

# Palliativmedizin – das Skript –



hg. von Bernd Alt-Epping  
und Friedemann Nauck

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**

Klinik für Palliativmedizin



Georg-August-Universität Göttingen



Universitätsmedizin Göttingen/Klinik für Palliativmedizin  
Palliativmedizin – das Skript

Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
[Creative Commons  
Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen  
4.0 International Lizenz.](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)





# Palliativmedizin

– das Skript –

zum Querschnittsfach 13 an der

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG  
GÖTTINGEN

Herausgegeben von  
Bernd Alt-Epping und  
Friedemann Nauck

Klinik für Palliativmedizin

7. Auflage,  
Sommersemester 2019



Universitätsverlag Göttingen  
2019

## Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

### *Autorenkontakt*

Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping  
Ltd. OA Klinik für Palliativmedizin  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN  
GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
Telefon: +49 (0)551 / 39-10513  
Fax: +49 (0)551 / 39-33189  
[bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de](mailto:bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de)  
[www.palliativmedizin.uni-goettingen.de](http://www.palliativmedizin.uni-goettingen.de)

Dieses Buch ist auch als freie Onlineversion über die Homepage des Verlags sowie über den Göttinger Universitätskatalog (GUK) bei der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen (<http://www.sub.uni-goettingen.de>) erreichbar. Es gelten die Lizenzbestimmungen der Onlineversion.

Satz und Layout: Bernd Alt-Epping und Lena Deiseroth  
Umschlaggestaltung: Jutta Pabst  
Titelabbildung: Klinik für Palliativmedizin

© 2019 Universitätsverlag Göttingen  
<https://univerlag.uni-goettingen.de>  
ISBN: 978-3-86395-400-0  
DOI: <https://doi.org/10.17875/gup2019-1141>

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
1.1	Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin? .....	3
1.2	Wie wird Palliativmedizin gelehrt? .....	9
1.3	Wie wird man eigentlich ein „Palliativarzt“/-ärztin“?.....	11
2	Symptomkontrolle .....	13
2.1	Symptomprävalenzen in der Palliativversorgung .....	13
2.2	Tumorschmerz: Schmerzen bei Patienten mit Krebserkrankungen.....	15
2.3	Atemnot .....	26
2.4	Gastrointestinale Symptome.....	30
2.4.1	Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie .....	30
2.4.2	Ileus bei Maligner Intestinaler Obstruktion (MIO) .....	35
2.4.3	Obstipation .....	39
2.5	Neuropsychiatrische Symptome .....	42
2.5.1	Verwirrtheit und delirante Syndrome.....	42
2.5.2	Depression .....	46
2.5.3	Angst .....	48
2.5.4	Epileptische Anfälle .....	50
2.5.5	Fatigue .....	53
2.6	Finalphase .....	58
3	Kommunikation.....	63
3.1	Allgemeines.....	63
3.2	Überbringen schlechter Nachrichten.....	64
3.3	Kommunikation über die Palliativsituation selbst.....	69
3.4	Interdisziplinarität und Multiprofessionalität .....	71
3.5	Burnout .....	74
3.6	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.....	76
3.7	Notfall- und Krisenplanung, <i>Advance Care Planning (ACP)</i> .....	78
3.8	Wie kann ein schwer kranker Patient bestmöglich aus dem Krankenhaus entlassen werden? .....	81

4	Ethische Fragen am Lebensende .....	85
4.1	Änderung des Therapieziels statt „Sterbehilfe“ .....	85
4.2	Palliative Sedierung zur Symptomkontrolle.....	90
5	... und zum Schluss .....	93



# 1 Einleitung

## 1.1 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin?

*„Der existentielle Sinn des Daseins ist die Sorge.“*

*Martin Heidegger, Sein und Zeit, 1927*

Wenn eine Erkrankung nicht (mehr) heilbar ist und ein Voranschreiten des Erkrankungsprozesses bis zum Versterben realistischerweise zu erwarten ist (wie dies immer noch bei einem Großteil der Krebserkrankungssituationen der Fall ist, sei es primär ab Diagnosestellung oder im Kontext einer sekundären Metastasierung oder eines lokal nicht mehr behandelbaren Rezidivs), stellen die Wiederherstellung und der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität, zum Beispiel durch die Linderung belastender Symptome, häufig das im Vordergrund stehende Behandlungsziel dar. Das Behandlungsziel der Lebenszeitverlängerung tritt dann bei vielen Patienten in den Hintergrund. Dementsprechend nimmt die Behandlung und Vorbeugung belastender Symptome in dieser Erkrankungsphase einen besonderen Stellenwert ein. Der Begriff „palliativ“ (lat. pallium = Mantel) kann in diesem Kontext sowohl auf die inkurable, fortschreitende Erkrankungssituation selbst als auch auf das resultierende, eher symptomorientierte Vorgehen bezogen werden.

Vor diesem Hintergrund bezeichnet der Begriff „Palliativmedizin“ ein umfassendes Unterstützungskonzept („*support system*“ [WHO 2002]), das auf die komplexen Belastungen und Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Patienten ausgerichtet ist, gleich welchen Alters. In den vergangenen Jahren wurde in den Definitionen der WHO (2002) und der Europäischen und Deutschen Palliativgesellschaft EAPC und DGP [Radbruch 2011, Sepulveda 2002, DGP 2018] zum Ausdruck gebracht, dass der Einbezug palliativmedizinischer Unterstützungsstrukturen weniger durch die prognostisch begrenzte Lebenszeit, als vielmehr durch komplexe Belastungen und die vielschichtige Unterstützungsbedürftigkeit bei schweren Grunderkrankungen gerechtfertigt ist („*Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, ...*“ [WHO 2002]). Der im Englischen gebräuchlichere Begriff „Palliative Care“ soll zudem zum Ausdruck bringen, dass es sich nicht nur um ärztliche Behandlungsmaßnahmen im engeren Sinne, sondern um ein umfassendes Unterstützungs- und Versorgungskonzept (‘Care’ im Sinne breiterer Umsorgung) handelt.

Die überwiegende Anzahl der in spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen behandelten Patienten (ca. 80-90%) leidet an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung. Ausdrücklich steht diese Form der (Mit-)Behandlung auch Patienten mit anderen Grunderkrankungen wie fortschreitenden, unheilbaren Nerven-, Herz-, Lungen-, Nieren- oder Infektionserkrankungen offen. Patienten mit diesen fortgeschrittenen „nicht-onkologischen“ Grunderkrankungen werden insbesondere durch Versorgungsstrukturen der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung betreut, allen voran durch weitergebildete Hausärzte.

Das Hauptziel palliativmedizinischer Unterstützung, egal ob allgemein oder spezialisiert, ist die Erhaltung einer für den Patienten annehmbaren Lebensqualität. Dieses Ziel wird durch aktive Symptomkontrolle inklusive angepasster Schmerztherapie sowie durch psychosoziale und spirituelle Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen erreicht. Auch Hilfestellung bei Rehabilitation sowie der Bewältigung von Krankheit, Abschied und Trauer sind Bestandteile des Therapiekonzeptes.

**Palliativmedizin versteht sich** als breit angelegtes Unterstützungskonzept, welches auf die Vielschichtigkeit und Komplexität von Belastungssituationen bei schweren, lebensbegrenzenden Erkrankungen ausgerichtet ist, und ist charakterisiert durch eine innere Haltung gegenüber schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, und gegenüber existenziellem Leid.

**Palliativmedizin versteht sich** in dem Sinne als bedürfnisorientierter (und weniger als prognose- oder diagnoseabhängiger), multiprofessioneller und interdisziplinärer Behandlungsansatz, der die grundlegende hausärztliche Behandlung, die pflegerische Grundversorgung und die Grunderkrankungsspezifischen Therapien dann ergänzt, wenn besonders komplexe, unterstützungsbedürftige Situationen eingetreten oder zu erwarten sind.

Die Ursprünge der modernen Hospizbewegung (im Sinne eines bürgerlichen bzw. ehrenamtlichen, auch pflegerischen Impulses für eine ambulante und stationäre Sterbebegleitung) und Palliativmedizin (im Sinne einer auch ärztlich-therapeutisch ausgerichteten Versorgung) gehen auf Dame Cicely Saunders zurück, aufgrund deren Wirken 1967 das St. Christopher's Hospice als erste spezialisierte Einrichtung für schwerst- und sterbenskranke Patienten in London eröffnet wurde. Dort hat in den vergangenen Jahren eine Neuausrichtung der Palliativmedizin auf die Erfordernisse der modernen Medizin stattgefunden (siehe das passende Baustellenschild dazu auf dem Foto). In Deutschland eröffnete die erste Palliativstation im Jahr 1983 (in Köln); mittlerweile gibt es über 324 Palliativstationen, 230 stationäre Hospize, 1420 ambulante Hospizdienste, 306 SAPV Teams und 44 multiprofessionelle Palliativdienste für stationäre Patienten [[www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/)].



*Das St. Christopher's Hospice in London wird modernisiert und richtet sich neu aus (2013)*

## Was braucht es dafür?

*"The secret of care for the patient is in caring for the patient."*

*Francis Peabody, Harvard 1925*

Für eine solche umfassende Unterstützung braucht es einerseits verschiedene ärztliche Fachdisziplinen im Sinne der **Interdisziplinarität**, die Expertise bei der Behandlung von Symptomen als auch bei der Behandlung der Grunderkrankung(en) zusammentragen. Im Gegensatz landläufiger Meinung bedarf es dabei eines hohen Maßes an akut- und auch notfallmedizinischer Kompetenz, zum Beispiel bei nächtlichen Hausbesuchen zur Behandlung von Schmerz- oder Atem-

notkrisen, akut deliranten Zuständen, Komplikationen bei Tracheostomaträgern oder bei letalen oder subletalen Blutungen. Akut- und notfallmedizinische Kompetenz bedeutet hier insbesondere auch die klinische und ethische Kompetenz, entscheiden zu können, welche Interventionen vor den Rahmenbedingungen der fortgeschrittenen Grunderkrankung für den einzelnen Patienten zielführend und angemessen sind – und welche nicht mehr [Nauck & Alt-Epping 2008].

Die Komplexität der palliativmedizinischen Behandlungssituationen erfordert hierbei in der Regel den Einbezug einer Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen/Psychotherapeuten, Koordinatoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Seelsorger, u.v.m.), im Sinne der **Multiprofessionalität**. Die Dekompensation einer häuslichen Versorgungssituation, die Versorgung maligner Wunden, die Begleitung belasteter und trauernder Angehöriger, der Verlust der Fähigkeit, Speisen, Flüssigkeit oder Medikamente zu schlucken, existenzielle Krisen, sozialrechtliche Fragestellungen oder ethische Entscheidungsprobleme sind Beispiele palliativmedizinisch relevanter Situationen, in denen das ärztliche Tun als solches nicht im Vordergrund steht - nichtsdestotrotz eine Komplexität und Akuität vorliegt, die ein Mehr an Unterstützung erfordert, als es die Familie, der Hausarzt, der Gemeindepflegedienst und die behandelnde (z.B. onkologisch tätige) Einrichtung zu leisten vermag.

Demzufolge bedarf es einer **24-h-Erreichbarkeit** 7 Tage die Woche, um Patienten und ihren Familien diese umfassende Unterstützung zu bieten. Dies betrifft insbesondere die häusliche (oder in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe stattfindende) Versorgungssituation im Rahmen der spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), und umfasst auch das Angebot von Hausbesuchen zu jeder Zeit.

Diese Unterstützung findet **über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg** statt: Neben der häuslichen SAPV kommt das multiprofessionelle Behandlungskonzept auch in palliativmedizinischen Ambulanzen und Tageskliniken, im Konsildienst bzw. im multiprofessionellen Palliativdienst für stationäre Patienten, oder auf spezialisierten Palliativstationen zum Tragen. In all diesen Versorgungsstrukturen stellt die Komplexität der Behandlungssituation das (auch verordnungsrelevante) Kriterium für den Einbezug spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen dar - dies betrifft ca. 30% aller Versterbenden, die (geschätzt) die Angebote der spezialisierten Palliativversorgung in Anspruch nehmen [Faktencheck Gesundheit 2015].

