

1 Einführung in die Multiprofessionalität der Palliativversorgung

Roman Rolke und Veronika Schönhofer-Nellessen

1.1 Motivation für dieses Buchprojekt

Es gab unseren Wunsch schon länger, ein Buch zu veröffentlichen, in dem multiprofessionelle Teamlösungen für belastende Symptome sowie herausfordernde Situationen am Lebensende behandelt werden. Bereits auf Ebene der Herausgebenden dieses Buchprojektes kommen wir aus unterschiedlichen Professionen, der Medizin und der Sozialen Arbeit. Es war unser Ansatz, auch für alle Kapitel und Querschnittsthemen Teams von Autor:innen zu gewinnen, die konkret in der Palliativversorgung von Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen gemeinsam zur Lösung auftretender Probleme beitragen. Hinter dieser Idee steht die Überzeugung, dass vernetztes Arbeiten für alle Beteiligten einen großen Benefit bedeutet. Gleichzeitig entspricht dieses Konzept von vernetztem Denken und Handeln genau der gemeinsamen Haltung in unserem jeweiligen Berufsalltag. Ein wichtiger Aspekt ist uns hierbei die wertschätzende Begegnung aller Teammitglieder auf Augenhöhe: Jede Meinung kann hilfreich sein, auch ein Diskurs hin zu den besten individuellen Lösungswegen oder Korrekturen, wenn z.B. der Krankheitsverlauf eine andere Richtung nimmt.

Wichtig war uns dabei, alle Fragestellungen mit einem Schwerpunkt aus medizinischer und pflegfachlicher Sicht zu betrachten und zusätzlich mindestens noch eine weitere professionelle Perspektive einzubinden. Erfahrungsgemäß erhöht der multiprofessionelle gemeinsame Blick die Sicherheit in der Versorgung von Patient:innen, weil die Gefahr minimiert wird, etwas zu übersehen. Teamwork kann darüber hinaus auch das Sicherheitsempfinden der Profis steigern, weil die geteilte Unsicherheit in der Versorgung bei schwerer Krankheit oder am Lebensende leichter gemeinsam zu tragen ist. Diesen Zugewinn durch mehr Multiprofessionalität in Palliativteams möchten wir in allen Kapiteln dieses Buches herausstellen: »Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile« (Aristoteles, 4. Jh. v. Chr.).

1.2 Warum braucht es multiprofessionelle Teams?

Jones und Thistlethwaite beschreiben die entscheidende Bedeutung interprofessioneller Teamarbeit und kooperativer Praxis für eine gelingende Palliativversorgung,

die einen Fokus auf Patient:innen und deren Familien legt (Jones & Thistlethwaite, 2019). Nach Hearn und Higginson erhöhen spezialisierte multiprofessionelle Teams in der Palliativversorgung die Zufriedenheit von Patient:innen und identifizieren und behandeln deren Probleme und die ihrer Familien besser. Multiprofessionelle Palliativteams tragen dazu bei, die Zeit zu verlängern, die Patient:innen zuhause verbringen und reduzieren umgekehrt die Anzahl von im Krankenhaus verbrachten Tagen. Sie vermindern die Gesamtkosten einer Versorgung und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Patient:innen, an ihren bevorzugten Orten zu versterben (Hearn & Higginson, 1998). Über das Screenen von Triggerfaktoren kann es gerade für onkologische Patient:innen gelingen, frühzeitiger und verstärkt die Inanspruchnahme einer Palliativversorgung zu initiieren (Singh et al., 2022). Ein multiprofessioneller Ansatz in der Palliativversorgung verbessert eine ganzheitliche und nachhaltige Patientenversorgung, indem interprofessionelle Teamarbeit und die hierfür erforderlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden gefördert werden, was zu besseren Behandlungsergebnissen führt (Kesonen et al., 2022).

