



Fragen von

MR DR. GUSTAV KAMENSKI

Arzt für Allgemeinmedizin, Vize-Präsident NÖGAM, Univ.-Lektor, Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Lektor an der KLPU Krems

Fragen aus der allgemeinmedizinischen Praxis

Die „End-of-Life“-Phase onkologischer Patient:innen stellt auch für Allgemeinmediziner:innen eine besondere Herausforderung dar.

MR Dr. Kamenski formulierte aus Sicht des Allgemeinmediziners Fragen zum Umgang mit Patient:innen in der letzten Lebensphase, die von der Leiterin der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien, Univ.-Prof. Priv.-Doz. DDr. Eva Katharina Masel, MSc., beantwortet wurden.



UNIV.-PROF. PRIV.-DOZ. DDr. EVA KATHARINA MASEL, MSc.,

Leiterin der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, Medizinischen Universität Wien

1 Wann sollte bei onkologischen Patient:innen mit weit fortgeschrittener Tumorerkrankung ein Abbruch der Chemo- oder Strahlentherapie erwogen werden?

Es kann sowohl für Patient:innen als auch für Ärzt:innen schwierig sein, über den Abbruch der Krebsbehandlung zu sprechen und sich auf die Versorgung am Lebensende zu konzentrieren. Führende onkologische Fachgesellschaften sehen das späte Absetzen der Chemotherapie innerhalb von zwei Wochen vor dem Tod als Indikator einer schlechten End-of-Life-Versorgung an. „Choosing Wisely“ ist eine Initiative zur Vermeidung unnötiger Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe. Die Initiative empfiehlt, bei Patient:innen, die bereits drei unterschiedliche Behandlungslinien erhalten, weiterhin progredient sind und bei denen eine Fortsetzung der Tumorthherapie schwerwiegende Nebenwirkungen verursachen sowie die Qualität der verbleibenden Lebenszeit verringern könnte, einen Therapieabbruch zu erwägen. Dies ist jedoch hochgradig individuell und angesichts zunehmender therapeutischer Möglichkeiten nicht pauschal zu empfehlen. Bei deutlich reduziertem Allgemeinzustand und/oder starker Beeinträchtigung durch die Antitumorthherapie sollte ein offenes, sogenanntes „End-of-Life“-Gespräch geführt werden.

2 Wer sollte dieses Aufklärungsgespräch mit dem Patienten/der Patientin und den Angehörigen führen? Wann ist dieser Zeitpunkt gekommen, und was sind die wesentlichen Inhalte?

Es bietet für Patient:innen natürlich Sicherheit, wenn langjährige Betreuende, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, ein solches Gespräch führen. Palliativteams können unterstützend beigezogen werden, sodass die Patient:innen einen Plan erhalten und sich nicht aufgegeben fühlen. Da auch nach dem Beenden der kausalen Antitumorthherapie stets Therapieziele angestrebt werden können, sollte das Unwort „austherapiert“ nicht erwähnt werden. Wird die Frage: „Wären Sie überrascht, wenn diese Patientin/dieser Patient im nächsten Jahr versterben würde?“ mit „Nein“ und die Frage: „Wären Sie überrascht, wenn die Patientin/der Patient nach einem Jahr noch lebt?“ mit „Ja“ beantwortet, ist das ein guter Indikator, dass die Zeit für ein solches Gespräch gekommen ist. Wesentliche Gesprächsinhalte sind Krankheitsverständnis, Aufklärung und Prognose, die Klärung der Therapieziele und Unterstützung bei der Behandlungsentscheidung, die Therapie von belastenden Symptomen und das Einbeziehen des sozialen Umfelds/der An- und Zugehörigen.

FOTOS: PRIVAT, FEELIMAGE/ISTOCK

3 Wie verläuft die weitere Kommunikation nach einem Gespräch im onkologischen Zentrum mit den niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen idealerweise? Wie kann sichergestellt werden, dass auch diese den Inhalt des Gespräches zeitnah erfahren und ihre weitere Betreuung und prognostischen Aussagen darauf abstimmen können?

Hier ist es sicherlich ratsam, die Patient:innen regelmäßig nach ihren Allgemeinmediziner:innen zu fragen, zu denen häufig ein jahrelanges Vertrauensverhältnis besteht. Die Kommunikation sollte nicht ausschließlich über Schriftstücke erfolgen, wenngleich die zeitlichen Ressourcen einen persönlichen Austausch leider häufig nicht zulassen. Aus Sicht der Klinik bewährte es sich, die Patient:innen zu bitten, ihren Allgemeinmediziner/ihre Allgemeinmedizinerin aktiv von dem Gespräch zu berichten und auf Wunsch der Patient:innen für einen Austausch zwischen Klinik und niedergelassenem Bereich zur Verfügung zu stehen.

4 Gibt es bei der palliativmedizinischen Betreuung onkologischer Patient:innen in der „End-of-Life“-Phase Unterschiede im Vergleich zu nichtonkologischen Patient:innen?

An Krebs erkrankte Personen können in den letzten Lebensmonaten die Aktivitäten des täglichen Lebens nur sehr eingeschränkt durchführen und benötigen am Lebensende meist ein hohes Ausmaß an Unterstützung. Dies unterscheidet onkologische Patient:innen von Patient:innen mit anderen chronischen Erkrankungen, wo dieser Prozess eher schleichend verläuft. Hier können niedergelassene Ärzt:innen mit Palliativexpertise, mobile Palliativteams und spezialisierte Palliativeinheiten unterstützen.

5 Welche Symptome belasten die Patientin/den Patienten in der „End-of-Life“-Situation am stärksten, und worauf muss diesbezüglich bei der palliativmedizinischen Betreuung geachtet werden?

Die häufigsten Symptome sind Atemnot, Bewusstseinsstörung, körperliche Schwäche, Schmerz und Unruhe. Sehr hilfreich in Bezug auf Behandlungsoptionen belastender Symptome am Lebensende ist die im Internet frei verfügbare S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung“.¹

Referenz: (1) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-0010LI_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf