

Das Palliativnetz Ostschweiz

Beispiel eines neu gegründeten regionalen Netzwerkes

Das Palliativnetz Ostschweiz, gegründet Ende November 2003, wird als ein Beispiel für ein im Aufbau befindliches Modell mit seinen Hintergründen und Aufgaben vorgestellt. Die verbesserte und institutionalisierte Zusammenarbeit der verschiedenen, schon länger bestehenden Organisationen zielt ab auf ein optimales Betreuungs- und Unterstützungsangebot für Menschen in Palliativsituationen.

DANIEL BÜCHE

Historisch hat sich die Palliative Care aus dem stationären immer mehr zum ambulanten Setting hin bewegt. In England hat sich das «Hospice», ursprünglich Haus und Heim für Schwerkranken und Sterbende, zum Basisstandort für das Palliativteam entwickelt, wo Einsätze geplant und Patienten vor allem ambulant betreut werden. Im englischen System wird unterschieden zwischen »generic« (oder «community palliative care»), welche von den Grundversorgern (Hausarzt, spitalexterne Pflege etc.) geleistet wird, und «specialist palliative care» (SPC), welche durch in Palliative Care speziell ausgebildeten Fachpersonen erfolgt. Letztere haben in erster Linie eine beratende Funktion, können aber bei komplexen Situationen selber aktiv werden – immer in Koordination mit den Grundversorgern. In welcher Form die SPC von den Hausärzten genutzt wird, ist abhängig von der Verfügbarkeit einer Dienstleistung, der Erfahrung mit derselben, den Erwartungen des Hausarztes sowie den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und deren Angehörigen (2). Die Art der Vernetzung durch den Hausarzt als Koordinator ist somit nicht fix gegeben. Das Palliativnetz muss mit grösstmöglicher Flexibilität auf die Bedürfnisse der Patienten reagieren können (3). Insgesamt beanspruchen Patienten mit palliativen Bedürfnissen nur einen kleinen Teil der täglichen Hausarztstätigkeit, wodurch es für Hausärzte selbst schwierig ist, eine qualitativ hoch stehende Palliativversorgung zu gewährleisten (4). Die Hausärzte in England fordern in vielen Fällen Unterstützung durch die Palliativpflege an und dies weit weniger zur Schmerz- oder Symptomkontrolle (5). In komplexeren Situationen wird eher die Überweisung in eine stationäre Einheit gewünscht (6, 7). Erfahrungsgemäss werden Dienstleistungen umso eher genutzt, je weniger der Patient «reisen» muss, um sie zu bekommen (8). Ein Ziel des Palliativnetzes

muss es daher sein, die Dienstleistung möglichst zum Patienten und nicht den Patienten zur Dienstleistung zu bringen.

Von den Patienten wird die Pflege zu Hause bevorzugt (9), wobei dieser Wunsch mit Fortschreiten der Krankheit häufig bei Patient und Angehörigen an Wichtigkeit abnimmt (10, 11). Wählen kann der Patient aber nur, wenn auch verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl stehen, welche gut vernetzt sind, damit auch ein Wechsel möglich ist. Der Zugang zur Palliative Care ermöglicht eher ein Sterben zu Hause (13).

Ziele der Vernetzung

Das Ziel jedes Netzwerkes und im Speziellen auch das Ziel des Palliativnetzes Ostschweiz soll es daher sein:

- ▲ die Grundversorger (Hausärzte und Spitex) gezielt in ihren Bedürfnissen zu unterstützen,
- ▲ die Dienstleistung möglichst zum Patienten zu bringen,
- ▲ einen ökonomischen Umgang mit den Ressourcen zu gewährleisten
- ▲ einen individuellen Koordinator zu bestimmen mit dem Ziel, Mehrspurigkeit zu vermeiden.

Es braucht zwingend einen politischen Auftrag für ein palliatives Netzwerk, wenn die gewünschte breite Wirkung erreicht werden soll.

