshilfe, des Bundesministeriums für Gesundheit und privater Träger führten dazu, daß 1993 18 Palliativstationen und 11 Hospize und 1996 28 Palliativstationen und 30 Hospize existierten. In Großbritannien waren 1995 3182 Betten in Hospizen oder auf Palliativstationen vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt betrug die Bettenzahl in Deutschland 569 (230 auf Palliativstationen und 339 in Hospizen) [19].

Bis zum heutigen Tag existieren in Deutschland keine validierten Anhaltzahlen für den Bedarf an palliativen Betten. Schätzungen aus Großbritannien reichen von 15–50 Betten/1 Mio. Einwohner [19].

Mit 3 Palliativbetten/1 Mio. Einwohner haben wir in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung schmerzkranker Tumorpatienten und anderer Patienten, die der palliativmedizinischen Fürsorge bedürfen.

Kommunikation und Ethik

Kommunikation und Ethik haben in der Palliativmedizin ihren besonderen Stellenwert durch die Herausforderungen, die entstehen, wenn ein Mensch mit seinem Lebensende konfrontiert wird [18]. Die Notwendigkeit zum offenen und wahrhaftigen Gespräch bestätigt die Studie von Meredith et al. [17]. 91% von 250 befragten Krebspatienten wollten eine differenzierte Aufklärung über Diagnose, Therapie und Prognose. 97% dieser Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung wollten nicht, daß die Angehörigen einen Einfluß auf die Information haben könnten. Thomson et al. [25] konnten zeigen, daß 34% der Ärzte sich grundsätzlich scheuen, den Patienten über einen bösartigen Befund aufzuklären, weil Aufklärung zu einer Depression führen und die bleibende Lebensqualität verschlechtern kann [4, 25]. Aus diesen Ergebnissen sehen wir, wie eindeutig Patienten sich Offenheit wünschen und wie schwer Ärzte sich mit dieser Frage tun. Ärzte sollten in Zukunft imstande sein, mit Empathie und Feingefühl den Patienten die Konsequenzen ihrer Krankheit deutlich zu machen. Es ist nicht mit der ärztlichen Ethik zu vereinbaren, einem schwerkranken Patienten die Möglichkeit zu nehmen, sich mit dem bevorstehenden Lebensende auseinanderzusetzen, oder „um jeden Preis“ weiter zu therapieren. Der Versuch, einer Entscheidung auszuweichen, der in der medizinischen Praxis nicht selten anzutreffen ist, kann für den Patienten und seine Angehörigen folgenschwer sein. Dabei ist zu berücksichtigen, wie reif der Patient ist, die Wahrheit zu hören und wie reif der Arzt ist, darüber in der rechten Weise zu sprechen. Wahrheit am Krankenbett bedeutet keineswegs eine Ankündigung des Sterbens, sondern den Beginn eines Prozesses, der die Sinnerschließung des Lebens und Sterbens zum Inhalt hat.

Organisationsformen der Palliativmedizin

Obwohl das Ziel der Hospizidee überall gleich ist, gibt es regional große Unterschiede, dies zu realisieren. Die Umsetzung hängt u.a. von der Struktur des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern ab. Weiterhin existieren inner-

halb der verschiedenen Organisationsformen, mangels einheitlicher Standards, große Unterschiede in der qualitativen Umsetzung der Hospizidee und Palliativmedizin.

Bei den Organisationsformen unterscheiden wir zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Diensten. Die Palliativmedizin arbeitet multidisziplinär und basiert auf der Kooperation der Ärzte verschiedener Disziplinen, des Krankenpflegepersonals und anderer Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befaßt sind. Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um dem Patienten und seinen Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihnen eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu ermöglichen. Zu den Hauptaufgaben der Palliativdienste gehört deswegen eine kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle, die Integration der psychischen, geistig-seelischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen.

Ambulante Dienste

Hausarzt und Gemeindegeschwister

Terminal kranke Tumorpatienten möchten in der Regel zu Hause sterben und selbst, wenn dies nicht möglich ist, verbringen diese Patienten die meiste Zeit zu Hause. Es liegt nahe, daß der Hausarzt erster Ansprechpartner für den Patienten ist. Er gewährleistet die Kontinuität der Versorgung und koordiniert die verschiedenen Hilfsangebote, die der Patient benötigt. Der Hausarzt muß aber die Schmerztherapie und Symptomkontrolle beherrschen, und auch die Gemeindegeschwister muß die Grundprinzipien der Palliativpflege anwenden können. Aber gerade darin liegt ein Problem, denn in Deutschland hat kaum ein praktizierender Arzt während seines Studiums von den Grundprinzipien der Palliativmedizin, der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden sowie der Ethik im Zusammenhang mit Sterben und Tod gehört.

Weil die Aus- und Fortbildung der Eigeninitiative des Arztes überlassen bleibt, brauchen viele Hausärzte Unterstützung, um kompetente Hilfestellung zu geben. Statistisch gesehen versorgt

jeder Hausarzt 1–2 finale Tumorpatienten pro Jahr. Daraus folgt, daß grundsätzlich nur wenig Erfahrung in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle vorliegen. Der Einsatz von starken Opioiden erfolgt zu selten und zu spät. Und wenn sie zum Einsatz kommen, wird die Dosis zu niedrig gewählt und eine Dosisanpassung an das Schmerzniveau unterbleibt [16].

