Was macht die Palliative Care?

Michael Rogenmoser*

Bis weit ins 19. Jahrhundert konnten nur wenige Krankheiten geheilt werden, sodass den Ärzten damals oft keine andere Wahl blieb, als Symptome zu lindern, so gut es ging. Im Mittelalter gab es in ganz Europa sogenannte Hospize, in denen kranke und sterbende Menschen aufgenommen und betreut wurden. Als eigentliche Vorreiterin der heutigen Palliative Care gründete Dame Cicely Saunders (22.6.1918–14.7.2005) 1967 das St. Christopher's Hospice in London. Von Beruf war sie Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin. Zum ursprünglich stationären Bereich kamen im weiteren Verlauf eine Ambulanz, ein Hausbetreuungsdienst sowie ein Team zur Unterstützung der Hinterbliebenen sowie eine Fortbildungseinrichtung dazu. 1975 wurde die weltweit erste Palliativstation in Montreal in Kanada eröffnet. Belfour Mount, der Gründer dieser Palliativstation, benutzte in diesem Zusammenhang als Erster die Bezeichnung Palliative Care (1). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1990 diesen Begriff aufgenommen, definiert und 2002 erweitert (2).

Palliative Medizin in der Schweiz

Mit dem Ziel eines gesamtschweizerischen Netzwerkes wurde 1988 die «Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMP» gegründet. Die Fachgesellschaft war von Beginn an multiprofessionell und nennt sich heute palliative ch (3). 1991 wurde in der Schweiz die erste Palliative Station in St. Gallen eröffnet.

Mit dem Ziel, Palliative Care im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen zu verankern, haben 2009 Bund und Kantone die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet, deren Hauptziel folgendermassen festgelegt wurde: «Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz erhalten damit ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care, und ihre Lebensqualität wird verbessert.» (4)

Palliative Care – mehr als eine rein medizinisch-pflegerische Aufgabe

Gemäss der WHO-Definition von 2002 ist Palliative Care «ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: Durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art». Diese Definition zeigt auf, dass in der palliativen Betreuung eines Patienten eine rein medizinisch-pflegerische Behandlung nicht genügen kann. In Situationen, in denen ein Mensch mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und mit seinem Sterben und vorhersehbaren Tod konfrontiert ist, spielen neben rein körperlichen Symptomen und deren Behandlung andere Faktoren eine mindestens ebenso wichtige Rolle. Neben einer adäquaten Behandlung von Symptomen – seien es körperliche Beschwerden, wie Schmerz oder Übelkeit, oder psychische Symptome, wie Angst oder Depression – beschäftigen den Patienten häufig auch Dinge, die wir nicht auf den ersten Blick erkennen können. Häufig stehen finanzielle Sorgen im Vordergrund oder auch Konflikte in der Familie, die hinsichtlich eines baldigen Todes wieder in den Vordergrund rücken. Häufig zeigen sich diese Nöte nicht auf

«Teamarbeit wird als zentraler Bestandteil in der Palliative Care angesehen.»

*Ärztlicher Leiter Zentrum für Palliative Care, Kantonsspital Winterthur

den ersten Blick. Die Aufgabe eines interprofessionellen Teams ist es hier, den Patienten und dessen Angehörige auch in dieser Situation zu unterstützen und zu begleiten und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.
Teamarbeit wird als zentraler Bestandteil in der Palliative Care angesehen. Verschiedene Berufsgruppen, wie zum Beispiel Pflegefachpersonen, Ärzte, Seelsorger und Sozialarbeiter, arbeiten interdisziplinär zusammen, um die optimale Betreuung eines Patienten und dessen Angehörigen sicherzustellen und zu verbessern. Die Teamzusammensetzung hängt von den lokalen Gegebenheiten und der zu leistenden Betreuung sowie auch den betroffenen Patienten ab. (5)

Beschwerdebild umfassend abklären

In einer Arbeit aus 2003 wurden die häufigsten Symptome bei Eintritt auf einer Palliativstation evaluiert; dabei zeigte sich, dass Patienten neben Schmerzen, Schwäche, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen oft auch unter Angst und Depressionen leiden (6). Wichtig zu erwähnen ist dabei, dass die Patienten meist nur die vorherrschenden Beschwerden angeben, wenn wir Fachleute sie nicht nach anderen Symptomen fragen. Aus diesem Grund macht es Sinn, Symptome gezielt zu erfragen. Als mögliche Variante hat sich hier zum Beispiel der MIDOS (Minimales Dokumentationssystem)-Fragebogen bewährt (7). Dabei kann der Patient 10 der häufigsten Symptome wie beispielsweise Schmerz oder Appetitlosigkeit in 4 Abstufungen selbst einschätzen. Im klinischen Alltag hat es sich bewährt, den MIDOS-Fragebogen zu wiederholen, um entsprechende Therapieerfolge zu erkennen, aber auch um neu auftretende oder stärker werdende Symptome nicht zu verpassen.

