Palliativmedizin

Die Palliativmedizin wird häufig als eine neue medizinische Disziplin beschrieben. Das ist sie jedoch nicht, im Gegenteil. In früheren Zeiten gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz, sodass sich die Medizin auf Symptomlinderung und Beistand beschränken musste.

Neu sind wissenschaftliche Erkenntnisse zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, jedoch wurden die althergebrachten medizinischen Tugenden wie Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und ganzheitlicher Umgang mit Patienten, die im 20. Jahrhundert lange Zeit vernachlässigt wurden, wiederentdeckt und erleben – nicht nur in der Palliativmedizin – eine Renaissance.

Palliativmedizinische Ansätze entwickelten sich zuerst in der Onkologie, jedoch beschränkt sich die Definition von Palliativmedizin, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegeben wird, keineswegs nur auf bösartige Krankheiten, sondern auf alle chronischen, nichtheilbaren progredienten und fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung.

So hat die Palliativmedizin auch in der Geriatrie einen wichtigen Platz. Gerade in den Anfängen der palliativmedizinischen Entwicklung gab es jedoch auch Berührungsängste der Geriater, da sie in ihrer Arbeit nicht gern gleichgesetzt werden wollten mit dem Synonym „geriatriische Klinik = Sterbeklinik“. Mit zunehmender Entwicklung der Geriatrie, steigendem Selbstbewusstsein und vielen – auch wissenschaftlich gesicherten – Konzepten und Behandlungsformen zur Prävention, Akuttherapie sowie Rehabilitation konnte sich die Geriatrie auch der

Palliativmedizin öffnen, da viele Vorgehensweisen in der Palliativmedizin auch der Geriatrie wesensverwandt sind. Dies betrifft vor allem die Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Teamarbeit und ganzheitliche Versorgung der Patienten. Gerade der Teamgedanke, insbesondere die Arbeit im multiprofessionellen Team (Pflege, Medizin, Seelsorge, Psychologie, Sozialdienst, Physiotherapie, Musiktherapie etc.), stellt eine wesentliche Gemeinsamkeit zwischen Geriatrie und Palliativmedizin dar. In beiden Bereichen haben qualifizierte Pflegefachkräfte eine zentrale Bedeutung. Häufig wird deshalb auch der Begriff der „Palliativversorgung“ oder „Palliative Care“ gewählt, um diese Multiprofessionalität zum Ausdruck zu bringen.

Ein rasanter Aufschwung bei der Umsetzung palliativmedizinischer Konzepte in der Geriatrie wurde durch die Abrechnung einer „palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ erreicht, die dem finanziellen Aufwand einer solchen Vorgehensweise einigermaßen Rechnung trägt. Mithilfe entsprechender Teamstrukturen konnten viele geriatriische Kliniken durch Weiterqualifikation ihrer Teams auch ein palliativmedizinisches Angebot – gerade für die benachteiligte Gruppe der älteren Patienten – entwickeln.

In ihrem Beitrag beschreiben *Hagg-Grün et al.* die Erarbeitung eines palliativmedizinischen Konzepts, die schrittweise Umsetzung sowie die aufgetretenen Probleme in einer Akutgeriatrie. Die Autoren geben Ratschläge für die praktische Realisierung und weisen auf die kritischen Punkte hin, die bei der Umsetzung zu beachten sind.

Genz et al. erläutern in ihrer Untersuchung die Unterschiede zwischen onko-

logischen und nichtonkologischen geriatrischen Palliativpatienten im Krankenhaus. Diese Unterschiede sind klinisch relevant und betreffen die Symptomkonstellation, den Pflegebedarf, die Mortalität und die Häufigkeit ethischer Fragestellungen zu Themengebieten wie Flüssigkeit und Ernährung. Sie sind bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu berücksichtigen.

In einer Untersuchung von *Piers et al.* aus Belgien wurden Faktoren bei älteren Menschen am Lebensende untersucht, die dazu führen, dass sie bei Krankenhauseinweisung auf eine Intensivstation aufgenommen werden. Dabei zeigte sich, dass in dem belgischen Universitätskrankenhaus zwar insgesamt weniger über 75-jährige Patienten auf die Intensivstation aufgenommen wurden als unter 75-jährige. Jedoch war das Risiko, auf der Intensivstation zu versterben, nur für ältere Patienten niedriger, die an Krebs litten, sowie für solche Patienten, die primär in eine geriatrische Abteilung aufgenommen wurden.

Einen Überblick über die palliativmedizinische Situation bei geriatrischen Patienten in 7 europäischen Ländern gibt eine weitere Arbeit von *Piers et al.* Die Autoren stellen fest, dass Palliativmedizin und palliative Pflege sowohl in Pflegeheimen als auch in geriatrischen Abteilungen bisher höchst ungenügend etabliert sind. Die Angebote in den beschriebenen europäischen Ländern sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und tragen gerade den Bedürfnissen von nichtonkologischen Patienten nur unzureichend Rechnung.

Es bleibt zu hoffen, dass die so hoffnungsvoll begonnene Etablierung palliativmedizinischer Konzepte in der Geriatrie in Deutschland weiter Fahrt aufnimmt, sodass mittelfristig unsere älteren Patienten in der Sterbephase auch die menschliche Behandlung und die ganzheitliche Umsorgung erhalten, die ihnen zustehen.

Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus

PD Dr. Mathias Pfisterer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Th. Nikolaus

Agaplesion Bethesda Klinik Ulm
Akademisches Krankenhaus
der Universität Ulm
Zollernring 26, 89073 Ulm
thorsten.nikolaus@bethesda-ulm.de

PD Dr. M. Pfisterer

Agaplesion Elisabethenstift
Landgraf-Georg-Str. 100,
64287 Darmstadt
pfisterer.mathias@eke-da.de