

Mobile Palliative-Care-Teams

Noch gibt es sie nicht, die mobilen Palliative-Care¹-Teams im Kanton Zürich. Ein Netzwerk ist im Auftrag der Gesundheitsdirektion jedoch daran, ein Konzept zu deren Realisierung zu erarbeiten. Vision und heutiger Stand.

Andreas Weber, Monika Obrist

Frau G., 32-jährig, erkrankt im Zürcher Oberland drei Monate nach Geburt ihrer Tochter an einem Eierstockkrebs. Sie wird operiert und erhält Chemotherapie. Zwei Jahre später, die kleine Tochter springt unterdessen quer durch die Wohnung, verliert sie Gewicht und fühlt sich müde und schlapp. Im Computertomogramm sieht man mehrere Metastasen in der Leber, in der Milz, im Magen, im kleinen Becken sowie in der Bauchwand. Im Januar 2008 wird sie wegen Lungenembolien mit akuter Atemnot hospitalisiert. Kaum entlassen, muss sie wieder ins Spital, diesmal wegen eines Darmverschlusses. Es folgen erneut Operationen und Chemotherapie. Aber der Tumor breitet sich weiter aus.

¹ Unter Palliative Care wird die umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden, deren Ziel es ist, Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität, gegebenenfalls bis zum Tod, zu ermöglichen. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt werden.

Im März 2008 hat Frau G. genug. Sie möchte nach Hause, ihre Tochter noch so lange wie möglich sehen und bei sich haben. Sie bricht die noch laufende Chemotherapie ab. Ihr Mann wird glücklicherweise weitgehend von seiner Arbeit dispensiert. Sie wird von ihrer langjährigen Hausärztin und der Gemeindespitex betreut.

Zwei Wochen später beginnt sie am Mittag trotz verschiedensten Mitteln gegen Erbrechen sich fast stündlich zu übergeben. Die bis anhin mittels mehrerer Opiatpflaster recht gut kontrollierten Schmerzen nehmen im ganzen Bauchraum rasch zu. Die Morphintropfen erbricht sie laufend wieder. Die Hausärztin spritzt am Freitagabend zwei Ampullen Morphin und Buscopan, ein Medikament gegen Darmkrämpfe. Auch das hilft nichts. Frau G. ist völlig erschöpft. Sie möchte nur noch sterben, so rasch wie möglich.

Die Hausärztin wählt die auf ihrem Mobiltelefon gespeicherte Palliative-Care-Hotline. Nach 20 Minuten steht ein spezialisiertes, mobiles Palliative-Care-Team (MPCT, siehe *Kasten 1*), bestehend aus Pflegefachfrau und Arzt, am Bett von Frau G. Auf der Patientenverfügung, die vor zehn Tagen mit der Hausärztin überarbeitet wurde, ist für den Fall eines Darmverschlusses die Option A angekreuzt, das heisst symptomatische Behandlung ohne Hospitalisation. Nach Diskussion mit dem Ehemann, der Hausärztin und soweit möglich mit der Patientin wird eine intravenöse, durch die Patientin selbst gesteuerte Therapie mit einer Kombination von Morphin und drei andern Medikamenten gegen Schmerzen und Erbrechen installiert. Nach Beruhi-



Andreas Weber



Monika Obrist

gung mit einem Narkosemittel wird eine Magensonde eingelegt. Eine in solchen Situationen sehr hilfreiche, kontinuierliche Schmerzmittelinjektion in den Rückenmarkskanal (Spinalanästhesie) kommt wegen der Blutverdünnung im Moment nicht in Frage.

Am nächsten Morgen liegt die Patientin entspannt und schmerzfrei in ihrem Bett. Ihre kleine Tochter

Kasten 1:

Eckwerte der mobilen Palliative-Care-Teams (MPCT)

Zweck	Krisenintervention ² am Wohnort von PatientInnen mit schwerer, fortschreitender und innert absehbarer Zeit zum Tode führender Krankheit
Teammitglieder	Arzt und Pflegefachperson mit Ausbildung in Palliative Care
Verfügbarkeit	Einsatzbereitschaft innert 20 Minuten während 365 x 24 h im ganzen Kanton
Einsatzort	Als Ergänzung der lokalen Fachleute zu Hause, im Pflegeheim, z.T. auch im Spital
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung von Fachleuten ■ Organisation der Betreuungsteams inklusive Laien (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Seelsorge, Freiwilligenorganisationen) in enger Zusammenarbeit mit Spitex und Hausarzt ■ Spezialisierte Pflege und Behandlung <ul style="list-style-type: none"> – Installation von Pumpen zur kontinuierlichen, patienten-gesteuerten Schmerztherapie (intravenös und rückenmarksnah) – Transfusion – Intravenöse Verabreichung von Nährlösungen – Handhabung und Kontrolle von Sonden, Kathetern und Drainagen