Ein weiterer kennzeichnender Aspekt der Palliativmedizin ist das Bemühen, Unterstützungsangebote und die Thematik von Endlichkeit - mit all ihren Auswirkungen auf aktuell oder später anstehende Entscheidungen zur Therapie, zur eigenen Versorgung und zum sozialen Umfeld - frühzeitig in die primären, vorangehenden Behandlungskonzepte (insbesondere in die onkologische Tumorthherapie) zu integrieren (**Frühzeitige Integration**). In den vergangenen Jahren konnten mit Hilfe mehrerer kontrollierter Studien deutliche positive Auswirkungen *frühzeitiger* Unterstützungsangebote und eines *frühzeitigen* „Dran Denkens“ - unabhängig von bereits frühzeitig bestehenden Symptomen und psychosozialen Belastungen - nachgewiesen werden. Dabei war *frühzeitig* meist definiert als der Zeitpunkt der Diagnose einer inkurablen (Krebs-)Erkrankung [Parikh 2013; Temel 2010 und 2016; Brumley 2007; Maltoni 2016; Vanbutsele 2018; Kaasa 2018; vergl. auch Gärtner 2015 und 2017; Haun 2017; Leitlinienprogramm Onkologie 2019].

#### Auswirkungen einer frühzeitig integrierten Palliativmedizin auf den Erkrankungsverlauf

- Verbesserte Lebensqualität
- Weniger depressive Symptome
- Weniger Chemotherapie innerhalb der letzten 60 Lebenstage
- Längerer Zeitraum zwischen letzter Chemotherapie und Versterben
- Längerer Zeitraum für hospizliche Begleitung
- Besseres Verständnis der zugrundeliegenden Prognose
- Häufigere Verfügungen bzgl. Reanimation
- Seltener Notaufnahmen bzw. Krankenhausaufenthalte
- (Verlängerte Gesamtüberlebenszeit)\*

\*dieses nachberechnete Ergebnis der Studie von J. Temel (2010) konnte in anderen Studien nicht reproduziert werden

Das palliativmedizinische Handlungskonzept einer frühzeitigen Kontaktaufnahme und Mitbehandlung führt dazu, dass man im engeren Sinne nicht mehr von einer „Schnittstelle“ zwischen Onkologie und Palliativmedizin, sondern eher von einem immer größer werdenden Überlappungsbereich bzw. einem kontinuierlichen Übergang sprechen sollte.

#### Literatur

- Brumley R, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc 2007; 55(7): 993-1000.
- Dt. Ges. für Palliativmedizin. Definitionen. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_GLOSSAR.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf) (Zugriff 02.08.2017).
- Faktencheck Gesundheit 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/>; (Zugriff 17.02.2019).

- Gärtner J, Wedding U, Alt-Epping B. Frühzeitige palliativmedizinische Mitbehandlung. *Onkologie* 2015; 21: 1182–1188.
- Gaertner J, Siemens W, Meerpohl J, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017; 358: j2925.
- Haun MW et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6:CD011129. doi: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.
- Kaasa S, Loge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018; published online Oct 19 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7).
- Leitlinienprogramm Onkologie (DKG, DKH, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 28.12.2018).
- Maltoni M, et al. Systematic versus on demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2016; 65: 61-8.
- Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care – a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 2008; 9(11): 1086-91.
- Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Z Palliativmed* 2011; 12: 216-227.
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the WHO's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.
- Temel JS, Greer JA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
- Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 834-841.
- Vanbutsele G, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2018; 19(3): 394-404.
- World Health Organization (2002). Definition Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definitionen/> (Zugriff 03.09.09).
- [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/); (Zugriff 17.02.2019).

## 1.2 Wie wird Palliativmedizin gelehrt?

*„Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis meist größer als in der Theorie.“  
Ernst Ferstl, 1996*

Seit der Änderung der Approbationsordnung zum 31.07.2009 ist Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach (Q13) etabliert; der Leistungsnachweis musste erstmals bei der Meldung zur Zweiten Ärztlichen Prüfung im Oktober 2014 vorgelegt werden. Sowohl das Studiendekanat als auch die Klinik für Palliativmedizin stehen hier für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Palliativmedizinische Lehre sollte nicht nur Wissen (z.B. über Maßnahmen der Symptomkontrolle) und Fertigkeiten (z.B. in Gesprächsführung oder Punktionstechniken) beinhalten, sondern auch eine ärztliche Grundhaltung vermitteln, die einen Umgang mit schwerst- und sterbenskranken Patienten (und ihren Angehörigen) und auch eine eigene Positionsfindung gegenüber der Thematik von Endlichkeit ermöglicht. In Göttingen bemühen wir uns daher, diese Inhalte im Sinne des Querschnittsfachs an vielen Stellen im Curriculum zu verorten, angefangen beim Anatomiekurs (Vorlesung und Reflexionsseminar „Tod und Sterben“) über regelmäßige Hospitationen von Kursgruppen im vorklinischen Kommunikationskurs (Med. Psych./Soz.) hin zum klinisch ausgerichteten Wahlpflichtfach Palliativmedizin (28 LVS) mit reichlich Gelegenheit, durch multiprofessionellen Input „über den Tellerrand zu schauen“. Diejenigen Lehrveranstaltungen, die alle Studierenden erreichen, sind verortet

- im **Modul 3.3** mit 2 Hauptvorlesungen (4 UE) zu den Grundlagen von Palliativmedizin und der Symptombehandlung (Schmerz, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Verwirrtheit und Delir), dem Fallseminar zum Thema Multiprofessionalität (1 UE), dem Seminar zu den Besonderheiten der Arzneimitteltherapie in der Palliativsituation (2 UE), und dem ersten Teil des Seminars „Überbringen schlechter Nachrichten“ (2 UE), und der Klausur (siehe unten),
- im **Modul 6.2** mit 4 Hauptvorlesungen (4 UE) zu Themen „Ethik in der Notfallmedizin“, „Palliativmedizinische Aspekte bei internistischen Grunderkrankungen“, „Ernährung und Flüssigkeitsgabe“, und einer fallbezogenen Wiederholung von „Symptomkontrolle“, und dem OSCE (siehe unten),

- im **Modul 6.X** (mit dem zweiten Teil des Seminars „Überbringen schlechter Nachrichten“ (2 UE) und einer fallbezogenen Wiederholung des Arzneimitteltherapie-Themas (2 UE),
- und im **PJ-Unterricht** mit den Lehrveranstaltungen für Studierende im Praktischen Jahr Klinisch-Arzneimitteltherapeutische Konferenz (KAK) (2 UE).

Der Schein für das Q13 richtet sich mit 25% der Leistungspunkte nach dem Ergebnis der palliativmedizinischen OSCE-Station (M6.2-OSCE) und mit 75% nach dem Ergebnis der Multiple Choice Fragen in der M3.3-Klausur. Ziel ist es jedoch für die Zukunft, auch andere Prüfungsformate mit einzubeziehen, dies auch in dem Bewusstsein, dass Multiple Choice Fragen sicher ein wenig geeignetes Prüfungsformat sind, um den Erfolg des Bemühens zu erfassen, z.B. palliativmedizinische Haltung zu vermitteln. In diesem Sinne kann und will dieses Skript einen authentischen Unterricht nicht ersetzen, sondern kann nur einen kleinen Überblick über einige der (potentiell abprüfbaren) Themen geben.

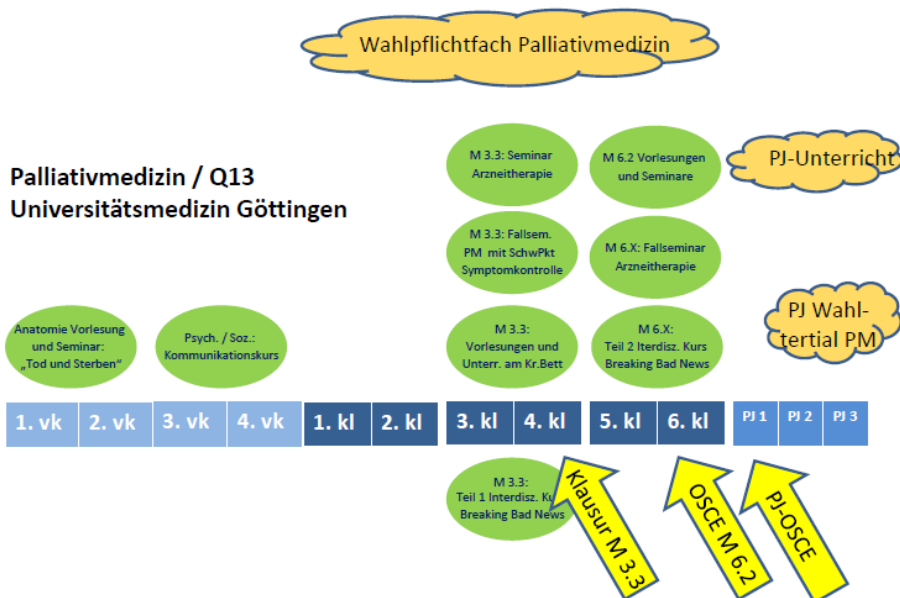


Abbildung 1: Curriculum Palliativmedizin/Querschnittsbereich 13 an der UMG, Stand WS 2018/19



### 1.3 Wie wird man eigentlich ein „Palliativarzt“/-ärztin“?

*„Die liebevolle Annäherung an das Unerreichbare zu versuchen,  
ist nicht untersagt.“  
J.W. Goethe, 1749-1832*

„Palliativmedizin“ ist weder ein Facharzt (analog z.B. der Inneren Medizin), noch eine Schwerpunktbezeichnung (analog z.B. der Kardiologie), sondern eine Zusatzbezeichnung (analog z.B. der Notfallmedizin oder der Infektiologie). Dies ist sowohl der überschaubaren Größe des Fachs geschuldet, als auch dem Querschnittsgedanken, der dahintersteht: Palliativmedizin ist nicht nur etwas für Experten, sondern (als „allgemeine Palliativversorgung“, siehe oben) ein Auftrag an jeden Arzt/jede Ärztin, der/die schwerkranke oder sterbende Patienten mit betreut. Zurzeit bedarf es für diese Zusatzbezeichnung in Abhängigkeit von der Berufsordnung jeder Landesärztekammer entweder den Basiskurs (= sog. „Kursweiterbildung“) Palliativmedizin plus drei Aufbaumodule zu je 40 Stunden (= 160 Kursstunden insgesamt), oder den Basiskurs (= 40 Kursstunden) plus anteilmäßig anerkannte Weiterbildungszeit bei einem weiterbildungsermächtigten Arzt/Ärztin in einer palliativmedizinischen Einrichtung. Man darf die Kurse in der Regel bereits vor der Facharztprüfung absolvieren - die Zusatzbezeichnung wird jedoch erst ab Facharztniveau verliehen. Die Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), strebt jedoch eine Aufwertung als Facharzt an, zusätzlich zu der der allgemeinen Palliativversorgung vorbehaltenen Zusatzbezeichnung, nicht zuletzt, um dem Nachwuchs (also Ihnen) eine bessere akademische Perspektive zu ermöglichen.

Eine andere Frage ist, **wieso** man überhaupt „Palliativarzt“ wird ... Hier wird es das Beste sein, direkt Kontakt mit jemandem aus diesem Arbeitsbereich aufzunehmen und sich hierüber bei einer Tasse Kaffee auszutauschen - oder gerne in unserer Klinik zu hospitieren, zu famulieren, eine *ad-lib*-PJ-Woche aus der Anästhesie oder der Inneren Medizin heraus oder noch besser ein PJ-Wahltertial bei uns zu machen, um besser nachspüren zu können, was das Besondere an diesem Fachbereich ausmacht.



