

„Für palliative Patienten haben wir keinen Platz!“ – oder der schmerztherapeutische Notfall

Herr A., ein 65 Jahre alter Tumorpatient, wurde von seinem Hausarzt in die Schmerzbambulanz überwiesen. Er hatte seit etwa einem Jahr zunehmende Schmerzen im Lendenwirbelbereich. Als Ursache dafür waren Knochenmetastasen unklarer Herkunft diagnostiziert worden. Die bisherige Schmerztherapie bestand aus einer Kombination von transdermalem Fentanyl (Durogesic-Schmerzpflaster) – einem starken Opioid – und vom Patienten selbst subkutan injiziertem Morphin. Trotz einer mittlerweile erreichten Dosis, die etwa 900 mg Morphin pro Tag (oral) entsprach, hatten die Schmerzen in den letzten Tagen sprunghaft zugenommen und waren bei der Vorstellung in der Ambulanz extrem stark geworden (NRS Wert 10; 0=kein Schmerz, 10=stärkster vorstellbarer Schmerz). Außerdem bemerkte Herr A. einen zunehmenden Kraftverlust in den Beinen. Seit 3–4 Tagen waren ihm das Gehen und Stehen unmöglich geworden. Bei grundsätzlich gutem Allgemeinzustand war Herr A. der Meinung, dass die Tumorerkrankung nun die Oberhand bekommen hätte und er bald sterben würde. Aus diesem Grund lehnte er jegliche invasiveren Maßnahmen ab.

Wir empfahlen dem Patienten zur Schmerzbeherrschung die Durchführung einer intravenösen Opiattherapie. Dazu war es notwendig, ein Portsystem zu implantieren, um ihn mit Hilfe einer elektronischen Pumpe kontinuierlich mit Morphin und eventuellen Begleitmedikamenten versorgen zu können. Wegen der massiven Schmerzproblematik erschien ein stationäres Vorgehen zur Schmerzeinstellung angezeigt. Bezüglich der Querschnittssymptomatik bestand zudem die Option weiterer diagnostischer Maßnahmen und einer Notfallbestrah-

lung. Daher empfahlen wir Herrn A., Kollegen aus der Strahlentherapie hinzuzuziehen.

Zur Anlage des Portsystems stellten wir den Patienten zunächst in der Gefäßchirurgie vor, wo nach einigen Diskussionen ein Platz für eine Nacht gefunden werden konnte. Die Operation am nächsten Tag verlief problemlos. Nach Installation der Morphinpumpe war der Patient in Ruhe fast schmerzfrei. Parallel wurde eine Konsultation in der Strahlenklinik arrangiert, um die Möglichkeit einer strahlentherapeutischen Behandlung der Knochenmetastasen und Lähmungserscheinungen abzuklären.

Die Indikation zur Bestrahlung wurde auch bestätigt, eine Übernahme des Patienten war jedoch nicht möglich. Trotz langwieriger Gespräche und Anfragen konnte auch auf anderen Stationen zunächst kein Bett für die weitere Behandlung des Patienten gefunden werden. Eine ambulante Bestrahlung schloss sich aufgrund der Entfernung des Wohnortes von Herrn A. und des nicht zumutbaren Transports aus. Zwischenzeitlich zeigte eine weitere Diagnostik einen durch den Tumor verursachten Bruch des zweiten Lendenwirbelkörpers. Daher erfolgte auch eine unfallchirurgische und orthopädische Konsultation. Beide Kliniken lehnten jedoch die Übernahme des Patienten ab, solange dieser grundsätzlich keine Operation wünschte. Schließlich ergab sich zufällig die Möglichkeit, in der HNO-Klinik ein Bett zu bekommen, da wegen eines Kongresses weniger Patienten interbestellt worden waren. Dort wurde der Patient interdisziplinär über 2 Wochen betreut. In dieser Zeit wurden konsiliarisch Bestrahlungen durch die Klinik für Strahlentherapie durchgeführt. Anschließend konnte der Patient in eine mittlerweile initiierte ambulante Pflege entlassen werden.

Kommentar I

Die Überschrift zur beschriebenen Kasuistik weist sehr gut darauf hin, dass wir zu unterscheiden haben zwischen schwerst leidenden Patienten, die der palliativmedizinischen Betreuung bedürfen und solchen, die eine optimale, zumeist leider nur symptomatische Schmerztherapie brauchen.

Palliativmedizin ist ja mehr als nur Bekämpfung von körperlichem Schmerz, sondern umfasst gleichstark den seelischen Schmerz des Kranken und seiner Angehörigen, sowie die Linderung der zumeist zahlreichen anderen quälenden Krankheitssymptome und der psychosozialen Begleitumstände.

Hier, im beschriebenen Fall, handelt es sich um einen seit einem Jahr leidenden Karzinompatienten in „grundsätzlich gutem Allgemeinzustand“ (also keine Tumorkachexie und Körperschwäche o. Ä.) mit zunehmend stärkeren Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWK) wegen umschriebener Metastasierung bei unbekanntem Primärtumor. Völlig zurecht empfahl das aufgesuchte Schmerzzentrum die Anlegung eines Ports, damit die notwendig gewordenen Morphinpräparate intravenös mit einstellbarer Pumpe zugeführt werden können. Dies gelang problemlos.

Nun hatte sich außerdem eine beidseitige Beinlähmung im Sinne einer wohl zunächst motorischen Querschnittslähmung ausgebildet, so dass die Indikation zu einer versuchsweisen Lokalbestrahlung, um das Tumorwachstum und den völligen Zusammenbruch des 2. LWK möglichst zu verhindern, gegeben war. Sowohl die Anlage des Port als auch die Bestrahlung dienten der Akutbehandlung eines Krankheitsbildes, und die Suche nach einem Krankenhausbett war daher völlig berechtigt. Schließlich wurde, nachdem die Morphintherapie nun op-

timal erfolgte, auch ein Bett gefunden, um die zweiwöchige Bestrahlung vorzunehmen. Offenbar gelang dies erfolgreich, denn der Patient konnte in die ambulante Pflege entlassen werden.

Es handelt sich hier also nicht um die anfangs vergebliche Suche nach einem Bett in einer palliativmedizinischen Abteilung oder Klinik, sondern um die leider zunehmend unerträgliche Situation, dass unsere Krankenhausärzte von den Krankenkassen und dann den Klinikverwaltungen gedrängt werden, möglichst keine „Langlieger“, also z. B. Bestrahlungspatienten, aufzunehmen. Dies gilt besonders, wenn das neue Abrechnungssystem der Fallpauschalen schon eingeführt worden ist oder demnächst eingeführt werden wird. Dann kann es auch passieren, dass Patienten, die dringend einer palliativmedizinischen Behandlung – und nicht nur einer kurzfristigen Schmerztherapie – bedürfen, in vielen Kliniken keinen Platz finden oder nach wenigen Tagen schon wieder zum Hausarzt entlassen werden.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

Gründungsmitglied des Evangelischen Hospitals für Palliative Medizin, Ludwig-Tieck-Straße 14, 60431 Frankfurt am Main