

- ▶ **Palliative Care** ist als **Therapiezieländerung** zu verstehen.
- ▶ **Ziel** einer palliativen Betreuung ist eine **Lebensverlängerung** und die **Förderung von Wohlbefinden** im Zuge einer schwerwiegenden Erkrankung.
- ▶ Eine solche Betreuung kann bei entsprechender Indikation **auch begleitend zu einer antineoplastischen Behandlung** erfolgen.



Palliation in der Onkologie

Primäres Ziel einer palliativen Betreuung ist es, durch eine spezialisierte, interdisziplinäre Versorgung und Kommunikation die individuellen Prioritäten und Werte der PatientInnen zu berücksichtigen.

Der „pallium“ steht in dem Begriff „Palliation“ als Synonym für einen Mantel, in den die PatientInnen schlüpfen können und der sich aus individueller Pflege, medizinischer und psychosozialer Betreuung, Physiotherapie sowie Seelsorge bzw. Spiritual Care zusammensetzt. Dadurch sollen PatientInnen und deren Angehörige ein besseres Verständnis ihrer Erkrankung, deren Prognose und möglicher Behandlungsoptionen erlangen. Soziale, kulturelle und auch spirituelle Aspekte fließen in die Betreuung ein. Palliative Care ist nicht als Therapieabbruch, sondern als Therapiezieländerung zu verstehen. Palliativstationen sind auf Spitalsbasis meist in onkologische Zentren integriert und sind Bettenstationen mit etwa acht bis vierzehn Betten. An manchen Spitälern sind Palliativkonsiliardienste und/oder Palliativambulanzen etabliert, im niedergelassenen Bereich stehen mobile Palliativteams zur Verfügung. Wenngleich es zahlreiche nicht-maligne, chronische palliative Erkrankungen gibt, leidet der Hauptteil der betreuten PatientInnen auf Palliativstationen an fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen.

Einigen gängigen Vorurteilen gegenüber dem Konzept der Palliative Care kann mit gut publizierten wissenschaftlichen Studien begegnet werden.

1. Mythos: Palliative Care beschäftigt sich nur mit dem Sterben

Per definitionem versteht sich Palliative Care nicht ausschließlich als Alternative zu einer

auf Heilung ausgerichteten Behandlung und bezieht sich ausdrücklich nicht nur auf die Behandlung von PatientInnen, die sich schon im letzten Stadium einer tödlichen Erkrankung befinden. Ziel einer palliativen Betreuung ist eine Lebensverlängerung bei verbesserter Lebensqualität. Eine solche Betreuung ist keine Alternative zu einer antineoplastischen Behandlung, sie kann bei entsprechender Indikation auch begleitend erfolgen. Eine randomisierte Studie, die 2010 im New England Journal of Medicine publiziert wurde, konnte nachweisen, dass im Vergleich zu einer onkologischen Standardtherapie das Leben von PatientInnen mit Lungenkrebs im Stadium IV durch eine frühe palliative Betreuung nach Erstdiagnose um drei Monate verlängert wurde. Die Betreuung bestand darin, dass die PatientInnen zumindest einmal pro Monat von einem Palliativteam betreut und physische sowie psychosoziale Beeinträchtigungen erhoben wurden. Weiters konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass psychische Beschwerden wie Angst oder Depression in der Gruppe der PatientInnen, die eine palliative Betreuung erhielten, signifikant geringer auftraten. Daraus kann geschlossen werden, dass eine palliative Betreuung nicht zu einem Verlust von Hoffnung führt. Im Gegenteil, wir Menschen sind planende Wesen. In Notsituationen lassen sich individuelle Wünsche oftmals nicht verwirklichen, somit ist eine vorausschauende Planung vonnöten, um für den Ernstfall vorbereitet zu sein. Erfahrungsgemäß ist es so, dass PatientInnen es sehr zu schätzen wissen, aktiv auf die Möglichkeiten einer palliativen Betreuung hinge-



**Ass. Prof. Priv.-Doz.
Dr. Eva Katharina Masel, MSc**
Klinische Abteilung für
Palliativmedizin, Universitätsklinik
für Innere Medizin I,
Medizinische Universität Wien

wiesen und über deren Nutzen und Bedeutung aufgeklärt zu werden.

