



„Ich habe Schmerzen, aber es geht mir gut“

Palliativmedizin Update 2010

Matthias Thöns, Klaus Blum, Michael Zenz

» DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

„Ich möchte nicht in einem weißen Krankenhauszimmer liegen, ich möchte nicht in einem weißen Bett liegen, ich möchte nicht, dass da eine Stange über dem Bett mit einer Infusion hängt, ich möchte zuhause sein, wenn es einmal so weit ist.“ So wünschen es sich unsere Patienten am Lebensende, tatsächlich erfüllt sich dieser Wunsch aber insbesondere in Balgungszentren bei weniger als 20 Prozent der Menschen.

Die ambulante Versorgung am Lebensende erfordert erfahrene Hausärzte und oft ein umfassendes Betreuungsteam aus Medizin, Pflege und ehrenamtlicher Hospizarbeit. Es ist mehr nötig, als „Der Doktor am Sterbebett“ oder „Der Griff zum Betäubungsmittelrezept“.

Möchte man die zumeist nicht notwendige Einweisung in Akutkrankenhäuser vermeiden, muss vorausschauend bedacht werden, welche Probleme auftreten können und wie sie ambulant zu managen sind. Hier sollte bei Problemen frühzeitig an den Kontakt mit einem Palliativmediziner gedacht werden, ideal ist die Einbindung aller an der Versorgung Beteiligten in ein Palliativnetz.

Die Tätigkeit in unserem Palliativnetz wird durch eine selbstentwickelte Datenbankstruktur unterstützt. Hochgesichert können per UMTS-Netz die Daten noch beim Hausbesuch eingegeben werden, und stehen so den Kollegen, Pflegekräften und Hospizkoordinatoren umgehend zur Verfügung.

Die Palliativversorgung wird umfangreich politisch gefördert. Wenngleich der Gesetzgeber derzeit nur einen neuen Rechtsanspruch für eine „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) im Sozialgesetzbuch V geschaffen hat, so sind sich doch die Fachverbände einig, dass ein abgestuftes Konzept zu fördern ist: Dieses umfasst zunächst basisqualifizierte Ärzte und Pflegedienste der Grundversorgung (sogenannte „allgemeine Palliativversorgung“), die eben Hand in Hand mit Teams der spezialisierten Palliativversorgung zusammenarbeiten. In Westfalen-Lippe wurde ein Übergangsvertrag eingeführt, der zu einer fast flächendeckenden Versorgungssituation geführt hat.

Beispielhaft verdreifachte sich die Anzahl der im Bereich des Palliativnetz Bochum e.V. versorgten Patienten von 2007 (208 Patienten, 15% stationär) bis 2009 (720 Patienten, 9% stationär). Hier hat man erkannt, dass eine Basisversorgung im aufgebrauchten Regelleistungsvolumen nicht funktionieren kann, es gibt extrabudgetäre Vergütungen für Haus- und Fachärzte, wie auch für Palliativmediziner. Wenngleich in diesem Vertrag der eigentliche gesetzliche Auftrag, einen Vertrag nach § 37 b zu erstellen, noch nicht erfüllt ist, so schaffen reine Förderungen des Spezialisten Unfrieden, bei höchst fraglicher Verbesserung.

Im Mittelpunkt steht die Lebensqualität

Zielgröße der Palliativmedizin ist eine gute Lebensqualität. Sie wird gefährdet durch ein Missverhältnis zwischen Erwartungshaltung und tatsächlicher Situation. Die Situation wird durch eine gute Leidenslinderung – also eine Symptomkontrolle – verbessert.

Gelingt die Symptomkontrolle, hat man es durchgehend mit sehr dankbaren Patienten zu tun. Denn entgegen

landläufiger Meinung schweben „nicht nur dunkle Wolken über der Tätigkeit“. Die Lebensqualität bei Palliativpatienten ist oft höher, als etwa die von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die Suizidrate in palliativer Situation ist fast zehnmal geringer als während kurativer Therapiephasen [Schwarz 2000].

Schmerzen konsequent therapieren

Tumorschmerz wird zwar erheblich gefürchtet, kaum ein anderer Schmerz ist aber so einfach zu therapieren – man muss es nur konsequent tun.

Zunächst ist es wichtig, die „normalen nozizeptiven“ von den auch bei jedem dritten Tumorpatienten auftretenden „neuropathischen Schmerzen“ zu differenzieren: Beschreibt der Patient etwa blitzartig einschießende Schmerzen, Kribbelparästhesien, Berührungsempfindlichkeit oder Brennschmerzen, so sollte an die andersartige Therapiestrategie gedacht werden: Hier gilt es Antikonvulsiva (Gabapentin, Pregabalin) oder konservative Antidepressiva (Amisulpridin abends, Imipramin morgens) einzusetzen.

Ansonsten ist bei Tumorschmerz nach wie vor das WHO-Stufenschema als didaktische Hilfe anzusehen. Tumorpatienten brauchen aber nicht jede Stufe des Schemas mühsam zu erklimmen: Hochwirksame retardierte Opiode (z.B. Morphin, Hydromorphon, Fentanyl, Oxycodon) sollten frühzeitig vorsichtig hochtitriert werden, oft empfiehlt sich eine Kombination mit Metamizol.

