Palliativmedizin – Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender

„Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben."

Alexis Carrel

Inhalt

Die Besonderheit hausärztlicher Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender.

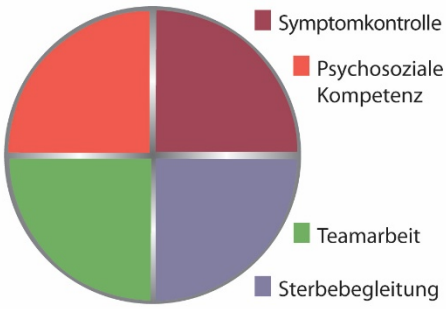
Besonders betrachten werden wir…

- die Definition des Begriffs Palliativmedizin und die Unterschiede zwischen palliativer und kurativer Behandlung
- die Bedeutung einer palliativen Erkrankung für Patient*innen und dessen Angehörige
- die besonderen Anforderungen an die hausärztliche Betreuung unheilbar Erkrankter und sterbender Personen
- Strukturen der interprofessionellen Vernetzung in der Betreuung der Betroffenen
- Besonderheiten der ambulanten Schmerz- und Begleittherapie
- Aspekte der Aufklärung und Kommunikation mit den Patient*innen und Ihrem Umfeld
- ethische und juristische Aspekte der Betreuung

Palliativmedizin – Fürsorge bis ans Lebensende

Definitionsgemäß steht bei der Palliativmedizin nicht die Heilung des Patienten/der Patientin, sondern die Verbesserung seiner Lebensqualität, die Erhaltung der Selbstbestimmung und das Ermöglichen eines menschenwürdigen Lebens bis zum Tod im Vordergrund. Die Familie und das soziale Umfeld sind dabei eng mit einbezogen.

Ziele der Palliativmedizin bestehen aus vier wesentlichen Komponenten: *Symptomkontrolle*, *psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit* u. *Sterbebegleitung*. Palliativmedizinische Bemühungen schließen pharmakologische und/oder operative Therapien nicht aus. Die wichtigste Maßgabe ist jedoch, dass der unmittelbare Nutzen für das Wohlbefinden der Patient*innen die möglichen Nebenwirkungen deutlich überwiegt.



Die Bedeutung palliativer Erkrankungen für die Patient*innen und deren Angehörige

Ist ein Mensch mit einer infausten Prognose bzw. Erkrankung konfrontiert, stellt das für ihn selbst, aber auch für sein familiäres und soziales Umfeld einen weitreichenden Einschnitt dar. Neben den unmittelbaren physischen Problemen wie Schmerzen oder dem Verlust der körperlichen Integrität kommt es im Verlauf auch zu weitreichenden psychischen Veränderungen, die das Krankheitserleben und auch den Umgang mit dem Erkrankten maßgeblich beeinflussen. Um diese Prozesse besser verstehen zu können, hilft das „Modell der fünf Sterbephasen“, welches die amerikanische Ärztin Elisabeth Kübler-Ross 1969 veröffentlichte[7]:

1. Phase: Nicht-wahrhaben-wollen / Isolierung (engl.: denial)

Die Betroffenen können die Diagnose bzw. die sich ergebenden Konsequenzen noch nicht akzeptieren, erwägen die Möglichkeiten der Fehldiagnose und hoffen auf Heilungschancen. Oft werden unrealistische Zukunftspläne geschmiedet und die körperliche Leistungsfähigkeit besonders unterstrichen.

2. Phase: Zorn und Ärger (engl.: anger)

Die Betroffenen erleben verschiedene Emotionen wie Ärger, Zorn und Neid und hadern mit dem Schicksal. Die erlebten Gefühle werden oft auch gegen das soziale Umfeld gerichtet.

