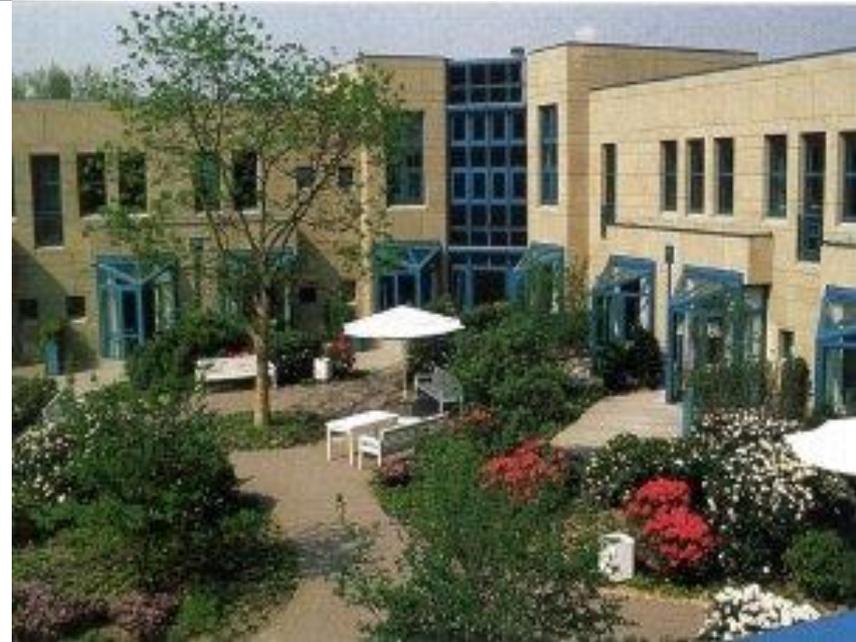




**UNIKLINIK
KÖLN**

Zentrum für
Palliativmedizin

Evangelische Akademie Tutzing
10. Dezember 2014



In Ruhe sterben – Aufgabe(n) der Palliativmedizin

Raymond Voltz

palliativzentrum.uk-koeln.de





UNIKLINIK
KÖLN

Zentrum für
Palliativmedizin



UNIKLINIK
KÖLN

Der Start... ...Palliativmedizin 1983



Festschrift
„25 Jahre Palliativmedizin“
1983 - 2008



Klinik und Poliklinik
für Palliativmedizin





**UNIKLINIK
KÖLN**

**Zentrum für
Palliativmedizin**





„SANFTES STERBEN“

(Tausch)

„GLÜCKLICH STERBEN“

(Küng)

„SELBSTBESTIMMT STERBEN“

(Borasio)

„VERSÖHNT STERBEN“

(Daiker)

„IN RUHE STERBEN“

(Gronemeyer, Heller)



In Ruhe sterben: Geht das?

- Un-Ruhe I – unnötig
- Un-Ruhe II – psychologisches Phänomen

- Ruhe I – Palliativ/Hospiz-Ansatz frühzeitig
- Ruhe II – Palliativ und Hospiz nur gemeinsam



Un-Ruhe I ...unnötig...



„...was die moderne Medizin nicht leisten kann“

- ...die moderne Medizin hat uns unfähig gemacht, mit dem Schmerz, mit der Einsamkeit, mit den Demütigungen des Alterns und dem Sterben sozial und menschlich umzugehen...
- ... besinnungslos flächendeckend zu werden....
- ... “total pain management“ ...organisierte ausgeklügelte palliative Stille....
- ... Liverpool Care Pathway...Sterben wird diagnostiziert....Der Sterbende wird auf den Pfad (*pathway*, also ins Computerprogramm eingespeichert) gesetzt....
- ... normative Standardisierung....



