



- ▶ Urolog:innen benötigen **Wissen in primärer Palliative Care**. Für spezialisierte und komplexe Fragestellungen stehen spezialisierte Palliativteams und Palliativeinrichtungen zur Verfügung.
- ▶ **Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen**. Ziel ist ein Wohlbefinden unabhängig von der Prognose und zu jedem Zeitpunkt einer Erkrankung. Eine palliative Betreuung sollte daher primär symptomorientiert und nicht prognoseorientiert erfolgen.
- ▶ Der **Kontakt mit einem Palliativteam** erfolgt in der Regel zu spät und häufig erst am Lebensende. Das stellt eine Missed Opportunity dar!

Palliative Care statt Palliative Scare

Palliativmedizinische Aspekte in der Urologie

Es scheint eine selbstverständliche Aufgabe der Medizin zu sein, im Rahmen von schweren Erkrankungen belastende Symptome und Stress lindern zu wollen, um die Lebensqualität sowohl der Patient:innen als auch ihres sozialen Umfelds zu verbessern. Doch Symptome sind nicht selten „unsichtbar“ und müssen gezielt erfragt werden.¹

Balfour Mount

Die Begründerin der Palliative Care, Cicely Saunders, bezeichnete den Erhalt von Lebensqualität als „to give space“, Raum geben, damit etwas anderes außerhalb einer Erkrankung Platz hat. Nicht zuletzt gilt der 1943 in Kanada geborene Urologe Balfour Mount als Pionier der Palliative Care. Anfang der 1970er-Jahre bemerkte Mount bei Krebspatient:innen zunehmend Gefühle von Einsamkeit und psychischer Belastung. Er begann, den Zustand unheilbar kranker Patient:innen am Royal Victoria Hospital in Montreal zu untersuchen und entdeckte Themen wie Kommunikationsdefizite („disastrous communication“), Isolation und insuffiziente Schmerzkontrolle. Mount erkannte, dass diese Art von Leid und empfundener Vernachlässigung von Ärzt:innen wie ihm selbst verursacht wurden. Daher suchte er Rat bei Cicely Saunders, um mehr über End-of-Life (EOL) Care zu erfahren. Durch seine Forschung entdeckte Balfour Mount Unstimmigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung und stellte fest,

dass sich Patient:innen am Ende ihres Lebens nach Ehrlichkeit und Aufmerksamkeit sehnen. Dies wurde ihnen von ärztlicher Seite oft vorenthalten, um sie vor den vermeintlichen Nachteilen der Wahrheit zu schützen. Das Krankenhauspersonal schien sich dieses Problems nicht bewusst zu sein: In einer Studie gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass Mitarbeitende schwierigen Gesprächen mit Patient:innen aus dem Weg gehen würden, aber weniger als 20 % hatten das Gefühl, dass sie persönlich mit solchen Situationen zu kämpfen hatten. Mount kam zu dem Schluss, dass persönliche Ängste einen Einfluss darauf haben, wie offen wir mit unseren Patient:innen über den Tod sprechen.²

Primäre vs. spezialisierte Palliativversorgung

Die primäre Palliativversorgung umfasst Fähigkeiten, die von allen Ärzt:innen erwartet werden, wie grundlegende Schmerz- und Symptombehandlung, kommunikative Fertigkeiten und die Definition von Therapiezielen. Eine spezialisierte Palliative Care hingegen ist in der Regel für Patient:innen mit komplexen und refraktären Symptomen, emotionaler Belastung und Uneinigkeiten über Therapieziele im Team vorgesehen.³ Neben der Symptomlinderung kann eine spezialisierte Palliativversorgung die Kommunikation zwischen interdisziplinären Teams verbessern, Übergänge der Versorgung innerhalb



Univ.-Prof. in PD in DDr. in Eva Katharina Masel, MSc
Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien, Medizinische Universität Wien

des Krankenhauses und nach dem Krankenhausaufenthalt erleichtern (z. B. Betreuung durch mobile Palliativteams) und die Versorgung in einem Hospiz anregen, wenn diese als medizinisch angemessen erachtet wird.

Unterscheidung Palliativstation und Hospiz

Die Unterscheidung zwischen einer Versorgung auf einer Palliativstation und in einem Hospiz ist wesentlich, da es hier häufig zu Verwechslungen kommt. Palliativstation versorgen Patient:innen unabhängig von ihrer Prognose im Fall von komplexer Symptomlast mit einer begrenzten Aufenthaltsdauer von etwa drei Wochen, während die Hospizversorgung in der Regel für Patient:innen am Ende ihres Lebens bei einer Lebenserwartung von < 6 Monaten geeignet ist, wenn der medizinische Betreuungsbedarf nicht so

sehr im Vordergrund steht. Viele Patient:innen mit Krebserkrankungen kommen erst spät in ihrem Krankheitsverlauf mit einer spezialisierten Palliativversorgung in Berührung, nämlich primär dann, wenn sie kurz vor ihrem Lebensende an unkontrollierten Symptomen leiden. In einer Studie aus dem Jahr 2012 wurde beispielsweise festgestellt, dass 366 Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung am MD Anderson Cancer Center durchschnittlich 1,4 Monate nach dem ersten Palliativkonsil verstorben sind, wobei zuvor durchschnittlich 20 andere Konsile stattfanden.⁴ Das kann als Missed Opportunity betrachtet werden!

Wann Palliative Care in der Uroonkologie?

In den Leitlinien der American Society of Clinical Oncology (ASCO) und des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) wird empfohlen, Palliative Care in die onkologische Standardversorgung einzubeziehen, da in mehreren randomisierten Studien nachgewiesen wurde, dass eine möglichst frühe Integration das körperliche Wohlbefinden, die Patientenzufriedenheit und die Versorgung deutlich verbessert.^{5–10} Missverständnisse hinsichtlich des Ziels und des idealen Zeitpunkts einer Palliativversorgung sind weit verbreitet, hier gilt es zu betonen, dass man primär symptomorientiert bzw. bedürfnisorientiert und nicht rein prognoseorientiert denken sollte – *Palliative Care emphasizes well-being at any point along the disease trajectory, regardless of prognosis.*

Obwohl die meisten Krebserkrankungen des Urogenitaltraktes im Frühstadium eine günstige Prognose haben, sind Patient:innen mit lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung häufig lebenslang mit belastenden Symptomen und einer begrenzten Überlebensdauer konfrontiert. Es gibt kein Allheilmittel zur Beseitigung postoperativer Komplikationen oder zur Verhinderung einer aggressiven Tumorbilologie. Die Literatur dokumentiert ausführlich die negativen Langzeitfolgen von Krebs auf das körperliche, funktionelle, psychologische und sozioökonomische Wohlbefinden.^{11–13}

„Der 1943 in Kanada geborene Urologe Balfour Mount gilt als Pionier der Palliative Care.“

Die Anwendung der Grundsätze der Palliativmedizin oder gegebenenfalls die Überweisung an ein multidisziplinäres Palliativteam kann im Bereich der Urologie dazu verhelfen, Patient:innen in jedem Krebsstadium mit Symptomlinderung, Bewältigungsstrategien und Kommunikation über ihre Situation zu unter-

stützen. Darüber hinaus gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Palliativversorgung die Überlebensrate der Patient:innen negativ beeinflussen würde.

Leitlinien: Auf der Grundlage dieser Fakten haben sowohl die ASCO als auch das NCCN Leitlinien veröffentlicht, in

Tab.: Trigger für eine Palliative-Care-Konsultation

1. Hohe Inanspruchnahme von Ressourcen

- a. häufige Besuche in der Notaufnahme (≥ 2 im Monat)
- b. Aufenthalt auf der Intensivstation aufgrund eines Multiorganversagens

2. Anhaltende Schmerzen oder hohes Risiko eines schlechten Schmerzmanagements

- a. neuropathischer Schmerz
- b. Durchbruchschmerz
- c. Schmerz mit starkem psychosozialen oder familiärem Leidensdruck
- d. schnelle Deeskalation der Opioid-Dosis
- e. multiple Allergien oder Nebenwirkungen auf Schmerzmedikamente
- f. Bedenken hinsichtlich Substanzabusus

3. Hohe nichtschmerzbedingte Symptombelastung oder Symptome, die auf die Erstbehandlung nicht ansprechen

- a. Anorexie und/oder Kachexie, Übelkeit und Erbrechen, Verstopfung, Diarrhö
- b. Fatigue, Schwäche oder Asthenie, Schlaflosigkeit oder Sedierung, Delirium
- c. Dyspnoe
- d. hohes Stresslevel
- e. Lymphödem
- f. Störungen des Hormonhaushaltes

4. Begrenzte antineoplastische Behandlungsmöglichkeiten

- a. Begrenzter Zugang zu Gesundheitsressourcen
- b. fortgeschrittenes Krankheitsstadium
- c. schwere oder multiple Komorbiditäten
- d. schnell abnehmender oder schlechter Performance-Status

5. Bedarf an vertieften Kommunikationsfähigkeiten

- a. Weigerung, sich auf ein Advance Care Planning einzulassen
- b. Notwendigkeit der Klärung von Therapiezielen
- c. Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit
- d. Kommunikationsbarrieren (Sprache, Lese- und Schreibfähigkeit, kognitive Beeinträchtigung)
- e. Wunsch der Patient:innen nach beschleunigtem Tod

6. Komplexe Umstände der Patient:innen und der An- und Zugehörigen

- a. hohes Risiko bzw. Vorhandensein einer komplexen Trauer
- b. unzureichende soziale Unterstützung
- c. Substanzabusus
- d. finanzielle Einschränkungen oder finanzielle Toxizität
- e. unstimmmige Erwartungen oder Ziele der Betreuung

7. Herausforderungen für das onkologische Pfl egeteam

- a. komplexe Fragen der Pflegekoordination oder Beteiligung mehrerer Pfl egeteams
- b. Konflikte innerhalb des Teams
- c. Burn-out und/oder Compassion Fatigue
- d. moralische oder ethische Bedenken

Adaptiert nach Hugar LA et al., Nat Rev Urol 2021; 18(10):623–35

denen eine frühzeitige und gleichzeitige palliative Versorgung zusätzlich zur onkologischen Standardversorgung für Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung empfohlen wird.^{14, 15} Auf der Website der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO, www.esmo.org) finden sich Clinical Practice Guidelines zu Supportive and Palliative Care über beispielsweise Delir, EOL-Care, Fatigue, Kachexie und Schmerz.¹⁶ Leider schließen die meisten randomisierten Studien zur Palliativversorgung – verglichen mit Patient:innen mit malignen Erkrankungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes – nur wenige Patient:innen mit Karzinomen des Urogenitaltraktes ein. Im Jahr 2019 erhielten nur 4 % von 2.185 Patient:innen mit muskelinvasivem Blasenkrebs eine subspezialisierte Palliativversorgung.¹⁷ Es gibt nur wenige Arbeiten über die spezifische Struktur und den Prozess einer Palliativversorgung in der Urologie. Aus diesem Grund sind Studien erforderlich, die Aufschluss über die Gründe einer unzureichenden Inanspruchnahme an Palliativversorgung und darüber geben, wie sich

eine gleichzeitige palliative und onkologische Versorgung auf die Behandlungsergebnisse von Patient:innen mit urologischen Tumoren auswirkt.

Die Rolle der Urolog:innen in der Palliative Care

Die Bedeutung der Linderung von Symptomen bei Patient:innen mit Karzinomen des Urogenitaltraktes ist ausführlich diskutiert worden.^{18, 19} Leider haben wissenschaftliche Publikationen mit dem nachweislichen Erfolg von Palliative Care nicht dazu geführt, dass die Palliativmedizin dauerhaft in die uroonkologische Standardversorgung integriert wurde. Dies zeigt sich darin, dass in den Leitlinien der Europäischen Urologischen Fachgesellschaft (EAU) eine frühzeitige und gleichzeitige Palliativversorgung unterbewertet wird und sich Palliative Care primär auf palliative Tumortherapie bezieht.²⁰ Die von den nationalen Fachgesellschaften herausgegebenen Leitlinien erkennen jedoch zunehmend die Bedeutung von Symptommanagement und dem Fokus auf Lebensqualität an.

Palliative Care lässt sich am besten als eine zusätzliche Ebene an Unterstützung beschreiben, die Lebensqualität ermöglichen und Gespräche über Werte, Ziele und die Prognose der Patient:innen erleichtern kann.²¹ Da eine spezialisierte Palliative Care eine knappe klinische Ressource ist, obliegt es den Urolog:innen, die eigenen Fähigkeiten in der primären Palliative Care zu verbessern. ■

- 1 Masel EK et al., *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016; 25(4):544–50
- 2 Mount BM et al., *Urology* 1974; 4(6):741–8
- 3 Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. *NEJM* 2013; 368(13):1173–5
- 4 Hui D et al., *The Oncologist* 2012; 17(12):1574–80
- 5 Zimmermann C et al., *Lancet* 2014; 383(9930):1721–30
- 6 Bakitas MA et al., *JAMA Intern Med* 2020; 180(9):1203–13
- 7 Maltoni M et al., *Lancet Oncol* 2018; 19(3):394–404
- 9 Temel JS et al., *NEJM* 2010; 363(8):733–42
- 10 Temel JS et al., *JCO* 2017; 35(8):834–41
- 11 Bergman J et al., *Arch Intern Med* 2011; 171(3):204–10
- 12 Casilla-Lennon MM et al., *J Urol* 2018; 199(5):1166–73
- 13 Benner C et al., *J Urol* 2014; 191(4):937–42
- 14 Ferrell BR et al., *JCO* 2017; 35(1):96–112
- 15 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), www.nccn.org
- 16 European Society of Clinical Oncology. ESMO Clinical Practice Guidelines: Supportive and Palliative Care. <https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/supportive-and-palliative-care>
- 17 Hugar LA et al., *BJU Int* 2019; 123(6):968–75
- 18 Ok JH et al., *J Urol* 2005; 174(4 Pt 1):1177–82
- 19 Mistry NA et al., *Am J Hosp Palliat Care* 2020; 37(2):136–41
- 20 Witjes JA et al., *Eur Urol* 2021; 79(1):82–104
- 21 Berry LL et al., *J Oncol Pract* 2016; 12(1):48–50