

A. Bonn, H.M. Loick

Konzept – Palliativmedizin

Entwicklung und Stand am Marien – Hospital Euskirchen 2011

Unter Mitarbeit und Impulsgabe von:
H. Ewen, E. Heidgen, J. Jerusalem, I. Schaaf

- 1.) Erkennen des Bedarfs
- 2.) Die Entstehung der Palliativstation
- 3.) Inhalte der Palliativmedizin
 - Schmerztherapie/Symptomkontrolle
 - Patientenorientierte Pflege
 - Psychische Betreuung
 - Soziale Betreuung
 - Spirituelle Betreuung/Trauerarbeit
 - Teamarbeit
- 4.) Dokumentation
- 5.) Erstellen und Überprüfen von Standards
- 6.) Kommunikation/ Unterricht/ Projekte

1.) Erkennen des Bedarfs

Immer mehr wurde und wird das Sterben aus dem häuslichen und familiären Umfeld in die Institution Krankenhaus verlagert.

Immer mehr Menschen, die in der Patientenbetreuung tätig sind, sehen nicht nur ihren Auftrag in der Heilung und Behandlung von Krankheiten, sondern auch in der Betreuung und Symptomlinderung unheilbar Kranker.

Das Robert Koch Institut rechnet mit jährlich 400.000 Krebsneuerkrankungen, von denen etwa 200.000 geheilt werden können. (1)

Etwa 75-95% dieser Krebspatienten leiden zumindest im fortgeschrittenen Stadium an Schmerzen und anderen behandlungsbedürftigen Symptomen. Etwa 17% dieser Patienten benötigen nach Hochrechnungen zeitweise eine stationäre palliativmedizinische Betreuung.(2) Neben diesen Tumorpatienten existieren viele weitere an fortgeschrittenen Leiden Erkrankte, die einer umfassenden Betreuung und Symptombehandlung bedürfen, die keine Aussicht auf Heilung mehr haben, die „austherapiert“ sind.

Am Marien – Hospital Euskirchen existiert seit vielen Jahren ein anästhesiologischer Schmerzdienst, dessen Aufgabe nicht nur die analgetische perioperative Therapie ist, sondern auch die konsiliarische Betreuung der Patienten zur Optimierung der Schmerztherapie, sowie damit in Verbindung gebrachter Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Inappetenz, Obstipation, Schwindel, usw.. Alles Symptome, die auch bei Palliativpatienten eine zentrale Rolle spielen.

Im Rahmen dieser Tätigkeit drängte sich unweigerlich der dringende Bedarf zur Schaffung einer Therapieeinheit zur kompetenten Schmerz- und Symptomkontrolle, sowie zur umfassenden Pflege und Betreuung von unheilbar Kranken auf.

Als notwendige Konsequenz ergab sich in unserem Krankenhaus die Implementierung der Palliativmedizin und die Schaffung einer Palliativstation, die am 16. Juni 2004 den ersten Patienten aufnehmen konnte.

2.) Die Entstehung der Palliativstation am Marien – Hospital Euskirchen

Nachdem der Bedarf einer palliativmedizinischen Versorgung in Form einer stationären Einheit erkannt war, verdanken wir deren Umsetzung der Hilfe und Unterstützung der Stiftung und des Fördervereins Marien–Hospital Euskirchen. Die Palliativstation ermöglicht alle Behandlungs- und Pflege-Optionen in möglichst wohnlicher Umgebung.

Wir begannen mit drei Patientenzimmern, einem 1-Bett- und zwei 2-Bettzimmern mit jeweils patientengerechtem Bad, einem zentralen Arbeitsbereich, einem großzügigem Aufenthaltsbereich für Patienten und Angehörige mit Küchenzeile, Essgruppe, Sitzgruppe und der Möglichkeit für ungestörte Gespräche.

Für die Bezugspersonen unserer Patienten steht ein eigenes Schlafzimmer und ein Besucherbad zur Verfügung. Ein „rooming-in“ im Patientenzimmer wird nach Absprache gerne ermöglicht.

Die medizinische Leitung der Station obliegt der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, die den Stationsarzt stellt und auch in Dienstzeiten für die Palliativstation verantwortlich ist.

Von Beginn an trugen wir dem Anspruch eines multiprofessionellen Teams unter anderem durch eine tägliche gemeinsame Visite und Zusammenarbeit mit den internistischen Kollegen/Kolleginnen, sowie einer regelmäßigen neurologisch/psychiatrischen Visite Rechnung.

Die Einbindung der weiteren Fachbereiche wird unter 3.) genauer dargestellt.

Besonders in der Anfangsphase unserer Palliativarbeit ist es dem Engagement der beteiligten Pflegekräfte und Ärzte zu verdanken, seit dem 16. Juli 2004 unsere Palliativpatienten kompetent auf einer eigenständigen stationären Einheit behandeln zu können.

Am 01.04.2005 wurde die Palliativstation im Krankenhausbedarfsplan mit 6 Betten ausgewiesen.

Ein weiteres Patientenzimmer wurde um- und angebaut, so dass wir heute 6 Patienten auf unserer Station behandeln können.

3.) Was beinhaltet Palliativmedizin

Palliativmedizin oder „palliative care“ beinhaltet alle Maßnahmen zur ganzheitlichen Betreuung der Patienten und seiner Angehörigen.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist „palliative care“, *die aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten, die an einer fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden.*(3)

aber auch

ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.(4)

- Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Vor der Einleitung einer Therapie sollte eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung unter Zuhilfenahme bereits erfolgter Diagnostik mit dem Ziel einer exakten Diagnosestellung durchgeführt werden.

Bei weit fortgeschritten Erkrankten ist dies jedoch häufiger nur begrenzt zumutbar und durchführbar und darf einem raschen Therapiebeginn nicht im Wege stehen.

Der Diagnosestellung unter physischen, psychischen und sozialen/spirituellen Gesichtspunkten folgt eine der Situation angemessene Therapieplanung.

Die folgende Behandlung wird wo immer möglich mit dem Patienten im Sinne eines informierten Einverständnis (dies verlangt eine gute Aufklärung) festgelegt.

Folgende Fragestellungen sollten geklärt werden.

Existieren noch Möglichkeiten einer kausalen Therapie, wie z.B. die Bestrahlung von Knochen und Hirnmetastasen oder großen, schwer beherrschbaren, exulzierenden Tumoren?

Welche medikamentösen und/oder nicht-medikamentösen Möglichkeiten gibt es für eine symptomatische Therapie?

Welche weiteren Faktoren, wie z.B. Angst, Hoffnungslosigkeit, familiäre oder finanzielle Probleme könnten den Schmerz/die Symptome verstärken?

Eine eingeleitete Therapie bedarf immer der Kontrolle und der genauen Kenntnis von Wirkungen und Nebenwirkungen und der daraus folgenden Modifikationen, durch regelmäßig wiederholte gezielte Anamnesen und Untersuchungen, sowie einer guten Beobachtung.

Nur so können Symptome, denen die unterschiedlichsten Ursachen zu Grunde liegen können, effizient behandelt werden.

Weitere Modifikationen ergeben sich aus der individuellen Wertung von Lebensqualität und Symptomen.

Beispiel: Patient A toleriert lieber einen verbliebenen Restschmerz, durch ein niedriger dosiertes Opioid, als eine Vigilanzeinschränkung, die ihm das Zeitunglesen erschwert;

während Patient B eine wohltuende Müdigkeit verspürt und es „das Größte“ findet durch ein höher dosiertes Opioid seit Wochen endlich einmal schmerzfrei durchschlafen zu können.

Neben Schmerzen treten viele weitere belastende Symptome auf, die einer guten Symptomkontrolle bedürfen und in der Regel auch zugänglich sind.

Häufig zu kontrollierende Symptome sind:

- Dyspnoe (Atemnot), *bei bis zu 80% unserer Patienten in der Sterbephase und bis zu 70% unserer Patienten mit Lungentumoren (5)*
- Übelkeit und/oder Erbrechen, *bei > 40% unserer Patienten*
- Obstipation/Obstruktion (Verstopfungen/Darmverschluß)
- Kachexie/Exsikose/Dysphagie
- Verwirrtheit/Schwindel

- Patientenorientierte Pflege

Die Pflege von unheilbar Kranken ist in großem Umfang eine bedürfnisorientierte Pflege, mit dem Ziel einer situativ angepassten Pflege und Betreuung zur Erreichung/Aufrechterhaltung einer möglichst hohen individuellen Lebensqualität.

Dies bedeutet im Einzelfall auch das Abweichen von allgemein gültigen Pflegestandards.

Beispiel: Der Sterbenden ist ein regelmäßiger Lagewechsel eventuell auch bei aufgetretenem Decubitus nicht zumutbar, da sie sich nur in Rückenlage wohl fühlt. Stellt sich im weiteren Verlauf ein „präfinales Rasseln“ (die präfinale Unmöglichkeit Schleim reflektorisch zu schlucken oder abzuhusten) ein, so führt endotracheales Absaugen zu keiner Situationsverbesserung sondern belastet den Patienten nur unnötig. Hier ist stattdessen eine medikamentöse Sekrethemmung, eine leichte Kopfseitlage und die Aufklärung/Beruhigung der Angehörigen die Therapie der Wahl. (6)

Um diesen palliativmedizinischen Pflegeansatz umzusetzen, bedarf es der ganzheitlichen Patientenbetrachtung, der Kenntnis von Symptomen und ihren Zusammenhängen und der kompetentem Anwendung von Behandlungsalternativen, um auch dem nicht mehr Heilbaren noch „viel“ anbieten zu können.

