

Frühzeitige Palliativversorgung von Lungenkrebspatient:innen

Die Ziele einer palliativen Therapie bei Lungenkrebs reichen vom Erhalt der Lebensqualität bis hin zu einer optimalen Versorgung. Palliative Care hat viele Vorzüge für betroffene Personen, deren Umfeld sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit.



UNIV.-PROF.^{IN} DDR.^{IN}
EVA KATHARINA MASEL, MSc
Klinische Abteilung für Palliativmedizin,
Medizinische Universität Wien,
Allgemeines Krankenhaus Wien

Primäres Ziel von Palliative Care ist die Symptomlinderung bei schwerwiegender Erkrankung, unabhängig von der Prognose. Es ist evident, dass in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium mit eingeschränkter Lebenserwartung häufig eine schlechte Lebensqualität vorliegt. Wer denkt jedoch in einem frühen Erkrankungsstadium an Palliative Care, wo der Schock der Prognose einer unheilbaren Erkrankung meist zu dem Gedanken der Behandelnden führt, Patient:innen jetzt nicht auch noch mit Palliative Care, häufig als „Sterbemedizin“ interpretiert, konfrontieren zu wollen, um Patient:innen nicht zu demoralisieren.

Das Paradigma der onkologischen Therapien für viele Krebsarten, einschließlich Lungenkrebs, hat sich drastisch verändert. Die Mehrzahl der Patient:innen mit fortgeschrittenem Lungenkrebs wird heute mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren oder zielgerichteten Therapien behandelt, was zu einer erheblich besseren Prognose führte. Dadurch stehen sowohl die Patient:innen als auch die Behandelnden vor neuen Herausforderungen, einschließlich des Umgangs mit anderen Nebenwirkungsprofilen sowie einer größeren Unsicherheit hinsichtlich der Prognose.

Ein systematisches Cochrane Review weist darauf hin, dass frühe palliativmedizinische Maßnahmen im Vergleich zur onkologischen Standardbehandlung bei Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung günstige Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Symptomlast haben können.¹ Dabei gilt es zu betonen, dass eine palliative Betreuung auch überlappend mit einer onkologischen Therapie erfolgen kann und sollte: *Palliative Care emphasizes well-being at any point along the disease trajectory, regardless of prognosis.*²

Führt die Konfrontation mit Palliative Care zu Hoffnungsverlust?

Hierauf kann mit einem klaren „Nein“ geantwortet werden. Eine 2010 im *New England Journal of Medicine* publizierte Studie randomisierte 107 Patient:innen mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) Stadium IV in die Gruppen Early Palliative Care versus onkologische Standardbehandlung. Die palliativmedizinische Intervention bestand daraus, dass 1-mal/Monat mit den Patient:innen über folgende Aspekte gesprochen wurde:³

Krankheitsverständnis

- Gespräch über die Erkrankung und die Prognose
- Festlegen von Therapiezielen

Symptomlinderung

- Frage nach unkontrollierten Symptomen; Überweisung oder Medikation, falls erforderlich

Entscheidungsfindung

- Therapiezielplanung/Therapiezieländerung, falls erforderlich

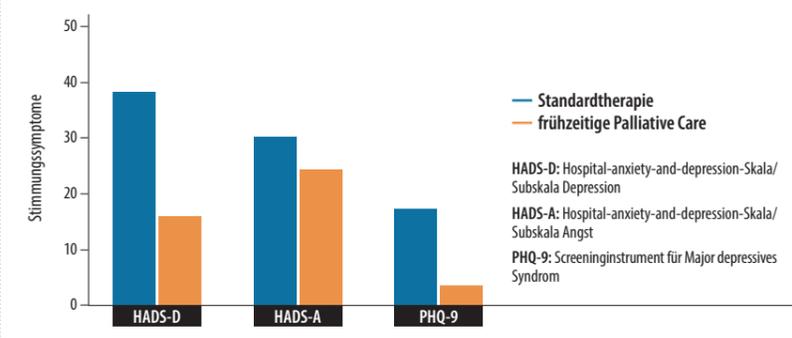
Umgang mit lebensbedrohlicher Erkrankung

- Patient:innen und An- und Zugehörige

Als Ergebnis zeigte sich bei jenen Patient:innen, die Early Palliative Care erhielten, eine deutlich verbesserte Lebensqualität sowie weniger Angst, weniger Depression und weniger psychiatrische Symptomlast (Abb. 1). Auch das Überleben war in der Gruppe jener Patient:innen mit Early Palliative Care um drei Monate verlängert, was zwar nicht primärer Endpunkt der Studie, jedoch im Jahr 2010 jedenfalls eindrucksvoll war. Palliative Care soll als aktive Therapie verstanden werden. Eine wesentliche Kernkompetenz der Palliative Care liegt in der Definition von Therapiezielen/Goals of Care. Auch hier kommt es im Rahmen von Gesprächen über die Prognose nicht zu einer Demoralisation oder einer Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern im Gegenteil zu realistischeren Erwartungen der Patient:innen.⁴

In der Realität erfolgt Palliative Care dennoch eher spät und „krisengetriggert“ als früh und bedürfnisorientiert. Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2012 zeigten, dass 366 Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung am MD Anderson Cancer Center durchschnittlich 1,4 Monate nach dem ersten Palliativkonsil verstarben, wobei zuvor im Durchschnitt

Abb. 1: Standardtherapie vs. frühzeitige Palliative Care



Modifiziert nach: Temel JS et al., Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *NEJM* 2010; 363(8):733–42

20 andere Konsile stattfanden.⁵ Das kann als „missed opportunity“ betrachtet werden!

Was kann Palliative Care bieten?

Neben der Symptomlinderung kann eine spezialisierte Palliativversorgung die Kommunikation zwischen interdisziplinären Teams verbessern, eine optimale Versorgung innerhalb des Krankenhauses und nach einem Krankenhausaufenthalt erleichtern (z. B. Betreuung im häuslichen Umfeld durch mobile Palliativteams) und die Betreuung in einem Hospiz anregen, wenn dies als medizinisch und pflegerisch angemessen erachtet wird. Eine weitere Kompetenz von Palliative Care liegt im Advance Care Planning. Dazu zählen Gespräche über die Werte, die Ziele und die Zukunft der Patient:innen sowie die Aufklärung über die Möglichkeit des Verfassens einer Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht. Die *Surprise Question*⁶ „Wären Sie überrascht, wenn diese Patientin/dieser Pati-

ent im nächsten Jahr versterben würde?“ kann als Indikator und Hilfestellung bei der Entscheidung darüber dienen, wie die weitere Behandlungsstrategie sein soll. Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet und die *Double Surprise Question*⁷ „Wären Sie überrascht, wenn der Patient nach einem Jahr noch lebt?“ mit „Ja“ beantwortet und liegen belastende Symptome vor, kann die Einbindung eines Palliativteams oder die Zuweisung an eine palliativmedizinische Ambulanz von Nutzen sein.

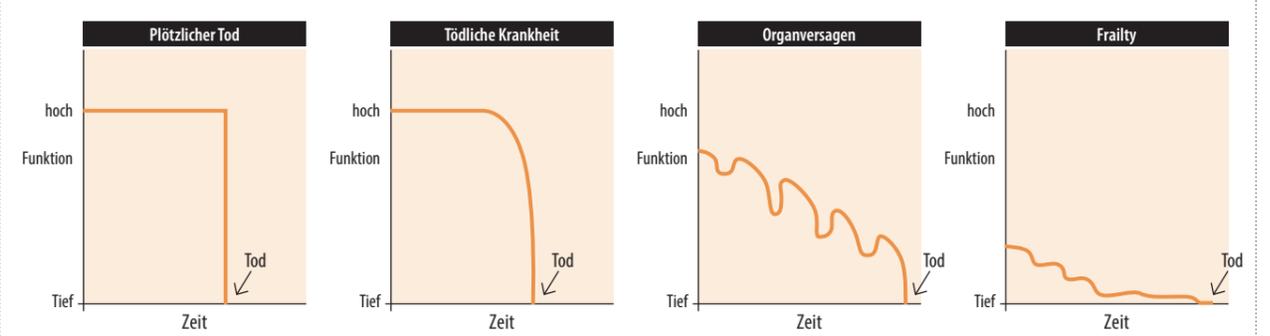
„Dangerous triangle“: Wesentlich scheint das Vermeiden eines „dangerous triangle“ in Form einer Überforderung von Behandelnden, Patient:innen sowie An- und Zugehörigen. Onkologische Patient:innen unterscheiden sich im Erkrankungsverlauf von Patient:innen mit anderen chronischen Erkrankungen⁸ („frailty“, Abb. 2) und benötigen am Lebensende meist ein hohes Ausmaß an Unterstützung. Je früher Patient:innen sowie ihr soziales Umfeld mit

der Möglichkeit einer Palliativversorgung konfrontiert werden, desto eher wird eine Überforderung verhindert, und Krisen können minimiert werden. Die Frage „Was sollen wir als behandelndes Team über Sie wissen, um Sie bestmöglich betreuen zu können?“ kann eine persönliche Ebene schaffen, die es erleichtert, den Patient:innen und/oder ihren An- und Zugehörigen nahezukommen und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.⁹

Was ist das optimale Modell? Team-based, timely and targeted!

