

«Ziel der Palliativmedizin ist nicht immer die Behandlung der Beschwerden, sondern diesen Beschwerden einen sicheren Raum zu geben»



Marta Mazzoli

Synapse: Wie definieren Sie Palliative Care?

Dr. med. Marta Mazzoli: Bei der Definition von Palliative Care bin ich extrem streng. Die Definition, an der ich mich – neben der Definition in den Nationalen Leitlinien Palliative Care Schweiz – orientiere, ist diejenige der WHO: «Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht, und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.»

Das heisst für mich: Palliative Care ist weder End-of-Life-Care, bzw. nicht nur End-of-Life-Care, noch Tender-Loving-Care. Palliative Care soll schon von der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung an infrage kommen und mit dem Patienten und der Patientin und der Familie angesprochen werden. In diesem Zusammenhang haben die palliativen konsiliarischen Dienste in den Spitälern und die palliative Sprechstunde eine prioritäre Rolle, indem sie frühzeitig die Möglichkeit anbieten, den Patienten und die

Familie kennenzulernen, wenn die krankheitsorientierten Behandlungen noch aktiv sind. Wichtig ist, dass Palliative Care ein Teil der Behandlung – und das Palliativteam ein Teil des behandelnden Teams ist.

Wie nehmen Sie heute das Verhältnis zwischen Palliative Care- und Sterbehilfe-Organisationen wahr? Als Partner oder Konkurrenten?

Der Bundesrat hat am 29. Juni 2011 entschieden, die organisierte Suizidhilfe nicht zu verbieten oder im Gesetz ausdrücklich zu regeln, sondern Palliative Care und Suizidprävention zu fördern. Ziel ist es, die Selbstbestimmung des Einzelnen in der letzten Lebensphase zu stärken. Indem Palliative Care Leiden lindert und unheilbar kranken Menschen ein stabiles Betreuungsnetz bietet, trägt sie in bedeutendem Masse dazu bei, die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken.

Ich sehe die Sterbehilfeorganisationen nicht als Konkurrenten für die Palliative Care. Die Sterbehilfeorganisationen bieten im Gegenteil eine wichtige Möglichkeit, die für gewisse Patienten infrage kommen kann und wofür viele Menschen, sogar von anderen Ländern, in die Schweiz kommen möchten. Ich denke, dass eine wichtige Aufgabe der Palliative Care die Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Familie bei der Entscheidungsfindung ist. Dazu gehört auf jeden Fall die Entscheidung zur Freitodbegleitung. Obwohl der begleitete Freitod im Hospiz nicht möglich ist, respektiert das Hospizteam, dass es Menschen gibt, für die der Freitod nach reiflicher Überlegung eine Option ist. Patientinnen und Patienten können Vertreter von Sterbehilfeorganisationen im Hospiz für ein Gespräch empfangen, wenn dies für die Klärung ihrer Anliegen wichtig ist. Die Hospizärzte sind in diesem Fall offen für einen Kontakt mit den Vertretern der Sterbehilfeorganisationen.

Kann Ihrer Meinung und Erfahrung nach Beihilfe zum Suizid unter Umständen (bei unheilbarer und schmerzvoller

Krankheit) mit dem ärztlichen Ethos vereinbar sein?

Ich finde es schön, wenn die Rahmenbedingungen klar sind, vor allem die Umstände, die Sie erwähnt haben, müssen klar sein. Ausserdem muss die Patientin oder der Patient nicht nur urteilsfähig, sondern auch gut informiert sein, was er oder sie für Alternativen in der Palliative Care hätte. Die Rolle der Familie muss auch klar sein, am besten sollte die Familie in den Entscheidungsfindungsprozess involviert werden. Die Freitodbegleitung führt für die verbliebene Familie zu weiteren wichtigen Entscheidungen und Konsequenzen, die angesprochen werden müssen. Zum Beispiel bei Fragen wie: Wo soll die Freitodbegleitung stattfinden? Sind die Angehörigen dabei? Benötigen die Angehörigen vor und vor allem danach professionelle Unterstützung?

Welchen Stellenwert hat Palliative Care heute in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte? Gibt es genügend Lehrstühle für PC?