In einer systematischen Übersichtsarbeit weisen Iupati und Kolleg:innen darauf hin, dass die Effektivität spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsangebote bis heute nicht gut gesichert ist. In 42 Artikeln und Beiträgen aus den Jahren 2012 bis 2020 fanden sie eine klare Evidenz, dass eine multiprofessionelle und spezialisierte ambulante Palliativversorgung die Symptomlast und Lebensqualität verbessert und die Inanspruchnahme sekundärer Dienste sowohl bei onkologischen wie auch nicht-onkologischen Erkrankungen reduziert (Iupati et al., 2023). Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Evidenzbasierung von Multiprofessionalität in der Palliativversorgung liefern Liu und Kollegen. Sie zeigen in einer randomisiert-kontrollierten Studie, dass im Vergleich von zwei Patient:innengruppen mit Krebs im Endstadium ein multiprofessioneller Teamansatz überlegen war. Das multiprofessionelle Team ermöglichte eine signifikante Reduktion von Angst und Depressivität sowie umfassende soziale Unterstützung und erhöhte effektiv die Lebensqualität der Betroffenen gegenüber einer Vergleichsgruppe mit alleiniger konventioneller Pflege. Das multiprofessionelle Palliativteam wurde dabei von Case Manager:innen geleitet und bestand aus Ärzt:innen, erfahrenen Pflegefachpersonen und Expert:innen in den Bereichen Tumorerkrankungen, Ernährung, Rehabilitation, Psychologie und anderen Gebieten (Liu et al., 2023). Feldstain und Kolleg:innen konnten in einer retrospektiven Analyse zeigen, dass ambulante Patient:innen mit Krebs im Endstadium und moderaten Symptomen von einer interdisziplinären palliativmedizinischen Beratungsintervention profitieren konnten, die medizinische und psychosoziale Aspekte umfasste (Feldstain et al., 2018). Das Autor:innen-Team empfiehlt diesen Ansatz auch für das fortlaufende Monitoring der Patient:innen, um Veränderungen der Symptomlast nicht zu übersehen.

Insgesamt genügt es aber nicht, nur einzelne Probleme im Netz der Versorgung zu betrachten, sondern auch deren Schnittstellen und damit möglicherweise verknüpfte soziale Ungleichheiten, etwa eine schlechtere Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Um Lösungen für komplexe Probleme zu finden, muss das Verhältnis von Theorie und Praxis in der klinischen Versorgung, Forschung und Gestaltung von Gesundheitspolitik optimiert werden (Yardley, 2023).

1.3 Querschnittsthemen

In den 24 Kapiteln mit direktem Bezug zu verschiedenen Krankheitssituationen von fiktiven Patient:innen haben unsere Autor:innen-Teams häufig auftretende Fragestellungen und Herausforderungen multiperspektivisch in fünf Querschnittsbereichen bearbeitet:

- neue und alte Themenfelder in der Palliativversorgung
- Symptombehandlung
- Kommunikation
- (ethische) Entscheidungsfindung am Lebensende
- Sorgeskultur

1.3.1 Neue und alte Themenfelder in der Palliativversorgung

In den ersten drei Kapiteln adressieren wir neue und alte Themenfelder in der Palliativmedizin: neben der palliativen Versorgung onkologischer Erkrankungen greifen wir die großen Entwicklungsbereiche von Palliative Care bei neurologischen und kardiovaskulären Erkrankungen auf. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind nach wie vor kardiovaskuläre Erkrankungen weltweit die häufigsten Todesursachen. Bisher ist die Versorgung schwerer Herzprobleme, etwa bei koronarer Herzerkrankung oder Herzinsuffizienz, noch nicht umfassend in der Palliativversorgung angekommen. Leider bestehen noch größere Defizite im Bereich der Integration palliativer Konzepte in der Kardiologie. Einen Schritt weiter ist die Neurologie, wo sich insbesondere in Deutschland mit der neuen »S2k-Leitlinie Palliativversorgung neurologischer Erkrankungen« positive Entwicklungen andeuten, mehr Palliative Care in die Neurologie und gleichzeitig mehr neurologisches »Know-how« in die palliative Versorgung am Lebensende einzubringen (Ploner et al., 2023).

