

Palliativmedizin in der Grundversorgung

Heike Gudat

Leitende Ärztin,
«Hospiz im Park»,
Klinik für Palliative Care,
Arlesheim

«Unser Vater war schwer lungenkrank, er ist daran gestorben. Aber wir wussten das schon lange. Unsere Hausärztin hat uns früh gesagt, was auf uns zukommt. Unser Vater hat gekämpft, er war oft im Spital, alle haben gut zusammengearbeitet. Unser Vater konnte bis zuletzt zu Hause sein und auch dort sterben. Wir sind froh, dass wir ihm diesen Wunsch erfüllen konnten.»

Was die Angehörigen hier schildern, ist Spitzenmedizin: eine multiprofessionelle, mehrdimensionale, individualisierte Versorgung eines unheilbar kranken Menschen und seiner Angehörigen über einen langen Zeitraum hinweg, mit komplexen, fehleranfälligen Schnittstellen, wo immer sinnvoll geleitet durch Grundversorger und unterstützt durch Fachspezialisten. Herausfordernd sind nicht nur Netzwerkstrukturen, sondern auch das Nebeneinander von kurativen, rehabilitativen und palliativen Behandlungsansätzen. Die proaktive Kommunikation und die Begleitung der Übergänge innerhalb eines Betreuungskontinuums sind anspruchsvoll. Eine schöne, grosse, schwierige Aufgabe.

Empfehlungen und mögliche Lösungsansätze

Der Zugang zu Palliative Care sollte frühzeitig erfolgen, unabhängig von Alter, Art der Erkrankung, Lebensort und sozioökonomischen Faktoren. Gefordert sind solide internistische Kenntnisse, Wissen zu Symptom-Management, Kommunikation, Ethik und Recht und ein persönlicher Rucksack für die Sinnfragen der Betroffenen.

Ärztinnen und Ärzte stehen in der Pflicht, den neuen Anforderungen bei Palliative Care gerecht zu werden.

Für Palliative-Care-Situationen existieren inzwischen wichtige Behandlungsinstrumente und Empfehlungen. Das «Gold Standards Framework» ist ein einfaches Modell britischer Hausärzte [2]. Kernstück sind 3 Fragen zu Prognose und palliativmedizinischen Aspekten («GSF Prognostic Indicator

Herausfordernd sind auch das Nebeneinander von kurativen, rehabilitativen und palliativen Behandlungsansätzen.

Fakten und Zahlen rund um Palliative Care

In der Schweiz sterben jährlich rund 60 000 Menschen, die meisten nach einer langen Krankheitsphase und mit Bedarf an Palliative Care. Deren überwiegender Teil findet in der Grundversorgung statt. Hausärztinnen und Hausärzte sind hier besonders gefordert.

Bis zu 20 Patientinnen und Patienten einer Hausarztpraxis mit 1000–1500 Patienten versterben pro Jahr, oft nach langer Begleitung eines ganzen Familiensystems.

Palliative Care wurde in der Schweiz lange vernachlässigt. Seit 2010 werden mit dem Nationalen Förderprogramm die Lücken geschlossen. Grosse Forschungsprogramme wurden lanciert, darunter zwei SNF-Forschungsprojekte zur Hausarztmedizin [1]. Für Studierende der Medizin wurde der Lernzielkatalog um Palliative Care erweitert. Gleiches ist für die Weiterbildungskataloge geplant. Praktizierende stehen nun in der Pflicht, den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Guidance»). Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care Schweiz von Bund und Kantonen existieren Broschüren zu Definitionen, Indikationskriterien und Versorgungsstrukturen mit vielen praktischen Beispielen [3]. Die Fachgesellschaft palliative.ch publiziert frei zugängliche Best-Practice-Empfehlungen zu wichtigen Fragen der Symptombehandlung [4]. Die SGIM gibt seit Anfang 2014 wieder sporadisch den Newsletter «Palliative Info» heraus. Das Buch «Palliativmedizin», von Schweizer Fachleuten für Schweizer Ärztinnen und Ärzte geschrieben, wird warm empfohlen – ob für die Praxis oder im Akutspital [5]. Die Nationale Strategie und Hausärzte Schweiz geben ein Informationsblatt zum hausärztlichen «Palliative-Care-Behandlungskonzept» heraus. Es beschreibt unter anderem die vier Bereiche des SENS-Modells (Symptom-Management, Entscheidungsfindung, Netzwerkorganisation und Support der Angehörigen [6]). Patientenverfügungen und ein «Advance Care Planning» sind weitere wichtige Instrumente.

Korrespondenz:
Dr. med. Heike Gudat
Hospiz im Park
Stollenrain 12
CH-4144 Arlesheim
Tel. 061 706 92 22
Fax 061 706 92 20



Das Kongresszentrum Kursaal in Interlaken: auch im Jahr 2014 wieder Veranstaltungsort des SGIM Great Update.

Der systemische Ansatz der Hausarztmedizin (Wonca-Baum) [7] ist dem bio-psycho-sozialen Modell der Palliative Care ähnlich. Doch, ob Hausärztin, Hausarzt, Spitalinternistin oder -internist – auch Palliative Care in der Grundversorgung will gelernt und geübt sein. Strukturierte Fortbildungsangebote sollten von den Fachgesellschaften aktiv gefördert werden. Tragen wir gemeinsam Sorge, dass Wissen, Haltung, Versorgungsstrukturen, aber auch die Fi-

nanzierung der Palliativmedizin gesichert werden. Sie wird uns ein sicherer Wert im weiten Feld der Chronic Care sein.

4. SGIM Great Update 2014 in Interlaken – Nachhaltige Fortbildung in inspirierender Umgebung

Für das diesjährige Great Update lädt die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) am 25. und 26. September zum vierten Mal wiederum ins Kongresszentrum Kursaal nach Interlaken ein. Zahlreiche, hochkarätige Referentinnen und Referenten bieten ein spannendes und praxisnahes Programm, unter anderem die Autorin dieses Artikels zum Thema «Palliativmedizin». Ein hoher Anteil der Teilnehmenden stammt aus der Suisse Romande. Zusätzliche Informationen zum Great Update 2014 finden Sie unter www.imk.ch/greatupdate2014.

- 1 www.nfp67.ch/D/projekte/sterbeverlaeuft-und-versorgung/Seiten/default.aspx
- 2 www.goldstandardsframework.org.uk. Deutsche Übersetzung des Tools bei der Verfasserin.
- 3 Alle Dokumente abrufbar auf den Webseiten von palliative.ch und BAG: www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlegendendokumente/ und www.bag.admin.ch/palliativecare
- 4 www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice
- 5 Neuenschwander H (Hrsg.). Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Bern: Krebsliga Schweiz; 2006. Neuauflage 2014 geplant.
- 6 Eychmüller S. SENS macht Sinn: Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care. *Therapeutische Umschau*. 2012;69(2):87-90.
- 7 Grüniger U. Die Hausarztmedizin als eigene Disziplin und als Spezialgebiet. *PrimaryCare*; 2005;5(11):269-71.