

„Palliative Care – Versagen oder Chance?“

Claudia Bausewein

In den letzten Jahren ist die palliativmedizinische Versorgung fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens geworden. Sowohl ambulante als auch stationäre Strukturen wurden geschaffen, z. T. gesetzlich verankert und in die Regelfinanzierung aufgenommen. Noch vor 15 Jahren war diese Entwicklung nicht absehbar. Palliativmedizin wurde von vielen kritisch beäugt, nicht als eigenes Fachgebiet anerkannt und eher als „das machen wir immer schon so“ abgewertet. Nicht nur die aktuelle Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid [1], sondern die Einführung einer Zusatzbezeichnung, die Etablierung als akademisches Fach und die zunehmende Evidenzbasierung [2], haben viel zur Anerkennung der Palliativmedizin beigetragen.

Die palliativmedizinische Betreuung wird – trotz der in der Einleitung beschriebenen Entwicklung – von Patienten, Angehörigen und auch Ärzten immer noch als ein Versagen der Akutmedizin und der krankheitsorientierten Therapien gesehen. Der Kontakt zu palliativmedizinischen Einrichtungen oder Palliativmedizinern wird daher eher vermieden bzw. so lange wie möglich hinausgezögert. Damit wird aber auch die Chance vergeben, Schmerzen und andere unkontrollierte Symptome frühzeitig zu lindern, Unterstützung bei psychischen Belastungen und existenziellen Nöten anzubieten und für die verbleibende Lebenszeit zu planen.

Die Konzepte der palliativmedizinischen Betreuung haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert, was aber noch wenig bekannt ist. Dies dürfte einer der Gründe dafür sein, dass Palliativmedizin immer noch überwiegend mit dem Lebensende und der alleinigen Therapie von Schmerzen verbunden wird. Palliativmedizin wird in der Zwischenzeit unterschieden in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung, und die Einbindung sollte frühzeitig stattfinden [3]. Außerdem verbessert sich auch in der Palliativmedizin die Evidenzlage, was die Publikation der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen“ Anfang 2015 zeigt.

Allgemeine und spezielle Palliativmedizin

Die palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen ist zunächst Aufgabe aller im Gesundheitswesen Tätigen. Kontrolle von

Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, Gespräche über Therapieziele, Prognose und lebensverlängernde Maßnahmen gehören zum ärztlichen Alltag eines jeden Arztes und damit auch Gynäkologen [4]. Aber es wird Situationen geben, in denen die medizinische oder psychosoziale Situation der Patientinnen so komplex ist, dass die herkömmlichen Kenntnisse der Schmerztherapie und Symptomkontrolle nicht mehr ausreichen oder die Belastung der Patientin und ihrer Familie so hoch ist, dass den Betroffenen in einem akutmedizinischen Setting nicht umfassend genug geholfen werden kann. Zudem werden Fragen um Sterben und Tod immer noch tabuisiert und lösen bei vielen Gesprächspartnern eher Unbehagen aus, als dass sie offen kommuniziert werden [5]. In solchen Situationen kommt die spezialisierte Palliativmedizin zum Tragen, also professionelle Betreuer und Dienste, deren Hauptaufgabe es ist, Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen zu versorgen [3]. Dazu wird ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und Ressourcen benötigt.

Spezialisierte Palliativmedizin wird im ambulanten Bereich durch die sogenannte Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gewährleistet und im stationären Bereich auf Palliativstationen. SAPV ist seit 2007 im SGB V § 37b verankert und gibt damit jedem gesetzlich Versicherten den Anspruch, in seiner häuslichen Umgebung spezialisierte palliativmedizinische Versorgung zu erhalten. Durch eine zunehmende Zahl von multiprofessionellen SAPV-Teams können Patienten so bei schwerer Krankheit länger zu Hause betreut und Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Dies belegen auch inter-

nationale Studien [6]. Durch eine 24-Stunden-Rufbereitschaft und vorausschauendes Planen wird es durch diese Betreuung immer mehr Menschen ermöglicht, auch bei guter Symptomkontrolle zu Hause zu sterben.

Palliativstationen sind Stationen innerhalb eines Krankenhauses für Patienten, die der Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziel der Betreuung ist die Schmerz- und Symptomkontrolle sowie psychosoziale und spirituelle Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen, damit Patienten wieder nach Hause oder in ein stationäres Hospiz entlassen werden können.

Ein wichtiges Bindeglied zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung im stationären Bereich stellen spezielle Palliativdienste dar, die entweder an eine Palliativstation angebunden sind oder auch ohne eigene Palliativstation aktiv werden. Aufgabe dieser multiprofessionellen mobilen Palliativteams – bestehend aus Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitern – ist es, Patienten in einem Krankenhaus auf den Allgemeinstationen mit zu betreuen und die Primärbetreuer bei Fragen der Symptomkontrolle, psychosozialer Unterstützung, Therapiezielfindung, Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht oder Weiterversorgung zu unterstützen [7]. Diese Palliativteams können auch parallel zur krankheitsorientierten Behandlung wie Chemo- oder Strahlentherapie einbezogen werden. Auch wenn es in Zukunft nicht möglich und sinnvoll ist, dass jedes Krankenhaus seine eigene Palliativstation bekommt, so sollte doch angestrebt wer-

den, dass jedes Krankenhaus palliativmedizinische Expertise in Form eines solchen Palliativdienstes vorhält.