3. Phase: Verhandeln (engl.: bargaining)

In dieser oft nur kurzen Phase versuchen die Erkrankten, mit „höheren Instanzen“ zu verhandeln. Dies können die betreuenden Ärzt*innen sein ebenso wie religiöse Götter oder andere höhere Mächte. Gelübde werden abgelegt oder Versprechen gegeben mit dem Ziel, sich dadurch Lebenszeit zu „erkaufen“ (z. B. „Dieses oder jenes werde ich ändern, wenn ich weiterleben darf.“).

4. Phase: Depression (engl.: depression)

Diese Phase ist durch Hoffnungslosigkeit, Trauer und eventuell Reue gekennzeichnet.

5. Phase: Zustimmung (engl.: acceptance)

In dieser letzten Sterbensphase nimmt der Betroffene sein Schicksal an und beginnt damit, sich vom eigenen Leben und dem sozialen Umfeld zu verabschieden und zu lösen.

[7] E. Kübler Ross, Interview mit Sterbenden, 5. Aufl., Verlag Kreuz, Freiburg, 2013

Das Durchlaufen dieser Phasen ist ein dynamischer Prozess und kann individuell sehr unterschiedlich verlaufen. Wichtig für die Betreuenden ist, dass sie versuchen, sich bewusst zu machen, an welchem Punkt der Verarbeitung sich der Betroffene befindet und welche Bedürfnisse (Trost, Gespräche, Zuwendung etc.) sich daraus ergeben. Auch enge Bezugspersonen können viele der oben aufgeführten Emotionen selbst erleben und ebenfalls oben genannte Phasen durchlaufen. Die Betreuung Sterbender muss daher auch die Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigen und ihren physischen und psychischen Anforderungen gerecht werden.

Versorgung und Kommunikation mit unheilbar Kranken

Die Bedürfnisse Schwerkranker & Sterbender unterscheiden sich primär nicht von denen gesunder Menschen und lassen sich daher grundsätzlich mit Hilfe der von dem amerikanischen Sozialpsychologen A. Maslow konstruierten hierarchischen Bedürfnispyramide kategorisieren. Durch die durch Krankheit und den Sterbeprozess veränderten Lebensumstände rücken jedoch ganz andere Bedürfnisse in den Vordergrund und verlangen nach Problemlösungen, mit denen Gesunde so nicht konfrontiert sind. Die folgenden nach der Bedürfnispyramide kategorisierten Beispiele sollen davon einen Eindruck vermitteln:

Physiologische Bedürfnisse

- Schutz vor körperlichen u. seelischen Leiden (Schmerzen, Atemnot, Angst, Depression…)
- Möglichst geringer körperlicher Verfall (Immobilität, dementielle Entwicklung…)
- Problemlose Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Kontrolle der Ausscheidungsprozesse
- Schlaf/Ruhe
- Sicherstellung der Körperhygiene

Sicherheitsbedürfnisse

- Gute pflegerische Versorgung bis zum Lebensende
- Verfügbarkeit von Hilfsmitteln #
- Finanzielle Absicherung

Soziale Bedürfnisse

- Familiäre Bindungen
- Integration in Freundeskreis und Gesellschaft
- Knüpfen neuer Bindungen oder Beziehungen

Individualbedürfnisse

- Wahrung von Würde und Respekt
- Gefühl, gebraucht zu werden und nicht zur Last zu fallen
- Rücksichtnahme auf Intimität und Schamgefühl
- Achtung von Religiosität

Bedürfnis nach Selbstverwirklichung

- Umsetzung eigener Ideen (Gestaltung des Zimmers …)
- Beibehalten von Ritualen, Pflege persönlicher Gegenstände (Schmuck, Kosmetik …)
- Mitbestimmung über den Tod hinaus (Testament aufsetzen, Beerdigung planen …)

Die oben genannten Bedürfnisse befriedigen zu können, stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Um eine optimale Versorgung sicherzustellen, müssen verschiedenste Ressourcen bemüht werden.