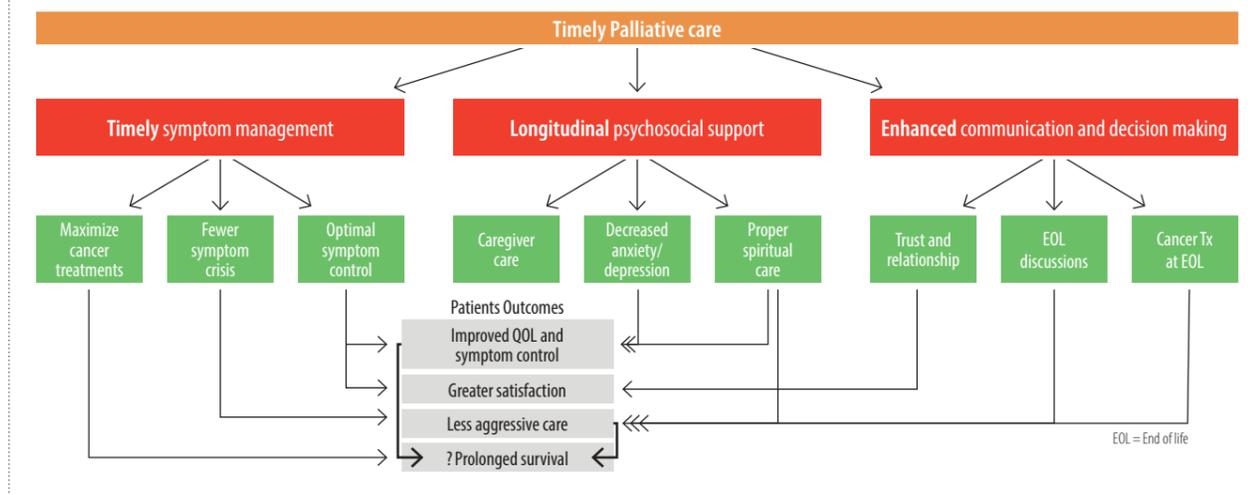
In den letzten zehn Jahren hat sich eine Vielzahl von Erkenntnissen in Bezug auf die Integration von Palliativmedizin in die Onkologie gesammelt. Die Frage ist nicht mehr, ob Palliative Care angeboten werden sollte, sondern welches das optimale Modell ist, wann der ideale Zeitpunkt dafür ist, wer am dringendsten eine palliativmedizinische Betreuung benötigt und wie viel Palliativmedizin die Onkolog:innen selbst anbieten sollten. Gezielte Palliativversorgung bedeutet, jene Patient:innen zu identifizieren, die am ehesten von spezialisierten Palliativversorgungsmaßnahmen profitieren, ähnlich dem Konzept der gezielten onkologischen Therapie (Abb. 3).¹⁰ In randomisiert kontrollierten Studien wurde eine spezialisierte Palliative Care innerhalb von drei Monaten nach der Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung unabhängig von der Symptomlast angeboten. Dieses Versorgungsmodell scheint jedoch angesichts der begrenzten internationalen Infrastruktur von Palliative Care kaum umsetzbar. Darüber hinaus haben einige Patient:innen zum Zeitpunkt der Diagnose kaum Symptomlast und noch keinen oder nur einen begrenzten Bedarf an Palliativversorgung.¹¹

Abb. 2: Verläufe am Lebensende



Modifiziert nach: Lunney JR et al., Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6):1108–12

Abb. 3: Konzeptueller Rahmen zur Frage, wie sich eine rechtzeitige Palliativversorgung auf die Ergebnisse der Patient:innen auswirken kann



Modifiziert nach: Hui D et al., CA Cancer J Clin 2018; 68[5]:356–76

Resümee/Ausblick

Eine frühe Palliativversorgung kann verbessert werden, indem:

- 1) die primäre Palliativversorgung durch onkologische Teams erfolgt,
- 2) palliative Konsiliardienste oder palliativmedizinische Ambulanzen bei Vorliegen von hoher Symptomlast auf einer biopsychosozialen Ebene genutzt werden und
- 3) im Falle von komplexen Situationen eine tertiäre palliative Betreuung auf Palliativstationen durch ein multiprofessionelles Team (Ärzt:innen, Pflegendе, Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen,

nen, Sozialarbeiter:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Seelsorgende und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen) angeregt wird.

Referenzen: (1) MW et al., Cochrane Database Syst Rev 2017; 6(6):CD011129 (2) Axelsson B, Int J Environ Res Public Health 2022; 19(7):4229 (3) Temel JS et al., NEJM 2010; 363(8):733–42 (4) Enzinger AC et al., JCO 2015; 33(32):3809–16 (5) Hui D et al., The Oncologist 2012; 17(12):1574–80 (6) Moroni M et al., Palliat Med 2014; 28(7):959–64 (7) Ermers DJ et al., Palliat Med 2021; 35(3):592–602 (8) Lunney JR et al., J Am Geriatr Soc 2002; 50(6):1108–12 (9) Chochinov HM et al., Lancet Oncol 2011; 12(8):753–62 (10) Hui D et al., CA Cancer J Clin 2018; 68(5):356–76 (11) Schenker Y, Arnold R, JAMA Oncol 2017; 3(11):1459–60

fact-box

Eine zeitgerechte Palliative Care führt bei Patient:innen mit Lungenkrebs nachweislich zu besserer Lebensqualität sowie weniger Angst und Depression.

Palliative Care sollte symptomorientiert bzw. bedürfnisorientiert und nicht primär prognoseorientiert angeboten werden.

Eine frühe Palliative Care verhindert eine Überforderung, wodurch Krisen minimiert werden können.