Palliativmedizin in der Schweiz

«Die Leistungen der Hausärzte müssen anerkannt werden»

Dr. med. Steffen Eychmüller ist leitender Arzt am Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen und Kopräsident der Schweizerischen Gesellschaft «palliative.ch». Er war als Referent und Teilnehmer am EAPC-Kongress in Wien und schildert in einem Gespräch die Situation der Palliativmedizin in der Schweiz.

Ars Medici: Herr Dr. Eychmüller, welche palliativmedizinischen Angebote gibt es in der Schweiz?
Dr. med. Steffen Eychmüller: Stationäre Angebote innerhalb eines Spitals für Patienten, die eine spezialisierte Palliativbetreuung brauchen – etwa bei weit fortgeschrittenen onkologischen oder kardiologischen Leiden – bestehen derzeit noch an wenigen Orten: beispielsweise hier in der Ostschweiz, im Waadtland und im Tessin. Insbesondere das Waadtland, aber auch Zürich und Basel verfügen über Hospizstrukturen, wie wir sie hier bei uns in St. Gallen nicht haben. Es wird mit Recht darauf hingewiesen, dass in jeder Hausarztpraxis und jedem Pflegeheim die vier Hauptpfeiler der «Palliative Care» schon seit Langem praktiziert werden. Unter den vier Hauptpfeilern verstehen wir: Symptommanagement, selbstbestimmtes und vorausschauendes Entscheiden über die Gestaltung der letzten Lebensphase, das Einrichten von Netzwerken und Anbieten von Unterstützung für Angehörige. Das Zusammenwirken dieser palliativen Grundversorgung mit den spezialisierten Einrichtungen ist ein wichtiges Ziel für die Zukunft.

Steffen Eychmüller

Von wie vielen Patienten pro Jahr sprechen wir etwa?
Eychmüller: Ich kann hier nur für St. Gallen sprechen. Für den stationären Bereich können wir das gut sagen. Wir haben auf der Palliativstation mit 11 Betten pro Jahr etwa 200 Patienten. Zudem werden jährlich am Kantonsspital St. Gallen etwa 2500 Konsilien durchgeführt. Im ambulanten Bereich, zum Beispiel mit der mobilen palliativen Equipe, betreuen wir pro Jahr etwa 80 Patienten. Dies ist im Vergleich zu anderen Regionen der Welt, wo zum Teil 80 Patienten pro Tag betreut werden, wenig. Es hat sicherlich damit zu tun, dass «Palliative Care» als Leistung sehr wenig bekannt ist. Denn wir sind uns grundsätzlich eher gewohnt, Krankheiten vor allem diagnosespezifisch zu behandeln. Ein Wechsel zu einem problemorientierten Vorgehen findet, vor allem im Spital, erst sehr spät statt. Da haben uns die Hausarztpraxen vermutlich einiges voraus.

Aufgrund welcher Grunderkrankungen benötigen Patienten eine palliativmedizinische Betreuung?
Eychmüller: Der Bedarf an Leistungen der «Palliative Care» ist sicherlich bei Tumorerkrankten sehr hoch. Dies vor allem, weil sich hier die Lage sehr rasch ändern kann. Das heisst, aus einer gut kontrollierten Tumorerkrankung kann sehr rasch eine schlecht kontrollierbare werden. Ähnlich ist dies aber auch bei degenerativen neurologischen Erkrankungen, als typisches Beispiel ist hier die amyotrophe Lateralsklerose zu nennen. Weniger verbreitet ist «Palliative Care» im Bereich chronischer Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz oder bei Lungenerkrankungen, wobei hier bei weitfortgeschrittenen Leiden ein frühzeitiger Wechsel von der Zielsetzung Heilung, der «Cure», zum problemorientierten Lindern, der «Palliative Care», sicher auch sinnvoll wäre.

Welches sind die hauptsächlichen Bedürfnisse dieser Patienten?
Eychmüller: Ich sehe drei grosse Bereiche. Zum einen sind Informationen zum Selbstmanagement gewünscht, also darüber, wie man körperliches Leiden selbst behandeln kann. Dabei stehen vor allem Schmerz und Atemnot im Vordergrund. Als zweites Bedürfnis sehe ich ganz klar das Selbstbestimmungsrecht, besonders die Vorausplanung. Hier gilt es ganz pragmatisch, zu planen, was beim Auftreten einer bestimmten Komplikation selbst getan werden kann und wann und wie Hilfe geholt wird. Es geht auch darum, was man nicht mehr gemacht haben möchte. Der dritte Punkt schliesslich ist, das Unterstützungsangebot für Angehörige und das betreuende Netz dezidiert

vorauszuplanen. So kann den Kranken die Angst genommen werden, für ihre Angehörigen irgendwann nur noch eine Belastung darzustellen. Wir bekommen immer wieder Rückmeldungen, dass diese drei Punkte die wichtigsten sind.

Wie gut können diese Bedürfnisse befriedigt werden, und wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?
Eychmüller: Beim dritten Punkt gibt es sicherlich noch am meisten Verbesserungsbedarf. Rein organisatorisch sind die Möglichkeiten, jemanden im Rahmen eines Netzwerks auch zu Hause intensiv zu betreuen, noch wenig ausgebaut. Ich habe mir, auch angeregt durch das in Wien Gehörte, vorgenommen, diesen Punkt verstärkt anzugehen. Als Voraussetzung für einen Erfolg müssen wir allerdings erreichen, dass die palliativmedizinischen Leistungen der grundversorgenden Hausärzte als vergütungspflichtige Leistungen ausreichend anerkannt werden, sonst nützt alles nichts. Die Hausärzte sind meiner Meinung nach bereit, problemorientiert zu arbeiten, und sind froh über ein Team, das zusammen an einem Strang zieht. Es braucht aber auch die entsprechenden Anreize.

