

Tumorpatienten

Das Fürther Hospizmodell

Die Hospizbewegung der Neuzeit als soziale Einrichtung entwickelte sich seit 1967. Sie ist eng mit dem Namen der englischen Ärztin Dr. Saunders verbunden, die nach zwanzigjähriger Vorbereitungszeit die finanzielle Basis für eine Sterbeklinik, das St. Christopher's Hospice in London, für onkologische Patienten geschaffen hatte.

Neben den rein humanen Aspekten der Fürsorge und Zuwendung für Sterbende stand die medizinische Versorgung mit einer adäquaten Schmerztherapie im Vordergrund der Betreuung. Solche Einrichtungen sind in den Industriestaaten mit schlechterer sozialer Absicherung der Bevölkerung als in Deutschland von großer Bedeutung. Die Hospize in England und Amerika sind kommerzielle Unternehmen, vergleichbar unseren Wohlfahrtsverbänden wie dem Roten Kreuz, der Caritas oder der Diakonie usw. Der betreute Personenkreis sind dominant onkologische Patienten im Finalstadium und in den letzten Jahren auch AIDS-Patienten.

Verglichen mit Amerika und England gibt es in Deutschland ganz andere Strukturen der Versorgung von Patienten. Jeder Patient könnte theoretisch aus finanzieller Sicht in einem Krankenhaus betreut werden und auch dort sterben. Daneben besteht ein Netz zur ambulanten Patientenversorgung.

Die stationären Einrichtungen sind teuer und personalintensiv, weswegen der Aufbau von Palliativstationen auf privater Initiative unrentabel ist. Zu fordern sind daher Palliativstationen in Angliederung an kommunale Krankenhäuser. Dort sollten unnötige diagnostische Maßnahmen zugunsten einer angemessenen Schmerz- und Ernährungstherapie zurückstehen.

Da die Zeit für die Realisierung von Palliativ- und Tagesstationen in den Krankenhäusern noch nicht reif ist, wurde das „Fürther Hospizmo-

dell“ entwickelt, um gegenwärtig die Versorgungsmöglichkeiten für onkologische Patienten zu optimieren. Dieses Hospizmodell zeichnet sich durch eine klare Organisationsstruktur unter ärztlicher Führung mit Inanspruchnahme vorhandener Strukturen der Gesundheitsversorgung zur Betreuung onkologischer Patienten aus. Dadurch wird die Priorität der medizinischen Maßnahmen (am besten durch einen erfahrenen On-



kologen und Schmerztherapeuten) von Tumorpatienten gewahrt, unter Hinzuziehung anderer Versorgungseinrichtungen.

Die enge Kooperation von Hausärzten, Schmerzambulanzen der Kliniken in der Region und den onkologischen Klinikabteilungen wird als vorrangig angesehen. Der Hausarzt ist federführend in der Behandlung des Patienten. Die Tätigkeit im Hospizverein selbst ist ehrenamtlich. Der Hospizarzt stellt sich als Koordinator zwischen Hausarzt, Schmerzambulanzen sowie Onkologen und dem pflegenden Personal der Wohlfahrtsverbände sowie dem Hospizteam zur Verfügung. Damit

werden bei diesem Modell alle bestehenden medizinischen Strukturen ohne Kompetenzstreitigkeiten in die Versorgung der Tumorpatienten eingebunden. Nur so ist die Hospizidee, Patienten in der Finalphase zu einem positiven und unabhängigen Leben zu verhelfen, zu realisieren. So konnte schon einigen Finalphasepatienten einige Wochen vor ihrem Tod noch zu einem gelungenen Urlaub, auch im Ausland, ohne Schmerzen verholfen werden.

Bei Finalphasenpatienten können notwendige invasive Verfahren für die Ernährungs- und Schmerztherapie wie zum Beispiel PEG-Sonden, Neurolysen und Schmerzpumpen während eines kurzfristigen stationären Aufenthaltes durchgeführt werden.

Im Hinblick auf die folgende häusliche Versorgung kann bereits in der Klinik der Kontakt zwischen Patient und seinen Bezugspersonen, den Angehörigen, dem Pflegepersonal der Sozialstationen und den Laienhelfern der Hospizgruppen aufgebaut werden. Der notwendige Schmerzplan und das Ernährungskonzept wird vor der Entlassung des Patienten aus der Klinik mit dem Hausarzt und den ambulant tätigen Pflegekräften der Sozialstationen durchgesprochen.

Die Ernährungstherapie ist für das Wohlergehen des Patienten neben der Schmerztherapie als gleichwertig anzusehen, da nur ausreichende körperliche Kraft, Mobilität, körperliche und geistige Unabhängigkeit bewirken kann. Die Frage nach einer „Tumorfütterung“ erübrigt sich, wenn die Patienten durch genügend Nahrungsaufnahme Vitalität für gewohnte Tätigkeiten aufbauen können.

