

Frühzeitige Integration als Qualitätsmerkmal moderner Onkologie

Palliativmedizin bei Upper-GI-Tumoren

Die frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes verbessert Lebensqualität, unterstützt Entscheidungsprozesse und gilt als zentrales Qualitätsmerkmal moderner Onkologie.



UNIV.-PROF.^{IN} PD^{IN} DDR.^{IN}
EVA KATHARINA MASEL, MSc

Klinische Abteilung für Palliativmedizin,
Medizinische Universität Wien,
Allgemeines Krankenhaus Wien

Die Behandlung von Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes (oberer GI-Trakt, z. B. Ösophagus-, Magen- und gastroösophageale Übergangstumoren) stellt die Onkologie vor erhebliche Herausforderungen: Trotz Fortschritten in Chirurgie, Chemotherapie und Immuntherapie verbleiben die Überlebenschancen insbesondere in fortgeschrittenen Stadien begrenzt, während die Symptomlast meist hoch ist. In diesem Kontext rückt die Palliativmedizin nicht erst am Lebensende, sondern bereits frühzeitig als integraler Bestandteil einer qualitätsorientierten onkologischen Versorgung in den Fokus. Einen zentralen Ansatzpunkt stellt die frühzeitige Integration, also eine Mitbetreuung durch Palliativteams unabhängig von der Prognose und bereits parallel zu kurativen oder lebensverlängernden Therapien, dar.¹ Systematische

Übersichtsarbeiten zeigen, dass eine solche frühzeitige palliative Intervention bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen die Lebensqualität verbessern, die Symptomlast reduzieren und – in manchen Fällen – sogar die Überlebenszeit verlängern kann.^{2–4}

Warum frühzeitige Palliativintegration bei Tumoren des oberen GI-Traktes?

Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes zeichnen sich durch multifaktorielle Belastungen aus, etwa Dysphagie, Gewichtsverlust, funktionelle Einschränkungen, inflammatorische Begleitreaktionen sowie komplexe therapeutische Verläufe. Bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes ist der Krankheitsverlauf häufig schwer vorhersehbar und durch rasche klinische Veränderungen, hohe Symptomlast und komplexe Therapiepfade geprägt.

„Parallel planning“

Das Konzept des „Parallel planning“ bietet hier einen strukturierten Ansatz: Es kombiniert von Beginn an sowohl eine krankheitsmodifizierende onkologische Strategie (z. B. kurative oder lebensverlängernde System- oder Lokaltherapien) als auch eine palliativmedizinische Vorausplanung für mögliche Verschlechterungen.

Diese „doppelgleisige“ Vorgehensweise verhindert therapeutische Brüche und ermöglicht Patient:innen, Angehörigen sowie Behandler:innen eine kontinuierliche Orientierung, unabhängig vom tatsächlichen Verlauf.

Frühzeitige Symptomlinderung, prospektive Entscheidungsprozesse (inkl. Therapiezielplanung und „advance care planning“⁵) sowie wiederkehrende Zielklärungsgespräche im Sinne von „goals of care“⁶ sind dabei zentrale Elemente.

Die frühzeitige Einbindung eines interdisziplinären Palliativteams fördert nicht nur eine symptomorientierte Betreuung (Tab. 1.), sondern unterstützt auch die Kommunikation über Behandlungsziele, hilft bei Entschei-