1.3.2 Symptombehandlung

Zu den bei Palliativpatient:innen alltäglich auftretenden belastenden körperlichen Problemen gehören u. a. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen oder ein epileptischer Anfall. Zu den psychisch häufig beschriebenen Symptomen zählen u. a. Angst, Unruhe, Delir oder Depression. Mit elf von 24 Kapiteln nehmen diese Bereiche einen entsprechend großen Raum ein. Bezogen auf exemplarische Fallvignetten aus dem beruflichen Alltag werden aus den verschiedenen professionellen Perspektiven wie Medizin, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit, Seelsorge etc. sehr konkrete Handlungsoptionen beschrieben. Die Struktur der Kapitel – Fallvignette, multiprofessionelle Lösungsansätze und Fragen aus fachspezifischer Perspektive – zieht sich dabei wie ein roter Faden durch alle Abschnitte.

1.3.3 Kommunikation

Behandlungsteams nehmen Gespräche mit Betroffenen, aber auch mit Zugehörigen, am Lebensende oft als Herausforderung wahr. Häufig geht es um die Frage: Wie kann es weitergehen? Das zentrale Thema »Kommunikation« wird dabei zwischen verschiedenen Ebenen aufgespannt. Im Vordergrund steht der Austausch zwischen dem multiprofessionellen Behandlungsteam und den Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen. Aber auch das Fördern und Begleiten von Gesprächen zwischen Betroffenen und ihren Familien, oder auch innerhalb der multiprofessionellen Teams, werden in fünf detaillierten Kapiteln thematisiert.

1.3.4 Entscheidungsfindung am Lebensende

Die oft medizinethische wie auch soziaethische Entscheidungsfindung wird u. a. in Kapiteln zu den Themen »Therapiezieländerung« oder »Gabe von Ernährung und Flüssigkeit am Lebensende« aufgegriffen. Die Beiträge sprechen auch wichtige Grundlagen, Fakten und Missverständnisse an. Beispielsweise wird die Sorge vieler Angehöriger in den Blick genommen, dass Patient:innen am Lebensende zu wenig essen und trinken.

1.3.5 Sorgeskultur

Die Frage nach einer Sorgeskultur am Lebensende wird immer wieder in verschiedenen Beiträgen thematisiert. Was heißt jetzt »gutes Leben«, eine »gute Entscheidung« in dieser konkreten Lebenssituation für die Betroffenen und für die an der Versorgung Beteiligten? Was ist ihr dokumentierter, mutmaßlicher oder auch natürlicher Wille? Gibt es im ambulanten oder stationären Setting eine Kultur hinsichtlich gemeinsam durchgeführter Fallbesprechungen, um möglichst den Willen der Betroffenen zu erforschen? In diesem Sinne einen Konsens zu erzielen, der von allen mitgetragen wird, kann ein wichtiges Ziel sein. Hier wird nicht nur eine Haltung im Ansprechen und Begleiten von beispielsweise Trauer thematisiert, sondern auch im Kontext eines migrationssensiblen Umgangs.

1.3.6 Übergeordnete Themen

Viele Kapitel sprechen auch übergeordnete Themen an wie die strukturelle Ebene der Palliativversorgung. Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die 2010 auf Bundesebene von den großen Verbänden der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) konsentiert wurde, beschreibt der Beitrag zur »Angehörigenarbeit unter Berücksichtigung struktureller und ethischer Aspekte in der Palliativversorgung« (► Kap. 21). Die regionale multiprofessionelle und sektorenübergreifende Vernetzung wird auch von der Gesetzgebung seit 2022 unterstützt, indem die Koordination regionaler palliativer Netzwerke von Kran-

kenkassen finanziell gefördert wird, wenn die Kommune diese Netzwerke gleichermaßen unterstützt (§ 39 d, SGB V).

