

Wenn alle 120 werden wollen...

Der demographische Wandel fordert vor allem auch die Onkologie heraus

Bereits zum siebten Mal fand in St. Gallen das World Demographic & Ageing Forum statt, in dem interdisziplinär über Fragen der Bevölkerungsentwicklung diskutiert wurde. In einer Sitzung wurden Visionen und Berechnungen über die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Medizin der Zukunft am Beispiel der Onkologie präsentiert. Spitäler und Versorgungsstrukturen in den hoch entwickelten Ländern stehen vor grossen Herausforderungen.

Im Zentrum der Diskussionen 2011 auf dem World Demographic & Ageing Forum (WDA) stand das demographische Ungleichgewicht zwischen Generationen, Kulturen und Ländern. Die damit verbundenen Probleme äussern sich unterschiedlich. In einigen Ländern wächst die Bevölkerung, während sie in anderen Ländern zu schrumpfen droht. Das gilt auch für die Schweiz, hier geht die Entwicklung ebenso in Richtung Überalterung wie in vielen europäischen Nachbarstaaten. Alter ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Krebserkrankungen, deren Inzidenz und Prävalenz seit vielen Jahren steigt. Welche Herausforderungen der demographische Wandel für die Onkologie der Industriestaaten bringt, diskutierten auf einem von Pfizer Oncology organisierten und unterstützten Symposium nationale und internationale Experten unter der Leitung von Prof. Dr. med. Thomas Cerny, St. Gallen.

2030 mehr als 20 Millionen neue Krebserkrankungen

Wie schwierig es ist aufgrund der aktuellen Datenlage in der Schweiz verlässliche Vorhersagen zu machen, zeigte Dr. Matthias Bopp vom Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Zürich auf. „Der Ausblick auf die Zukunft ist schwierig, wir haben

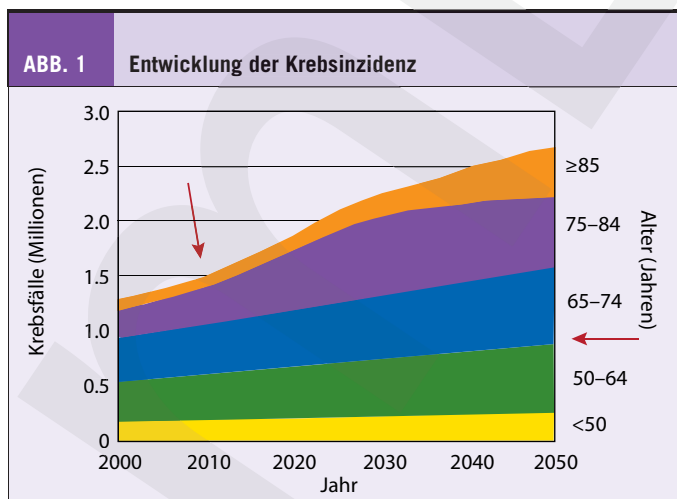
zu wenige Daten. Davon auszugehen, dass es genauso weitergehen wird wie bisher, ist womöglich ein Trugschluss.“ Einige Zahlen: Jedes Jahr erkranken mehr als 11 Millionen Menschen weltweit neu an Krebs und 7,9 Millionen sterben daran. Damit ist Krebs weltweit die zweithäufigste Todesursache. Experten gehen davon aus, dass die Anzahl der Krebserkrankungen steigen wird, so dass im Jahr 2030 21 Millionen Menschen jährlich an Krebs erkranken und 13 Millionen Krebstote zu beklagen sein werden.

Die häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen sind Brust-, Lungen-, Magen- und Darmkrebs. Bei Männern treten am häufigsten Lungen-, Magen-, Leber-, Darm-, Speiseröhren- und Prostatakrebs auf. In demographischen Modellen werde aber nicht berücksichtigt, was zum Beispiel Impfungen bringen, oder dass Menschen an Krebserkrankungen erkranken werden, die sie heute gar nicht erleben würden, führte Dr. Bopp aus. Oder es gibt schon heute Fälle, die nacheinander an drei ganz unterschiedlichen Tumoren erkranken oder Langzeitüberlebende von früher noch tödlichen Erkrankungen tauchen auch nicht in der Statistik auf. Und auch Präventionsmassnahmen sind schwer in ihrem tatsächlichen Effekt berechenbar. Zudem treten plötzlich Krebserkrankungen verstärkt auf, die früher eine Rarität waren (Kaposi bei HIV) oder berufsbedingte Erkrankungen werden früher erkannt oder vermieden.

