



Dr. Elisabeth Albrecht



Constanze Rémi, M. Sc.

Seit Anbeginn hat ärztliches Tun als Kernkompetenz die Linderung von Leid beinhaltet. Es ist der englischen Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin Dame Cicely Saunders zu verdanken, dass dieser Teil der ärztlichen Tätigkeit sich bewusst der Möglichkeiten der modernen Medizin zu bedienen begann sowie ausdrücklich eingebettet wurde in ein multiprofessionell angelegtes Betreuungskonzept, das sich unter der Bezeichnung „Palliative Care“ inzwischen weltweit etabliert hat. Im Mittelpunkt stehen die vielfältigen Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen in einem Lebensabschnitt, der dominiert wird vom unaufhaltsamen Fortschreiten einer Erkrankung und der Angst vor dem Sterben.

Palliativmedizin als ärztlicher Beitrag zu Palliative Care entwickelt sich zunehmend auch in Deutschland als eigenständiges Fach, sichtbar an Forschungstätigkeit und Professuren, der Einführung einer Zusatzbezeichnung und – endlich – der verpflichtenden Aufnahme ins Curriculum des Medizinstudiums.

Neues aus der Palliativmedizin

Vieles hat sich in letzter Zeit auf diesem Gebiet der Palliativmedizin getan, einerseits bei Kenntnissen in der Symptomkontrolle, andererseits auch bei den rechtlichen und strukturellen Vorgaben. Praxisrelevante aktuelle Aspekte werden im Folgenden zusammengefasst.

Neues aus der Schmerztherapie

Grundlage der palliativen Schmerztherapie ist bekanntlich eine kontinuierliche, möglichst wenig invasive Dauertherapie. In der WHO-Stufe III kommen Opioide in Retard- oder Pflasterform zum Einsatz (Tabelle 1). Zusätzlich benötigen die Patienten rasch wirksame Opioide als Bedarfsmedikation. Allgemein anerkannt war hier bisher die Empfehlung, ein Sechstel der oralen Opioid-Tagesmenge vorzusehen. Untersuchungen zeigen jedoch, dass sich bei individueller Einstellung die Höhe der Bedarfsdosis zwischen 5 und 20 Prozent der Gesamttagesdosis einpendelt [1, 2]. Daher wird mittlerweile teilweise zunächst ein Zehntel der

Tagesdosis für den Bedarf empfohlen [3, 4]. Erst wenn das nicht ausreichend wirkt, sollte die Dosierung entsprechend erhöht werden.

In den vergangenen Jahren kamen mehrere rasch wirksame Fentanyl-Darreichungsformen auf den Markt, die entweder über die Mund- oder die Nasenschleimhaut resorbiert werden. Diese neuen transmukosalen Fentanylpräparate sind hochpotente Medikamente, die für manche, sicherlich jedoch nicht für alle Patienten geeignet und notwendig sind. Sie sind bei ausgewählten Patienten sinnvoll, wenn orale oder subkutane Morphingabe nicht ausreichend wirkt. In der Praxis hat sich gezeigt, dass weiterhin die wichtigste Maßnahme zur Schmerztherapie darin besteht, die Dauertherapie ausreichend an die Schmerzintensität anzupassen. Wird über mehrere Tage hinweg mehr als drei- bis viermal täglich eine Bedarfsmedikation benötigt, sollte die Basismedikation spätestens angepasst werden. Ein entscheidender Faktor für den Therapieerfolg ist außerdem, dass die Patienten grundsätzlich den „retten- den Anker“ Bedarfsmedikation zur Verfügung

haben. Für die allermeisten Patienten reichen dann die bisherigen unretardierten Opioide für Schmerzspitzen aus.

Als eine neue Wirksubstanz im Bereich der Analgetika ist Tapentadol (Palexia®) auf den Markt gekommen. Das Opioid besitzt einen dualen Wirkmechanismus: zum einen als Agonist am μ -Opioidrezeptor, zum anderen als synaptischer Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Dabei entsprechen 2,5 mg Tapentadol in der Wirkung ungefähr 1 mg Morphin per os.

Erste Erfahrungen und Studien zeigen, dass Tapentadol bei postoperativen, also akuten Schmerzen nicht besser als andere Opioide wirkt [5]. Es ist jedoch zu erwarten, dass Tapentadol bei chronischen Schmerzsyndromen, wie zum Beispiel Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule oder diabetischer Polyneuropathie, eine Rolle spielen wird, da es weniger gastrointestinale und zentrale Nebenwirkungen zeigt als andere Opioide [6]. Die Dosis kann bis auf 500 mg am Tag gesteigert werden. Tapentadol unterliegt der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung.