„lumper“



„splitter“

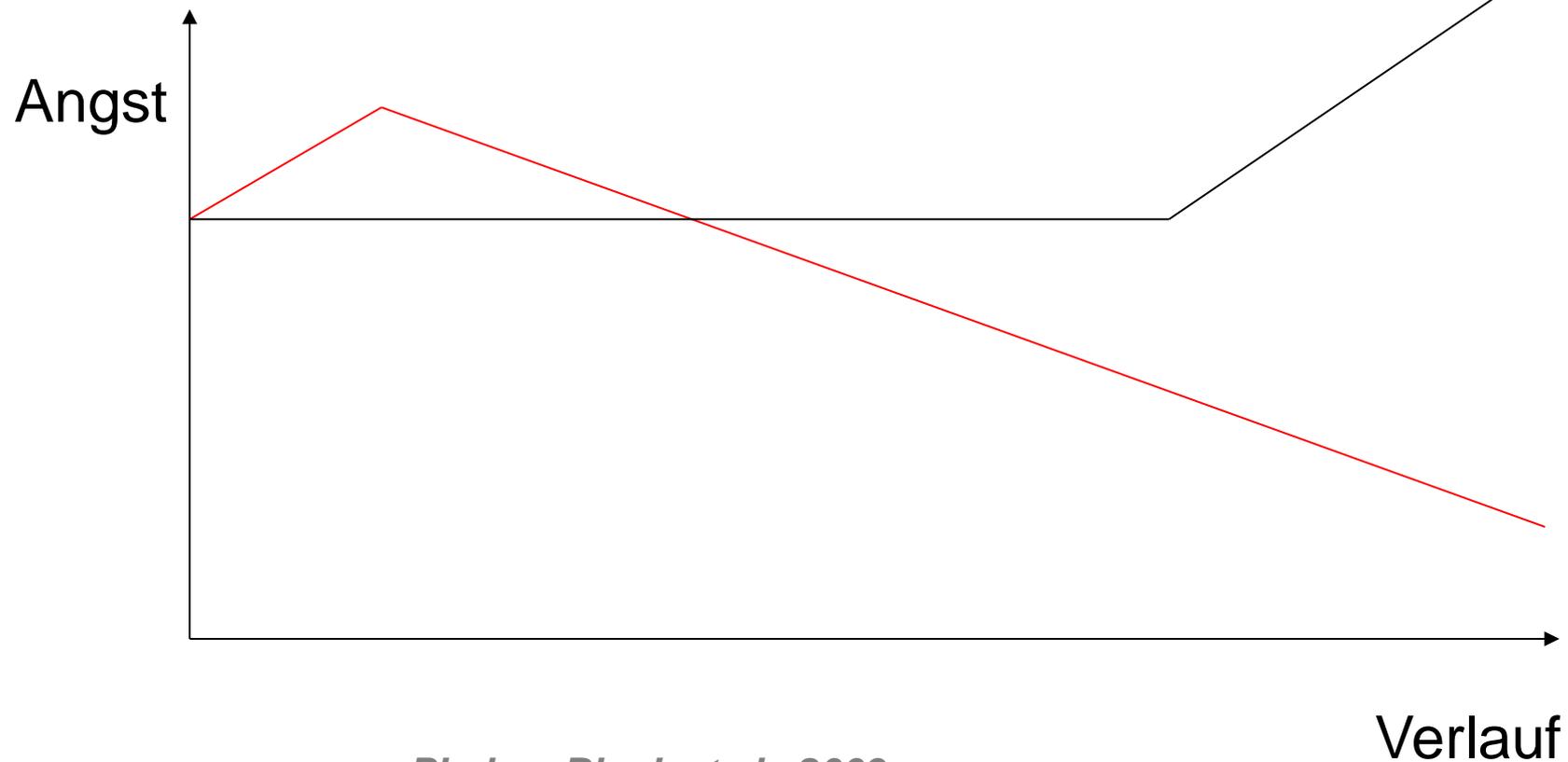


Un-Ruhe II

...kommt von alleine...



„Das letzte Lebensjahr“ – ein psychologischer Zustand



Phelps, Block et al., 2009



Angst vor Sterben/Tod

Lebensangst

„das letzte Lebensjahr“

Gesundheitskompetenz

Todeswunsch Tötungswunsch
Suizidalität

Lebenswille



>6 Jahre Pubertät mid life Gesundheit Krankheit Alter



Paradoxon von Angst/“distress“ vor Sterben und Tod



„aggressive
Therapiemaßnahmen“

„Suizidalität/
Todeswunsch“



Angst vor Sterben/Todeswunsch: Sichtweise von Gesunden

Die neue Gleichung

Autonomie = Würde = medizinisch assistiertes Sterben

60% Gesunde

3% Kranke (NL)

Aggressive Medizin am Lebensende

Stadium IV Lungen- oder Darmkrebs
Ontario, Kanada

– **Fast 50%** erhalten aggressive
Behandlung im letzten Lebensmonat

– 40%

Akute stationäre
Behandlung

– 16%

Chemotherapie (in den
letzten 2 Lebenswochen)