Ich finde, dass wir in den letzten Jahren schon vieles erreicht haben. Palliative Care hat immer mehr Platz im Medizinstudium gefunden. Seit mehreren Jahren gibt es sogar im ersten Jahr des Medizinstudiums eine Vorlesung zum Thema Palliative Care. Zudem werden interprofessionelle Weiterbildungen für Ärzte etabliert und weiterentwickelt. Seit 2016 haben wir einen Schwerpunkt in Palliative Care. Zudem wurden seit 2011 mehrere Lehrstühle für Palliative Care etabliert. Für die weitere Verankerung der Palliative Care in der Schweiz sind diese Lehrstühle sehr wichtig. Das ist viel mehr als andere Länder zur Verfügung haben. Es gibt aber trotzdem noch Luft nach oben.

Wo liegen die Grenzen der Palliativmedizin?

Das ist eine ganz gute Frage, vielen Dank! Ich finde, diese Frage gehört zu der noch wichtigeren Frage «Wo liegen die Grenzen der Medizin?» und vielleicht auch «Wo liegen unsere eigenen Grenzen?» Wenn wir später bei diesem Interview die Indikationen zur spezialisierten Palliativmedizin erwähnen, werden wir sofort

verstehen, dass viele Beschwerden nicht lösbar oder behandelbar sind. Diese schwierigen Beschwerden betreffen nicht unbedingt die körperlichen Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit, sondern mehr das psychosoziale oder spirituelle Leiden der Patienten. Rückenschmerzen kann man in der Regel erfolgreich behandeln, im Gegensatz zu familiären Konflikten oder dem psychischen Leiden beim Autonomieverlust. Es wäre nicht realistisch, zu sagen, dass die Palliativmedizin alle diese Beschwerden erfolgreich behandeln kann. Ziel der Palliativmedizin ist nicht immer die Behandlung der Beschwerden, sondern diesen Beschwerden einen sicheren Raum zu geben, wo man darüber sprechen und sich damit auseinandersetzen darf.

Kann Palliativ-Medizin in jedem Fall Schmerzen verhindern?

Nein! Die Komplexität und die Herausforderung der Palliativmedizin ist, dass wir es oft mit multidimensionalen Beschwerden zu tun haben. Das klassische Beispiel ist der Begriff der «Total Pain». Schmerz hat nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische, soziale und spirituelle Dimension. Deswegen ist in der Palliativmedizin ein multiprofessionelles Team entscheidend. Manchmal erfolgt die erfolgreichere Behandlung der Schmerzen in der Palliative Care nicht durch das Opioid (oder nicht nur), sondern durch die Begleitung durch die Psychologin, den Seelsorger oder die Musiktherapie.

Kann man sich als Patient Ihrer Meinung und Erfahrung nach aufs Sterben vorbereiten?

Wie definieren wir einen Patienten? Patient ist ein medizinischer Begriff, mit dem ein Mensch bezeichnet wird, der ärztlich behandelt wird. Ich denke, wenn wir warten, bis wir selber zum schwerkranken Patienten werden, könnte es zu spät sein, um uns auf unser Sterben vorzubereiten. Ich glaube, wir sollten das Leben geniessen und versuchen, unsere Resilienz zu stärken. Ausserdem würde ich auch sagen, dass wir offener über das Thema Sterben und Tod miteinander sprechen sollten. Dabei könnte sicher das Ausfüllen einer Patientenverfügung oder Advance Care Planning dienen.

Das Hospiz im Park ist eine Klinik mit öffentlichem Auftrag für Palliative Care. Was heisst das konkret? Worin besteht der öffentliche Auftrag?

Es stimmt, das Hospiz hat von den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt

einen Leistungsauftrag für Palliative Care erhalten. Das heisst konkret, dass wir bis zu zehn Patienten mit der entsprechenden Indikation für spezialisierte Palliative Care aufnehmen und betreuen dürfen. Die Indikationen basieren auf dem biopsychosozialen Medizinmodell. Auch hier kann man sehen, wie die Indikationen der Komplexität der spezialisierten Palliative Care entsprechen. Bei den Indikationen legen wir speziellen Wert auf die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den Zuweisern (Hausärzte oder Spitalärzte).

