

Christel Nigg<sup>a</sup>, Daniel Büche<sup>b</sup>, Michaela Forster<sup>c</sup>

## Palliative Patientenbetreuung in der hausärztlichen Medizin – sind wir gerüstet?

Palliative Care hat in den letzten Jahren einen grossen Aufschwung genommen. Spezialisierte Zentren haben Richtlinien und Grundsatzpapiere entworfen und herausgegeben, viele Institutionen haben Kapazitäten geschaffen, um Patienten mit nicht mehr heilbaren Erkrankungen zu betreuen. Auch im ambulanten Bereich wurden mobile Teams eingerichtet, die eine adäquate Versorgung zu Hause ermöglichen sollen. Nicht zuletzt durch die Strategie des Bundes, niedergelegt in den Nationalen Leitlinien Palliative Care, hat dieses Fachgebiet wichtige Impulse erhalten.

Angesichts des weiter steigenden Bedarfes aufgrund der demographischen Entwicklung reichen die ambulanten Möglichkeiten jedoch bei weitem nicht aus. Noch immer werden Patienten zu Hause bezüglich Symptomkontrolle unzureichend betreut, häufig aus der Unkenntnis heraus, was heutzutage ambulant möglich ist. Noch immer werden Patienten wieder und wieder ins Akutspital eingewiesen, weil eine Exazerbation von belastenden Symptomen nicht genügend frühzeitig antizipiert und entsprechend mit Verordnungen von Reservem und Eskalationsstrategien beantwortet wurde. Diese Arbeit stellt nicht erst seit dem Aufkommen von Palliative Care eine Domäne der hausärztlichen Betreuung dar. Aber sind wir wirklich ausreichend dafür gerüstet?

### *Palliative Care – alter Wein in neuen Schläuchen?*

Immer wieder äussern Kollegen die Meinung, dass sie schon viele ihrer Patienten in der letzten Lebensphase begleitet haben. Sie fühlen sich sicher und geübt im Umgang mit Opiaten und kennen die Möglichkeiten, auch auf andere belastende Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Fatigue, Angst, Appetitlosigkeit, Dyspnoe und Delir oder auf Einsamkeit oder eine Sinnkrise zu reagieren. Auf der anderen Seite klagen nicht nur Patienten und Angehörige, sondern auch Spitex-Pflegende darüber, dass Betreuungssituationen zu Hause oft nicht als hinreichend funktional erlebt werden. Im Verlauf einer palliativen Situation kommen häufig Themen und Herausforderungen zur Sprache, die aufgrund des Zeitdrucks rasch und kompetent entschieden werden müssen. Aufgrund fehlender Aktionspläne bleibt dann als Ausweg doch häufig nur die Spitalweisung, und das, obwohl über 80% der Betroffenen sich wünschen, in der häuslichen Umgebung zu sterben.

### **Das Weiterbildungsangebot an der Palliativakademie**

#### *Aus der Praxis für die Praxis*

Aufgrund des in Zukunft steigenden Bedarfes an Pflegenden und Ärzten, deren palliativmedizinische Kenntnisse über die Basiskompetenzen hinausgehen, wurde von der Palliativakademie am Kantonsspital St. Gallen ein modular aufgebauter interprofessioneller Lehrgang ins Leben gerufen. Ein Weiterbildungsangebot mit enger Verknüpfung von Theorie und Praxis soll Fachpersonen befähigen, eine zentrale Rolle in spezialisierten Palliative-Care-Teams einzunehmen.

<sup>a</sup> Teilnehmerin

<sup>b</sup> Dozent/ Leiter Palliativakademie / Ärztlicher Leiter Palliativzentrum St. Gallen

<sup>c</sup> Organisation Palliativakademie / Pflegefachfrau MAS in Palliative Care



Foto: Tyler Olson

Durch den berufsbegleitenden modular aufgebauten interprofessionellen Lehrgang Level B2 in St. Gallen wird eine Lücke in der medizinischen Ausbildung geschlossen.

In 140 Kontaktstunden und 46 Stunden Selbststudium werden alle relevanten Themen behandelt, die in der palliativen Betreuung, sei es zu Hause oder in einer Institution, z.B. auch im Pflegeheim, von Bedeutung sind. Ein praktischer Teil ergänzt das im Kontaktstudium Gelernte. Er umfasst weitere 93 Stunden, die als Fallreflexionen, Überprüfung der Kompetenzen und einer Facharbeit absolviert werden. Für die Praktische Weiterbildung wird den Teilnehmenden ein Mentor, eine Mentorin der Palliativakademie zur Seite gestellt.