Schmerztherapie – wichtiger Bestandteil der Palliative Care

Ein wichtiger Teil der Symptomkontrolle ist die Schmerztherapie. Schmerzen sind häufig das Symptom, das Patienten zur stationären Behandlung auf eine Palliativstation führt. Am Anfang der Therapie steht eine genaue Schmerzerfassung, um neben der Schmerzintensität auch den Schmerzcharakter zu eruieren. Dies ist von zentraler Bedeutung, da ein vorwiegend neuropathischer Schmerz andere Therapiemodalitäten verlangt als ein somatisch-viszeraler Schmerz. Wichtig ist auch, gemeinsam mit dem Patienten Ziele zu definieren, was durch eine Schmerztherapie erzielt werden soll und in welchem Zeitraum. Die Therapieerfolge oder auch -misserfolge müssen gemessen werden. Dabei sollte möglichst evaluiert werden, was sich hinsichtlich der Schmerzen gebessert hat und was nicht, damit eine Optimierung der Therapie erreicht werden kann. Häufig gibt es auch mehrere Schmerzkomponenten, die es zu unterscheiden gilt und die entsprechend unterschiedlich behandelt werden müssen.
Gerade in der Palliative Care ist es wichtig, Schmerzen nicht als gegeben hinzunehmen, sondern abzuklären, woher der Schmerz kommt, um gegebenenfalls auch eine kausale Schmerztherapie durchführen zu können. Hierbei ist es unausweichlich, zusammen mit dem Betroffenen die Gesamtsituation anzuschauen, um unnötige, belastende Untersuchungen zu vermeiden. Neben medikamentösen und in einigen Fällen auch interventionellen Schmerzbehandlungen sollten auch nicht medikamentöse Therapieangebote eingebunden werden, wie beispielsweise Wickel und Einreibungen. Da Schmerzen letztlich zentral verarbeitet werden, ist ein einseitiger Fokus auf eine medikamentöse Schmerztherapie nicht genügend. Vielmehr geht es darum, die betroffene Person gesamthaft zu betreuen. So kann die Schmerzwahrnehmung durch Ängste und Sorgen, Hoffnungslosigkeit, aber auch durch Einsamkeit stark beeinflusst und verändert werden, und es gilt, diese Sorgen und Ängste wahrzunehmen und in die Behandlung zu integrieren.
Richtlinien zur medikamentösen Schmerztherapie bei Tumorschmerzen wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet (8). In aller Regel wird die medikamentöse Therapie in der Palliative Care nach diesen Richtlinien durchgeführt, auch bei nicht tumorassoziierten Schmerzen: Wichtig ist dabei insbesondere eine einfache und gut handhabbare Medikamentenapplikation, die regelmässig erfolgen sollte («by the clock»). Das Vorgehen richtet sich gewöhnlich nach dem 3-Stufen-Schema der WHO. Nach diesem Schema ergeben sich 3 Stufen der Analgesie mit Nichtopiaten in der ersten, schwachen Opiaten in der zweiten und starken Opiaten in der dritten Stufe. Allerdings ist auch hier zu beachten, dass es keine Regel ohne Ausnahme gibt.
Ein weiterer wichtiger Faktor beim Verschreiben einer Schmerztherapie ist die korrekte Einzeldosis sowie auch die korrekte Reservedosierung, die $^{1}/_{6}$ bis $^{1}/_{10}$ der Tagesdosis entsprechen sollte. Beim Anpassen der regulären Schmerzmedikation muss deswegen jeweils auch die Reservedosierung angepasst werden. Im Alltag zeigt sich, dass viele Patienten im Verlauf einer Erkrankung auch ein Opiat zur Analgesie benötigen. Zu Beginn einer solchen Behandlung sollte eine Prophylaxe der Nausea durchgeführt werden, die nach einigen Tagen normalerweise wieder gestoppt werden kann. Anders verhält es sich mit der Obstipationsprophylaxe, die unter anhaltender Opiattherapie fortlaufend erfolgen sollte. Aufgrund der zahlreichen verschiedenen Opiatprodukte kann das entsprechende Medikament für den betroffenen Patienten individuell gewählt und angepasst werden. In der Wahl des optimalen Präpa-

«Den meisten Patientinnen und Patienten ist es ein grosses Anliegen, mitzuentscheiden, welche Therapien sie in ihrer letzten Lebenszeit noch erhalten möchten und welche nicht.»

rates spielen körperliche Funktionen wie zum Beispiel die Nieren- oder Leberfunktion ebenso eine wichtige Rolle wie die Vorliebe des Patienten und die Erfahrung des verordnenden Arztes mit dem entsprechenden Präparat.