Die Betreuung unheilbar Kranker stellt Ärztinnen und Ärzte nicht nur medizinisch vor große Herausforderungen, sondern erfordert auch zwischenmenschliche Qualitäten und gute Kommunikationsfähigkeiten. Beachtet man im Umgang mit Patient*innen und Angehörigen einige wesentlichen Aspekte, kann die sehr anspruchsvolle Arbeit der Sterbebegleitung zu einer erfüllenden und intensiven hausärztlichen Tätigkeit werden.

- ***Vertrauen schaffen und darauf aufbauen***

Die richtige Mischung aus Empathie und Fachkompetenz ist das wichtigste Fundament für eine Beziehung zu den Patient*innen, die auch in schweren Zeiten Bestand haben und den Betroffenen Sicherheit geben und Ängste nehmen soll.

- ***Sich Zeit nehmen***

Palliativversorgung ist deutlich zeitaufwändiger als andere Gebiete der Patientenversorgung, z. B. da Hausbesuche notwendig und die Untersuchungen durch zunehmenden körperlichen Abbau erschwert werden. Und auch, weil das Führen von Gesprächen und Zuhören essentiell wichtig sind, um den Betroffenen ein authentisches Interesse für ihr Befinden, ihre Probleme und Ängste zu vermitteln

- ***Selbstbestimmung fördern***

Ziel sollte sein, die Selbstständigkeit der Patient*innen möglichst lange aufrecht zu erhalten. Dazu gehört die aktive Einbindung in Entscheidungsprozesse und das Respektieren der Wünsche.

- ***Abwehrmechanismen respektieren***

Einerseits gehört es zur ärztlichen Pflicht, die Betroffenen umfassend und gleichzeitig behutsam über Krankheitsverlauf und Prognose aufzuklären. Andererseits sollte jegliche Reaktion (auch Verdrängung, Aggressionen und andere Formen der Abwehr) respektiert werden und den Patient*innen sollte im Rahmen seiner psychischen Möglichkeiten Schritt für Schritt den therapeutischen Fortgang selbst bestimmen können.

- ***Schlechte Prognosen ansprechen, Wünsche erfragen***

Die Patient*innen empfinden eine klare Kommunikation über „schwierige Themen“ wie Sterben und Tod oft als erleichternd und entlastend, zumal sie sich selbst in den meisten Fällen ohnehin ständig darüber Gedanken machen. Werden die Wünsche der Patient*innen frühzeitig besprochen, kann dies unter Umständen manche Entscheidung im Verlauf erleichtern. Auch Themen wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sollten angesprochen werden

- ***Emotionale Schwierigkeiten und Suizid ansprechen***

Besonders in der ersten Zeit nach der Diagnosestellung befinden sich Patient*innen häufig in einem emotionalen Ausnahmezustand. Um diesen primär zu erkennen und Interventionsmöglichkeiten zu ergründen, muss die behandelnde Hausarztpraxis diese Themen ansprechen.

- ***Sachliche Informationen bereithalten***

Da Ängste häufig durch Unwissenheit genährt werden, sollten Ärzte/Ärztinnen stets versuchen, der zu behandelnden Person alle diagnostischen und auch therapeutischen Vorgänge gut verständlich zu erklären. Nur so wird eine Mitbestimmung überhaupt ermöglicht.

Versorgungsstrukturen für Palliativpatienten

Um die Palliativpatienten*innen im Krankheitsverlauf adäquat begleiten zu können, ist professionelle medizinische und pflegerische Hilfe oft unerlässlich. Hierbei spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit eine besonders wichtige Rolle. Das Wissen verschiedener Spezialist*innen (aus Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Pflegewissenschaft, Medizin…) sollte in das Pflege- und Behandlungskonzept der Palliativpatient*innen einfließen. In Deutschland haben sich folgende Strukturen entwickelt, die für die Betreuung unheilbar Kranker bemüht werden können:

1 - Allgemeine ambulante palliative Versorgung (AAPV)