Für jeden Patienten und dessen Angehörige soll ein individuelles Betreuungsnetz aufgebaut werden, in dem diese sich sicher fühlen, weil es ihren Bedürfnissen entspricht: Patienten mit «komplexer» Erkrankungssituation brauchen meist ein stark ausgebautes Netz. So kann eine allein erziehende Mutter mit fortgeschrittenem Krebsleiden, aber ohne viele körperliche Symptome ebenso «komplex krank» sein wie ein Patient mit einem komplexen Schmerzsyndrom. Zur Erfassung der Bedürfnisse sind gemeinsame Erfas-

sungsinstrumente (Assessment) für die wichtigsten Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen hilfreich.

Verfügbarkeit und Kontinuität gehören zu den «Core values» (1) der Palliative Care. Durch die Vernetzung der verschiedenen Partnerorganisationen soll eine möglichst komplette, rasche und reibungslose Informationsweitergabe gelingen. Daneben sind in einem Netz immer auch formelle Vertretungen möglich (z.B. bei Abwesenheit des Hausarztes durch den Arzt des «Palliativen Brückendienstes»).

Informelle Vertretung kommt zum Zuge, wenn der primäre Ansprechpartner nicht erreichbar ist. In diesem Falle hat der Patient die Möglichkeit, dem nächsten Glied im System anzurufen. Sinnvoll ist es daher, Dienste in einem «Zwiebelschalenmodell» aufzubauen und dies klar zu kommunizieren (siehe Schema)

Die Partner im Palliativnetz Ostschweiz

Die «Generic palliative care» ist keine zu unterschätzende Aufgabe; hier liegt die «Hauptlast» der Palliative Care. Diese Arbeit wird von den Hausärzten, der spitalexternen Krankenpflege, sowie von den zuständigen Pflegenden und Ärzten im Pflegeheim und in den kleineren Spitälern übernommen. Zu dieser Grundversorgung gehört auch die Seelsorge sowie andere, oft in der Grundversorgung involvierte Partner wie Physiotherapeuten und Sozialarbeiter.

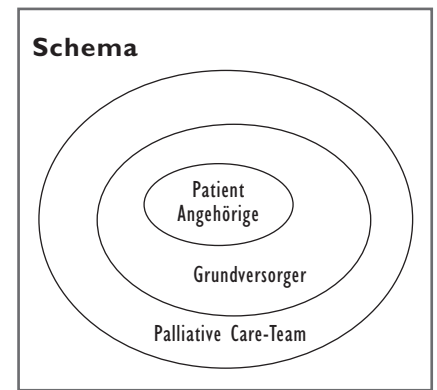
Die Hausärzte spielen eine besondere Rolle, da sie die Patienten und ihre Umgebung häufig schon lange kennen und damit wichtige Informationen liefern können. Die Mitglieder des Grundversorgerteams haben die Möglichkeit, sich bei spezialisierten Berufsgruppen Hilfe bezüglich Therapie (medikamentös, nicht medikamentös, Applikationswege etc), Betreuung (Entlastungs- und Beratungsdienste) und Begleitung (psychologische Betreuung, Seelsorge, Sterbebegleitung) zu holen. Wichtig ist, dass alle Partner die Vielfalt der Dienste kennen und im individuellen Fall auswählen können. Nicht zu vergessen sind im Netzwerk die Angehörigen, denen oft die schwierige Rolle der Betreuer und Partner obliegt und die dabei unterstützt werden müs-

sen, um negative Folgen der eigenen Überforderung zu vermeiden. Sie liefern wichtige Informationen und stellen die Kontinuität in der Betreuung dar.

Zum «Specialist palliative care Team» gehören Mitglieder, die aufgrund ihres Wissens oder ihrer Funktion zu Rate gezogen werden können.