Bopp geht im Jahr 2030 von einer Verdoppelung der aktuellen Zahlen aus, wobei einige Tumoren zu, andere hoffentlich sogar abnehmen werden. Am Kongress wurden aber auch Daten und Hochrechnungen präsentiert, die bereits bis in das Jahr 2060 reichen. Mit welcher grossen Fehlern solche Berechnungen möglicherweise erstellt werden, zeigte Dr. Bopp anhand des Umkehrschlusses: Was war 1990 für die Zukunft berechnet worden und bis 2008 dann tatsächlich für eine Entwicklung erfolgt? Das Ergebnis: in den 18 Jahren wurde der Anstieg um 39% überschätzt. Sein Fazit: aktuelle Hochrechnungen gehen von einem nicht sehr erfreulichen Szenario aus und die Gesundheitssysteme sollten sich bereits jetzt auf die zukünftig wachsenden Anforderungen vorbereiten.

Das haben wir nicht gewusst...?

Prof. Cerny listete eine Anzahl von Fakten auf, die vor allem das Management onkologischer Erkrankungen betreffen. Die Qualität der Versorgung sei in der Schweiz schon aktuell nicht einheitlich. Wo man erkrankt, habe Auswirkung auf die Prognose. Bei älteren Patienten werden zudem z.B. die Diagnosen verzögert gestellt. Die Generation „Single“ komme nun ins Krebserkrankungsalter, das heisst, diese Patienten brauchen mehr externen Support, weil die Familie fehlt. Ein heute 65-jähriger Schweizer hat noch 23 Jahre Lebenserwartung, Tendenz steigend. Und diese Jahre sollen möglichst mit guter medizinischer in Versorgung hoher Lebensqualität verbracht werden. Das alles bei knapper werdenden personellen und finanziellen Ressourcen.



Das nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015 richtet sich an die Politik und liefert Zahlenmaterial für die politischen Entscheidungsträger. Ein „das haben wir nicht gewusst“ kann es in einigen Jahren nicht als Begründung geben, wenn an Krebs erkrankte einfordern, was schon heute als notwendig für die Zukunft erkannt wurde [1].

Dass auch andere Länder intensiv planen, erzählte der Schwede Dr. Nils Wilking vom Karolinska Institut in Stockholm. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf den Brutkrebskrankungen älterer Frauen. Das Erkrankungsrisiko und die Mortalität sind in Schweden zwar niedriger als zum Beispiel in England, was der Früherkennung durch Screening bei 40–70jährigen, dem Einsatz der Radio-, der Hormon-, sowie der Antikörper-basierten Therapien zu verdanken sei, trotzdem gebe es auch dort noch Verbesserungsbedarf. So habe man festgestellt, dass neue Therapien nicht sofort an die älteren Krebspatientinnen weitergegeben werden. Und auch die Fortschritte einer adjuvanten Therapie bei älteren Patienten, auf die Dr. Wilking sehr hofft, kommen noch nicht bei allen an, die davon profitieren könnten. Die meisten Daten werden zudem bei Patienten erhoben, die zehn Jahre jünger sind als die Hauptbetroffenen. Die Datenlage für über 70-Jährige ist sehr gering.

Sehr dramatisch schätzt Dr. Carlos Quinto, Pfeffingen, die Zukunft der Hausarztmedizin in der Schweiz ein. Gelingt es nicht, die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung mit eigenen Ressourcen, sprich Ausbildung im eigenen Land, abzusichern, so kippe nicht nur die Bevölkerungspyramide, sondern



Dr. Matthias Bopp, Dr. Nils Wilking, Dr. Carlos Quinto, Prof. Dr. Thomas Cerny, Dr. Thomas Schwaller

auch das Gesundheitssystem, warnte er. Neue Strukturen und breite Vernetzung sind nötig, um den gesteigerten Anforderungen gerecht zu werden und die regionalen Besonderheiten weiter gut bedienen zu können.