Diese grundsätzlichen Einschränkungen in der Qualifizierung betreffen auch die Gemeindegewestern und Mitarbeiter der Sozialstation. Es besteht deswegen ein enormer Bedarf an Aus- und Fortbildung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, speziellen Verband- und Lagerungstechniken, Gesprächsführung mit Schwerstkranken und Sterbenden sowie Anleitung und Stützung von Angehörigen.

Hausbetreuungsdienste – Ambulante Hospizdienste

Aus den erkannten Defiziten haben sich zur Verbesserung der Situation im ambulanten Bereich Hausbetreuungsdienste entwickelt. Die Realisierung der Hausbetreuungsdienste in Deutschland wurde in den letzten Jahren überwiegend unter dem Gesichtspunkt der Ehrenamtlichkeit gesehen und dies, obwohl der erste Hausbetreuungsdienst in Deutschland (Köln) nachweisen konnte, daß die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Professionalität erfordert. Gleichwohl ist Ehrenamtlichkeit zur flächendeckenden Versorgung ein unverzichtbarer Dienst im Sinne der Hospizidee.

Für eine qualifizierte, den hohen Ansprüchen gewachsene, finanziell tragbare hospizliche Tätigkeit ist ein professionelles Kernteam mit ehrenamtlicher Unterstützung die Alternative für die Zukunft. Aufgaben eines spezialisierten Hausbetreuungsdienstes sind:

Überwachung der vom Hausarzt eingeleiteten Schmerztherapie und Symptomkontrolle bezüglich Wirkung, Nebenwirkung und Regelmäßigkeit, spezielle Palliativpflege, Angehörigenbetreuung und Angehörigenbegleitung, Anleitung und Qualifizierung von Familie, Freunden, Ehrenamtlichen und Sozialstationen, für pflegerische und schmerztherapeutische Maßnahmen und Techniken, psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen, sozialrechtliche Beratung und Trauerarbeit.

Das Aufgabengebiet der Ehrenamtlichen kann sehr umfangreich sein und reicht von Besuchsdiensten über praktische hauswirtschaftliche Tätigkeiten bis hin zur Sterbebegleitung. Dabei muß jederzeit berücksichtigt werden, daß die Tätigkeit der Ehrenamtlichen kein Ersatz für notwendige ärztliche oder pflegerische Hilfe sein darf und daß diese Tätigkeit professioneller Supervision unterliegen muß.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, benötigt das Hausbetreuungsdienst-Team eine intensive Fortbildung und Professionalität in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege und psychosozialer Betreuung von Patienten und Angehörigen.

Das erklärte Ziel eines Hausbetreuungsdienstes ist, den Wünschen des Patienten und seiner Angehörigen nach Selbstbestimmung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Lebensqualität solange wie möglich im häuslichen Bereich gerecht zu werden. Grenzen werden dem Team eines Hausbetreuungsdienstes aufgezeigt, wenn Patienten einen Single-Haushalt führen und nicht auf Angehörige, Freunde oder Nachbarschaftshilfe zurückgreifen können.

Aus dem oben dargestellten Aufgabebereich läßt sich ableiten, daß ein großer Teil der Tätigkeiten nicht über die Krankenkassen abrechenbar ist. Bisher kann eine gesetzliche Leistungspflicht der Krankenkassen für ambulante Hospizdienste nur auf dem Boden der Grund- und Behandlungspflege abgeleitet werden, während die psychosoziale Betreuung bisher nicht abgerechnet werden kann. Auch die Pflegeversicherung wird die Hausbetreuungsdienste nicht in die Lage versetzen, kostendeckend zu arbeiten.

Tageshospize

Unter den Hospizdiensten ist das *Tageshospiz* in Deutschland am wenigsten vertreten. 1995 registrierte die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz sieben Tageshospize.

Grundsätzlich können zwei Tageshospizmodelle unterschieden werden. Die einen orientieren sich mehr an der Erfüllung psychosozialer Aufgaben (Beschäftigungstherapie, Krankheitsbewältigungsstrategien, Herstellung gesellschaftlicher Kontakte).

Andere wenige Zentren bieten zusätzlich ein intensives medizinisches

Angebot mit kompetenter Schmerztherapie, Symptomkontrolle und Physiotherapie an. Diese Tageshospize sind in der Regel integrativer Teil eines stationären Hospizes oder einer Palliativstation oder eines Hausbetreuungsdienstes. Sie fungieren gleichsam als Bindeglied zwischen ambulanten und stationären Hospizdiensten, so daß stationäre Patienten über die Tagesklinik nach Hause entlassen werden können, bzw. Patienten aus der Betreuung durch einen Hausbetreuungsdienst über die Tagesklinik in die stationäre Behandlung übernommen werden können. Das Team besteht aus hauptamtlichen Mitarbeitern (Arzt, Krankenschwestern, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten) und Ehrenamtlichen.