Hinter diesem Begriff verbirgt sich die erste Stufe der palliativen Betreuung, die gleichzeitig die wichtigste Versorgungsebene darstellt. Ein Großteil der Palliativpatient*innen kann ambulant ausreichend versorgt werden. Erklärtes Ziel ist es „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von unheilbar erkrankten Personen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod **in ihrer gewohnten Umgebung** […] zu ermöglichen“[8]. Die Betreuung wird vorrangig durch Spezialist*innen der Primärversorgung geleistet. Dazu gehören niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen (z. B. aus Pädiatrie) und ambulante Pflegedienste. Alle am Behandlungskonzept Beteiligten müssen durch spezielle Schulungen für diese Aufgabe qualifiziert sein. Grundvoraussetzung für Ärzt*innen ist eine 40-stündige Basisweiterbildung Palliativmedizin, für Pflegefachkräfte ein 160-stündiger Kurs „Palliative Care“. Darüber hinaus sind sie zu regelmäßiger Weiterbildung verpflichtet. Je nach Bedarf der betroffenen Personen und der Angehörigen können noch weitere Akteure in die Betreuung involviert werden. So kann ein ambulanter Hospizdienst auf psychosozialer Ebene unterstützend wirken und auch die Zusammenarbeit mit regionalen Kooperationspartnern wie Apotheken, Sanitätshäusern, Selbsthilfegruppen oder kirchlichen Seelsorger*innen ist eine Bereicherung

2 - Spezielle ambulante palliative Versorgung (SAPV)

Bei besonders komplexen Verläufen, sehr pflegeintensiven Erkrankungen oder in besonderen Krisensituationen, kann der Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig werden und im Idealfall einer stationären Einweisung vorbeugen. Zu solchen Teams gehören speziell ausgebildete Palliativärzt*innen und –pfleger*innen, die im Rahmen einer ausschließlich auf dieses Gebiet ausgerichteten Struktur arbeiten. Sie stehen in enger Kooperation mit den Primärversorgern und stellen ein umfassendes, individuelles Unterstützungsmanagement auf, das sich u. a. durch Multiprofessionalität und 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche auszeichnet. Für die Betreuung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher gibt es eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung. Die SAPV muss ärztlich angefordert werden.

[8] „Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“, Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP, Stand 2013, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf

3 - Hospizbewegung

Hauptziel der Hospizbewegung (von lat.: *hospitium* = Herberge) ist neben der Verbesserung der Bedingungen für Sterbende und deren Angehörige auch die Integration von Tod und Sterben ins alltägliche Leben durch eine intensive Sterbebegleitung. Zu den von der Bewegung initiierten Einrichtungen gehören der *ambulante Hospizdienst* sowie *stationäre Hospize*.

- Ambulanter Hospizdienst

In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich diese Form der Unterstützung oft aus Bürgerinitiativen, Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Gruppierungen heraus. Charakteristisch ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen, die vielfältige Aufgaben der psychosozialen Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen übernehmen, angefangen von Gesprächen über die Begleitung bei Spaziergängen bis hin zu kleinen Handreichungen im Haushalt. Häufig sind sie auch über den Tod hinaus für die Hinterbliebenen eine wichtige Unterstützung in der Trauerarbeit. In Deutschland gibt es derzeit rund 1500 ambulante Hospizdienste.