Hierzu gehört der Hospizdienst, der seine Aufgabe in der ehrenamtlichen Unterstützung und Entlastung sieht, wo Zeit, Kraft oder Lebensumstände der Pflegenden, Angehörigen oder anderen Dienste ihre Grenzen haben. Die Begleitpersonen werden durch eine vorbereitende Ausbildung, Fortbildung und professionelle Praxisbegleitung honoriert, aber nicht finanziell unterstützt. Die rasche Verfügbarkeit sowie der unkomplizierte Zugang machen den Dienst sehr attraktiv für die anderen Partner im Netz. Ähnlich ist auch die Sterbebegleitung der Caritas organisiert. Es handelt sich auch hier um ausgebildete Laien, die die Sterbenden und ihre Angehörigen begleiten.

Den Pflegenden der Spitex, auch dem Hausarzt stehen die diplomierten Pflegefachfrauen und Ärzte des Palliativen Brückendienstes zur Seite. Er wird nur aktiv, wenn erstere eingeschlossen sind. Die Pflegefachfrauen haben eine Weiterbildung in Onkologie- und Palliativpflege, die Ärzte arbeiten im Palliativteam des Kantonsspitals St. Gallen. Die Organisation und Koordination obliegt der Krebsliga St. Gallen-Appenzell. Der Palliative Brückendienst versteht sich als Ergänzungsangebot zur Spitex-Betreuung in beratendem Sinn. Er soll den Übertritt vom Spital nach Hause erleichtern und allen Beteiligten Sicherheit vermitteln. Dabei geht es häufig um eine Beratung, gelegentlich um Unterstützung und Instruktion bei komplexen Situationen (Schmerzen, Schwäche, psychosoziale Krisen/Belastung u.a.) Teilweise, aber selten wird kurzfristig eine Behandlungspflege übernommen, um eine Hospitalisation zu vermeiden. Die Erreichbarkeit ist rund um die Uhr an allen Tagen des Jahres gewährleistet. Der ärztliche Teil des Brückendienstes sieht seine Aufgabe ebenfalls in der Beratung der Hausärzte. Zudem kann er bei Bedarf die Brücke zurück zum Spital schlagen.



Am Kantonsspital St. Gallen wird eine ambulante Sprechstunde für Palliativpatienten betrieben. Hier können Patienten zur Beratung oder Abklärung geschickt werden. Spezielle Sprechstunden mit palliativ-medizinischen Schwerpunkten sind im Aufbau begriffen (interdisziplinäre Sprechstunde «Palliative Ernährung und Müdigkeit») oder bestehen bereits («Schmerzsprechstunde»).

Innerhalb des Kantonsspital St. Gallen wird ein Konsiliardienst angeboten. Dieser bietet die Möglichkeit der telefonischen konsiliarischen Beratung für Hausärzte, Spitalärzte anderer Spitäler, Ärzte und Pflegenden von Pflegeheimen.

Die Palliativstation des Kantonsspitals St. Gallen ist in der Abteilung Onkologie eingegliedert und somit dem Departement Innere Medizin zugehörig. Ihre Aufgabe ist es, Schwerstkranke zu betreuen. Zuweisen können sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch Ärzte von Spitälern oder Pflegeheimen. Falls eine Warteliste besteht, werden meist die externen, vor allem die ambulanten Patienten bevorzugt, da die internen auch über den Konsiliardienst betreut werden können. Bei der Palliativstation (11 Betten) handelt es sich um eine Akutabteilung, in der die Patienten durchschnittlich zwölf Tage bleiben. Aufgabe der Palliativstation ist es, die multidimensionalen Symptome des Patienten so gut wie möglich anzugehen und danach den weiteren Lebensplan zu entwerfen.