– 9%

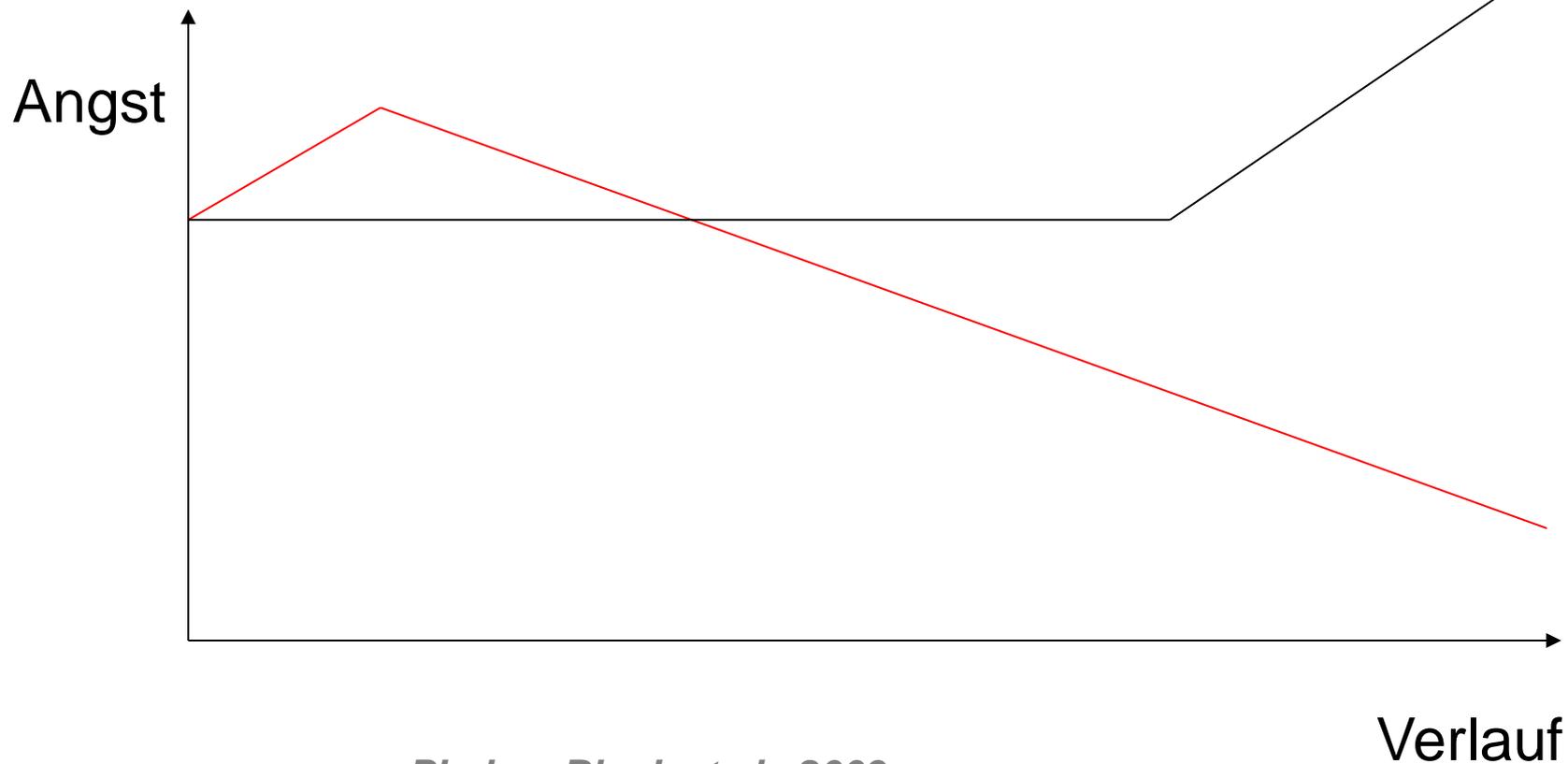
Intensivmedizin

Mack JW et al JCO 2012





„Das letzte Lebensjahr“ – ein psychologischer Zustand



Phelps, Block et al., 2009



Angstlinderndes Konzept „Hospice“

„Unit of care“

„Total pain“

ALS

Multiprofessionalität

Ehrenamtliche

sektorenübergreifend

Lehre

Öffentlichkeit

Forschung



Denial

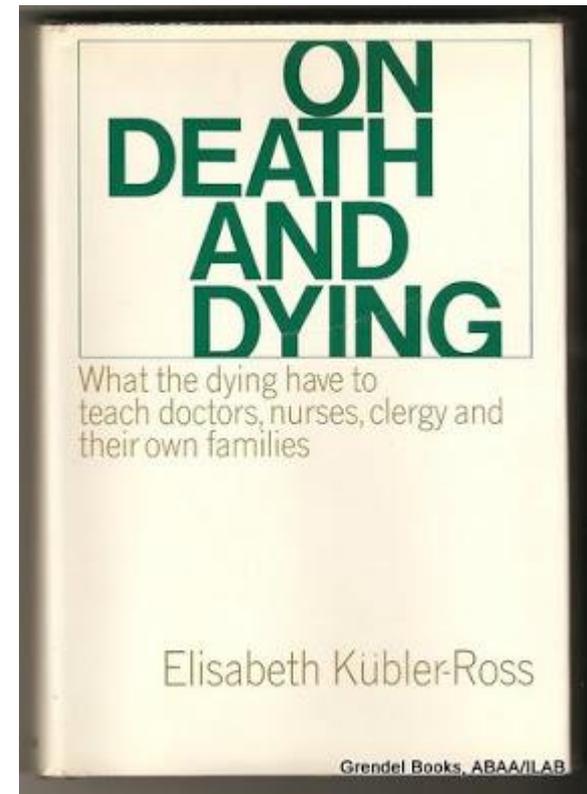
(Nichtwahrhabenwollen und
Isolierung)

Anger (Zorn)

Bargaining (Verhandeln)

Depression

Acceptance (Akzeptanz)





„double awareness“

Der Mensch kann scheinbar
Paradoxes GLEICHZEITIG denken

denial - acceptance

Hoffnung - Verzweiflung

Todeswunsch - Lebenswille

Soziale Kontakte - Alleinsein

Sterben - Leben

.....



Rodin & Zimmermann, 2008



UNIKLINIK
KÖLN

Zentrum für
Palliativmedizin



Gary Rodin, Toronto, 2014



Sicherheit in Bindungen “Attachment security“

– Bindungsangst

| Die Tendenz zu glauben, dass Verzweiflung eine Überforderung sein wird und dass Unterstützung nicht verfügbar sein wird.

– Bindungsvermeidung

| Die Tendenz Unabhängigkeit zu schätzen, da man sich auf andere nicht verlassen kann oder sollte, um Verzweiflung zu mindern.

