

- ▶ Das Melanom stellt eine große **interdisziplinäre Herausforderung** dar. Neben der Möglichkeit von innovativen und das Leben deutlich verlängernden Therapien geht die Erkrankung nicht selten mit einer hohen Symptomlast einher.
- ▶ In Form einer Zusammenarbeit zwischen Primärbehandlern, Dermatoonkologen und dem Palliative-Care-Team ist ein **individualisiertes, personalisiertes Betreuungskonzept** möglich, das erwiesenermaßen von Vorteil für Patienten ist.
- ▶ Palliative Care zielt auf ein **Wohlbefinden zu jedem Zeitpunkt** ab, unabhängig von der Prognose.



Keine Defensivdisziplin, sondern aktive Therapieform Palliative Care

Ein individuelles Therapiekonzept in Form einer Zusammenarbeit zwischen Dermatoonkologie, einem Palliative-Care-Team und Primärbehandlern kann von großem Vorteil für Patienten sein. Leider bestehen immer noch viele Barrieren in Bezug auf das Involvieren eines Palliativteams, wengleich zahlreiche Studienergebnisse nachweislich einen Benefit für die Patienten erbrachten. Sucht man in der PubMed nach „Dermatology AND

Palliative Care“, erscheinen 182 Hits, während die Suche „Melanoma AND Palliative Care“ 607 Resultate ergibt. Somit steht fest, dass das Melanom mit Sicherheit eine der größten interdisziplinären Herausforderungen darstellt, da diese Erkrankung neben der Möglichkeit von innovativen und das Leben deutlich verlängernden Therapien nicht selten mit einer hohen Symptomlast einhergeht. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass



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

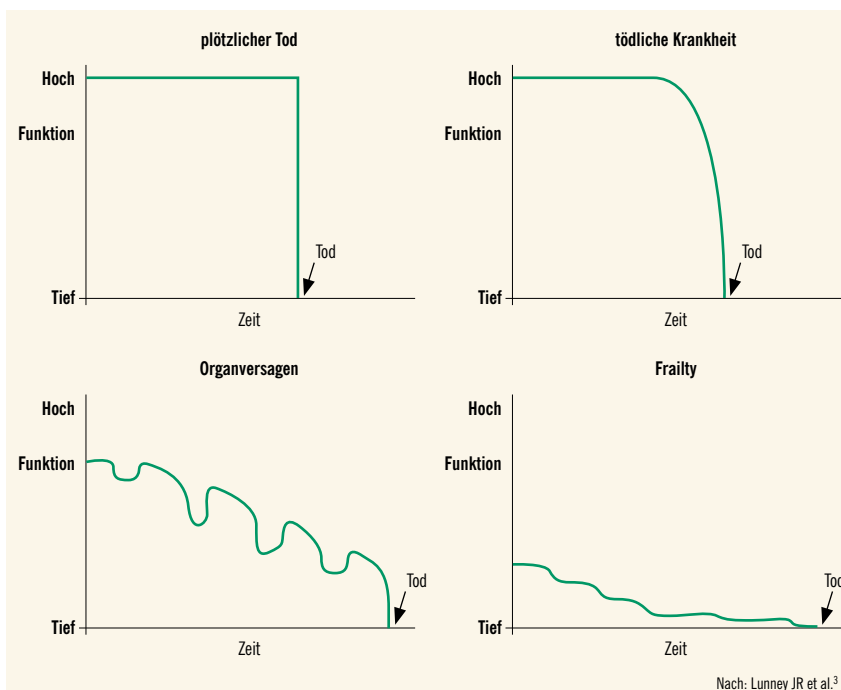


Abb. 1: Unterschiedliche Erkrankungsverläufe

Patienten mit einem schlechten Performance-Status ein signifikant niedrigeres Überleben und weniger Ansprechen auf eine Anti-PD1-Therapie aufweisen.¹

Was ist Palliative Care? Was kann und tut diese Disziplin?