Abweichend von den üblichen Auffassungen wird durch die „Mittelfränkischen Hospizgruppen“ in Anlehnung an die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation von 1986 eine Betreuung der Tumorpatienten im Sinne der „weiterführenden Versorgung“ von der Diagnosestellung an angestrebt. In der ersten Phase der Erkrankung sind die Patienten trotz oder durch die medizinischen Maßnahmen aus ihrer gewohnten Lebensbahn geworfen, oh-

ne daß ihnen eine adäquate Beratung oder positive Motivation zur Problembewältigung angeboten wird. Entsprechend bemühen sich die „Mittelfränkischen Hospizgruppen“, noch während des stationären Aufenthaltes den Kontakt herzustellen, damit der Patient für seine zu erwartenden Problemstellungen einen ersten Ansprechpartner nach der Entlassung hat. Die praktische Tumornachsorge umfaßt die Unterstützung zur raschen Wiedereingliederung in das Berufsleben, wie auch die Rehabilitation durch Angliederung an den Versehrtensportverein oder Freizeitgruppen. Besondere Bedeutung haben die Schwimmgruppe (Anus-*praeter*-Träger, brustamputierte Frauen) und der Kegelsport, der sich bei HNO-Patienten besonderer Beliebtheit erfreut. Die Freizeitgruppen (Basteln, Malen, Wandern) bieten eine gute Schleusenfunktion für Ablenkungsstrategien, zumal diese von Laienhelfern geführt werden und enge Kontakte zu bestehenden Selbsthilfegruppen pflegen.

Gerade in diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig neben dem medizinischen Personal Seelsorger, Sozialarbeiter und Laienhelfer sind, um den Bereich der psychischen und physischen Rehabilitation nicht außer acht zu lassen. Diese Gruppenkonstellation ermöglicht neben der medizinischen Versorgung oft das Verbleiben der Patienten im vertrauten häuslichen Bereich.

Daß diese Gruppen nach ärztlicher Anweisung arbeiten, rundet das Konzept der umfassenden kontrollierten Hilfe für den betroffenen Patienten ab. Durch diese breit gefächerte Angebotspalette kann eine Betreuung nach Maß erreicht werden. Dabei bekommt die Hospizinitiative für ihre Zielsetzung in der praktischen Nachsorgeonkologie durch qualifizierte Mitarbeit einen hohen Stellenwert.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Hildburg Goeke
Prof. Dr. Manfred Herbst
Verein Mittelfränkischer
Hospizgruppen e.V.
Badstraße 3
W-8510 Fürth

Schwerverbranntenzentren

Geringe Kapazität in der Ex-DDR

Die Behandlung von Schwerverbrandverletzten ist kostenintensiv und bedarf großer Erfahrung. Im Gebiet der alten Bundesrepublik wurden deshalb in den 60er und 70er Jahren sogenannte Schwerverbranntenzentren eingerichtet. Heute verfügen die alten Länder der Bundesrepublik über insgesamt 32 solcher Zentren. Die Verteilung der Verletzten wird bei Engpässen überregional von einer Zentrale in Hamburg vorgenommen.

Nach der Wiedervereinigung interessierten sich die Verfasser für die Situation in der ehemaligen DDR. Sie schrieben 30 Kliniken an, die vom Bundesgesundheitsministerium als Brandverletzententren genannt wurden.

Bei den 22, die antworteten, handelte es sich um fünf Universitätskliniken, 15 große Bezirks- und Kreiskrankenhäuser sowie zwei Städtische Kliniken. Dabei zeigte sich, daß die brandverletzten Patienten auf den Intensivstationen in der Regel von Anästhesisten in Verbindung mit Chirurgen, vorwiegend Traumatologen, betreut werden. Im Detail heißt das:

- Lediglich vier Kliniken gaben an, eigens dafür vorgesehene Behandlungseinheiten (zwischen einer und vier) vorzuhalten.

- Vier Kliniken gaben an, keine Möglichkeiten für die Intensivbehandlung Schwerverbrandverletzter zu besitzen. Bei zweien davon sind spezielle Einheiten allerdings geplant oder werden gerade gebaut.

- Die übrigen 14 Kliniken rekrutieren ihre Intensivpflegebetten aus dem vorhandenen Kontingent der Intensivstation.

Die 22 Kliniken, die schrieben, verfügen insgesamt über ein Kontingent von 30 Intensivbetten. Die meisten teilten uns jedoch mit, daß sie keine spezielle Ausrüstung für die Behandlung Schwerverbrandverletzter besitzen, sondern solche Patienten in der Regel mit den vorhandenen Mitteln versorgen müssen. Eine zentrale



Patient in einem westdeutschen Schwerverbranntenzentrum

Verteilung gibt es nicht, so daß lediglich die regionalen Unfallopfer behandelt werden. Gelegentlich werden aber doch Verletzte in größere Kliniken verlegt. Die steigende Anzahl von Ost-West-Verlegungen zeigt, daß ein Nachholbedarf hinsichtlich der Kapazität und der Ausrüstung besteht.

Die gleichen Argumente, die für die Einrichtung und Ausrüstung spezieller Zentren in den alten Bundesländern vor mehr als zwanzig Jahren galten, sind auch heute noch gültig. Aus diesen Gründen sollte baldmöglichst begonnen werden, die Versorgung Schwerverbrandverletzter zu zentralisieren und dem westlichen Niveau anzupassen. Aus den Rückantworten wird ersichtlich, daß im Gebiet der ehemaligen DDR sowohl Erfahrung als auch Interesse bei der Behandlung vorhanden sind, die für einen entsprechenden Aufbau genutzt werden sollten.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Dr. rer. nat.
Alex Lechleuthner,
2. Chirurgischer Lehrstuhl
der Universität zu Köln,
Prof. Dr. med. Gerald Spilker,
Klinik für Plastische Chirurgie
mit Schwerverbranntenzentrum,
Klinikum Köln-Merheim,
Ostmerheimer Straße 200,
W-5000 Köln 91