Tab. 1: Symptomorientierte Interventionen

Symptom/Problem	Mögliche Interventionen
Dysphagie/Obstruktion	endoskopische Stentimplantation, Laser/Argon-Plasma-Koagulation, palliative Radiotherapie, Anpassung der oralen Kost (IDDSI-Standards), Logopädie, „feeding decisions“ abhängig von Prognose und Therapieziel
Schmerz	WHO-Stufenschema, frühzeitige Opioid-Titration, s. c. Applikation bei schlechter Peroralität, Koanalgetika bei neuropathischem Schmerz, multimodale Schmerztherapie
Malnutrition/Kachexie	engmaschiges Screening (GLIM), Diätologie ab Diagnosestellung, hochkalorische Trinknahrung, enterale Ernährung bevorzugt vor parenteraler, frühzeitige Zielevaluierung bei invasiven Ernährungsmaßnahmen, physikalische Therapie, Ergotherapie
Übelkeit/Erbrechen	Antiemetika nach Pathophysiologie (Metoclopramid bei funktioneller Dysmotilität, Setrone bei chemotherapieinduzierter Übelkeit, Kortikoide bei Tumorkompression), Ernährung in kleinen Portionen, Protonenpumpeninhibitoren bei Reflux
Fatigue	Energiemanagement, leichtes Aktivierungsprogramm/Physiotherapie, Schlafhygiene, Behandlung reversibler Faktoren (Anämie, Elektrolyte, Medikamente, TSH), Biofeedback, psychologische Betreuung
Reflux/epigastrischer Schmerz	Protonenpumpeninhibitoren, Prokinetika, Ernährungsanpassung, Oberkörperhochlagerung

Quelle: Eva Katharina Masel

dungssituationen und kann therapiebegleitend die Lebensqualität verbessern. Die Übergangsphase von kurativ zu palliativ ist nicht automatisch definiert, sondern muss aktiv gestaltet werden.⁷

Herausforderungen bei Tumoren des oberen GI und palliativer Begleitung

In der onkologischen Behandlung von Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes steht ein multimodaler Ansatz im Vordergrund: neoadjuvante/adjuvante Chemotherapie, Operation, Radiotherapie sowie systemische Therapien bei metastasiertem Krankheitsbild. Die Komplexität⁸ dieser Therapiefade führt dazu, dass Palliative Care häufig erst in späten Stadien integriert wird – eine Verzögerung, die aus Sicht der Versorgungsqualität fragwürdig ist.⁹ Vor diesem Hintergrund sollte die Palliativmedizin nicht als „letzte Option“, sondern als paralleler Baustein im Versorgungsprozess verstanden werden.

Bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes ergeben sich typische Problembereiche für die Palliativversorgung:

- tumorbedingte Dysphagie/Obstruktion, Ernährungs-mangel, Gewichtsverlust
- postoperative Komplikationen, funktionelle Einschränkungen
- Symptomlast wie Übelkeit, Schmerz, Fatigue
- Entscheidungsprozesse über Therapieziele, therapeutische Optionen
- Lebensqualität versus Lebensverlängerung

Im Falle eines Progresses darf nicht unterschätzt werden, dass persönliche Ängste und Einstellungen von Behandler:innen einen wesentlichen Einfluss darauf haben, wie offen Gespräche über das Lebensende geführt werden. Dies führt nicht selten dazu, dass schwierige Themen vertagt, beschönigt oder nur angedeutet werden, selbst dann, wenn Patient:innen längst Klarheit suchen oder spüren, dass sich ihre Situation zuspitzt.

Eine Reflexion der eigenen Haltung, Supervision, Kommunikationsschulungen und interdisziplinärer Austausch sind daher entscheidend, um die eigene Scheu zu reduzieren und eine offene, Gesprächskultur zu ermöglichen.¹⁰ Nur wenn wir uns unseren eigenen Ängsten stellen, können wir Patient:innen sicher und präsent durch existenzielle Phasen begleiten.¹¹

Tab. 2: Medizinische „Red Flags“, die ein palliativmedizinisches Mitdenken erfordern

- rascher Gewichtsverlust (> 10 % in 6–8 Wochen)
- zunehmende Dysphagie/Passagestörung
- rezidivierende Notfallkontakte
- ECOG ≥ 2
- multimodale Erschöpfung/therapiebedingte Erschöpfung
- keine klare Perspektive der Tumorthherapie