## 2 Symptomkontrolle

*“We cannot take away the hard thing that is happening  
but we can help to bring the burden into manageable proportions.”*

*Cicely Saunders. The treatment of intractable pain in terminal cancer.  
Proceedings of the Royal Society of Medicine 1963, 56(3): 195-97*

### 2.1 Symptomprävalenzen in der Palliativversorgung

- Schmerzen	84%	[Higginson 1997]
- Anorexie	71%	
- Übelkeit und Erbrechen	51%	
- Schlaflosigkeit	51%	
- Dyspnoe	47%	
- Obstipation	47%	
- Depression	38%	
- Verwirrtheit	33%	
- Sorgen/Ängste Familie	33%	
- Sorgen/Ängste Patient	25%	

In älteren Symptomprävalenzstudien bei krebserkrankten Patienten, bei Patienten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen, oder bei Patienten im letzten Lebensjahr (die Kohorten wurden zumeist divergent definiert) wurde Schmerz als das äufigste belastende Symptom aufgeführt [vergl. Higginson 1997]. Spätere Erhebungen unterstreichen jedoch die Bedeutung des Symptoms Fatigue, im Sinne von Schwäche, Erschöpfung und/oder Müdigkeit, mit noch höherer Prävalenz [Radbruch 2003, Miller-Reilly 2006]. Hinzu kommt, dass Patienten die subjektive Belastung durch Fatigue als erheblich größer beschrieben als durch Schmerzen, während die Fremdeinschätzung der subjektiv empfundenen Belastung sich umgekehrt darstellte: Ärzte schätzten ein, dass Schmerzen als deutlich belastender empfunden würden als das Symptom Fatigue [Vogelzang 1997].

Weitere belastende Symptome in inkurablen, fortgeschrittenen Erkrankungssituationen umfassen unter anderem Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, neuropsychiatrische Symptome (Unruhe, Verwirrtheit, Delir, Schlafstörungen, Depression, Angst), Juckreiz und viele weitere. In den vergangenen Jahren wurde deutlich, dass relevante Unterschiede im Verlauf, in der Prognosefindung, aber auch im Symptomspektrum nicht-onkologischer Grunderkrankungen im Vergleich zu Krebserkrankungen bestehen [Alt-Epping und Nauck 2016].

Symptomlinderung in der Palliativmedizin stellt daher weit mehr als nur die Behandlung tumorbedingter Schmerzzustände dar, und Patienten in einer Palliativsituation benötigen zudem deutlich mehr Unterstützung als lediglich die Behandlung ihrer Symptome.

## Literatur

- Alt-Epping B, Nauck F. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Maier C, Diener H-C, Bingel U (Hrsg.) Schmerzmedizin. Urban & Fischer in Elsevier, 2. Auflage, München 2016, S. 373-381, ISBN 78-3-437-21544-5.
- Higginson IJ, Hearn J. A multicenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. *J Pain Symptom Manage*, 1997; 14(1): 29-35.
- Miller Reilly C et al. A literature synthesis of symptom prevalence and severity in persons receiving active cancer treatment. *Supp Care Cancer* (2013) 21: 1525-1550.
- Radbruch L, Nauck F, et al. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Supp Care Cancer* 2003; 11: 442-451.
- Vogelzang NJ, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue. *Semin Hematol*. 1997; 34(3 Suppl 2): 4-12.

## 2.2 Tumorschmerz: Schmerzen bei Patienten mit Krebserkrankungen

*“...should learn not only how to free patients from pain and distress, how to understand them and never let them down, but also to be silent, how to listen and how just to be there.”*

*Cicely Saunders. Watch with me: Inspiration for a life in hospice care.  
2003; Sheffield: Mortal Press p.8*

### Allgemeines

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird“ [IASP; Merskey 1986].

Diese unscheinbar wirkende Definition impliziert eine kompromisslose Ausrichtung des Schmerzverständnisses am Erleben des Patienten (und nicht an unserer therapeutischen Fremdeinschätzung): „*Schmerz ist das was der Patient sagt ist Schmerz.*“ 60-95% der Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer Tumorerkrankung leiden an Schmerzen [Bonica 1990; Foley 1998]; von diesen haben 60% abgrenzbare Durchbruchschmerzen/Schmerzsitzen [Svendsen 2005]. Im onkologischen Kontext entstehen Schmerzen zum Beispiel

- durch Tumorinvasion/Infiltration in benachbartes Nervengewebe (60-90%),
- infolge Chemo-, Radiotherapie oder Operation (10-25%),
- aufgrund indirekter Folgen der Tumorerkrankung (z.B. Dekubitalulzera, Muskelschmerzen durch Immobilität oder immunsuppressionsbedingter Zosterneuralgie (5-20%), oder
- aufgrund anderer, tumorunabhängiger Zustände (3-10%) [Bonica 1985].

Bei „nicht-onkologischen“ Grunderkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, COPD, neurodegenerativen Erkrankungen) ist die Prävalenz von Schmerzen niedriger - aber dennoch größer als man vermuten könnte: z.B. Herzinsuffizienz bei > 75% [Nordgreen 2003].

Durch Anamnese und Untersuchung sollte zwischen nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen differenziert werden, denn dies hat Bedeutung für die Auswahl der in Frage kommenden Medikamente (insbes. der Ko-Analgetika, s.u.).

## Schmerzanamnese

- Wo? Lokalisation? Ausstrahlung?
- Wie? Qualität und Intensität
- Wann? Zeitlicher Verlauf
- Wodurch? Faktoren mit Abnahme oder Zunahme der Schmerzen
- Warum? Kausalzusammenhänge
- Begleitbeschwerden? Z.B. Übelkeit, Obstipation, Unruhe, Fatigue, ...

Tabelle 1: Charakteristika der verschiedenen Schmerztypen [mod. nach Wirtz 2016]

Schmerztyp	Schmerzursache	Beschreibung	Schmerzlokalisierung	Besonderheit
Nozizeptiv	Somatisch (Knochen, Muskeln, Gelenke)	dumpf, drückend, pochend, bohrend	gut lokalisierbar	Dauerschmerz, oft mit bewegungsabhängigem Durchbruchschmerz (incident pain)
	Viszeral (Haut, Schleimhaut, Eingeweide)	dumpf, krampfartig, oft kolikartig	schlecht lokalisierbar	vegetative Begleitsymptome (Dermatome, Head-Zonen)
	Ischämie	hell, pochend	Extremität, auch viszeral möglich	belastungsabhängig, abhängig von Nahrungsaufnahme
Neuropathisch	Schädigung oder Irritation des Nervensystems	einschießend, elektrisierend, brennend, heiß	im Versorgungsgebiet der betroffenen Nervenstruktur	meist mit begl. neurolog. Störungen, z.B. Hypästhesie, Anästhesie, Parästhesie, Dysästhesie, Allodynie
Somatoform	Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung, biopsychosoziale Chronifizierungsmechanismen	dauerhaft, unbestimmter Charakter	diffus, auch den ganzen Körper betreffend	Keine neurologische Minussymptomatik

## Schmerzmessung

Schmerz kann - wie jedes Symptom - nur subjektiv vom Patienten selbst beurteilt werden:

### Visuelle Analogskala (VAS):

< ----->  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

### Numerische Ratingskala (NRS):

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## Ansatzpunkte für die Tumorschmerztherapie

1. Tumorspezifische („kausale“) Schmerztherapie, z.B.:
  - chirurgisch
  - chemotherapeutisch/anderweitig medikamentös
  - strahlentherapeutisch
  - nuklearmedizinisch
2. Symptomatische Therapie, z.B.:
  - systemisch/lokal medikamentös
  - invasiv/rückenmarksnah/neuroablativ
  - physio-/balneotherapeutisch
  - verhaltenstherapeutisch/tiefenpsychologisch
3. Behandlung der Begleitsymptome
4. Behandlung der Nebenwirkungen

## Grundlagen der medikamentösen Tumorschmerztherapie

- WHO Stufenschema (*by the ladder*)
- Nichtinvasive Applikation (*by the mouth*)
- Analgetika nach festem Zeitschema (*by the clock*)
- **Basisedikation:** retardierte Galenik, nicht mehrere Substanzen gleichzeitig, individuelle Dosisanpassung nach Titration
- **Bedarfsmedikation** (zusätzlich): schnell wirkend, gleiche Substanz, Dosis: 1/6 der 24h-Dosis der Basisedikation

- Bei neuropathischen Schmerzen Einsatz von Ko-Analgetika, z.B. Antiepileptika (z.B. Gabapentin, Pregabalin), Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Doxepin, Duloxetin, Venlafaxin), Steroide (z.B. Dexamethason), usw.
- Supportivmaßnahmen (Prophylaxe von Übelkeit, Obstipation, ...)

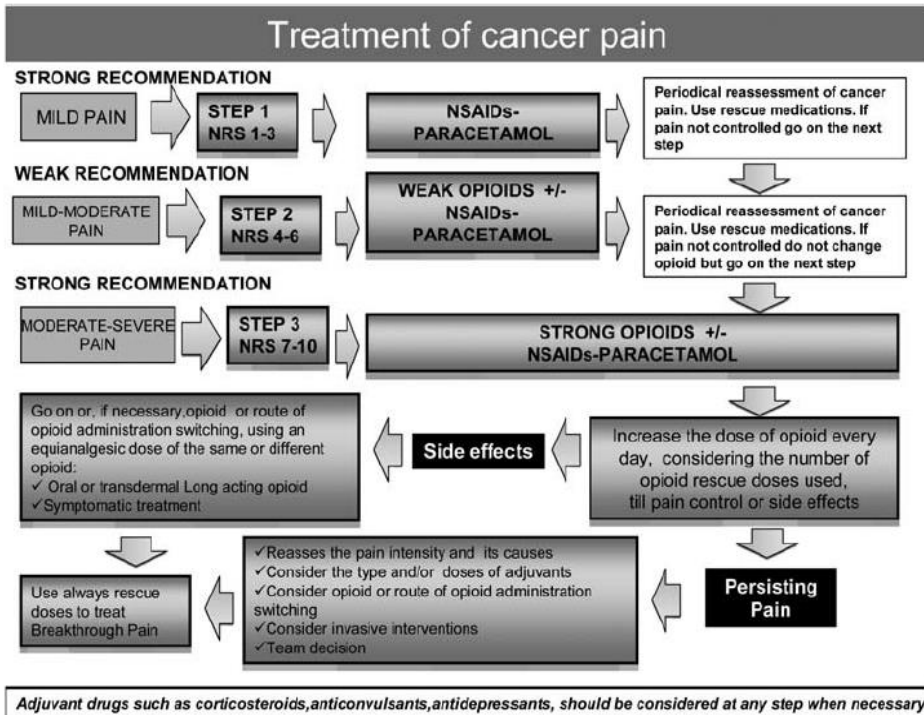


Abbildung 2: WHO Stufenschema [aus: Ripamonti 2012]



Tabelle 2: WHO Stufe III Opioide (\*für Dosierungen kann keine Gewähr übernommen werden)

Wirkstoff	Galenik	Dosis initial	Zeitintervall [h]	Äquivalenz
Morphin	retardiert	10-30 mg	8-12 (24)	1
	nicht retard.	5-10 mg	4	
Buprenorphin	retardiert	35 µg/h trans-dermal	72-96 (Pflasterwechsel)	70-100
	nicht retard.	0,2-0,4 mg	6-8	
Fentanyl	retardiert	12-25 µg/h trans-dermal	72 (Pflasterwechsel)	70-100
	nicht retard.	100 µg trans-mucosal	2	
Hydromorphon	retardiert	2-4 mg	8-12	5-7,5
	nicht retard.	1,3-2,6 mg	4	
Oxycodon	retardiert	5-10 mg	8-12	2
	nicht retard.	5 mg	4	
Levomethadon		2,5 mg	4 für die ersten 72 Stunden, dann 8	Individuell aufdosieren!

Opiate sind die natürlich vorkommenden Alkaloide, die aus Schlafmohn gewonnen werden. Die Bezeichnung „Opioide“ hingegen umfasst eine heterogene Gruppe von synthetischen, halbsynthetischen und natürlichen Substanzen, die an den bekannten Opioidrezeptoren wirksam sind. Der Apotheker Friedrich Sertürner isolierte 1804 erstmals das Alkaloid Morphin aus dem getrockneten Saft des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) (in Einbeck!).

