

Palliativmedizinische Fallbeispiele

Betreuung im Netzwerk zwischen Spezialisten und Grundversorgern

Birgit Traichel^a, Petra Nef^a, Steffen Eychmüller^b

^a Kantonsspital Münsterlingen

^b Inselspital Bern

Quintessenz

- Die palliative Betreuung von Menschen mit schweren Erkrankungen sowie am Lebensende ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und stellt nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch bei komplexer psychosozialer Situation häufig eine Herausforderung dar.
- Einen grossen Stellenwert hat dabei, nebst einer breit abgestützten multiprofessionellen Herangehensweise, vor allem auch die gute Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgern, die einen grossen Teil der Patienten in palliativen Situationen wohnortnah dezentral betreuen, und einem auf Palliative Care spezialisierten Team, das bei medizinischen oder anderweitigen Krisen unterstützend und beratend zur Verfügung steht.
- Anhand von mehreren Fallbeispielen aus der aktuellen Praxis des Palliative-Care-Teams im Kanton Thurgau werden einige palliativmedizinische Lösungsvorschläge für belastende Symptome aufgezeigt. Ausserdem wird dargestellt, wie durch eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spezialisten eine angemessene Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen im gesamten Krankheitsverlauf gewährleistet werden kann.

Die palliative Betreuung von Menschen mit schweren, unheilbaren Erkrankungen sowie am Lebensende ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung dar. So können neben rein medizinischen Aspekten auch psychosoziale sowie spirituelle Bedürfnisse zunehmend in den Vordergrund rücken, was nebst spezialisiertem Fachwissen auch eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich machen kann.

Besonders wichtig ist in komplexen Situationen jedoch auch die enge Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgern, die einen grossen Teil der Patienten in palliativen Situationen wohnortnah zu Hause bzw. in Institutionen betreuen, und einem auf Palliative Care spezialisierten Team, das bei medizinischen oder anderweitigen Krisen unterstützend und beratend zur Verfügung steht.

Diesem wichtigen Aspekt wurde auch im Umsetzungskonzept Palliative Care des Kantons Thurgau Rechnung getragen [1]. Im Thurgau war im Mai 2009 nach Annahme einer Volksinitiative das Recht auf eine palliative Betreuung am Lebensende im Gesundheitsgesetz festgeschrieben worden, im Wortlaut: «Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinischer, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint.»

Im anschliessend erstellten Umsetzungskonzept wurde nicht nur der Aufbau einer Palliativstation am Kantonsspital Münsterlingen beschlossen, es wurde auch grosser Wert auf den Ausbau der dezentralen Grundversorgung gelegt, unter anderem mit intensiver Förderung und Unterstützung von Aus- und Weiterbildung von Spitex, Hausärzten und Heimen. Als Bindeglied zwischen der spezialisierten Betreuung am Zentrum und der wohnortnahen Grundversorgung wurde zusätzlich die Bildung eines mobilen Teams, des «Palliative Plus», beschlossen, das dem Betreuungsteam vor Ort rund um die Uhr bei fachlichen Fragen sowie zur Unterstützung beim Netzwerkaufbau zur Verfügung steht (Abb. 1 .

Die folgenden Fallbeispiele sollen nicht nur einige palliativmedizinische Lösungsvorschläge für schwierige Fragen und belastende Symptome aufzeigen, sondern auch demonstrieren, wie durch eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Spezialisten verschiedener Berufsrichtungen und Grundversorgern die möglichst optimale Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten im gesamten Krankheitsverlauf gewährleistet werden kann.

Fall 1

Bei dem 78-jährigen Patienten wurde vor gut zwei Monaten ein Ösophaguskarzinom diagnostiziert. Wegen Alter und Komorbiditäten wurde anstelle einer Operation eine definitive Radiochemotherapie durchgeführt. Diese tolerierte der Patient sowohl subjektiv als auch hämatologisch schlecht.

Gut zwei Wochen nach Abschluss der onkologischen Therapie erfolgte die stationäre Zuweisung durch den Hausarzt auf die Palliativstation wegen starker Schluckschmerzen und allgemeiner Schwäche sowie Niedergeschlagenheit. Der Patient habe das Bett seit Ende der Strahlentherapie kaum mehr verlassen, spreche wenig, die Familie sei ratlos und habe, nachdem verschiedene ambulant durchgeführte Therapieversuche erfolglos geblieben waren, einer Hospitalisation zugestimmt.