Wie bei allen mit Palliativpatienten Arbeitenden, bedeutet dies besonders für die Pflegenden eine große Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben und Tod.

- Psychische Betreuung

Die psychische Betreuung von Patienten und ihren Angehörigen nehmen einen allgegenwärtigen Anteil der Palliativarbeit ein.

Durch Empathie, der Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und der Kenntnis von Problemen und eventuellen Lösungen können bereits viele Belastungen im allgemeinen „Stationsalltag“ bewältigt werden.

Dazu ist es nötig die Patienten/Angehörigen wert zu schätzen und immer wieder Zeit für Gespräche anzubieten.

Neben der Lösung psychischer Probleme ist so auch eine Zusammenarbeit im Sinne eines informierten Einverständnisses möglich.

Die Kenntnis der eigenen „psychotherapeutischen“ Grenzen, ermöglichen ein zeitnahes Hinzuziehen weiterer Fachkompetenzen, wie z.B.

Psychiater/Psychotherapeuten.

- Soziale Betreuung

Für die soziale Betreuung und die Lösung sozialer Konflikte von Patienten und Angehörigen gilt grundsätzlich ähnliches wie für die psychische Betreuung.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt hier in der Organisation einer eventuellen Entlassung in vernetzte und vorbereitete Strukturen, zu deren Organisation Sozialarbeiter und Sozialdienste hinzugezogen werden.

Auch spielt die Sorge um die Zukunft der Angehörigen oftmals eine große Rolle.

- Spirituelle Betreuung/ Trauerarbeit

Die Bedeutung der spirituellen Betreuung erschließt sich am Beispiel häufiger Fragestellungen Sterbender.

Welchen Sinn hatte und hat meine Existenz noch?

Warum tut mir/uns Gott das an?

Wie wird das Sterben sein und kommt etwas danach?

Gespräche über diese Fragen kommen häufig vor und werden auch bewusst an das „medizinische Team“ gerichtet.

Der Einsatz „professioneller“ Seelsorger ergänzt und komplettiert die spirituelle Betreuung bei Bedarf.

Trauerarbeit im Sinne einer Trauerbegleitung kann auf der Palliativstation nicht geleistet werden, da die Angehörigen nach dem Tod der Patienten nur ein kleines Stück begleitet werden können.

Das Erleben des Sterbens und der erste Umgang mit dem Toten sind jedoch häufig Weichenstellungen für den weiteren Trauerprozess.

Ferner können wir bei entsprechenden Fragestellungen Kontakte zu Sterbebegleitern vermitteln.

- Teamarbeit

Damit die vorstehenden Inhalte der Palliativmedizin erfüllt werden können, bedarf es zur Umsetzung eines multiprofessionellen Teams, sowie der Teamfähigkeit des Einzelnen.

Das Stationsteam besteht aus Pflegekräften, mit palliativmedizinischer Kenntnis und Kompetenz in individueller Pflege, die die Auseinandersetzung mit dem Sterben und Leiden annehmen und eine Bereitschaft zur Kommunikation mitbringen.

Das ärztliche Team bringt neben der Kompetenz in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie Grundkenntnisse der palliativen onkologischen Möglichkeiten, eine Kooperationsbereitschaft mit anderen Fachbereichen, Hausärzten und ambulanten Diensten mit. Auch für die ärztlichen Mitarbeiter sind die Akzeptanz von Sterben, Tod und Trauer, sowie eine offene und ehrliche Kommunikationsbereitschaft Voraussetzungen.

Ergänzt wird dieses Kernteam durch den täglichen Einsatz von Physiotherapeuten die ein großes Spektrum an, in der Regel Einzeltherapien (Krankengymnastik, Atemgymnastik, Lymphdrainage, Colonmassage,...), anbieten.

Eine seelsorgerische Begleitung sowie das Hinzuziehen weiterer Fachdisziplinen und Sozialarbeiter sind jederzeit möglich.

Abgerundet wird dieses erweiterte Team durch die Kooperation mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Spezialdiensten zur Betreuung von Medikamenten und Ernährungspumpen usw..

In diesem Zusammenhang ist die enge Kooperation mit Netzwerken (z.B. „Netzwerk Sterbebegleitung“) zur Organisation/Umsetzung ambulanter Palliativversorgung von großer Bedeutung.

4.) Dokumentation

Eine ausführliche Patientenanamnese und körperliche Untersuchung lassen eine exakte Diagnosestellung und Therapieeinleitung möglich und nachvollziehbar werden. Besondere Berücksichtigung finden symptombezogene Anamnesen und Untersuchungen.