Seit 12. Juni 2012 müssen Apotheken aufgrund einer Änderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) unter anderem verschiedene Betäubungsmittel verpflichtend vorhalten. Explizit aufgeführt sind Opioide zur Injektion, zum Einnehmen mit unmittelbarer Wirkstofffreiset-

zung sowie mit veränderter Wirkstofffreisetzung (§ 15 Abs. 1 ApBetrO).

Diese verpflichtende Bevorratung mit Opioidanalgetika kann einen wichtigen Beitrag zur notfallmäßigen Versorgung ambulanter Palliativpatienten außerhalb der üblichen Praxis- und Ladenöffnungszeiten leisten. Regional sollten sich Apotheken, Ärzte und Palliativdienste absprechen, welche Präparate konkret vorrätig gehalten werden sollen, idealerweise orientiert an den ärztlichen Verschreibungsgewohnheiten. Es muss jedoch betont werden, dass es sich um eine Bevorratung für den Notfall handelt, also keine breite Produktpalette vorgehalten wird. Es sollte auch berücksichtigt werden, dass die Finanzierung der Vorräte durch die Apotheke erfolgt und insbesondere die neuen transmukosalen Fentanylpräparate sehr hochpreisig sind.

Eine weitere wichtige Änderung des Betäubungsmittelgesetzes zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten wurde am 28. Juni 2012 vom Deutschen Bundestag beschlossen. So soll es Ärzten in Zukunft möglich sein, betäubungsmittelhaltige Schmerzmittel dem Patienten ausnahmsweise zur Überbrückung zu überlassen, wenn die Beschaffung aus der Apotheke nicht rechtzeitig möglich ist (vergleiche § 13 Abs. 1a Betäubungsmittelgesetz).

Gastrointestinaltrakt

Singultus

Immer wieder stellt bei Palliativpatienten Schluckauf ein belastendes Symptom dar. Wenn Metoclopramid, Simecon, Haloperidol, Levomepromazin oder Benzodiazepine wie Midazolam nicht helfen, dann lohnt sich ein Versuch mit Baclofen (mit 3 x 5 mg per os beginnen und steigern; nicht abrupt absetzen). Unterstützend wirken Protonenpumpenhemmer und Antazida.

Intestinale Obstruktion und Ileus

Große Relevanz im palliativmedizinischen Alltag besitzen die belastenden Symptome ursächlich nicht behandelbarer gastrointestinaler Obstruktionen, die häufig bei Tumoren im abdominalen Raum oder durch Peritonealkarzinose entstehen. Es handelt sich meist um einen mechanischen Ileus, seltener um einen paralytischen. Vor der palliativmedizinischen Behandlung muss abgeklärt sein, dass chirurgische Interventionen, selbst wenig belastende, nicht mehr durchführbar sind.

Die orale Medikation muss auf alternative Applikationswege, in der Regel parenteral, umgestellt werden. Ist kein Portsystem benutzbar, so können die meisten Medikamente auch subkutan gegeben werden. Dafür haben sich Pumpen bewährt, die nicht nur die Medikamente kontinuierlich abgeben, sondern gerade im häuslichen Umfeld den Alltag erleichtern.

	Äquivalenzfaktor zu Morphin i. v.	Äquivalenzdosis*										
		100	300	600								
Tramadol p. o./rekal	0,03	100	300	600								
Tramadol s. c./i. v.	0,1		100	200	300	400						
Tilidin/Naloxon p. o.	0,03	100	300	600								
Tapentadol p. o.	0,13			150		300		350				
Piritramid i. v.	0,7	5	15	30	45	60	75	90	150	225	300	450
Morphin p. o./rektal	0,3	10	30	60	90	120	150	180	300	450	600	900
Morphin s. c./i. v.	1	3,3	10	20	30	40	50	60	100	150	200	300
Oxycodon p. o.	0,7	5	15	30	45	60	75	90	150	225	300	450
Oxycodon s. c./i. v.	1,3	2	7,5	15	23	30	38	45	75	115	150	230
Hydromorphon p. o.	2,5	1,3	4	8	12	16	20	24	40	60	80	120
Hydromorphon s. c./i. v.	5	0,7	2	4	6	8	10	12	20	30	40	60
Fentanyl TTS $\mu\text{g/h}$	33		12,5	25		50		75	125	175 - 200	(250)	
Fentanyl buccal/s. l./nasal		Individuelle Titration notwendig										
Buprenorphin TTS $\mu\text{g/h}$	30			35	52,5	70	87,5	105				
Buprenorphin s. l.	25	0,2	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	4,0			