Häufige Vorbehalte gegen Palliation:

Warum gibt es Vorbehalte in Bezug darauf, den PatientInnen die Möglichkeit einer palliativen Betreuung anzubieten? Nicht selten wird gefürchtet, dass es in der Palliative Care ausschließlich darum geht, die Empfehlung eines AND („allow natural death“ oder DNR („do not resuscitate“) auszusprechen, dass die PatientInnen sich als aufgegeben empfinden würden oder dass man ihnen Hoffnung nimmt, indem man mit ihnen über eine palliative Betreuung spricht. Eine andere gängige Praxis ist die Einstellung, dass man im medizinischen Bereich ständig mit sterbenden Menschen konfrontiert ist, man daher selbst ausreichend Erfahrung habe und keine zusätzliche Expertise benötige. Ein hoher Prozentsatz an PatientInnen im hämato-onkologischen Bereich erhält antineoplastische Therapien im letzten Lebensmonat und verstirbt auf Intensivstationen. Das repräsentiert die Realität eines Grundsatzes, den man als „mit wehenden Fahnen untergehen“ bezeichnen kann und der häufig eine Auseinandersetzung mit der grundsätzlichen Frage der Sinnhaftigkeit einer Intervention verhindert.

2. Mythos: Palliative Care beschäftigt sich nur mit Gesprächsführung

Gesprächsführung, das Führen von End-of-Life-Diskussionen oder auch von Zukunftsgesprächen sind ein elementarer Teil einer palliativen Betreuung. Jedoch versteht sich die Palliation weit darüber hinaus als eine aktive Therapieform. Unabhängig von der Prognose ist das Ziel die Förderung von Wohlbefinden im Zuge einer schwerwiegenden Erkrankung. Dies gelingt mitunter durch eine gezielte Verbesserung von Symptomen. Häufige Symptome, an denen PatientInnen mit schwerwiegenden Erkrankungen leiden, sind Angst und Depression, Schmerz, Inappetenz, Kachexie, Gewichtsverlust, Immobilität, Sarkopenie, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen. Lebensqualität ist subjektiv und wird von medizinischem Personal oft wesentlich schlechter eingeschätzt als von den PatientInnen selbst. Auch das Vermeiden von Polypharmazie (per definitionem: > 5 Medikamente), von Medikamenteninteraktionen und das Verabreichen der richtigen Therapie zum richtigen Zeitpunkt stellen Kernelemente einer palliativen Versorgung dar.

3. Mythos: Palliative Care ist demoralisierend

Erwiesenermaßen werden End-of-Life-Gespräche zu spät geführt. Wir als medizinisches Personal sind dazu aufgefordert, aktiv das Gespräch zu suchen, denn wir sind die Expertinnen bzw. Experten. Die Scheu davor wird erst dann abnehmen, wenn wir es versuchen und selbst beobachten, wie dankbar die meisten PatientInnen dieses Gesprächsangebot annehmen und wie förderlich solche Gespräche für die Arzt-PatientInnen-Beziehung sind. Der unausgesprochene „Elefant im Raum“ kann aus schwierigen Situationen schwierige PatientInnen und Familien machen. Unklarheiten führen nicht selten zur Verlagerung auf Nebenschauplätze wie Laborwerte und Untersuchungsergebnisse, während im Grunde der Tod nahe ist. Eine hohe Anzahl an PatientInnen wünscht Informationen über ihre Prognose, wobei

man es hier mit Max Frisch halten kann: „Man sollte die Wahrheit dem anderen wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann – nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen.“ Dies führt zu einer realistischeren Sicht auf die Lebenserwartung vonseiten der PatientInnen, ohne das emotionale Befinden oder die Arzt-PatientInnen-Beziehung negativ zu beeinträchtigen.