### *Das SENSE-Modell*

Ein gutes Modell zur Verdeutlichung der Inhalte des ganzen Lehrgangs und gleichzeitig der Komplexität der Gesamtsituation ist das SENSE-Modell (S = Symptomkontrolle, E = Entscheidungsfindung, N = Netzwerk, S = Support, E = End of life Care).

Einen wichtigen Platz nehmen natürlich die Fragen der medizinischen Symptomkontrolle ein, da eine befriedigende Symptombehandlung eine zwingende Voraussetzung für eine gute Lebensqualität ist. Die Einschätzung des Ausmasses von belastenden Beschwerden hilft bei einer Priorisierung und ermöglicht eine kompetente Beantwortung drängender Fragen des Patienten, aber auch seiner Angehörigen. So gibt es zum Beispiel häufig Kontroversen um die Ernährung und Flüssigkeitsgabe in präterminalen Situationen oder latente Stressfaktoren und Ängste, die mit entsprechenden Kenntnissen zur allseitigen Zufriedenheit gelöst werden können.

Gerade beim Thema Entscheidungsfindung ist der interprofessionelle Ansatz, der in der Palliative Care ja programmimmanent vorhanden ist, eine substantielle Unterstützung und Entlastung. Wel-

che Fragen, aber auch welche Möglichkeiten im weiteren Verlauf einer Erkrankung auftreten können, hängt häufig nicht in erster Linie von medizinischen, sondern von den lebensgeschichtlichen, situationsbezogenen und systemabhängigen Variablen ab. Die ärztliche Perspektive hat häufig andere Schwerpunkte als die Pflege, die durch ihre auch körperliche Nähe zum Patienten und durch die Konfrontation mit mehr alltäglichen Problemen oft die Grenzen des Machbaren früher realisiert als der verordnende Mediziner. Das Finden einer gemeinsamen Sprache ist ein positives Resultat dieser interprofessionellen Fortbildungskonzeption. Auch die Integration von Psychoonkologen zur Begleitung Betroffener hilft, Entscheidungen nicht vor sich herzuschieben, sondern Autonomie und Patientenwunsch bis zuletzt ins Zentrum zu stellen, zum Beispiel mit Hilfe einer Patientenverfügung.

Das Knüpfen eines Netzwerkes ist oft auf den ersten Blick ein schwieriges Unterfangen. Unsere gesellschaftlichen Entwicklungen mit dem Anstieg von Scheidungsraten, Patchworkfamilien und der Globalisierung der Arbeitswelt machen es schwer, stabile und tragfähige Beziehungen, auf die man in schwierigen Lebenssituationen zurückgreifen kann, zu etablieren. Durch Ausschöpfen des Teampotentials lassen sich oft überraschend kreative Lösungen finden, wo auch Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie oder Freiwillige einen wichtigen Platz einnehmen. Durch wechselseitige Informationen des betreuenden Spitalteams mit den nachgeschalteten hausärztlichen Versorgungsstrukturen können tragfähige Lösungen schon vor der Rückkehr von Patientin in ihre häusliche Umgebung erarbeitet werden. Das Instrument des Runden Tisches mit der Klärung von Bedürfnissen und den passenden Versorgungsstrukturen ist ein wichtiger Bestandteil im Networking-Prozess.

Die Unterstützung von Patienten und Angehörigen in diesen belastenden Lebensphasen stellt ebenfalls eine zentrale Aufgabe für das gesamte Team dar. Oft geht es erst einmal darum, die Bedürfnisse zu klären und mögliche supportive Massnahmen zu kommunizieren. Die Beschaffung von Hilfsmitteln, auch in finanzieller Hinsicht, die Entlastung durch konkrete Freiwilligenarbeit, Transportfragen und Bereitstellung von anderen Ressourcen müssen bekannt und die Prozesse für die Beteiligten nachvollziehbar sein: Wie erhalte ich Sauerstoff? Wo bekomme ich ein Pflegebett? Wo finde ich Entlastung für den pflegenden Ehemann? Wo liegen verborgene Ressourcen? Dies sind nur einige Beispiele für Fragen, die sich im Verlaufe einer sich verschlechternden Gesundheitssituation stellen.

Die End-of-Life-Phase ist für den Patienten und seine Angehörigen, aber auch für das Betreuungsteam eine grosse Herausforderung. Plötzlich kommen neue Fragen auf, das Thema Sterbehilfe kann aktuell werden und für sehr viel Unruhe sorgen. Delir, Depression, Fatigue, Trauer können vorherrschende belastende Symptome werden und strapazieren die oft schon angespannte Gesamtsituation zusätzlich. Akute Verschlechterungen geben immer wieder Anlass, das Behandlungskonzept in Frage zu stellen.