Schwerpunkt der Arbeit ist die Rehabilitation der Patienten, die Entlastung der Angehörigen, die Verhinderung einer stationären Aufnahme und die Verkürzung der Behandlung in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation. Da die Rehabilitation wegen der fortschreitenden Erkrankung begrenzt ist, muß das betreuende Team sensibel für die Grenzen der Belastungsfähigkeit des Patienten sein.

Die Arbeit des Tageshospizes zielt darauf ab, die Unabhängigkeit, das körperliche und seelische Wohlbefinden, die Würde und Selbstachtung so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

Stationäre Einrichtungen

Nicht jeder hat eine Familie und nicht jede Familie ist in der Lage, schwerstkranken Patienten im Endstadium zu pflegen und zu betreuen. Und selbst dort, wo Familienangehörige willens sind, den Erkrankten zu versorgen, scheidet die weitere Betreuung häufig an physischen und psychischen Überlastungen der Betroffenen. Indikationen für eine stationäre Behandlung sind:

- eine unzureichende Symptomkontrolle (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Dyspnoe, Verwirrtheit, Unruhe und vieles mehr);
- unzureichende Versorgung zu Hause durch Zusammenbruch oder nicht Vorhandensein eines versorgenden sozialen Netzes (Familie, Freunde, Nachbarschaft);
- psychosoziale- und seelische Krisen des Patienten, die ambulant oder auf

einer Allgemeinstation nicht überwunden werden können.

Hospiz

Das Wort *Hospiz* steht im weitesten Sinne für eine Bewegung und Idee. Im engeren Sinne versteht man darunter die stationäre Verwirklichung der Hospizidee in einem „freistehenden“ Gebäude mit eigener Infrastruktur.

Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Erkrankung zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewußt und zufrieden wie möglich leben können.

Obwohl die Aufgaben und Ziele der Hospizbewegung gleich sind, unterscheidet sich die praktische Umsetzung z.T. deutlich. Dies möchten wir am Beispiel amerikanischer, britischer und deutscher Hospize deutlich machen.

Aufnahmekriterien für amerikanische Hospize

- Die Lebenserwartung der Patienten darf nicht über sechs Monate betragen.
- Patienten und Angehörige müssen über den terminalen Zustand aufgeklärt sein.
- Alle Hospizpatienten müssen eine pflegende Bezugsperson haben.
- Die hospizliche Versorgung sollte aus Kostengründen zu Hause erfolgen.
- Hospizpatienten benötigen weniger ärztliche Betreuung [27].

Aufnahmekriterien für britische Hospize

- Patienten mit weit fortgeschrittener, fortschreitender inkurabler Erkrankung.
- Die Aufnahme der Patienten ist nicht an die Lebenserwartung von 6 Monaten gebunden.
- Patienten und Angehörige müssen nicht über den terminalen Zustand aufgeklärt sein, wenngleich dies wünschenswert ist.
- Hospizpatienten müssen nicht eine pflegende Bezugsperson haben.
- Hospizarbeit ist intensive Arbeit für Patienten und Angehörige, die mehr ärztliche Betreuung benötigen [27].

Aufnahmekriterien in Deutschland

Einheitliche Aufnahmekriterien existieren in Deutschland nicht und sind häufig sehr vage formuliert. So werden Patienten mit definierten Krankheits-

bildern (AIDS, Tumorerkrankung) im Finalstadium ebenso aufgenommen, wie Patienten ganz allgemein mit Erkrankungen im nicht therapierbaren Stadium. Bisher wurde auch noch keine Übereinstimmung bezüglich der voraussichtlichen Lebenserwartung des Patienten gefunden.

In den Diskussionen auf politischer Ebene und im Krankenkassenbereich zeichnet sich ab, daß in Deutschland die Arbeit in den Hospizen als „ausgelagerte häusliche Krankenpflege“ deklariert wird. Die Folge davon ist, daß eine qualifizierte Krankenpflege, psychosoziale und seelsorgerische Hilfe zur Verfügung stehen muß. Die ärztliche Einbindung erfolgt über die Hausärzte der Patienten oder durch einen niedergelassenen Arzt, der bei Bedarf zu den Patienten des Hospizes gerufen wird. Grundsätzlich kann man sagen, daß die ärztliche Präsenz in den deutschen Hospizen nicht ausreichend ist und dringend verbessert werden muß.

Wenn man davon ausgeht, daß in Hospizen schwerstkranke Patienten im Endstadium ihrer Erkrankung liegen und wir wissen, daß im Finalstadium zahlreiche behandlungsbedürftige Symptome (Änderung der Schmerzintensität, Übelkeit, Erbrechen, Regurgitation, finales Lungenödem, Myokloni usw.) auftreten, ist auch in den Hospizen ein qualifizierter, unmittelbar verfügbarer Arzt einzufordern.