Opioide wirken auf allen Ebenen der Neuraxis (peripher, spinal, zentral).

**Erwünschte und unerwünschte Opioid-Wirkungen** liegen eng beieinander:

- Analgesie, atemnotlindernde und antitussive Wirkung
- Sedierung, Atemdepression, psychomimetische Effekte, Nausea/Emesis, Bradykardie und Hypotension (bei hohen Dosen an i.v. Opioiden), Mundtrockenheit, Obstipation, Muskelrigidität, Histaminfreisetzung (am ehesten bei Morphin) mit Urtikaria, Pruritus, Hypotension und Bradykardie
- Eine Intoxikation z.B. bei Akkumulation von Metaboliten (z.B. von Morphin-3-Glukuronid/Morphin-6-Glukuronid nach Morphingabe bei gleichzeitiger Niereninsuffizienz/Nierenversagen) äußert sich in Form von Myoklonien, Sedierung, psychotischem Erleben, Hyperalgesie, usw.

### **Betäubungsmittelrecht**

Opioid-Analgetika der Stufe III (sowie manche Suspensionen der Stufe II) unterliegen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften. Für den klinischen Alltag sind vor allem das Betäubungsmittelgesetz und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (**BtMVV**) relevant. Die BtMVV regelt u. a.

- wer welche Betäubungsmittel und in welcher Menge verordnen darf;
- die Verordnung (Form und Inhalt der Verschreibung);
- die Dokumentation des gesamten Betäubungsmittelverkehrs;
- den Umgang mit Betäubungsmitteln in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, inkl. Hospizen und SAPV-Teams.

Eine adäquate Opioid-Therapie setzt die Kenntnisse dieser Verordnungen voraus [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-LL Palliativmedizin 2019, Caraceni 2012]. Jeder approbierte Arzt kann bei der Bundesopiumstelle (kurz „BOpSt“ genannt) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) BtM-Rezepte beantragen und sich zuschicken lassen. Für den Umgang mit BtM-Rezepten gelten spezielle Aufbewahrungs- und Dokumentationsvorschriften. Trotz dieses gewissen (überschaubaren) Umstandes sollte es weder im Krankenhaus noch im niedergelassenen Bereich passieren, dass ein Patient unzureichend mit Analgetika versorgt ist, nur weil kein BtM-Rezept aufzutreiben war.

### **Invasive Verfahren?**

Aufgrund der in den vergangenen Jahren deutlich gebesserten systemischen (medikamentösen) Schmerztherapie, der nicht überzeugenden Wirksamkeit/Umsetzbarkeit und der gerade bei häuslich versorgten, vulnerablen (Palliativ-) Patienten zum Tragen kommenden technischen Probleme werden kaum mehr invasive Verfahren in der Palliativmedizin eingesetzt.

Grundsätzlich sind dies insbesondere rückenmarksnahe Verfahren (insbesondere die peridurale Applikation von Opioiden, Lokalanästhetika, alpha-2-Agonisten (off-label), oder Sympathikusblockaden, periphere Nervenblockaden, periphere Katheterverfahren, implantierbare Systeme, Pumpensysteme (z.B. Morphin, Baclofen oder Ziconotid intrathekal), stereotaktische Verfahren, Radiofrequenzablation, Kryoläsion, Vertebroplastie/Kyphoplastie, und neurolytische Verfahren.

### Differenzialtherapie der Stufe I – Präparate

- z.B. Paracetamol: relativ schwach, auch antipyretisch, Tageshöchstdosis beachten (!)
- z.B. Metamizol: auch spasmolytisch => vor allem bei viszeralen Schmerzen, sehr selten Agranulozytose
- z.B. Flupirtin (ein zentral wirkendes nicht-opioides Analgetikum, das selektiv auf neuronale Kaliumkanäle einwirkt: SNEPCO): auch relaxierend auf quergestreifte Muskulatur („verspannungslösend“); wird nur noch extrem selten eingesetzt, unterliegt besonderen Sicherheitsauflagen (Leber!) und darf z.B. nicht mit Paracetamol kombiniert werden
- z.B. NSARs (Ibuprofen, Diclofenac): In der Palliativsituation stellt deren Nephrotoxizität, Thrombozytenfunktionsschädigung und Magenschleimhaut-aggressivität häufig genug eine Kontraindikation dar.

### Praktische Tipps

- Wenn bislang noch keine Stufe III - Opioide verabreicht wurden: **Start** zum Beispiel mit Morphin (Vorteile: preisgünstig, ALLE denkbaren Applikationswege außer transdermal)
- 16 Tropfen (=1 ml) einer 2%-igen öligen Morphinlösung entsprechen 20 mg Morphin
- Bei **Schluckstörungen** evtl. Pflaster mit Fentanyl oder Buprenorphin (TTS = transdermales therapeutisches System) einsetzen. Dabei entsprechen 25ug/h Fentanylpflaster einer Morphintagesdosierung von 60mg (diese eine Äquivalenzdosierung sollte man auch als Studierender kennen)
- Bei **neuropathischen Schmerzen** ggf. an Levomethadon (L-Polamidon®) denken (Vorsicht bei der Aufdosierung aufgrund einer unkalkulierbaren Pharmakodynamik - am besten stationär!). Das Razemat (D,L-Methadon) ist in Deutschland nicht für die Schmerztherapie zugelassen, nur für die Substitution, und steht zur Zeit in Deutschland wegen in-vitro-Daten zu einer potenziell Chemotherapie-verstärkenden Wirkung stark in der öffentlichen Wahrnehmung.
- In einer (progredienten) Tumorerkrankungssituation eher frühzeitig auf **WHO Stufe III** gehen; ggf. Stufe II (z.B. Tilidin, Tramadol) gleich überspringen; Vorteil: eher weniger Nebenwirkungen durch Stufe III Opioide (niedrig dosiert) als durch Stufe II (hochdosiert); evtl. später kein weiterer Opioidwechsel mehr erforderlich (mit der Gefahr des zu späten Erken-

nens der Unterdosierung); Nachteile: früher einsetzende BtM-Logistik, emotionale Konnotationen gegenüber Stufe III-Opioiden.

- Die **Aufdosierung/Titration** erfolgt nach Wirkung (und Nebenwirkung), *nicht* nach gemessenem Wirkspiegel
- Ein **vermehrter Bedarf** an Opioid signalisiert in erster Linie einen Erkrankungsprogress (oder gar eine Akutsituation wie eine pathologische Fraktur, eine Organperforation oder einen drohenden Querschnitt) bis zum Beweis des Gegenteils  
=> Anamnese + Untersuchung + ggf. weiterführende Diagnostik
- Bei **vermindertem Schmerzstimulus** ist aber auch eine Dosisreduktion möglich (z.B. nach erfolgreicher „analgetischer“ Strahlentherapie von Knochenmetastasen)

Tabelle 3: Opioid-Umrechnungstabelle [© UMG intern]

Opioid - Umrechnungstabelle												
Substanz	Dosierung in mg											Faktor
Tramadol (oral / rectal)	150	300	450	600								5
Tilidin / Naloxon (oral)	150	300	450	600								5
Dihydrocodein (oral)	120	240	360									4
<b>MORPHIN (oral / rectal)</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>	<b>120</b>	<b>150</b>	<b>180</b>	<b>210</b>	<b>240</b>	<b>300</b>	<b>600</b>	<b>900</b>	<b>1 3</b>
Oxycodon (oral)	20	40	60	80	100	120	140	160	200			0,65
L-Methadon (oral)	7,5	individuelle Titration										0,25 0,75
Hydromorphon (oral)	4	8	12	16	20	24	28	32	40	80	120	0,13
Buprenorphin (s.l.)	0,4	0,8	1,2	1,6	2,0	2,4	2,8	3,2	3,2	3,6	4,0	0,01
Tramadol (s.c. / i.m. / i.v.)	100	200	300	400	500							10
<b>MORPHIN (s.c. / i.m. / i.v.)</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>0,33 1</b>
Hydromorphon (i.v.)	2	4	6	8								0,5
Oxycodon (s.c. / i.v.)	7,5	15	22,5	30								0,75
Piritramid (i.v.)	15	30	45	60								1,5
Pethidin (i.v.)	75	150	225	300								7,5
Buprenorphin (i.v. / i.m. / i.v.)	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,1	2,4	3,0			0,03
Morphin (epidural)	2,5	5,0	7,5	10,0	12,5	15,0	17,5	20,0	25,0	50,0	75,0	0,08 0,25
Morphin (intrathekal)	0,25	0,5	0,75	1,0	1,25	1,5	1,75	2,0	2,5	5,0	7,5	0,01 0,03
Buprenorphin TDS (µg/h)	35	52,6	70	87,5	105	122,5	140					
Fentanyl TTS (mg/24h)	-	0,6	-	1,2	-	1,8	-	2,4	3,0	-	9,0	0,01 0,03
Fentanyl TTS (µg/h)	-	25	-	50	-	75	-	100	125	-	375	0,4 1,25

© Schmerzzambulanz UMGöttingen 5/08

## Probleme der Tumorschmerztherapie

### Assessment-Probleme

- Ein strukturiertes **Schmerzassessment** blieb aus => die Schmerzintensität wird unterschätzt
- Die **neuropathische Schmerzkomponente** wurde nicht erkannt => Ko-Analgetika (siehe oben) wurden nicht gegeben. Die Opioidwirkung alleine ist bei neuropathischen Schmerzen meistens nicht ausreichend

### Durchbruchschmerz-Probleme

- **Durchbruchschmerzen** („nachts um drei“, oder bei körperlichen Belastungen) wurden nicht erkannt => Bedarfsmedikation fehlt
- **Durchbruchschmerzmedikation** nicht ausreichend dosiert oder überdosiert (Faustregel: 1/10 bis 1/6 des Gesamttagesbedarfs. D.h. bei einer Basismedikation von 3 x 20 mg Morphin ret. beträgt die Einmalbedarfsmedikation 10 mg unret. Morphin. Diese Faustregel gilt nicht für transmuosal applizierbare Fentanylse, die mit der niedrigsten verfügbaren Dosis auftitriert werden.)
- **Durchbruchschmerzmedikation** in einer Applikationsform verordnet, die unter häuslichen Bedingungen ohne professionelle Hilfe nicht anwendbar ist (z.B. Verordnung intravenös oder auch subkutan; oder: Manche Sicherheitsverpackungen überfordern z.B. ältere Patienten oder Angehörige.)
- **Retard- und Akutpräparationen** werden verwechselt (zum Beispiel wird ein Retardpräparat zur Behandlung akuter Schmerzzustände gegeben, oder ein kurzwirksames subkutan Morphin (HZW ca. 3-4 h) wird 3 x tgl. zur Behandlung von Dauerschmerzen gegeben

### Applikations- und Einnahme-Probleme

- **Dosierungsintervalle** zu lang => *end of dose failure* (vorzeitiger Wirkverlust am Ende der normalen Wirkdauer)
- **Verordnung nur „nach Bedarf“** => keine Basismedikation, kein Wirkspiegel
- **Invasive Verfahren**, i.m. oder i.v. Gaben, obwohl p.o. möglich => deutlich erschwerte häusliche Versorgung
- Vorgaben der **BtMVV** => Bevorzugung schwacher Opiode (WHO 2)
- Bereits 6 neue ultraschnell anflutende **Fentanyl**präparate zugelassen => undifferenzierter Gebrauch auch dann, wenn eine „normale“ unretardierte Kinetik ausreicht bzw. besser ist
- **Emotionale Konnotationen** gegenüber Opioiden („Bin ich schon so weit?“) => Vermeidung einer effektiven Schmerztherapie mit Opioiden
- Besonderheiten in der **Finalphase** oder bei Kindern, z.B. in Bezug auf atemdepressive Wirkung, Ausnutzen von Suggestibilität
- **Managementaspekte**: Wer ist eigentlich zuständig? Palliativmedizin? Akutschmerzdienst? Anästhesiologische Schmerztherapie? Onkologe?

