



Palliativversorgung am Klinikum

Jährlich 425 000 Neuerkrankungen an Krebs – Tragende Versorgungsstrukturen notwendig

Palliative Care wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Krankheit einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden mittels frühzeitigen Erkennens, untadeligem Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002).

Von den jährlichen 425 000 Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland können bislang nur 45 Prozent durch primäre chirurgische, strahlentherapeutische und chemotherapeutische Behandlungsstrategien geheilt werden. Eine Zunahme der Krebserkrankungen um 35–40 Prozent bis 2010 ist zu erwarten.

Höchste Priorität

Die WHO räumt der Palliativmedizin höchste Priorität ein. Die Patienten, um die es hier geht, weisen drei besondere Merkmale auf:

- Es ist die größte aller Patientengruppen (jeder Mensch muss sterben).
- Für den Einzelnen gibt es kein wichtigeres Thema als ein menschenwürdiges Sterben, wie in einer Reihe von Untersuchungen gezeigt werden konnte.



Für den interdisziplinären palliativmedizinischen Konsiliardienst wurde eigens ein Logo entwickelt.

- Es gibt keine Gruppe von Patienten, die schwächer und verletzbarer ist als die Schwerkranken und Sterbenden. Sie haben keine Kraft mehr, sich zur Wehr zu setzen.

Das Klinikum Augsburg hat einen Versorgungsauftrag auf höchstem medizinischem Niveau zu erfüllen. Neben der kurativen Behandlung einschließlich erstklassiger Pränataldiagnostik am Beginn menschlichen Lebens schon im Mutterleib erfüllt es jedoch am Ende des Lebens diesen Auftrag noch nicht genügend.

Jährlich sterben im Klinikum ca. 1600 Patienten. Viele tausend unheilbar Kranke werden zusätzlich im Hause stationär oder ambulant behandelt und häufig mit

einer zum Tode führenden Diagnose – aber ohne ein umfassendes palliativmedizinisches Betreuungskonzept – entlassen. Diese Situation ist charakteristisch für fast alle deutschen Großkliniken. Das mag einer der Gründe für die weit verbreitete Skepsis in der Bevölkerung gegenüber der inzwischen hoch technisierten Medizin sein.

Was brauchen wir?

Gute Palliativmedizin und Hospizarbeit sind nicht möglich ohne menschliche und fachliche Kompetenz und ohne eine multidisziplinäre, sektorenübergreifende Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen. Diese Patienten brauchen fast täglich ärztliche Präsenz und Behandlung, sie brau-

chen Pflege, Verständnis, physische und psychische Unterstützung, Seelsorge, Nähe wie Distanz. Palliative Betreuung ist zweifelsfrei eine Frage der Haltung: Das Recht des Menschen auf Würde genießt höchste Priorität. Ausgehend von diesem obersten Prinzip unseres Grundgesetzes ist es unsere Aufgabe, die Würde des Menschen bis zuletzt zu wahren. Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit sind aus dieser Motivation heraus entwickelt worden.

Die Errichtung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes (IPK) war 2003 der erste Schritt des Klinikums, den stationären Patienten eine palliative Betreuung anzubieten. Eine Weiterführung dieses Konzeptes durch die Errichtung einer Palliativstation ist nicht nur eine gesellschaftliche Notwendigkeit, sondern umfasst den Versorgungsauftrag.

Da es der Wunsch der meisten Patienten ist, im häuslichen Umfeld bis zum Tode betreut zu werden, ist eine Vernetzung mit ambulanten Strukturen, sektorenübergreifend und multiprofessionell zwingend notwendig. Dies entspricht auch dem Ziel der Politik, Patienten in Würde und in der eigenen häuslichen Umgebung Sterben zu ermöglichen.

Zur sektorenübergreifenden Vernetzung sind mit dem Teilprojekt „End-of-life-Care“ schon gut funktionierende Wege beschritten worden.



Für eine würdevolle Betreuung der Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit ist das Gespräch und das aktive Zuhören eine wichtige Grundlage. Dr. Irmtraud Hainsch-Müller ist Mitglied im „Interdisziplinären palliativmedizinischen Konsiliardienst“ (IPK). Foto: Poppe

Für die Arbeit im IPK ist der regelmäßige Austausch wichtig. Im Bild die Mitglieder des IPK. Vorne v.l.: Dr. Irmtraud Hainsch-Müller, Hannelore Martinell, Pfarrer Karl Freihalter. Hinten v.l.: Dr. Christoph Aulmann, Monika Perret, Christine Keiler, Herbert Koch, Josefa Britzelmeier-Nann, Andrea Dankert. Auf dem Bild fehlen Dr. Robert Angster, Dr. Eckhard Eichner und Silke Schmidt. Foto: Wirth