Bei Eintritt fand sich ein wortkarger Patient in ordentlichem Allgemeinzustand, endoskopisch bestätigte sich die Verdachtsdiagnose einer radiogenen Ösophagitis. Sowohl gastroscopisch als auch bildgebend bestanden keine Anhaltspunkte für eine Tumorpersistenz bzw. ein Rezidiv. Die ausgeprägten Schluckschmerzen waren durch eine regelmässige präprandiale Opioidgabe sowie lokale Massnahmen gut beherrschbar. Jedoch auch nach Verbesserung der lokalen Symptomatik blieb der vor der Erkrankung lebensfrohe Patient weiterhin bedrückt und passiv, lag den grössten Teil des Tages im



Birgit Traichel

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

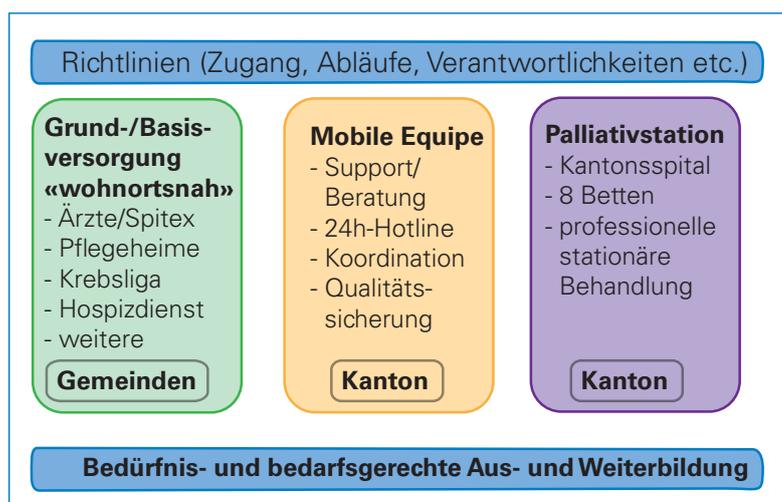


Abbildung 1

3-Säulen-Modell der palliativen Betreuung im Kanton Thurgau.

Bett und konnte weder durch eine motivierende Physiotherapie noch durch Besuche seiner Kinder und Enkel aus seiner Erstarrung befreit werden.

Klinisch fanden sich Hinweise für eine schwere depressive Episode als Reaktion auf die Tumordiagnose und die belastenden Therapien. Gedanklich stand für den Patienten die Krebserkrankung und die hiermit verbundenen Befürchtungen ganz im Vordergrund, die momentan konstatierte Remission verschaffte ihm dabei keine Erleichterung.

Nebst einer engmaschigen psychologischen Betreuung wurde mit dem Patienten und seiner Familie auch die Möglichkeit einer medikamentösen antidepressiven Therapie besprochen. Aufgrund der ausgeprägten Antriebsminderung und Fatigue sowie des zu erwartenden schnelleren Ansprechens wurde eine niedrigdosierte Therapie mit Methylphenidate (Ritalin) 2 × 5 mg täglich gestartet. Bereits am zweiten Therapietag berichtete der Patient über eine deutliche Stimmungsaufhellung, er konnte erstmals seit Wochen wieder für längere Zeit das Bett verlassen und mit seiner Familie Eis essen gehen. Auch in den folgenden Tagen kam es zu einer weiteren Verbesserung von Stimmung und Antrieb, nach einer Woche erfolgte der Austritt nach Hause. Im Verlauf konnte das Ritalin durch den Hausarzt problemlos wieder ausgeschlichen werden; die überlappend begonnene antidepressive Therapie mit Sertralin wurde weitergeführt.

Knapp vier Monate später erlitt der Patient ein rasch verlaufendes systemisches Tumorrezidiv. Dank des grossen Einsatzes von Familie, Hausarzt und Spitex sowie mit punktueller Unterstützung von Palliative Plus konnte er bis zu seinem Tod wenige Wochen später durchgehend zu Hause betreut werden.

Depressionen in palliativen Situationen

Psychische Pathologien (Depression, Angst, Anpassungsstörungen) treten bei onkologischen und palliativen Patienten häufig auf. Diese Beschwerden werden nicht selten unterdiagnostiziert oder als unvermeidlich ange-

sehen. Gerade in palliativen Situationen können aber rechtzeitige Diagnose und Therapie wichtig sein, da eine Depression die Lebensqualität in den letzten Monaten massiv verschlechtern kann, weitere Symptome wie Schmerz oder Angst verstärkt und häufig auch für das Umfeld eine grosse Belastung darstellen. Die Abgrenzung zwischen Depression und Fatigue ist gerade bei körperlich schwerkranken Patienten und fortgeschrittenem Leiden häufig schwierig, auch ein hypoaktives Delir kann sich in Einzelfällen ähnlich darstellen.