Wir folgen in diesem Buch dem Konzept einer vernetzten Versorgung für die schwerstkranken Betroffenen und ihre Zugehörigen. Diesen systemischen Zugang braucht es, damit das Netzwerk sektorenübergreifend vertrauensvoll und fachlich qualifiziert zusammenarbeiten kann. So gelingen auch sektorenübergreifende Überleitungen, damit Palliative Care nicht an diesen Schnittstellen abbricht.

Wir wünschen Ihnen mit diesem Buch Freude beim Lesen, ob im gemütlichen Zuhause, in einer Fort- oder Weiterbildung, in einem Befähigungskurs für ehrenamtlich Tätige, oder als an- oder zugehöriger Mensch an der Seite von Schwerstkranken. Für Sie alle ist dieses Buch geschrieben!

Literatur

- Aristoteles. »Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.« Verkürztes Zitat aus Metaphysik VII 17, 1041b. *Ausführlicher*: »Das, was aus Bestandteilen so zusammengesetzt ist, dass es ein einheitliches Ganzes bildet – nicht nach Art eines Haufens, sondern wie eine Silbe –, das ist offenbar mehr als bloß die Summe seiner Bestandteile. Eine Silbe ist nicht die Summe ihrer Laute: ba ist nicht dasselbe wie b plus a, und Fleisch ist nicht dasselbe wie Feuer plus Erde«. In: Aristoteles, editor. Metaphysik. 384–322 v. Chr.
- Feldstain A, Bultz BD, de Groot J et al. (2018) Outcomes From a Patient-Centered, Interprofessional, Palliative Consult Team in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*;16(6):719–26.
- Hearn J, Higginson IJ (1998) Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*;12(5):317–32.
- Iupati S, Stanley J, Egan R et al. (2023) Systematic Review of Models of Effective Community Specialist Palliative Care Services for Evidence of Improved Patient-Related Outcomes, Equity, Integration, and Health Service Utilization. *J Palliat Med*;26(11):1562–77.
- Jones M, Thistlethwaite J (2019) Interprofessional Practice in Palliative Care. *Textbook of Palliative Care*. p. 527–39.
- Kesonen P, Salminen L, Kero J et al. (2022) An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. *Omega (Westport)*;302228221085468.
- Liu YJ, Wu LP, Wang H et al. (2023) The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study. *BMC Palliat Care*;22(1):71.
- Ploner C.J., Rolke R. et al. (2023) Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen, S2k-Leitlinie; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 01.04.2024).
- Singh V, Vyas C, Fichadiya H et al. (2022) Trigger-based pathways to increase utilization of palliative care services for cancer patients: A multi-disciplinary approach. *Journal of Clinical Oncology*;40(16_suppl):e24007-e.
- Yardley S (2023) »Theory and practice«: Why does it matter? *Palliat Med*;37(1):4–6.

2 Einführung in die multiprofessionelle Fallarbeit

Roman Rolke und Veronika Schönhofer-Nellessen

2.1 Vorbemerkung zum Umgang mit den Fallvignetten

Für uns Herausgebende ist es eine wichtige Vorbemerkung, dass sich die Fallvignetten als Herzstück vieler Kapitel in fiktiver Weise an reale Patient:innensituationen anlehnen. Menschen sind keine Fallvignetten. Diese bleiben holzschnittartige Skizzen, um die wesentlichen Probleme und Herausforderungen einer Krankheitssituation pointiert nachzustellen. Unser Dank gilt hier den Autor:innen-Teams, die in allen Kapiteln ganz besondere Fallvignetten entworfen haben. Diese sind den Patient:innen gewidmet, die Inspiration für diese Skizzen sind. Mit ihren Lebens- und Krankheitsgeschichten waren diese Patient:innen wertvolle Lehrende für uns Professionelle in der Palliativversorgung. Jeder Mensch und jede Palliativsituation sind einzigartig und bedürfen individueller Lösungsansätze. Dennoch glauben wir, dass viele der hier vorgestellten Konzepte lehrreich und auch sehr gut übertragbar sind auf die konkrete Praxis im Alltag von Profis und auch von An- und Zugehörigen von Schwerstkranken.