Gehört der Aufbau von Netzwerken zu den Projekten, die im Rahmen des Budapester Commitments in Angriff genommen wurden?
Eychmüller: Es hat sich in den letzten Jahren in der Schweiz viel getan. Erstmals sitzen im Rahmen eines Fördergremiums BAG, GBK und palliative.ch gemeinsam an einem Tisch. Hier wurde meiner Meinung nach schon sehr gute Arbeit geleistet. Nun geht es darum, aus den im Gremium formulierten Empfehlungen einen politischen Prozess zu machen. Also die Frage zu klären, wie «Palliative Care» eine höhere Wertigkeit bekommt. Damit es nicht mehr heisst, «Palliative Care» bedeute lediglich etwas Händchen halten und Kerzen anzünden. Und schliesslich gilt es, die Prinzipien der «Palliative Care» auch vermehrt in die Bildung zu integrieren.

Zu einem ganz anderen Bereich, zur Pharmakotherapie. Gibt es Neu- beziehungsweise Weiterentwicklungen, die Sie sich dringend wünschen würden?
Eychmüller: Wir haben in der Palliativmedizin das Problem, dass uns ein Patient mit einem weitfortgeschrittenen Leiden und zum Beispiel schlecht kontrollierten Schmerzen nur schwer oder gar nicht mehr Auskunft geben kann. Damit wird es schwierig, eine gute Auswertung zu machen und die Therapie entsprechend anzupassen. In anderen Sparten lässt sich viel einfacher evaluieren, welche Massnahme wirklich etwas gebracht hat. Ich würde mir daher wünschen, dass in der «Palliative Care» die Studienendpunkte stärker auf das Thema Funktion verlegt würden. Also ähnlich, wie es im Bereich der Rehabilitation bereits üblich ist. Ich denke, es ist oft wenig von Bedeutung, ob ein Schmerzscore zum Beispiel von 8 auf 6 sinkt. Viel wichtiger ist, ob der Patient zu Hause die eine Stufe zu der etwas höher gelegenen Toilette wieder schafft, weil der Schmerz nachgelassen hat. Insofern braucht es nicht nur neue Substanzen, sondern kreative Studiendesigns, anhand deren sich evaluieren lässt, welche bereits vorhandenen Produkte für welches Ziel hilfreich sind.

Was fanden Sie am EAPC-Kongress persönlich am interessantesten?
Eychmüller: Ich habe festgestellt, dass es so etwas wie zwei Entwicklungen gibt. Die eine ist der schon fast verzweifelte Versuch, bei Themen wie etwa der Opioidrotation mehr randomisierte und kontrollierte Studien zu fordern. So weiss man, dass viele der methodischen Anforderungen an eine Studie im Umfeld der Palliativmedizin halt eben nicht erfüllbar sind. Wir müssen uns sicherlich überlegen, ob es möglich ist, die Endpunkte aus anderen Studien so einfach zu übernehmen.
Auf der anderen Seite ist sicherlich der Ideen- und Methodenreichtum in der «Palliative Care» – weil so viele unterschiedliche Berufsgruppen involviert sind – sehr spannend. Ich denke da zum Beispiel an den Vortrag von David Oliviere zur Kraft des Geschichtenerzählens. Die Psychotherapeuten setzen diese Methode ja schon seit Langem ein. Und es leuchtet ein, dass dies vermutlich die am wenigsten verfälschten Informationen sind, die wir bekommen können. Daher ist es schade, dass dies immer noch als methodisch minderwertig eingestuft wird. Für mich ist es spannend, Methoden aus anderen Disziplinen in Zukunft vermehrt auch in die «Palliative Care» zu integrieren. Da habe ich grosse Hoffnung, dass wir auch innovativ weiterkommen und nicht nur mit medizinischen Methoden forschen.
Wesentlich für mich war auch das Credo, dass der Beweis für das Konzept «Palliative Care» nicht in irgendwelchen Super-Spezial-Institutionen stattfindet kann, sondern in der Gemeinde. Wenn man hört, dass in Grossbritannien trotz eines sehr gut ausgebauten Hospizsystems nur 4 Prozent der Todesfälle dort zu verzeichnen sind, so brauchen wir in der Schweiz vermutlich nur eine begrenzte Zahl an Hospizen – eben als Teil des Netzwerks –, aber wir brauchen vor allem auch die Vernetzung auf Gemeindeebene, bis hin zum Einsatz von Freiwilligen.
Schliesslich hat mir besonders gefallen, dass es Platz für die europäischen Multizenterprogramme gab. St. Gallen nimmt an zwei solchen Programmen teil. Damit gelingt es nun auch in der «Palliative Care», die Expertise aus verschiedenen Ländern zusammenzuholen. Denn es wird auch in Zukunft viel auf Erfahrung basieren. Da ist es schön, wenn ein internationaler Erfahrungsaustausch durch entsprechende Projekte gefördert wird.

Herr Dr. Eychmüller, wir danken Ihnen für das Gespräch.