Wann sollte eine palliative Betreuung beginnen?

Im Rahmen einer Studie an praktischen Ärzten ergab die Einschätzung der Surprise Question in Form der Frage „Wäre ich überrascht, wenn mein Patient/meine Patientin im nächsten Jahr verstirbt?“ eine hohe Sensitivität in Bezug auf das Überleben. Sollte man diese Frage mit einem „Nein“ beantworten, wäre wahrscheinlich der adäquate Zeitpunkt für das Einleiten eines Advance Care Plannings (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) und einer Information über Betreuungsmöglichkeiten in der kommenden Zeit. Ein Arbeitsbehelf zum Errichten einer Patientenverfügung (28 Seiten) findet sich im Internet und kann den PatientInnen im Falle der gewünschten Errichtung einer Patientenverfügung zur Vorbereitung ausgedruckt mitgegeben werden. Der Arbeitsbehelf beinhaltet Formulierungshilfen, Anleitungen, Kontrollfragen und Merkblätter. Sowohl die beachtliche als auch die verbindliche Patientenverfügung sind fünf Jahre gültig, wobei die verbindliche Patientenverfügung notariell zu beglaubigen ist. Sollte der Patient/die Patientin jedoch innerhalb von fünf Jahren die Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit verlieren, bleibt die verbindliche Patientenverfügung darüber hinaus wirksam. Der „Ferrari“ unter der Vorsorge ist die Kombination einer verbindlichen Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht. Eine Beratung wie auch die Errichtung sind über Notariatskanzleien und auch über die Patientenanzwaltschaft möglich, jedoch kostenpflichtig. Im Gegensatz zur Patientenverfügung, bei der jede Entscheidung einzeln im Vorfeld festgelegt wird, wird im Rahmen

der Vorsorgevollmacht ein Vertreter/eine Vertreterin bestimmt, der/die im Interesse des Patienten/der Patientin handelt.

Symptommanagement im Bereich der Palliative Care

Palliative-Care-Teams sind auf die Behandlung von diversen Symptomen spezialisiert. Im Rahmen dieses Artikels soll auf **Schmerz als häufiges Symptom** eingegangen werden. Der Prozentsatz an Schmerzen bei PatientInnen mit Tumorerkrankungen liegt bei 15–75 %. Somit sind Kenntnisse in Bezug auf eine entsprechende Schmerztherapie unabdingbar. Es empfiehlt sich die Anwendung von Schmerzmitteln nach dem 1986 von der WHO (World Health Organization) publizierten Stufenschema (**Tab.**) zur Behandlung von Schmerzen im Rahmen von Krebserkrankungen.

Einsatz von Opioiden: Zuletzt gab es viel mediale Kritik zur Anwendung von Opioiden. Dabei ist jedoch wichtig, zwischen chronischen Schmerzen, bei denen Opiode mit großer Vorsicht angewendet werden sollten, und Tumorschmerzen zu differenzieren. Die Gabe von starken Opioiden (Stufe III) ist im Falle von Krebserkrankungen häufig erforderlich und unabdingbar. Präparate der Stufe II (Codein, Tramadol) kommen eher selten zur Anwendung und haben einen Ceiling-Effekt, was bedeutet, dass bei bereits hoher Dosierung durch eine weitere Steigerung keine verstärkte analgetische Wirkung mehr zu erzielen ist. Bei manchen PatientInnen ist die Anwendung von Tramadol jedoch ausreichend analgetisch wirksam, Tramadol verursacht weiters einen Serotonin-Release und hat auch eine gute Wirkung bei neuropathischer Schmerzkomponente (CAVE: Serotoninrelease in der Kombination mit Psychopharmaka). Stufe II sollte aufgrund des kompetitiven Antagonismus nicht mit Stufe III kombiniert werden, hier sollte man entweder bei Stufe II bleiben oder auf Stufe III switchen.

