

# Palliative Care

aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie

**Palliative Care** (lat. *cura palliativa*<sup>[1]</sup> von *palliare* „mit einem Mantel bedecken“; engl. *care* „Fürsorge, Versorgung, Betreuung, Aufmerksamkeit“) ist das international anerkannte Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen jeden Alters mit einer nicht mehr zu heilenden Grunderkrankung. Nach ihrer Begründerin Cicely Saunders geht Palliative Care mit einer bestimmten Haltung einher, die als Orientierung in und zwischen Organisationen verstanden werden kann.<sup>[2]</sup> So versteht sich Palliative Care auch, aber nicht ausschließlich als Alternative zu auf Heilung ausgerichteter Behandlung, und bezieht sich ausdrücklich nicht nur auf die Patienten, die sich schon im letzten Stadium einer tödlichen Erkrankung befinden.

Zusätzlich beschäftigt sich Palliative Care mit Lehre und Forschung auf diesem Gebiet. Daraus entwickelten sich weitere wissenschaftliche Disziplinen, wie zum Beispiel Spiritual Care, sowie Konzepte zur Vorsorge wie das Advance Care Planning (ACP), für die letzte Lebensphase die End-of-Life-Care (EoLC) und für Angehörige die Trauerbegleitung.

Die sich daraus ergebende praktische **Palliativversorgung** ist eine Form der Care-Arbeit, die von mehreren Einrichtungen des Gesundheitswesens angeboten und in interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und auch ehrenamtlichen Helfern umgesetzt wird. Tragende Säulen sind hierbei die Palliativmedizin, die Palliativpflege und die Hospizarbeit. Werden Palliativ-Fachleute und erfahrene Helfer frühzeitig hinzugezogen, können Notfälle, Krisen und letztlich der Sterbeprozess besser bewältigt und damit gegebenenfalls ungewünschte oder unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.<sup>[3]</sup> Außerdem konnte nachgewiesen werden, dass sich bei frühzeitiger palliativer Mitbehandlung die verbleibende Lebenszeit verlängern kann, und das bei verbesserter Lebensqualität.<sup>[4]</sup>

In vielen Ländern wurden daher eigene Konzepte mit überprüfbaren Kriterien für die Palliativversorgung entwickelt. Diese beziehen sich auf alle Bereiche der psychosozialen Begleitung und medizinisch-pflegerischen Versorgung, die den Schwerkranken beziehungsweise Sterbenden und seine Angehörigen unmittelbar betreffen. Schwerpunkte sind die Symptomkontrolle zur Linderung individuell empfundener Beschwerden und Unterstützung bei psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen. Das Ziel ist, die bestmögliche Lebensqualität für den betroffenen Patienten und dessen Familie zu erreichen.

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Konzept
  - 1.1 Basisprinzipien der Palliative Care
- 2 Entstehung des Begriffs
- 3 Definitionen der WHO
- 4 Zielgruppe
- 5 Wirksamkeit frühzeitiger Palliative Care
- 6 Entwicklung der Palliative Care in verschiedenen Ländern
  - 6.1 Deutschland
  - 6.2 Österreich
  - 6.3 Schweiz
- 7 Zugang zu Angeboten der Palliativversorgung
  - 7.1 Deutschland
- 8 Europäische und internationale Organisationen
- 9 Siehe auch
- 10 Literatur
- 11 Weblinks

## Konzept

Das Konzept Palliative Care berücksichtigt die aktuelle körperliche, seelische, soziale und spirituelle Situation und die daraus folgenden Bedürfnisse schwer und unheilbar erkrankter Menschen und ihres Umfeldes: Angehörige werden als nahestehende Begleiter des Schwerkranken miteinbezogen und erfahren ebenso wie der Patient Unterstützung und Zuwendung. Außerdem können sie dazu beitragen, den mutmaßlichen Willen des Kranken zu ergründen, wenn dieser nicht (mehr) für sich selbst sprechen kann und keine entsprechenden Verfügungen vorliegen. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass Bedürfnisse, Wunsch und Wille des Kranken die Grundlage für alle Behandlungs- und Pflegemaßnahmen sind.