Die Behandlung sollte nebst einer stützenden psychotherapeutischen Begleitung auch eine pharmakologische Therapie umfassen. Ausser den klassischen Antidepressiva (Trizyklika/SSRI) wird gerade bei diesen Patienten mit häufig eingeschränkten Organfunktionen sowie reduzierter Lebenserwartung seit einigen Jahren vermehrt auch das Psychostimulans Methylphenidat (Ritalin) eingesetzt. Ein Vorteil ist hierbei einerseits der rasche Wirkungseintritt innerhalb weniger Tage sowie die bei den verwendeten geringen Dosen (10–20 mg/d) üblicherweise gute Verträglichkeit. Nachdem bisher vor allem Erfahrungsberichte sowie kleine Fallserien publiziert worden sind, konnte nun auch eine kürzlich publizierte randomisierte Studie einen positiven Effekt auf Depression und Fatigue für diese Patientengruppe nachweisen [2].

Fall 2

Bei der 35-jährigen Patientin wurde vor vier Jahren die Diagnose eines fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms gestellt. Nach initial erfolgreicher multimodaler Therapie traten in stetig kürzer werdenden Intervallen abdominale Tumorrezidive auf, die sowohl mehrfach erneute operative Eingriffe als auch palliative Chemotherapien notwendig machten. Vor drei Monaten stellte man aufgrund einer weiteren Tumorprogredienz bei ausgedehnter Vorbehandlung auf rein supportive Massnahmen um. Nun erfolgte die notfallmässige Zuweisung auf die Palliativstation wegen Stuhlverhalt, starker Bauchschmerzen und rezidivierenden Erbrechen. Bei Eintritt bestand das Bild eines Ileus bei ausgeprägter Peritonealkarzinose. Hauptverantwortlich für die aktuelle Symptomatik war ein tumorbedingter Verschluss im terminalen Ileum bei multiplen weiteren Stenosen im Bereich von Dünn- und Dickdarm.

Wegen der fortgeschrittenen Grunderkrankung ohne weitere onkologische Therapieoptionen sowie der multiplen Stenosen wurde nach ausführlicher interdisziplinärer Diskussion mit den Kollegen der Chirurgie, der Onkologie und dem Hausarzt sowie im Gespräch mit der Patientin und ihren Angehörigen ein erneutes operatives Vorgehen verworfen und eine konservative Ileusbehandlung eingeleitet. Unter einer kontinuierlichen parenteralen Opiatgabe waren die Schmerzen gut kontrollierbar. Da das rezidivierende Erbrechen schlecht auf Metoclopramid ansprach und die Patientin auch die kurzzeitige Einlage einer Magensonde ausdrücklich nicht wünschte, behandelten wir sie antisekretorisch mit Buscopan sowie antiödematös mit Dexamethason, was schliesslich zu einer guten symptomatischen Kontrolle führte.

Der stationäre Verlauf war weiterhin gekennzeichnet durch eine schwere psychosoziale Krise der Patientin und ihres familiären Umfelds, mitbedingt durch die Ausweglosigkeit des nahenden Todes, was den intensiven Einsatz vor allem unserer Psychologin, jedoch auch des gesamten multiprofessionellen Teams erforderte.

Nach gut drei Wochen konnte die Patientin nach Hause entlassen werden, vorgängig war eine ausführliche Information des Hausarzts mit Instruktion der weiterbetreuenden Spitex erfolgt. An Medikamenten erhielt die Patientin subkutan Dexamethason und Sandostatin (dieses hatte das Buscopan wegen nachlassender Wirkung ersetzt) sowie eine nächtliche subkutane Flüssigkeitsgabe; analgetisch war sie mit einem Durogesic TTS eingestellt. Eine ambulante psychologische Betreuung der Familie wurde organisiert.

Dank des regelmässigen intensiven Austauschs des betreuenden Helfernetzes sowie der Unterstützung des mobilen Teams Palliative Plus konnte die Patientin auch nach Eintreten weiterer medizinischer Komplikationen durchgehend zu Hause betreut werden, wo sie im persistierenden Ileus gut zwei Monate nach Spitalaustritt schliesslich verstarb.

Ileus in palliativen Situationen

Ein inoperabler Ileus ist bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen im Abdominalbereich gewissermassen ein «point of no return», an dem ausser belastenden Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen auch das Bewusstsein der Ausweglosigkeit und des absehbaren Lebensendes zu einer krisenhaften Situation führen kann. Nebst einer möglichst optimalen medikamentösen Therapie der körperlichen Beschwerden ist meist auch eine intensive psychosoziale und allenfalls spirituelle Betreuung der Betroffenen notwendig, um die verbleibende Zeit, die wenige Tage bis mehrere Monate dauern kann, erträglich und nach Möglichkeit sinnvoll zu gestalten.

