

Aktuelle Schmerzmedizin

Moderne Konzepte medizinischer und psychologischer Behandlungsstrategien, Akuter und chronischer Schmerz, Palliativmedizin

Bearbeitet von
Prof. Dr. med. Michael Herbert, Prof. Dr. med. Winfried Meißner

Loseblattwerk mit 30. Aktualisierung 2017. Loseblatt. Rund 1800 S. In 3 Ordern
ISBN 978 3 609 10590 1
Format (B x L): 17,0 x 24,0 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Schmerztherapie, Palliativmedizin](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

3.3

Palliativmedizin

L. Radbruch und F. Elsner

Definitionen	1	Psychische Belastungen, soziale und spirituelle Bedürfnisse	16
Palliativmedizinischer Bedarf	2	Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen	17
Epidemiologie	3	Fallbericht	17
Therapieziel	5	Ethische Probleme	19
Grundlagen der Symptomkontrolle	7	Palliative Sedierung	19
Kosten-Nutzen-Effekt der Symptomkontrolle ..	8	Finalphase	20
Symptomkontrolle bei ausgewählten Symptomen	8	Trauer	21
Luftnot	8	Literatur	21
Übelkeit und Erbrechen	10	Weiterführende Literatur	22
Obstipation	11	Internet	22
Fatigue	14		
Angst	16		

Definitionen

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“ (Sepulveda et al. 2002). Nach dieser Definition ist Palliativmedizin nicht auf das letzte Lebensstadium und auf die sterbenden Patienten beschränkt, sondern kann auch schon zu einem früheren Zeitpunkt

eingesetzt werden, wenn noch palliative antineoplastische Therapien geplant werden.

Palliativmedizin ist nicht auf Patienten mit einer Tumorerkrankung beschränkt, sondern kann auch auf Patienten mit unheilbaren neurologischen, kardiologischen oder pulmologischen Erkrankungen angewandt werden. Bei diesen Patienten stehen andere Probleme im Vordergrund, wie z.B. die Diskussion um Einleitung und Fortsetzung einer maschinellen Beatmung wegen fort schreitender Lähmung der Atemmuskulatur bei Patienten mit amyotropher Lateral-sklerose.

Palliativmedizin ist keine Erfindung der Neuzeit. Die Betreuung von sterbenden Patienten gehörte schon früher zu wichtigs-

ten ärztlichen Aufgaben. Mit der Zunahme der medizinischen Erfolge und der Änderung der Einstellungen zu Tod und Sterben im letzten Jahrhundert wurden Patienten mit weit fortgeschrittenen und unheilbaren Krankheiten aber zunehmend isoliert und von der medizinischen Versorgung vernachlässigt. Erst in den letzten Jahren hat sich mit der Entwicklung der Palliativmedizin und der Hospizidee von England ausgehend diese Entwicklung wieder umgekehrt.

In Deutschland wurde mit einer Förderung durch die Deutsche Krebshilfe die erste Palliativstation 1983 in Köln eingerichtet. Unter Förderung des Bundesgesundheitsministeriums wurden von 1991 bis 1995 14 neue Palliativstationen eingerichtet, in einer weiteren Maßnahme wurden später Modellprojekte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Tumorschmerzen gefördert. Vom Land Nordrhein-Westfalen wurden Ansprechstellen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbetreuung (Alpha) finanziert.

Nicht zuletzt diese Förderungen, aber auch eine langsam zunehmende Akzeptanz der Aufgaben und Ziele der Palliativmedizin in der Öffentlichkeit und unter den onkologisch tätigen Ärzten führten dazu, dass nach der anfänglich langsamen Entwicklung in den letzten Jahren eine zunehmende Zahl von stationären und ambulanten Einrichtungen entstanden sind. Bei einer Umfrage im Herbst 2003 wurden in Deutschland 93 Palliativstationen und 113 Hospize erfasst mit insgesamt 1774 Betten, gegenüber 32 Einrichtungen mit 297 Betten im Jahr 1993. Weitere wesentliche Schritte in der deutschen Entwicklung der Palliativmedizin stellen die Gründung der

Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 1996, die Einrichtung der ersten Professuren für Palliativmedizin 1999 in Bonn, 2003 in Aachen und 2004 in Köln sowie die Einführung einer Zusatzqualifikation in Palliativmedizin durch die Bundesärztekammer im März 2003 dar.