Die Gabe von Opioiden verlangt ein „Verkaufsgespräch“, PatientInnen müssen darü-

ber informiert werden, dass eine Opioidgabe im Falle von Schmerzen weder zu einem verkürzten Überleben noch zum Auftreten von Abhängigkeit oder Sucht führt – „morphine kills the pain and not the patient“. Eben aus diesem Grund werden retardierte Präparate eingesetzt, die langsam anfluten. Dazu stehen orale Retardpräparate sowie über mehrere Tage wirksame Schmerzpfaster zur Verfügung. Bei kachektischen PatientInnen ist die Lipophilie von Schmerzpfastern zu berücksichtigen, diese werden gegebenenfalls bei kaum vorhandenem Unterhautfettgewebe nicht resorbiert. Zu bedenken ist auch ein mögliches „end of dose failure“ im Sinne einer vorzeitigen Wirkungsabnahme am Ende des Dosierungsintervalls der Basistherapie. Praktisch kann man dieser Tatsache begegnen, indem man Schmerzpfaster eventuell nicht wie empfohlen nach drei oder vier Tagen, sondern gegebenenfalls einen Tag früher wechselt oder orale retardierte Präparate anstatt zweimal täglich dreimal täglich verschreibt. Bei Bedarf sollen in jedem Fall nichtretardierte, kurz wirksame Opioide als Bedarf gegen „Hintergrundschmerzen“ verschrieben werden. Werden diese über viermal täglich abgerufen, sollte man an eine Steigerung der Basistherapie denken. Hintergrundschmerzen treten trotz Basistherapie auf und sind von Durchbruchschmerzen zu differenzieren. Im Falle von Durchbruchschmerzen kommt es zu Schmerzspitzen innerhalb weniger Minuten und einem Abklang nach etwa 30 Minuten. Hier wirken kurz wirksame Opioide meist zu langsam. In diesem Fall muss auf eine intravenöse Opioidgabe oder rasch wirksame Opioide (z. B. bukkales Fentanyl) zurückgegriffen werden, deren Wirkung innerhalb von etwa zehn Minuten eintritt. Eine falsche Anwendung von rasch wirksamen Opioiden ist zu vermeiden und kann zu einem Craving im Sinne

Tab.: WHO-(World-Health-Organization-)Stufenschema der Schmerztherapie

STUFE I Nichtopioide	STUFE II schwache Opioide	STUFE III starke Opioide	STUFE IV invasive Verfahren
Metamizol	Codein	Buprenorphin	Intrathekalpumpe
NSAR (Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Diclofenac, Ketoprofen, Mefenamensäure, Naproxen, Oxicame)	Tramadol	Fentanyl	Neurolysen
Coxibe (Celecoxib, Parecoxib)		Hydromorphon	Plexusblockaden
Paracetamol		Methadon	Periduralkatheter
		Morphin	Spinal Cord Stimu- lation
		Oxycodon	Spinalkatheter
		Tapendatol	
	+ Stufe I	+ Stufe I	+ Stufe I-III

eines Verlangens nach der Substanz ohne Vorliegen von Schmerz führen.