Medikamentös stehen verschiedene Optionen zur Beschwerdelinderung zur Verfügung. Zur Analgesie werden zumeist subkutane oder transdermale Opiatapplikationen eingesetzt. Häufig kann durch die kontinuierliche parenterale Gabe des prokinetisch wirksamen Metoclopramid (z.B. Paspartin) eine Verbesserung vor allem der Nausea, manchmal auch der Passagestörung erzielt werden. Bei einer kompletten Obstruktion können sekretionshemmende Substanzen wie Butylscopolamin (Buscopan) oder Octreotid (Sandostatin) sowohl das abdominale Spannungsgefühl als auch die Übelkeit lindern. Meist wird zusätzlich eine antiödematöse Therapie mit Dexamethason (Fortecortin) durchgeführt, diese kann neben der Beeinflussung von Nausea und Schmerzen in einem kleinen Teil der Fälle auch zu einer Ileusresolution führen [3]. Alle diese Medikamente können und sollten subkutan gegeben werden, um eine weitere Betreuung auch ausserhalb des Spitals zu ermöglichen. Auch die Flüssigkeitssubstitution ist fast immer subkutan möglich, eine parenterale Ernährung hingegen in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht indiziert. Gerade das Thema Ernährung wird häufig kontrovers diskutiert und ist bei den Betroffenen zuweilen mit grossen Erwartungen und Ängsten verbunden.

Insgesamt ist die Betreuung und Begleitung dieser Patienten im häuslichen Umfeld eine multiprofessionelle Herausforderung, bei der nebst palliativem Fachwissen vor allem auch dem Helfernetz vor Ort eine entscheidende Bedeutung zukommt, um eine gute letzte Lebenszeit zu Hause zu ermöglichen.

Fall 3

Bei der 74-jährigen Patientin wurde vor vier Monaten im Rahmen eines erstmals aufgetretenen zerebralen Krampfanfalls ein Glioblastoma multiforme diagnostiziert. Eine Resektion war aufgrund der Lage nicht möglich, die Bestrahlung musste wegen rascher klinischer Verschlechterung mit Zunahme der Hemiparese sowie weitgehender Immobilisation abgebrochen werden. Seither wird die pflegebedürftige Patientin von der Familie liebevoll zu Hause betreut, die Stube wurde zum Krankenzimmer umfunktioniert, Hausarzt und Spitex leisten intensive fachliche Unterstützung.

Aktuell erfolgt die Nachfrage des Hausarztes an das Team von Palliative Plus wegen einer zunehmenden Serie teils fokaler, teils generalisierter Krampfanfälle, die vor allem bei der betreuenden Familie zu Verunsicherung und Überforderung führten. Die orale Medikamentengabe, insbesondere die Einnahme von Fortecortin und Keppra zur Anfallsprophylaxe, sei nicht mehr möglich. Eine Hospitalisation sollte auf Wunsch der Familie jedoch wenn immer möglich vermieden werden.

Beim Eintreffen des Teams vor Ort bestand ein soporöses Zustandsbild mit seriellen fokalen Anfällen im Gesicht und auch im Bereich der linken Körperhälfte, offenbar bereits seit dem Vortag anhaltend. Da eine längerfristige intravenöse Keppra-Gabe im häuslichen Umfeld weder sinnvoll noch praktikabel erschien, wurde die antikonvulsive Therapie schliesslich auf eine kontinuierliche Gabe von niedrigdosiertem Dormicum subkutan über



Abbildung 2

Spritzenpumpe zur ambulant durchführbaren, kontinuierlichen subkutanen Medikamentenapplikation.

einen Butterfly via Spritzenpumpe umgestellt (Abb. 2 ); die Spitex wurde über das genaue Handling sowie die initial notwendige Überwachung ausführlich instruiert. Ebenso wurde die Fortecortingabe auf eine subkutane Applikation umgestellt.

Unter der kontinuierlichen, niedrigdosierten Dormicumgabe sistierten die fokalen Anfälle innerhalb der nächsten Stunden komplett, ohne dass eine wesentliche Sedation eintrat. Die Sprache verbesserte sich in den folgenden Tagen, auch Schlucken sowie eine Nahrungsaufnahme in kleinen Portionen waren wieder möglich. Nach erneuerter Evaluation wurde bei problemloser Handhabung und guter Wirksamkeit der subkutanen Dormicumgabe sowie unsicherer oraler Tabletteneinnahme in Absprache mit Hausarzt und Angehörigen auf eine erneute Umstellung auf Kepra verzichtet.