Tabelle 1: Umrechnungstabelle Opioide, Beispiel: 100 mg Tramadol p. o. entsprechen 10 mg Morphin p. o. oder 100 mg x 0.03, also 3 mg Morphin i. v. oder s. c. * Bei einem Opioidwechsel (Rotation) sind die hier angegebenen Dosierungen noch um 30 bis 50 Prozent zu reduzieren.

Linderung von	Medikamente mit üblicher Tagesdosierung (parenteral)			
Übelkeit	Haloperidol 1 bis 15 mg	Metoclopramid (zum Beispiel Paspertin®) 30 bis 100 mg nur bei paralytischen Ileus	Dimenhydrinat (zum Beispiel Vomex®) 100 bis 200 mg	Levomepromazin (zum Beispiel Neurocil®) 1 bis 25 mg
Erbrechen	Butylscopolamin (zum Beispiel Buscopan®) 20 bis 120 mg	Octreotid (zum Beispiel Sandostatatin®) 250 bis 500 µg		
Schmerzen	Metamizol (zum Beispiel Novalgine®) 2,5 bis 5 g	Morphin, Fentanyl, Buprenorphin: Titration nach Bedarf		

Die hier aufgeführten Indikationen und Verabreichung als Subkutangabe sind zum Teil außerhalb der Zulassung (off-label use)

Tabelle 2: Symptomlinderung bei intestinaler Obstruktion und Ileus.

Es gibt durchaus Situationen, in denen trotz Darmpassagestörung Ernährung indiziert und vom Patienten gewünscht wird. Dafür ist dann jedoch ein zentraler Zugang, meist ein Portsystem, die technische Voraussetzung.

Es ist sinnvoll, bei einem Subileus auf dem Boden einer intestinalen Obstruktion einen Behandlungsversuch mit Dexamethason (>12 mg/Tag) durchzuführen [7, 8], diesen aber nach fünf Tagen zu beenden, falls keine Wirkung aufgetreten ist, da – zumindest kurzzeitig – durch die abschwellende Wirkung erstaunliche Besserungen möglich sind.

Von den drei prominenten Ileus-Beschwerden Schmerz – Übelkeit – Erbrechen können die beiden erstgenannten oft ausreichend gelindert, das Erbrechen zumindest reduziert werden (Tabelle 2).

Die Schmerzen sprechen auf Novaminsulfon und Opioide an, die Übelkeit auf Haloperidol oder Levomepromazin in niedrigen Dosierungen. Vorsicht ist geboten bei Metoclopramid, da es die Peristaltik anregt und damit beim mechanischen Verschluss die Schmerzen vergrößert. Es sollte also nur beim paralytischen Ileus versucht werden.

Butylscopolamin wirkt einerseits spasmolytisch und damit beim mechanischen Verschluss schmerzlindernd, andererseits sekretionshemmend.

Mit diesem Vorgehen lässt sich bei etlichen Patienten, insbesondere bei tiefer sitzendem Ileus, die Häufigkeit des Erbrechens auf ein- bis zweimal am Tag reduzieren. Es liegt im Ermessen des Patienten, ob er dann noch eine

ableitende Magensonde haben möchte. 5HT₃-Antagonisten (zum Beispiel Ondansetron, Granisetron) werden in Einzelfällen gegen Übelkeit verwendet, sind jedoch Reservemittel, insbesondere da sie eine Obstipation verstärken und kostenintensiv sind.

Neuere Forschungsergebnisse [9, 10] belegen, dass Octreotid bei vielen Patienten (über drei Viertel) eine symptomlindernde Wirkung zeigt. Wenn die oben erwähnten medikamentösen Maßnahmen nicht ausreichend wirken (insbe-

sondere der Dexamethason-Versuch), dann beginnt man mit 3 x 100 µg Octreotid subkutan und steigert bis auf eine Tagesdosis von 600 bis 800 µg Octreotid. Als Erfolg gilt auch hier eine Reduktion von Volumen und Häufigkeit des Erbrechens.