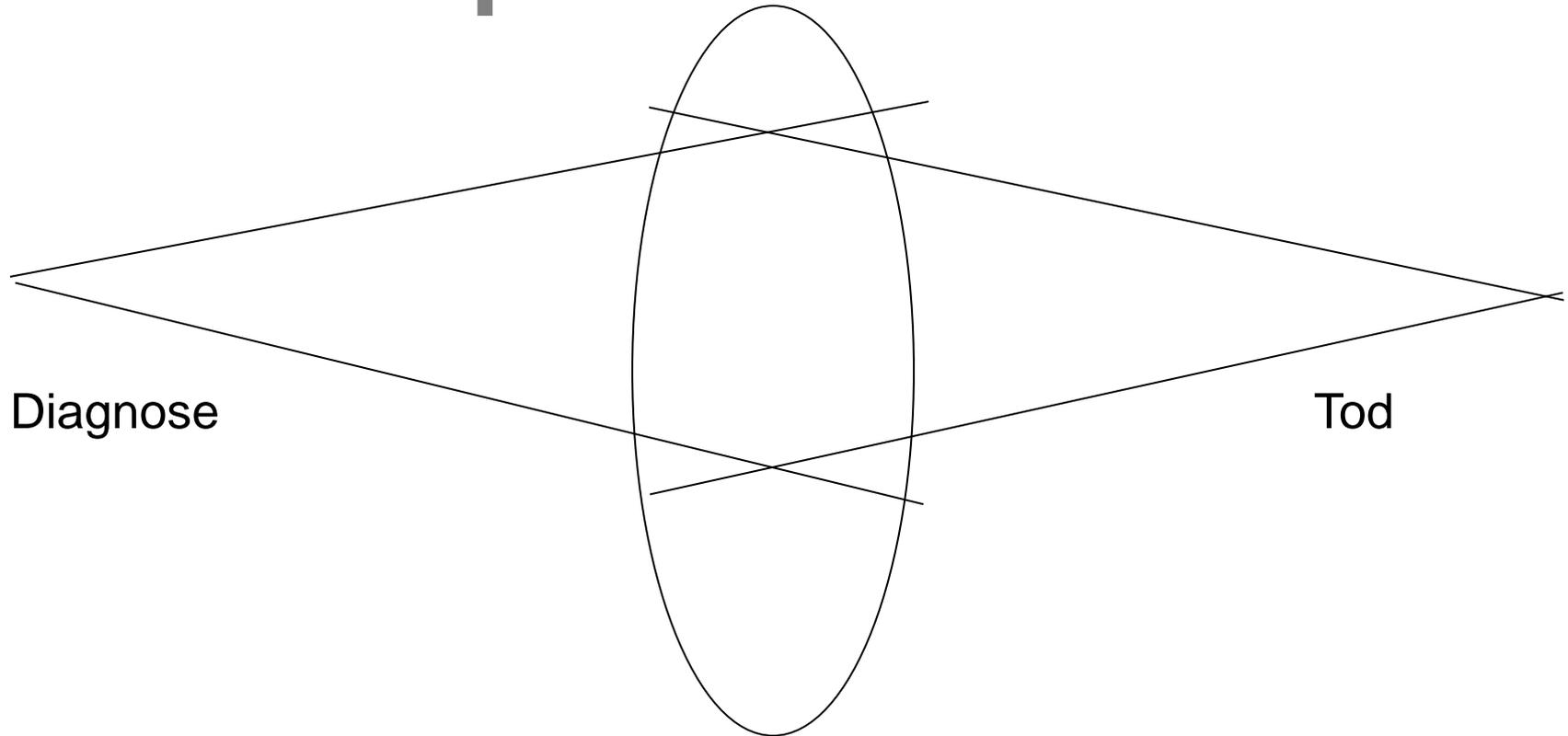


Ruhe I

Palliativ/Hospiz – aber rechtzeitig!



Perspektivenwechsel



Primäres Therapieziel?

Heilung – Lebensverlängerung – Lebensqualität



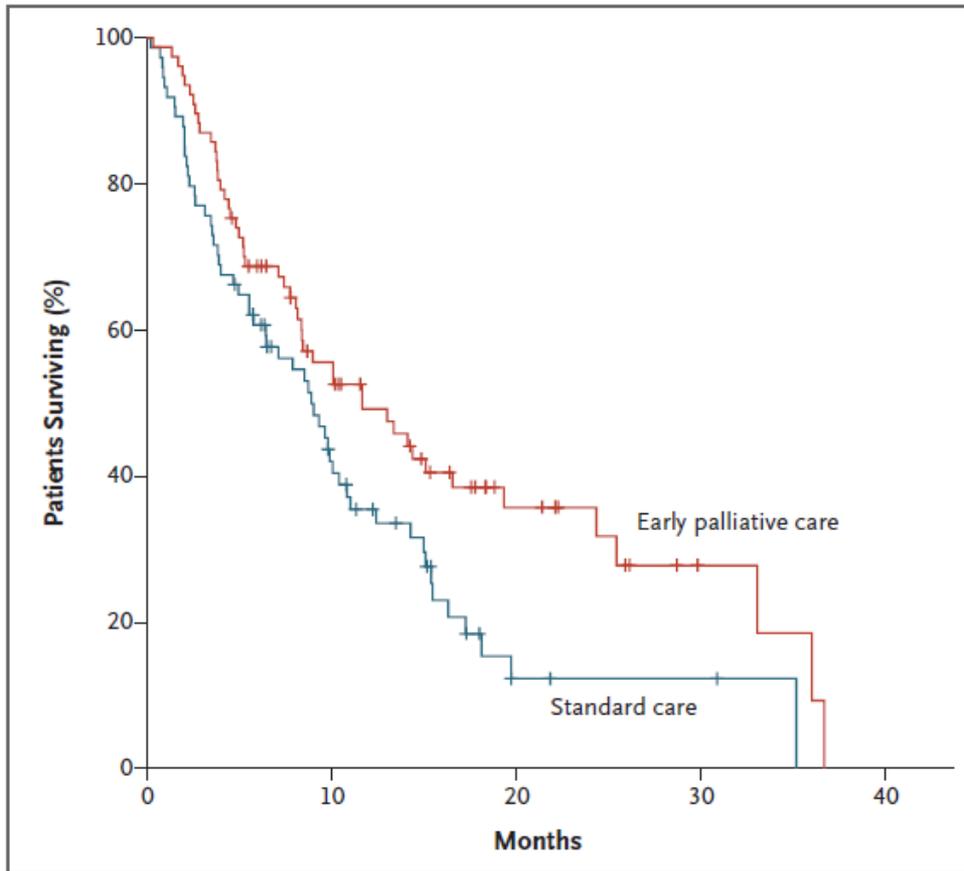
Frühintegration?