Frühzeitige Einbindung palliativmedizinischer Versorgung

Palliativmedizinische Betreuung wird immer noch sehr stark mit dem Lebensende verbunden. Wenn alle krankheitsorientierten Therapien abgeschlossen oder nicht mehr möglich sind, der Patient als „austherapiert“ gilt und das Lebensende naht, wird daran gedacht, einen Palliativmediziner einzuschalten. Dabei haben sich die palliativmedizinischen Betreuungskonzepte in den letzten Jahren stark verändert. So konnte gezeigt werden, dass der frühzeitige proaktive, strukturierte und regelmäßige Kontakt zu einem palliativmedizinischen Team nicht nur zu einer besseren Symptomkontrolle, sondern auch zu besserer Lebensqualität und auch längerem Überleben führen kann [8]. Bisher entsteht ein palliativmedizinischer Kontakt meistens „reaktiv“, wenn ein Patient unkontrollierte Symptome oder andere Probleme hat. Oft dauert es dann sogar länger, bis eskalierte Schmerzen, schwere Atemnot oder andere belastende Symptome gelindert werden können. Eine frühzeitige, vorausschauende Einbindung, z. B. in Form eines Kontakts zum palliativmedizinischen Team, könnte entweder automatisch bei bestimmten Krankheitsstadien erfolgen oder, wie z. T. in England praktiziert, mithilfe der sogenannten „Surprise Question“. Bei dieser Frage gibt es die Empfehlung, einen Kontakt zu einem Palliativteam herzustellen, wenn die behandelnden Ärzte nicht überrascht wären, wenn ein Patient in den kommenden 12 Monaten versterben würde [9].

In diesem Zusammenhang sind die Festlegung von Therapiezielen bzw. wiederholte Diskussionen über Therapieziele, die der jeweiligen Krankheitssituation angepasst werden sollten, hilfreich, damit alle Beteiligten denselben Behandlungsfokus verfolgen. Bei Fortschreiten einer Erkrankung müssen Therapieziele angepasst werden. Auch wenn eine Heilung und Lebensverlängerung nicht mehr möglich ist, bleiben Verbesserung der Lebensqualität, Schmerz- und Symptomarmut

oder idealerweise -freiheit, möglichst viel Zeit in vertrauter Umgebung mit der Familie und schließlich ein friedliches Sterben wichtige Therapieziele, die den Betroffenen häufig erfüllt werden können.

Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen – S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen

Im Rahmen des Leitlinien-Programms Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) wurde in den letzten 3 Jahren die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) erstellt (<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>). Über 40 Fachgesellschaften und 150 Experten haben bei der Erstellung dieser evidenz- und konsensusbasierten Leitlinie mitgewirkt. In 237 Schlüsselempfehlungen werden die Symptome Tumorschmerzen, Dyspnoe, Obstipation und Depression sowie die Bereiche Versorgungsstrukturen, Kommunikation und Sterbephase behandelt. Die Leitlinie wird Anfang 2015 in einer Kurz- und Langversion mit entsprechenden Qualitätsindikatoren sowie mit einer Patientenleitlinie erscheinen.

Fazit für die Praxis und Take-Home-Message

- ▶ Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung ergänzen sich.
- ▶ Palliativmedizinische Konzepte sollten frühzeitig und nicht erst am Lebensende in die Versorgung eingebunden werden.
- ▶ Die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen gibt wichtige Handlungsempfehlungen und einen aktuellen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Datenlage bei verschiedenen Symptomen.

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass in Bezug auf dieses Manuskript kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L. Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl 2014; 111: A-67/B-61/C-57
- 2 Klinikhammer G. Forschung in der Palliativmedizin: Förderung der Lebensqualität. Dtsch Arztebl 2014; 111: A-1362/B-1174/C-1118
- 3 Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care (EJPC) 2009; 16: 278–289
- 4 Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. N Engl J Med 2013; 368: 1173–1175
- 5 Quill TE. Perspectives on care at the close of life. Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: addressing the “elephant in the room”. JAMA 2000; 284: 2502–2507
- 6 Seow H, Brazil K, Sussman J et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. BMJ 2014; 348: g3496
- 7 Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? J Pain Symptom Manage 2002; 23: 96–106
- 8 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733–742
- 9 Moss AH, Lunney JR, Culp S et al. Prognostic significance of the “surprise” question in cancer patients. J Palliat Med 2010; 13: 837–840



Korrespondenz

Prof. Dr. Claudia Bausewein
PhD MSc
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München
Claudia.bausewein@med.uni-muenchen.de