

## Ambulante Palliativmedizin

**Autor:** Prof. Dr. Jens Büntzel, Südharzkrankenhaus Nordhausen, HNO-Klinik und interdisziplinäre Palliativstation, 99734 Nordhausen, E-Mail: [jens.buentzel@shk-ndh.de](mailto:jens.buentzel@shk-ndh.de)

Die ambulante Palliativmedizin gerät in diesen Tagen wieder mehr in den Fokus, es werden neue EBM-Ziffern eingeführt, die eine verbesserte Vergütung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zum Ziel haben. Auch aus diesem Aspekt lohnt sich ein Blick auf die Ziele, Möglichkeiten, Strukturen und Grenzen palliativmedizinischer Versorgung durch uns HNO-Ärzte.

Als Palliativversorgung bezeichnen wir die ganzheitliche Betreuung von Patienten mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung. Ziel ist der Erhalt der höchstmöglichen Lebensqualität, die Sorge um physische, pflegerische und psychische Probleme ebenso wie der Beistand bei sozialen oder spirituellen Bedürfnissen. Geholfen wird den Patienten, aber ebenso deren Angehörigen, die ebenfalls als Betroffene wahrgenommen werden.

Die Komplexität dieser Aufgaben erfordert in der Regel das Handeln verschiedener Hilfspersonen aus unterschiedlichen Professionen mit unterschiedlichen Herangehensweisen. Ärzte, Seelsorger, Pfleger und Psychologen sprechen oft unterschiedliche Sprachen; zu den professionellen Helfern kommen die ehrenamtlichen Begleiter aus der Hospizbewegung, die in das Betreuungssystem einzubinden sind.

Oberes Ziel ambulanter palliativmedizinischer Versorgung ist der Erhalt der Autonomie des Systems Patient-Angehörige auch am Ende des Lebens. In welchen Strukturen soll diese Herausforderung angegangen werden? Die S3-Leitlinie schlägt ein dreistufiges System vor:

- Eine allgemeine ambulante Palliativversorgung, basierend auf der breiten Expertise der Haus- und Fachärzte. Diese Ebene wird durch die neuen EBM-Ziffern gestärkt.
- Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung für komplexe Betreuungen, getragen von multiprofessionellen Teams qualifizierter Palliativärzte und Palliativpfleger.
- Die haus- und spezialärztliche Versorgung im Hospiz oder anderen Pflegeeinrichtungen, die sowohl AAPV- als auch SAPV-Charakter haben kann.

Im Folgenden soll auf die palliativmedizinisch relevanten Themen eingegangen werden, denen wir uns als HNO-Ärzte, egal auf welcher Stufe der Versorgung, widmen sollten;

### Kommunikationsfähigkeit

Menschen müssen am Ende ihrer Tage Geschichten erzählen können. Wir sollten ihre Anwälte sein. Die stimmliche Rehabilitation Tracheotomierter und Laryngektomierter ist Kerngebiet unseres Faches. Sprechkanülen, Elektrolarynx, Stimmventile, Sprachcomputer können individuell hilfreich sein, ebenso wie logopädische Unterstützung trotz des bevorstehenden Lebensendes. Eine Gruppe mit besonderer Herausforderung stellen dabei die an Zahl zunehmenden Patienten mit Heimbeatmungen dar. Palliativpatienten sollen bis zuletzt am Leben teilnehmen können, die Optimierung von Hörhilfen, Kleinsteingriffe wie Paukendrainagen oder auch die gute Ohrpflege bei einer chronischen Otitis dürfen ihnen nicht vorenthalten werden.

### Ernährung

Am Lebensende stehen die sozialen Aspekte der gemeinsamen Nahrungsaufnahme deutlich im Fokus, d. h., wir sollten die orale Nahrungsaufnahme stärken und propagieren. Damit ermöglichen wir Begegnung mit anderen Familienmitgliedern und Einbindung des Patienten in den Alltag. In der Regel sollte eine kombiniert orale-enterale Ernährung angestrebt werden.

Zu den gemeinsamen Mahlzeiten können die Patienten je nach Appetit oral Nahrung aufnehmen, das kalorische Defizit wird über die PEG oder PEJ dann ausgeglichen. Als Faustformel für den täglichen Kalorienbedarf eines Palliativpatienten kann gelten: 1 kcal pro Stunde und kg Körpermasse stellt den Grundbedarf dar und sollte nicht unterschritten werden. Jedes Unterschreiten dieser Grenze führt zum langsamen Abbau des Patienten und stellt damit eine belastende Verzögerung des Grundleidens dar. Unsere besondere fachliche Zuwendung erfordert die Dysphagie. Neben der Beurteilung des eigentlichen Schluckvorganges und des Aspirationsrisikos sollten wir uns auch der Therapie gemeinsam mit den Logopäden verschreiben. Eine geduldige Pflege kann hierfür eine wertvolle Hilfe sein. Die Dokumentation von täglicher Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr hat sich im Alltag als hilfreich erwiesen.

Tumorpatienten unseres Faches leiden sehr oft an riechenden, nekrotischen Wunden, die zu einer sozialen Isolation des Betroffenen führen. Die Organisation täglicher Verbandwechsel mit Aktivkohle zum Aufsaugen des Wundsekrets, speziellen Wundkompressen zur Säuberung und auch die lokale Applikation von Antibiotika sind in der Regel bereits hilfreich. Eine chirurgische Wundsäuberung kann ebenfalls bei Bedarf unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden, jedoch sollte man hier auf venöse Blutungen vorbereitet sein.

