

Palliative Versorgung

Schmerzen und Beschwerden lindern
Raum und Zeit für Sinn- und Glaubensfragen
Letzte Dinge klären
Nicht einsam sterben müssen



Das Leben ist schwächer als der Tod, und der Tod ist schwächer als die Liebe!
Khalil Gibran

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 1, 2013

Editorial

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen2

Hautnah erlebt

Annehmen können3

Abschied von Lothar5

Medizinische Versorgung

Palliativ-Versorgung des Prostatakarzinoms6

Palliativmedizin: was hat das mit mir zu tun?11

Palliative Versorgung

Der Mensch steht immer im Mittelpunkt14

Ärzte wollen Klarheit bei Sterbehilfe16

Hospiz – Begleitung und Versorgung17

Palliativmedizinische und hospizliche Versorgung18

Hospize und Palliativeinrichtungen19

Betreuung durch den ambulanten Pflegedienst23

Seelsorgerische Begleitung26

Psychologische Begleitung27

Was ist zu tun?

Hilfen bei Pflegebedürftigkeit31

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung33

Für Sie notiert

Hilfreiche Adressen35

Buchtipps36

Titelseite: Grafische Gestaltung S. Arends, Titelfoto: HSK Wiesbaden

Fotos: Deutsche Krebshilfe (S. 8), BARMER GEK (S. 12), BUSCH Viersen (RP) (S. 14), HSK Wiesbaden (S. 15), Ricam Hospiz, Cathrin Bach – Konzept und Bild (S. 19), bmg.bund.de (S. 20), Sozialzentrum Misburg e.V. (S. 21), Techniker Krankenkasse (S. 32), sonstige privat Birgitta Hohenester (S. 3), Anne Bermüller (S. 5), Gerd Altmann (S. 16), Marco Petig (S. 25), Satzbaustelle (S. 26), Norbert Höller (S. 27), Joujou (S. 28): alle pixelio.de

Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder. Die Redaktion behält sich vor, sinnwählende Kürzungen vorzunehmen.

Nutzen Sie auch das Informationsangebot im Internet:
www.prostatakrebs-bps.de · forum.prostatakrebs-bps.de

Impressum:

Das BPS-Magazin wird herausgegeben und verlegt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., gemäß § 26 BGB durch folgende Vorstandsmitglieder vertreten: Günter Feick (Vorsitzender), Paul Enders (stv. Vorsitzender), Walter Kämpfer (stv. Vorsitzender)
 Schriftleitung: Marlene Kühlechner, Günter Feick

BPS Geschäftsstelle Gehrden
 BPS e.V.
 Alte Straße 4
 30989 Gehrden
 Telefon: 05108 9266-46
 Fax: 05108 9266-47

BPS Geschäftsstelle Bonn
 BPS e.V. im Haus der Krebs-Selbsthilfe
 Thomas-Mann-Straße 40
 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33889-500
 Fax: 0228 33889-510

E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
 Internet: www.prostatakrebs-bps.de

Druck:

C.V. Engelhard
 Weidendamm 10
 30167 Hannover

Bankverbindung:

Sparkasse Hannover
 Konto-Nummer 70 20 100
 Bankleitzahl 250 501 80

Spendenkonto:

Sparkasse Hannover
 Konto-Nummer 70 20 621
 Bankleitzahl 250 501 80

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:
 VR-NR. 7824

Gemeinnützigkeit durch
 FA Hannover-Land I: 23/210/04694

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. wird unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe e.V. Er finanziert seine Arbeit darüber hinaus durch Spenden.

Die Spenden sind abzugsfähig im Sinne des § 10 des Einkommensteuergesetzes.

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e.V.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

nicht mehr heilen könnende, lindernde (palliative) Behandlung des Prostatakrebses und Sterbebegleitung sind die Themen dieses Magazins. Mit ihnen verbinde ich die Frage, zählen auch eine Verlangsamung des Krebswachstums und das Erreichen einer Besserung der Lebensqualität, wenn auch nur für eine kürzere Zeit, als gute Behandlungsergebnisse? Oder werten wir nur das Heilen eines Krebses als ein gutes Therapieresultat? Welche Antworten wir hierauf auch persönlich geben mögen, so wenig könnten sie für unseren Nächsten gelten.

Vor Schwerbetroffenen und ihren Nächsten liegt die Herausforderung, eine fortgeschrittene Prostatakrebskrankung realistisch einschätzen zu können. Das wird für sie oft genauso schwer sein, wie es für ihren Arzt schwer sein mag, eine Prognose zum weiteren Krankheitsverlauf und zur Therapie geben zu können. Unsicherheit, Hoffnung und Ängste sind in diesem Stadium ständige Begleiter der Patienten.

Wann eine aktive Therapie beendet werden sollte, wird immer schwer zu vereinbaren sein zwischen Patient und Arzt. Keinesfalls darf es eine Entscheidung des Arztes vor dem Hintergrund von Behandlungskosten sein. Es müssen immer die Indikation und der Wunsch des Patienten im Vordergrund stehen. Einen gesellschaftlich akzeptierten Konsens über Priorisierung von Behandlungen nach Kostengesichtspunkten bei schwerkranken Patienten gibt es in Deutschland nicht.

Die Zeitdauer palliativer Behandlungsmöglichkeiten und damit einhergehender Veränderungen der Lebensqualität sind individuell so unterschiedlich, wie es die Biologie des Prostatakrebses sein kann. Ebenso unterschiedlich sind auch Behandlungspräferenzen von Patienten in dieser Phase. Die Teilnahme an einer Studie oder das noch Kennenlernen wollen eines Enkels oder mehr Lebensqualität statt mehr Tage im Leben können ihre Entscheidungen sein. Was auch immer ihr Wille sein mag, sie müssen sich darauf verlassen dürfen, ein Arzt kann für sie etwas tun, zu jedem Zeitpunkt auf ihrem Lebensweg.

Wie Menschen sich vorbereiteten auf ihren Tod, wie sie Abschied nahmen von ihren Nächsten, und wie sie Unterstützung erhalten können, berichten in dieser Themenausgabe des BPS-Magazins, ihre Nächsten, Ärzte, ein Psychologe, ein Seelsorger und Experten der Hospiz- und Palliativorganisationen. Manche Beiträge sind mir sehr nahe gegangen, und alle Beiträge haben mir zu denken gegeben, an das was ich zur rechten Zeit erledigt haben sollte.

Was Leben und seine Zeit bedeuten, wird in der palliativen Phase zur besonderen Sinnfrage. Der chinesische Künstler Ai Weiwei hat sie so beantwortet: „Unsere Existenz ist ein Zufall, wir sollten sie zu würdigen wissen. Das Leben dauert so lange wie ein weißes Fohlen braucht, um über einen Graben zu springen“ (Spiegel 19/2013).

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Im Herbst 2010 wurde die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ verabschiedet und der Öffentlichkeit vorgestellt. In der Charta wird der Ist-Zustand in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland dargestellt – verbunden mit Handlungsoptionen und einer Selbstverpflichtung für die Zukunft. An dem zwei Jahre währenden Prozess zur Konsentierung der Charta waren rund 200 Expertinnen und Experten aus 50 gesellschaftlich und gesundheitspolitisch relevanten Institutionen beteiligt. Entstanden ist dieses nationale Projekt vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative, die als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde. Mit dem Ziel, die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, wurden fünf Bereiche weltweit fokussiert und in ihrer Entwicklung gefördert: Aus-/Fort- und Weiterbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement, allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln.

Inzwischen beteiligen sich 19 Länder. Der EAPC-Kongress in Wien im Mai 2009 zeigte eindrucksvoll das weltweite Interesse am Ausbau dieser Initiative und an internationaler Kooperation.

Der Charta-Prozess wird getragen durch

- die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
- den Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V.
- die Bundesärztekammer

Finanziell wurde die erste Projektphase (2008-2010) maßgeblich unterstützt durch die Otto und Edith Mühlshlegel Stiftung bzw. Robert Bosch Stiftung und die Deutsche Krebshilfe.

Die zweite Projektphase (2012-2013) wird unterstützt von der Robert Bosch Stiftung sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bisher haben 620 Institutionen sowie 2569 Personen die Charta unterschrieben*. Dazu gehört auch der BPS.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/. Sie können sich aber auch gerne direkt an die Charta-Geschäftsstelle wenden:

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, Aachener Str. 5, 10713 Berlin. Tel.: 030 81826764, E-Mail: charta@palliativmedizin.de

*Stand: Mai 2013

Quelle: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Annehmen können

Von Gisela Jung

Selbsthilfegruppe Krebskranke Männer Finsterwalde

Als bei meinem Mann die Diagnose Prostatakrebs gestellt worden war, brach eine Welt für ihn und für mich zusammen. Wir waren beide hilflos, unfähig darüber zu reden, weder einzeln noch miteinander. Seine Hilflosigkeit war für mich besonders schlimm, denn ich wusste nicht, wie an ihn herankommen, wie ihn zum Reden zu bewegen. Irgendwann saßen wir uns gegenüber. Ich holte den Malkasten, und fing an zu malen – ganz dunkle Farben zunächst, das war der Tumor, der auf unsere Seelen drückte, dann immer greller werdend, flammendes Rot, schreiendes Gelb, giftiges Grün, nach außen immer sanfter werdend. Irgendwann griff mein Mann auch zum Pinsel, und auch er fing an, sich an diesem „Gemälde“ zu beteiligen. Irgendwann im Verlauf des Malens bin ich gegangen. Ich musste mich und meine Gedanken sortieren. Als ich zurückkam, hatte er ein weiteres Bild gemalt: Ein Männergesicht, über dessen Gesicht dicke Tränen liefen, darunter der Satz: Warum ich? Der Bann war gebrochen, wir konnten reden. Ich wusste nun, was für ihn die größte Belastung war. Nun konnte ich ihn mit aller Stärke, mit allem Schutz und aller Hilfe, die mir möglich war, umgeben, ihm das Pallium, den Schutzmantel umlegen. Das Reden hat uns unglaublich geholfen. Im Laufe der Zeit konnten wir über alle unsere Ängste und Nöte sprechen, wie wir es vorher nie gekonnt hatten. Unser Leben schien sich zu stabilisieren.

Neben dem Prostatakrebs hatte mein Mann noch einen massiven Herzfehler, Bluthochdruck und einen schwer einstellbaren Diabetes mellitus Typ II. Im Verlauf dessen waren ihm nacheinander alle Zehen und schließlich auch ein Bein amputiert worden.

Dann schwoll das verbliebene Bein an – er musste ins Krankenhaus. Wenngleich mir nicht ganz wohl bei dem Gedanken war, habe ich dennoch keinen Gedanken daran verschwendet, dass er sterben könne – an einem geschwollenen Bein stirbt man nicht! Doch dann kam der Sonntag. Vormittags ha-

ben wir uns noch gut unterhalten, er war vielleicht ein bisschen müde, aber sehr mit seinen Gedanken bei unserem Gespräch. Nachmittags schlief er nur und war nicht aufzuwecken, am Montag war er nicht mehr ansprechbar. Es stellte sich heraus, dass nunmehr auch noch die Nieren versagt hatten. Nun fiel es schwer, die richtige Entscheidung zu treffen. Dialyse ja oder nein? Im Krankenhaus belassen und ihm die optimale medizinische Versorgung zusichern oder ihn nach Hause holen? Was würde er wohl gewollt haben? Er konnte sich nicht mehr äußern...



Ich entschied mich dafür, ihn nach Hause zu holen. Ich war im festen Glauben, wenn ich ihn erst einmal daheim hätte, würde er auch wieder gesund werden.

Am nächsten Morgen fuhr ich heim und bereitete die Ankunft meines Mannes vor. Er wurde gegen 10.00 Uhr gebracht. Er zuckte, der ganze Körper wurde von Spasmen geschüttelt. Die Sanitäter fragten, ob sie ihn wirklich da lassen sollten – was für eine Frage! Doch dann schoss mir durch den Kopf, was in einem anderen Zusammenhang ein Arzt gesagt hatte: „Erst holen sie die Sterbenden heim, dann atmen die ein bisschen falsch, und dann bringt man sie ganz schnell zurück!“ Nein, er sollte bei mir bleiben. Und ich würde ihn schon wieder gesund bekommen. Ich glaube, in solchen Augenblicken blendet man die Realität aus. Es war für mich keine Frage: mein Mann würde ewig leben, ganz bestimmt.

Wenn ich nach fast fünf Jahren auf diese Woche zurückblicke, dann sind rückblickend einige Punkte für mich bemerkenswert:

1. Alle rund um mich herum hatten bereits begriffen, dass mein Mann im Sterben lag, ich nicht. Ich glaube, als Angehöriger blendet man die Realität aus, weil man Angst vor Verlust, Einsamkeit, Schmerz und Leid hat. Erst als mein Mann selbst von seinem bevorstehenden Tod sprach, konnte ich der Wirklichkeit ins Auge sehen.
2. Wie wichtig die Patientenverfügung in Verbindung mit notarieller Betreuungsverfügung ist, lässt sich an unserer Geschichte ablesen. Ohne die entsprechenden Verfügungen wäre mein Mann im Krankenhaus gestorben. Mit diesen Verfügungen konnte ich ihm in seiner gewohnten Umgebung ein so würdevoll wie mögliches Sterben ermöglichen.
3. Zu einer solchen Entscheidung gehört aber auch viel Mut. Denn wer sich zu einem solchen Schritt entscheidet, geht einen schweren Weg. Wenn der Kopf auch sagt, dass die Entscheidung richtig war, sagt das Herz etwas anderes.

Diesen Konflikt später auszuhalten fällt schwer. Auch die Geräusche und Gerüche, die in den letzten Stunden entstanden sind, bleiben. Damit muss man umzugehen lernen – wenn nicht anders möglich auch mit der professionellen Hilfe eines Psychologen, Psychotherapeuten oder auch Traumatologen.

4. Für meinen Mann und mich war bzw. ist Religion und Glaube ein wichtiger Aspekt unseres Lebens. Erst habe ich gebetet, er möge geheilt werden, nachher, er möge erlöst werden. Für einen gläubigen Christen sind traditionelle Gebete wie der 23. Psalm oder das Vater Unser wichtig. Ihre vertrauten Worte dringen auch bis zu einem Sterbenden durch.
5. Der Begriff „Euthanasie“ hat geschichtsbedingt einen negativen Beigeschmack, weil er in einer Zeit missbraucht wurde, die zu den dunkelsten unserer Nation gehört. Nimmt man aber den Begriff wörtlich, bedeutet er nichts anderes als „guter Tod“. Guter Tod bedeutet für mich, es dem Sterbenden so einfach wie möglich zu machen, damit er in Frieden seinen Weg aus dieser Welt gehen darf.

Abschied von Lothar

Von Sigrid Kupferschmid



Es war im Frühjahr 2007, als der Onkologe meinem Mann erklärte, dass er mit seinem fortgeschrittenen Prostatakrebs austherapiert sei, und er nichts mehr für ihn tun könne.

Ich wollte meinen Mann bis zu seinem Ende zu Hause pflegen. Am Ostersonntag äußerte er den Wunsch, ins Hospiz zu gehen.

Ich wandte mich an seinen Onkologen und sagte ihm, dass ich im Grunde mit der Entscheidung meines Mannes gar nicht einverstanden wäre. Der Onkologe erwiderte: „Wie immer hat Ihr Mann die richtige Entscheidung getroffen.“ Er bemühte sich sofort um einen Platz im Hospiz Louise in Heidelberg. Glücklicherweise waren zwei Plätze frei. Ich fuhr hin und habe ein schönes Einzelzimmer mit einem Wintergarten für ihn ausgewählt.