2.2 Das Konzept multiprofessioneller Autor:innen-Teams

Mit diesem Buch möchten wir zusammen mit 24 multiprofessionell aufgestellten Autor:innen-Teams zeigen, dass Antworten auf die wichtigsten Fragen am besten interdisziplinär in multiprofessioneller Perspektive gefunden werden. Nicht nur in der klinischen Praxis, sondern bereits beim Verfassen der Kapitel haben wir dies als wichtigen Bestandteil unseres Buchkonzepts aufgegriffen. Alle Kapitel wurden von mindestens drei Autor:innen geschrieben, die selbst Erfahrung aus der multiprofessionellen Teamarbeit einbringen konnten oder dieser nahe stehen. Die Autor:innen-Teams setzen sich meist aus Ärzt:innen und Pflegefachpersonen zusammen, den häufigsten Professionen in der Palliativversorgung. Weitere Autor:innen kommen aus der Sozialen Arbeit, Psychologie, Seelsorge und einer ganzen Reihe weiterer

beruflicher Hintergründe. Dieser berufliche Background ist in der Forschung, Lehre oder klinischen Praxis verortet.

2.3 Wie kann dieses Buch für Sie nützlich sein?

2.3.1 Verwendung des Buchs durch Sie als individuelle Leser:innen

Es kann sinnvoll sein, alle Artikel in diesem Buch nacheinander, inklusive Literaturhinweise, wissenschaftliche Forschungsergebnisse sowie aktuelle Leitlinien zu lesen und zu studieren. Dieses Vorgehen kann sinnvoll sein, wenn Sie sich als Ärzt:in auf die Prüfung für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin vorbereiten. Eine ebenfalls gute Möglichkeit ist es, sich die Themen einzelner Kapitel herauszusuchen, die für Sie persönlich von Interesse sind. Es kommt vor, dass zu verschiedenen Symptomen ähnliche Interventionen der verschiedenen Berufsgruppen empfohlen werden, weil z.B. sowohl bei Angst als auch bei Atemnot ähnliche medizinische, pflegerische, spirituelle oder psychosoziale Handlungsoptionen sinnvoll sind. Das sind keine unbeabsichtigten Wiederholungen, sondern bewusste und fachlich begründete Empfehlungen aus verschiedenen Disziplinen, die sich ähnlich in ganz unterschiedlichen Kontexten ableiten lassen. Jedes Kapitel steht dabei für sich selbst. Es braucht keine bestimmte Reihenfolge beim Durcharbeiten.

2.3.2 Zum Gebrauch in Kursen oder bei Team-Fortbildungen

Von Beginn an haben wir die Nutzung der Fallvignetten innerhalb von Fort- und Weiterbildungskursen oder im Rahmen von internen Teamweiterbildungen im Blick gehabt. Wir empfehlen hier das kurze Vorstellen und Verteilen der Fallvignette als Grundlage für eine Kleingruppenarbeit. In monofachlichen Fort- und Weiterbildungen könnten dann z.B. auf einem Flip-Chart ausgewählte fachspezifische Fragestellungen für eine Gruppenarbeit aufgeschrieben werden. Für uns wäre es dabei ideal, insbesondere auch Fragen einzuschließen, die auf multiprofessionelle Lösungsansätze zielen. Sofern die Fallvignetten in multiprofessionellen Fort- und Weiterbildungen eingesetzt werden, sollte für die Gruppenarbeit darauf geachtet werden, diese mit Personen aus unterschiedlichen Professionen zu besetzen. Wir erwarten hier einen besonderen Nutzen im gegenseitigen Lernen voneinander, wenn es dabei gelingt, die unterschiedlichen Perspektiven zur Lösung von Problemen zusammenzubringen.