Eine kostendeckende Finanzierung für stationäre Hospize gibt es bisher nicht. Aber des Bundessozialgericht hat entschieden, daß Krankenkassen eine gesetzlich nicht vorgesehene Leistung erbringen können, wenn diese wirtschaftlicher oder geeigneter als die gesetzlich vorgeschriebene ist; dies ist eine sog. Stellvertreterleistung.

Eine Kostendeckung ist z.Z. nur möglich durch eine Mischfinanzierung, d.h. durch Zahlungen der Krankenkassen, der Sozialhilfeträger, Eigenmittel der Patienten und evtl. des Trägers sowie durch Spenden.

Palliativstationen

Die Palliativstation ist neben dem Hospiz eine weitere Umsetzung der Hospizidee im stationären Bereich. Sie ist entweder in ein Krankenhaus integriert oder diesem angegliedert.

Die Palliativstationen können als zweite Generation der Hospizbewe-

gung angesehen werden, und sie bringen „Hospizlichkeit“ in Akutkrankenhäuser wieder zurück.

Es gibt eine Reihe von Gründen, warum Palliativstationen in Krankenhäusern etabliert werden sollten.

- Die meisten Menschen sterben heutzutage in Krankenhäusern.
- Die Terminalphase nicht maligner Erkrankungen kann nur sehr selten vorausgesagt werden. Hospize können deswegen nur ausnahmsweise Patienten aufnehmen, die keine Tumorerkrankung oder AIDS-Erkrankung haben.
- Hospize erreichen mit ihrer Weiterbildung und ihren Weiterbildungsprogrammen in der Regel nur diejenigen, die bereits an der Pflege und Begleitung Sterbender interessiert sind. Die Philosophie der Hospizarbeit muß als Standard für Schwerstkranke und Sterbende angesehen werden und nicht als Ausnahme. Deshalb ist es notwendig, daß die Weiterbildung dort stattfindet, wo nicht nur die meisten Menschen sterben, sondern wo Ärzte, Krankenschwestern, Seelsorger, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten sich tagtäglich mit dem Sterben auseinandersetzen müssen.
- Viele sterbende Patienten haben medizinische und psychosoziale Probleme, die hohe fachliche Kompetenz fordern.

Voraussetzungen und Kosten

Ärzte und das Krankenhauspflegepersonal sind gleichermaßen gefordert, sich fachliche Kompetenz in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle anzueignen, die Grundprinzipien der Onkologie zu erlernen, sich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen und über Kenntnisse in der Gesprächsführung mit schwerstkranken Patienten zu verfügen.

Um die Arbeit auf einer Palliativstation leisten zu können, müssen personelle Voraussetzungen erfüllt werden; dazu gehört im Krankenpflegebereich ein Stellenplan von 1,4:1 (Krankenpflege zu Patient) und 1 Arztstelle für zehn Betten. Das interdisziplinäre Team wird ergänzt durch Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Psychologe oder Seelsorger. Hinzu kommt die Unterstüt-

zung von Angehörigen und Ehrenamtlichen.

Voraussetzungen für ein gut funktionierendes Palliativteam sind fachliche und menschliche Qualifikationen. Dabei sind fachliche Kompetenz, kommunikative Eigenschaften als Person und Mitarbeiter, menschliche und ethische Reife, Fähigkeit zur Anleitung, Supervision und Unterricht besonders zu berücksichtigen.

Vorteile einer Palliativstation ergeben sich aus der Qualifikation und aus dem besonderen Personalschlüssel des Teams. Auf einer Palliativstation ist nicht nur eine kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle möglich, sondern auch eine umfassende psychosoziale Unterstützung von Patient und Familie.

Vorteile gegenüber einem Hospiz ergeben sich auf einer Palliativstation durch diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und die problemlose konsiliarische Einbindung verschiedener Fachdisziplinen.

Die Kosten einer Palliativstation sind wegen des Personalschlüssels höher anzusetzen als der allgemeine Pflegesatz des entsprechenden Krankenhauses. So lag der Pflegesatz im Malteser Krankenhaus Bonn 1995 mit DM 505,- für die Palliativstation ca. DM 100,- höher als der allgemeine Pflegesatz.

Berücksichtigt man aber die kurze mittlere Liegedauer von 12 Tagen, kann gesamtökonomisch nicht von einer Kostensteigerung ausgegangen werden. Durch die Kombination von Palliativstation und Hausbetreuungsdienst ergeben sich frühzeitige Entlassung und Vermeidung oder Hinauszögern von stationären Wiederaufnahmen, damit der Schwerpunkt palliativer Arbeit im ambulanten Bereich liegen kann.

Konsiliarteam

Ein in der Palliativmedizin erfahrenes Team (Arzt, Krankenschwester, Krankenpfleger, Seelsorger, Physiotherapeut) bietet seine Kenntnisse und Erfahrungen in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlichen Pflege und psychosozialen Begleitung den Allgemeinstationen eines Krankenhauses an. Der Vorteil liegt darin, daß die Grundprinzipien der Palliativmedizin einen unmittelbaren Multiplikatoren effekt erhalten.

Ein palliatives Konsiliarteam ist damit für die Symptomkontrolle aller terminal Kranker ansprechbar zu einem Zeitpunkt, der weit vor der Finalphase liegen kann. Ein Konsiliarteam kann auch zu einem sehr frühen Zeitpunkt einer unheilbaren Krankheit eingebunden werden. So kann eine palliative Betreuung im voraus geplant und Krisensituationen antizipativ begegnet werden.

Ein weiterer Vorteil eines Palliativdienstes ist die Möglichkeit hospizlicher Pflege von Sterbenden im klinischen Alltagsleben. Sowohl Wissen und Fähigkeiten in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle als auch psychosoziale Betreuung können so auf der Allgemeinstation eines Krankenhauses vermittelt und vorgelebt werden. Häufig kann ein Beratungsteam als Vermittler zu einem Hospiz oder einer Palliativstation dienen, wenn die palliativmedizinischen Probleme auf der Allgemeinstation nicht zu lösen sind. Das Konsiliarteam sollte grundsätzlich wie in Großbritannien und Skandinavien beratend sein; d.h., das Ziel der Tätigkeit sollte in der Unterstützung zur Selbständigkeit auf den verschiedenen Gebieten der Palliativmedizin liegen. Hierdurch kann am besten ein Multiplikatoreffekt erreicht werden. Bei einigen Patienten fordert aber die Schmerztherapie, Symptomlinderung oder die psychosozialen Probleme eine längere Hilfe von besonders kompetentem Personal. In diesen Fällen muß eine direkte Behandlungsverantwortung des Konsiliarteams nach Absprache mit den einzelnen Stationen möglich sein. In Großbritannien wie in Skandinavien haben besonders diese Konsiliarteams, „Hospital support Team“ genannt, zu einer Multiplikatorenwirkung der Palliativmedizin beigetragen [9]. In Norwegen und Schweden gibt es gute Erfahrungen mit diesen Teams, auch außerhalb der Krankenhäuser [11], die in diesen Ländern eine vollwertige Betreuung zu Hause auch in Fällen ermöglichen, wo in Deutschland stationäre palliative Behandlung benötigt wird.

Weiterbildungseinrichtungen

In einigen Ländern ist die Palliativmedizin ein etabliertes Fachgebiet. Es gibt dort Ausbildungsrichtlinien für Studenten, Ärzte, das Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter und Seelsorger.

In Großbritannien, Kanada, Norwegen und Australien gibt es an den Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin.

Ausbildung und Standard

Der Bedarf an Palliativmedizin ist weltweit und auch inzwischen in Deutschland unbestritten. Nach zögerlichem Beginn in den 80er Jahren begann mit den 90er Jahren eine dynamische Entwicklung, die in der Bundesrepublik Deutschland sehr unterschiedlich verteilt ist, mit Schwerpunkt in Nordrhein-Westfalen.

Die jetzt eingetretene schnelle Entwicklung palliativmedizinischer Dienste macht die Erarbeitung klar definierter Standards sowie Aus- und Fortbildung notwendig. In Großbritannien gilt als Standard, daß in allen Palliativeinrichtungen nur ein in der Palliativmedizin ausgebildeter Spezialist die Leitung übernehmen darf [6] und auch vom Krankenpflegepersonal wird ein hoher Standard an Training, Erfahrung und kontinuierlicher Fortbildung erwartet [6].

Im englischsprachigen Raum und Skandinavien ist man zu der Überzeugung gekommen, daß eine der wichtigsten Funktionen der Palliativmedizin der Beitrag zur Ausbildung ist. Alle Studenten in den klinischen Semestern werden mit den Themen der Palliativmedizin vertraut gemacht [11]. In den etablierten Ländern für Palliativmedizin [1] existieren Curricula für Studenten, Allgemeinärzte und die Weiterbildung zum Spezialisten für Palliativmedizin. Die European Association für Palliative Care (EAPC) hat ein Curriculum für Ärzte entwickelt, das inzwischen auch von verschiedenen Staaten als Lehrplan akzeptiert wird. Alle bisher bekannten Curricula legen ihre Schwerpunkte auf Grundlagenkenntnisse in der Onkologie, der kausalen Schmerztherapie, der Strahlentherapie, onkologischen und chirurgischen Tumorthherapie, der Krankheitsentwicklung, der symptomatischen pharmakologischen- und interventionellen Schmerztherapie und Symptomkontrolle, die psychischen, sozialen und spirituellen Probleme, Kommunikation und Ethik.

Bisher gibt es in Deutschland keine allgemein anerkannten Curricula für die beteiligten Berufsgruppen, wenn-

Tabelle 1

Vorlesungsreihe für Medizinstudenten**Der Arzt und der schwerkranke Patient**

Ethik – Palliativmedizin – Kommunikation

(Zeit: 18–20 Uhr)

Tag I:	Tod und Sterben – warum fällt es uns so schwer?
21.10.96	Der Tod in unserer Zeit – und früher Wie wird es erlebt aus der Sicht von: – Patienten, – Angehörigen, – Pflegepersonal und – Ärzten?
Tag II:	„Die schlechten Nachrichten“ – wie kommunizieren wir darüber?
28.10.96	Übermitteln von schlechten Nachrichten Reaktionen, die erwartet werden Kommunikation in Theorie und Praxis
Tag III:	Symptomkontrolle 1: Schmerztherapie
4.11.96	Wie können Schmerzen behandelt werden? Morphinbehandlung bei Tumorpatienten Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung
Tag IV:	Seelsorge und psychische Betreuung
11.11.96	Braucht der Patient Seelsorge? Von wem? Wie begegnen wir der Trauer? Was bedeutet Hoffnung?
Tag V:	Wer entscheidet über Leben und Tod?
18.11.96	Autonomie und Integrität – der konkrete Fall Unterlassen der kurativen Therapie Wie können wir die richtigen Entscheidungen treffen? Die letzte Zeit – zu Hause oder im Krankenhaus? Die wichtige Grenze zwischen „sterben lassen“ und „aktive Sterbehilfe“.
Tag VI:	Symptomkontrolle 2:
25.11.96	Übelkeit Erbrechen Durst Schwäche Dyspnoe Atemnot Appetitlosigkeit Depression Angst
Tag VII:	Die Hospiz – Idee
02.11.96	Was ist Palliativmedizin? Was bedeutet Teamarbeit? Betreuung von Schwerkranken: – Zu Hause, – im Hospiz, – auf der Palliativstation, – im Krankenhaus und – im Pflegeheim
Tag VIII:	Der Arzt und der schwerkranke Patient – was macht es mit uns?
09.12.96	Ist es schwer, wenn Patienten sterben? Ärztliche Reaktionen und Möglichkeiten Die Trauer und der Schmerz des Arztes Warum wir den schönsten Beruf haben

gleich diese z.Z. erarbeitet werden und für den Krankenpflegebereich als Entwurf vorliegen [13].

Durch Förderung der Deutschen Krebshilfe wurde im letzten Jahr den Medizinstudenten in den klinischen Semestern in Köln, Bonn und Mainz eine spezielle Vorlesungsreihe über die Themen der Palliativmedizin angeboten (Tabelle 1).

Obwohl die Vorlesungen am Abend stattfanden, wurden sie zahlreich besucht. Im Durchschnitt haben jeweils etwa 70 Studenten teilgenommen. Bei der darauffolgenden Auswertung des Unterrichts gaben die Studenten (94%) an, daß die angesprochenen Themen bisher überhaupt nicht oder mangelhaft im Studium angeboten wurden. Ein Hauptziel in den kommenden Jahren muß die Einführung von regulä-

ren Vorlesungen für Medizinstudenten über Palliativmedizin sein.

Palliativmedizin ist entstanden durch die Integration der Hospizidee in die Schulmedizin. Überall ist lange Zeit die Not, die Einsamkeit und das Leiden der Sterbenden ignoriert und übersehen worden. In der Hospizbewegung sind Behandlungs- und Betreuungskonzepte entstanden, oft ohne eine kritische und gründliche Dokumentation ihrer Wirksamkeit. Forschung und Dokumentation ist heute ein zentrales Thema in der Palliativmedizin geworden [2]. In den letzten 15 Jahren ist die Anzahl von internationalen wissenschaftlichen Palliativzeitschriften von 0 auf 6 angestiegen. Die Anzahl der internationalen Publikationen von einigen wenigen auf viele Hundert pro Jahr.

Zukunft der Palliativmedizin in Deutschland

Die Weiterentwicklung von Palliativmedizin wird von der Beantwortung folgender Fragen abhängen:

1. Auf welche Weise und wie schnell wird es der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gelingen Aktivitäten zu entwickeln, um ihre Ziele durchzusetzen? Dazu gehören insbesondere
 - die Kooperation mit allen in der Palliativmedizin engagierten Berufsgruppen;
 - die Weiterentwicklung und Erarbeitung von Standards für die Ausbildung und zur Qualitätssicherung in der Palliativmedizin;
 - die Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Tagungen, wissenschaftlichen Kongressen und Hospitationen;
 - der Aufbau eines nationalen und internationalen Netzwerks zum Austausch von Informationen und Kenntnissen;
 - die Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich dem Anliegen der Palliativmedizin widmen und
 - nicht zuletzt die Öffentlichkeitsarbeit, um die Ziele der Gesellschaft darzustellen.
2. Werden ausreichend qualifizierte Zentren für Palliativmedizin entstehen, die mit einem Aus- und Fortbildungsprogramm Kristallisationspunkte mit Multiplikatorenwirkung werden?
3. Wie können wir sichern, daß alle medizinischen Fachdisziplinen der Palliativmedizin den Stellenwert einräumen, den sie verdient? Wie erreichen wir, daß alle Studenten über die Themen der Palliativmedizin unterrichtet werden?
4. Wie kann die Finanzierung der Palliativmedizin gesichert werden?
5. Wie kann die moderne Palliativmedizin in das bestehende Netz unseres Gesundheitswesens mit Klinik, Lehre und Forschung integriert werden?

Die Weiterentwicklung von Palliativmedizin fände nur sehr langsam statt, wenn die Zeit dafür nicht reif wäre. Die rapide Entwicklung der Hospizinitiativen, Palliativstationen, Hausbetreu-

ungsdiensten und Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland und die massive Entwicklung dieses Fachgebiets international zeigt uns, daß nach zögerlichem Beginn eine große Dynamik entstanden ist. Eine ausreichende Finanzierung wird zwar nicht sofort und nicht überall möglich sein, aber die Einsicht in die Notwendigkeit wird sie auf die Dauer ermöglichen. Es sollte auch berücksichtigt werden, daß es eine Aufgabe des etablierten Gesundheitswesens sein muß, ihre Prioritäten zu ändern, damit ein Höchstmaß an Qualität für die zu behandelnden Patienten gesichert werden kann. Nach den neuen Erkenntnissen der letzten Jahre ist dies ohne palliativmedizinische Konzepte und Einrichtungen nicht möglich.

Abschließende Bewertung

Nach dem mutigen Beginn der Palliativmedizin in Köln 1983 hat die Palliativmedizin in den letzten 6 Jahren eine erfreulich dynamische Entwicklung durchgemacht.

Die Palliativstationen haben eindrucksvoll neue Maßstäbe in der Betreuung und Versorgung schwerstkranker Tumorpatienten gesetzt, so in der Pflege, der Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie versuchen durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz im multidisziplinären Team, Leiden umfassend zu lindern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Der Bedarf an Palliativmedizin ist groß und er wird weiter steigen. Eine zunehmende Alterspyramide, zusammen mit der Tatsache, daß der Anteil unheilbarer Tumorpatienten in den letzten Jahren zugenommen hat, bedeutet eine ansteigende Zahl von Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen Tumorerkrankungen.

Obwohl in den letzten Jahren mehrere Palliativstationen und Hospize dazugekommen sind, wird auch in Zukunft nur eine relativ kleine Anzahl von Tumorpatienten dort versorgt werden können.

Darüber hinaus haben wir Patienten mit AIDS oder anderen Erkrankungen im Terminalstadium, die das gleiche Ausmaß an Umsorgung, Pflege und Begleitung wie die Tumorpatienten benötigen.

Die Lösung des Problems fordert deswegen beides, nämlich sowohl die weitere Entwicklung palliativer und hospizlicher Dienste als auch die Aus- und Fortbildung von Studenten, Ärzten, Krankenschwestern und allen anderen Helfern des multidisziplinären Teams.

Beenden möchten wir unsere Ausführungen mit einem eindringlichen Appell an die Universitäten, sich der Palliativmedizin anzunehmen und in den Lehrplan des Medizinstudiums aufzunehmen.

Fazit für die Praxis

In den westeuropäischen Ländern ist bis zum Jahre 2010 eine Zunahme der Krebsinzidenz um 35–40% zu erwarten. Im Mittelpunkt der Behandlung von schwerkranken Tumorpatienten, die keine Aussicht auf Heilung haben, steht die Therapie von unerträglichen Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen, sowie Hilfe für den Patienten im Umgang mit der Angst und dem Leiden in den letzten Monaten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) räumt deswegen der Palliativmedizin höchste Priorität ein.

Definition

Die 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin umschreibt die Palliativmedizin als Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Inhalt der Palliativmedizin

- Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse des Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl bei der Krankheit, beim Sterben wie in der Zeit danach.
- Akzeptanz des Todes als ein Teil des Lebens. Durch eine deutliche Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe.
- Kompetenz in den wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik.

Organisationsformen

Die Umsetzung der Palliativmedizin kann durch den Hausarzt und die Gemeindeschwester, Hausbetreuungsdienste, Tageshospize oder stationäre Einrichtungen erfolgen. Erfahrungen haben dabei gezeigt, daß ein Teil der Patienten nicht ohne stationäre Palliativmedizin erfolgreich behandelt werden kann.

Kommunikation

Einen hohen Stellenwert in der Palliativmedizin besitzt die Kommunikation mit den Patienten. So konnte gezeigt werden, daß ca. 90% der Krebspatienten eine differenzierte Aufklärung über Diagnose, Therapie und Prognose wünschen.

Derzeitiger Standard

Im Gegensatz zu den Ländern Großbritannien, Kanada, Norwegen und Australien, in denen es an den Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin gibt, existiert in Deutschland derzeit kein allgemein anerkanntes Curriculum. Der Bedarf an Palliativmedizin ist jedoch auch in Deutschland unbestritten. So wurde 1983 in Köln die 1. Palliativstation in Deutschland eröffnet und mit Beginn der 90er Jahre zeichnet sich eine dynamische Entwicklung ab. Wünschenswert wäre allerdings die Aufnahme der Palliativmedizin in den Lehrplan des Medizinstudiums.