Am nächsten Tag wurde mein Mann bereits durch das Rote Kreuz ins Hospiz gefahren. Dort wurde er als Gast begrüßt, und ich selbst war überwältigt von der Warmherzigkeit und der liebevollen Atmosphäre vom Pflegepersonal. Selbst wenn er nachts Schmerzen bekam, war ein Schmerztherapeut zur Stelle, um ihn von seinen Schmerzen zu befreien.

Zu jeder Tages- und Nachtzeit konnte ich meinen Mann besuchen. In stundenlangen Gesprächen konnten mein Sohn und ich von ihm Abschied nehmen.

An einem Sonntagmorgen rief mich das Hospiz an und sagte, dass es offensichtlich mit meinem Mann zu Ende ginge. Ich bin sofort hingefahren. Mein Mann war sehr unruhig, er war aber noch ansprechbar und konnte sich von mir verabschieden.

Ich fuhr nach Hause und als ich wiederkam war mein Mann in würdiger und liebevoller Weise in seinem Zimmer aufgebahrt, geschmückt mit Blumen, Kerzen und einem Kreuz.

Die Ansage meines Mannes auf unserem Anrufbeantworter habe ich bis heute noch nicht gelöscht. Ab und zu rufe ich meine eigene Nummer an, um seine Stimme noch einmal zu hören.

Palliativ-Versorgung des Prostatakarzinoms

Von PD Dr. Carsten-Henning Ohlmann¹(li.),
PD Dr. Sven Gottschling² (re.),

¹) Klinik für Urologie und Kinderurologie,

²) Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar



Das Prostatakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor bei Männern in Deutschland, wobei es hinter dem Lungen- bzw. Darmkrebs nur die dritthäufigste Krebstodesursache darstellt. Mit dem Nachweis von Fernmetastasen, die am häufigsten im Knochen lokalisiert sind, ist eine vollständige Heilung nur noch in wenigen Einzelfällen möglich. In der Regel besteht dann eine sogenannte Palliativsituation, in der die weiteren Therapien zwei verschiedene Ziele verfolgen:

- Verlängerung der Lebenszeit
- Behandlung tumorbedingter Beschwerden

Eine Verlängerung der Lebenszeit wird vor allem durch den Einsatz von Therapien erreicht, die einen direkten Einfluss auf das Wachstum der Krebszellen haben. Hierzu zählen vor allem die verschiedenen Hormon- und Chemotherapien, die in dieser Situation auch palliative Hormon- bzw. Chemotherapie genannt werden. Mit Einsatz dieser Medikamente – in der in den Leitlinien empfohlenen Abfolge – ist heutzutage eine deutliche Verlängerung der Lebenszeit möglich. Die Behandlung tumorbedingter Beschwerden stellt die palliativmedizinische Versorgung im eigentlichen Sinne dar. Im Folgenden werden zunächst die aktuellen Therapiemöglichkeiten zur Verlängerung der Lebenszeit dargestellt und hiernach ein Überblick über die palliativmedizinischen Aspekte in der Behandlung des Prostatakarzinoms gegeben.

Neue Therapieansätze beim Prostatakarzinom

Eine Übersicht über die aktuellen Therapieoptionen gibt Abbildung 1. Nach Versagen der primären Hormontherapien stehen aktuell neben der

Chemotherapie mit **Docetaxel** auch die neuen Inhibitoren des Androgenstoffwechsels (**Abirateron**, **Enzalutamid**) sowie die Radionuklidtherapie mit **Alpharadin** zur Verfügung. Abirateron (Zytiga®) ist seit Ende 2012 auch für die Behandlung von Patienten vor einer Docetaxel-basierten Chemotherapie zugelassen. Für das Enzalutamid (Xtandi®) wird in Europa in 2013 die Zulassung bei Patienten nach Docetaxel-basierter Chemotherapie erwartet. Aktuell ist Enzalutamid nur im Rahmen eines Härtefallprogramms in Deutschland erhältlich. Alpharadin ist ebenfalls noch nicht zugelassen, wird jedoch 2013 im Rahmen eines Härtefallprogramms in Deutschland zur Verfügung gestellt werden können. Cabazitaxel wird derzeit im Rahmen einer klinischen Studie gegen Docetaxel als Erstlinien-Chemotherapie verglichen und steht gemäß der aktuellen Zulassung außerhalb von Studien nur Patienten zur Verfügung, die bereits mit Docetaxel behandelt wurden.

Sowohl für die Inhibitoren des Androgenstoffwechsels (Abirateron, Enzalutamid), als auch für Cabazitaxel und Alpharadin konnte in den Zulassungsstudien eine Überlebensverlängerung nachgewiesen werden. Diese Überlebensverlängerung liegt im Durchschnitt bei wenigen Monaten (ca. 3-5 Monate). Diese Durchschnittswerte sind jedoch auf den Einzelfall nicht so einfach zu übertragen, so dass die zu erzielende Überlebensverlängerung individuell deutlich davon abweichen kann. Darüber hinaus sind diese Therapien auch in der Lage, tumorbedingte Schmerzen zu reduzieren und stellen damit eine sinnvolle Ergänzung zu den klassischen Schmerztherapien dar (s.u.). Zumindest für Abirate-

ron, Enzalutamid und Alpharadin konnte zudem in den Zulassungsstudien gezeigt werden, dass auch das Auftreten von Komplikationen am Knochen (s.u.) deutlich verzögert werden kann. Somit können diese Medikamente zu beiden oben definierten Therapiezielen beitragen. Die Aufgabe der nahen Zukunft für Ärzte und Wissenschaftler besteht darin zu definieren, welche Therapie für welchen Patienten geeignet ist, da nicht jeder Patient von den dargestellten Therapien gleichermaßen profitieren wird. Unter anderem hat sich zu diesem Zweck in 2011, auch auf Initiative des BPS und Prof. Dr. Heidenreich (Urologie, Universität Aachen) auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg, das Kompetenznetzwerk zum kastrations-resistenten Prostatakarzinom formiert.

Palliativmedizin

Gemäß der Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin konzentriert sich die Palliativmedizin auf die bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Angehörigen. Bereits 2002 schrieb die WHO: Palliativmedizin „kommt frühzeitig zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben“. Sie ist nicht Medizin für Sterbende in den letzten Lebenstagen und -wochen, sondern ist bereits in frühen Krankheitsstadien („Early Integration“) Teil der Behandlung. Gemeinsames Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen – in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen (www.dg-palliativmedizin.de). Die Palliativmedizin hat nicht das Ziel, den Patienten zu heilen, sondern seine belastenden Beschwerden zu lindern. Gerade wenn Heilung nicht mehr erreichbar ist, kann und muss eine Betreuung der Patienten und deren Angehörigen in besonderem Maß erfolgen. Das lateinische „Pallium“ heißt „Mantel“ – und wie ein Mantel kann Palliativmedizin den Patienten schützen und umhüllen. Der Kranke muss keine Angst vor unerträglichen Schmerzen und leidvollen

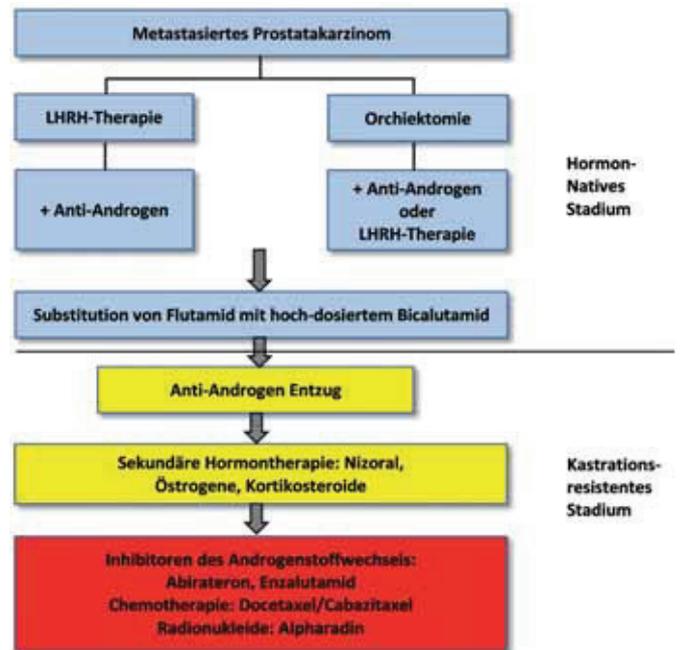


Abbildung 1: Therapiepfade beim metastasierten Prostatakarzinom.

Begleitumständen haben. Es gibt heutzutage keine Ausrede, die es rechtfertigen würde, dem Patienten seine Schmerzen nicht zu nehmen. Eine solche Behandlung umfasst nicht nur die ausreichende Versorgung mit Medikamenten. Beratung und Bewegung, Musik und Kunst, seelsorgerische Begleitung und Hilfe im sozialen Bereich – all das gehört zu den ganzheitlichen Versorgungskonzepten eines Palliativzentrums. Die Versorgung der Patienten kann dabei entweder in stationären Einrichtungen (Palliativstationen, Hospiz) oder ambulant über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und über ehrenamtliche ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste erfolgen. Die aufsuchende Versorgung im Rahmen der SAPV durch speziell ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte, die auch eine Rufbereitschaft an 365 Tagen im Jahr und 24h am Tag beinhaltet, steht als Rechtsanspruch in Deutschland jedem Menschen seit 2007 zu, der an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit leidvollen Symptomen leidet. Im Jahre 2011 gab es bereits ca. 150 SAPV-Teams sowie ca. 231 Palliativstationen mit etwa 22 Betten/1 Mio Einwohner und 195 stationäre Hospize (Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin). Der Bedarf liegt mit 330 SAPV-Teams und je 30 Palliativ- bzw. Hospizbetten jedoch weit-

aus höher. Zur strukturellen und qualitativen Verbesserung der Palliativversorgung in Deutschland wurde daher bereits 2010 eine Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) sowie der Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedet. Ziel dabei ist auch die flächendeckende Einbindung von Hausärzten in die Palliativversorgung der Patienten, die dann durch die SAPV-Teams weiter unterstützt werden. Die Palliativversorgung soll dabei nicht erst in der letzten Lebensphase, sondern idealerweise bereits mit der Diagnose eines fortgeschrittenen Tumorleidens erfolgen, z.B. begleitend zur Hormon- oder Chemotherapie beim Prostatakarzinom. Studien beim Lungenkarzinom haben nachgewiesen, dass Patienten länger leben, die begleitend zur Chemotherapie bereits palliativmedizinisch mit versorgt werden. Informationen und Adressen von palliativmedizinischen Diensten sowie Palliativ- und Hospizstationen sind über den Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) erhältlich. Die psychoonkologische Versorgung der Patienten und deren Angehörigen hat ebenfalls einen hohen Stellenwert in der optimalen Versorgung der Patienten. Auch hier ist die flächendeckende Versorgung in Deutschland noch ausbaufähig. In den größeren Tumorzentren sind häufig psychoonkologische Angebote z.B. in den Abteilungen für Palliativmedizin integriert. Weiterführende Informationen und Adressen sind z.B. über die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (www.dapo-ev.de) oder die Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (www.pso-ag.de) erhältlich.

Palliativmedizinische Ziele beim Prostatakarzinom

Im Hinblick auf das Prostatakarzinom stehen in der palliativen Versorgung, neben der Begleitung in der letzten Lebensphase, folgende Beschwerden bei Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom im Vordergrund:



1. Tumorbedingte Schmerzen, vor allem Knochenschmerzen
2. Ausgeprägte Blutarmut (Anämie)
3. Komplikationen durch Knochenmetastasen: Kompression des Rückenmarks (Spinalkanalkompression), Notwendigkeit einer operativen oder strahlentherapeutischen Intervention am Knochen, metastasenbedingter Knochenbruch (pathologische Fraktur)
4. Übelkeit, Appetitmangel und Gewichtsverlust
5. Luftnot

Die Behandlung eines Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom erfolgt daher idealerweise in Kooperation zwischen dem Hausarzt, dem niedergelassenen Urologen sowie dem behandelnden Tumorzentrum inklusive einer palliativmedizinischen und ggf. auch psychoonkologischen Behandlung.

Tumorbedingte Schmerzen

Für die Behandlung tumorbedingter Schmerzen stehen unterschiedliche Therapieansätze zur Verfügung. Neben einer medikamentösen Schmerztherapie nach dem WHO-Schema stehen die sog. osteoprotektiven Medikamente (Bisphosphonate, Denosumab), Hormon- und Chemotherapeutika, strahlentherapeutische bzw. operative und interventionelle Maßnahmen zur Verfügung. Das **WHO-Schema zur Schmerztherapie** sieht eine stufenweise Steigerung und Kombination verschiedener Schmerzmedikamente (Nicht-opioid Analgetika, schwach-wirksame Opioide, stark-wirksame Opioide) vor. Dabei ist es jedoch nicht erforderlich, bei starken und stärksten Tumorschmerzen immer mit der 1. Stufe zu beginnen. Je nach Aus-

prägung der Schmerzen und dem Ausmaß der Tumorerkrankung kann es auch sinnvoll sein, gleich mit der 2. oder 3. Stufe (also mit Morphin-Präparaten) zu starten, um von Beginn an eine ausreichende Schmerzlinderung zu gewährleisten. Es ist dabei durchaus empfehlenswert, Morphin-Präparate mit „leichten“ Schmerzmitteln der 1. Stufe zu kombinieren. Das Ziel einer Schmerztherapie ist es dabei, den Grundbedarf an Schmerzmitteln mit langwirksamen Medikamenten abzudecken und diese mit kurzwirksamen Schmerzmitteln zu kombinieren, um sogenannte „Schmerzsitzen“ zu therapieren. Die Dosierung des Grundbedarfs sollte dabei so angepasst sein, dass allenfalls noch zeitweise Schmerzen auftreten (z.B. bei körperlicher Belastung), die dann gut mit den kurzwirksamen Schmerzmitteln behandelt werden können.

Die **Strahlentherapie** eignet sich z.B. sehr gut bei punktuell auftretenden Schmerzen im Bereich des Knochens, die durch eine Metastase verursacht werden. Die Strahlentherapie kann hier durch eine örtlich begrenzte Bestrahlung des Knochens zu einer länger anhaltenden Schmerzlinderung beitragen. Die Strahlentherapie ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn es sich zahlenmäßig um eine einzige oder einige wenige Lokalisationen handelt, die behandelt werden sollen. Bei einer ausgedehnten Metastasierung im Knochen und dadurch häufig auch wechselnden Schmerzlokalisationen ist dann eher eine sogenannte **Radionuklidtherapie** (z.B. mit Samarium-153 oder Radium-223) zu empfehlen. Hierbei handelt es sich um ein radioaktiv markiertes Medikament, welches sich in den Knochenabschnitten ansiedelt, in denen Metastasen vorhanden sind. Hier führt das Medikament dann zu einer lokalen Bestrahlung der Metastasen, was ebenfalls zu einer länger anhaltenden Schmerzlinderung führen kann. Darüber hinaus ist für das Radium-223 (Alpharadin) auch eine lebensverlängernde Wirkung nachgewiesen, auf die gesondert eingegangen wird (s.u.). Sowohl das Samarium-153 als auch das Radium-223 sind intravenöse Medikamente, die ambulant verabreicht werden können. Die Verträglichkeit ist insgesamt sehr gut, beim Samarium-153 kann es im Vergleich zum Radium vermehrt zu Blutbildveränderungen

(Abfall des Hämoglobins oder der Thrombozyten) kommen, weshalb für einen bestimmten Zeitraum regelmäßig Blutbildkontrollen notwendig sind.