Schwierigkeiten bereiten hoch gelegene Darmverschlüsse mit großen Volumina an Miserere oder gar die Magenausgangverschlüsse, bei denen häufig ein quälender Würgereiz besteht. Bei unzureichender medikamentöser Kontrolle bietet sich neben einer nasogastralen Entlastungs- sonde auch an, eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) als Ablaufsonde zu nutzen, also ausdrücklich nicht zur Ernährung. Liegt eine Sonde, so dürfen die Patienten wenigstens wieder trinken und schätzen zumindest den Geschmack des Getränks – auch wenn das gewohnte Bier umgehend im Ablaufbeutel erscheint.

Atemnot

Patienten mit Atemnot profitieren besonders von palliativer Versorgung: Um den Teufelskreis aus Angst und Atemnot zu unterbrechen, müssen nicht-medikamentöse Strategien (möglichst viel Raum, Luftzug, Ruhe, Sicherheit) mit pharmakologischen Interventionen (behandelbare Ursachen beseitigen, symptomatisch vor allem Opioide, Benzodiazepine gegen die begleitende Angst, eventuell Kortikosteroide) kombiniert werden.

Nützliche Internetadressen

- » www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de
Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland sowie
- » www.palliativ-portal.de
helfen bei der regionalen Suche nach Personen und Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Beim Palliativ-Portal findet man nützliche weitere Informationen rund um die Versorgung von Palliativpatienten.
- » www.vorsorgeregister.de
Hier findet man Informationen zu den Vorsorge-Urkunden (Patientenverfügung, Vorsorge-Vollmacht und Betreuungsverfügung) und kann diese auch online registrieren lassen.
- » www.arzneimittel-palliativ.de
Kostenfrei (jedoch registrierungspflichtig) werden von aktueller Literatur gestützte Monographien rund um die Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin zur Verfügung gestellt. Neben wissenschaftlichen Hintergrundinformationen umfassen diese auch wichtige Informationen für die Praxis, zum Beispiel Verfügbarkeit der Substanzen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Zudem bietet die Internetseite zahlreiche weitere hilfreiche Inhalte für die palliativmedizinische Praxis.
- » www.charta-zur-betreuung-sterbender.de
Diese „Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender“ ist in einem zweijährigen Projekt entstanden und erfasst den Ist-Zustand in Deutschland sowie wünschenswerte Weiterentwicklungen. Durch die hier mögliche Unterzeichnung kann man sich den Inhalten verpflichtet zeigen und die Charta unterstützen.

Mittlerweile sind einige dieser Vorgehensweisen durch entsprechende Forschungsergebnisse untermauert. So konnte eine Studie nachweisen, dass bei Patienten mit einem p_aO_2 (Partialdruck des Sauerstoffes) von über 60 Prozent, die Atemnot genauso gut gelindert wurde, wenn Raumluft über eine Sauerstoff-Nasenbrille gegeben wurde, als wenn Sauerstoff benutzt wurde. Entscheidend für den Effekt ist es, dass man einen Luftzug im Gesichtsbereich spürt [11]. Durchaus wirksam sind daher auch Ventilatoren gegen Atemnot – eine Beobachtung der täglichen Praxis hat sich bestätigt.

Erneut konnte gezeigt werden, dass Opiode gegen Atemnot sicher und wirksam sind. Getestet wurden Tagesdosen von 10 bis 30 mg Morphin bei Patienten mit chronischer Dyspnoe (COPD, Lungenkarzinom). Es kam zu keiner respiratorischen Depression und einer Ansprechrate von über 60 Prozent [12]. Wichtig für die Praxis ist es, so vorzugehen wie in der Schmerztherapie und die Dosis zu titrieren. Oftmals reicht für eine Dämpfung der Atemnot eine Dosierung, die bei der Hälfte der Anfangsdosis gegen Schmerzen liegt oder sogar darunter. Bei einem Opioid-naiven Patienten mit einer COPD oder Herzinsuffizienz können schon Anfangsdosen von 0,5 bis 1 mg Morphin (zum Beispiel in Form von Tropfen) ausreichen, um die Atemnot zu lindern.

Es besteht allerdings nach wie vor Bedarf an absichernder Forschung.