Das Ziel von Palliative Care ist die Behandlung von belastenden Symptomen wie beispielsweise Appetitlosigkeit, Angst, Depression, Dyspnoe, Immobilität, Insomnie, Müdigkeit, psychosozialem und psychischem Stress, Kachexie und Sarkopenie sowie Schmerzen. Durch ein multidisziplinäres Palliativteam, das aus ärztlichem und pflegerischem Personal, Diätologie, Psychologie und Psychothera-

pie, Seelsorge, Sozialarbeit sowie ehrenamtlichen Mitarbeitern besteht, ist es möglich, Symptome fokussiert und multidisziplinär zu behandeln. Bei Patienten, die an fortgeschrittenen Erkrankungen leiden, ist die Symptomlast meist hoch. An Krebs erkrankte Personen verzeichnen in den letzten Lebensmonaten eine deutliche Einbuße in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und benötigen am Lebensende meist ein hohes Ausmaß an Unterstützung.² Dies unterscheidet onkologische Patienten von Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen („Frailty“), wo dieser Prozess eher schleichend verläuft (Abb. 1).³ Eben aus diesem Grund scheint ein frühes Einbinden eines Palliative-Care-Teams sinnvoll, um eine Überforderung der Patienten und ihres Umfelds im Falle einer fortschreitenden Erkrankung zu vermeiden. In der letzten Lebensphase entsteht häufig ein Spannungsfeld, da therapeutische Möglichkeiten scheinbar mit einer palliativen Betreuung konkurrieren. Dieses Wissen ist jedoch überholt, denn letzten Endes sollte es Ziel sein, multidisziplinär das bestmögliche individuelle Therapiekonzept für jeden einzelnen Patienten zu finden. Palliative Care ist keine Defensivdisziplin, sie ist eine aktive Therapieform, bedeutet weder „aufgeben“ noch Rückzug und fokussiert auf das Wohlbefinden zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes,

unabhängig von der Prognose.⁴ Auf Basis eines holistischen Ansatzes ist auch das Miteinbeziehen von An- und Zugehörigen ein Teil der Palliative Care. Menschen sind planende Wesen, und so kann bei einer absehbar begrenzten Lebenserwartung das Angebot eines Advance Care Planning, das neben einem Gespräch über die Zukunft und individuelle Präferenzen auch die Aufklärung über das Errichten einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht umfasst, zu einer deutlichen Verbesserung der Betreuung am Lebensende sowie einer Entlastung der Patienten und Angehörigen führen. Weiters werden dadurch aggressive Therapien am Lebensende verhindert.⁵ Übertherapie ist ein allgegenwärtiges Thema im Bereich der Medizin, bis zu 38 % der Patienten erhalten am Lebensende „non beneficial treatments“.⁶ Andererseits herrscht in der klinischen Praxis häufig Unklarheit darüber, ob die Unterlassung von Maßnahmen zulässig ist. Alleine die Angst vor juristischen Konsequenzen kann und soll jedoch keine Therapieindikation darstellen. Auch bei Fragestellungen dieser Art sind Palliative-Care-Teams geeignete Ansprechpartner. Andererseits existiert ein Ressourcenproblem in Bezug auf eine spezialisierte Versorgung am Lebensende, und die meisten Menschen versterben in nichtspezialisierten Einrichtungen, weswegen „palliatives Fachwissen“ umso erforderli-

cher ist. Die genannten Spannungen führen in behandelnden Teams nicht selten zu einer „road to nowhere“, wo es an klaren Handlungsentscheidungen und der Formulierung von Therapiezielen nach dem Grundsatz „Therapieziel vor Therapieplan“ mangelt.

Hinzu kommen hohe Erwartungen von Seiten der Patienten und/oder deren Angehörigen. Klinische Entscheidungen müssen jedoch von Medizinern gefällt werden, nicht von Juristen.

Patienten sollten als Experten für ihre individuellen Wertvorstellungen angesehen und entsprechend beraten werden. Ein weiteres Problemfeld sind unrealistische Vorstellungen von Seiten der Patienten oder deren Angehörigen.

