



Dr. med. Bernd Oliver Maier
MSc, St. Josefs-Hospital,
Medizinische Klinik III,
Wiesbaden

Koautoren: PD Dr. med. Steffen T. Simon, Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin;
Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, Klinikum der Univ. München, Campus Großhadern, Klinik und
Poliklinik für Palliativmedizin; Dr. med. Anne Pralong, Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin;
Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin

Maßgeschneiderte Versorgung

Palliativmedizin: Wünsche und Bedürfnisse der Patienten im Blick

Welche Versorgung ein unheilbar kranker Patienten benötigt, muss immer individuell abgeklärt werden. Dabei spielen seine Bedürfnisse, aber auch die Situation, in der er sich befindet, eine wichtige Rolle. Ist er zu Hause gut versorgt oder lebt er alleine?

— Die Palliativversorgung ist nur dann erfolgreich, wenn die einzelnen Behandlungsschritte und -wege möglichst gut verknüpft und abgestimmt werden. Flexibilität und Kreativität sowie Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit sind umgänglicher. Ziel der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ war es, neben der Beschreibung situationsunabhängiger, immer gültiger Grundsätze der Palliativversorgung auch Fragen nach der Wirksamkeit spezifischer Versorgungsstrukturen zu beantworten [1].

Grundsätze der Palliativversorgung

Komprimiert in zwei Statements und sechs Empfehlungen wird die grundsätzlich einzunehmende Haltung skizziert, um unabhängig vom eigenen Tätigkeitsschwerpunkt, Spezialisierungsgrad oder der Berufsgruppenzugehörigkeit Patienten in der Palliativsituation zu begleiten und zu behandeln. Die Lebensqualität der Betroffenen wird als das wichtigste Therapieziel benannt, und die Selbstverpflichtung zur multiprofessionellen und interdisziplinären Kooperation betont.

Es gibt konkrete Empfehlungen, wie jeder Einzelne seine Rolle im multiprofessionellen und interdisziplinären Palliativversorgungskonzept gut ausfüllen

kann. Wichtige Voraussetzung dafür ist es, den betroffenen Patienten und seine Angehörigen als Menschen in ihrer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension wahrzunehmen. Dabei gilt es insbesondere, respektvoll mit ihren Wünschen, Vorstellungen und Entscheidungen umzugehen, Sorgfalt und Transparenz in Fragen der weiteren Diagnostik und Indikationsstellung wahren zu lassen sowie den Themen Sterben, Tod und Trauer in angemessener Weise Raum zu geben.

Die Bereitschaft der im Palliativfeld Tätigen, sich selbst aktiv weiterzualifizieren, aber auch Selbstfürsorge zu praktizieren, gehört ebenso dazu wie die Empfehlung, zur Erfolgskontrolle der Palliativversorgung patient reported outcomes (Instrumente zur Erfassung als Patientenselbstauskunft) einzusetzen. Diese Grundsätze bilden das Fundament der Palliativversorgung.

Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen

Palliativmedizinische Versorgungsangebote sollen in ihrer Gesamtheit garan-

tieren, dass allen Patienten, die mit der Diagnose einer unheilbaren Krebserkrankung konfrontiert sind, zu jedem Zeitpunkt eine verlässliche Unterstützung gewährt wird. Es muss ein Repertoire von Versorgungsangeboten