Neben dem Informationsgewinn stellen sie den ersten engeren Kontakt zum Patienten her und ermöglichen meist das Formulieren von Patientenerwartungen.

Zur Aufnahmedokumentation gehört auch eine standardisierte Dokumentation zur Entscheidungsfindung in wichtigen palliativmedizinischen Fragestellungen.

Beispiele:

- *Aufklärung über Stadium und Prognose der Erkrankung*
- *Einstellung zu invasiven medizinischen Maßnahmen*
- *Erwartungen zur Sterbephase*
- *Patientenverfügung/ Bevollmächtigungen (7)*

Eine regelmäßige Verlaufsdokumentation mit standardisierten Messverfahren (z.B. Schmerzscore) und Raum für freie Formulierungen, ermöglichen eine zeitnahe Therapiekontrolle und Modifikation.

Eine gute Dokumentation ergibt sich auch aus juristischen Forderungen in der Medizin.

Eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung ergibt sich aus der statistischen Aufarbeitung der so gewonnenen Daten, bei uns in Form eines selbst entwickelten, EDV-gestützten Datensatzes. (8)

5.) Erstellen und Überprüfen von Standards

Eine gute Dokumentation ist nicht nur für die Therapieplanung des einzelnen Patienten von Bedeutung, sondern auch für die Entwicklung und Überprüfung von Therapie- und Pflegestandards.

Gerade im Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung bedürfen diese Standards einer ständigen Überprüfung und dürfen nicht starr in individuelle Therapiestrategien gepresst werden.

Standards bieten einen gemeinsamen Konsens und eine gute Möglichkeit auch für Unerfahrene effiziente Therapieformen anzuwenden.

Da Palliativmedizin inkurabel Erkrankten auch und in großem Umfang außerhalb von Palliativstationen angeboten werden sollte, lässt sich durch die Implementierung von Standards eine größere Therapiesicherheit auf anderen Stationen und im ambulanten Umfeld erreichen.

6.) Kommunikation/Unterricht/Projekte

Kommunikation ist nicht nur ein wichtiges Arbeitsmittel der Palliativmedizin, sondern dient auch ihrer Verbreitung.

Nachdem die Umsetzung unseres Projektes „Palliativstation“ erfolgt ist, drängt sich die Notwendigkeit der Ausweitung des „Palliative Care – Konzeptes“ auf.

Wir können nicht jeden Palliativpatienten aufnehmen und nicht jeder unheilbar Kranke bedarf der Aufnahme auf eine Palliativstation.

Wie in der Vergangenheit können auch in der Zukunft viele an unheilbaren Erkrankungen Leidende auf den anderen Stationen unseres Krankenhauses behandelt, gepflegt und betreut werden.

Zur Unterstützung der vorhandenen Ressourcen planen wir die Etablierung eines palliativmedizinischen Konsildienstes. Eine Leistung, die wir bereits im Rahmen des schmerztherapeutischen Konsildienstes anbieten.

Durch eine gute Kommunikation mit vielen Hausärzten und Pflegediensten im Bereich Euskirchen können bereits viele Fragen telefonisch geklärt werden. Im Rahmen unserer monatlichen Qualitätszirkel: Palliativmedizin und Schmerzkonferenz (I) werden komplexe Behandlungsprobleme bei Palliativpatienten diskutiert. Ob im ambulanten Bereich eine weiterführende Konsiltätigkeit möglich ist, werden strukturelle gesundheitspolitische Entscheidungen klären müssen.

Um die Palliativmedizin bekannter zu machen und auf eine breitere Basis zu stellen, sind Fortbildungsveranstaltungen notwendig.

So planen und organisieren wir ein Palliativsymposium und die Durchführung eines palliativmedizinischen Basiskurses. (II)

- (1) Schätzung des Robert Koch Institut für die BRD, 2005
- (2) Klaschick,E. ; Husebø,S. , Palliativmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York
- (3) Definition von Palliativmedizin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1990
- (4) Erweiterung der Definition von Palliativmedizin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2002
- (5) Heyse-Moore LH et al (1991) How much of a problem is dyspnoe in advanced cancer? Palliat Med 5 :20-26
- (6) Hughes A et al. Management of death rattle. Palliative medicine 1997; 11:80-81
- (7) Dokumentationsbögen unter www.dgpalliativmedizin.de , Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- (8) Datensatz Palliativmedizin als Anhang

- (I) Qualitätszirkel Palliativmedizin, jeden letzten Mittwoch im Monat 16:00; zertifiziert
- (II) Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, jeden letzten Mittwoch im Monat 17:00; zertifiziert
- (III) Termine, Anmeldungen unter www.mhe.euskirchen.de