- Stationäre Hospize

1986 wurde in Deutschland die erste dieser stationären Pflegeeinrichtungen eröffnet, deren Ziel es ist, Sterbenden in angenehmem, familiärem Umfeld rund um die Uhr ganzheitliche Pflege und medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 Betten. Stationäre Kinderhospize sind speziell auf die Bedürfnisse sterbender Kinder ausgerichtet. Die Versorgung wird durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärzt*innen gewährleistet. Deutschlandweit gibt es mittlerweile über 230 derartige Einrichtungen.[9]

4 - Palliativstationen

Eine andere Möglichkeit der stationären Versorgung unheilbar Kranker sind Palliativstationen, die in immer mehr Krankenhäusern als eigenständige Abteilungen eingerichtet sind. Sie unterscheiden sich von anderen Stationen u. a. durch eine wohnlichere Gestaltung und einen höheren Personalschlüssel. Darüber hinaus haben die Beschäftigten eine besondere Ausbildung in der Palliative Care absolviert. Durch die dauerhafte Präsenz von Ärzt*innen und Pflegepersonal gelingt so die Linderung von krankheitsbedingten Beschwerden häufig besser als zu Hause. Ziel des durch die Kostenträger begrenzten Aufenthaltes ist die Entlassung zurück in das häusliche Umfeld.

Palliativmedizinische hausärztliche Tätigkeit

Die Hauptaufgabe der Allgemeinmediziner*innen in der Betreuung von Palliativpatient*innen ist die symptomatische Therapie von Begleiterscheinungen der zugrundeliegenden Erkrankung, die die Lebensqualität einschränken.

[9] Informationen vom Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., http://www.dhpv.de/themen_hospize.html

Eine 2002 erschienene Studie[10] identifizierte die häufigsten Symptome, über die Patient*innen bei Aufnahme auf eine Palliativstation klagten (Tab. 1). Diese sollten sich weitestgehend mit denen decken, die auch Anlass für hausärztliche Konsultationen sind.

Symptom	Häufigkeit	Symptom	Häufigkeit
Schwäche	76.5%	Schlafstörungen	11,4%
Schmerzen	64,6%	Husten	11%
Appetitlosigkeit	49,6%	Aszites	8,9%
Übelkeit	36,8%	Dysphagie	8,7%
Kachexie	32,9%	Urologische Symptomatik (Harnverhalt, HWI...)	7,5%
Dyspnoe	29,4%	Meteorismus/Dyspepsie	6,2 %
Obstipation	24,2%	Fieber	5,2%
Neurologische Symptome (Krampfanfälle...)	15%	Diarrhö	5,2%

Tab. 1: Häufigkeit von Beschwerden in der Palliativmedizin (In 93,7 % der Fälle wurden mehrere Symptome genannt)

Nicht erfasst wurden psychische Probleme, vornehmlich Ängste und depressive Zustände, die allerdings ebenfalls sehr häufig in Palliativsituationen auftreten.