Gruppe von Pat mit metastasiertem NSCLC
Standard vs Standard plus Frühintegration PM
(mind. monatlicher Ambulanz-Termin bei Palliativarzt/-pflege)

Signifikante Verbesserung LQ
Signifikante Senkung Depression
Signifikant weniger aggressive Maßnahmen am Lebensende
...und....



Frühintegration verbessert LQ UND verlängert Leben



**im Mittel
8
vs
11
Monate**



Wann beginnt Palliativmedizin?

Nicht mehr:

Wenn Symptome besonders komplex sind
Wenn Sterbephase begonnen hat
Nur bei Tu

Sondern:

Routinemässiges Erstgespräch
Abhängig von Krankheitsphase
Im CIO Köln/Bonn erstmals für 20 TU Entitäten
konsentiert!



Realität der Kommunikation

Pat mit 4-6 Mo Prognose

65% Gespräch über Prognose

44% Gespräch über Reanimation

26% Angebot von Hospiz

Zeit zwischen Gesprächen und Tod 33 Tage



Realität der Kommunikation

Prognoseabschätzung

32% korrekt
meist Überschätzung

Studie mit Lebenserwartung < 1 Jahr
tatsächlich 1 Monat



Realität der Kommunikation

Inhalte der Gespräche

Patienten mit Chemotherapie

64% medizinisch-technisch

23% LQ, Symptome

Palliativgespräche

20 min Symptome

15 min psychosozial

10 min Verständnis der Erkrankung



Hindernisse für Kommunikation

Die Hoffnung nicht nehmen
Führt zu Depression
kulturell nicht passend
Patient will es nicht wissen
wir können Prognose nicht abschätzen



Hindernisse für Kommunikation

Die Hoffnung nicht nehmen
Führt zu Depression
Kulturell nicht passend
Patient will es nicht wissen
Wir können Prognose nicht abschätzen

...es ist für UNS schwer

ALLES FALSCH



Warum handeln wir?

...weil wir das immer schon so gemacht haben

...weil wir es so gelernt haben

...weil wir uns dabei wohl fühlen

...weil wir keine Alternative kennen

...weil wir nicht wissen,

wie wir den Übergang

zum palliativ/hospizlichen Denken

schaffen sollen



Palliativ/Hospiz ist zunächst abschreckend

...weil auch ein Schwerekranker nicht sterben möchte
(das Thema Sterben und Tod kommt „von alleine“)

...weil Therapieziele
Lebensverlängerung und Lebensqualität
gleichzeitig bestehen

...weil Tod erst im Nachhinein diagnostiziert werden kann



Palliativ/Hospiz ist Angebot

...für ein gutes Leben in der letzten Lebensphase

...für die Unterstützung von
Lebensqualität UND Lebensverlängerung
(UND Kostensenkung)

...für die Unterstützung der Patientenautonomie

...als Sprachrohr zu dienen gegen reflexhafte
therapeutische Routineentscheidungen



Palliativmedizin – eine patientenorientierte Definition

Palliativmedizin ist eine spezielle Form der Medizin für Menschen mit **schwerer Krankheit**. Sie konzentriert sich darauf, bei Patienten Beschwerden, Schmerz und den Stress einer schweren Erkrankung zu mildern – unabhängig von der Diagnose. Das Ziel ist es, die Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen zu verbessern. Palliativmedizin wird von einem **Team** von Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen geleistet, die mit den ursprünglichen Ärzten gemeinsam eine **zusätzliche Hilfe** anbieten. Palliativmedizin gilt für jedes Alter und in **jeder Phase** einer schweren Erkrankung und kann **gleichzeitig** mit der Behandlung gegen die Grunderkrankung erfolgen.