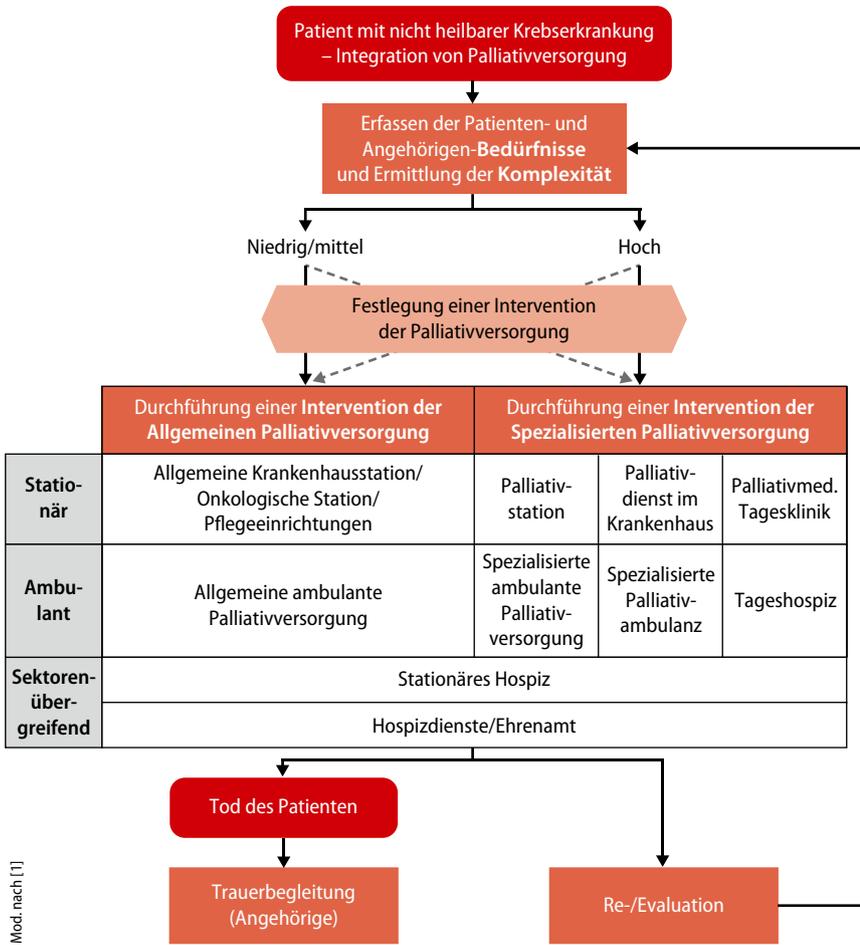
bestehen, das nach Versorgungsintensitäten abgestuft, variabel vom Ort der Leistungserbringung (stationär oder ambulant) und variabel vom Zeitpunkt der Einbeziehung den Bedürfnissen gerecht werden soll. Eine gute Koordination all dieser Angebote ist von zentraler Bedeutung (**Abb. 1**).

Der individuelle Versorgungsbedarf ist systematisch zu erfassen. „Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll die Komplexität der Situation wiederholt eingeschätzt werden; dies schließt ein: die Patienten- und Angehörigenbedürfnisse [in der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension], den Funktionsstatus des Patienten und die Krankheitsphase“ [1].

Komplexität beschreibt dabei das Nebeneinander und Ineinanderwirken unterschiedlicher Belastungen. Als Beispiel

*Flexibilität
und
Kreativität
sind un-
gänglich*

Abb. 1 **Behandlungspfad für Patienten und Angehörige**



Mod. nach [1]

sei die Schmerzbelastung zweier Patienten angeführt, die von der Intensität und dem Muster her vergleichbar ist. Der eine wohnt gut sozial eingebunden bei seiner tatkräftigen Familie im Haus, die ein 24-stündiges Präsenzsystem etabliert hat, um schnell bei Schmerzspitzen intervenieren zu können. Der andere wohnt alleine mit seiner dementen Ehefrau, die teilweise die Medikamente der Eheleute durcheinander bringt. Es ist klar, dass sich die Komplexität der beiden Fälle erheblich unterscheidet und die isolierte Erfassung der Schmerzbelastung allein keine ausreichende Bedarfsanalyse der Betroffenen erlaubt.

Anhand der Bedürfnisse und der Komplexität lässt sich klären, ob der Situation des Betroffenen mit allgemeiner

(bei niedriger oder mittlerer Komplexität) oder spezialisierter Palliativversorgung (bei hoher Komplexität) am besten entsprochen werden kann. Entsprechend wird ein Betreuungs- bzw. Behandlungsangebot formuliert und bei Zustimmung des Patienten umgesetzt.