Neben den dargestellten Therapiemöglichkeiten ist auch für die osteoprotektiven Medikamente – Bisphosphonate (Zometa®) oder Denosumab (Xgeva®) nachgewiesen, dass es bei einem Teil der Patienten auch zu einer Schmerzlinderung und damit zur einer Verbesserung der Lebensqualität kommt. Darüber hinaus können auch Chemotherapien (z.B. mit Docetaxel oder Cabazitaxel) oder auch die neuen Hormontherapien (Abirateron, Enzalutamid) eine Schmerzlinderung erreichen. In Kombination mit der klassischen Schmerztherapie sollte es daher bei nahezu jedem Patienten möglich sein, die tumorbedingten Schmerzen vollständig zu beseitigen oder zumindest auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.

Blutarmut (Anämie)

Eine Blutarmut entwickelt sich meist aufgrund der Ausdehnung der Metastasen im Knochen, die zu einer Verminderung des Blutproduzierenden Knochenmarks sowie der Ausschüttung von Mediatoren führen, welche die Produktion der roten Blutkörperchen (Erythrozyten) verhindert. Darüber hinaus entsteht die Anämie als Nebenwirkung verschiedener Therapien, vor allem den Hormon- und Chemotherapien. Symptome einer Blutarmut sind häufig eine Abgeschlagenheit, Müdigkeit und verminderte körperliche Belastbarkeit. Darüber hinaus kann unter körperlicher Anstrengung Luftnot auftreten. Häufig entwickelt sich die Blutarmut langsam, so dass die Symptome häufig nicht so deutlich vom Patienten wahrgenommen werden. Vor allem das Herz muss die Blutarmut durch eine gesteigerte Pumpleistung kompensieren, was bei vielen Patienten aufgrund begleitender Erkrankungen häufig nur begrenzt möglich ist. Als Therapie kommt vor allem die Gabe von **Blutkonserven** (Erythrozytenkonzentraten) in Frage – eine häufig praktizierte Einnahme von Eisen hat meist wenig Erfolg. Unter einer laufenden Chemotherapie kann auch die Gabe von **Erythropoetin** hilfreich sein, einem körpereigenen Hormon, welches die Blutbildung im Knochenmark stimuliert.

Komplikationen durch Knochenmetastasen

Knochenmetastasen beim Prostatakarzinom führen zu einer Neubildung von Knochengewebe (sog. osteoplastische Metastasen), welches jedoch instabiler ist als normales Knochengewebe. Daher erhöht sich das Risiko für Knochenbrüche oder Knochensinterungen, vor allem in der Wirbelsäule und stark mechanisch beanspruchten Knochen. Hierdurch oder auch durch ein direktes Wachstum der Metastasen kann es zu einer Kompression des Rückenmarks mit Gefahr der Ausbildung von Lähmungserscheinungen oder einem kompletten Querschnittssyndrom kommen. Zur Verzögerung bzw. Vermeidung solcher Komplikationen am Knochen werden seit Jahren **Bisphosphonate** (z.B. **Zometa[®]**) und in jüngerer Zeit das **Denosumab** (**Xgeva[®]**) eingesetzt. Beide Medikamente behindern den Knochenabbau im Knochen und führen so zu einer Stärkung des Knochengewebes. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass der Einsatz dieser Medikamente das Auftreten von Komplikationen am Knochen deutlich verzögern bzw. verhindern kann. Vor allem bei einer Therapie mit Xgeva[®] muss begleitend Vitamin D und Kalzium eingenommen werden, da es als Nebenwirkung zu einem schwerwiegenden und vereinzelt auch tödlich verlaufenden Kalziummangel kommen kann. Sowohl unter Therapie mit Bisphosphonaten als auch unter Denosumab kann sich nach Eingriffen am Gebiss oder Kieferknochen darüber hinaus eine Wundheilungsstörung (sog. aseptische Knochennekrose oder Osteonekrose) entwickeln. Daher sollte vor Einleitung einer Therapie eine Vorstellung bei einem Zahnarzt erfolgen, damit eine notwendige Sanierung des Gebisses vor Beginn der Therapie durchgeführt werden kann. Auf jeden Fall sollte der Zahnarzt darüber informiert werden, falls ein Patient mit Zometa[®] oder Xgeva[®] bereits behandelt wird, bevor zahnärztliche Eingriffe vorgenommen werden.

Übelkeit, Appetitmangel und Gewichtsverlust

Häufig entstehen **Übelkeit und Erbrechen** als Nebenwirkung durch Medikamente (Chemotherapien, Schmerzmedikamente) oder Bestrahlungen. Darüber hinaus kann der Tumor selbst Übelkeit induzieren. Häufig entwickelt sich im Verlauf dann die sog. antizipatorische Übelkeit. Gerü-

che, Örtlichkeiten und bestimmte Begleitumstände führen dann bereits zu Übelkeit und Erbrechen, bevor z.B. eine Chemotherapie verabreicht wurde. Die Übelkeit und ein sich begleitend entwickelnder Appetitmangel führen dann meist zu einem **fortschreitenden Gewichtsverlust**, der den Körper und das Immunsystem weiter schwächt. Für die Therapie der Übelkeit ist es zunächst wichtig, die mögliche Ursache zu erkennen. Therapeutisch stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung, die im Zentralnervensystem Übelkeit und Erbrechen unterdrücken können. Daneben werden vor allem zur Therapie der antizipatorischen Übelkeit z.B. auch Antidepressiva eingesetzt. Darüber hinaus kann auch der Einsatz von Cannabis-Medikamenten, verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Entspannungsverfahren sowie eine psychoonkologische Mitbehandlung hilfreich sein. Zur Behandlung des Appetitmangels und des Gewichtsverlustes gibt es keine speziellen Medikamente, die eingesetzt werden können. Hierbei stehen verhaltenstherapeutische Maßnahmen im Vordergrund. Es sollten z.B. viele kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt eingenommen werden. Der Patient sollte auch nicht an geregelten Essenszeiten festhalten, sondern dann essen, wenn gerade der Appetit lockt und Essensgerüche meiden. Weitere Informationen dazu sind auch im Internet (www.krebsgesellschaft.de oder www.dkfz.de) erhältlich. Unterstützend kann auch die Einnahme hochkalorischer Nahrung, z.B. in Form von Trink- oder Sondennahrung, erfolgen. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit einer „parenteralen“ Ernährung mittels Infusionen.

Der Prostatakrebs-bedingte Tod

In Deutschland versterben jährlich ca. 12.000 Männer an den Folgen des Prostatakrebses. Dabei stehen akute Ereignisse und Komplikationen, die zum Tode führen, meistens nicht im Vordergrund. Vielmehr kommt es durch die dargestellten Auswirkungen wie Blutarmut, Gewichtsverlust und auch die wiederholten Hormon- und Chemotherapien zu einer Schwächung des Körpers, die dann den Sterbeprozess einleitet. Der Sterbeprozess selbst verläuft häufig über eine initiale Schläfrigkeit und Lethargie zu einem manifesten Koma, welches in

einem Herz-Kreislauf-Stillstand mündet. Auch in dieser Phase des Lebens ist eine begleitende palliativmedizinische Betreuung und Behandlung sowohl für den Sterbenden als auch für die Angehörigen häufig hilfreich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Therapieoptionen beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Die Therapieziele einer Lebensverlängerung sowie die Behandlung tumorbedingter Symptome können durch verschiedene medikamentöse Therapieansätze erreicht werden. Wichtig hierbei ist die frühzeitige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, behandelndem Urologen/Onkologen, Strahlentherapie bzw. Nuklearmedizin sowie der Palliativmedizin. Die Palliativmedizin künftig frühzeitig in die Versorgung zu integrieren, wird dabei eine wesentliche Aufgabe der nächsten Jahre sein. Die strukturellen Voraussetzungen für diese Zusammenarbeit haben sich in Deutschland in den letzten Jahren verbessert, sind

aber sicherlich noch nicht flächendeckend optimal ausgebaut. Die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Klinik und Forschung stellt daher ein wichtiges Ziel des neu gegründeten Kompetenznetzwerks zum kastrationsresistenten Prostatakarzinom dar. In Zusammenarbeit mit dem BPS wird damit eine nachhaltige Verbesserung der Behandlung und Versorgung von Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom in Deutschland angestrebt.

Korrespondenzadresse

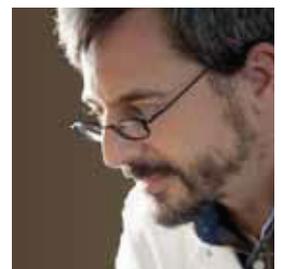
PD Dr. Carsten-Henning Ohlmann
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrbergerstr. 1, Gebäude 6
66421 Homburg/Saar
Tel.: 06841-16-24700
Fax: 06841-16-24795
E-Mail: Carsten.Ohlmann@uks.eu

„Palliativmedizin – was hat das mit mir zu tun?“

Von Dr. Stephan M. Probst
Leitender Oberarzt der Palliativstation am Klinikum Bielefeld

Obwohl, oder gerade weil wir glauben, so modern und aufgeklärt zu sein, fällt es uns immer noch sehr schwer, über Krankheit, Angst, Tod, Sterben und Trauer zu sprechen. In den Selbsthilfegruppen wird sehr offen über die Krankheit gesprochen. Informationen über neue, hoffnungstärkende Therapien werden ausgetauscht, Tipps zu Spezialistenstandorten werden gegeben, auf die Rechte der Betroffenen wird aufmerksam gemacht und viele andere wichtige Dinge werden ausgetauscht – Tod und Sterben sind und bleiben zumeist Tabuthemen.

Dabei wissen wir es alle und sollten uns nichts vormachen: der Prostatakrebs ist eben nicht immer der zynisch-verharmlosend so genannte „Haustierkrebs“ oder nur der „Krebs mit dem man stirbt, aber nicht der Krebs, an dem man stirbt.“ Solche dahingeworfenen Äußerungen sind es, die viele Prostatakrebskranke wütend machen, da ihre Angst nicht ernst genommen und ihre wirkliche Situation oft verkannt und ignoriert wird. Wenn dieser Krebs angeblich keine Gefahr darstellt, ist es ja peinlich und unmännlich, wenn man wegen der Diagnose „Prostatakrebs“ Angst hat. Angst



vorm Sterben, Angst, dass die Krankheit die Würde nehmen kann und Angst beim Nachdenken darüber, wie das Sterben wohl sein wird. Darf oder soll man über diese Angst sprechen? Wer dann noch von Bekannten oder Kollegen aus der Selbsthilfegruppe erfährt, die den Kampf gegen den Krebs auf ungnädige Art und Weise verloren haben, ist mindestens verunsichert und mit seiner Verunsicherung in aller Regel alleine.

Was ist da los? Ist das Tabu „Tod und Sterben“, wenn es um Prostatakrebs geht, besonders groß? Um das zu beantworten, helfen medizinische Fachliteratur und statistische Zahlen aus Tumorregistern nicht wirklich weiter. Viel hilfreicher ist es, sich klar zu machen, dass Prostatakrebs nicht gleich Prostatakrebs ist und die Diagnose, abhängig von vielen Faktoren, für jeden einzelnen Betroffenen eine ganz andere Bedeutung hat. Die gute Aufklärung über die Faktoren, die das entscheiden, ist wichtig, damit unbegründete Angst gar nicht aufkommt. Und gleichzeitig kann sie verhindern, dass den Betroffenen, die durch die Erkrankung wirklich ernsthaft bedroht sind, mit den oben zitierten flapsigen Aussagen Unrecht getan wird.

Die Wahrheit ist nämlich, dass gar nicht wenige Männer an Prostatakrebs, in späten oder fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, sterben müssen. Es gibt auch die Fälle, in denen die Krankheit sehr schnell, gleichsam wie im Zeitraffer verläuft und rasch in ein nicht mehr behandelbares Stadium übergehen kann.

Wenn der behandelnde Arzt in diesen Fällen auch behutsam aufklärt und noch so einfühlsam sagt, dass er keine Tumorkontrolle mehr versprechen kann und man erwarten muss, dass eine Situation eingetreten ist, in der der Prostatakrebs zum Tode führen wird, stürzt diese Nachricht den Betroffenen und seine Angehörigen in einen Zustand größter Not.

Ein Gefühlschaos aus Wut, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Einsamkeit, Trauer und vor allem Angst macht sich breit. Zugleich leidet der Kranke vielleicht zusätzlich noch unter Schmerzen, Hinfälligkeit, Lähmungen oder anderen körperlichen Beschwerden.

Sobald sich dieses Gefühlschaos etwas lichtet – oder auch wenn wir abstrakt und „weit entfernt

von der Todesstunde“ über unser eigenes Sterben nachdenken – spüren wir neben einem bleibenden Maß an Verzweiflung auch Wünsche und Hoffnung in uns. Es ist insbesondere die Hoffnung, dass uns bis zum Tod noch lebenswerte Zeit bleibt. Lebenswerte Zeit heißt, eine Zeit mit möglichst wenig Beschwerden, ohne Qual, ohne Verlust der Würde und Selbstständigkeit. Eine Zeit, die wir nach unseren eigenen Vorstellungen autonom gestalten, wichtige Dinge regeln und offen Gebliebenes erledigen können. Und vor allem wünschen wir uns einen Tod ohne Schmerzen oder schwerem Leiden und dass wir dort sterben können, wo wir sterben möchten. Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause sterben zu dürfen und doch sterben in Deutschland nur etwa 25 - 30% zu Hause.

Genau diese Wünsche und Hoffnungen sind es, in denen die Palliativmedizin ihre Aufgabe sieht. Die Palliativmedizin ist das medizinische Fach, in der das Menschliche in den Vordergrund tritt. Durch Zusammenarbeit verschiedener Experten und Spezialisten aus unterschiedlichen Berufsgruppen soll die persönliche Lebensqualität des todkranken oder sterbenden Menschen erhalten und gefördert werden. Zugleich soll in der letzten Lebensphase die notwendige Unterstützung gegeben werden, dass der Sterbende das erreichen kann, was ihm wichtig ist. Dabei wird der Mensch als Ganzes gesehen und in dieser ganzheitlichen Sicht nicht nur



körperliche Symptome behandelt, sondern auch Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und organisatorischer Probleme geben.

Die palliativmedizinischen Teams geben emotionale Unterstützung und begleiten die ihnen anvertrauten Menschen auch psychosozial, religiös oder spirituell. Ganz nach ihren Bedürfnissen und Nöten. Deshalb sagt die Palliativmedizin auch klar und deutlich, dass sie keine Sterbemedizin ist. Anders als andere Fachdisziplinen der modernen Medizin stellt die Palliativmedizin nicht nur den Mensch mit seiner individuellen Persönlichkeit und seinen Eigenheiten, so wie er eben ist, an erste Stelle und versucht diesem gerecht zu werden. Sie geht sogar noch darüber hinaus und bezieht auch die Angehörigen des Patienten ein und sieht und unterstützt Patient und Angehörige als Einheit.

Indem alle bestehenden Dienste zusammenarbeiten, soll im Idealfall, und wenn es der Wille des Kranken ist, ein Sterben zu Hause ermöglicht werden. Da Patient und Angehörige als Einheit gesehen werden, umfasst die kontinuierliche Betreuung auch die Trauerzeit. In vielen Städten und Regionen Deutschlands bestehen bereits gut funktionierende Netzwerke aus speziell ausgebildeten Pflegediensten, ehrenamtlichen Helfern, speziell palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen und Therapeuten, die ein menschenwürdiges friedliches Sterben zu Hause ermöglichen. Gute Netzwerke helfen, die letzte Lebensphase zu einer guten Zeit zu machen.