▼ SMS

Quelle: Symposium „An Ageing Society and the Implications for Oncology“ im Rahmen des World Demographic & Ageing Forum, St. Gallen, 30. August 2011

Literatur:

1. Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015 unter www.oncosuisse.ch
2. www.comparatorreports.se

20 Jahre Palliative Care in St. Gallen

Den unerträglichen Schmerz in ein erträgliches Format bringen

Schmerznachmittage haben in St. Gallen eine lange Tradition. Im Rahmen des 20-Jahrjubiläums der Palliativmedizin fand in diesem Rahmen etwas ganz Besonderes statt: Einige Präsentationen und das von Schmerzpatienten gespielte Theaterstück waren getragen von dem Motto, dass es Mittel und Wege gibt, dass Menschen sich trotz chronischer Krankheiten gesund verhalten können und hoffen dürfen.

Die Palliativmedizin in St. Gallen ist vor zwanzig Jahren am Kantonsspital von Visionären wie Prof. Dr. Hans-Jörg Senn und Dr. Agnes Glaus begründet worden, die damalige Spitalleitung zog mit. Zwei Jahrzehnte später ist unter der Leitung von Dr. Steffen Eychmüller daraus ein Palliativzentrum mit stationärem und ambulanten Bereich sowie einer breiten Vernetzung nach aussen und internationaler Anerkennung geworden. Dieser Weg war nur möglich, weil die richtigen Leute zur richtigen Zeit am richtigen Ort

zusammengekommen waren und sich immer neue Mitstreiter für neue Ideen begeistern liessen, so die Festredner.

Schmerzendes Ich

Am integrierten Schmerznachmittag ging es einmal nicht um Medikamente und Therapien, sondern um einzelne Aspekte, die Schmerz unerträglich bzw. doch wieder erträglich machen können. Der Internist Dr. Daniel Büche ist Leitender Arzt am Palliativzentrum und beschrieb das Menschenbild, das den palliativen Bemühungen zugrundeliegt. Sowohl körperliche, seelische, psychische, soziale und spirituelle bzw. existenzielle Schmerzen können im Einzelfall zu unerträglichem Leiden führen. Und sie bedingen sich gegenseitig, werden körperlicher Schmerz nicht adäquat behandelt, so kann ein Patient auch seelisch invalid werden. „Schmerz ist immer psychosomatisch“, unterstrich Büche. Es gelte, auch nicht-Gesagtes wahrzunehmen und zu erkennen, wenn ein Patient, um dem Arzt zu gefallen, bestimmte Äusserungen mache. Mit dem körperlichen



Schmerz werde oft vom psychischen, spirituellen und sozialen Leiden abgelenkt, so eine Erkenntnis.

Die Bedeutung und Erträglichkeit des Schmerzes sowie die Schmerzwahrnehmung hängen von der Ich-Nähe des Schmerzerlebnisses ab, so eine weitere These. Am Ende des Lebens kann der Schmerz „total“ sein, weil der Tod des Ichs weh tut. Das alles herauszuarbeiten sei eine Frage der Kommunikation und Beziehung zum Patienten und brauche neben medizinischem Wissen auch Erbarmen und Mitleid mit Patient und Angehörigen.

Paartherapie zur Schmerzbewältigung

Können Angehörige als professionelle Mithelfer wirken? Dieser Frage geht Prof. Kati Thieme, Leiterin des Instituts für Medizinische Psychologie an der Philipps-Universität Marburg, in ihren Forschungen auf den Grund. In einer aktuellen Fragestellung wurde untersucht, ob Erkrankungen und psychische Störungen der Bezugspersonen, deren Stressoren und Interaktionsstile, ihre Verarbeitungsstrategien hinsichtlich der Erkrankung des Partners und die Zufriedenheit mit der Partnerschaft einen prädiktiven Wert für die Schmerzintensität der Patientin haben.

Dabei zeigte es sich, dass drei Gruppen unterschieden werden können: 1. dysfunktional verarbeitende Gruppe, 2. interpersonell beeinträchtigte Gruppe und 3. Gruppe der aktiven Verarbeiter.

Partner, die ein grosses Schutzbedürfnis zeigen und „chronisch“ helfen und Zuwendung geben sind dadurch mit verantwortlich für ein hohes Schmerzniveau. Helfen sie dagegen nur kurzfristig bzw. gezielt, und fordern sonst ein möglichst normales Leben ein mit Unternehmungen und sozialen Aktivitäten, so sind Beeinträchtigung und Depression gering. In 12–25 Doppeltherapiestunden, die quasi wie eine Paartherapie fungieren, könne Paaren beigebracht werden, „sich trotz chronischer Krankheit gesund zu verhalten“, so das Fazit der Psychologin.

