



**Abb. 1-1** Unterschiedliche Modelle der Palliativversorgung. **a** Phasenmodell. **b** Modell der Integration kurativ intendierter und palliativer Versorgung.

### Merke

Die Palliativversorgung ist nicht nur eine Versorgung für Tumorerkrankte, sie ist nicht nur eine Versorgung für den letzten Lebensabschnitt und sie besteht nicht nur aus Schmerztherapie. Vielmehr handelt es sich bei Palliative Care um eine aktive, ganzheitliche, lindernde und vorausschauende Versorgung, die in unterschiedlichem Umfang während der gesamten Dauer der Erkrankung jeweils in angemessener Weise sinnvoll angewendet werden kann. Sie steht damit auch im Gegensatz zur ganz auf ein Hauptproblem ausgerichteten Versorgung nach Pathways und Leitlinien der modernen Medizin.

Wie kann sich diese Palliativversorgung während des gesamten Krankheitsverlaufs konkret gestalten? Die Schwerpunkte im folgenden Kasten zeigen, worin Palliativversorgung während des gesamten Krankheitsverlaufs bestehen kann. Abgesehen von der Endphase erfolgt die Palliativbetreuung dabei in der Regel parallel zu kurativen Maßnahmen. Die palliative Versorgung ist nach diesem Modell als Prozess zu sehen, bei dem es erforderlich ist, die Therapieziele immer wieder zu hinterfragen und neu festzulegen.

## Schwerpunkte palliativer Versorgung während des gesamten Krankheitsverlaufs

### 1. Diagnose und Aufklärung

Dieser Schwerpunkt beinhaltet die Diagnosestellung (unabhängig vom Krankheitsstadium), die entsprechend notwendige Aufklärung und die Festlegung der Behandlungsziele bzw. des daraus resultierenden Bedarfs an präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen.

- Diagnosestellung und Aufklärung, falls möglich Einleiten einer kurativen Therapie
- Erkennen einer Erkrankungssituation mit ggf. veränderter Lebenserwartung
- Einleiten eines kontinuierlichen Dialogs über die Betreuung in den einzelnen Krankheitsphasen, über Therapiemöglichkeiten, Vorausverfügungen mit ggf. weiteren Konkretisierungen
- Information der Angehörigen
- psychosoziale Begleitung
- Erfassen und Behandeln von Symptomen

### 2. Krankheitsprogression

Dieser Schwerpunkt beinhaltet die kontinuierliche Überprüfung und Festlegung der Behandlungsziele durch das multiprofessionelle Team, Prävention und Behandlung von Komplikationen unter gleichzeitiger Berücksichtigung kurativer und palliativer Maßnahmen.

- Behandlung von Komplikationen, Symptomlinderung (z. B. Schmerz- und Symptomerfassung bzw. -behandlung)
- Einzelfallüberprüfung, wann eine Krankenhausbehandlung im mutmaßlichen Interesse und zum Nutzen des Betroffenen erfolgen soll und wann diese eher nachteilig ist und daher unterbleiben soll
- Auseinandersetzung mit komplexen ethischen Fragestellungen

- Stützung und Betreuung der Angehörigen
- Erhalt der Beziehungskultur (bei kognitiven Einschränkungen auch durch körpernahen Dialogaufbau unterstützt durch Techniken und Haltungen wie Validation, basale Stimulation u. a.)
- Indikation für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) klären

### 3. Lebensende

Dieser Schwerpunkt ist gekennzeichnet durch die Todesnähe. Behandlungsziel ist, die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten zu erreichen.

- Intensivierung der palliativen Versorgung und Festlegung der palliativen Therapieziele
- regelmäßige Fallbesprechungen (stellvertretende Entscheidungsfindung bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit)
- Sterbebegleitung unter Beachtung des situativen Erlebens
- Angehörigenbetreuung vor, während und nach dem Tod

Damit eine Palliativbetreuung frühzeitig im Krankheitsverlauf und parallel zur kurativen Behandlung gelingen kann, sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- Die Betroffenen müssen gleichzeitig von einem Palliativteam und einem »Kurativteam« behandelt werden.
- Der palliative Versorgungsbedarf ist gerade in frühen Krankheitsstadien eher punktuell, sodass hier in der Regel ein palliativ ausgebildeter Haus- bzw. Facharzt oder ein palliatives Beratungsteam ausreicht.
- Es müssen Strukturen vorhanden sein, die frühzeitig punktuell palliative Aspekte in die Therapie des Betroffenen einbringen können. Dies sind sicherlich keine auf Vollversorgung ausgerichtete Palliativstationen oder stationäre Hospize, sondern eher der Hausarzt bzw. palliative Beratungs- oder Konsiliarteams. Vor allem ist eine gute breite Schulung der Ärzte und Pflegekräfte, aber auch der anderen Teammitglieder wie Sozial-