Ein günstiger Abschluss wäre ein Reflektieren durch die jeweilige Kursleitung zu den gefundenen multiprofessionellen Lösungsideen im Team sowie auf fachspezifischer Ebene. Es kann davon ausgegangen werden, dass jede Gruppe von Profis Behandlungs- und Beratungsideen entwickeln wird, die von den im Buch vorge-

stellten Lösungen auch abweichen können, diese erweitern oder verkürzen. Das ist gut so und weist darauf hin, dass Sie, liebe Leser:in – ggf. auch in der Rolle als Kursteilnehmende – ebenfalls einzigartig sind, voller Fachwissen, Ideen und hoffentlich ganz viel Inspiration, von der auch die Menschen profitieren, die Ihnen anvertraut sind.

2.3.3 Wie Sie das Buch als An- oder Zugehöriger eines Schwerstkranken nutzen können

Wenn Sie als nahestehende Person eines schwerkranken oder sterbenden Menschen in dieses Buch schauen, möchten wir als Herausgebende Ihnen zuerst unsere Wertschätzung ausdrücken für alles, was Sie derzeit für einen geliebten oder geschätzten Menschen tun! In vielen Kapiteln werden Sie Informationen oder Parallelen zur eigenen Situation entdecken, die Ihnen hoffentlich weiterhelfen. Es kann dabei auch Ihr Verständnis für die Herausforderungen auf Seite der Profis fördern. Etwa bei den Themen »Über das Sterben sprechen« (► Kap. 19), »Umgang mit Trauer« (► Kap. 24) oder »Therapiezieländerung in der Sterbephase« (► Kap. 22) können Sie leicht erkennen, wie schwer es Professionellen fallen kann, die richtigen Worte zu finden oder Ihnen dabei zu helfen, selbst die richtigen Entscheidungen zu treffen. Wir hoffen, dass dieses Buch auch das gegenseitige Verstehen unterstützt und fördert, um den schweren gemeinsamen Weg besser zusammen gehen zu können.

3 Palliative Versorgung onkologischer Erkrankungen

Iris Appelmann, Henrikje Stanze und Maria Wasner

3.1 Fallvignette

Frau Huber ist 83 Jahre alt, alleinstehend und lebt in einem Dorf. Sie hat eine Tochter, die mit ihrer Familie in München lebt (ca. 100 km entfernt).

Frau Huber leidet an einem metastasierten Adenokarzinom des Pankreas. Bereits bei Erstdiagnose ist die Erkrankung mit einem Stadium IV weit fortgeschritten. Aufgefallen sind bei Frau Huber ein schmerzloser Ikterus (Gelbsucht), Übelkeit, Appetitlosigkeit und rezidivierendes Erbrechen. Aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums kommt keine operative Therapie der Erkrankung in Frage. Aufgrund des hohen Lebensalters und reduzierten Allgemeinzustands wird mit Frau Huber der Verzicht auf eine palliative systemische Chemotherapie besprochen. Die Symptomlast mit prädominanter Übelkeit und Erbrechen würde sich durch eine Chemotherapie eher verschlechtern. Die im Befundgespräch anwesende Tochter hinterfragt die Entscheidung des Verzichts auf eine Chemotherapie. Sie überredet ihre Mutter zu weiteren Schritten, was zur Vorstellung in der Onkologischen Abteilung einer Münchner Klinik führt. Hier wird die Empfehlung des Therapieverzichts in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bekräftigt.

Frau Huber wird nun auf der onkologischen Station des Krankenhauses weiterbehandelt. Sie erhält aufgrund der räumlichen Distanz keine Besuche von Bekannten außer der Tochter. Das macht sie sehr traurig, sie zieht sich immer mehr zurück.