Kombination von Stufe III und Stufe I:

Generell sollten in der Schmerztherapie Medikamente der Stufe III mit Schmerzmitteln der WHO-Stufe I kombiniert werden, um die Opioidwirkung zu verstärken (Tab.). Ein beliebtes Präparat der WHO-Stufe I stellt hier Metamizol dar, das auch bei eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion verabreicht werden kann (CAVE: keine antiphlogistische Wirkung). Das Risiko einer Agranulozytose ist mit 1 : 1.000.000 vernachlässigbar. Mögliche Alternativen sind Diclofenac (CAVE: Kontraindikation ab NYHA II sowie Niereninsuffizienz), das eine antiphlogistische Komponente aufweist, Paracetamol (CAVE: Leberfunktion; keine antiphlogistische Wirkung) sowie Naproxen, das eine lange Halbwertszeit aufweist und die niedrigste Kardiotoxizität hat. Weiters ist das Berücksichtigen eines „mixed pain“, eines gemischten Schmerzes, der aus einer nozizeptiven und einer neuropathischen Schmerzkompo-

nente besteht, erforderlich. Dies ist gerade im Falle von Tumoren von Bedeutung, die im Bereich von verlaufenden Nervengeflechten liegen (z. B.: Analkarzinom, Pancoast-Tumor, Pankreaskarzinom, Zervixkarzinom, HNO-Tumoren). Zum Assessment von neuropathischen Schmerzen eignen sich Bögen wie der ID-Pain, LANNS Scale, Neuropathic Pain Questionnaire, PainDETECT, Ten-Item Questionnaire. Medikamente wie Gabapentin oder Pregabalin haben eine niedrige „number needed to treat“ von 4–6 und somit eine gute Evidenz in der Behandlung des neuropathischen Schmerzes.

Weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten:

Weitere Therapieoptionen bei Schmerzen sind dual wirksame Antidepressiva wie Duloxetin, Milnacipran oder Venlafaxin, die die schmerzhemmenden Bahnen im Rückenmark aktivieren, sowie das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin (NNT: 2–3; CAVE: anticholinerge Nebenwirkungen, Kardiotoxizität). Cannabinoide sind zwar bei PatientInnen sehr beliebt, da sie oft

als „Naturprodukt“ perzipiert werden, sie gelten in der Schmerztherapie jedoch generell als Third-Line-Option und haben beim Vorliegen von neuropathischen Schmerzen moderate Evidenz. Ihr Erfolg resultiert häufig aus der affektiven Komponente in Bezug auf die Schmerzverarbeitung.

Die Anwendung von Capsaicin-Pflastern und Lidocain-Pflastern ist als Lokaltherapie bei Vorliegen von Allodynie oder fokaler Neuropathie möglich. Bei hohen Opioiddosierungen empfiehlt sich der Beginn mit einer Schmerzpumpe (Patient-controlled Analgesia- [PCA-]Pumpe), die subkutan oder intravenös angewendet werden kann. Zunehmend beliebt bei PatientInnen mit fortgeschrittenen palliativen Erkrankungen ist die Anlage eines PIC-Katheters („peripherally inserted central venous catheter“), der über eine Vene des Oberarmes angelegt wird und neben der Anwendung einer PCA-Pumpe auch zur Gabe einer parenteralen Ernährung oder zur Blutabnahme geeignet ist. Im Falle einer bakteriellen Besiedelung kann er rasch entfernt werden und muss im Gegensatz zu einem Port-a-Cath nicht explantiert werden. Die empfohlene Liegedauer beträgt laut Medizinproduktegesetz vier Monate, es ist jedoch individuell auch eine Verwendung darüber hinaus möglich. Das Infektionsrisiko sowie eine erhöhte Thromboserate sind zu bedenken. Bei Ausschöpfung von Kombinationen der Schmerzmittel aus Stufe I–III kann zusätzlich die Anwendung der Stufe IV im Sinne von invasiven Verfahren wie Intrathekalkumpen, Neurolysen, Plexusblockaden, Periduralkathetern, Spinal-Cord-Stimulation oder Spinalkathetern vonnöten sein.