Hausarzt? => Verantwortungsdiffusion und Verzögerungen bei der Einleitung einer suffizienten Schmerztherapie stationär, aber auch ambulant

### Nebenwirkungsprobleme

- Keine **Obstipationsprophylaxe** => opioidinduzierte Obstipation (spastische Tonuserhöhung durch enterische Opioidrezeptoren)
- Bei **Niereninsuffizienz** kein Morphin geben wegen der Akkumulation toxischer Metabolite Morphin-3-Glukuronid bzw. Morphin-6-Glukuronid (neuroexzitatorische Wirkung von M-3-G mit Allodynie, Myoklonien, Krampfanfällen) => eher Fentanyl, Hydromorphon oder Buprenorphin
- Andere **Nebenwirkungen**: Übelkeit, Harnverhalt, neuropsychiatrische Symptome, Mundtrockenheit, ...

### Überdosierungs- und Entzugsprobleme

- **Überdosierung**: Klinische Zeichen sind u.a. Bradypnoe, Somnolenz, Miosis, Myoklonien, Hyperalgesie.
- **Entzug**: Auch in der Tumorschmerztherapie können (unbeabsichtigte) Entzugssituationen vorkommen, z.B. durch Unwissenheit des Arztes im Sinne von abruptem Absetzen, bei Non-Compliance der Patienten, bei nicht erkannter Schluckstörung, bei Rechenfehlern bei einer Opioidrotation oder beim Präparatewechsel, bei Pumpenproblemen, bei einem Resorptions-/ Transportstopp bei Ileus, u.a.
- **Entzugssymptome**: grippeartige Symptome, Mydriasis, Nasenlaufen, Niesen, Tachypnoe, Gänsehaut, Anorexie, Diarrhoe, Nausea, Erbrechen, Unruhe, Schwitzen: Krampfanfälle und Delirium tremens gehören NICHT dazu – in solchen Situationen sollte an eine andere Substanz oder an eine andere Problematik gedacht werden.

### „Total pain“ - Konzept in der Palliativmedizin

- Neben der physischen Komponente (Nozizeption) spielen psychische, soziale und spirituelle Dimensionen eine Rolle bei Tumorschmerzen. Cicely Saunders prägte in diesem Sinne den Begriff des „Total Pain“, der die Interrelationalität physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Komponenten von Schmerzen bezeichnet [Saunders 2001].

## Literatur

- Bertram L, Stiel S, Elsner F, Radbruch L, Davies A, Nauck F, Alt-Epping B. Erfahrungen von Tumorpatienten mit Durchbruchschmerzen und medikamentösen Behandlungen. *Schmerz* 2010; 24: 605-612.
- Bonica JJ, Wall PD, Melzack R (ed). *Textbook of Pain*. Livingstone Edinburgh/New York 1985.
- Bonica JJ (ed). *Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger 1990: 400-460; Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: D Doyle, GW Hanks, N MacDonald (Eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1998: 310-330.
- Caraceni A, Hanks G, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-68.
- <http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Verschreibung/node.html>.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 28.12.2018)
- Merskey H. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain* 1986. Suppl.(3): 1.
- Nordgren L, Sörensen S. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 2(3): 213-7.
- Ripamonti 2012 CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. *Ann Oncology* 2012; 23 (Supplement 7): vii139–vii154].
- Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med* 2001; 94(9): 430-2.
- Svendsen KB, Andersen S, Arnason S, et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms. *Eur J Pain* 2005; 9: 195-206.
- Wirtz S. Moderne Tumorschmerztherapie. *Onkologie heute* 2016; 1: 38-43.

## 2.3 Atemnot

*„dum spiro spero“  
„Solange ich atme, hoffe ich“  
Cicero, 106 – 43 v. Chr.*

### Allgemeines

- 20–50% der Patienten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen leiden unter Dyspnoe
- Emotionale Konnotation: „Ersticken müssen“; der Atem als *pars pro toto* für den Geist (*pneuma/πνεῦμα*) bzw. das Leben (*ζωή*); Atemnot ist extrem belastend auch für Angehörige/Umstehende
- Haemoptysen/Haemoptoe, Husten, sowie sog. „terminales Rasseln“ sind weitere respirat. Symptome bzw. Befunde bei Palliativpatienten
- Inspiratorischer Stridor weist auf eine Obstruktion oberhalb der Thoraxapertur hin (z.B. Glottisödem, Recurrensparese, usw.): HNO hinzuziehen!
- Exspiratorischer Stridor (= Giemen) weist auf eine Obstruktion unterhalb der Thoraxapertur hin: bronchiale Obstruktion, asthmatische/bronchospastische Komponente (auch an Medikamenten- oder Transfusionsnebenwirkungen denken)
- Andersherum kann auch ein starkes subjektives Atemnot-Empfinden vorhanden sein, ohne dass eine Zyanose oder eine Hypoxämie vorliegt (d.h. bei unauffälliger O<sub>2</sub>-Sättigung)

### Ursachen für Dyspnoe in der Palliativsituation

#### Bronchopulmonale Ursachen:

- Restriktive Ventilationsstörung bei Pleuraerguss, Zwerchfellhochstand (z.B. durch Aszites, Hepatomegalie, Brustwandinfiltration, Pneumothorax)
- Obstruktive Ventilationsstörung bei COPD, asthmatische oder (pseudo-)allergische Reaktionen, bronchiale/tracheale tumoröse Obstruktion
- Diffusionsstörungen bei ausgedehnter pulmonaler Metastasierung, Atelektasen, Pneumonie, Lymphangiosis carcinomatosa, Lungenfibrose



**Kardiovaskuläre Ursachen:**

- Links-/Rechtsherzinsuffizienz
- Lungenarterienembolie
- Perikarderguss, -infiltration
- Obere Einflusstauung
- Volumenüberladung (*cardiac overload*) z.B. nach Transfusionen

**Neuromuskuläre Ventilationsstörung:**

- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- Muskuläre Schwäche bei Kachexie

Andere Ursachen und Verstärker: Anämie, Fieber, Angst, Einsamkeit, psychogene Hyperventilation, ...

**Ursachen und ursächliche Therapie**

Tabelle 4 [aus: Leitlinienprogramm Onkologie/ S3 Leitlinie Palliativmedizin 2019]

Ursache von Atemnot	Ursächliche Therapie
Anämie	Transfusion
Atemwegsobstruktion, COPD als Begleiterkrankung	Antiobstruktive Therapie, Kortikosteroide
Hämoptysen	Antifibrinolytika, bronchoskopische oder operative Intervention (Stent, Laser, Argon-Beamer), Strahlentherapie
Infektionen, z. B. Pneumonie	Antibiotika, Antimykotika
Obere Einflusstauung	Antikoagulantien, Cava-Stent, Kortikosteroide, Strahlentherapie
Obstruktion der Atemwege durch Tumor	Bronchoskopische oder operative Intervention (Stent, Laser, Argon-Beamer), Strahlentherapie
Perikarderguss	Perikardpunktion, Perikardiodese
Pleuraerguss	Pleurapunktion, Pleuradrainage, Pleurodesse
Pulmonale Stauung	Diuretika, andere adäquate, medikamentöse Therapien

## Symptomorientierte Therapie

Opioide stehen auch in Bezug auf die Evidenzlage klar im Vordergrund:

„Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot sollen orale oder parenterale Opioide zur symptomatischen Linderung von Atemnot eingesetzt werden. Es gibt keinen Hinweis, dass eine lege artis durchgeführte Therapie der Atemnot mit Opioiden zu einer klinisch relevanten Atemdepression führt.“ [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019; Jennings 2001; Abernethy 2003]. Opioide erhöhen die Toleranz des Atemzentrums gegenüber ansteigendem  $pCO_2$  (d.h. sie „dämpfen“ dosisabhängig das Atemzentrum), was bei einer Tachydyspnoe zu einer Ökonomisierung der Atmung (z.B. mit Blick auf die erhöhte Totraumventilation bei hohen Atemfrequenzen) führt. Opioide gelten als der Standard der symptomatischen medikamentösen Behandlung der Atemnot.

Tabelle 5: Dosierungsempfehlungen für Morphin [Leitlinienprogramm Onkologie/S3 Leitlinie Palliativmedizin 2019]

Opioide	Startdosis bei opioidnaiven Patienten	Startdosis bei vorbestehender Opioide-Therapie
<b>Morphin</b>	2,5 – 5 mg alle 4 Stunden p.o. 1 – 2,5 mg alle 4 Stunden s.c.	Erhöhung um 25% der vorbestehenden Opioide-Dosen


### Andere medikamentöse Optionen zur symptomatischen Atemnotbehandlung [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]

- Kortikosteroide: zur Abschwellung, bei Lymphangiosis carcinomatosa
- Sedativa, z.B. Benzodiazepine (z.B. Lorazepam), bei begleitender Angst/Panik als Ergänzung zu Opioiden sinnvoll (Phenothiazine oder Antidepressiva werden zwar auch gelegentlich eingesetzt, jedoch gibt es dafür keine Evidenz aus Studien)
- Sauerstoff: Bei Dyspnoe ohne Nachweis einer Hypoxämie war die Gabe von Sauerstoff nicht effektiver als Raumluft [vergl. Abernethy 2010]. Daher ist das Zufächern von Raumluft (z.B. per Handventilator) ein evidenzbasiertes Vorgehen zur symptomatischen Behandlung von Atemnot bei nicht-hypoxämischen Patienten. Aber: im Kollektiv dieser Studie nur 17% bzw. 16% Patienten mit Krebserkrankungen, meistens COPD-Patienten - also ganz andere Verteilung als auf dt. Palliativstationen

=> daher eher pragmatisches Vorgehen:

- O<sub>2</sub>-Sättigung messen
- O<sub>2</sub>-Gabe ausprobieren
- bei fehlender Linderung auch wieder beenden

### **Nichtpharmakologische symptomorientierte Therapie** [Bausewein 2013]

- Ruhige, sichere Atmosphäre schaffen; beim Patienten bleiben
  - Angehörige einbeziehen
  - „frische Luft“, Fenster öffnen, Ventilator; für die kleinen Handventilatoren gibt es gute Studienevidenz
  - Lagerung: Oberkörperhoch; Arme aufstützen/auflegen
- 
- => Einsatz von Atemhilfsmuskulatur ermöglichen („Kutschersitz“)
- Raum schaffen; ggf. Bett frei räumen
  - Physiotherapie/Atemtherapie: Atemrhythmus und -tiefe verändern
  - Körperkontakt, Fußmassage, Einreibungen
  - Normalerweise: nicht rauchen! (aber: Nikotin wirkt bronchodilatatorisch, und nach einer Zigarette kann ggf. besser abgehustet werden, daher möglichst pragmatisch sein ...)
  - Mund befeuchten
  - Stressfaktoren und Ängste ansprechen

### **Terminales Rasseln**

- Tracheale Schleimretention aufgrund maximaler Kraftlosigkeit in der Sterbephase
- Patienten werden dies womöglich nicht mehr so stark wahrnehmen, wie die Außenstehenden
- Lagewechsel/Positionierung, z.B. 30 Grad-Seitlagerung
- Flüssigkeitszufuhr reduzieren
- Absaugen ist meist deutlich zu belastend und ineffektiv
- Ggf. Anticholinergika wie Glykopyrrhonium = Robinul®, oder Butylscopolamin = Buscopan®

## Literatur

- Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, et al. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 2003; 327(7414): 523-8.
- Abernethy A, McDonald C. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 784-93.
- Bausewein C, Simon ST. Atemnot und Husten bei Palliativpatienten *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(33–34): 563-72.
- Jennings AL et al. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(4):CD002066.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Lang-version 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 28.12.2018).