Je nach Situation kommen noch andere Partner ins Spiel, die häufig eine sehr umschriebene Rolle haben. Dies können Physiotherapeuten sein, Pharmazeuten, Spezialärzte wie Pneumologen, Infektiologen, Psychiater, Fachleute der Ergo-

«Palliativnetz Ostschweiz»: Kooperationen, Kontaktstellen

Cornelia Knipping

Das «Palliativnetz Ostschweiz» als eine regionale Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMPB) wurde am 27. November 2003 in St. Gallen gegründet. Dem Gründungsakt voraus ging ein Symposium mit über 300 Fachleuten, in dem über Möglichkeiten der gesundheitspolitischen Verankerung, einen «Marktplatz» der verschiedenen regionalen Anbieter» sowie über Workshops zu den einzelnen Aufgabenbereichen referiert und diskutiert wurde.

- ▲ Das Problem der Palliativ Care: In der Schweiz sind seit etwa 15 Jahren Bemühungen erkennbar, die Betreuungssituation von schwer kranken und sterbenden Menschen wie auch die Fort- und Weiterbildung derer, die diese Menschen betreuen, zu verbessern und ihrem Bedarf entsprechend anzupassen. Ein massgebliches Engagement dafür ging und geht von der SGPMPB und der Krebsliga Schweiz aus. Parallel dazu entstanden vielfältige Initiativen weiterer Institutionen und Fachpersonen. Die Aktivitäten sind geprägt von beispielloser Motivation bei gleichzeitig ungenügender Koordination der Anbieter, Fachexpertisen und Dienstleistungen.
- ▲ Mit dem «Palliativnetz Ostschweiz» verbindet sich das Anliegen, die Behandlung, Pflege und Begleitung von chronisch kranken, schwer kranken, alten und sterbenden Menschen spitalintern wie -extern zu vernetzen und zu optimieren.
- ▲ Ziel: Die bereits vorhandenen Konzepte, Projekte und Fachexpertisen werden nicht nur addiert sondern verstärkt koordiniert, optimiert und aufeinander bezogen.
Das palliative Versorgungskonzept soll bereits in die Grundversorgung in der Ostschweiz eingebracht und zum festen Bestandteil und Qualitätsmerkmal werden.

Informationen und Anfragen zu Dienstleistungsangeboten in der Ostschweiz können bei der Präsidentin eingeholt werden. Die Anfragen werden direkt beantwortet oder koordiniert an die zuständige Kontaktadresse weitergeleitet.

Kontaktadresse für das Palliativnetz Ostschweiz:

Cornelia Knipping (Präsidentin)
MAS Palliative Care
Postfach
Rorschacherstr. 150
9006 St. Gallen
Tel. 071-243 00 43
Fax 071-243 00 44
E-Mail: cknipping@sg.zetup.ch

Weitere Kontaktadressen:

Palliativ Care am Kantonsspital St. Gallen
Fachbereich Onkologie/Hämatologie,
Departement Innere Medizin,
Rorschacherstrasse, 9007 St. Gallen
Oberärzte: Dr. Daniel Büche, Dr. Steffen Eychmüller
(Leitung), Dr. Florian Strasser.
Tel. 071-494 11 11
E-Mail: palliativmedizin@kssg.ch oder
vorname.nachname@kssg.ch

Palliativ-Konsiliardienst spitalintern
Tel. 071-494 11 55 oder 071-494 11 11

Ambulatorium Palliative Medizin,
Schmerztherapie, Ernährung & Müdigkeit
Tel. 071-494 11 55, Anmeldungen 071-494 10 67

Palliativer Brückendienst der Krebsliga St. Gallen-
Appenzell
Geschäftsleitung: Regula Schneider
Flurhofstr. 7, 9000 St. Gallen
Tel. 071 / 242 70 12

Palliativer Brückendienst der
thurgauischen Krebsliga
Verantwortliche Pflegefachperson:
Edeltraud Bernardini palliative-care@tgkl.ch
Ärztliche Verantwortung: Dr. med. Geoffrey Delmore
geoffrey.delmore@stgag.ch
Bahnhofstr. 5, 8570 Weinfelden
Tel. 071-626 70 00

Hospiz-Dienst St. Gallen
Verein zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender
Marktplatz 24
9000 St. Gallen
Tel. 071-222 78 50
E-Mail: hospizdienst@hotmail.com

Caritas St. Gallen
Diözese Caritasstelle
Leitung: Dr. theol. Zeno Cavigelli
Klosterhof 6e
9000 St. Gallen
Tel. 071-227 34 30
Fax 071-227 34 69
E-Mail: info@sg.caritas.ch

therapie, Psychologen und Sozialarbeiter. Hier ist auch der kostenlose psychosoziale Dienst der Krebsliga zu erwähnen.