Verschiedene, nicht nur im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen setzen Palliative Care in enger Vernetzung und in Hinblick auf Wunsch und Willen des Patienten um: Neben ehrenamtliche Helfern, ärztlichem und Pflegepersonal beteiligen sich bei Bedarf auch Diätologen, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Palliative Care versteht sich ausdrücklich nicht als Behandlungs- und Betreuungsoption nur für die letzten Lebenstage, sondern als frühzeitig einsetzbare Begleitung der Betroffenen; im Idealfall schon ab Diagnosestellung einer tödlich verlaufenden Erkrankung.

Eine Grundhaltung der Palliative Care ist die Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens. Daher wird das künstliche Verzögern des Sterbens abgelehnt, ebenso die aktive Sterbehilfe.

## Basisprinzipien der Palliative Care

Cicely Saunders formulierte 1977 folgende Basisprinzipien für die Palliative Care, in der die besondere hospizliche Haltung zum Ausdruck kommt (Übersetzung aus dem Englischen):<sup>[5]</sup>

1. Die Behandlung des Patienten findet in unterschiedlicher Umgebung (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim o. a.) statt.
2. Das Management erfolgt durch ein erfahrenes, professionelles, multidisziplinäres Team.
3. Die Kontrolle allgemeiner Symptome, insbesondere des Schmerzes, erfolgt durch Spezialisten.
4. kompetente Pflege durch erfahrenes Pflege(fach)personal
5. Das Behandlungsteam wird von einem geeigneten Teammitglied geleitet.
6. Die Bedürfnisse von Patienten und seiner Familie werden als Ganzes betrachtet.
7. Freiwillige (Ehrenamtliche) sind integraler Bestandteil des versorgenden Teams.
8. Es gilt der Grundsatz „High person, low technology“, d. h. das Menschliche tritt in den Vordergrund, das medizinisch mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund. Ziel der Therapie ist die Lebensqualität des Patienten.
9. Die zentrale Administration ist (ständig) erreichbar.
10. anschließende Trauerbegleitung
11. Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
12. Lehre (Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Seelsorgern)
13. Engagement und Hingabe (das Begleiten schmerzlicher Umstände erfordert eine gewisse Reife, Mitgefühl und Verständnis)

## Entstehung des Begriffs

Palliative Care hat seinen Ursprung in der Hospizbewegung, die in den 1960er Jahren im Vereinigten Königreich von Cicely Saunders begründet wurde. Saunders sprach zunächst von *Care of the Dying*,<sup>[6]</sup> später verwendete sie den Begriff *Hospice Care*.<sup>[7][8]</sup> Durch das Buch *On Death and Dying* von Elisabeth Kübler-Ross erfuhr der kanadische Arzt Balfour Mount (\* 1939) vom St Christopher's Hospice, das von Saunders gegründet worden war. Veranlasst durch eine krankenhausinterne Untersuchung zur Situation Sterbender, die erschütternde Ergebnisse zu Tage brachte, suchte Mount nach Wegen, die die unzulängliche Behandlung dieser

Patientengruppe verbessern konnten. Er nahm Kontakt zu Saunders auf und hospitierte 1973 eine Woche lang im Londoner Hospiz. Beeindruckt von der dortigen Arbeit baute Mount 1975 im Royal Victoria Hospital Québec eine hospizähnliche Abteilung auf. Ursprünglich beabsichtigte Mount, diese erste Palliativeinrichtung innerhalb eines Akutkrankenhauses auch *hospice* zu nennen. Da der Begriff aber im Französischen schon durch die Bedeutung *Pflegeheim* besetzt war, schuf Mount die Bezeichnung *Palliative Care* (französisch: *soins palliatifs*).<sup>[9]</sup>

Für die aus dem Englischen stammende Bezeichnung gibt es im Deutschen keine passende Übersetzung, die alle Facetten von Palliative Care in einem Begriff zusammenfasst. Eine 2008 erschienene Analyse der Fachliteratur ergab 37 englischsprachige und 26 deutschsprachige Definitionen zu den Begriffen Palliative Care und Palliativmedizin.<sup>[10]</sup> Die entsprechenden Fachkreise haben daher den international gültigen Fachausdruck im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommen.<sup>[11][12]</sup>

## Definitionen der WHO

1990 veröffentlichte die WHO eine Definition für das Betreuungskonzept:

Palliative Care ist...