Kasten 2:

Heutige Finanzierungsprobleme von Palliative Care

Palliativ tätige Leistungserbringer haben heute mit folgenden finanziellen Barrieren zu kämpfen:

- Ambulante, spezialisierte Pflege hat keine höheren Tarife als die Gemeindepflege (Spitex).
- Wegen überregionalen Einsatzes fallen hohe Wegkosten an, die jedoch nicht verrechnet werden können.
- Kantonal tätige Organisationen müssten mit sämtlichen Gemeinden Leistungsverträge abschliessen, um in den Genuss kommunaler und kantonaler Subventionen zu gelangen.
- Die Pflegeheimtarife sind für die aufwändige Betreuung am Lebensende ungenügend. Das gilt z.T. auch für die Spitaltarife.
- Der Beizug von Fachleuten in Pflegeheimen oder Spitälern kann den Krankenversicherern nicht in Rechnung gestellt werden.
- Ärzte, die viele PatientInnen in palliativen Situationen betreuen, haben überdurchschnittlich hohe Fallkosten, was zu Problemen mit den Krankenversicherern führen kann.

schläft neben ihr. Die Übelkeit ist bei gut funktionierender Magensonde völlig weg.

Die junge Frau kann Ostern 2008 noch im Kreis ihrer Familie feiern. Trotz zunehmender Schwäche und schliesslich völliger Bettlägerigkeit kann sie durch ihren Mann, ein paar Nachbarn und Freunde, Spitex und Hausärztin und mit Unterstützung des MPCT weiterhin zu Hause betreut werden, wie es ihr Wunsch ist.

Anfang Mai stirbt sie im eigenen Bett, in Anwesenheit ihres Mannes, ihrer Mutter und ihrer kleinen Tochter.

Schnelle, spezialisierte Hilfe und eine Hotline

Diese Geschichte könnte sich auch heute schon so zutragen, falls zum Beispiel die Onkospitex Zürich mit dem Konsiliararzt rechtzeitig beigezogen wird. Viel wahrscheinlicher ist allerdings, dass Frau G. bei den rasant zunehmenden Schmerzen wieder ins Spital eingewiesen würde. Ei-

nerseits ist das Angebot der Onkospitex vielen Ärzten und Pflegefachleuten noch nicht bekannt. Andererseits würden die personellen und insbesondere die finanziellen Ressourcen nicht genügen, um bei allen so verlaufenden Fällen zu Hause oder auch im Alters- und Pflegeheim einzuspringen (siehe *Kasten 2*).

Das Palliative-Care-Netzwerk Zürich erarbeitet deshalb bis Ende 2006 im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Konzept. Darin wird entworfen, wie mobile Palliative Care Teams verfügbar gemacht werden können und wie eine Hotline für alle im Palliative-Care-Bereich arbeitenden Fachleute, aber auch für Betroffene und Angehörige funktionieren soll. Dabei sollen so weit als möglich heute schon vorhandene Strukturen integriert werden. Zur Finanzierung sind sowohl Subventionen der öffentlichen Hand wie auch neue Tarifverträge mit Krankenversicherern zu diskutieren. Gelingt es, hier vernünftige Lösungen zu finden, sollte einer Umsetzung des Konzepts bis 2008 nichts im Weg stehen.

In etlichen Fällen könnte dank mobilen Palliative-Care-Teams verhindert werden, dass Menschen oft kurz vor dem Tod noch in ein Spital verlegt werden müssen. Ihnen würde der von den meisten Menschen gehegte Wunsch erfüllt: den Schritt ins grosse Unbekannte wenigstens in einer vertrauten Umgebung und ohne grosses Leiden zu tun. ■

AutorInnen:

Dr. med. Andreas Weber

Anästhesist und Schmerztherapeut
MediX-Gruppenpraxis
Co-Präsident
Palliative Care Netzwerk Zürich
E-Mail: andreas.weber@medix.ch

Monika Obrist

Leiterin Spitex Dübendorf
Vorstandsmitglied
Palliative Care Netzwerk Zürich

² Zum Beispiel bei Entgleisung der Schmerzkontrolle, zunehmender Atemnot, Darmverschluss usw.