Symptomlinderung

Schmerztherapie

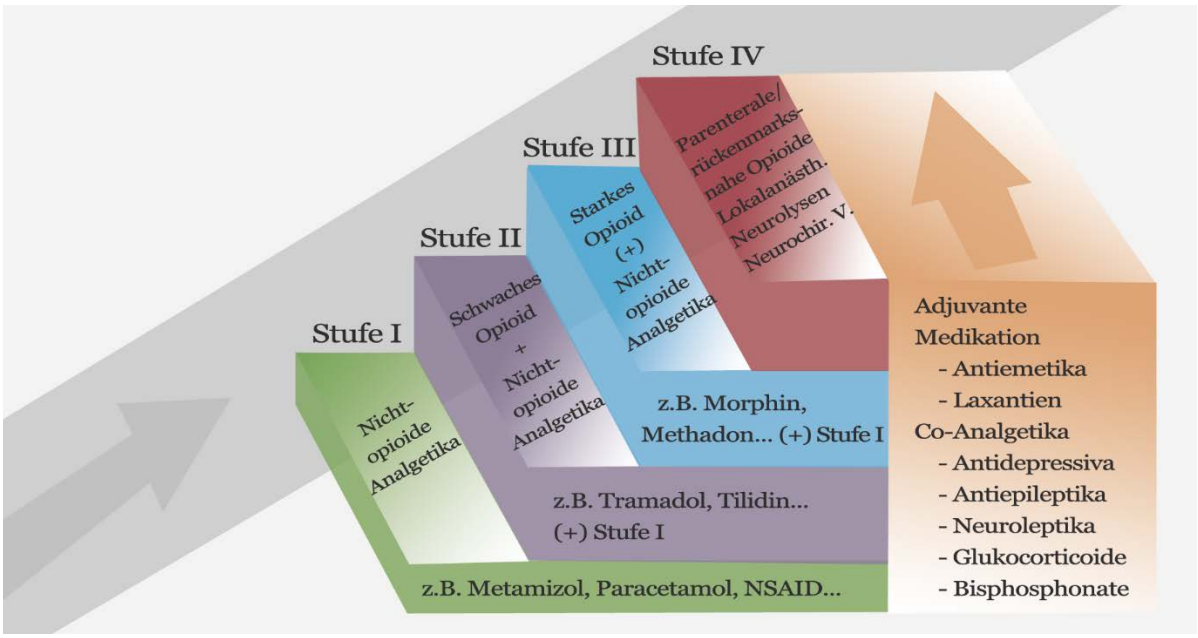


Abb. 3: WHO-Stufenschema in der Schmerztherapie

[10] L. Radbruch et. al, What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. J Pain Symptom Management 23: 471–83

Um eine adäquate Schmerztherapie durchführen zu können, sollte man sich von folgenden Therapiegrundsätzen leiten lassen (nach Kochen, „Allgemein- und Familienmedizin“): [11]

1. Wahl der Medikamente gemäß WHO-Stufenschema (siehe oben Abb. 3)
2. Wahl eines geeigneten Applikationswegs (oral, sublingual, subkutan etc.)
3. festes Zeitschema vorgeben (Berücksichtigung von Halbwertzeit und Wirkeintritt)
4. Wahl einer adäquaten Dosierung
5. Bereitstellung von zusätzlicher Bedarfsmedikation
   (kurzwirksame Präparate, rund 1/6 der Gesamtopioiddosis)
6. prophylaktisch eventuellen Nebenwirkungen der Therapie vorbeugen
   (Einsatz von oben aufgeführter adjuvanter Medikation)
7. bedarfsgerechte Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen (Wirkung und Nebenwirkung)

Bei fachgerechter medikamentöser Therapie besteht keine Gefahr für die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit, auch die Gefahr der Atemdepression ist bei schmerzadaptierter Therapie in Relation zum Benefit der Medikation zu setzen und kann oft vernachlässigt werden.

Gastrointestinale Symptomatik

Häufig auftretende Symptome im palliativen Verlauf sind Übelkeit und/oder Erbrechen. Zu den vielfältigen Ursachen gehören u.a. erhöhter Hirndruck, Obstipation, Schmerzen, oder Hyperkalziämien. Daher sollte es primäres Therapieziel sein, die Ursachen zu beseitigen. Häufig finden Laxantien (Macrogol, Natriumpicosulfat, Glycerol oder Klistiere) in der Palliativmedizin Anwendung. Vertreter der folgenden Medikamentengruppen kommen oft zur Linderung von Übelkeit zur Anwendung:

- Pronikentika (z.B. MCP, Domperidon)
- Antihistaminika (z.B. Dimenhydrinat)
- Neuroleptika (z.B. Haloperidol)
- Steroide
- 5-HT3-Antagonisten (z.B. Odansetron)
- Benzodiazepine (z.B. Lorazepam, Oxazepam Cannabinoide (Dronabinol)

Respiratorische Symptomatik

Das häufigste Problem dieser Kategorie ist die Dyspnoe, zumal diese Probleme auch für die Angehörigen sehr belastend und beängstigend sein können. Das bedeutendste Mittel zur Therapie der Dyspnoe in der Palliativmedizin ist **Morphin,** welches zur Dämpfung des Atemzentrums führt und den Patient*innen zu einem ruhigeren Atemrhythmus und effektiverem Atmen verhilft.
Es gibt im Sterbeprozess noch eine Vielzahl anderer Beschwerden, die eine wohlüberlegte Therapie notwendig machen. So kann der Einsatz von Kortikosteroiden zur Appetitanregung als auch zur Stimmungsaufhellung und zum Abschwellen von Ödemen erwogen werden. In der Terminalphase wiederum können Benzodiazepine wichtig werden, mit deren Hilfe das Bewusstseinsniveau reduziert werden kann, um den Kranken allzu starke Ängste und Unruhe zu ersparen.