Palliative Care kann dabei unterstützen, vergebliche Interventionen am Lebensende zu vermeiden, was unter dem Begriff *Futility* beschreibt, dass eine Maßnahme nicht zielführend ist beziehungsweise keinen Nutzen mehr hat.^{5, 7} Ein hoher Prozentsatz an Patienten in Österreich verstorbt in Krankenhäusern, während ein sehr geringer Anteil der Österreicher (< 4 %) eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht verfasst hat. Laufende Studien sowie Erfahrungswerte von Palliativteams und auf Palliativstationen zeigen, dass ein hoher Anteil der Patienten Vorsorge und vorausschauende Planung für die letzte Lebensphase treffen möchte, jedoch große Informationsdefizite über Advance Care Planning bestehen.⁸ Im Juli 2018 trat das „Erwachsenenschutzgesetz neu“ in Kraft, das zum Ziel hat, die Selbstbestimmung zu fördern. Gänzlich neu wurde das Instrument des gewählten Erwachsenenvertreters eingeführt. Leidet jemand an kognitiven Defiziten und kann aus diesem Grund keine Vorsorgevollmacht mehr errichten, hat diese Person künftig die Möglichkeit, eine andere Person (oder mehrere) zum gewählten Erwachsenenvertreter zu nominieren (weitere Informationen unter www.oegari.at).

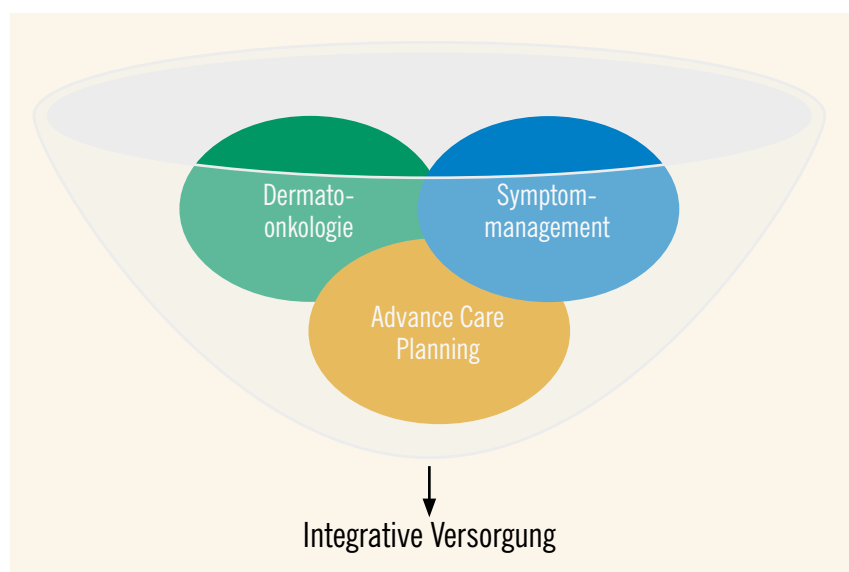


Abb. 2: Integrative Versorgung von Melanompatienten

Wer benötigt palliative Betreuung?

In der Praxis erhalten größtenteils onkologische Patienten eine palliative Betreu-