In Situationen, wo die häusliche Versorgung durch akute Krisen (medizinischer, sozialer oder spiritueller Art) nicht möglich ist, stehen im Hintergrund Palliativstationen an Krankenhäusern zur Verfügung. Aufgabe der Palliativstationen ist es, im Rahmen einer stationären Behandlung die aku-

te Krise zu überwinden und die Entlassung in die häusliche Umgebung mit guter Symptomkontrolle anzustreben.

Wenn eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht nötig ist und eine ambulante Betreuung zu Hause – egal weshalb – nicht möglich ist, gibt es stationäre Hospize als gute Orte am Lebensende. In diesen Einrichtungen können die Sterbenden weitgehend ihre Autonomie bewahren und ihren letzten Lebensabschnitt in einer Umgebung verbringen, die sehr nah an „zu Hause“ oder dem „normalen Leben“ sein kann und dennoch ist dort die notwendige kompetente pflegerische Betreuung rund um die Uhr gegeben.

In Deutschland gibt es derzeit etwa knapp 200 Hospize, ungefähr 230 Palliativstationen, über 150 spezialisierte ambulante Palliativteams und mehr als 1500 ambulante Hospizdienste – oft gar nicht wahrgenommen. Trotzdem werden wir in Zukunft auf dem Gebiet der Palliativversorgung noch viel mehr erreichen müssen, um es mehr Menschen möglich zu machen, dass sie, wie sie es sich wünschen, Zuhause in Würde und ohne Leiden sterben können.

Korrespondenzadresse

Dr. Stephan M. Probst
Klinik für Hämatologie,
Onkologie und Palliativmedizin
Klinikum Bielefeld
Teutoburger Straße 50
33604 Bielefeld
Tel.: 0521 5811060
Fax: 0521 5811096
E-Mail: stephan.probst@klinikumbielefeld.de

Der Mensch steht immer im Mittelpunkt

Wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist,
wird sich liebevoll um die Betroffenen gekümmert



Die Diagnose Krebs ist ein großer Schock für die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen. Obwohl Krebs für jeden Betroffenen zunächst einmal eine lebensbedrohliche Erkrankung ist, kann jeder zweite Krebspatient heute geheilt werden. Und viele weitere Menschen können mit einer chronischen Krebserkrankung noch viele Jahre leben. Was geht in einem Krebspatienten vor, wenn er erfahren muss, dass seine Erkrankung nicht heilbar ist? Unheilbar kranke Menschen benötigen besondere Zuwendung. Oft belasten sie Angst und Schmerzen sowie soziale und psychische Probleme. Bereits während der kurativen Therapie schalten sich palliativmedizinische Teams ein – vorausgesetzt die Heimatregion des betroffenen Patienten verfügt über entsprechende Angebote. Denn von einer flächendeckenden Versorgung unheilbar kranker Krebspatienten ist Deutschland leider derzeit immer noch weit entfernt.

Unheilbar kranke Menschen psychosozial zu unterstützen und ihre körperlichen Beschwerden zu lindern ist Aufgabe der Palliativversorgung. Sie legt sich wie ein schützender Mantel – lateinisch „pallium“ – um Schwerstkranke und Sterbende. Speziell geschulte Ärzte und Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger nehmen sich Zeit und helfen den betroffenen Menschen in dieser schwierigen Lebenssituation. Oft werden sie dabei durch ehrenamtliche Kräfte der Hospize unterstützt. Medikamentöse Schmerztherapien und tägliche physiotherapeutische Übungen sorgen dafür, dass Schmerzen erträglicher werden.

Das war nicht immer so: Als am 7. April 1983 die erste Palliativstation an der Chirurgischen Klinik der Universität zu Köln eröffnet wurde, musste man Deutschland noch als palliativmedizinisches Entwicklungsland bezeichnen. Seitdem hat sich viel getan, inzwischen gibt es mehr als 400 Palliativstationen und Hospize. Die Deutsche Krebshilfe hat den Weg für diesen Prozess von Anfang an geebnet und schon die erste Palliativstation in Köln mit initiiert und gefördert. Über 63 Millionen Euro hat die Organisation in den Aufbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, in Stiftungsprofessuren, in Forschungsprojekte zu palliativmedizinischen Inhalten sowie in Akademien für die palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung investiert. Die Palliativmedizin ist heute ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung und das Lehrfach „Palliativmedizin“ Teil der medizinisch-universitären Ausbildung. An dieser Entwicklung hat die Deutsche Krebshilfe einen wesentlichen Anteil.

Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten geschaffenen Versorgungsstrukturen und der sogenannten „Spezialisierten Ambulanten Palliativ Versorgung“ (SAPV) ist Deutschland von einer flächendeckenden Versorgung unheilbar kranker Krebspatienten aber immer noch weit entfernt. Mit der SAPV sollen die häusliche Betreuung Sterbender gewährleistet und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Seit der Gesundheitsreform von 2007 gibt es sogar einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistungen. Sie werden bisher jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt. Insbesondere in ländlichen Regionen fehlen sowohl Konzepte als auch notwendige personelle Kapazitäten, um den Wunsch vieler Betroffener nach einer guten medizinischen Sterbebegleitung und einem menschenwürdigen Tod zu erfüllen. „Die ‚Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung‘ ist ein wichtiges Anliegen der Deutschen Krebshilfe“, sagt Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer

der Deutschen Krebshilfe. „Neben der stationären Palliativmedizin und der Hospizarbeit wird es nur durch die SAPV möglich sein, eine optimale Versorgung in der Fläche zu leiten. Es wird aber noch viele Anstrengungen brauchen, um dies zu erreichen.“ Denn die Nachfrage nach Palliativmedizin wird in den kommenden Jahren weiter steigen, da die Menschen immer älter werden und Krebs als Erkrankung des Alters weiter zunimmt.



Die Deutsche Krebshilfe stellt sich den Herausforderungen unter anderem mit ihren Förderschwerpunktprogrammen „Palliativmedizin“ und „Onkologische Spitzenzentren“. So werden beziehungsweise wurden von den in Deutschland derzeit existierenden zehn Lehrstühlen für Palliativmedizin acht von der Deutschen Krebshilfe finanziert. Zur Optimierung des reibungslosen Ablaufs an der Schnittstelle stationär/ambulant hat die Deutsche Krebshilfe 14 stationäre und ambulante Palliativdienste im Rahmen wissenschaftlich ausgerichteter Projekte zur palliativmedizinischen Versorgung unterstützt. Durch diese Fördermaßnahmen sollen Forschung und Lehre in der Palliativmedizin intensiviert, die Versorgung im Bereich Palliativmedizin vernetzt und interdisziplinäre Forschungsfragen beantwortet werden.

Alle zwölf derzeit von der Deutschen Krebshilfe geförderten universitären „Onkologische Spitzenzentren“ tragen dazu bei, Krebspatienten optimal nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu versorgen und die Krebsforschung

voranzubringen. Die Palliativmedizin spielt in den Spitzenzentren wie auch in den anderen Krebszentren, beispielsweise den zertifizierten Organkrebszentren, eine bedeutende Rolle. Die von der Deutschen Krebshilfe gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft entwickelte Zentrumsstruktur – Spitzenzentren, Onkologische Zentren und Organkrebszentren – wird, unter Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft, letztlich zu einer flächendeckenden Palliativmedizin auf hohem Versorgungsniveau führen.

Inzwischen hat sich auch der Gesetzgeber dem entschiedenen Kampf gegen den Krebs und für eine bessere flächendeckende Versorgung von Tumorkranken angeschlossen. Im Jahr 2008 wurde der Nationale Krebsplan vom Bundesministerium für Gesundheit, gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe, initiiert. Diese Initiative trägt unzweifelhaft erste Früchte. Die zuständigen Gremien des Nationalen Krebsplans haben im Herbst 2012 entschieden, auch der Palliativmedizin künftig den entsprechenden Raum für gesundheitspolitische und strategische Diskussionen zu geben.

„Dennoch muss sich die Politik mehr engagieren“, sagt Gerd Nettekoven. „Um dem Ziel einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung auf höchstem Niveau näher zu kommen, muss die Palliativmedizin nach unserem Dafürhalten gesundheitspolitisch noch mehr Gehör finden. Wenn acht von zehn Lehrstühlen in Deutschland von einer gemeinnützigen Organisation, die ihre gesamten Aktivitäten aus Spendengeldern und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung finanziert, gefördert werden, ist das nicht akzeptabel.“ Eine Verankerung der Palliativmedizin in der Hochschullandschaft ist deshalb so wichtig, da Forschung und Lehre mit dazu beitragen, um in eine flächendeckende Versorgung zu kommen. Politik und Öffentliche Hand müssen sich daher noch stärker als bisher für die Medizin am Lebensende einsetzen und sie flächendeckend umsetzen. Mit dem Nationalen Krebsplan könnte dies gelingen.

„Wir sind fest davon überzeugt, dass eine qualitativ hochwertige palliativmedizinische Versor-

gung den Ruf nach aktiver Sterbehilfe verhalten lässt“, so Nettekoven. „Menschen, die unheilbar krank sind und sich dennoch gut aufgehoben fühlen, deren Schmerzen wirksam bekämpft und deren Sorgen ernst genommen werden, erleben

auch die letzten Tage und Wochen ihres Lebens als lebenswert.“

Wir danken der Deutschen Krebshilfe für diesen Beitrag.

Ärzte wollen Klarheit bei Sterbehilfe



Kommerzielle Sterbehilfe ist in Deutschland strafbar, die private Beihilfe zum Suizid nicht. Aber was ist mit medizinischen Helfern, die dem Schwerkranken persönlich nahe

stehen? Darüber hat der Deutsche Ethikrat im September 2012 diskutiert.

Wenn der Deutsche Ethikrat „Suizid und Beihilfe zum Suizid“ zum Thema seines Treffens machte, so hat das mit dem Gesetzentwurf zur Änderung des Sterbehilfe-Gesetzes zu tun, den das Bundesjustizministerium vorgelegt hat. Kommerzielle Suizidhelfer machen sich ihm zufolge strafbar. Im privaten Rahmen aber steht die Beihilfe zum Suizid, wie der Freitod selbst, weiterhin nicht unter Strafe. Die Ärzte hatte allerdings ein Passus in der Entwurfsfassung irritiert, demzufolge Ärzte und Pflegekräfte, die dem Sterbewilligen persönlich nahe stehen, ebenfalls ausdrücklich von der Strafandrohung ausgenommen werden. „Ohne den Satz hätten wir das Problem möglicherweise gar nicht bemerkt. Doch nun wünschen wir uns eine Klärung“, sagte Montgomery in Berlin.

Auch in der Standesordnung seiner Schweizer Kollegen ist festgehalten, dass Beihilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Sie bleibe auf jeden Fall straffrei, solange keine „selbstsüchtigen Beweggründe“ dahinter stünden. Die Urteilsfähigkeit der Menschen, die sich das Leben nehmen, werde in psychiatrischen Gutachten ermittelt, ebenso wie die Beständigkeit ihres Todes-

wunsches, die Hoffnungslosigkeit ihrer gesundheitlichen Situation und die Unerträglichkeit ihres Leidens.

Ob über alle diese Punkte wirklich Klarheit gewonnen werden kann, daran ließen die Mitglieder des Ethikrates immer wieder Zweifel erkennen. „Gibt es nicht oft lebensbejahende Anteile, die man fördern kann?“, fragte Christiane Woopen, Vorsitzende des Gremiums. Durchaus, und für viele Menschen sei es schon beruhigend, dass es im Hintergrund eine Organisation wie Exit (oder die in Deutschland wesentlich bekanntere Dignitas) gebe, entgegnete Schafroth. „Gerade Schmerzpatienten schaffen es, viele Jahre weiterzuleben, wenn sie wissen, dass sie Hilfe finden würden, falls sie sich das Leben nehmen wollen.“

Ein Verein, der Freitodbegleitung anbietet, als Helfer bei der Suizidprävention? Armin Schmidke, der Vorsitzende des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, will die Menschen lieber über die Möglichkeiten der Palliativmedizin und des würdigen Sterbens informieren. Die Forschung habe eine Gemeinsamkeit aller Menschen ausgemacht, die sich das Leben nehmen: die Überzeugung, „keine Freiheitsgrade des Handelns mehr zu haben“.

Quelle: Adelheid Müller-Lissner,
Der Tagesspiegel, 28.09.2012

Hospiz – Begleitung und Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen

Von Benno Bolze

Geschäftsführer des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e.V.



„Hospiz“ ist nicht in erster Linie ein Haus, sondern eine Haltung. Im Mittelpunkt der Hospiz- und Palliativarbeit stehen der schwerkranke und sterbende Mensch sowie seine Angehörigen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen. Zum ganzheitlichen Konzept der Hospiz- und Palliativversorgung gehören die Palliativmedizin, die Palliativ-Pflege, die psychosoziale sowie die spirituelle Begleitung. Welche Form der Unterstützung benötigt wird, hängt ganz von der persönlichen Situation des Betroffenen ab. Zu einem frühen Stadium der Erkrankung ist evtl. nur ein Gespräch über mögliche Formen der Unterstützung oder eine Information über eine Patientenverfügung gewünscht, mit dem Fortschreiten der Erkrankung stehen dann häufig die palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung sowie die psychosoziale Begleitung im Vordergrund.

Im Rahmen der Hospiz- und Palliativarbeit ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ von zentraler Bedeutung, denn viele Menschen wünschen sich, bis zum Lebensende zu Hause, in der vertrauten Umgebung, leben und sterben zu können. Wenn eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist und der Patient es wünscht, erfolgt die Aufnahme in einem stationären Hospiz.

Das Angebot der Hospiz- und Palliativdienste richtet sich an jeden schwerkranken und sterbenden Menschen, unabhängig von der Glaubensrichtung oder der Nationalität.

Das Angebot der Hospiz- und Palliativdienste ist für die Betroffenen kostenfrei.

Die ambulanten Hospiz- und Palliativdienste werden in der Regel durch ausgebildete Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger oder Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen geleitet. Zu ihren Aufgaben zählen insbesondere die Beratung der

Betroffenen, die Organisation des den Wünschen und Bedürfnissen des Betroffenen entsprechenden Versorgungsnetzwerkes und die Koordination der ehrenamtlichen Arbeit.

Die Ehrenamtlichen werden auf ihren Dienst in einem Seminar im zeitlichen Umfang von rund 100 Stunden vorbereitet. Dabei geht es vor allem um die Vermittlung von Wissen über die Hospiz- und Palliativarbeit und die verschiedenen Angebote der Versorgung und Unterstützung der Betroffenen, aber auch um die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und dem eigenen Sterben – nicht um die mit dem Lebensende verbundenen Fragen endgültig zu klären und beantworten zu können, sondern um zu sehen, was das Wissen um die Endlichkeit des Lebens bei einem selbst auslöst und wie man damit umgehen kann. Auch nach Ende des Seminars, während der Zeit der Begleitung, werden die Ehrenamtlichen z.B. durch Supervision begleitet.

Die Begleitung durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin oder einen ehrenamtlichen Mitarbeiter beginnt auf Wunsch des Patienten dann nach einem



ersten Gespräch des Patienten mit der Leitung bzw. der Koordinatorin des ambulanten Hospizdienstes. In diesem Gespräch werden auch die Fragen der Erreichbarkeit in Notfallsituationen besprochen. Das dann folgende Gespräch wird dann gemeinsam mit der ehrenamtlichen Mitarbeiterin bzw. dem ehrenamtlichen Mitarbeiter geführt.