Palliativmedizinischer Bedarf

Palliativmedizin ist nicht auf die Palliativstation und nicht auf die letzten Lebenstage beschränkt. Die Grundlagen der Palliativmedizin sollten von jedem Arzt, der Tumopatienten behandelt, beherrscht werden. Im Medizinstudium sind aber noch keine palliativmedizinischen Inhalte aufgenommen worden, und nur fünf deutsche Universitäten verfügen über Palliativstationen, so dass die Studenten sich höchstens sporadisch und zufällig mit Palliativmedizin befassen.

Palliativmedizin wird deshalb in Deutschland im Wesentlichen von den spezialisierten Einrichtungen betrieben. Die Zahl der verfügbaren Betten in den 206 deutschen Palliativstationen und Hospizen liegt mit 21 Betten pro Million Einwohner aber deutlich unter dem Bedarf, der auf 50 Betten pro Million Einwohner geschätzt wird (Sabatowski et al. 2003). Die ambulanten Einrichtungen, Hospiz- und Palliativdienste und Hospizinitiativen haben zwar in den letzten Jahren eine große Zahl von Patienten betreut, die Möglichkeiten dieser Dienste zur pflegerischen oder medizinischen Versorgung der Patienten sind aber begrenzt und das Angebot oft auf eine psychosoziale Betreuung beschränkt. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Regelversorgung ist unzureichend, viele der ambulanten Ange-

bote können nur durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter aufrecht erhalten werden.

Neben der Forderung nach weiteren ambulanten und stationären Einrichtungen muss auch nach der Qualität der vorhandenen Einrichtungen gefragt werden. Die Diskussion um Qualitätsstandards in der Palliativmedizin hat jedoch gerade erst begonnen (Higginson et al. 2002, Radbruch et al. 2003, Radbruch et al. 2004).

Epidemiologie

Fast alle Patienten leiden im Verlauf einer irreversiblen Erkrankung unter verschiedenen körperlichen Symptomen (Radbruch et al. 2002). Bei den auf einer Palliativstation aufgenommenen Patienten wurden nur bei einer kleinen Minderheit keine solchen Symptome dokumentiert (Tab.1). Häufigste Symptome sind Schwäche, Schmerzen, Appetitmangel, Übelkeit, Kachexie und Dyspnoe.

Diese Symptome werden von den Patienten aber oft nur angegeben, wenn sie danach ausdrücklich gefragt werden. Symptome sollten deshalb in Form eines standardisierten Tagebuchs oder einer „Symptom-Checkliste“ (Tab.2) erhoben werden und nicht nur mit der einfachen Frage „Haben Sie noch andere Beschwerden“.

Auch mit einer Symptom-Checkliste oder in einem ausführlichen Aufnahmegeräusch verneinen manche Patienten das Vorhandensein von Symptomen, obwohl diese Symptome deutlich zu erkennen sind. Diese Barrieren können unterschiedliche Ursachen haben. So können Patienten manche Symptome als „normal“ für ihre Erkrankung empfinden, z.B. zunehmende Schwäche

Tabelle 1: Symptome zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Palliativstation bei 1087 Patienten in Prozent (Radbruch et al. 2002)

Schwäche	76.5
Schmerzen	64.6
Appetitmangel	49.6
Übelkeit	36.8
Kachexie	32.9
Dyspnoe	29.4
Obstipation	24.2
Neurologische Symptome	19.6
Anämie	16.9
Ödeme	15.6
Psychiatrische Symptome	15.0
Schlafstörungen	11.4
Husten	11.0
Aszites	8.9
Dysphagie	8.7
Urologische Symptome	7.5
Meteorismus, Dyspepsie	6.2
Fieber	5.2
Diarrhoe	5.2
Tumorblutung	4.0
Juckreiz	2.8
Andere	10.2
Keine	1.3
Mehrfachnennungen	93.7

und Müdigkeit bei fortschreitender Tumorerkrankung, insbesondere wenn dies von Angehörigen oder Behandlern bestätigt worden ist. Bei manchen Symptomen wie z.B. Obstipation oder Diarrhoe können Scham oder Ekel der Patienten ein Gespräch über diese Symptome verhindern. Die zunehmende Symptomlast kann für Patienten als spürbares Zeichen der Progression der Grunderkrankung so unerträglich empfunden werden, dass sie darüber nicht

Tabelle 2: Symptomcheckliste (aus der Kerndokumentation für Palliativstationen)

Datum					
Probleme					
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Luftnot	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Pflegeprobleme wegen Wunden/Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Depressivität	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Angst	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Anspannung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Überforderung der Familie	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Sonstige:	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Was ist das Hauptproblem/Behandlungsziel?					