## 2.4 Gastrointestinale Symptome

*“We have to listen to the details of symptoms, giving constant attention to changing needs. We are concerned both to relieve suffering and that our patients should maintain their own character and style to the end.”*

*Cicely Saunders (ed) (1988) ‘St Christopher’s in celebration’  
London: Hodder and Stoughton p11*

### 2.4.1 Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie

Die Behandlung chemotherapieassoziiierter Komplikationen und Nebenwirkungen (wie z.B. Übelkeit und Erbrechen) fällt unter die Rubrik „Supportivtherapie“ - Maßnahmen, die jeder onkologisch tätige Arzt beherrschen muss (und aufgrund der großen Überschneidungsbereiche zwischen „Supportivtherapie“ und „Palliativmedizin“ auch jeder Palliativarzt beherrschen sollte).

In der Chemotherapie-situation liegt der Behandlungsschwerpunkt (und die Datenlage!) sehr klar auf der **Prophylaxe** von chemotherapieinduzierter Übelkeit und Erbrechen (CINV). Es werden drei Szenarien unterschieden:

- **Akut:** Auftreten innerhalb von 24 Stunden nach Beginn der medikamentösen Tumorthherapie
- **Verzögert:** Auftreten später als 24 Stunden nach Beginn der medikamentösen Tumorthherapie und Dauer bis zu 5 Tage
- **Antizipatorisch:** Ausgelöst durch externe Faktoren wie Geruch, Geschmack und visuelle Eindrücke, oder psychische Faktoren wie Angst und Anspannung; geprägt durch Übelkeit und Erbrechen bei einer vorherigen medikamentösen Tumorthherapie im Sinne einer klassischen Konditionierung.

Das Risiko, Übelkeit und Erbrechen zu entwickeln (emetogenes Risiko) variiert dabei zwischen den verschiedenen Substanzen stark:

Emetogene Potenz	Intravenöse Wirkstoffe	Orale Wirkstoffe
Hoch (> 90 %)	AC-Kombination definiert entweder als Doxorubin oder Epirubicin mit Cyclophosphamid, Carmustin, Cisplatin, Cyclophosphamid $\geq 1500$ mg/m <sup>2</sup> , Dacarbazin, Mechlorethamin, Streptozocin	Altretamin, Procarbazine
Moderat (30–90 %)	Alemtuzumab, Azacitidin, Bendamustin, Carboplatin*, Clofarabin, Cyclophosphamid < 1500 mg/m <sup>2</sup> , Cytarabin > 1000 mg/m <sup>2</sup> , Daunorubicin, Doxorubicin, Epirubicin, Idarubicin, Ifosfamid, Irinotecan, Oxaliplatin, Temozolomid, Thiotepa, Trabectedin	Bosutinib, Ceritinib, Crizotinib, Cyclophosphamid, Imatinib, Temozolomid, Vinorelbin
Niedrig (10–30 %)	Aflibercept, Belinostat, Blinatumomab, Bortezomib, Brentuximab vedotin, Cabazitaxel, Carfilzomib, Catumaxomab, Cetuximab, Cytarabin $\leq 1000$ mg/m <sup>2</sup> , Docetaxel, Doxorubicin-HCl (liposomal pegyliert), Eribulin, Etoposid, 5-Fluorouracil, Gemcitabin, Ipilimumab, Methotrexat, Mitomycin, Mitoxantron, Paclitaxel, Paclitaxel-albumin, Panitumumab, Pemetrexed, Temozolomid, Topotecan, Trastuzumab emtansin, Vinflunin	Afatinib, Axitinib, Capecitabin, Dabrafenib, Dasatinib, Everolimus, Fludarabin, Ibrutinib, Idelalisib, Lapaninib, Lenalidomid, Nilotinib, Olaparib, Pazopanib, Ponatinib, Sunitinib, Thalidomid, Tegafur/Uracil, Vandetanib, Vorinostat
Minimal (< 10 %)	Bevacizumab, Bleomycin, Busulfan, Cladribin, Fludarabin, Nivolumab, Ofatumumab, Pembrolizumab, Pertuzumab, Rituximab, Trastuzumab, Vinblastin, Vincristin, Vinorelbin	Chlorambucil, Erlotinib, Gefitinib, Hydroxyurea, Melphalan, Methotrexat, Pomalidomid, Sorafenib, Thioguanin, Vemurafenib, Vismodegib

\*Carboplatin: Die aktuellen Leitlinien empfehlen eine antiemetische Primärprophylaxe mit einem Triple-Regime  
 AC: Anthracyclin + Cyclophosphamid; HCl: Hydrochlorid

Abbildung 3: Emetogenes Risiko verschiedener Substanzen zur Tumorthherapie [aus: Lipp HP, Rolapitant. *Arzneimitteltherapie* 2017; 35: 485-92]



Grundsätzlich werden Tumorthérapien bereits im Vorfeld nach ihrem emetogenen Risiko eingestuft und entsprechend der sog. MASCC-Standards prophylaktisch antiemetisch behandelt. Das emetogene Risiko der einzelnen Substanzen muss NICHT auswendig gelernt werden; die beiden Abbildungen sollen lediglich das Prinzip verdeutlichen [MASCC/ESMO Antiemetic Guideline 2016 [www.mascc.org](http://www.mascc.org); Hesketh 2008].

Wenn trotz leitliniengerechter Therapie Übelkeit und Erbrechen nach der Chemotherapie auftritt, können zum Beispiel folgende Substanzen gegeben werden [Onkopedia 2018]:

### **Neuroleptika und andere Dopamin-Rezeptor- Antagonisten**

- Olanzapin, initial 1 x 5 mg p.o. (off label use)
- Haloperidol, initial 1-3 x 1 mg p.o.
- Metoclopramid, 3 x 10 mg p.o. (Tageshöchstdosis 0,5 mg/kg KG bis maximal 30 mg, über 5 Tage)
- Levomepromazin, initial 3 x 1-5 mg p.o.
- Alizaprid, initial 3 x 50 mg

### **Benzodiazepine**

- Lorazepam, initial 1 x 1-2 mg p.o.
- Alprazolam, initial 1 x 0,25-1,0 mg p.o.

### **H1-Blocker**

- Dimenhydrinat, initial 3 x 50-100 mg p.o. oder 1-2 x 150 mg rektal

## **Übelkeit und Erbrechen über die Chemotherapie-Situation hinaus**

### **Allgemeines**

- 2 Symptome mit unterschiedlicher Bedeutung:
  - Übelkeit:** große Bedeutung für den Patienten, geringere Bedeutung für Personal, daher Unterbewertung des Symptoms
  - Erbrechen:** große Bedeutung für das Personal, geringe Bedeutung für Patienten, daher Überbewertung des Symptoms
- Häufig bei Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung (40-70%)
- Ausgeprägte emotionale Komponente („Das ist ja übel!“)
- Cave „paradoxe Diarrhoe“ bei persistierender Obstipation

- Bei der Weiterleitung afferenter Reize und bei der Perzeption von Übelkeit sind verschiedene Hirnareale involviert: Vestibularapparat, Cortex, „Chemorezeptor-Triggerzone“ (CTZ) und das sog. „Breachzentrum“ im Hirnstamm, und der Gastrointestinaltrakt selbst. Dort spielen Histamin (H1)-, muskarinerge Acetylcholin (ACh)-, Dopamin (D2)-, Cannabinoid (CB 1, CB2)-, Serotonin (5HT<sub>2</sub>, 5HT<sub>3</sub>, 5HT<sub>4</sub>)-, und Neurokinin (NK1)-Rezeptoren eine Rolle. Da Antiemetika diese Rezeptoren in unterschiedlicher Affinität blockieren, und unterschiedliche Ursachen verschiedene Areale in unterschiedlichem Maße betreffen, kann daraus abgeleitet werden, dass für bestimmte klinische Situationen, in denen bestimmte Hirnareale und bestimmte Rezeptoren involviert sind, bestimmte Antiemetika besonders gut helfen. Die Übertragbarkeit dieser Theorien in die klinische Praxis weist jedoch manche Schwächen auf.

### **Ursachen von Übelkeit und Erbrechen in der Palliativmedizin**

- Gastrointestinal, z.B. Gastrostase, Paralyse, Obstruktion
- Medikamentös, z.B. Opioide, NSAIDs, Antibiotika, Digitalisalkaloide
- Metabolisch, z.B. Hyperkalziämie, Urämie, Ketoazidose
- Infektiös, z.B. Gastroenteritis, enoraler/ pharyngealer Soor, systemisch
- Toxisch, z.B. nach Radiatio, Chemotherapie
- Zentral, z.B. Hirnmetastasen, erhöhter Hirndruck
- Vestibulär, z.B. Bewegung, Tumor
- Schmerzen (!)
- Postoperativ (PONV)
- Somatisierung, z.B. Angst, emotionaler Stress, antizipatorisch

### **Allgemeines zur Therapie von Übelkeit und Erbrechen in der Palliativmedizin**

- Kausale Behandlung, wenn möglich
- Angenehme Gerüche, Frischluft
- Anstrengung vermeiden
- Nahrungsdruck vermeiden, Wunschkost
- Mundpflege
- Pathophysiologisch hergeleitete medikamentöse Antiemese



Potentiell einsetzbare **Medikamente** gegen Übelkeit/Erbrechen

- Prokinetika, z.B. Metoclopramid Tbl. (vor allem bei träger, paralytischer Motilität)
- Antihistaminika, z.B. Dimenhydrinat (breit wirkend, macht müde)
- Anticholinergika, z.B. (Butyl-)Scopolamin (vor allem bei Hypermotilität und mechanischer Obstruktion und Hypersekretion)
- 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten, z.B. Setrone (primär zugelassen bei PONV und chemotherapieassoziiertem Erbrechen; ggf. probieren bei enteralen Prozessen)
- Ingwerpräparate, wirken ebenfalls über 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptoren
- Neurokinin1-Rezeptor-Antagonisten, z.B. (Fos-)Aprepitand (primär nur zugelassen bei chemotherapieinduzierter Übelkeit)
- Glukokortikoide, z.B. Dexamethason (vor allem unter Chemo, aber auch bei Tumorobstruktion oder Leberprozessen oder bei Hirnödemen-bedingter Übelkeit/Erbrechen)
- Neuroleptika, z.B. Haloperidol (breit wirkend), oder Levomepromazin (noch breiter wirkend, aber müde machend), oder Olanzapin
- Benzodiazepine, z.B. Lorazepam (vor allem bei antizipatorischem Erbrechen vor Chemotherapie oder bei starker Unruhe)
- Cannabinoide, z.B. Dronabinol (Marinol®) (allenfalls versuchsweise)
- Komplementärmedizinische Substanzen

## 2.4.2 Ileus bei Maligner Intestinaler Obstruktion (MIO)

*„Handele nach der Not des Patienten allein.“*

*Henry Dunant, 1828-1919*

Bei einem Ileus handelt es sich um einen Darmverschluss oder eine Darmlähmung, die zu einer Unterbrechung der Nahrungspassage mit einem Aufstau des Speisebreis führt. Grundsätzlich wird zwischen einem funktionellen/paralytischen Ileus und einem mechanischen Ileus unterschieden. Pathophysiologisch kommt es in der Regel sowohl beim mechanischen als auch beim funktionellen Ileus zur Akkumulation von Flüssigkeiten und Gasen mit erhöhtem intraluminalen Druck, Mikrozirkulationsstörungen der Wand und konsekutiv gestörter Mukosabarriere, dadurch zu Flüssigkeitsverschiebungen, Durchwanderungsperitonitis und Hypovolämie. In der Palliativsituation liegt meist eine langsam okkludierende multi-

segmentale mechanische Obstruktion vor (MIO, siehe unten), bei der zwar die Magen-Darm-Passage letztlich verloren geht (mit entsprechender behandlungsbedürftiger Symptomatik), aber die akute Lebensbedrohlichkeit durch Darmwandnekrose häufig nicht im Vordergrund steht.