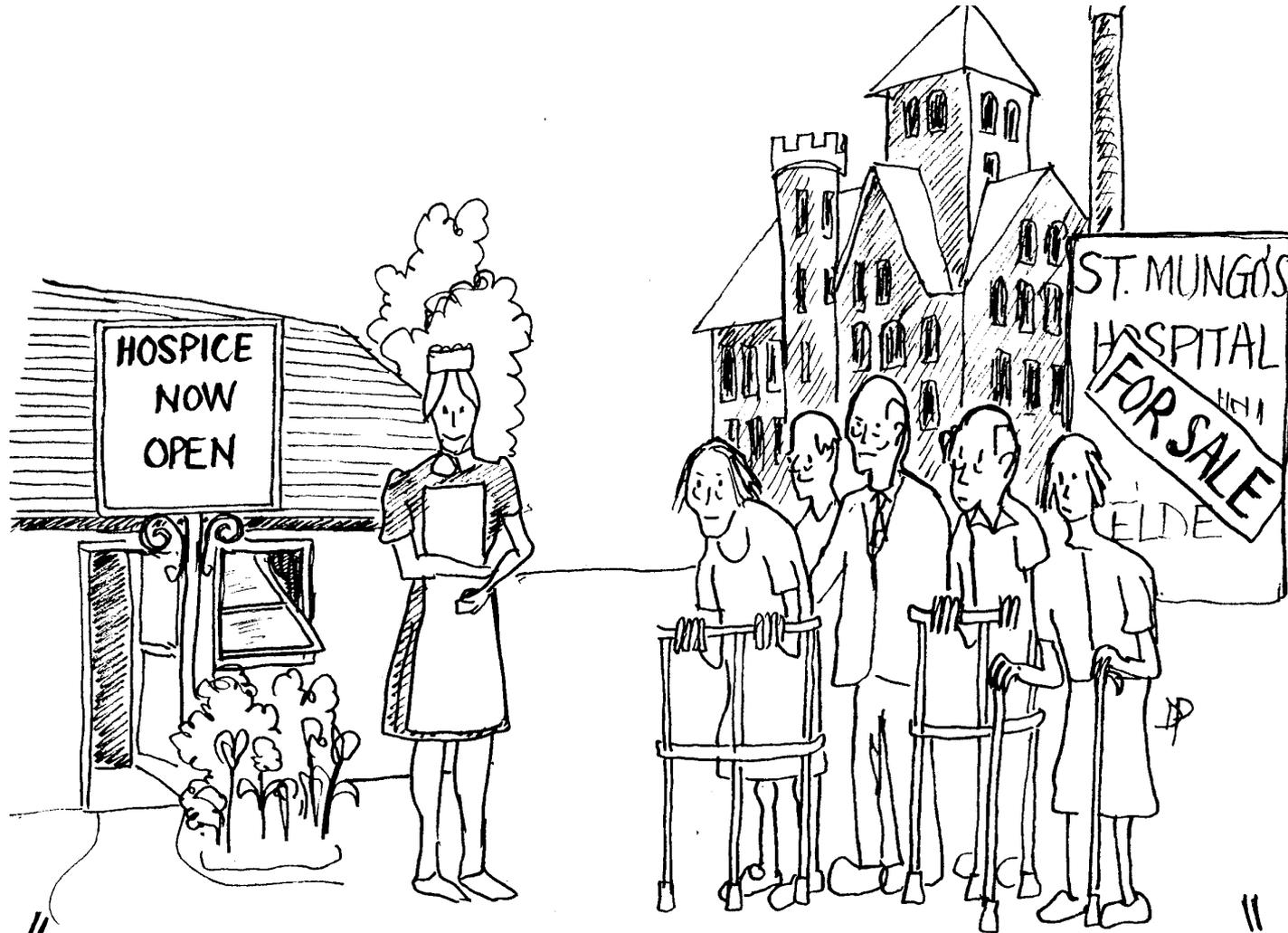
Wann über Palliativ/Hospiz reden?

New York State 2011

„Palliative Care Information Act“
Public Health Law section 2997-c

Massachusetts 2014

für Einrichtungen gesetzlich vorgeschrieben
„...to systematically identify patients and
provide access to palliative care...“



WHERE DO WE GO TO GET CANCER?