Literatur

1. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland (1992) **Palliative medicine curriculum**. The Association for Palliative Medicine, Southampton
2. Balfour MM, Scott JF, Bruera E, Cummings I, Dudgeon D, MacDonald N (1993) **Palliative care – a passing fad? Understanding and responding to the signs of times**. *J Pall Care* 10:5–7
3. Beardsley TA (1994) **A war not won. Trends in cancer epidemiology**. *Sci Am* 270:130–138
4. Buckman R (1996) **Talking to patients about cancer. No excuse for not doing it**. *Br Med J* 313:699–700¹
5. Clark D (1994) **At the crossroads: which direction for the hospices?** *Palliat Med* 8:1–3
6. Doyle D (1994) **Standards und Ausbildung in der Palliativmedizin**. In: Klaschik E, Nauck F (Hrsg) *Palliativmedizin Heute*. Springer, Berlin Heidelberg New York
7. •• Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (1996) **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Oxford Univ Press, Oxford.
International anerkanntes Standardwerk der Palliativmedizin mit umfassendem Überblick über alle Teilgebiete dieser Disziplin mit ausgezeichneten Beiträgen
8. Egeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Hörte LG, Luostarinen T (1993) **Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up the years 2000 and 2010**. *APMIS* 101 [Suppl 38]
9. Eve A, Smith AM (1994) **Palliative care services in Britain and Ireland – update 1991**. *Pall Med* 8:19–27
10. Hartenstein R (1996) **Palliativmedizin aus der Sicht des Internisten**. In: Klaschik E, Nauck F (Hrsg) *Palliativmedizin – Bestandteil interdisziplinären Handelns*. pmi-Frankfurt
11. Husebö S, Klaschik E **Palliativmedizin – Ein Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonal**. Springer, Berlin Heidelberg New York
12. Husebö S (1996) **Palliativmedizin im Krankenhaus, Chancen und Defizite**. *Schmerz* 10 [Suppl 30]
13. Kern M, Müller M, Aurnhammer A (1996) **Basiscurriculum palliative care**. Schriftenreihe der Ansprechstellen des Landes NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Bonn Münster
14. Klaschik E, Nauck F (1993) **Erfahrungen einer Palliativstation**. *Dt Arztebl* 90/48 A 1:3226–3230
15. • Kübler-Ross E (1969) **On death and dying**. Tavistock, London
Das Buch kann als Basiswerk für das Thema „Umgang mit Sterben und Tod“ angesehen werden. Mit der „Stadieneinteilung“ des Sterbeprozesses hat die Autorin wesentlich zum Verständnis dieses Problemerkrees beigetragen.
16. Lindena G, Müller S, Zenz T (1994) **Opioidverschreibung durch niedergelassene Ärzte**. *Schmerz* 8:228–234
17. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, Fallowfield L (1996) **Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients view**. *Br Med J* 313:724–726
18. Randall F, Downie RS (1996) **Palliative care ethics**. Oxford Medical Publ
19. Sabatowski R, Loick G, Radbruch L, Wernicke B, Zecher B (1996) **Hospize und Palliativstationen in Deutschland**. *Schmerz* [Suppl 1] 10:57
20. • Saunders C, Summers DH, Teller N (1981) **Hospice: the living idea**. Arnold, London
Dame C. Saunders – Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin – gilt als Begründerin der modernen Hospizbewegung. Sie ist Mitautorin und Mitherausgeberin eines Buches, das das Anliegen der Hospizidee in vielfältiger Weise behandelt.
21. • Schara J (1988) **Gedanken zur Behandlung terminal Kranker mit Krebschmerz**. *Schmerz* 2:151–160
Hervorragende Arbeit über die Problematik des Leidens inkurabler Tumorpapienten – Schmerz, Hilflosigkeit – mit den Angeboten der Schmerztherapie, der Zuwendung, des Gesprächs, der Begleitung und der Hospizidee.
22. Statistisches Bundesamt (1992) **Todesursachen 1990**. *Dt Arztebl* 7:8–309
23. Stjernswärd J, Teoh N (1990) **Palliative care – a WHO – priority**. *Pall Med* 4:71–72
24. Thielemann-Jonen I, Pichlmaier H (1988) **Terminale Pflege Krebskranker. Erfahrungen aus dem Modell einer Station für palliative Therapie in der chirurgischen Universitätsklinik Köln**. *MMW* 130:279–283
25. Thomsen O, Wulff HR, Martin A (1993) **What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients?** *Lancet* 341:473–475
26. Twycross R (1990) **Schmerzbehandlung bei Karzinompatienten**. *Schmerz* 4:65–74
27. Twycross R (1990) **Terminal care of cancer patients: hospice and home care**. In: Bonica JJ (ed) *The management of pain* Lea u. Febiger, Philadelphia London
28. Woodruff R (1993) **Palliative medicine**. Asperula, Melbourne
29. • Zech D (1994) **Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland**. In: Klaschik E, Nauck F (Hrsg) *Palliativmedizin Heute*. Springer, Berlin Heidelberg New York
Guter Überblick über die gesamte Entwicklung der Palliativmedizin mit besonders gutem Einblick in die Anfänge der Palliativmedizin in Deutschland.

¹ Die hier aufgeführten Arbeiten sind wie folgt bewertet:

• Interessant

•• Von außergewöhnlichem Interesse