„... die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen die erfolgreiche Behandlung der Schmerzen und weiterer Symptome sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“

2002 wurde diese Definition von einer neuen Version abgelöst. Danach ist Palliative Care

„... ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

## Zielgruppe

Palliativversorgung ist in erster Linie ein Angebot an Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Dazu zählen nicht nur Tumorkrankheiten, sondern auch Menschen mit neurologischen degenerativen Krankheiten wie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), angeborenen oder erworbenen körperlichen Defekten wie Mukoviszidose, Lungenfibrose oder irreversibles Schädel-Hirn-Trauma, sowie Hochbetagte, die oft unter mehreren, mitunter chronisch verlaufenden, internistischen Krankheiten oder Demenz leiden.

Entscheidend für die Indikation einer Palliativbehandlung ist aber nicht die Todesnähe, sondern ob der Erkrankte an belastenden Symptomen leidet, oder anderen durch die Krankheit verursachten Unterstützungsbedarf hat, der möglicherweise auch das Umfeld des Patienten betrifft. Insofern werden auch Angehörige zur Zielgruppe der Palliative Care gerechnet, die oft ebenso wie der Patient einer psycho-sozialen Betreuung bedürfen.

Ist beispielsweise eine kurative Behandlung der Grunderkrankung mit medizinischen Maßnahmen wie Chemo- und Strahlentherapie, die häufig mit erheblichen Nebenwirkungen und Einschränkungen einhergehen, nicht mehr möglich oder nicht gewünscht, tritt als Therapieziel jetzt die Lebensqualität in den Vordergrund. Eine solche Therapiezieländerung wird mit dem Patienten vereinbart, muss aber auch seinen Bezugspersonen vermittelt werden, so dass alle Beteiligten die Entscheidung verstehen und mittragen können.

Um auch zukünftigen Konflikten weitgehend vorzubeugen und in Notfallsituationen angemessen reagieren zu können, benötigen insbesondere im häuslichen Bereich pflegende Angehörige umfassende Information, Beratung, Anleitung und menschliche Unterstützung durch entlastende Gespräche. Diese Aufgaben übernehmen Mitarbeiter ambulanter Palliative-Care-Teams oder Hospizdienste, die nach entsprechender Absprache rund um die Uhr erreichbar sind und bei Bedarf vor Ort erscheinen.

Bei Palliativpatienten, die im Pflegeheim wohnen, wird (bei entsprechender Indikation) auf diese Weise auch das dortige Pflegepersonal unterstützt, um zum Beispiel einer ungewünschten Krankenhauseinweisung zuvorzukommen.

## **Wirksamkeit frühzeitiger Palliative Care**

Mehrere Untersuchungen von Patienten mit metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkrebs, denen schon bei der Erstdiagnose neben der onkologischen Standardbehandlung gleichzeitig Palliativversorgung angeboten wurden, zeigten einen Rückgang der Symptome, Verbesserung der Lebensqualität, mehr Patientenzufriedenheit und eine geringere Belastung der Pflegepersonen. Dies bewog die American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2012 zu der Annahme, dass dieses Ergebnis auch auf Patienten mit anderen onkologischen Erkrankungen zutrifft. Daher entschloss sie sich zu einer vorläufigen klinischen Empfehlung, nach der eine frühzeitige Beteiligung von Palliative Care zu einer effektiveren Versorgung führt und unnötige beziehungsweise vergebliche Intensivbehandlungen reduziert.<sup>[13]</sup>

Dieser Empfehlung schlossen sich 2015 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) in einer gemeinsamen Stellungnahme an.<sup>[14]</sup>

## **Entwicklung der Palliative Care in verschiedenen Ländern**

### **Deutschland**

Als sich in Deutschland die Hospizbewegung und parallel dazu auch die Palliativmedizin zu formieren begannen, orientierten sich die Initiatoren zunächst an englischen Einrichtungen, die schon Konzepte zur Begleitung der letzten Lebensphase Schwerkranker entwickelt hatten.<sup>[15]</sup>