### **Funktioneller/Paralytischer Ileus**

Beim funktionellen Ileus liegt kein lumenobstruierender Prozess als Ursache für die Störung der Nahrungspassage vor. Stattdessen findet sich eine verminderte Kontraktion der glatten Muskulatur der Darmwand. Ursachen können sein:

- reflektorisch - nach abdominalen oder retroperitonealen Eingriffen (Operationen an der Wirbelsäule) oder bei intraabdominalen oder retroperitonealen Pathologien (Tumor, Blutung, Infekt)
- medikamentös (durch Opioide (siehe unten), +/- Neuroleptika, Anticholinergika, etc.)
- metabolisch (bei bestehender Hypokaliämie oder Diabetes mellitus) oder
- vaskulär (bei vorhandener Minderperfusion).

Bezgl. der Therapie steht vor allem die Prophylaxe im Vordergrund, beim postoperativen Ileus zum Beispiel durch „Fast Track“- oder ERAS („enhanced recovery after surgery“)-Konzepte, durch den Einsatz von PDKs, oder das postoperative Kauen von Kaugummi; bei der opioidbedingten Obstipation steht die medikamentöse Prophylaxe im Vordergrund.

### **Mechanischer Ileus**

In 80 % der Fälle ist die Lokalisation eines mechanischen Passage-Stopps der Dünndarm (meist Briden), in 20 % der Fälle das Kolon (meist Malignom). Goldstandard in der Diagnostik des mechanischen Ileus ist die computertomographische Bildgebung des Abdomens.

### **Ursachen**

- Extramurale Kompression oder intraluminale Einengung des Darmes
- Tumorerkrankung der Darmmuskulatur
- Adhäsionen/Briden nach Operationen, Strahlentherapie oder intraperitonealer Chemotherapie
- Entzündliche Darmerkrankungen
- Hernien

Die **Symptome** des Ileus sind abhängig von der Höhe des Passagestopps.

- **Magenausgang:** Erbrechen großer Volumina unverdauter Speisen; danach subjektive Erleichterung
- **Dünndarm:** kolikartige Schmerzen epigastrisch oder paraumbilikal, aufgetriebenes Abdomen, mäßiges Erbrechen und Übelkeit. Je höher der Verschluss, desto früher das Erbrechen nach Nahrungsaufnahme
- **Dickdarm:** Erbrechen als spätes Symptom (z.B. Misere-re/Stuhlerbrechen), Schmerzen im Unterbauch, teils massive Distensionsbeschwerden

Die **Diagnostik** (CT!) soll die Dynamik des Prozesses klären (langsame Okklusion oder perakutes Problem?), die Frage, ob eine oder mehrere Segmente betroffen sind sowie die Indikationstellung zu weiteren Maßnahmen unterstützen:

- Operationsindikation: Gastroenteroanastomose (einzeitiges Vorgehen)? Endständiges Ileostoma (Hartmann-Situation)? Anastomose mit doppel-läufigem Ileostoma?) rasch klären und individuelles Risiko und Nutzen für den Patienten abwägen
- Pernasale Magensonde bei gastralem Flüssigkeitsverhalt?
- PEG-Sonde zum Ablassen von Magen-/Darminhalt möglich?
- Weitere gastroenterologische Interventionen wie z.B. Laserabtragung oder Stent?

## Wenn eine MIO diagnostiziert wird ...

### Operative Therapie

Ein operatives Vorgehen bei Maligner Intestinaler Obstruktion im fortgeschrittenem Stadium einer Tumorerkrankung ist selten zielführend, da häufig eine multi-segmentale Kompressionsproblematik vorliegt, so dass mit einer raschen erneuten Kompression zu rechnen ist, wenn eine Stenose operiert wurde. Daher besteht eine andere Akuität als bei anderen nichtmalignen Problemsituationen (wo „über einem Ileus die Sonne nicht auf- oder untergehen darf“).

Unter folgenden Bedingungen kann ein operatives Vorgehen auch bei Palliativpatienten das bestmögliche Vorgehen darstellen:

- bei umschriebener Stenose, z.B. Pankreaskopftumor, im Gegensatz zu den meist multisegmentalen Ileuszuständen bei Peritonealkarzinose
- wenn nicht zu viel Tumormasse vorhanden ist
- bei ausreichendem Allgemeinzustand und Lebenszeitprognose
- bei anderweitig nur schwer zu kontrollierender Symptomlast

- wenn keine abdominelle Strahlentherapie im Vorfeld stattgefunden hat (wg. multipler Adhäsionen postradiogen)
- technische Operabilität und die Zustimmung des Patienten sind selbstverständliche Voraussetzungen

### **Interventionelle Therapie**

- Pernasale oder (noch besser) eine PEG-Sonde zum Ablauf von Magen- und Dünndarmsekret; trotz Ileus kann der Patient hierdurch weiterhin trinken/Eiscreme essen => in der Regel ein erheblicher Gewinn an Lebensqualität, selbst wenn das Getrunkene unmittelbar per Sonde den Körper wieder verlässt
- Abführende Maßnahmen, vor allem von rektal, solange das Ziel besteht, die Darmpassage zu erhalten
- Parazentese/Aszitespunktion nur bei relevanter, d.h. symptomatischer Aszitesmenge. Bei der Frage nach dauerhaften, z.B. getunnelten Drainagesystemen (z.B. PleurX®) oder gar nach intraperitoneale Gabe von tumorspezifischen Antikörpern (Catumaxumab, anti-EPCAM, bei Peritonealkarzinose) müssen gerade in der Palliativsituation die daraus resultierenden Belastungen (z.B. Schmerz, unangenehmes Gefühl, Infektionen, Nässen, Kontrollbesuche, ...) im Blick behalten werden, abgesehen von den horrenden Kosten einer peritonealkarzinose-spezifischen Antikörpertherapie.

### **Medikamentöse Therapie** [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019, Vilz 2017]

- Antiemetisches: Sobald die Darmpassage nicht mehr durchgängig ist, sollten prokinetisch wirkende Antiemetika (Metoclopramid) vermieden werden. Stattdessen Haloperidol, Levomepromazin, Dimenhydrinat, Dexamethason, oder (off-label und probatorisch) Setrone
- Spasmolytisches: Butylscopolamin vor allem bei kolikartigen Schmerzen und Hyperperistaltik (wegen der obstipierenden Wirkung dann vermeiden, wenn das Ziel noch eine Wiederherstellung der Darmpassage ist)
- Antisekretorisches: Protonenpumpenhemmer in intensivierter Dosierung (z.B. Pantoprazol 2 x 40 mg); Anticholinergika, z.B. (Butyl-)Scopolamin; Octreotid als Somatostatinanalogon (antisekretorische Wirkung auf verschiedenste Drüsen)

- In der Ileussituation müssen die Medikamente folgerichtig parenteral appliziert werden; dafür ist in der Regel eine Portanlage (Port-a-Cath®) sehr hilfreich [Teichgräber 2011]

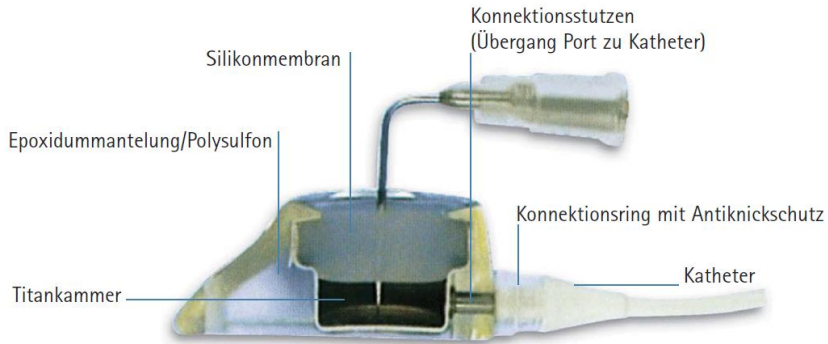


Abbildung 5: Portkathetersystem [aus: B. Braun Pflegebrüchüre Portkathetersysteme 7/2010]

### 2.4.3 Obstipation

Definition nach Müller-Liesner [1992]: Subjektiver Eindruck, den Darminhalt nicht in adäquater Häufigkeit, nicht in ausreichender Menge, in zu harter Konsistenz und nur unter Beschwerden ausscheiden zu können. Weitere Manifestationsmöglichkeiten: evtl. schmerzhafte Stuhlentleerung, starkes Pressen bei der Darmentleerung, Gefühl der unvollständigen Darmentleerung, „paradoxe Diarrhoen“, Appetitlosigkeit, Völlegefühl, ...

BRISTOL STOOL CHART			
	Type 1	Separate hard lumps	<b>SEVERE CONSTIPATION</b>
	Type 2	Lumpy and sausage like	<b>MILD CONSTIPATION</b>
	Type 3	A sausage shape with cracks in the surface	<b>NORMAL</b>
	Type 4	Like a smooth, soft sausage or snake	<b>NORMAL</b>
	Type 5	Soft blobs with clear-cut edges	<b>LACKING FIBRE</b>
	Type 6	Mushy consistency with ragged edges	<b>MILD DIARRHEA</b>
	Type 7	Liquid consistency with no solid pieces	<b>SEVERE DIARRHEA</b>

Abbildung 6: Einteilung der Stuhlkonsistenz nach der Bristol Stool Form Scale (kein Witz!)  
 [aus: By Cabot Health, Bristol Stool Chart - <http://cdn.intechopen.com/pdfs-nm/46082.pdf>, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=41761316>]

## Ursachen

- Organisch (Tumore, Divertikulitis, Megakolon)
- Endokrin (z.B. Hypothyreose)
- Metabolisch/Elektrolytentgleisung ( $\text{Ca}^{++}$  ↑,  $\text{K}^{+}$  ↓, usw.)
- Anorektale Erkrankungen
- Neurogene Störungen (z.B. M. Parkinson, diabetische Neuropathie)
- Alimentär (ballaststoffarme Kost, geringe Flüssigkeitsaufnahme)
- Immobilität und Schwäche
- Spasmolytische und antipropulsive Medikation (cave Kombi aus Butylscopolamin/Anticholinergika, Vinca-Alkaloide und Opioid!), zudem trizyklische Antidepressiva, Antikonvulsiva, niederpotente Neuroleptika, Ca-Antagonisten, usw., ...
- Die opioidinduzierte Obstipation ist ein nicht zu unterschätzendes Problem, sowohl physisch als auch psychisch, daher sollte in der Regel jeder Patient mit Stufe III Opioid eine Obstipationsprophylaxe erhalten

## Was unterscheidet Obstipation in der Palliativsituation von anderen Situationen?

- Die Vielzahl der in Frage kommenden Ursachen
- Die Häufigkeit eines begleitenden Opioidgebrauchs
- Starker pharmakologischer Bezug („Medikamente nehmen, um Medikamentennebenwirkungen auszugleichen“)
- Die Sinnhaftigkeit prophylaktischer Maßnahmen
- Ggfs. Obstipation trotz Dauergebrauchs prophylaktischer Laxantien
- Verknennung durch atypische Symptomatik (z.B. durch Analgetika)
- Pflegerische Abhängigkeit, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Verlust an Intimität in einem progredienten Krankheitsgeschehen

## Therapieoptionen

### Allgemeines

- Scham überwinden, auch über „Stuhldinge“ zu sprechen
- Physiotherapeutische Maßnahmen, z.B. aktive Bewegungsübungen, Mobilisation, Kolonmassage
- Tees und Früchte (Apfel, Trauben, Schlehen, Pflaumen), Milch- und Honigeinlauf, warme feuchte Wickel, Verhaltensberatung, ...