Blutungen aus äußerlich sichtbaren oder auch Tumoren des oberen Aerodigestivtraktes sind ein weiteres Problem, für das wir uns als HNO-Ärzte zuständig fühlen sollten. Insbesondere die Vorbereitung der Patienten und ihrer Angehörigen auf ein solches Ereignis ist wichtig. Neben der lokalen Tamponade und Kälteapplikation sind die Sedierung des Patienten und die Beruhigung der unmittelbaren Angehörigen in den Vordergrund zu rücken. Chirurgische Maßnahmen (Koagulation, Beamer, Photodynamische Therapie, Embolisierung) sind nur dann einzuleiten, wenn nach Beruhigung der Gesamtsituation absehbar ist, dass er die unmittelbare Akutblutung überlebt.

Auch HNO-Tumorpatienten erleiden in der Palliativsituation viele Allgemeinbeschwerden, auf die wir als betreuende Fachärzte eingestellt sein sollten. Die sichere Verordnung von Schmerzmitteln ist wichtig. Auch Opiate gehören bei den meisten Patienten zur ambulanten Betreuung, so dass man jedem ambulanten Kollegen zur Anschaffung eigener BTM-Rezepte raten sollte. Als HNO-Ärzte sind wir in der Regel die Experten zur Dysphagie und sollten diesen Aspekt bei der Verordnung von Analgetika im Auge behalten. Insbesondere die weit verbreiteten Schmerzpflaster benötigen eine ausreichende Unterhaut-Fettschicht, ohne die sie nicht ausreichend zur Wirkung kommen.

Übelkeit, Müdigkeit, fortgesetzter Nikotin- und Alkoholkonsum sind weitere Problemfelder, mit denen man als ambulant tätiger HNO-Palliativarzt konfrontiert wird und zu denen man sich sein persönliches Herangehen erarbeiten muss.

Eine Teilnahme an der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung setzt die Absolvierung eines Basiscurriculums „Palliativmedizin“ über 40 Stunden voraus, plus eines überschaubaren Teils Praxis (14 Tage Praktikum). Die Mitarbeit in einem Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist in der Regel an die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ bei der jeweiligen Landesärztekammer gebunden, auch hier wird eine längere Mitarbeit auf einer Palliativstation bzw. in einem Palliativteam erwartet (6 Monate).

Zusammengefasst bietet das noch junge Fach der Palliativmedizin eine besondere Möglichkeit, sich den Wurzeln unseres ärztlichen Berufes (Heilen, Lindern, Begleiten) wieder zuzuwenden. Als HNO-Spezialisten können wir dabei nicht nur für die Tumorkranken unseres Faches einen wertvollen Beitrag leisten, sondern auch die Palliativversorgung allgemein durch unsere Expertise bereichern.

### Weiterführende Literatur

- AWMF Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1 Mai 2015. Registernummer 128/001OL Quelle: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf)
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG) vom 1. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil 1, Nr. 48, 2114-2118, Quelle: [http://www.bhpfv.de/fileadmin/user\\_upload/bhpfv/pdf/wissen/bgbl115048d.pdf](http://www.bhpfv.de/fileadmin/user_upload/bhpfv/pdf/wissen/bgbl115048d.pdf)
- Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte(BMV-Ä): Vereinbarung nach §87Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016. Quelle: [http://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_30\\_Palliativversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf)

## Ambulante Palliativmedizin

Dreistufiges System

- allgemeine ambulante Versorgung
- allgemeine ambulante Palliativversorgung (qualifizierte Haus- und Fachärzte) - AAPV
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (qualifizierte Palliativärzte) -SAPV
- *[AAPV und SAPV in Hospiz- und Pflegeeinrichtungen]*



V4 Ambulante Palliativmedizin

## Multiprofessionelle Arbeit

Pflegedienste, Apotheken, Psychologen  
Ehrenamtliche Helfer aus den Hospizvereinen  
Außendienste zu Ernährung, Tracheostoma, Schmerz etc.  
Seelsorger, Selbsthilfegruppen, betreuende Angehörige  
Haus- und Fachärzte anderer Disziplinen

*Kommunikation und Netzwerkarbeit sind die Grundlage  
sinnvoller Palliativarbeit.*

*Patient soll Entlastung (nicht Belastung) erfahren!*



V4 Ambulante Palliativmedizin

## HNO-Palliative Care

### Schnittmengen

---

- Spezialist für das Tracheostoma
- Anwalt der Kommunikation
- Anwalt der normalen Ernährung
- Wundmanagement und Advanced Care Planning (Blutungen)
- Lotse für den HNO-Tumorpatienten in Fragen Schmerz, Müdigkeit, Übelkeit/Erbrechen



V4 Ambulante Palliativmedizin

## Fazit für die Praxis

---

- Besorgen Sie sich bitte auch einen Betäubungsmittelblock! Nutzen Sie ihn.
- Verhelfen Sie als HNO-Ärzte zu Kommunikation und normaler Ernährung!
- Begleiten Sie die Tumorpatienten unseres Faches von der Diagnose bis zum Ende!



V4 Ambulante Palliativmedizin