Wege aus der Hölle

Ein aktuell laufendes Pilotprojekt in St. Gallen ist die Einbindung der Integrativen Medizin in der Palliative Care. Dr. Marc Schläppi, Oberarzt mbF, Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital St. Gallen zeigte die Möglichkeiten der integrativen Medizin bei chronifizierten Schmerzen auf. In einer kleinen Untersuchung wurden bereits verschiedene Ansätze geprüft, die dem Bedürfnis der Patienten und Angehörigen entgegenkommen, selber etwas zu tun (Wickel, rhythmische Einreibung, körperbasierte Energiearbeit, Maltherapie, Meditation usw.). Und auch vom Personal wurden diese Massnahmen als positiv erlebt und stellten eine Bereicherung dar. Machbarkeit und Sicherheit konnten aufgezeigt werden.

Das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ könne sehr gut mit integrativer Medizin bedient werden, betonte Schläppi. Durch einen achtsamen Umgang, das Erleben kostbarer Augenblicke entsteht eine positive Patientenhaltung. Achtsamkeit als Grundhaltung sei aber auch eine gute Burnout-Prophylaxe für das Palliative Care-Team, sagte er.

Alles nur Theater

Besonderer Höhepunkt des Nachmittags war die Aufführung eines Theaterstücks, das die Psychosoziologin Claire Guntern gemeinsam mit Teilnehmern der Schmerzmanagement-Programme am Kantonsspital St. Gallen einstudiert hatte. „Kreativität und Lebensfreude stärken unsere Stärken und schwächen unsere Schwächen“, so ein Motto, das von den Darstellern aufgegriffen wurde. Ärzteschaft und Therapeuten wurden sehr genau betrachtet und im Spiel rückgemeldet, was nicht so gut ankommt. Das Gefühl, immer dasselbe gefragt zu werden und erzählen zu müssen, ohne dass je echtes Verständnis und zupackende Hilfe kommt zum Beispiel.

Betroffen machte auch der Erfahrungsbericht einer Angehörigen, deren Mann innerhalb kürzester Zeit auf der Palliativstation an einem fortgeschrittenen Malignen Melanom verstarb. Sowohl für ihren Mann als auch für sie war nach der niederschmetternden Diagnose klar, dass keine therapeutischen Massnahmen mehr stattfinden sollten, die letzte gemeinsame Zeit wollten sie so intensiv wie möglich miteinander erleben. Nach 25 Jahren Ehe war diese Zeit emotional unglaublich belastend für die Frau, sie fühlte sich aber vom Personal und anderen Angehörigen sehr gut begleitet und gut aufgehoben. „Nur Dank der familiären Umgebung und dem würdevollen Umgang habe ich diese Zeit überstehen können“, stellte sie der Palliativstation ein sehr gutes Zeugnis aus.



Dr. med. Steffen Eychmüller,
Leitender Arzt Palliativzentrum,
Kantonsspital St. Gallen

Aus Sicht der Grundversorger, die der Allgemeinmediziner Dr. Christian Häuptle aus Gossau darlegte, musste sich das Palliativnetz erst bewähren. Widerstände gab es auf allen Ebenen, aber mittlerweile habe sich die Zusammenarbeit sehr gut eingespielt, betonte er. Besonders der palliative Brückendienst sei für Patienten und Angehörige eine sehr komfortable Einrichtung und erlaube es oft, Patienten bis zum Lebensende zuhause zu versorgen.

„Ansichten und Einblicke eines kritischen Freundes“ lieferte schliesslich Dr. Hans Neuenschwander, FMH für Innere Medizin, FMH Onkologie aus Lugano, der von Anfang an aus der Distanz die Entwicklung der Palliativmedizin in St. Gallen begleitet hat. Man traf sich und arbeitete in einer Extragarnitur der SBB an diversen Fragestellungen, neben der Diskussion von Problemen hatte man aber auch Zeit für tiefgründige Gespräche. „Die Wiedereinführung der Gelassenheit in die Medizin – und in das Leben“ könnte man als eine gemeinsame Erkenntnis formulieren.

▼ SMS

Quelle: 20 Jahre Palliative Care, Kantonsspital St. Gallen, 15. September 2011