1983 wurde am Universitätsklinikum Köln die erste Palliativstation mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe eingerichtet. Ihr war ein Hausbetreuungsdienst angeschlossen. 1986 wurde mit dem *Haus Hörn* das erste stationäre Hospiz in Aachen eröffnet. 1992 formierte sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz), die 2007 in Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) umbenannt wurde. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entstand 1994 die erste medizinische Fachgesellschaft, die ganz im Sinne von Palliative Care auch Angehörige nichtmedizinischer Berufsgruppen als Mitglieder zulässt. 2016 gab es nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. 304 Palliativstationen/-einheiten, 235 stationäre Hospize und 1.500 ambulante Einrichtungen in der Bundesrepublik.<sup>[16]</sup>

Mit dem von der DGP entwickelten *Basiscurriculum Palliative Care* erschien 1996 eine Zusammenfassung der Schwerpunkte von Palliative Care. Dazu gehört unter anderem die kreative und individuelle Pflege, Medizin und soziale Arbeit, die die körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Schwerkranken und seines Umfeldes wahrnimmt und bei Bedarf mit Hilfe ambulanter und stationärer Einrichtungen angemessen unterstützt. Auf dieser Grundlage entwickelten sich die Fortbildungen im Bereich Palliative Care, die auf die verschiedenen Berufsgruppen zugeschnitten wurden. An verschiedenen Universitäten wurden inzwischen Masterstudiengänge für Palliative Care eingerichtet, unter anderen in Bremen, Dresden und Freiburg.

2007 trat die gesetzliche Grundlage zur Finanzierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Kraft. Im Rahmen der SAPV organisieren speziell geschulte Palliative-Care-Teams die weitere umfassende palliativmedizinische und -pflegerische Behandlung sowie die psychosoziale und seelsorgerliche Begleitung Schwerkranker und Sterbender im häuslichen Bereich. In manchen Regionen haben sich auch schon

vor der Einführung der SAPV Versorgungsmodelle dieser Art entwickelt, beispielsweise etablierte sich in Baden-Württemberg unter dem Begriff der Brückenpflege ein Projekt zur verbesserten Begleitung Krebskranker aus dem Krankenhaus in die ambulante Betreuung.

Im November 2015 wurde das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) im Deutschen Bundestag verabschiedet. Damit wird Palliative Care ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung. Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf individuelle Beratung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliative Care. Außerdem soll Palliativpflege, die innerhalb der häuslichen Krankenpflege geleistet wird, für Pflegedienste abrechenbar werden.<sup>[17]</sup>

## Österreich

Erste Initiativen zu einem anderen Umgang mit Sterbenden wurden Ende der 1970er Jahre angestoßen, aufgrund von Forderungen beruflich Pflegender, die sich durch die Tabuisierung des Themas vor große Probleme gestellt sahen. 1987 bildete sich innerhalb der in Deutschland ein Jahr zuvor gegründeten *Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand* (IGSL) eine Sektion Österreich.<sup>[18]</sup>

Unter dem Titel *Hospiz* wurde die Palliativmedizin erstmals 1999 in den *Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan* (ÖKAP/GGP) aufgenommen. Ab 2001 begann der Auf- und Ausbau von Palliativeinheiten in den Akutkrankenhäusern. Gemeinsam mit dem *Dachverband Hospiz Österreich* und der *Österreichischen Palliativgesellschaft* entwickelte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004 „Bausteine für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“. In der „Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ einigten sich Bund und Bundesländer auf die Einführung der abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich. Seit 2010 ist das Konzept Bestandteil des *Österreichischen Strukturplans Gesundheit*.