Strukturen der Palliativversorgung in Bayern

Schwerstkranke und ihre Familien können ambulant bereits seit Jahren von Hospizdiensten unterstützt werden. In Bayern gibt es derzeit rund 140 Hospizgruppen und -vereine, etwa 70 Hospizvereine haben fachlich qualifiziertes Personal angestellt, das für die Rekrutierung, Schulung und Koordination der ehrenamtlichen Helfer (in Bayern derzeit rund 5.800) und für die pflegerische oder soziale Beratung zuständig sein kann bzw. längerfristige Koordinationen durchführt.

Stationäre Hospize, derzeit 14 in Bayern, übernehmen Menschen am Lebensende, die eine besonders fachkundige Pflege benötigen. 48 bayerische Krankenhäuser verfügen über eine Palliativstation.

Als wesentliche Neuerung auf Landesebene sind in Bayern 2009 die „palliativmedizinischen Dienste“ für Krankenhäuser konzipiert worden. Gerade für Häuser ohne Palliativstation be-

steht damit die Möglichkeit, ein Palliativteam aufzubauen, das bei Palliativpatienten im ganzen Haus beratend oder behandelnd zugezogen wird. Derzeit sind knapp 40 palliativmedizinische Dienste in bayerischen Krankenhäusern tätig.

Auf Bundesebene führte die gesetzliche Einführung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ab 2009 zum Aufbau von Palliative Care-Teams, die im ambulanten Sektor zugezogen werden können, sozusagen als mobile Palliativstationen. Diese Teams (zumindest ärztliche und pflegerische Spezialisten müssen vertreten sein) arbeiten ausdrücklich ergänzend zu Haus- und Fachärzten sowie zu den Pflegediensten und in Kooperation mit den Hospizvereinen. Momentan haben 20 SAPV-Teams sowie zwei spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgungs (SAPPV)-Teams einen Vertrag mit den Krankenkassen. Damit lebt derzeit rund die Hälfte der bayerischen Bevölkerung in einem Gebiet, das über SAPV verfügt, überwiegend in Ballungsgebieten.

Für die ländlichen Regionen muss noch ein angepasstes Konzept gefunden werden. Eine SAPV-Versorgung muss auf einem speziellen Formular verordnet werden (weitere Informationen unter www.palliativ-portal.de; siehe Infokasten). Der verordnende Arzt erhält eine Vergütung nach EBM.

Eine Übersicht über die Strukturen der Palliativversorgung findet sich im Rahmenkonzept der bayerischen Sozial- und Gesundheitsministerien [13].

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Im September 2009 ist das dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten; neu formuliert wurden die §§ 1901a und b sowie § 1904 BGB sowie die §§ 287 und 298 FamFG. Damit ist nun geregelt, wie bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten dessen Wille berücksichtigt wird.

Anzeige

Wo andere
aufhören, machen
wir weiter.

Der Unterschied liegt im Detail.
Und im Detail liegt der wahre
Mehrwert.



PRIVATABRECHUNG VON EXPERTEN FÜR EXPERTEN



Medas

Medas GmbH | Messerschmittstraße 4 | 80992 München | www.medas.de

Wie bisher muss zunächst der behandelnde Arzt eine Indikation für eine Maßnahme sehen. Eine solche besteht zum Beispiel nicht für Ernährung oder gar Reanimation in der unabwendbaren Sterbephase. Somit ist die Frage nach dem Patientenwillen hier irrelevant, da ärztlich nicht indizierte Maßnahmen nicht verlangt werden können. Hierunter fallen viele Situationen in der Palliativmedizin: Am wichtigsten ist es also, ärztlicherseits den Mut zu einer klaren Entscheidung zu besitzen, im palliativen Setting meist zum Fehlen einer Indikation zur Weiterbehandlung.

Bei indizierten Maßnahmen ist neu, dass der Arzt ausdrücklich einen Gesprächspartner benötigt, auch und gerade dann, wenn der Patient selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist und nicht bereits im Vorfeld mit dem Arzt das Vorgehen festlegen konnte. Dann muss der Arzt den indizierten Eingriff mit dem gesetzlichen Vertreter besprechen, also mit einem Bevollmächtigten (vom Patienten dazu schriftlich autorisiert, die Vollmacht muss vorgelegt werden) oder Betreuer (eine vom Gericht bestimmte und überwachte Person, eventuell über eine Betreuungsverfügung vorab vom Patienten genannt); weder Kinder noch Ehepartner sind automatisch dazu berechtigt. Anschließend ist es laut Gesetz Aufgabe dieses Vertreters, den Patientenwillen zu ermitteln und ihm Geltung zu verschaffen. Dazu hat er zunächst zu prüfen, ob die Festlegungen einer schriftlichen Patientenverfügung, sofern eine solche vorliegt, auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer/der Bevollmächtigte die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er im Sinne des Patienten in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.