Die stationäre Abteilung ist sicher aktuell unser Kerngeschäft. Daneben bieten wir auch palliative Sprechstunden und Hausbesuche an. Das Ambulatorium ist uns sehr wichtig, da die Patienten dadurch die Möglichkeit haben, uns früh im Verlauf der Krankheit kennenzulernen (Early Palliative Care). Ein anderes wichtiges Angebot im ambulanten Setting ist die Infostelle Baselland, wo Hausärzte, Pflegefachpersonen, Angehörige und Betroffene uns anrufen und sich erkundigen können, welche Versorgungsmöglichkeiten bezüglich Palliative Care im Kanton Basel-Landschaft bestehen. Das von Frau Dr. h.c. Vreni Grether gegründete Hospiz im Park feiert dieses Jahr übrigens sein 25-jähriges Jubiläum.

Sie haben als Onkologin und Palliativmedizinerin in Italien und der Schweiz gearbeitet. Wie unterscheiden sich die beiden Länder bezüglich (Förderung von) Palliative Care?

Die Palliative Care in Italien ist gut entwickelt. Vor allem bei den mobilen palliativen Teams, die für die häusliche Betreuung der Palliativpatienten zuständig sind, ist der Unterschied extrem. In Italien gehört die palliative Betreuung zu Hause zum Hospizaufenthalt, was für die Patienten und die Kontinuität der Betreuung sehr hilfreich ist. Das heisst: In der Regel ist das gleiche Team, das im Hospiz stationär arbeitet, für die Patienten zu Hause zuständig. Das hat sicher auch mit dem kulturellen Hintergrund meines Heimatlandes zu tun. Die italienische Familie ist kulturell geprägt dazu bereit, die Angehörigen zu Hause zu betreuen. Wenn es nicht möglich ist, dass die Angehörigen rund um die Uhr die Betreuung übernehmen können, wird oft eine Betreuerin angestellt, die beim Patienten übernachten kann. Ich glaube, das wäre in der Schweiz vor allem finanziell nicht tragbar.

Wie hat die Corona-Pandemie die Palliativmedizin (bzw. Ihre Arbeit im Hospiz im Park) verändert?

Die grösste Herausforderung war während des Lockdowns, als überall Besuchsverbot galt, ein menschwürdiges Lebensende bei den Palliativpatienten zu gewährleisten, vor allem mit liebevoller Pflege und im Beisein der Familie, und gleichzeitig die Schutzmassnahmen zu respektieren. Das war hart und schmerhaft! Trotzdem bin ich der Meinung, dass die Corona-Pandemie auch positive Auswirkungen hatte. Die Pandemie hat gewisse Themen, die zur Palliative Care gehören, näher an die Menschen gebracht. Zum Beispiel sind Überlegungen und Gespräche zur Patientenverfügung, Advance Care Planning oder Notfallplanung plötzlich nötig und dringend geworden. Ich hoffe, dass diese Kultur bleiben wird.

Sie sind seit dem 1. Januar 2021 neue Chefärztin im Hospiz im Park. Welche (Zwischen-) Bilanz ziehen Sie nach einem halben Jahr?

Ich bin so erleichtert, dass wir seit wenigen Monaten fast wie vor der Pandemie arbeiten dürfen. Das ist wirklich das Wichtigste. Ausserdem arbeiten wir alle daran, dass wir uns als Team finden können. Ich glaube, gemeinsame Ziele aufbauen zu können, war meine erste Aufgabe. Wo wollen wir hin? Welches sind unsere Werte und Wünsche als Team? Wie wollen wir uns positionieren? Parallel dazu wird der Stiftungsrat mit dem Managementteam die strategische Weiterentwicklung des Hospiz im Park proaktiv weiterbearbeiten.

Eine persönliche Frage zum Schluss: Wie wünschen Sie sich Ihr eigenes Lebensende?

Eigentlich wünsche ich mir vor allem, dass ich bei meinem Lebensende ein Vorbild für meinen Sohn sein werde. Ich bin davon überzeugt, dass meine Aufgaben als Mutter nur erfüllt sind, wenn ich meinem Sohn gezeigt habe, wie man sterben soll. Ich wünsche mir, dass ich nicht allein sterben muss und dass ich liebevoll begleitet werde. Ich hoffe, dass ich und meine Familie loslassen dürfen. Was ich meinem Team oft sage ist, dass jeder sterben soll oder darf, wie er gelebt hat.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Dr. med. Marta Mazzoli ist Chefärztin im Hospiz im Park, Klinik für Palliative Care in Arlesheim