



UNIV.-PROF. PRIV.-DOZ.
DDR. EVA KATHARINA
MASEL, MSc.

Leiterin der Klinischen Abteilung
für Palliativmedizin,
Medizinischen Universität Wien

Schwerpunkt

END OF LIFE



Old School wäre es, eine palliative Betreuung auf die oftmals kurze „End of life“-Phase zu begrenzen. Modern School ist eine Überschneidung der beiden Gebiete

AUS DEM SCHWERPUNKT:

Für die Praxis ist es wichtig, dass...

1. ... auf palliativmedizinische Möglichkeiten und Institutionen hingewiesen wird. In Österreich gibt es derzeit 357 spezialisierte Hospiz- und Palliativ-einrichtungen.
2. ... Advance Care Planning (Errichten einer Patient:innen- verfügung/Vorsorgevollmacht) angeregt wird. Nur 4% der österreichischen Bevölkerung hat eine Patient:innenverfügung.
3. ... Symptomlinderung ein wesentlicher Teil von Palliative Care ist.
4. ... eine palliative Sedierung mit Midazolam bei therapierefraktären Symptomen zur Anwendung kommen kann.
5. ... Opiode evidenzbasiert zur Linderung von Atemnot und Schmerz eingesetzt werden können.
6. ... Palliative Care eine aktive Therapie ist, um die Lebensqualität zu verbessern.
7. ... eine frühe Integration von Palliative Care sehr lohnenswert ist.

WORD-RAP

Mit 1. Jänner 2022 wurde der Bereich Palliative Care umso mehr zu einem topaktuellen Thema, als zwei neue Gesetze in Form des Sterbverfügungsgesetzes sowie des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes, das den flächendeckenden Ausbau und die österreichweit geregelte Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung vorsieht, in Kraft traten.

Palliativstationen sind für komplexe Situationen und schwierige Fragestellungen bei 10 bis 20 % der Sterbefälle (2021: etwa 90.000 Personen) zuständig. In Österreich standen Ende 2020 für Schwerkranke und Sterbende 492 Hospiz- und Palliativbetten, davon 368 auf Palliativstationen und 124 in stationären Hospizen, zur Verfügung. Aus diesen Zahlen leitet sich ab, dass der Bedarf wesentlich höher als die derzeit gegebenen Ressourcen ist.

Eine notwendige Bewusstseinsbildung und die Entwicklung einer eigenen Haltung in Bezug auf Palliative Care stehen immer noch im Vordergrund.

Die vollständige Integration von Onkologie und Palliativmedizin beruht auf zwei Versorgungsformen: dem Hauptaugenmerk auf die Behandlung einer Erkrankung und auf dem Ansatz, der sich auf Symptome fokussiert. Die Kombination beider Paradigmen sollte kombiniert werden, um das beste Ergebnis in der Patient:innenversorgung zu erreichen.

Randomisierte klinische Studien zur Integration von Onkologie und Palliativmedizin weisen auf Folgendes hin: eine verbesserte Überlebens- und Symptomkontrolle, weniger Angst und Depression, einen reduzierten Einsatz von vergeblicher Chemotherapie am Lebensende, eine verbesserte Zufriedenheit von An- und Zugehörigen, eine höhere Lebensqualität sowie auf eine verbesserte Nutzung von Gesundheitsressourcen.

Obwohl führende Fachgesellschaften und Studien eine frühe Integration von Palliative Care empfehlen, passiert die Integration meist spät im Erkrankungsverlauf.

Barrieren betreffen die weiterhin verbreitete Misskonzeption, dass Palliative Care nur die Versorgung am Lebensende betreffe, die Stigmatisierung von Tod und Sterben sowie die unzureichende Infrastruktur und Finanzierung von Palliativeeinrichtungen.

Eine erfolgreiche Integration von Palliative Care muss die dualistische Perspektive einer entweder „tumororientierten“ oder „symptomorientierten“ Therapie hinterfragen und sich stattdessen auf einen kombinierten Ansatz konzentrieren, der die Perspektive der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.

Um hier erfolgreich zu sein, bedarf es einer Förderung durch politische Entscheidungsträger:innen, entsprechender Ressourcen und der Bereitschaft, integrative Konzepte anstatt solitärer Silos zu entwickeln.

Zu danken ist allen Autor:innen für ihre praxisrelevanten und informativen Beiträge. Palliative Care statt Palliative Scare!

Viel Freude beim Lesen dieses Heft-Schwerpunkts!

Ihre Eva Katharina Masel