Ruhe II

**Palliativ/Hospiz –
aber zusammen
gedacht!**



Hospiz- und Palliativversorgung

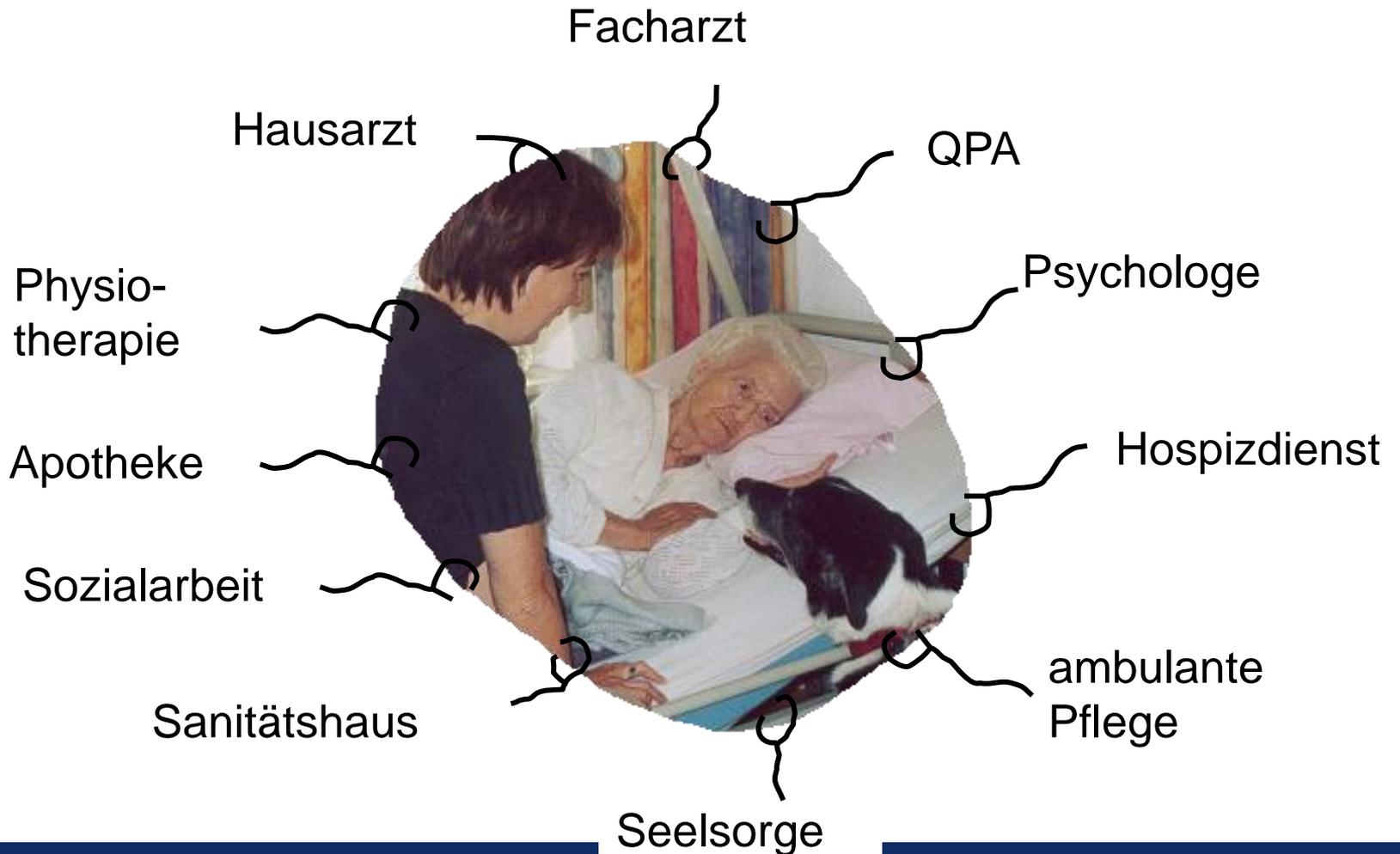
zu Hause

Hospiz Pall.stat.

+ / +++	Arzt	+	+++
+ / +++	Pflege	+++	+++
+ / +++	Koordinator/Case Manager	+	++
+ / +++	Psychologen	++	++
+ / +++	Sozialarbeiter	++	++
+ / +++	Seelsorge	+	++
+ / +++	Physiotherapeut	++	++
+ / +++	Apotheker	++	++
+ / +++	Ehrenamt	+	++
+ / +++		++	+



Palliativmedizinisches Netzwerk





„verheddern“



„auffangen“



Wahrnehmung von Bedürfnissen



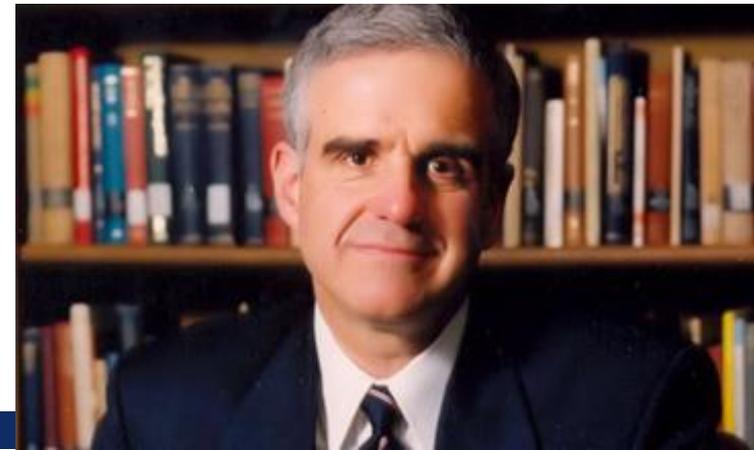
[www.nevermindthis.com/
dolphinillusion.jpg](http://www.nevermindthis.com/dolphinillusion.jpg)



Hospice



Soins Palliatifs





Hospiz?

Ehrenamt?
Ambulante Arbeit?



Palliativ?

Stationär?
Professionalität?