sprechen wollen oder können. Patienten können sich auch sorgen, dass die Zeit für die Diagnose und Behandlung von Symptomen den Arzt von der Tumorbehandlung ablenkt und nicht mehr genug Zeit für andere Therapien wie z.B. Chemotherapie zur Verfügung steht. Diese Barrieren in der Kommunikation über Symptome können überwunden werden, wenn ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten gebildet

werden kann und gemeinsam die Therapieziele festgelegt werden können. Für die Diagnostik hilfreich ist auch der Austausch im interdisziplinären Team, da manchmal körperliche Symptome dem Pflegepersonal eher und leichter berichtet werden können als dem Arzt.

Die Einteilung in körperliche Symptome und psychosoziale Beschwerden darf nicht über die Multidimensionalität der Sympto-

me hinwegtäuschen. Wie Cicely Saunders es in ihrem Konzept des „totalen Schmerzes“ für das Schmerzempfinden dargestellt hat, ist neben der physischen Dimension des Schmerzerlebens auch immer eine psychische, soziale und spirituelle Dimension vorhanden. Analog ist auch bei anderen Symptomen wie Luftnot oder Müdigkeit festzuhalten, dass neben der physischen Komponente ein psychischer, sozialer und spiritueller Anteil am Erleben des Symptoms vorhanden ist. Diese Komponenten können mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. Die Zusammenhänge werden oft sprichwörtlich deutlich, z.B. wenn ein Tumorpatient, der unter starker Übelkeit leidet, davon spricht, dass ihm der Tumor „auf den Magen schlägt“.

Therapieziel

Die kompetente und konsequente Behandlung quälender Symptome steht neben der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung im Mittelpunkt der Palliativmedizin. Die ausreichende Symptomkontrolle ist die wesentliche Voraussetzung für eine angemessene Lebensqualität im Angesicht einer unheilbaren chronisch fortschreitenden Erkrankung. Starke Schmerzen oder andere Symptome stellen ein wesentliches Hindernis für die Krankheitsverarbeitung dar. Erst wenn Schmerzen und andere Symptome gelindert worden sind, ist es vielen Patienten möglich, eine Krankheitsbewältigung, eine Akzeptanz des schwächer werdenden Lebens und eine Hinnahme des bevorstehenden Sterbens zu erreichen. Andererseits muss immer wieder überprüft werden, ob vielleicht eine dieser anderen möglichen Komponenten des Symptoms nicht angemessen berücksichtigt worden ist,

wenn der Patient trotz adäquater medikamentöser Therapieversuche unter unverändert starken Symptomen leidet.

Kurze und übersichtliche Empfehlungen zu den Grundsätzen der Symptomkontrolle und zur Behandlung der einzelnen Symptome wurden 1998 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht (World Health Organisation 1998). Die Effektivität der vorhandenen Therapiemöglichkeiten zeigen die Daten aus der Kerndokumentation für Palliativstationen mit einer signifikanten Schmerz- (Abb. 1) und Symptomreduktion (Abb. 2) und einer hohen Zufriedenheit (Abb. 3) während der stationären palliativmedizinischen Therapie.

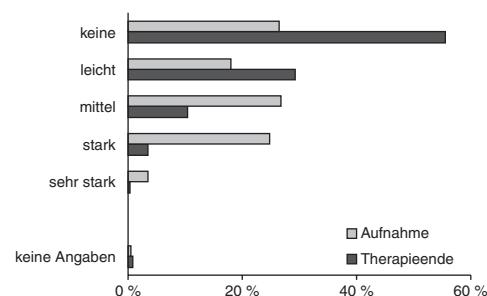


Abb. 1: Schmerzintensität zum Aufnahmepunkt und zum Therapieende bei 1087 Patienten auf Palliativstationen (Radbruch et al. 2002)

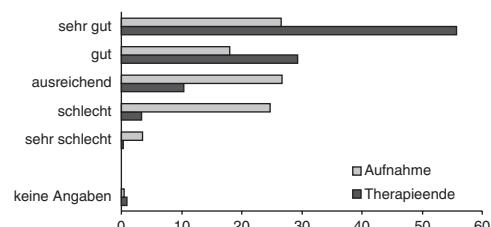


Abb. 2: Symptomintensität (andere Symptome außer Schmerzen) zum Aufnahmepunkt und zum Therapieende bei 1087 Patienten auf Palliativstationen (Radbruch et al. 2002)