Das Konzept verfolgt das Ziel „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen, was bedeutet, dass etwa 80 bis 90 Prozent aller Sterbenskranken nur einer palliativen Grundversorgung bedürfen. Diese sollen alle Dienstleister und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erbringen können, was eine entsprechende Qualifikation der Mitarbeiter in Palliative Care erfordert. Dagegen soll die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung den 10 bis 20 Prozent aller Sterbenskranken vorbehalten sein, die sich in einer komplizierteren Situation befinden. Es handelt sich dabei um sechs verschiedene Leistungsangebote, die die Grundversorgung ergänzen: Palliativkonsiliardienst, Mobiles Palliativteam (ähnlich der SAPV in Deutschland) und Hospizteam (entspricht dem Ambulanten Hospizdienst) als unterstützende, Palliativstation, Tages- und Stationäres Hospiz als betreuende Angebote.<sup>[19]</sup>

An der Universität Klagenfurt wurde der Internationale Universitätslehrgang Palliative Care eingerichtet, mit dem der Abschluss Master of Advanced Studies (MAS)/Palliative Care erworben werden kann.<sup>[20]</sup>

## Schweiz

Die Krankenschwester und Erziehungswissenschaftlerin Rosette Poletti beschäftigte sich ab 1970 an der Ecole du Bon Secours in Genf mit Palliative Care. Nach Vortragsreisen von Elisabeth Kübler-Ross in der deutschen Schweiz entstanden in dieser Zeit verschiedene Freiwilligengruppen, darunter das Hospiz Aargau, die Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker und Freiwilligengruppen am Kantonsspital Baden.<sup>[21]</sup> 1975 löste das Strafverfahren gegen Oberarzt Urs Haemmerli vom Zürcher Triemlispital eine öffentliche Debatte über Sterbehilfe durch Unterlassen einer «künstlichen Lebensverlängerung» aus. In der Folge verfasste die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften im November 2016 erstmals Richtlinien zur Sterbehilfe,<sup>[22]</sup> bald wurde aber auch die Gewährung<sup>[22]</sup> von aktiver Sterbehilfe gefordert, woraufhin sich 1982 die Sterbehilfeorganisation Exit gründete.<sup>[23]</sup>

Um 1980 begannen der Geriater Charles Henri Rapin und die Krankenschwester Anne Marie Panosetti am Centre des Soins Continus im Kanton Genf (heute Hôpital de Bellerive in Collonge) erstmals damit, palliative Medizin, Pflege und Begleitung umzusetzen.<sup>[24][25]</sup>

Im Jahr 1988 wurde die Fachgesellschaft palliative ch gegründet, anfangs unter dem Namen Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP). Sie zählt mit ihren zehn Regionalgesellschaften rund 2000 Mitglieder, die sich unter anderem aus Pflegenden, Ärzten, Seelsorgern und freiwilligen Sterbebegleitern zusammensetzen.<sup>[26]</sup>

2009 haben das Bundesamt für Gesundheit und die Gesundheitsdirektorenkonferenz eine gemeinsame „Nationale Strategie Palliative Care“ für die Jahre 2010–2012 verabschiedet, um Palliative Care angesichts der wegen einer veränderten Altersstruktur zunehmenden Zahl schwerkranker, pflegebedürftiger Menschen in der letzten Lebensphase im Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen zu verankern. Im Januar 2010 begann die Umsetzung in den fünf Teilprojekten Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung sowie einem übergreifenden Teilprojekt zur Definition der Leitlinien. Die palliative Versorgung in der Schweiz geschieht anhand einer Matrixstruktur mit einem ambulanten Bereich, einem Langzeit- oder Hospizbereich sowie einem akuten Stationärbereich.<sup>[27]</sup>

Am 25. Oktober 2012 wurde die „Nationale Strategie“ um drei Jahre bis 2015 verlängert.<sup>[28]</sup>

## **Zugang zu Angeboten der Palliativversorgung**

### **Deutschland**

Der behandelnde Haus- oder Facharzt ist in der Regel der erste Ansprechpartner; für Maßnahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sind auch keine besonderen Formalitäten erforderlich. Betroffene Patienten wie auch deren Angehörige können darüber hinaus eine kostenlose und unverbindliche Beratung bei den entsprechenden Stellen der Wohlfahrtsverbände oder direkt bei den verschiedenen Institutionen der Palliative Care vereinbaren. Dazu gehören der Ambulante Hospizdienst, stationäre Hospize und Palliativstützpunkte. Die meisten Einrichtungen bieten auch telefonische Beratung an.