Breites Angebot in Deutschland

Angeboten werden in Deutschland sowohl stationäre als auch ambulante Interventionen der allgemeinen (APV) und spezialisierten Palliativversorgung (SPV) (Abb. 1). Kennzeichen der APV sind z. B., dass Behandelnde ihr Haupttätigkeitsfeld nicht in der Palliativversorgung haben, eine niedrige bis mittlere komplexe Patientensituation besteht und daher keine spezifischen strukturel-

len Voraussetzungen benötigt werden. Bei der SPV sind die Behandelnden besonders qualifiziert, haben ihr Tätigkeitsfeld ausschließlich oder überwiegend in der Palliativversorgung, sind in Teamstrukturen eingebunden und gewährleisten eine 24-h-Erreichbarkeit. Die Leitlinie empfiehlt, dass „ein SPV-Kernteam aus Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen soll, von denen zumindest Arzt und Pflege die spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation aufweisen“ (A/1-) [6, 12, 16, 17, 19, 20, 21].

Die Unterscheidung zwischen APV und SPV darf aber nicht als Differenzierung zwischen guter und schlechter Versorgung verstanden werden. Sie dient vielmehr dazu, den Aufwand für eine angemessene Behandlung darzustellen.

Nach einem vereinbarten Zeitraum muss der Erfolg der Intervention kontrolliert und je nach Ergebnis die Behandlungsintensität (allgemein oder spezialisiert) angepasst werden. Dieses mehrschrittige Modell garantiert eine koordinierte Planung der Versorgung.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Palliativversorgung beginnt mit der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung.
2. Eine hohe Komplexität der Patientensituation indiziert die Hinzuziehung von Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung.
3. Qualitätsindikatoren der Versorgung sollen Parameter enthalten, die vom Patienten direkt berichtet werden (patient reported outcomes).

→ Literatur: springermedizin.de/mmw

→ Title and Keywords: Basic principles and health care structures of palliative care
Palliative care services / incurable cancer / early integration / general palliative care / specialized palliative care

→ Für die Verfasser:

Dr. med. Bernd Oliver Maier
 MSc, St. Josefs-Hospital,
 Medizinische Klinik III
 Beethovenstr. 20, D-65189 Wiesbaden
 E-Mail: bomaier@joho.de

Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft - Deutsche Krebshilfe - AWMF), S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, in <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> 2015.
2. Eagar K, Gordon R, Green J, Smith M. An Australian casemix classification for palliative care: lessons and policy implications of a national study. *Palliat Med* 2004; 18(3): 227-33.
3. Greer DS, Mor V, Morris JN, Sherwood S, Kildner D, Birnbaum H. An alternative in terminal care: results of the National Hospice Study. *J Chronic Dis* 1986; 39(1): 9-26.
4. Kane RL, Berstein L, Wales J, Rothenberg R. Hospice effectiveness in controlling pain. *JAMA* 1985; 253(18): 2683-6.
5. Kane RL, Wales J, Bernstein L, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. *Lancet* 1984; 1(8382): 890-4.
6. Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med* 2008; 11(2): 180-90.
7. Hanks GW, Robbins M, Sharp D, et al. The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer* 2002; 87(7): 733-9.
8. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Improving cancer patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2006; 15(5): 476-80.
9. Davies E, Higginson IJ. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Supportive Care in Cancer* 2005; 13(8): 607-27.
10. Stevens E, Martin CR, White CA. The outcomes of palliative care day services: a systematic review. *Palliative Medicine* 2011; 25(2): 153-69.
11. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302(7): 741-9.
12. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7): 993-1000.
13. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, Mccrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD007760.
14. Ventafridda V, Tamburini M, Selmi S, Valera L, De Conno F. The importance of a home care program for patients with advanced cancer pain. *Tumori* 1985; 71(5): 449-54.
15. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären ospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010, 2010, http://www.dhpfv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-07-23_RV-stationaer.pdf.
16. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, Mcphee SJ. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164(1): 83-91.
17. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363(8): 733-42.
18. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Mem Fund Q* 1966; 44(3): Suppl:166-206.
19. Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med* 2004; 18(7): 585-93.
20. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, et al. Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1990; 150(6): 1274-80.
21. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356(9233): 888-93.
22. Alt-Epping B, Nauck F, Schneider N. Leben bis zuletzt. Hausärztliche und spezialisierte Palliativversorgung bei schwerstkranken Patienten. *Der Hausarzt* 2012; 11: 43-46.