[11] Nach A. Simmenroth-Nayda et. al.: in Kochen (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage 2012

Ethische und juristische Fragen in der Palliativversorgung

Bedingt durch den demografischen Wandel, die zunehmende Verbreitung palliativmedizinischer Strukturen und die erhöhte Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit, rücken auch ethische Fragestellungen zu diesem Thema zunehmend in den Vordergrund. Hierzu sollten Ärzt*innen informiert sein und Auskunft geben können.

1. Patientenverfügung >I< und Vorsorgevollmacht >I<

Diese Dokumente ermöglichen die Bekundung eigener Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung bzw. die Betreuung für den Fall des Verlusts der eigenen Geschäftsfähigkeit. Die Angaben in der Patientenverfügung sind für die behandelnden Ärzt*innen bindend, sollte die beschriebene Situation eintreten.

2. Mögliche Therapieeinschränkungen

Im Verlauf progressiver Erkrankungen treten immer wieder Fragen dazu auf, in welchem Ausmaß die zu behandelnde Person weitere Diagnostik und Therapie in Anspruch nehmen will., Es sollte möglichst frühzeitig mit den Patient*innen und ihren Angehörigen darüber gesprochen und erklärt werden, dass zu jedem Zeitpunkt die Option bestehe, eine Therapie abzubrechen, zu begrenzen oder auf sie zu verzichten.

3. Sterbehilfe

Dieses Thema hat in den letzten Jahren eine starke mediale Aufmerksamkeit erfahren und wurde auf vielen Ebenen kontrovers diskutiert. An dieser Stelle kann diese Debatte nicht abschließend geführt werden, es können aber einige Begrifflichkeiten klargestellt werden. Generell unterscheidet man drei Formen der Sterbehilfe: die aktive und die passive Form sowie der assistierte Suizid.

Die ***aktive Sterbehilfe*** beschreibt die gezielte Herbeiführung des Todes auf Grund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person. Meist wird sie durch überdosierte Medikamentengaben realisiert. Ein solches Vorgehen ist in Deutschland verboten.

Die ***passive Sterbehilfe*** beschreibt das Zulassen eines begonnenen Sterbeprozesses durch Verzicht, Abbrechen oder Reduzieren lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise Beatmung oder künstlicher Ernährung.

Von ***assistiertem Suizid*** spricht man, wenn einer Person durch Handreichungen (meist durch das Anreichen von Medikamenten, nicht aber durch Verabreichen) die Selbsttötung ermöglicht wird.

Raum für Ihre Notizen

Nachdem Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben,
sollten Sie in der Lage sein, folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Grundbedürfnisse der Betroffenen sollten Sie als Arzt/Ärztin bei der Betreuung unheilbar Kranker berücksichtigen?
- Können Sie die Bedeutung einer palliativen Erkrankung für Patient*innen und Angehörige erläutern?
- Können Sie die Strukturen interprofessioneller Zusammenarbeit bei der Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender beschreiben?
- Was erachten Sie als die wichtigsten Aspekte in der ärztlichen Kommunikation mit unheilbar kranken Menschen?
- Sind Sie mit ethischen und rechtlichen Aspekten in der Palliativversorgung vertraut?

Via QR-Code: Mehr Infos, Quellen, Literatur, Ideen

Zur Übersicht „Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin“

© Institut für Allgemeinmedizin I Universitätsklinikum Freiburg