Gemeinsame «Philosophie» des Netzwerkes

Vernetzung kann stattfinden, wenn eine gemeinsame Philosophie, das heisst ein gemeinsames Behandlungskonzept vorliegt. Dies beinhaltet die Verfügbarkeit und Kontinuität der Betreuung, den multiprofessionellen Ansatz, die Autonomie des Patienten, das Vorbereiten von möglichen Komplikationen. Vernetzung klappt umso besser, je genauer die Partner sich kennen, je einheitlicher das Behandlungskonzept ist und je klarer die Behandlungsziele formuliert sind. Somit ist ein grosser und kontinuierlicher Schulungsaufwand gefragt. Genauso wichtig ist das Vermitteln von Wissen an die Patienten und ihre Angehörigen, damit sie ihre weitere Behandlung, Pflege und Betreuung mitbestimmen können.

Zur Vernetzung gehört auch, dass die Schnittstellen gut überwacht werden. Nur wenn Übergänge möglichst viel Kontinuität aufweisen, fühlt sich der Patient im Netz getragen. Diese Übergabe versuchen wir mit einem «runden Tisch», zum Beispiel bei Austritt aus der Palliativstation, zu optimieren. Dabei kommen möglichst das gesamte bisherige und neue Betreuungsteam sowie der Patient und seine Angehörigen zusammen.

Diskussion und Ausblick

Einige Teile des Netzes bestehen in der Ostschweiz schon lange, andere sind etwas jünger. Die hauptsächliche Arbeit liegt aktuell darin, sich gegenseitig besser kennen zu lernen, die Vernetzung auch zu leben und gegenseitig Berührungspunkte abzubauen.

Durch geschickte Schulung und Motivation können wir unser Netz noch dichter weben. Auch die Erfassung unserer Leistungen ist notwendig, damit wir auch die Kosteneffektivität unserer Bemühungen zeigen können. Ferner ist die «menschliche Bilanz» zu ziehen. Hierfür müssen die geeigneten Instrumente ausgewählt werden, um den Erfolg oder Misserfolg messen und daraus lernen zu können.

Eine Lücke, der wir immer wieder begegnen, ist die Langzeitbetreuung für jüngere, schwer kranke oder sterbende Patienten im Sinne eines Hospizes. ▲

Dr. med. Daniel Büche
Oberarzt Palliativstation
Kantonsspital St. Gallen
E-Mail: daniel.bueche@kssg.ch

Quellen

1. Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Standards
2. Shipman C. How and why do GPs use specialist palliative care services? *J Palliative Medicine* 2002; 16: 241–246.
3. Higginson I. In Stevens A, Raftery J eds. *Palliative and terminal care: health care needs assessment*. Oxford: Pub. Radcliff Medical Press 1997.
4. Barclay S. *Palliative Care in community – the role of the primary health care team*. *Eur J Palliative Care* 1997; 6: 46–47.
5. Pugh E. An investigation of general practitioner referrals to palliative care services. *J Palliative Medicine*. 1996; 10: 251–257.
6. Higginson I. *Palliative care services in the community; what do family doctors want?* *J Palliat Care* 1999; 15: 21–25.
7. Barclay S. *Primary Care group commissioning of services: the differing priorities of GP and district nurses for palliative care services*. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 181–186.
8. Kennedy F. *GP referral patterns*. *J Public Health Med* 1993; 15: 83–87.
9. Higginson I. *Place of Care in Advanced Cancer: A Qualitative Systematic Literature Review of Patient Preferences*. *J Palliative Medicine* 2000; 3(3): 287–300.
10. Townsend J. *Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study*. *BMJ* 1990; 301: 415–417.
11. Hinnton J. *Which patients with terminal cancer admitted from home care?* *J Palliative Medicine* 1994; 8: 197–210.
12. Gomez BX. *Spain: the WHO Demonstration Project of Palliative Care Implementation in Catalonia: results at 10 Years*. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(2): 239–244.
13. Gray J. *factors associated with utilization of specialist palliative care services: a population based study*. *J Public Health Med* 1997; 19(4): 464–469.
14. Finlay I. *Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review*. *European Society for Medical Oncology* 2002: 257–264.