Bei Komplikationen im Krankheitsverlauf kann der behandelnde Haus- oder Facharzt im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einen Palliativmediziner oder ein Palliativteam in die Behandlung mit einbeziehen. Können die Probleme im häuslichen Bereich nicht oder nur unzureichend behandelt werden, oder wird weitere spezielle Diagnostik bzw. Therapie benötigt, so kann der Arzt den Patienten beispielsweise in ein Krankenhaus überweisen, das über eine Palliativstation verfügt. Ist abzusehen, dass die Pflege des Kranken zuhause nicht übernommen oder nicht mehr angemessen aufrecht erhalten werden kann, beispielsweise weil sich die Angehörigen überfordert fühlen, sollte rechtzeitig Kontakt zu einer stationären Pflegeeinrichtung oder Hospiz aufgenommen werden, da diese Einrichtungen nicht immer sofort einen freien Platz anbieten können. Eine palliative Begleitung durch ein SAPV-Team kann auch im Pflegeheim erfolgen, wenn die Voraussetzungen dazu erfüllt sind.

Alle Krankenhäuser bieten mit einem eigenen Sozialdienst unter anderem Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Angeboten und bei der Bewältigung der im Einzelfall nötigen Formalien, wie sie beispielsweise für eine Aufnahme in die oder in ein stationäres Hospiz erforderlich sind. In Kliniken, die über eine palliativmedizinische Abteilung verfügen, wird bei Bedarf der palliativmedizinische Konsiliardienst eingeschaltet.

## **Europäische und internationale Organisationen**

Die European Association for Palliative Care (EAPC) vereint fast 50 Dachverbände und Fachgesellschaften aus 27 europäischen Ländern.

In Deutschland sind das der Bundesverband Kinderhospiz e.V., die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V., in Österreich der Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ) und die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), in der Schweiz Palliative ch (Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs).<sup>[29]</sup> Ziele sind unter anderen, die Ausbildung auf allen Ebenen der Gesundheitssysteme im Bereich Palliative Care zu unterstützen, diesbezügliche Interessen zu vertreten, die Forschung und evidenzbasierte Praxis der Palliative Care zu fördern und die Zusammenarbeit zwischen den Anbietern, Organisationen, Institutionen und Einzelpersonen zu verbessern. Die EAPC entwickelt unter anderem Leitlinien für verschiedene Bereiche der Palliative Care, unterhält ein Forschungsnetzwerk und eine Reihe von Arbeitsgruppen, die sich mit speziellen Themen befassen, und richtet regelmäßig Kongresse aus.

Die International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) verfolgt die gleichen Ziele wie die EAPC weltweit. Sie veröffentlicht als Non-Profit-Organisation unter anderem kostenlos das *Manual of Palliative Care*.<sup>[30]</sup>

Das erste europäische Forschungszentrum, das European Palliative Care Research Centre (PRC) an der Technisch-Naturwissenschaftlichen Universität Norwegens und am St. Olavs Hospital (Trondheim University Hospital), koordiniert seit 2009 europäische, nordamerikanische und australische Forscher und Forschungsgruppen; unter anderem mit dem Ziel, die Symptombehandlung insbesondere bei Schmerz und Kachexie zu verbessern.<sup>[31]</sup>

## Siehe auch

- Palliative Therapie

## Literatur

- Claudia Bausewein, Susanne Roller, Raymond Voltz (Hrsg.): *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. Elsevier München, 5. Aufl. 2015, ISBN 978-3-437-23313-5
- Ernst Engelke: *Die Wahrheit über das Sterben. Wie wir besser damit umgehen*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 2015, ISBN 978-3-499-62938-9.
- G. Bollig, M. Unger, P. Pani: *Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin?* In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*. 06/2010, S. 304–313
- Gian Domenico Borasio: *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. C. H. Beck, München 2011, ISBN 978-3-406-61708-9
- Martina Kern, Monika Müller, Klaus Aurnhammer: *Basiscurriculum Palliative Care*. 2. überarb. Auflage. Pallia Med Verlag, Bonn 2007, ISBN 978-3-9931540-8-0.
- Cornelia Knipping: *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Auflage. Huber, Bern 2007, ISBN 978-3-456-84460-2.
- Sabine Pleschberger: *Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), 2001, ISSN 1435-408X. [1]
- Maria Wasner, Sabine Pankofer (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care*. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 2014, ISBN 978-3-17-023807-7