Quelle: Eva Katharina Masel

Klinische Warnsignale: Bei Patient:innen mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes gibt es klinische Warnsignale, die ein sofortiges palliativmedizinisches Mitdenken erforderlich machen. Ein rascher, ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 10 % innerhalb weniger Wochen und eine zunehmende Dysphagie oder Passagestörung weisen auf eine erhebliche Krankheitsprogression und eine drohende Mangelernährung hin.¹² Wiederholte Kontakte mit der Notaufnahme sind ein Zeichen einer instabilen Situation, die durch proaktives Symptommanagement und Versorgungsplanung aufgefangen werden sollte. Gleichzeitig sind ein ECOG-Status ≥ 2 sowie eine therapiebedingte Erschöpfung Hinweise darauf, dass die körperlichen Ressourcen begrenzt sind und der Nutzen weiterer tumorgerichteter Maßnahmen kritisch geprüft werden muss. Spätestens, wenn keine klare onkologische Behandlungsstrategie mehr erkennbar ist, sollte in einem interdisziplinären Teamprozess der Fokus offen neu ausgerichtet werden.^{13–15}

Umsetzung: frühzeitige Einbindung als Qualitätsmerkmal

Die Integration von Palliativmedizin bei Tumoren des oberen GI kann anhand folgender Eckpunkte umgesetzt werden:

- **Screening und Assessment:** Bereits bei Diagnosestellung oder spätestens nach Ersttherapie sollte ein Palliativassessment erfolgen (z. B. mittels standardisierter Tools zur Symptomlast, psychosozialen Belastung, Versorgungswunsch^{16,17}).
- **Interdisziplinärer Austausch:** Ein gemeinsamer Austausch zwischen Onkologie, Chirurgie, Gastroenterologie, Ernährungsmedizin, Palliativmedizin sichert frühe Schnittstellen.

• **Symptommanagement parallel zur Tumorthherapie:** Palliativmedizinische Interventionen wie Ernährungstherapie¹⁸, Schmerztherapie¹⁹, psychosoziale Betreuung, Physiotherapie, Ergotherapie und Advance Care Planning⁵ laufen parallel zur kurativen bzw. lebensverlängernden Therapie.

• **GLIM-Kriterien**²⁰, www.dgem.de:

Die GLIM-Kriterien dienen der standardisierten Diagnose von Mangelernährung. Dafür müssen mindestens ein phänotypisches und ein ätiologisches Kriterium erfüllt sein. Phänotypische Kriterien: nichtbeabsichtigter Gewichtsverlust, niedriger Body-Mass-Index (BMI), reduzierte Muskelmasse; ätiologische Kriterien: reduzierte Nahrungsaufnahme oder Resorption, Vorliegen einer Entzündung (akut oder chronisch)

• **Entscheidungs- und Zielklärungsgespräche:** Palliativteams unterstützen bei wiederkehrenden Gesprächen über Therapieziel, Lebensqualität und Behandlungspräferenzen.²¹

• **Kontinuierliche Beobachtung und Flexibilität:** Die Versorgung sollte dynamisch sein, mit wiederholtem Überdenken von Therapie, Symptomlast und Lebensqualität im Verlauf.²²

Evidenzlage

Die Evidenz dafür, dass eine frühzeitige Palliativintegration die Lebensqualität verbessert, ist zunehmend robust.²³ Ein Cochrane-Review zeigte bereits im Jahr 2017, dass frühzeitige Palliativinterventionen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen die Lebensqualität verbessern können.²⁴ Patient:innen mit einem fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Tumor des oberen Gastrointestinaltraktes haben häufig Krankenhausaufenthalte. Eine spezialisierte palliative Betreuung ist mit einem geringeren Hospitalisierungsrisiko verbunden.²⁵

Qualitätsmerkmale moderner Onkologie

Die frühzeitige Palliativintegration bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes kann daher als Qualitätsmerkmal moderner Onkologie verstanden werden – im Sinne von:

- patientenzentrierter Versorgung (Lebensqualität, symptomorientiert)
- interdisziplinären Versorgungsmodellen
- transparenter Kommunikation und Zielklärung

• fact-box

Eine frühzeitige Palliativintegration bei Upper-GI-Tumoren ist essenziell.