Palliative Betreuung bei neurologischen Erkrankungen

Ziel ist die Integration der Palliative Care in das Fachgebiet der Neurologie. Es soll sich

weder für BehandlerInnen noch für PatientInnen so anfühlen, als würde eine Tür zugemacht, um die andere zu öffnen. Beide Fachdisziplinen sollten gemeinsam das beste Outcome für den Patienten/die Patientin anstreben. Dazu zählt es auch, die PatientInnen und ihre Angehörigen auf eine Situation vorzubereiten, in der sie sich auf Grund der Natur ihres neurodegenerativen Leidens nicht mehr selbst äußern können. Antizipatorisches Denken und vorausschauendes Planen entlastet in diesem Fall nicht nur die PatientInnen selbst, sondern gibt auch dem medizinischen Personal Halt, im Sinne des Patienten/der Patientin handeln zu können. PatientInnen mit amyotropher Lateralsklerose (ALS), Demenzerkrankungen, Morbus Parkinson oder Glioblastomen benötigen bei fortschreitender Erkrankung nicht selten eine palliative Betreuung. Sprach- und Autonomieverlust, mögliche Symptome wie Angst, Agitation, Delir, Depression, Dysphagie, Fatigue, Kopfschmerz, Sarkopenie, Somnolenz und Krampfanfälle erfordern eine entsprechende Expertise. Oft sind es Clustersymptome, die auftreten und multidisziplinär versorgt werden sollten. Palliative-Care-Teams bestehen neben ärztlichem und pflegerischem Personal aus Diätologinnen/Diätologen, PhysiotherapeutInnen, Psychologinnen/Psychologen und SeelsorgerInnen. Auch Angehörige sind häufig traumatisiert von den Wesensveränderungen der PatientInnen und benötigen eine entsprechende Betreuung. Ob Menschen im Krankenhaus oder zu Hause versterben, ist zu einem großen Anteil von sozio-ökonomischen Faktoren abhängig. Werden rechtzeitig Informationen zur Verfügung gestellt, mobile Palliativteams organisiert sowie Eventualitäten besprochen, ist eine solche Versorgung durchaus denkbar und oftmals auch erwünscht. Für komplexe Situationen stehen weiterhin Palliativstationen zur Verfügung.

Eine Studie an PatientInnen mit Glioblastomen konnte zeigen, dass die Kosten für die Gruppe an PatientInnen, die eine häusliche palliative Betreuung erhielten, 2 % der Kosten jener PatientInnen betragen, die hospitalisiert wurden und keine palliative Betreuung erhielten (517 Euro vs. 24.076 Euro per Hospitalisation). Das mediane Überleben betrug in der Gruppe der im häuslichen Umfeld palliativ Betreuten 13 Monate und in der Gruppe der im Krankenhaus Betreuten 11 Monate.

Palliative Care schenkt den PatientInnen Aufmerksamkeit

Der medizinische Beruf ist ein sozialer Beruf. Zwischenmenschliches kennt keine klaren Guidelines und erfordert nicht selten die Gabe, zwischen den Zeilen zu lesen. Dies mit evidenzbasierter Medizin zu verknüpfen ist eine Stärke der Palliative Care. Palliative Care ist mehr als das Verschreiben von Opioiden und Sedativa. Sie schenkt ihre Aufmerksamkeit Details und dem Individuum. Palliative Care führt zu einer höheren Lebensqualität, senkt das Auftreten von Angst und Depression, kann Symptomlast verbessern und entlastet Angehörige. Die Aufgabe, auf die Erkrankung selbst und hinter die Erkrankung auf den Menschen zu blicken, ist das Schöne an dieser Disziplin. ■

Literatur:

- Temel JK, Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363(8):733–42
- Portenoy RK, Treatment of cancer pain. *Lancet Lond Engl* 2011; 377:2236–47
- Sykes NP, Morphine kills the pain, not the patient. *Lancet Lond Engl* 2007; 369:1325–6
- Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhalra N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N et al., Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet Lond Engl* 2013; 382:769–79
- Lin E, Neuro-oncology and palliative care: a challenging interface. *Neuro Oncol* 2012; 14 Suppl 4:iv3–7