Insbesondere in häuslicher Betreuung empfiehlt sich die zusätzliche Verordnung eines schnellwirksamen Opioids: Denn jede Schmerzkrise oder jeder Luftnotanfall führt ansonsten zu Hausbesuchsanforderung oder Notarztzuf. Hier sind in letzter Zeit verschiedene transkutanale Fentanylpräparate zugelassen worden, aufgrund der dünnen Nasenschleimhaut scheint die nasale Anwendung Vorteile in Bezug auf den Wirkbeginn zu haben [Mercadente 09].

Die heutigen Möglichkeiten der nicht invasiven Schmerztherapie haben Pumpen und Periduralkatheter zu Ausnahmeindikationen werden lassen: Im

Jahr 2009 wurde etwa kein Patient mehr im Palliativnetz Bochum mittels Periduralkatheter versorgt.

Mit dem Ausfüllen eines Betäubungsmittelrezeptes sollte gleich an die Mitverordnung von Laxanzien gedacht werden um dem fast stets auftretenden Problem der Obstipation entgegen zu wirken. Aber auch für Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Angst, Unruhe, Krämpfe und Depression sollten ggfs. Anordnungen getroffen werden. Hierzu hat sich in Bochum ein Bogen bewährt, bei dem man die notwendigen Anordnungen einfach durch Unterstreichen treffen kann (berechnungsfähig nach GOÄ 78, Thöns Zenz 2010, www.sapv.de/aktuelles).

Zuwendungsintensive Fürsorge statt Apparate

Wir alle kennen den Spruch „Ich habe Schmerzen, aber es geht mir gut“. Hier zeigt sich, dass nicht nur durch die Symptomkontrolle, sondern auch durch eine realistische Korrektur der Erwartung durch Unterstützung bei der Akzeptanz unabänderlicher Behinderungen die Lebensqualität verbessert werden kann. Das Vergessen dieser wichtigen ärztlichen Aufgabe hat in den letzten Jahren zu einem Automatismus der Polypragmasie geführt. Jede Komplikation wird mit maximalem medizintechnischen Aufwand behandelt. Das ethisch oder medizinisch Richtige ergibt sich eben nicht aus dem technisch Möglichen. Stets muss das Therapieziel hinterfragt werden.

Am Lebensende kommt es bei einem Großteil der Patienten zu Bewusstseinsstörungen, zu mangelndem Essen und Trinken. Nach Ausschluss behandelbarer Ursachen – hier kann durchaus auch ein kurzer Infusionsversuch bei Verdacht auf Verwirrung durch Exsikkose sinnvoll sein – sollte das Therapieziel in den Vordergrund gestellt werden: Haben wir wirklich ein Therapieziel mit fortgesetzter parenteraler Ernährung (lindert nicht den Hunger, verlängert nicht das Leben), mit Sauerstoffgabe (lindert zuallererst nicht die Atemnot), mit kardialer, cholesterin- oder harnsäurestabilisierenden Medikamenten?

Am schwierigsten erscheint aber Angehörigen wie auch vielen professionellen

Helfern das Ertragen des Nicht-Trinkens und der Verzicht auf eine fortgesetzte Infusionsbehandlung. Dabei ist lange bekannt, dass nicht künstliche Flüssigkeitszufuhr, sondern eine phantasievolle Mundpflege das Symptom Durst – so es überhaupt noch vorhanden ist – stillt: Motivieren Sie Angehörige mit Sprühflaschen schluckweises Trinken zu ermöglichen, sie können dem Kranken Eisstückchen oder gefrorene Fruchtstückchen in den Mund legen und diesen auf Wunsch mit einem Tupfer und Lieblingsgetränk feucht halten.

Den Willen des Patienten anerkennen

Mit dem neuen Patientenverfügungsgesetz wurde dem Willen des Patienten ein hohes Gewicht zuerkannt. Zu beachten ist der geäußerte, der durch ein Patiententestament vorausverfügte oder der mutmaßliche Wille des Patienten, mag er auch noch so unvernünftig erscheinen. Dieses vielkritisiertere neue Gesetz hat dabei allerdings nahezu ausschließlich die ohnehin durch höchstrichterliche Rechtsprechung getroffenen Entscheidungen festgeschrieben.

Wichtig für die gesamte Diskussion um einen Patientenwillen ist, dass vor einer möglichen Einwilligung die korrekte medizinische Indikation steht. Dies scheint bei einigen Patientengruppen in den letzten Jahren völlig in Vergessenheit geraten zu sein:

So ist in der Literatur mittlerweile unstrittig, dass eine PEG-Sondenernährung bei terminaler Demenz weder die Überlebenszeit verlängert, noch die Lebensqualität steigert oder Sekundärkomplikationen wie Dekubiti oder Mangelernährung verhindert.

So ist es schon ein starkes Stück, aber folgerichtig, dass in § 1901b BGB eine vergessene ärztliche Grundaufgabe als primäre Maßnahme beschrieben steht: „Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.“

Dr. med. Matthias Thöns
Praxis für Palliativmedizin
Unterfeldstr. 9, 44797 Bochum
www.palliativnetz-bochum.org
email@palliativnetz-bochum.org