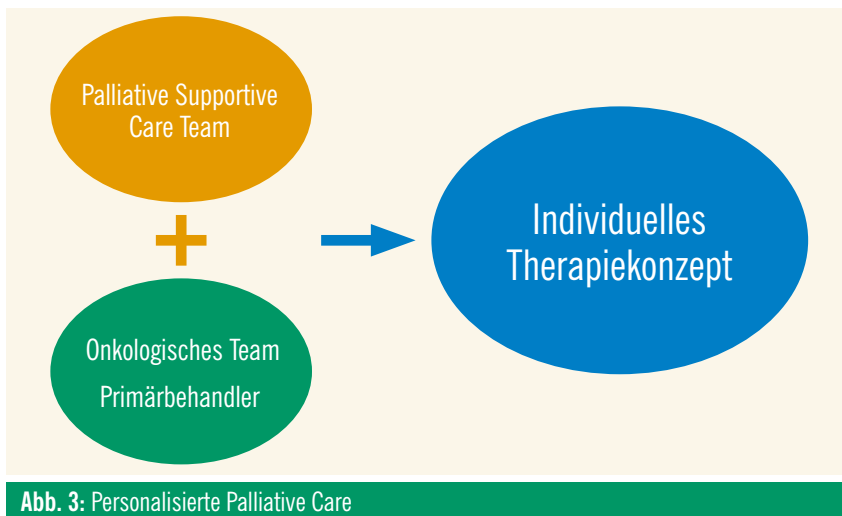


Abb. 3: Personalisierte Palliative Care

ung, wenngleich der Bedarf an palliativer Betreuung auch bei anderen chronischen Erkrankungen hoch ist.⁹ Da nicht alle Krankenhäuser über Palliativstationen oder Palliativteams verfügen, bleibt die Betreuung am Lebensende bei komplexen Symptomen häufig eine Herausforderung. Im niedergelassenen Bereich gibt es Ärzte mit Spezialisierung in Palliative Care sowie mobile Palliativteams. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass eine palliative Betreuung die Lebensqualität verbessert, Depressionen reduziert und mitunter das Leben verlängern kann.^{10–13} Dennoch scheitert die Umsetzung einer solchen Betreuung in der Praxis häufig an mangelnden Ressourcen und der Unsicherheit, ob bereits der richtige Zeitpunkt für eine Palliative Care gekommen sei.¹⁴ Da bekannt ist, dass Gespräche über das

Lebensende zu spät geführt werden¹⁵, kann eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Bereich der Palliative Care dazu verhelfen, Repressionen zu überwinden und die Scheu zu verlieren, tabuisierte Themen anzusprechen.

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Eine palliative Betreuung sollte nicht auf den letzten Lebensabschnitt begrenzt sein.¹⁶ Je früher Patienten mit dieser Disziplin in Berührung kommen, desto entlastender wirkt sie und desto eher ist eine „*early palliative care*“ im Sinne einer individuellen, qualitativ hochwertigen Betreuung und Symptomkontrolle realisierbar.¹⁴ Hilfreich in der persönlichen Entscheidungsfindung kann die „*surprise question*“ sein. Eine Studie unter prakti-

schen Ärzten ergab, dass – wurde die Frage „Wären Sie überrascht, wenn der Patient innerhalb des nächsten Jahres verstirbt?“ mit „Nein“ beantwortet – die Treffsicherheit für ein Versterben sehr hoch war und auf diese Weise Patienten identifiziert werden konnten, die von einer Palliativversorgung profitieren könnten.¹⁷ Auf eine integrative Weise ist am Beispiel einer metastasierten Melanomerkrankung in Form einer Zusammenarbeit zwischen Primärbehandlern, Dermatoonkologen und dem Palliative-Care-Team ein individualisiertes, personalisiertes Betreuungskonzept möglich, das erwiesenermaßen von Vorteil für Patienten ist (Abb. 2 und 3).¹⁰

Wie findet man Kontakt zu palliativer Betreuung?

Hilfreiche Informationen über palliative Betreuungsangebote finden sich auf der Website der Österreichischen Palliativgesellschaft www.palliativ.at sowie auf www.hospiz.at. ■

1 Wong A et al., *Asia Pac J Clin Oncol* 2017; 13:385–90
 2 Teno JM et al., *J Palliat Med* 2001; 4:457–64
 3 Lunney JR et al., *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1108–12
 4 LeBlanc TW et al., *Hematol Am Soc Hematol Educ Program* 2015; 2015:471–8
 5 Schneider MK et al., *Support Care Cancer* 2018; Doi: 10.1007/s00520-018-4457-x
 6 Cardona-Morrell M et al., *Int J Qual Health Care* 2016; 28(4):456–69
 7 Merchant SJ et al., *Ann Surg Oncol* 2018; 25:1478–87
 8 Lovell A et al., *Palliat Med* 2014; 28:1026–35
 9 Fitzsimons D et al., *Palliat Med* 2007; 21:313–22
 10 Temel JS et al., *N Engl J Med* 2010; 363:733–42
 11 Greer JA et al., *CA Cancer J Clin* 2013; 63(5):349–63
 12 Temel JS et al., *J Clin Oncol*; 2017; 35(8):834–41
 13 Ferrell BR et al., *J Oncol Pract* 2017; 13:119–21
 14 Davis MP et al., *Ann Palliat Med* 2015; 4:99–121
 15 Burki TK, *Lancet Oncol* 2013; 14:16
 16 Davis MP et al., *Support Care Cancer* 2015; 23(9):2677–85
 17 Moroni M et al., *Palliat Med* 2014; 28:959–64