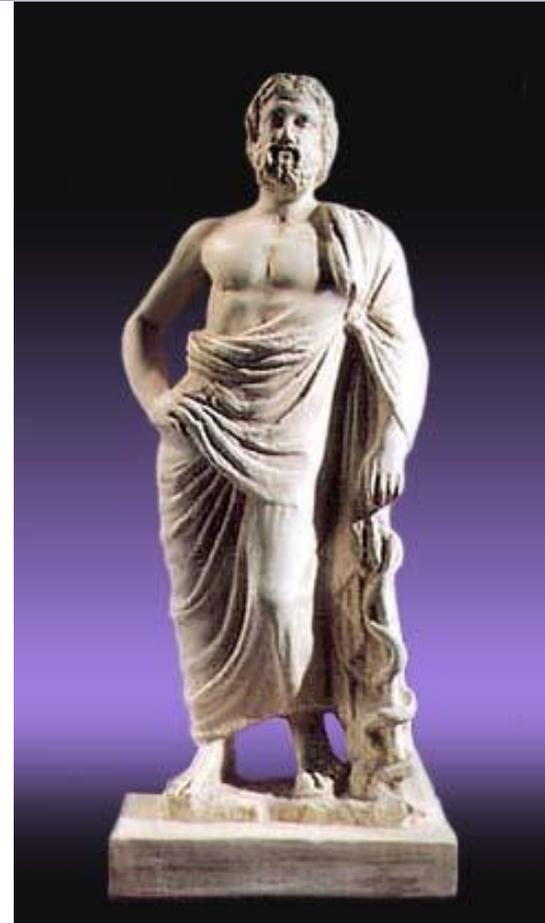
Hippocrates

- Fakten
- Theorien
- wissenschaftlich
- allgemeingültig
- Ethische Prinzipien
- quantitative Forschungsmethoden
-

Asclepios

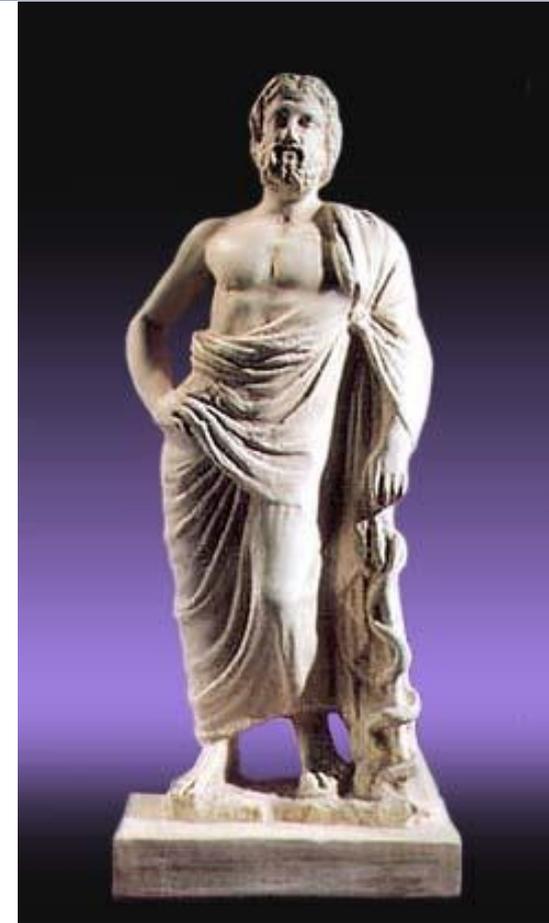
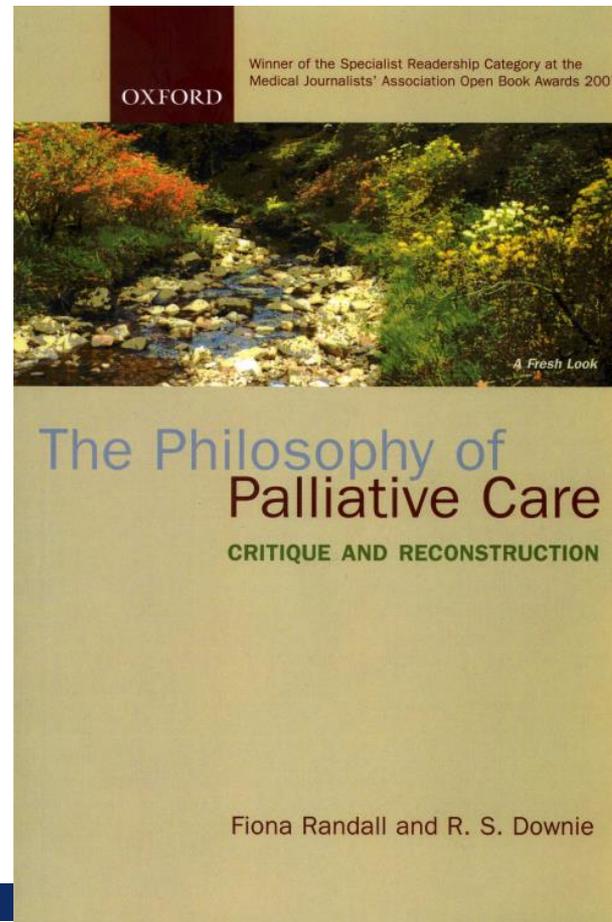
- Individuum
- Praxis
- situationsabhängig
- Gefühle
- Schlange: „Watch with me...“
- Schlange: Heilung von innen her
- qualitative Forschungsmethoden
-







Hippocrates



Asclepius



Robert Twycross, Oxford

**Palliativmedizin minus Hospiz
= Symptomatologie**

**Hospiz minus Palliativmedizin
= Unprofessionalität**

Palliative Medicine 1992; 6: 39–46

Original papers

Palliative medicine – just another specialty?

M Kearney Consultant in Palliative Medicine, Our Lady's Hospice, Dublin, Eire



In Ruhe sterben: Geht das?

- Un-Ruhe I – unnötig
- Un-Ruhe II – psychologisches Phänomen

- Ruhe I – Palliativ/Hospiz-Ansatz frühzeitig
- Ruhe II – Palliativ und Hospiz nur gemeinsam