Die Anzahl der weiteren Gespräche und Besuche hängt von den Wünschen der Betroffenen und den zeitlichen Möglichkeiten der Ehrenamtlichen ab. Zunächst kann ein Gespräch pro Woche oder alle zwei Wochen ausreichend sein, später sind die Zeitabstände zwischen den Besuchen dann in der Regel kürzer. Die Ehrenamtlichen haben ausreichend Zeit für Gespräche und besuchen die Patientinnen und Patienten zu Hause, aber auch im Krankenhaus, im

Pflegeheim oder auch in jeder anderen Einrichtung. In den Gesprächen kann alles besprochen werden, was den Betroffenen wichtig ist. Nicht immer muss es dabei um die Endlichkeit des Lebens gehen. Viel häufiger sind es Themen des täglichen Lebens, die besprochen werden. Auch für die Angehörigen sind die Ehrenamtlichen Gesprächspartner, wodurch auch sie Hilfe und Unterstützung erfahren.

Für Fragen zur Hospiz- und Palliativarbeit stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospiz- und Palliativdienste gern zur Verfügung. Über die Internetseite des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (www.dhvp.de) gelangen Sie zu Adressen von Diensten bzw. Einrichtungen in Ihrer Nähe.

Palliativmedizinische und hospizliche Versorgung von schwerstkranken Menschen

Von Prof. Dr. Friedemann Nauck
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin



Palliativmedizin bedeutet nicht ausschließlich Behandlung am Lebensende (End-of-Life-Care), sondern kann für viele Patienten zu einem erheblich früheren Zeitpunkt im Verlauf ihrer Erkrankung eine große Hilfe sein. Dies hatte die Weltgesundheitsorganisation bereits im Jahre 2002 in ihrer neuen Definition verankert: „Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“.

Palliativmedizin muss frühzeitig in das Behandlungskonzept integriert werden. Kürzlich konnte in einer Studie gezeigt werden, dass die frühere Inte-

gration der Palliativmedizin nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Patienten steigert und weniger tumorspezifische Therapien nach sich zieht, sondern darüber hinaus sogar das Leben von Patienten verlängert hat. Zudem profitieren nicht ausschließlich Patienten mit Krebserkrankungen von palliativmedizinischer/-pflegerischer Expertise und hospizlichen Angeboten, sondern auch Patienten mit anderen weit fortgeschrittenen nicht heilbaren Erkrankungen.

Was soll geschehen, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?

Die gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung greifen ohne Frage das große Bedürfnis in unserer Gesellschaft auf, für Patienten so viel Selbstbestimmung wie möglich auch für den Fall abzusichern, dass sie sich selbst nicht mehr zu ihrer medizinischen Versorgung und Betreuung äußern

können. Gleichzeitig soll denjenigen, die die Versorgung leisten, größtmögliche Sicherheit im Umgang mit diesem Instrument der Willensbekundung an die Hand gegeben werden.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens spielt beim Vorliegen von Nichteinwilligungsfähigkeit für den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient eine große Rolle. Hierzu können Angehörige, Lebenspartner oder andere nahestehende Personen beitragen, insbesondere, wenn sich der Kranke in Zeiten, als er noch gesund war, mündlich oder schriftlich dazu geäußert hat. Der Wille des Patienten bildet den obersten Grundsatz in der medizinischen Behandlung, nicht – wie in einer Ethik der Fürsorge formuliert – das Wohlergehen. Dies setzt voraus, dass der Patient aufgeklärt ist und auf der Basis dieser Aufklärung über das notwendige Wissen verfügt, selbständig Entscheidungen von immenser Tragweite auch in Grenzbereichen zwischen Leben, Sterben und Tod fällen zu können.

Der Stellenwert von Patientenverfügungen ist abhängig von der Sorgfalt, mit der derjenige, der diese verfassten Wünsche für die Zeit seines Lebens-

des hat formulieren und vordenken können. Somit führt ein per Patientenverfügung erzwungener Verzicht oder Behandlungsabbruch nicht zwangsläufig zu einem „Sterben können in Würde“. Sterbegleitung, wie in der Palliativmedizin praktiziert, setzt Beziehungsdimensionen voraus, durch welche Würde und Autonomie überhaupt erst verwirklicht werden können.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Friedemann Nauck
Direktor Abteilung Palliativmedizin
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Palliativmedizin,
Geschäftsführender Leiter
Zentrum Anaesthesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin
Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Tel.: 0551-39 10500, Fax.: 0551-39 10502
E-Mail: Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de

„Nicht dem Leben Tage geben, sondern den Tagen Leben“

Hospize und Palliativeinrichtungen

Von Ursula Reitberger

SHG Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg

„Auf die Palliativ?“ – Erschrecken, Angst, Vorbehalte – all das spiegelte sich im Gesicht meines Schwiegervaters. Er hatte Pankreaskrebs, lag seit zwei Wochen auf der internistischen Abteilung im Krankenhaus. Er wollte nach Hause zurück und nicht wieder nur in eine andere Abteilung verschoben werden, noch dazu in diese. Doch er ließ sich überreden die Station zu besichtigen, die nur ein Stockwerk weit entfernt lag. Also packten wir ihn in den Rollstuhl und machten uns auf den kurzen Weg. Wir schneiten einfach so rein, ohne Anmeldung, wandten uns an die nächstbeste Schwester. Sie nahm sich sofort

Zeit für uns, führte uns durch die Einrichtung, erklärte die Räumlichkeiten, die Art der Betreuung, die Modalitäten im Umgang mit den Angehörigen. Und mein Schwiegervater, der gerade eben noch so verschreckt reagiert hatte, meldete sich spontan selbst dort an. Die Aussagen der Schwester, ihre Freundlichkeit, die ruhige Atmosphäre auf der Station hatten ihn sofort überzeugt. Wenige Tage später konnte er dort ein helles Einzelzimmer beziehen. Von Anfang an fühlte er sich gut aufgehoben und betreut. Ärzte und Pfleger hatten Zeit, auf seine Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Schmerzen und





Erbrechen, wesentliche Symptome seiner Krankheit bzw. deren Behandlung, konnten gelindert werden und für die lästige Mundtrockenheit gab es ganz einfach gefrorenes Bier, wahlweise auch Saft oder Wein. Zum Umbetten in der Nacht waren immer zwei Schwestern zur Stelle und am Tag kümmerten sich der Physiotherapeut, der Musiktherapeut, der Pfarrer und die Hospizbegleiterin um ihn. Wir Angehörigen fanden immer Ansprechpartner, konnten zu jeder Zeit bei ihm sein und auch bei ihm im Zimmer bzw. auf Station übernachten. Außerdem gab es einen Aufenthaltsraum mit Miniküche, bequemen Möbeln und einem Fernseher und einen Raum der Stille. Wir waren glücklich, ihn und uns so gut aufgehoben zu wissen.

Palliativstationen

231¹⁾ Palliativstationen gibt es derzeit in Deutschland. Die Patienten, die hier eingewiesen werden – in der Regel durch den behandelnden Arzt – sind unheilbar erkrankt und haben nur noch eine begrenzte Lebenserwartung. Sie leiden unter Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder anderen belastenden Symptomen, die ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden können. Diese Beschwerden zu lindern ist oberstes Ziel. Der Ansatz ist ganzheitlich, d.h. der Patient mit seinen Wünschen und Bedürfnissen steht im Mittelpunkt. Er entscheidet, welche Behandlung durchgeführt werden soll. Ziel ist nicht die Verlängerung des Lebens um jeden Preis, sondern die Lebensqualität so weit wie möglich zu

verbessern bzw. zu erhalten. Um jedem Patienten auch gerecht werden zu können, sind die Stationen im Vergleich zu normalen Krankenhausabteilungen mit mehr Pflegeern und Ärzten ausgestattet, die außerdem eine besondere Zusatzausbildung durchlaufen haben. So verfügen sie über ein spezielles Wissen über Schmerzbehandlung und große Erfahrung im Umgang mit Beschwerden, die durch die Krankheit selbst bzw. durch deren Behandlung entstehen. Das Pflorgeteam wird ergänzt durch professionelle und ehrenamtliche Personen, Physiotherapeuten, Musiktherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und Hospizbegleiter. Die Unterbringung erfolgt in der Regel in Einzelzimmern, für Patienten und ihre Angehörigen stehen zusätzliche Aufenthalts- und Gemeinschaftsräume bereit. Die Palliativmedizin bezieht auch die Angehörigen mit ein, denn die Belastungen von Patient und Angehörigen korrelieren sehr stark miteinander. „Das bedeutet nicht nur, dass jede Verminderung des Leidens des Patienten die Angehörigen entlastet, sondern umgekehrt auch, dass jede Entlastung der Familie direkt die Lebensqualität des Patienten erhöht.“²⁾ (Prof. Gian Domenico Borasio). Nicht selten sind Angehörige psychisch sogar noch stärker belastet als die Patienten selbst. Die Palliativmedizin stellt auch ihnen umfassende Information, Betreuung und hilfreiche Ansprechpartner zur Verfügung.

Entgegen landläufiger Meinung sind Palliativstationen keine Einrichtungen zur Sterbebegleitung. Natürlich versterben auf Palliativstationen mehr Patienten als in anderen Krankenhausabteilungen, im Schnitt jeder zweite. Doch das liegt in der Natur der Sache. Manchmal sind es Patienten, die bereits mehrmals in der Palliativstation waren. Denn wer einmal dort gewesen ist, kann bei Bedarf sofort wieder direkt aufgenommen werden, ohne das belastende Prozedere in der Notfallaufnahme. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 10 Tage, die Dauer insgesamt ist auf ca. 30 Tage beschränkt. Ziel ist es, den Zustand der Patienten zu stabilisieren und sie dann wieder nach Hause zu entlassen. Die Personen in der Palliativabteilung helfen auch, die Betreuung zuhause zu organisieren. Dort können die Patienten von speziell ausgebildeten Palliative Care Schwestern bez. einer

SAPV-Einrichtung (s. Artikel von Christine Deschler, S. 23) versorgt werden. Manche Palliativstationen verfügen über spezielle „Brückenschwestern“, die tageweise für die ambulante Pflege frei gestellt werden.

Auch mein Schwiegervater wurde entlassen. Er musste entlassen werden, weil sein Zustand hier nicht weiter verbessert werden konnte und weil die Palliativstation nur eine Abteilung in einem ganz normalen Krankenhaus ist, dessen ökonomischen und verwaltungstechnischen Zwängen sie unterliegt. Gerne wäre er geblieben, gerne wäre er hier gestorben. Doch nach Hause konnte er nicht mehr, da dort die notwendige Pflege nicht gegeben werden konnte. Das nächste Hospiz war über 100 km entfernt. Also kam nur ein Pflegeheim in Frage. Er starb dort zwei Tage nach der Überführung im Beisein seiner Frau und einer Hospizbegleiterin.



Hospize

Hospize sind eigenständige, stationäre Pflegeeinrichtungen für Sterbende. Sie bieten ein Zuhause für die letzte Lebensphase. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten, wenn der behandelnde Arzt die Hospizbedürftigkeit bescheinigt (unheilbare Erkrankung/begrenzte Lebenserwartung/Krankenhausversorgung nicht nötig/Betreuung zuhause nicht möglich). Der Begriff Hospiz umfasst nicht nur die konkrete Einrichtung, sondern auch ein Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung, das sich folgenden fünf Punkten verpflichtet fühlt:

- Der Kranke und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes
- Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team
- Einbeziehung freiwilliger Begleiterinnen und Begleiter
- Palliative care (Sorge für Schmerzfreiheit und Lebensqualität) statt Medical care (auf Heilung gerichtete Behandlung), kurz heißt das: Lebensqualität statt Lebensquantität
- Trauerbegleitung¹⁾

Träger der Hospize sind Vereine, gemeinnützige Organisationen oder Kirchen. Medizinisch betreut werden sie von eigenen Ärzten oder niedergelassenen Ärzten vor Ort. 10% der Kosten müssen von den Hospizen selbst getragen werden, d.h. von Stiftungen oder Spenden. Damit will man vermeiden, dass Hospize aufgrund geschäftlicher Interessen gegründet werden. Rechtlich gesehen ist ein stationäres Hospiz einem Pflegeheim gleich gesetzt, fällt also unter das Pflegegesetz.

Doch so wie die Palliativstation sich von den „normalen“ Krankenhausabteilungen unterscheidet, so unterscheidet sich auch das Hospiz ganz wesentlich von einem Pflegeheim. Für beide gilt der Satz von Cicely Saunders, der Gründerin der Hospizbewegung: „Nicht dem Leben Tage geben, sondern den Tagen Leben“. Auch im Hospiz gibt es nur Einzelzimmer, die individuell ausgestattet werden können. Behandlung und Pflege erfolgen ganz im Hinblick auf die Wünsche des Einzelnen. Sein Wille und Einverständnis wird erfragt, solange es möglich ist, und auch mit der Familie abgesprochen. Neben den professionellen Helfern sind tagtäglich ehrenamtliche Hospizhelfer beschäftigt, die sich vor allem auch um die seelischen Bedürfnisse der Kranken und ihrer Angehörigen kümmern. Die Zeit haben zum Reden – und auch zum Lachen!

90% aller Deutschen möchten gerne Zuhause sterben. Sie haben Angst, in der technisierten Maschinerie eines Krankenhausbetriebes unterzugehen oder im Pflegeheim zu vereinsamen. Doch nur höchstens 50% aller Menschen sterben in der vertrauten Umgebung. Manche können zuhause nicht ausreichend gepflegt werden, manche haben

gar keine Familie mehr, manchmal sind die Angehörigen mit der Pflege einfach überfordert. Dann ist es gut, wenn ein Hospiz in der Nähe ist. Die Erfahrungen zeigen, dass auch in diesem Rahmen ein würdiges Sterben möglich ist. Von einem „Abschieben“ des Kranken kann hier keine Rede sein. Im Gegenteil: Die kompetente Pflege sowie der respektvolle Umgang mit den Patienten ebenso wie mit den Angehörigen kann beide entlasten (s. Bericht von Frau Kupferschmid S. 5).

Hospizvereine

Die moderne Hospizbewegung entwickelte sich in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts zunächst in England und kam von dort nach Deutschland. 1986 wurde das erste stationäre Hospiz in Deutschland gegründet, 1992 konstituierte sich der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Er ist auch der Dachverband für die zahlreichen örtlichen Hospizvereine, die ehrenamtlich arbeiten. Deren Ziel ist es, allen Menschen ein „Sterben in Würde und Menschlichkeit“ zu ermöglichen:

- Niemand soll einsam sterben müssen;
- Schmerzen und Beschwerden sollen gelindert werden;
- die letzten Dinge sollen geklärt werden;
- es soll Raum geben für Sinn- und Glaubensfragen (überkonfessionelle Spiritualität).

Die Vereine sammeln Spenden zur Realisierung dieser Ziele und sorgen dafür, die Idee der Hospizbewegung in einer breiteren Öffentlichkeit zu verankern. Sie sind auch zuständig für die theoretische und praktische Ausbildung der ehrenamtlichen Hospizhelfer. Die Dienste, die sie anbieten, sind für jeden zugänglich und kostenlos:

- individuelle Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen
- Beratung und Gespräche in den Palliativstationen, Hospizen und zuhause
- Hilfe beim Aufbau eines Betreuungsnetzes
- Hilfe bei Kontakten zu Ärzten und professionellen Pflegediensten
- Informationen über die Möglichkeiten der Schmerztherapie
- Trauerbegleitung für Angehörige, einzeln und in der Gruppe

Auch beim Tode meines Schwiegervaters war eine Hospizhelferin anwesend. Sie hatte ihn und seine Frau auf der Palliativstation kennengelernt, war ihnen ins Pflegeheim gefolgt und betreute meine Schwiegermutter auch in der anschließenden Trauerphase.