Wichtige Red Flags (Tab 2.) wie rascher Gewichtsverlust, zunehmende Dysphagie, wiederholte Notfallkontakte, ECOG ≥ 2 oder fehlende Therapieperspektive erfordern palliativmedizinisches Mitdenken.

Interdisziplinäre Teams und Parallel Planning sichern eine patientenzentrierte Versorgung.

- Nutzung von Ressourcen (z. B. kann eine frühzeitige Betreuung dazu beitragen, Notfälle und Hospitalisationen zu vermeiden)

Ausblick und Zusammenfassung

Für die Zukunft sollte das Ziel darin bestehen, strukturierte Schnittstellen zwischen Onkologie und Palliativmedizin zu etablieren. Diese sollten standardisierte Kriterien für eine frühzeitige Einbindung, eine regelmäßige Auswertung von Versorgungsdaten sowie patientenzentrierte Ergebnisse umfassen. Entscheidend bleibt die Umbrella-Metapher: „Palliativmedizin ist der Regenschirm und nicht der Regen!“²⁶ Eine gute Palliativversorgung bedeutet keinen Rückzug, sondern eine aktive Begleitung im onkologischen Versorgungsprozess, der sich durch hohe Komplexität und ausgeprägte Symptomlast auszeichnet.

Resümee/Ausblick

Die frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin bei Patient:innen mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes sollte heute als integraler Bestandteil einer modernen onkologischen

Versorgung gelten. Zukünftige Forschung, idealerweise mit Fokus auf diese Tumorentitäten, sowie die Schaffung strukturierter Schnittstellen zwischen Onkologie und Palliativmedizin sind wesentliche Schritte, um die Versorgung zu optimieren.

Referenzen: (1) Hui D, CA Cancer J Clin 2018; 68(5):356–76 (2) Creangă-Murariu I et al., Cancers (Basel) 2025; 17(15):2598 (3) Huo B et al., Eur J Cancer Care (Engl) 2022; 31(6):e13620 (4) Kavalieratos D et al., JAMA 2016; 316(20):2104–14 (5) Schrijvers D, Ann Oncol 2014; 25(Suppl 3):iii138–42 (6) Epstein AS et al., Cancer 2022; 128(18):3400–7 (7) Kitta A et al., Support Care Cancer 2021; 29(5):2405–13 (8) Mocha Campillo F et al., Am J Hosp Palliat Care 2025; 42(2): 178–85 (9) Adamidis F et al., Support Care Cancer 2024; 32(8):518 (10) Mount BM et al., Urology 1974; 4(6):741–8 (11) Masel EK, memo 2020; 13(1):7–8 (12) Silva DNM et al., BMC Palliat Care 2023; 22(1):150 (13) Cherry NI et al., ESMO Open 2025; 10(1):104099 (14) Silva DNM et al., BMC Palliative Care 2023; 22 (15) Family Practice Oncology Network – Clinical Practice Guidelines. Upper-GICancer-Part1. 2025 Sept1. <https://www.bccancer.bc.ca/family-oncology-network-site/Documents/UpperGICancerRevision-Part1-Final-2025Sept1.pdf> (16) Masel EK et al., Eur J Cancer Care (Engl) 2016; 25(4):544–50 (17) Murtagh FE et al., Palliat Med 2019; 33(8):1045–57 (18) Muscaritoli M et al., Clin Nutr 2021; 40(5):2898–913 (19) Fallon M et al., Ann Oncol 2018; 29(Suppl 4):iv166–191 (20) Jensen GL et al., JPEN J Parenter Enteral Nutr 2025; 49(4):414–27 (21) Temel JS et al., NEJM 2010; 363(8):733–42 (22) Sanders JJ et al., J Clin Oncol 2024; 42(19):2336–57 (23) Gautama MSN et al., Indian J Palliat Care 2023; 29(1):28–35 (24) Haun MW et al., Cochrane Database Syst Rev 2017; (6):CD011129 (25) Boland EG et al., Support Care Cancer 2024; 32(7):432 (26) Zimmermann C, JAMA Oncol 2022; 8(5):681–2