Hier ist die hausärztliche Lotsenfunktion gefragt, aber auch hier ist die Teilung der Aufgaben mit den involvierten Teammitgliedern ein wichtiger Lösungsansatz, der einen Verbleib der Patienten in der gewünschten Umgebung bis zum Schluss möglich machen soll. Oft ist das Abwägen des massvollen Einsatzes von medizinischen Massnahmen eine Gratwanderung, die eine vertiefte Kenntnis von den einsetzbaren Möglichkeiten, aber vor allem ihrer Grenzen voraussetzt.

## Die Perspektive einer Teilnehmerin<sup>1</sup> des Interprofessionellen Lehrgangs

### Lernen – ein lebenslanger Prozess

Die Patientin wurde diesmal nicht zur onkologischen Rehabilitation, sondern zur Betreuung am Lebensende eingewiesen. Das Schicksal der jungen Frau mit der Leukämie und dem malignen Mammakarzinom als Zweittumor hatte mich intensiv beschäftigt. Nach Versagen aller kurativen Behandlungsansätze hatte die junge Patientin noch einige Monate mit guter Lebensqualität verbracht. Jetzt standen akut eine massive Zustandsverschlechterung und vor allem kaum beherrschbare Schmerzen im Vordergrund. Vor zwei Jahren hätte mich die Konfrontation mit dieser Situation sicher mehr belastet. Inzwischen habe ich gelernt, dass einesteils ein Kompetenzzuwachs in der Kunst der Symptomkontrolle, aber auch eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des menschlichen Lebens meine Arbeit professionalisiert hat, ohne dass ich die Fähigkeit zur Empathie verloren hätte.

Für problem- und aktionszentriert ausgebildete Ärzte erfordern die Grundsätze der palliativen Betreuung in manchen Bereichen ein Umdenken. Grundversorger haben es in ihrer oft schon langen Praxistätigkeit sicher leichter, die Entwicklung einer Erkrankung zu begleiten, ohne immer sofort nach dauerhaften Lösungen zu suchen. Trotzdem entstehen auch für gestandene Kolleginnen und Kollegen ungewohnte oder komplexe Situationen, die die Betreuungsmöglichkeiten zu übersteigen scheinen. Bei näherer Betrachtung tritt diese Situation dann bevorzugt auf, wenn Unsicherheiten und Konflikte in der Betreuungssituation vorhanden sind oder sich zu entwickeln drohen. Auch diesem Umstand wird im Weiterbildungscurriculum Rechnung getragen. Neben den Grundlagen der Geschichte von Palliative Care, den ethischen Grundlagen und Instrumenten werden auch die eigenen Ressourcen Thema im Verlauf des Lehrgangs, belastende Gefühle, Umgang mit drohendem Burnout, Bewältigungsstrategien und Stressmanagement kommen interprofessionell zur Sprache. Interessant und manchmal nicht ganz konfliktfrei können diese Themen in den Gruppen bearbeitet werden. Ein wichtiges Merkmal der Weiterbildung ist in meinen Augen, dass die Dozententeams in der Regel ebenfalls interprofessionell zusammengesetzt sind und durch dieses Arrangement bereits in der Vorbereitung auf die Kurse verschiedene Aspekte selbstverständlich in die Kurskonzeption einfließen.

Natürlich sind sowohl der zeitliche wie auch der finanzielle Aufwand nicht unbeträchtlich. Der Vorteil des Kursaufbaus liegt nicht zuletzt aber auch darin, dass Module einzeln besucht werden können, je nach eigenen Präferenzen und Notwendigkeiten.

Eine wichtige Erfahrung in dieser Weiterbildung ist, dass durch die klare Zuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten Zeit und Energie gespart werden können – in Zeiten der weiteren Zunahme von Betreuungsaufgaben durch den Mangel an Hausärzten ein grosses Plus.

Weitere Infos zum «Interprofessionellen Lehrgang für Spezialisierte Palliative Care Level B2» finden Sie unter [www.palliativzentrum.kssg.ch](http://www.palliativzentrum.kssg.ch) (Bildung/ Bildungsangebot).

Korrespondenz:  
 Michaela Forster  
 Palliativzentrum  
 Kantonsspital St. Gallen  
 9007 St. Gallen  
[michaela.forster@kssg.ch](mailto:michaela.forster@kssg.ch)

<sup>1</sup> Dr. Christel Nigg, Leitende Ärztin, Fachärztin FMH für Innere Medizin, Klinik Susenberg