Hospizvereine, Palliativstationen und Hospize, sie alle verfolgen ein Ziel, das Leben bis zuletzt lebenswert zu erhalten und ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Alle drei haben mit Vorurteilen zu kämpfen und vor allem mit der Tatsache, dass ihre Arbeit in der Öffentlichkeit viel zu wenig bekannt ist. Dieser Artikel möchte dazu beitragen, dass sich das ändert.

Quellen

1. Wikipedia (Artikel Hospiz, Palliativmedizin etc.), verschiedene Veröffentlichungen von Hospizvereinen
2. BR2, Ein Ende in Würde – Palliativmedizin, Gesundheitsgespräch zur ARD-Themenwoche 2012 „Leben mit dem Tod“, Sendedatum 17.11.2012.

Gibt es einen Leitfaden für würdiges Sterben?

Der Weg zum Lebensende aus der Sicht eines ambulanten Palliativpflegedienstes

Von Christine Deschler, Palliativ-Care Fachkraft



In den letzten 20 Jahren habe ich als Palliativ-Care Fachkraft, als Leiterin und Koordinatorin einer ambulanten Palliativstation, mehr als 1000 Menschen aufgenommen und betreut. Diese Menschen hatten eine chronische Grunderkrankung, analog dem Prostatakrebs und mussten sich aufgrund ihrer Erkrankung natürlich akut mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzen. Zudem haben wir in Augsburg einen Verein gegründet, die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung (AHPV) e.V. Mittlerweile befinden sich ca. 50 Organisationen in diesem Verein, die alle das Ziel haben, vernetzt zusammenzuarbeiten, damit Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleitet und professionell versorgt werden können. Aus diesem Verein wurde eine GmbH gegründet, die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV beschäftigt Palliativärzte und Pflegekräfte, die rund um die Uhr zusammen mit uns Palliativpflegediensten die Versorgung der Patienten sichern. Das Ziel ist, ein Sterben zu Hause möglich zu machen und den Patienten und ihren Angehörigen Sicherheit und Unterstützung zu geben.

Mein persönliches Ziel seit den letzten 20 Jahren ist es, Menschen, die den Boden unter den Füßen verloren haben, sprich Menschen, die vor Angst, Schmerz, Trauer, Wut und Überforderung nicht mehr wissen, wo ihr Weg hinführt, an die Hand zu nehmen und die weiteren Abläufe bis zum Ableben zu koordinieren.

Die Patienten und Angehörigen die mich kontaktieren, stehen nicht am Anfang ihrer Erkrankung – nein sie befinden sich im Endstadium und haben in der Zeit ab der Erstdiagnose bis zu unserem Kontakt viele diagnostische Eingriffe, Chemothe-

rapien, Bestrahlungen, unendliche Hoffnung und auch Enttäuschung hinter sich. Die Ärzte diagnostizieren, dass man nichts mehr tun kann, außer das Leiden zu lindern (= Palliation). Rund 70% aller Angehörigen, die uns kontaktieren, rufen ca. sechs Monate zu spät an. Durch frühzeitiges Informieren lassen sich Ängste und Unsicherheiten verringern, alle Beteiligten vor allem der Patient und dessen Angehörige können davon profitieren.

Checkliste Ambulante Palliativversorgung – Leitfaden zur Orientierung und Unterstützung:

1. Kennenlernphase und Vertrauensbildung

Um die Patienten und die Angehörigen kennenzulernen, verabrede ich mit ihnen einen Beratungstermin, um die Anforderungen für eine künftige Versorgung aufzunehmen.

Hilfe annehmen und zulassen ist die Grundvoraussetzung.

Dazu gehört u.a.:

- Analyse sämtlicher Symptome
- Der Patient und dessen Angehörige haben die Möglichkeit Probleme anzusprechen.
- Es werden sämtliche Parameter erfasst wie z.B. Medikamentenplan, Verstopfung, häufiger Harndrang, Schmerzen, Schlafprobleme, Hilfsmittel, Finanzen, Patientenverfügung, Anträge u.v.m.
- Oft erfolgt eine Beratung, ohne dass es von Nöten ist, dass der Pflegedienst täglich kommt. Es wird z.B. vereinbart, alle 2 Wochen zu telefonieren.

2. Orientierungsphase, Vernetzung, Ausarbeitung des Versorgungsplans, Aufgaben des Pflegedienstes

In Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen erfolgt dann die Ausarbeitung des Versorgungsplans sowie die Festlegung der Aufgaben des Pflegedienstes. Sicherzustellen ist eine dauerhafte Kommunikation innerhalb der Familie, um Stresssituationen zu vermeiden.

- Termin mit ambulantem Hospiz ausmachen, um Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auszufüllen, außerdem kann dort ein Notfallplan für Entlastungsmöglichkeiten erarbeitet werden, falls eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist.
- Der Pflegedienst hilft bei der Einstufung in die Pflegestufe, außerdem weiß der Patient anhand eines Kostenvoranschlages wie viel seine Pflege kostet.
- Hilfsmittel bestellen (z.B. haben wir bei einem Patienten gemeinsam mit dem Sanitätshaus sämtliche Urinalkondomvarianten zur Harnableitung ausprobiert).
- Entscheidungen des Patienten mit umsetzen, z.B. Parenterale Ernährung. Der Pflegedienst infundiert über den implantierten i.v. Port die Ernährung mittels einer Infusionspumpe und steht 24 Stunden in Rufbereitschaft zur Absicherung der Therapie.
- Übernahme der Körperpflege des Patienten und Schulung der pflegenden Angehörigen.
- Koordination des Hilfsnetzes: Kinder, Ehepartner, Sanitätshäuser, Krankengymnasten, Urologe, Onkologe, Hausarzt, Krankenkasse u.v.m.

3. Stabilisierungsphase

Sobald die Orientierungsphase abgeschlossen und mit allen Beteiligten Konsens besteht, kann die für den Patienten notwendige Hilfe auf den Weg gebracht werden:

- Gemeinsame tagesaktuelle Reaktion auf Symptome während der Pflege (z.B. Übelkeit/Erbrechen, Ansetzen eines neuen Medikaments u.v.m.).

- Die Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes kommen regelmäßig zu stundenweiser Entlastung und Begleitung.
- Durch kontinuierliche Unterstützung und professionelle Ansprechpartner kann Entspannung und hohe Lebensqualität trotz der schweren Erkrankung des Patienten herbeigeführt werden. Diese Phase kann oft 1 bis 2 Jahre anhalten oder auch nur von kurzer Dauer sein.
- Alle ethischen Fragen werden geklärt wie z.B. Flüssigkeitsgabe i.v. oder subkutan, künstliche Ernährung.
- Ein ärztlicher Notfallplan und alle benötigten Hilfsmittel müssen vor Ort sein (z.B. Blasenkateter, Medikamente).

4. Sterbephase

Wenn eine rapide Verschlechterung der Gesamtsituation des Patienten eintritt, entscheiden Pflegedienst, Hausarzt, Hospiz und Familie gemeinsam, wie eine optimale Versorgung sichergestellt wird:

- Wenn die Medikamenteneinnahme problematisch wird, z.B. wenn der Patient nicht mehr schlucken kann, kann diese umgestellt werden, z.B. auf transdermales Pflaster oder subkutane Spritzen.
- Ob die SAPV mit einer täglich kontinuierlichen Palliativarzt-Begleitung eingeschaltet werden soll.
- Eine Schmerzpumpenversorgung über die SAPV kann für Patient und Angehörige eine sanfte optimale Therapie sein.
- Seelsorger von außen oder von der SAPV können in dieser Phase Unterstützung bieten.
- 24-h-Bereitschaft ist für alle Beteiligten selbstverständlich, darunter fällt auch der Nachtdienst, der vom Hospiz zur Entlastung angeboten wird.
- Die Pflege kann anstatt 1 bis 2 x täglich oft auch 3 bis 4 x täglich über den Pflegedienst erfolgen.
- Ultraschall, Aszitespunktion, Blutabnahme können auch zu Hause stattfinden (SAPV).
- Überforderung der Angehörigen soll angesprochen und erkannt werden, damit sie entlastet werden können.

5. Nachsorgephase

Nach dem Tod des Patienten werden die Angehörigen weiterhin durch das Hospiz und den Pflegedienst unterstützt.

- Abschluss mit der Kranken- und Pflegekasse
- Abholung der Hilfsmittel
- Beratung/Seelsorge und Abschlussgespräch mit den Angehörigen.

Es ist schwer das Ende eines Menschen in eine Checkliste zu fassen, weil in jeder Familie Individualität steckt. Und doch sind diese fünf Punkte immer gleich. Grundvoraussetzung jedoch ist, dass der Patient in seiner Verschlechterungsphase eine Familie hat, die 24 Stunden Präsenz sichern kann.

Ein alleinlebender Patient muss, wenn der Hilfebedarf zu hoch ist, in eine Einrichtung verlegt werden, damit eine optimale Betreuung gesichert ist.

Wir können niemandem die Erkrankung abnehmen aber wir haben die Möglichkeit mit unserem Netzwerk und unserer Erfahrung, dem Tod den „Schrecken“ zu nehmen.

Im Abschlussgespräch äußern Ehefrauen oft den Satz: „Ich bin froh, dass wir gemeinsam alles dafür getan haben, dass mein Mann bis zum letzten Tag zu Hause bleiben konnte.“ In diesem Gespräch gibt es viel Trauer aber auch Stolz zum richtigen Zeitpunkt anderen Menschen vertraut und die Unterstützung angenommen zu haben. Man muss dies als große Stärke einer Familie deuten.





Seelsorgerische Gedanken zu einem Leben mit Prostatakrebs

Von Pastor Martin Baltzer
Kirchengemeinde Bergenhusen, Schleswig-Holstein



Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen sind ein Segen für die Menschen, die selbst davon betroffen sind, für die Angehörigen und für die Gesellschaft, die lernt, offener damit umzugehen, was das Wissen um die Erkrankung in einem an Gefühlen und Ängsten wachruft.

Als Gast beim Treffen der Selbsthilfegruppen hat es mich beeindruckt, zu sehen wie in den Prostatakrebsgruppen die Teilnehmenden und auch die Angehörigen miteinander umgehen und sich Kraft und Stütze geben können.

Alle Menschen müssen sich irgendwann dem Gedanken an ihre eigene Endlichkeit stellen. Krebs bringt in seiner Lebensbedrohlichkeit den Gedanken an das Ende in das Leben. Gerade da kann es so wichtig werden, miteinander zu reden über die Ängste, die Sorgen und auch die Träume und Hoffnungen. Nicht nur, wenn alles offensichtlich ist, sondern auch in den Momenten, wo es einem besser oder gut geht. Gute Momente gemeinsam zu erleben, bedeutet auch, sich zu stärken für schwierige Momente. Das gilt ja fürs ganze Leben.

Die Ängste, jemanden zu verlieren, weil in ihm etwas wächst, das man nicht sieht obwohl er doch

da sitzt und lacht, obwohl er doch so voller Ideen ist, können eine Hürde sein darüber zu sprechen, so als würde man das Negative heraufbeschwören.

Im Miteinander mit Betroffenen ist diese Hürde geringer, weil jeder darum weiß, weil man sich manchmal nur anschauen muss, um zu verstehen.

Vielleicht ist Krebs deswegen so schwierig zu kommunizieren, weil er von innen heraus wächst und Teil des Körpers ist. Dadurch kann ein Gedanke im Körper mit heranreifen, als wolle er einem sagen: ich will dich nicht. Das ist wie eine Sinnentwertung von innen, zumal beim Prostatakrebs auch gerade das Sein als Mann sehr hart in Frage gestellt wird.

Jeder hat seinen eigenen Umgang mit der Trauer, mit den Veränderungen, die in ihm und dadurch auch in der Partnerschaft und in der Beziehung zur Umwelt vor sich gehen. Aber es tut gut, das nicht ganz für sich alleine zu tragen, sondern es mitteilen und teilen zu können. Seit einigen Jahren kommt die Selbsthilfegruppe im Rahmen ihres sommerlichen Treffens auch zusammen in die Kirche, zu einer kleinen Andacht. Während der Andacht kann jeder eine Kerze entzünden und für sich selbst oder

einen anderen Menschen hinstellen. Dann stehen da nebeneinander die Kerzen und mit ihnen alles das, was sie ausdrücken: die Gedanken und Gefühle der Menschen. Es ist rein äußerlich gesehen nicht viel, aber es drückt ganz viel aus: Wir teilen etwas gemeinsam, wir gehören zusammen und wir stehen alle gemeinsam vor einer höheren Macht als wir selbst es sind. Für mich ist das Gott, der unser Schicksal und uns wertvoll macht. Heil werden bedeutet nicht nur, wieder ganz gesund zu werden, so als ob nie etwas gewesen wäre. Heil werden heißt auch: ganz werden, sich als einen ganzen Menschen empfinden zu können auch mit der Krankheit und seinen Folgen. Wir sind mehr als das, was wir nur denken, wir bleiben immer ein wertvoller, lebendiger Mensch, ein Geschöpf Gottes und sind auch das, was wir unserem Partner, unserer Familie, bedeuten. Das gilt es auch wieder zu entdecken. Das Wissen um den Prostatakrebs in sich ist ein Abschied von der Unbedarftheit im Leben. Von dem ungezwungenen Planen in die Zu-

kunft. Es ist der Gedanke der Endlichkeit, der Gedanke des Ernstes, der in das Leben eintritt.

Er kann es vergiften aber er kann es auch konzentrieren auf das, was uns wichtig und sinnvoll ist. Es wird manchmal der Abschied von lieb gewordenen Lebensgefährten, von neugewonnenen Freunden in der Gruppe, die sterben.

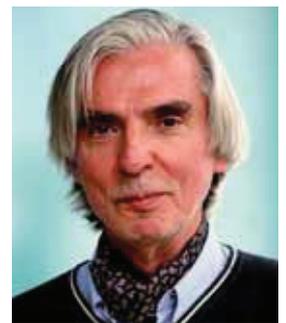
Es ist aber auch der Beginn eines ganz anderen Lebens, einer neuen Suche nach Inhalt, nach dem Wichtigen, dem Eigentlichen. Vielleicht auch letzten Endes die Versöhnung mit dem, was in einem ist. Es ist Leben.

Und es bleibt ein wertvolles Leben, jeden Moment, jede Sekunde, jeden Augenblick.



Reden – am besten miteinander

Von Manfred Gaspar MA
Hamm-Kliniken, Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording



Generell schätzen sich krebserkrankte Männer deutlich weniger psychisch belastet ein, als krebserkrankte Frauen. Diese Geschlechtsunterschiede gleichen sich jedoch bei fortschreitenden Krankheitsverläufen an. Betrachtet man nur das Verhalten von Männern, wird deren innere Not häufig übersehen: Die Diskrepanz zwischen innerem Erleben und gezeigtem Verhalten ist oft riesig.

Und wer glaubt, Männer würden über ihre Gefühle nicht reden (wollen), der irrt gewaltig. Männer

reden sehr viel – aber sehr häufig ausschließlich mit sich selbst! Und das ist zumeist wenig hilfreich. Erst etwas laut Ausgesprochenes, einem anderen Menschen gegenüber Geäußertes, kann entlasten und Klarheit schaffen. Ein weites Feld ist es, über Wirkungen oder gar Wirkmechanismen psychonkologischer Interventionen nachzudenken. Eines mag als möglicherweise kleinster gemeinsamer Nenner als gesichert gelten: Patienten, denen es durch Psychotherapie besser geht, geht es wahr-

scheinlich deshalb besser, weil sie über die Gefühle sprechen, die sie erleben. „Gib deinem Kummer Worte“, formulierte William Shakespeare einst, und weiter sagte er: „Der Gram, der nicht spricht, wisperst im überlasteten Herzen fort und bringt es zum Brechen.“ Situationsadäquate Gefühle zuzulassen und diese auch zu äußern, ist in der Regel extrem hilfreich – anders – als solche Gefühle zu isolieren, sie eben nicht zuzulassen. Oft wird diese Gefühlsisolation, also das Nichtzulassen von situationsadäquaten Gefühlen, mit den Worten beschrieben: „Das hat mich überhaupt nicht beunruhigt.“

Gerhard Strittmatter hat prägnant acht Merksätze für Männer formuliert:

In der Rolle als Kranker

- Belastungen zu haben, ist keine Schwäche, sondern zeigt, dass Sie sich mit der Krankheit auseinandersetzen. („das haut auch den stärksten Mann um“).
- Sagen Sie deutlich, wie es Ihnen geht, was Sie brauchen, was Ihnen hilft und gut tut.
- Lassen Sie Ihre Partnerin an Ihrem Leben teilhaben!
- Sie schützen Ihre Familien nicht, wenn Sie sie außen vorlassen. Die Familie ist sowieso schon mit drin.

In der Rolle als Partner

- Würgen Sie schwere Themen nicht ab, sondern hören Sie zu!
- Gehen Sie auf die schweren Themen ein. Das ist nicht aufgeben, sondern teilen und gemeinsam tragen!
- Über Schweres sprechen ist ein wichtiger Teil der Angstbewältigung.
- Sie müssen nicht auf alles eine Antwort wissen. Das Schwere mit auszuhalten ist oft die entscheidende Hilfe.
- Schenken Sie Nähe. In der Nähe liegt die Kraft zur Bewältigung.

Selbst sehr fortgeschrittene Erkrankungen von Prostatakrebs ermöglichen heute ein vergleichsweise langes Überleben. Daraus resultiert dann natürlich auch ein längeres Aushalten „müssen“ von Unsi-

cherheit und ein längeres Arrangement mit Ängsten, die es nicht zu bewältigen gilt – das wäre zu meist ein illusorischer Ansatz – sondern darum, sie als „normal“ zu erkennen und darum, den Umgang mit ihnen zu lernen. Da ist es sehr wichtig, Gegengewichte zur Angst zu kennen. Stärkstes Gegengewicht ist die Hoffnung. Angst befürchtet die Veränderung, die Hoffnung bejaht sie. „Es kommt darauf an, das Hoffen zu lernen“, sagte einmal Ernst Bloch. Menschliche Existenz ohne Hoffnung ist wahrscheinlich nicht möglich. Was nun bedeutet Hoffnung für einen schwerkranken Menschen? Bedeutet Hoffnung zu haben, davon auszugehen, dass etwas ein gutes Ende nimmt? Einst berichtete mir eine Patientin, dass ihr Arzt auf die Frage: „Gibt es denn noch Hoffnung?“ barsch geantwortet habe: „Das weiß ich doch nicht!“ Sie fragte mich dann, ob ein Arzt so etwas sagen dürfe. Ich habe sie darauf gefragt, was sie denn als Antwort erwartet habe. Nach Zeit längeren Nachdenkens sagte sie dann, sie habe gehofft, dass der Arzt ihr noch „eine Chance gebe“. Und in der Tat haben Studien im Laufe der Jahre gezeigt, dass die Einstellung behandelnder Ärzte Bedeutung für die Gesundheit von Patienten hat – auch und gerade besonders bei unheilbaren Krankheiten. Das ist einer der Gründe, warum Ärzte mit mehreren möglichen (dennoch realistischen) Verläufen rechnen sollten und den Besten nicht vergessen dürften, und zwar mit dem ganzen Spektrum verbaler und (bewusster) nonverbaler Signale, sofern ein solcher Verlauf nicht gänzlich unwahrscheinlich erscheint. Erneut stellt sich die Frage, was denn nun Hoffnung für einen schwerkranken Menschen bedeutet? Bedeutet Hoffnung zu haben, davon auszugehen, dass etwas ein gutes Ende nimmt? Wir verbinden in der Regel mit dem guten Ausgang einer Krankheit entweder Heilung (Kurativmedizin) oder Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität (Palliativmedizin). Das ist jedoch trotz aller Segnungen und Fortschritte der Medizin sowohl im Kurativen als auch im Palliativen eine nicht immer realistische Einschätzung. Hilfreich erscheint mir da die vielzitierte Formulierung Vaclav Havels: „Hoffnung ist eben nicht Optimismus. Es ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, ohne Rücksicht darauf, wie es ausgeht.“



In diesem Sinne haben Kranke, die einfühlsam und wahrhaftig über die Diagnose, Therapie und Prognose informiert sind, Grund zur Hoffnung, weil sie der Krankheit und der letzten Zeit des Lebens bewusster einen Sinn geben können.

Einem Patienten in palliativer Situation, der sich durch engmaschige psychoonkologische Betreuung gut stabilisiert fühlte, verdanke ich einen Text – leider ohne Quellenangabe – dem er, wie er sagte, viel verdankt habe:

„Ich habe die Wahl, glücklich oder unglücklich zu sein. Leben heißt mehr als Über-Leben. Ich habe das Recht, zu allem **Nein** zu sagen, wenn ich mich nicht zu einer Sache bereit fühle oder wenn ich unsicher bin. Ich darf alle meine Gefühle wahrnehmen, dazu gehören: Wut, Angst, Trauer und Liebe. Ich habe das Recht, neugierig und mutig zu sein. Ich bin sehr wahrscheinlich nicht schuldig, auch wenn ich mich so fühle. Ich habe das Recht, Fehler zu machen. Ich brauche nicht zu lächeln, wenn ich eigentlich weine. Ich darf ein Gespräch, eine Begegnung beenden, wenn Menschen mich klein machen und verletzen. Ich darf gesünder sein als die Menschen in meiner Umgebung. Ich bin auch dann in Ord-

nung, wenn ich entspannt und fröhlich bin und Freude habe. Ich habe das Recht, mich zu verändern und zu wachsen. Ich bin auch dann wichtig, wenn ich mich abgrenze und auf mich achte. Ich darf auf jemanden ärgerlich sein, den ich liebe. Ich kann auf mich achten, und zwar unabhängig von den jeweiligen Umständen. Ich brauche nicht perfekt zu sein, um glücklich zu sein. Ich brauche nicht perfekt zu sein. Punkt. Niemand sonst ist es.“

Häufig stehen für Menschen in der letzten Lebensphase nicht körperliche Symptome im Vordergrund, die sie belasten. Vielmehr sind es oft Dinge, die im Verlauf des Lebens verschüttet worden oder verschüttet gegangen sind, die in dieser Phase an immenser Bedeutung gewinnen. Genau dann wünschen und brauchen Menschen empathische Begleiter. Die Aufgaben der Begleitenden bestehen dann allerdings weniger im Reden als vielmehr im Zuhören. Diese Erkenntnis komprimiert eindringlich ein ebenfalls anonymer Text, den ich auch von einem Patienten erhalten habe:

Zuhören

Wenn ich Dich bitte, mir zu zuhören,
und Du beginnst, mir Ratschläge zu geben,
dann hast Du nicht getan,
worum ich Dich gebeten habe.

Wenn ich Dich bitte, mir zu zuhören,
und Du fängst an, mir zu sagen,
dass ich nicht so und so fühlen sollte,
dann trampelst Du auf meinen Gefühlen herum.

Wenn ich Dich bitte, mir zu zuhören,
und Du glaubst, Du müsstest nun etwas unternehmen,
um mein Problem zu lösen,
dann machst Du mich klein und schwach,
so seltsam das auch klingt.

Hör mir zu!

Alles, worum ich Dich bitte,
ist, dass Du mir zuhörst.
Nichts sagst oder tust,
nur zuhörst!

Guter Rat ist billig.
Für 58 Cent Porto kann man ihn
von jedem Briefkasten-Onkel
aus den Zeitschriften beziehen.

Ich kann alles für mich selber tun.
Ich bin nicht hilflos oder unfähig,
bloß weil ich krank bin oder Angst habe.
Vielleicht mutlos oder zaudernd,
aber nicht hilflos.

Wenn Du etwas tust,
was ich selber kann
oder selber für mich tun müsste,
dann trägst Du zu meiner Unzulänglichkeit bei
und vergrößerst meine Furcht.

Und wenn Du die simple Tatsache akzeptierst,
dass ich fühle, was ich fühle,
egal wie vernunftwidrig das auch sein mag,
dann kann ich aufhören,
Dich von der Richtigkeit meiner Gefühle
überzeugen zu wollen,
und kann statt dessen versuchen, herauszufinden,
was sich hinter meinen Gefühlen verbirgt.

Und wenn das klar ist,
sind meine Antworten auf meine Fragen
offensichtlich und deutlich.
Dann braucht es keinen Rat!

Bitte, höre mich und hör mir zu!
Und wenn Du dann erzählen willst,
warte eine Minute.

Dann bist Du an der Reihe
Und ich werde Dir zuhören.

Oft fällt es uns schwer, psychische Reaktionen, also Gefühle, als solche genau und differenziert wahrzunehmen. Sie dann auch noch in Worte zu fassen, bedeutet eine zusätzliche Schwierigkeit, zumal in einem Gefühlswirrwarr, das in der Regel im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auftritt. Da geht es um Hilflosigkeit, Angst, Verunsicherung, Kontrollverlust, Abhängigkeit, Isolation, Hoffnungslosigkeit, Wut, Trauer, Ärger, Enttäuschung, Aggression, Einsamkeit, Verbitterung, Kränkung, Minderwertigkeit, Scham und Ekel.

Ein extrem hilfreicher Weg, mit so gewaltigen Emotionen umzugehen, ist Offenheit. Offenheit in der Unterstützung dabei, dass der Patient die für ihn erträgliche Balance zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, zwischen Akzeptanz und Verleugnung, zwischen Festhalten und Loslassen finden kann. Offenheit für die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Verlusten, die entweder bereits eingetreten sind oder angenommen werden müssen – bis hin zu Hilfen bei der Vorbereitung notwendiger Regelungen für den nahenden Tod. Dazu bedarf es der Offenheit im Reden. Am besten miteinander.

Hilfen bei Pflegebedürftigkeit

Von Werner Hesse

Geschäftsführer, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.



Die Erkrankung Ihres Partners an Prostatakrebs wird oft zur Pflegebedürftigkeit führen. Welche Unterstützung können Sie durch Krankenkasse, Pflegekasse und Sozialamt erwarten? Um es vorweg zu sagen, die Hilfen sind zahlreich, aber nicht gerade übersichtlich. Lassen Sie sich also durch die Pflegekasse, einen Pflegestützpunkt und einen ambulanten Dienst beraten. Holen Sie mindestens zwei Meinungen ein und überstürzen Sie nichts.

Krankenversicherung

Auch wenn Ihr Partner pflegebedürftig ist, ist er doch weiterhin krank und hat Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung. Krankenkassen versuchen gern, Pflegebedürftige in die Zuständigkeit der Pflegekassen abzuschieben. Ihr Partner hat weiterhin Anspruch auf ärztliche Behandlung, Medikamente, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und vor allem medizinische Rehabilitation.

Wenn es ihm schon sehr schlecht geht, kommt die ambulante Palliativversorgung hinzu. Hier geht es in erster Linie um Schmerzlinderung für sterbenskranke Patienten. Die Krankenkasse muss auch einen Zuschuss zu den Kosten eines ambulanten oder stationären Hospizes zahlen. Diese Leistung können Sie mit Leistungen der

Pflegeversicherung kombinieren, sodass Ihr Partner am Ende eine ganz passable und würdige Versorgung erhält.

Die Einzelheiten sind recht kompliziert, sodass Sie sich in jedem Fall beraten lassen sollten.

Pflegeversicherung

Heute erhalten etwa 2,3 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Zum 1. Januar 2013 hat es durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz einige Verbesserungen gegeben. Im Folgenden erhalten Sie einen kurzen Überblick über die Leistungen. Sie können einzelne Leistungen auch kombinieren. Prüfen Sie in Ruhe, welcher Mix an Leistungen für Ihren Partner und Sie am besten geeignet ist.

Wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten möchten, müssen Sie einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MDK) oder andere Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn zentrale Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können – in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Verrichtungen. Es gibt Leistungen nach drei Pflegestufen:

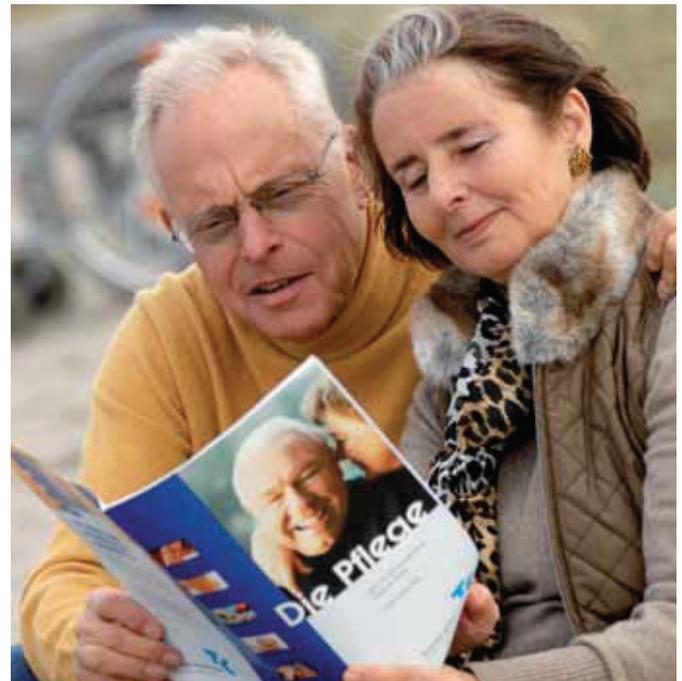
Hilfebedarf Grundpflege	Hilfebedarf Hauswirtschaft	Pflegestufe
45 Minuten täglich	Mehrfach wöchentlich	1
120 Minuten täglich	Mehrfach wöchentlich	2
240 Minuten täglich	Mehrfach wöchentlich	3
Außergewöhnlich hoher Bedarf, insbesondere im Endstadium von Krebserkrankungen		Härtefall

Wenn Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind: Lassen Sie sich das Gutachten aushändigen. Vergleichen Sie die Zeiten mit eigenen Aufzeichnungen (Pflegetagebuch) und legen Sie gegebenenfalls Widerspruch ein.

Die Definition der Pflegebedürftigkeit ist seit Jahren umstritten, weil insbesondere die Bedarfe dementer, psychisch kranker und geistig behinderter Menschen unzureichend erfasst sind. Sie können zwar noch Vieles, wissen aber nicht, wann sie was tun sollten. Bis zur Schaffung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit erhalten sie Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (eAK). Diese Personen erhalten für Tagespflege oder Betreuung monatlich 100 € oder 200 €, je nach Schwere der Beeinträchtigung.

In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Leistungen der Pflegeversicherung zusammen gestellt. Sodann folgen einige Erläuterungen.