## Weblinks

- European Association for Palliative Care About the EAPC (englisch)
- International Association for Hospice & Palliative Care (englisch)
- WHO Definition Palliative Care, englisch, abgerufen am 16. Juni 2011

## Einzelnachweise

1. Michael Stolberg: „Cura palliativa“. *Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500–1850)*. In: *Medizinhistorisches Journal*, Band 42, 2007, S. 7–29.

2. G. Bollig, M. Unger, P. Pani: *Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin?* In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*. 06/2010, S. 311
3. *Advance Care Planning (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)*. dhpv.de ([http://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Service/Broschueren/Handreichung\\_ACP.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf)), abgerufen am 3. März 2017
4. J. Gärtner, U. Wedding, B. Alt-Epping: *Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung*. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17, Stuttgart 2016, S. 83-93. Abstract (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-103068.pdf>), abgerufen am 5. März 2017
5. D. A. Shephard: *Principles and practice of palliative care*. In: *Canadian Medical Association journal*. Band 116, Nummer 5, März 1977, S. 522–526, PMID 65206, PMC 1879355 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1879355/>) (freier Volltext).
6. C. Saunders: *Care of the Dying*. In: *Nursing Times*, Oktober 1959, Vol. 9, S. 960–61
7. *Dame Cicely Saunders, founder of the modern hospice movement, dies*. (<http://www.bmj.com/content/suppl/2005/07/18/331.7509.DC1>), englisch, abgerufen am 27. November 2015
8. *The American Journal of Medicine*, Volume 65, Issue 5, November 1978, S. 726–728
9. *A Moral Force: The Story of Dr. Balfour Mount*. ([http://www.virtualhospice.ca/Assets/Bal%20Mount%20article\\_20090310154705.pdf](http://www.virtualhospice.ca/Assets/Bal%20Mount%20article_20090310154705.pdf)) In: *The Ottawa Citizen*. 23. April 2005, abgerufen am 14. Mai 2013 (PDF; 7 kB, englisch).
10. Hans Christof Müller-Busch: *Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens*. Suhrkamp, Berlin 2012, S. 30
11. G. Bollig, M. Unger, P. Pani: *Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin?* In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*. 06/2010, S. 309
12. Gian Domenico Borasio: *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. C. H. Beck, München 2011, S. 174–178
13. T. J. Smith, S. Temin, E. R. Alesi, A. P. Abernethy, T. A. Balboni, E. M. Basch, B. R. Ferrell, M. Loscalzo, D. E. Meier, J. A. Paice, J. M. Peppercorn, M. Somerfield, E. Stovall, J. H. Von Roenn: *American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care*. In: *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Band 30, Nummer 8, März 2012, S. 880–887, doi:10.1200/JCO.2011.38.5161 (<http://dx.doi.org/10.1200%2FJCO.2011.38.5161>), PMID 22312101.
14. Gemeinsame Stellungnahme der AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie ([https://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/patientenversorgung/Stellungnahme\\_DGP\\_DGHO.pdf](https://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/patientenversorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf)); abgerufen am 1. März 2017
15. A. Heller, S. Pleschberger, M. Fink, R. Gronemeyer: *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*. Der Hospizverlag, Ludwigsburg 2012, S. 24–227.
16. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: *Zahlen und Fakten*. ([http://www.dhpv.de/service\\_zahlen-fakten.html](http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html)) 2016, abgerufen am 8. August 2016.
17. Bundesministerium für Gesundheit: *Bundestag beschließt Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung*. (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bt-23-lesung.html>), abgerufen am 26. November 2015
18. A. E. Höfler: *Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit*. Kursbuch Palliative Care 2, Wien 2001, S. 7–12 ([http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/broschuere\\_hospizgeschichte.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf)), abgerufen am 14. August 2016
19. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*. Hrsg.: Gesundheit Österreich GmbH, Wien 2014 ([http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere\\_hospiz-\\_und\\_palliativversorgung\\_1\\_12\\_2014.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf)). Abgerufen am 13. August 2016
20. Internationaler Universitätslehrgang Palliative Care / MAS an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (<http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/inhalt/521.htm>). Abgerufen am 15. August 2016
21. *Die Geschichte der Palliative Care*; palliative.ch (<https://www.palliative.ch/de/palliative-care/die-geschichte-der-palliative-care/>); abgerufen am 20. August 2016
22. Christoph Wehrli: *Die «Affäre Haemmerli» – Eklat um die Sterbehilfe*. In: *Neue Zürcher Zeitung* vom 16. Februar 2015 (<https://www.nzz.ch/schweiz/schweizer-geschichte/eklat-um-die-sterbehilfe-1.18483915>); abgerufen am 1. März 2017
23. *Vorreiter der passiven Sterbehilfe ist tot*. In: *Zürcher Oberländer* vom 25. August 2012 (<https://web.archive.org/web/20151103061346/http://www.zol.ch/ueberregional/kanton-zuerich/Vorreiter-der-passiven-Sterbehilfe-ist-tot/story/23723987>), abgerufen am 1. März 2017