Pharma News

Docetaxel ist Paclitaxel bei metastasierendem Brustkrebs überlegen und senkt darüber hinaus die Mortalität bei adjuvanter Therapie

San Antonio/USA (Dezember 2003). Ergebnisse einer Phase III-Studie zeigen, dass das Taxan Taxotere® (Docetaxel) gegenüber dem Taxan Taxol® (Paclitaxel) eine signifikant höhere Ansprechrate, eine längere Gesamtüberlebenszeit und eine längere Zeit bis zur Tumorprogression aufweist (1).

Wie auf dem 26. Annual San Antonio Breast Cancer Symposium vorgestellt, waren die Daten zur Lebensqualität (QoL) in beiden Studienarmen vergleichbar, obwohl Patientinnen unter Docetaxel im Mittel zwei Zyklen länger einer höheren Toxizität ausgesetzt waren (2). Fazit: Docetaxel ist das wirksamere Taxan bei metastasierendem Brustkrebs. Ausserdem zeigen Daten einer adjuvanten Docetaxel-Therapie bei nodal positivem Brustkrebs im Frühstadium, dass das Mortalitätsrisiko um weitere 30 Prozent sowie das Risiko einer Wiedererkrankung um durchschnittlich 28 Prozent gesenkt werden kann (3, 4). In der Studie verglich die amerikanische Breast Cancer International Research Group (BCIRG001) die Wirkungen einer

Kombinations-Chemotherapie mit und ohne Taxan bei gleicher Therapiedauer fünf Jahre nach der Behandlung. «Die Ergebnisse dieser Studie lassen vermuten, dass wir zukünftig mehr Patientinnen im Frühstadium heilen können», sagt John Mackey, MD, ein Mitglied des BCIRG Scientific Committee und Chairman des Northern Alberta Breast Cancer Programs am Cross Cancer Institute in Edmonton, Kanada.

Weitere Informationen:
Aventis Onkologie
Herostrasse 7, 8048 Zürich
Tel. 01-434 25 25,
Internet: www.aventisoncology.ch

Referenzen:

1. Ravdin P et al.: Taxotere More Effective than Taxol for Advanced Disease. ECCO 2003, Abstract 670.
2. Jones S et al.: Randomized trial comparing docetaxel and paclitaxel in patients with metastatic breast cancer. SABCs 2003, Abstract 10.
3. Nabholz JM et al.: Phase III trial comparing TAC (docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide) with FAC (5-fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide) in the adjuvant treatment of node positive breast cancer (BC) patients: interim analysis of the BCIRG 001 study. ASCO 2002, Abstract 141.
4. Martin M et al.: TAC improves disease free survival and overall survival over FAC in node positive early breast cancer patients, BCIRG001: 55 months follow-up. SABCs 2003, abs. 43 + presentation.

Docetaxel ist in der Schweiz unter dem Namen Taxotere® (Aventis Pharma AG) im Handel erhältlich. Docetaxel ist in der Schweiz nicht zugelassen für adjuvante oder neoadjuvante Therapie von Brustkrebs.

In den Pharma News erscheinen Mitteilungen der pharmazeutischen Industrie. Für die Beiträge übernimmt die Redaktion keine Verantwortung