Förderung der Lebensqualität

Aus palliativer Sicht ist es besonders wichtig, neben dem Erkennen und Behandeln von Beschwerden und Sorgen eines kranken Menschen, die vorhandenen Ressourcen zu fördern und zu erhalten. Dies steht umso mehr im Vordergrund, als es in erster Linie darum geht, die Lebensqualität der Kranken zu verbessern. Letztere kann jeweils nur von dem einzelnen Patienten selbst definiert werden. Den meisten Patientinnen und Patienten ist es ein grosses Anliegen, mitzuentscheiden, welche Therapien sie in ihrer letzten Lebenszeit noch erhalten möchten und welche nicht. Häufig stellt sich in weit fortgeschrittenen Krankheitssituationen die Frage, mit welcher Therapie wir eine Verbesserung der Lebensqualität und gegebenenfalls auch eine Lebensverlängerung erreichen, ohne dass mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen das Gegenteil bewirken. In diesen Situationen sind Patienten und deren Angehörige darauf angewiesen, dass wir Fachleute sie besonders offen informieren und mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen, aber auch alternative Therapiewege aufzeigen.

Sinnvollerweise muss auch geklärt werden, was der Patient sich von einer Therapie erhofft und was wir von einer Therapie erwarten. So individuell jeder Mensch ist, so individuell werden auch die Entscheidungen sein. Sollten Gespräche mit dem Patienten nicht mehr möglich sein, kann das betreuende Team durch Zuhilfenahme einer Patientenverfügung in der Entscheidungsfindung geleitet und die Angehörigen können so entlastet werden. Es ist eine unserer Aufgaben, mit dem Patienten und seinen Angehörigen eine vorausschauende Planung zu besprechen, damit der Patient seine persönliche Autonomie bewahren kann, insbesondere auch dann, wenn er später keine Entscheidungen mehr treffen kann (9).

Ein grosses Anliegen ist es, die Betroffenen und deren Angehörige spüren zu lassen, dass sie Unterstützung in einem Netzwerk finden, in dem sie sich sicher aufgehoben fühlen. Viele Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung möchten gern die noch verbleibende Zeit zu Hause verbringen. Zu diesem Zweck ist es sinnvoll und nötig, ein gut funktionierendes Netzwerk aufzubauen, um beispielsweise ungewollte Hospitalisationen zu vermeiden. Den Menschen Sicherheit zu geben, indem professionelle Teams stationär und ambulant eng miteinander zusammenarbeiten, kann die Patienten und die Angehörigen zu Hause stark entlasten. So kann es zum Beispiel sinnvoll sein, während eines stationären Aufenthaltes bereits die nachbetreuenden Fachpersonen wie beispielsweise die Spitex, spezialisierte mobile Palliativdienste und Hausärzte einzuladen, damit diese Vernetzung von allen beteiligten Personen erlebt werden kann.

« Ein grosses Anliegen ist es, die Betroffenen und deren Angehörige spüren zu lassen, dass sie Unterstützung in einem Netzwerk finden, in dem sie sich sicher aufgehoben fühlen. »

In der Gesamtbeurteilung eines Patienten spielt insbesondere auch die Ernährung eine zentrale Rolle. Neben ihrer Funktion als Energie- und Nährstofflieferant spielt Essen in unserer Gesellschaft auch eine wesentliche soziale Rolle und ist ein wichtiger Faktor, der die Lebensqualität fördern kann; es vergeht wohl kaum ein Geburtstagsfest oder eine Hochzeit ohne Festmahl. Zudem ist es für Angehörige von Patientinnen und Patienten in der allerletzten Phase des Lebens sehr belastend, wenn der Betroffene nichts mehr essen mag. Zu unserer Aufgabe als Fachleute gehört es, einerseits in der Gesamtschau des Patienten und der Prognose eine adäquate Ernährung zu gewährleisten. Andererseits müssen wir auch den Zeitpunkt erkennen, wann die Ernährung keinen Beitrag mehr für das Wohlbefinden des Patienten leisten kann.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Michael Rogenmoser
Zentrum für Palliative Care
Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15, 8401 Winterthur

Literatur:

1. Aulbert, Nauck, Radbruch. Lehrbuch der Palliativmedizin. 3. Auflage 2012.
2. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 91–96.
3. www.palliative.ch
4. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.
5. Radbruch L, Payne S. White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1. European Journal of Palliative Care, 2009; 16 (6).
6. Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C et al. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. Support Care Cancer 2003; 11: 442–451.
7. Stiel S, Matthes ME, Bertram L, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin. Schmerz 2010; 24: 596–604.
8. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. Second Edition. Genf: World Health Organization 1996.
9. Radbruch L, Payne S. White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2. European Journal of Palliative Care, 2010; 17 (1).