24. *Medecine palliative: Histoire du service*. [www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch) (<http://www.hug-ge.ch/medecine-palliative/histoire-du-service>), französisch; abgerufen am 20. August 2016
25. Gilbert Zulian: *Docteur Charles-Henri Rapin. Gériatre, professeur de médecine, éthicien et pionnier des soins palliatifs, homme de cœur et de défis (1947–2008)*. ([https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/magazin/2008\\_3.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2008_3.pdf)), französisch; abgerufen am 20. August 2016. In: *palliative-ch* 3/2008, S. 42
26. palliative.ch: Fachgesellschaft (<http://www.palliative.ch/index.php?id=73&L=4%252525252C>), abgerufen am 13. März 2013
27. Matrixstruktur Palliative Care Versorgung Schweiz ([http://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/01wir\\_ueber\\_uns/pdf\\_download\\_alle\\_dokumente/2009\\_10\\_Uebersicht\\_Versorgungsstruktur.pdf](http://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/user_upload/01wir_ueber_uns/pdf_download_alle_dokumente/2009_10_Uebersicht_Versorgungsstruktur.pdf)) (PDF; 64,2 KB)
28. Kurzfassung Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015 ([http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/publikum/2\\_PalliativeCare/2\\_7\\_Kurzversion\\_Nationale\\_Strategie\\_Palliative\\_Care\\_DE.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/2_PalliativeCare/2_7_Kurzversion_Nationale_Strategie_Palliative_Care_DE.pdf)) (PDF; 360 KB)
29. Mitgliederliste der EAPC (<http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/EAPCmemberassociations.aspx>), abgerufen am 15. Juli 2015
30. Manual of Palliative Care (<http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manual-of-palliative-care/>), abgerufen am 15. Juli 2015 (englisch)
31. [ntnu.edu/prc/about-prc](https://www.ntnu.edu/prc/about-prc) (<https://www.ntnu.edu/prc/about-prc>), abgerufen am 1. März 2017 (englisch)

Normdaten (Sachbegriff): GND: 7730204-7

Abgerufen von „[https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Palliative\\_Care&oldid=164131465](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Palliative_Care&oldid=164131465)“

Kategorien: Palliativmedizin | Pflege | Soziale Arbeit | Sterbebegleitung | Medizinethik

---

- Diese Seite wurde zuletzt am 31. März 2017 um 21:58 Uhr bearbeitet.
- Der Text ist unter der Lizenz „Creative Commons Attribution/Share Alike“ verfügbar; Informationen zu den Urhebern und zum Lizenzstatus eingebundener Mediendateien (etwa Bilder oder Videos) können im Regelfall durch Anklicken dieser abgerufen werden. Möglicherweise unterliegen die Inhalte jeweils zusätzlichen Bedingungen. Durch die Nutzung dieser Website erklären Sie sich mit den Nutzungsbedingungen und der Datenschutzrichtlinie einverstanden.  
Wikipedia® ist eine eingetragene Marke der Wikimedia Foundation Inc.