Gemäss der letzten telefonischen Rückfrage (vier Wochen nach Therapieumstellung) ist die Patientin zurzeit weiterhin anfallsfrei und tagsüber weitgehend wach. Sie konnte im Rollstuhl gemeinsam mit der Familie sogar wieder kleinere Ausflüge ins Umland unternehmen.

Kontinuierliche Therapie mit Midazolam (Dormicum)

Die kontinuierliche oder intermittierende Gabe von Dormicum im Sinne einer palliativen Sedation wird in der Palliative Care gelegentlich bei refraktären Symptomen, die nicht auf anderweitige Massnahmen ansprechen, eingesetzt. Bei sachgemässer Anwendung durch erfahrenes Personal konnten in mehreren Studien sowohl Sicherheit als auch Wirksamkeit gut belegt werden, auch fanden sich keine Hinweise für einen lebensverkürzenden Effekt [4].

Bei dieser Patientin mit fortgeschrittenem Tumorleiden sowie Schluckunfähigkeit wurde Midazolam in der doppelten Intention sowohl einer Leidensminderung als auch der bekannten antikonvulsiven Wirkung verabreicht. Die Wirksamkeit und Sicherheit von intramuskulärem Dormicum beim Status epilepticus konnten eben erst in einer kürzlich publizierten randomisierten Studie gezeigt werden [5], zur Subkutantherapie ist die Datenlage, wie leider häufig in der Palliative Care, schmal.

In diesem Fall hielt sich, bei gutem antikonvulsivem Effekt, die Sedation erfreulicherweise in Grenzen, so dass die Patientin noch mehrere Wochen mit guter Lebensqualität gemeinsam mit ihrer Familie verbringen konnte.

Zusammenfassung

Die diskutierten Fälle geben einen kurzen Einblick in unterschiedliche Aspekte der komplexen Betreuung von

Menschen am Lebensende: So können sich Phasen relativer Stabilität rasch mit Episoden schwerer körperlicher Symptome oder seelischer bzw. psychosozialer Krisen abwechseln, was jeweils den Einsatz unterschiedlicher Unterstützungsangebote notwendig machen kann.

Die zentrale Rolle des Hausarztes besteht in der Fallführung; er ist ein konstanter Ansprechpartner, der den Patienten und sein soziales Umfeld zumeist schon lange und umfassend kennt sowie Probleme und Ressourcen am besten einschätzen kann. Der zusätzliche Einsatz von Palliative-Care-Spezialisten (der hier aufgrund des Hintergrunds der Autoren naturgemäss überproportional abgebildet wird) kann bei schwerer Symptombelastung oder bei Krisen notwendig werden, sowohl im Rahmen eines Aufenthalts auf der Palliativstation als auch als Intervention im ambulanten Setting, letzteres auch mit dem Ziel, den Patienten so lange wie möglich im vertrauten Umfeld zu belassen.

Im Idealfall ergänzen sich die unterschiedlichen Kompetenzen der Partner im Netzwerk komplementär; Modelle der Zusammenarbeit im Spannungsfeld zwischen Grundversorgern und Spezialisten für Palliative Care werden aktuell auch in der Literatur, zuletzt im Rahmen eines Editorials im NEJM, intensiv diskutiert [6]. In jedem Fall gilt auch hier – wie übrigens fast überall im Leben: Kommunikation ist Trumpf!

Danksagung

Wir danken unserem niedergelassenen Kollegen Dr. Jürgen Fehrenbach, Innere Medizin FMH, herzlich für die sorgfältige Durchsicht und die wertvollen Kommentare zum Manuskript.

Korrespondenz:

Dr. med. Birgit Traichel
Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
[birgit.traichel\[at\]stgag.ch](mailto:birgit.traichel[at]stgag.ch)

Literatur

- Palliative Care Thurgau Umsetzungskonzept 1. November 2010. Available from: http://www.gesundheitsamt.tg.ch/documents/Umsetzungskonzept_PalliativeCareThurgau1331301349506.pdf.
- Kerr CW, Drake J, Milch RA, Brazeau DA, Skretny JA, Brazeau GA, et al. Effects of methylphenidate on fatigue and depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(1):68-77.
- Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Marrazzo A. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage.* 2004;28(4):412-6.
- Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol.* 2009;20(7):1163-9.
- Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, Conwit R, Pancioli A, Palesch Y, et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med.* 2012;366(7):591-600.
- Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care – Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med.* 2013 Mar 6 [Epub ahead of print].