Der Stationsarzt bittet den palliativmedizinischen Dienst des Hauses um Unterstützung bei der Symptomkontrolle und im Kontakt mit den Angehörigen. Beim Erstkontakt mit der Patientin berichtet sie, dass trotz der Einnahme von Metoclopramid und Dimenhydrinat weiterhin eine schlecht kontrollierte Übelkeit und rezidivierendes Erbrechen fortbestünden. Es belastet sie insbesondere, dass sie gleichzeitig noch Lust auf Essen verspürt und bestimmte Gerichte gerne noch mal essen würde. Sobald sie diese aber sieht, kehrt die Übelkeit zurück und sie kann keinen Bissen zu sich nehmen.

Ihre größte Sorge sei zudem, dass sie sich nicht mehr selbst versorgen könne und zu ihrer Tochter ziehen müsse. Sie möchte in ihrer Heimat und möglichst in ihrem Haus bleiben. Sie wolle zum einen der Familie ihrer Tochter keine Arbeit machen und weiter selbständig bleiben, zum anderen beschreibt sie ihre Tochter zwar als sehr liebevoll, aber auch sehr bestimmend. Sie selbst habe ein gutes Leben gelebt und wünsche sich, ohne langes Leiden sterben zu dürfen.

Im Verlauf des Gesprächs kommt die Tochter hinzu. Als sich die Mitarbeiter:innen des palliativmedizinischen Dienstes bei ihr vorstellen, wirkt sie sehr angespannt und versucht das Gespräch zu unterbrechen. Sie wirkt sehr besorgt um ihre Mutter. Sie hat etwas zu essen mitgebracht. Immer wieder fordert sie ihre Mutter auf, etwas zu essen, damit sie wieder zu Kräften komme. Frau Huber lehnt das Essen vehement ab und erklärt ihrer Tochter, dass dies ihre Übelkeit verstärke. Die Tochter fragt die Ärztin des palliativmedizinischen Dienstes, ob sie ihr das eingeordnet habe.

3.2 Multiprofessionelle Fragestellungen

Welche Problemfelder nehmen Sie bei der Fallgeschichte wahr?

Bei Diagnosestellung des Adenokarzinoms der Bauchspeicheldrüse ist die Erkrankung bereits weit fortgeschritten. Es gibt keine kausalen Therapieoptionen. Frau Huber wurde von der Diagnose völlig überrascht, sie sieht sich dadurch mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert. Zuerst leidet sie unter ausgeprägter Übelkeit und Erbrechen, was sie extrem belastet. Ihr größter Wunsch ist es, die verbleibende Lebenszeit im eigenen Haus, im gewohnten Umfeld zu verbringen. Sie fragt sich, wie dies möglich sein könne, wenn die Erkrankung fortschreitet und sie zunehmend mehr Unterstützung benötigt. Die Tochter von Frau Huber macht sich große Sorgen um ihre Mutter, es fällt ihr sehr schwer die Situation zu akzeptieren und sie ist gegenüber dem Behandlungsteam extrem misstrauisch, was die Kommunikation deutlich erschwert.

Misstrauen und erschwerte Kommunikation potenzieren die Sorge von Frau Hubers Tochter vor einem »Verhungern« der Mutter, was sich in der unentwegt angebotenen Nahrung und der bedrängenden Fürsorge widerspiegelt, doch endlich etwas zu sich zu nehmen.

Konkrete Behandlungsziele: Nennen Sie drei Behandlungsziele!

Ziel 1: Symptomkontrolle von Übelkeit und Erbrechen

Eine Symptomkontrolle von Übelkeit und Erbrechen ist das medizinisch vorrangigste körperliche Problem im dargelegten Fall. Die Patientin leidet erheblich unter den geschilderten Symptomen und der zusätzliche Wunsch, am Lebensende noch einmal einige geliebte Speisen zu sich zu nehmen, auf die ihr jeweils durch die Symptomlast immer wieder der Appetit vergeht, schränken die Lebensqualität von Frau Huber in entscheidendem Ausmaß ein.