Pflegegeld		Mit eAK
Stufe		120 €
1	235 €	305 €
2	440 €	525 €
3	700 €	700 €
Pflegedienst		
Stufe		225 €
1	450 €	665 €
2	1.100 €	1.250 €
3	1.550 €	1.550 €
Härtefälle	1.918 €	1.918 €
Tages-/ Nachtpflege		
Stufe 1	450 €	Zusätzliche Betreuung
Stufe 2	1.100 €	
Stufe 3	1.550 €	
Urlaubspflege		
	1.550 €	
Kurzzeitpflege		
	1.550 €	Zusätzliche Betreuung
Pflegeheim		
Stufe 1	1.023 €	Zusätzliche Betreuung
Stufe 2	1.279 €	
Stufe 3	1.550 €	
Härtefall	1.918 €	



Sie sehen an diesen Zahlen, dass das ganze System sehr komplex ist und Sie sich beraten lassen sollten, welche Leistungen für Sie und Ihren Partner am geeignetsten sind. Hier erfolgen nur erste Hinweise:

Über das Pflegegeld kann Ihr Partner frei verfügen. Ergänzende Leistungen vom Sozialamt erhält er nicht.

„Pflegedienst“ meint, dass der Betrag für einen von den Pflegekassen anerkannten Pflegedienst aufgewendet werden kann. Wenn der Betrag nicht reicht, müssen Sie weitere Pflegeeinsätze selbst bezahlen oder das Sozialamt übernimmt bei geringem Einkommen und Vermögen die Kosten.

Pflegegeld und Pflegedienst können auch miteinander kombiniert werden. Wenn Sie Tagespflege in Anspruch nehmen, besteht daneben noch ein Anspruch auf Pflegegeld oder einen Pflegedienst (jeweils gekürzt).

„Urlaubspflege“ soll pflegenden Angehörigen eine Auszeit nach mindestens sechs Monaten Pflege ermöglichen.

Auch Kurzzeitpflege kann für eine Auszeit genutzt werden. Sie ist aber besonders interessant nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn die eigene Wohnung noch für die Pflege hergerichtet werden muss.

Die Pflegekasse bezahlt bis zu 2.557 € für den Einbau eines Treppenlifters oder den pflegegerechten Umbau des Bades. Die Pflegekasse stellt auch ein Pflegebett zur Verfügung und bezahlt Pflegehilfsmittel für bis zu 31 € monatlich.

Die Pflegekasse bietet auch Pflegekurse für Angehörige an. Pflegenden Angehörigen sind während der Pflege kostenfrei in der gesetzlichen Unfallversicherung abgesichert. Je nach Pflegestufe und zeitlichem Umfang der Pflege zahlt sie Rentenversicherungsbeiträge für pflegenden Angehörigen – allerdings nur, solange sie nicht schon selbst in Rente sind.

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Von Gerhard Zieseniß
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Verden



„Man soll sein Leben so planen, als ob man ewig lebe, und so organisieren, als ob man morgen sterbe“ so ein altes chinesisches Sprichwort.

Artikel 2 Absatz 2 des GG begründet die Würde, die allgemeine Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit eines jeden Menschen. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Kaum jemand macht sich Gedanken über das Ende des Lebens. Noch schrecklicher ist die Vor-

Sozialhilfe

Die Pflegeversicherung bietet nur Teilleistungen. Sehr oft müssen Sie aus eigenen Mitteln weitere Leistungen finanzieren. Wenn Sie dazu nicht in der Lage sind, besteht ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege gegenüber dem Sozialamt. Dieses prüft Ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Da die Berechnung im Einzelfall sehr kompliziert sein kann, verzichten wir an dieser Stelle auf Einzelheiten. Scheuen Sie den Gang zum Sozialamt nicht. Sozialhilfe zu beziehen, ist keine Schande. Über 400.000 Menschen erhielten Ende 2011 Hilfe zur Pflege vom Sozialamt.



stellung, unvermittelt aus dem Leben gerissen zu werden, ohne die letzten Dinge geregelt zu haben. Werden meine Angehörigen wissen, was mein letzter Wunsch ist? Und werden sie wissen, wo alle meine Unterlagen zu finden sind?

Der plötzliche Tod oder die schwere Erkrankung eines Menschen konfrontiert Angehörige mit bisher unbekanntem Aufgaben. Dann ist es wichtig festzulegen, wer mich rechtlich vertreten soll.

Für jemanden handeln kann nur der, der ausdrücklich dazu autorisiert ist zum Beispiel durch eine Vollmacht oder Verfügung.

Durch entsprechende Vollmachten und Verfügungen kann bestimmt werden, welche Person in meinem Namen zum Beispiel gegenüber Behörden, oder um Geschäfte des täglichen Lebens abzuwickeln, Verträge zu schließen, tätig werden kann. Dadurch schließt sich im Wesentlichen dann eine gesetzliche Regelung aus.

Deshalb empfiehlt es sich zu überlegen, ob nicht für einen solchen Fall Vorsorge getroffen werden sollte. So ist sichergestellt, dass die eigenen Wün-

sche und Vorstellungen weitestgehend berücksichtigt werden.

Hierfür gibt es verschiedene Arten von Verfügungen wie die **Vorsorgevollmacht**, die **Betreuungsverfügung**, die **Patientenverfügung** und auch die **Organspenderverfügung**.

Die Vertretung in finanziellen und rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten ist eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Die schwierigste Aufgabe ist wohl die, stellvertretend für jemanden richtig zu entscheiden, wenn es um die Frage Weiterleben oder Sterben geht.

Schwierige Fragen für alle Beteiligten sollen in diesen Willensbekundungen geklärt werden:

- Wer entscheidet und handelt für mich, wenn etwas passiert?
- Was soll unbedingt sichergestellt sein?
- Welche Behandlungen wünsche ich mir für den Fall, dass ich z.B. verunglücke und ein Komapatient werde?
- Oder für den Fall, dass ich an einem schleichenden Gehirnabbauprozess erkranke?
- Welches Leiden bin ich bereit zu tragen?
- Wie stehe ich zum Unterlassen oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen in einer aussichtslosen Krankheitssituation?

Die **Vorsorgevollmacht** ist die umfassendste Möglichkeit, eine Vorkehrung für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit zu treffen und sofort nach unerwarteten, plötzlichen Ereignissen, wie z.B. Koma infolge eines Verkehrsunfalls, für den Vollmachtgeber handeln zu können.

Sie kann sich gänzlich oder auch nur eingeschränkt auf Belange beziehen, wie

- finanzieller Art (z.B. Bankgeschäfte, Miet- bzw. Immobilien- und andere Behördenangelegenheiten)
- der Gesundheitsvorsorge
- der Aufenthaltsbestimmung
- medizinischer Eingriffe und Behandlungen (z.B. Operationen, lebensverlängernde Maßnahmen)

Eine Vorsorgevollmacht sollte jedoch nur dann verfasst werden, wenn der zu bevollmächtigten Person **absolutes Vertrauen** geschenkt werden kann. Bei der Auswahl der Person des Vertrauens kommen in der Regel Angehörige (Ehepartner, Kinder, Geschwister) in Betracht. Aber auch langjährige oder enge Freunde/innen können bevollmächtigt werden

Ein einwilligungsfähiger Volljähriger kann für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit vorab schriftlich festlegen, ob er in bestimmte ärztliche Behandlungen einwilligt oder eine **Patientenverfügung** untersagt.

Es wird angeraten, mit der Person seines Vertrauens als Betreuer und mit dem beratenden Arzt die Patientenverfügung zu besprechen, sie schriftlich abzufassen und dann zu unterzeichnen. Der Arzt sollte die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers bestätigen.

Die Patientenverfügung muss in **schriftlicher Form** gefertigt werden. Sie kann aber auch vor einem Notar erklärt werden. Was der Verfügende einmal erklärt hat, gilt grundsätzlich für immer. Sie ist jedoch jederzeit formlos widerrufbar.

Wichtig:

- Die Patientenverfügung muss genau formuliert und den geforderten gesetzlichen Bedingungen entsprechen
- Die Vollmachten bzw. Verfügungen sollen – wenn möglich – handschriftlich verfasst werden. Dadurch wird deutlich, dass sich der Betroffene mit dem Thema ausführlich befasst und nicht nur irgendwelche Hinweise auf ein beliebiges Formular geschrieben hat
- Die Patientenverfügung kann durchaus mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert werden. So können der/die Betreuer den Wünschen Nachdruck verleihen und die Umsetzung einfordern.

Hilfreiche Adressen

Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie

5. Medizinische Klinik
Institut für Medizinische Onkologie,
Hämatologie und Knochenmarktransplantation
Klinikum Nürnberg Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90491 Nürnberg
Telefon: 0911 398-3056
(Mo bis Fr 9 – 12 Uhr und 14 – 16 Uhr)
Telefax: 0911 398-3522
E-Mail: agbkt@klinikum-nuernberg.de
Internet: www.agbkt.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin
E-Mail: info@bmg.bund.de
Internet: www.bmg.bund.de
Service-Telefon: 01805 9966-01
(Mo bis Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)
Fragen zum Krankenversicherungsschutz für alle
01805 9966-02 Fragen zur Krankenversicherung
01805 9966-03 Fragen zur Pflegeversicherung

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Aachener Straße 5, 10713 Berlin
Telefon: 030 8182-6885
Telefax: 030 8182-6776
E-Mail: dgp@dgpalliativmedizin.de
Internet: www.dgpalliativmedizin.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-0
Telefax: 030 3229329-66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32, 53113 Bonn
Postfach 1467, 53004 Bonn
Zentrale: 0228 72990-0
(Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Informationsdienst: 0228 72990-95
(Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Telefax: 0228 72990-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Für Patienten und Angehörige, die sich mit einer unheilbaren Krebserkrankung konfrontiert sehen, bietet die Deutsche Krebshilfe ausführliche Ratgeber und Informationen an:

Blauer Ratgeber „Palliativmedizin“
Patienten-Informationsfilm „Palliativmedizin“ (DVD)
Hörbuch „Leben Sie wohl“ (CD)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

Aachener Straße 5, 10713 Berlin
Telefon: 030 8200758-0
Telefax: 030 8200758-13
E-Mail: dhpv@hospiz.net
Internet: www.hospiz.net

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Telefon: 0800 4203040
(täglich 8 – 20 Uhr, kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Adress-Suchmaschine für ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen

BPS-Prostatakrebs Beratungshotline

Dienstags, mittwochs und donnerstags
15 – 18 Uhr unter der gebührenfreien
Service-Rufnummer **0800 7080123**.
Der Beratung liegt die „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) zugrunde.
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.prostatakrebs-beratung.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V.

Maria-Hilf-Straße 15
50677 Köln
Telefon: 0221 9311596
Telefax: 0221 9311597
E-Mail: info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Buchtipps

Monika Specht-Tomann
[Ich bleibe bei dir bis zuletzt](#)
Hilfestellung für pflegende Angehörige
Kreuz Verlag
1. Aufl. 2009
ISBN 978-3-7831-3335-6
€ 16,95

Monika Specht-Tomann und Doris Tropper
[Zeit des Abschieds](#)
Sterbe- und Trauerbegleitung
Patmos Verlag
7. Aufl. 2010
ISBN 978-3-491-72519-5
€ 19,90

Gerhard Zieseniß
[„alles geregelt?“](#)
Werbe Company
€ 9,80

Johann Christoph Student, Thomas Klie
[Sterben in Würde](#)
Auswege aus dem Dilemma der Sterbehilfe
Herder Verlag
2007
ISBN 9-783-451296574
€ 10,00

Thomas Klie und Johann-Christoph Student
[Patientenverfügung](#)
So gibt sie Ihnen Sicherheit
Kreuz Verlag
1. Aufl. 2011
ISBN 978-3-451-61067-7
€ 14,95

John Green
[Das Schicksal ist ein mieser Verräter](#)
Hanser Verlag
14. Aufl., 2012
ISBN-10: 3446240098
€ 16,90

„Harry Potter, Twilight, Die Tribute von Panem – Weltbestseller der Jugendliteratur, Überraschungserfolge, die einen Nerv trafen. Nun gibt es einen neuen Bestseller, der von Teenagern verschlungen wird und dessen Autor sie wie einen Popstar feiern. Die jungen Helden dieses Buches sind krebserkrankte Jugendliche, die sagen ‚Das Schicksal ist ein mieser Verräter‘. Aber es ist alles andere als ein Krebsbuch: Poetisch, skurril, traurig und lustig zugleich. ... Auch für Erwachsene.“

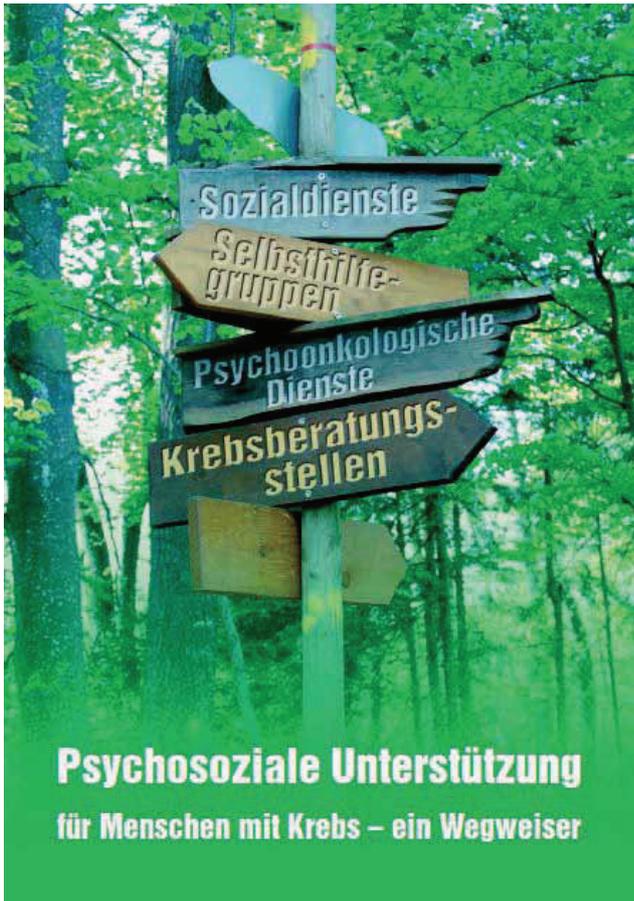
MARIETTA SLOMKA, ZDF HEUTE JOURNAL



Informationsmaterial

Heft 1/2013

- BPS-Patienteninformation „Früherkennung“
- Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum
- Active Surveillance und Watchful Waiting
- Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I
- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten
- Prostatakrebs – Beratungs-Hotline
- Prostatastanzbiopsie
- Prostatakrebs, Nr. 17
- Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom
- Strahlentherapie
- Brachytherapie
- Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung
- Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen
- Schmerzen bei Krebs
- Krebschmerz – Was tun?
- Krebswörterbuch
- Palliativmedizin
- Fatigue
- Ernährung bei Krebs
- Bewegung und Sport bei Krebs
- Hilfen für Angehörige
- Wegweiser zu Sozialleistungen
- Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“



Die Broschüre soll Krebsbetroffenen und ihren Angehörigen Wege aufzeigen, wie und wo sie bei auftretenden psychosozialen Problemen Unterstützung finden können. Sie können die Broschüre kostenlos beim Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. anfordern.

Diese Ausgabe erscheint mit freundlicher Unterstützung durch die

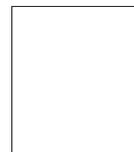


Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden nicht gespeichert oder an Dritte weitergeleitet.

Bundesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
Alte Straße 4
30989 Gehrden