Dieses dialogische Verfahren entlastet den Arzt und stärkt die Rolle des Vertreters, belastet diesen aber auch. In der Realität benötigen Bevollmächtigte häufig Unterstützung beim Feststellen des Behandlungswunsches oder gar eines mutmaßlichen Willens, wobei sich Ethik-Beratungen als sehr hilfreich erweisen; in Krankenhäusern gibt es zunehmend Ethik-Berater, der niedergelassene Arzt kann SAPV-Teams oder Fachkräfte der Hospizvereine hinzuziehen.

Das Wichtigste in Kürze

- » Die größte Relevanz in der Schmerztherapie besitzt weiterhin das Stufenschema der WHO, insbesondere die Dauertherapie mit lang wirkenden Opioiden.
- » Ist bei nicht operablem Ileus trotz medikamentöser Möglichkeiten eine Magensonde unumgänglich, sollte eine ableitende PEG gelegt werden.
- » Die gesetzlichen Regelungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten verlangen das dialogische Verfahren mit einem Vertreter, welcher den schriftlich oder mündlich geäußerten Patientenwillen ermittelt.
- » Die Strukturen in Palliative Care sind durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie palliativmedizinische Dienste im Krankenhaus erweitert worden.

Sollte der Arzt bei schwerwiegenden Entscheidungen Zweifel daran haben, dass der Vertreter im Sinne des Patienten handelt – sogenannter Konfliktfall –, dann hat er das Betreuungsgericht einzuschalten. Auch der Vertreter kann das Betreuungsgericht bitten, den Patientenwillen zu ermitteln, was manchmal entlastend wirkt, gerade wenn nahe Angehörige als Bevollmächtigte emotional schwierige Entscheidungen zu treffen haben.

Bei einer Beratung zur Patientenverfügung ist es also besonders wichtig darauf hinzuweisen, auch einen geeigneten Fürsprecher auszuwählen, die eigenen Einstellungen mit ihm zu besprechen und ihm eine Vorsorgevollmacht zu geben. All diese Vorsorge-Urkunden können im Zentralen Vorsorgeregister (Details unter www.vorsorgeregister.de) registriert werden; derzeit haben etwa 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürger dies bereits in Anspruch genommen. Da die Betreuungsgerichte das Zentrale Vorsorgeregister elektronisch abfragen, bevor ein Betreuungsverfahren durchgeführt wird, werden unnötige Betreuer-Bestellungen vermieden.

Effekt von Palliativmedizin auf den Krankheitsverlauf

Abschließend sei auf eine bemerkenswerte Studie hingewiesen, welche den Effekt von palliativmedizinischer Versorgung bei Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom untersuchte. Die Gruppe der Patienten, welche begleitend zur onkologischen Standard-Therapie regelmäßig palliativmedizinisch betreut wurde, litt weniger unter Depression, wurde weniger häufig am Lebensende noch chemotherapeutisch behandelt (54 versus 33 Prozent) – und lebte länger (Überlebenszeit 11,6 versus 8,9 Monate) [14].

Fazit

Die junge Fachrichtung Palliativmedizin hat sich in den vergangenen Jahren wissenschaftlich und strukturell deutlich erweitert. Auch neuere Medikamente (zum Beispiel Octreotid) sowie Verfahren (zum Beispiel PEG) aus der kurativen Medizin haben mittlerweile in bestimmten Situationen einen Stellenwert. Weiterhin beruht ein Großteil der Tätigkeit auf Erfahrung, es lassen sich jedoch erfreulicherweise zunehmend palliative Vorgehensweisen auch über Studien begründen, obwohl Forschung in dieser menschlichen Extremsituation besonders schwierig zu gestalten ist.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Autorinnen angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Die Autorinnen erklären, dass sie keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten haben, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Autorinnen

Constanze Rémi, M. Sc., Fachapothekerin für Klinische Pharmazie, Klinikum der Universität München, Apotheke und SAPV-Team, Marchioninistraße 15, 81377 München

Dr. Elisabeth Albrecht, Fachärztin für Innere Medizin, Palliativmedizin, PALLIAMO SAPV-Team, Cranachweg 16, 93051 Regensburg