**Medikamentöses** (vergl. [Bausewein 2005])

- Osmotische Laxantien, z.B. Macrogol (z.B. Movicol®), Lactulose (z.B. Bifiteral®), Sorbit (z.B. Mikroklist®)
- Stimulierende Laxantien, z.B. Natriumpicosulfat (z.B. Laxoberal®), Senna (z.B. Liquidepur®), Bisacodyl (z.B. Dulcolax®)
- Gleitmittel, z.B. Paraffin (z.B. Obstinol®), Glycerin (z.B. Glycilax®)
- Salinische Laxantien, z.B. Magnesiumsulfat (Bittersalz), Natriumsulfat (Glaubersalz), Natriumdihydrogenphosphat (z.B. Practo-Clys®)
- Quellmittel, z.B. Flohsamenschalen (z.B. Agiolax®): wasserlöslich/besser; Weizenkleie, Leinsamen: wasserunlöslich
- Andere Medikamente off-label, z.B. Amidotrizoesäure (Gastrografin®), Ceruletid, Neostigmin, Methylnaltrexon bei opioidinduzierter Obstipation, Prucaloprid o.a. prokinetische 5HT4-Rezeptoragonisten (eigentlich nur zugelassen bei chronischer Obstipation bei Frauen)

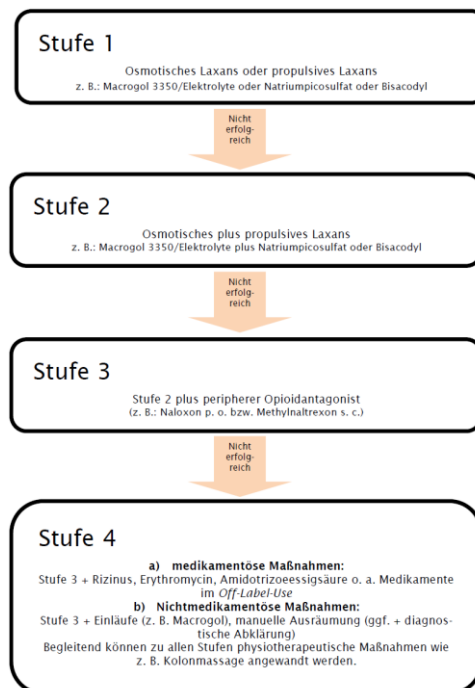


Abbildung 7: Stufenschema zur Therapie der Obstipation [aus: Nationales Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]

## Literatur

- Bausewein C, Remi C, Twycross R, Wilcock A. Arzneimitteltherapie. Urban & Schwarzenberg, München 2005.
- Hesketh P. Chemotherapy induced nausea and vomiting. NEngJMed 2008; 358: 2482-94.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Dt. Krebsgesellschaft, Dt. Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 30.12.2018).
- Onkopedia Leitlinie Antiemese bei medikamentöser Tumortherapie. [www.onkopedie.com](http://www.onkopedie.com); Zugriff 30.12.2018.
- Teichgräber U, et al. Portsysteme als integraler Bestandteil von Chemotherapien. Dt Ärzteblatt 2011; 108: 147-152.
- Vilz TO, Stoffels B, Straßburg C, Schild HH, Kalff JC: Ileus in adults - pathogenesis, investigation and treatment. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 508–18. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0508

## 2.5 Neuropsychiatrische Symptome

*„Alles Gescheite ist schon gedacht worden.*

*Man muss nur versuchen, es noch einmal zu denken.“*

*J.W. Goethe, 1749-1832*

### 2.5.1 Verwirrtheit und delirante Syndrome

#### Allgemeines

Bis zu 80-85% aller Patienten entwickeln in der Finalphase ihrer Erkrankung Verwirrheitszustände [Breitbart 2008, Singler 2014] - dies stellt für die Angehörigen eine extrem hohe Belastung dar und führt nicht selten zur Dekompensation der häuslichen Versorgung und zur notfallmäßigen stationären Aufnahme.

- Akute Verwirrheitszustände = delirantes Syndrom (reversibel)
- Chronische Verwirrheitszustände = dementielles Syndrom (irreversibel)

**Definition Delir:** Ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus [WHO 1993; ICD 10].



Für die Diagnosestellung sind Hinweise aus Anamnese, körperlichem Untersuchungsbefund oder technischen Untersuchungen, dass die Störung direkte Folge einer allgemeinmedizinischen Erkrankung ist, wichtig. (! vergl. DSM IV- und ICD10-Kriterien - ein Delir ist insofern keine endogen-psychiatrische Erkrankung, sondern Ausdruck eines möglicherweise reversiblen abzuklärenden Prozesses - auch in der Palliativsituation!).

Analoge Situationen finden sich auch zum Beispiel postoperativ (insbes. Orthopädie, Traumatologie, Herzchirurgie, 70-90%, [Singler 2014]), oder Akutgeriatrie (29-64%). Zu den enorm relevanten Implikationen deliranter Syndrome im Nicht-Palliativmedizin-Kontext zum Beispiel auf Mortalität, Intensivpflichtigkeit, Sturzrisiko, stationäre Aufenthaltsdauer und langfristigem Verlust kognitiver Funktionen [vergl. z.B. Singler 2014].

### **Symptomatik** eines organischen Psychosyndroms (ICD 10):

**Trias:** Störung von Orientierung + Gedächtnis + Bewusstsein

- **Prodromalsymptome** wie Unruhe, Angst, Rast-, Schlaflosigkeit, Alpträume
- **Bewusstseinsstörungen** (d.h. verminderte Bewusstseinsklarheit gegenüber der Umgebung mit Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Reize zu richten, aufrechtzuerhalten und gezielt zu wechseln)
- **Kognitive Störungen** (verzerrte Wahrnehmung, illusionäre Verknennung, Halluzinationen, Wahnideen, Desorientierung, Gedächtnisstörungen)
- **Wesensänderungen und affektive Störungen**
- Wechselhafte **psychomotorische Störungen** (unterteilt in hyperaktiv und hypoaktiv)
- Gestörter **Schlaf-Wach-Rhythmus**
- **Akutes Auftreten**, aber auch fluktuierender Verlauf mit Verschlechterung der Situation zum Abend hin („sun-downing“)
- Grundsätzlich: **hypoaktive Formen, hyperaktive Formen und Mischformen**

### **Prädisponierende, auslösende und verschlimmernde Faktoren**

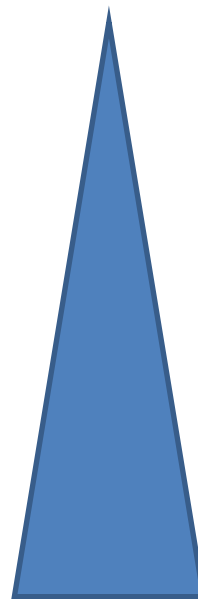
[Singler 2014; palliative.ch 2004; Caraceni 2003; Hjermstad 2004; Vella-Brincat 2004; Lawlor 2002; Perrar 2012; Volz 2001]

**Prädisponierende Faktoren**, die zu einer hohen Vulnerabilität führen:

hohes Lebensalter, vorbestehende kognitive Störungen/Demenz, somatische Komorbidität bzw. Schwere der palliativmedizinisch relevanten Grunderkrankung, Hör- oder Sehbehinderung, Dehydratation, Anämie, Malnutrition, Vitaminmangel (z.B. B1, B12), niedriges Serum-Albumin, vorbestehender Alkoholmissbrauch, vorbestehender Benzodiazepingebrauch, Ängstlichkeit, Depressivität, Einsamkeit, ...

**Auslösende (meist exogene) Faktoren eines Delirs**

Fremde Umgebung  
 Immobilisation  
 Störung des Biorhythmus  
 Schlafdeprivation  
 Einnahme psychoaktiver Medikamente  
 Entzugsproblematik (Alkohol, Sedativa)  
 Respiratorische Probleme, Hypoxie  
 Elektrolytentgleisung  
 Akute Infektion  
 Arterielle Hypotonie  
 Hypo-/ Hyperglykämie  
 Harnverhalt  
 Obstipation  
 Organversagen (Leber, Niere)  
 Blutverlust  
 Intensivpflichtigkeit  
 Anticholinergika  
 Operation

*Schwache  
Auslöser**Potente  
Auslöser***Verschlimmernde Faktoren eines Delirs**

Umgebung (z.B. Mangel oder Überfluss an Sinnesanregungen, Schlafmangel, Umgebungswechsel, Immobilität), nicht kontrollierte Symptome (Schmerzen, Atemnot, Angst), psychosoziale Stressfaktoren, geistige Stressfaktoren

**Was tun?**

- Anamnese, klinische Untersuchung, ggf. Laboruntersuchungen (s.o.), ggf. zerebrale Bildgebung oder gar Liquordiagnostik
- Vormedikation überprüfen, reversible Ursachen ausschließen bzw. behandeln

- Andere qualitative Bewusstseinsstörungen in Betracht ziehen: Demenz, Psychosen, Depression, (medikamentöse) Ruhigstellung
- Angehörige einbeziehen und eng informieren
- Auslösefaktoren vermeiden (Prävention)
- Prophylaxe durch das Personal (z.B. mit Blick auf auslösende Faktoren und Umgebung) und Schulung des Personals
- Einfache, klare verbale und nonverbale Kommunikation
- Orientierungsmaßnahmen („Milieuthapie“) wie Uhr, Tageslauf, Schlaf, Hörgerät, Brille, bekannte Musik
- Achten auf: Essen/Trinken, Ausscheidungen, Selbstgefährdung

### **Medikamentöse Therapie**

- Haloperidol als Mittel der Wahl; möglichst per os (i.v. nicht zugelassen)
- Ggf. Antipsychotika der 2. Generation, z.B. Olanzapin oder Risperidon oder Quetiapin (machen wie Haloperidol QT-Zeit-Verlängerung und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)
- Ggfs. sedierende Antipsychotika wie Levomepromazin oder Pipamperon, oder (moderner) Quetiapin (Seroquel®), vor allem bei gleichzeitigem M. Parkinson, oder Clozapin (Leponex®)
- Benzodiazepine (z.B. Lorazepam) nur bei starker Unruhe- oder Angstkomponente - Vorsicht insb. bei älteren Menschen wg. paradoxer, delirverstärkender Reaktionen!

### **Literatur**

- Bigorio Leitlinien der Schweizerischen Palliativgesellschaft. palliative.ch 2004.
- Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: “We couldn’t manage him”. JAMA 2008; 300; 2898-2910.
- Caraceni A, Grassi L. Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. 2003; Oxford University Press, Oxford.
- Hjermstad M, Loge JH, Kaasa S. Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. Palliat Med 2004; 18(6): 494-506.
- Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? Support Care Cancer 2002; 10(6): 445-54.
- Perrar K, Golla H, Voltz R. Verwirrtheit – Das delirante Syndrom in der Palliativmedizin. Z Palliativmed 2012; 13: 177-190.
- Singler K, Frühwald T. Delir. Internist 2014; 55: 775-781.

- Vella-Brincat J, Macleod AD. Haloperidol in palliative care. Palliat Med 2004; 18(3): 195-201.
- Volz R, Borasio GD. Neuropsychiatrische Symptome in der Palliativmedizin. Schmerz 2001; 15:339-343.
- 

## 2.5.2 Depression

*„Kein Leugnen hilft, kein Widerstreben,  
wir müssen sterben, weil wir leben.“*

*Wilhelm Busch, 1832-1908*

Gerade in der Palliativsituation, wo Verzweiflung und Trauer einen breiten Raum einnehmen, bedarf es einer erfahrenen Abgrenzung zwischen einer Anpassungsstörung, einer Dysthymie, einer depressiven Episode, einer organisch depressiven Störung (im psychiatrischen Sinne) oder einer Trauerreaktion.

Weitere Differentialdiagnosen zur Depression sind: tumorassoziiertes Fatigue-Syndrom, hypoaktives Delir, Demenz, oder ein Parkinsonoid.

Die existentielle Thematik einer nicht heilbaren, fortschreitenden, das Leben bedrohenden Erkrankung kann zu einer zeitweiligen oder auch anhaltenden depressiven Stimmung führen. Diese ist oft Ursache für zusätzliche Belastungen, verstärkt Leiden und wirkt sich negativ auf die Lebensqualität von Krebspatienten, womöglich auch negativ auf die Prognose aus [Dy 2008, Lloyd-Williams 2009].

*Tabelle 6: Merkmale einer Depression/Trauerreaktion [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]*

Merkmale einer Depression	Merkmale einer Trauerreaktion
Gefühl des Ausgestoßenseins/Alleinseins	Gefühl, mit anderen in Verbindung zu stehen
Gefühl der Unveränderlichkeit	Gefühl, es geht wieder vorbei
Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit	Kann Erinnerungen genießen
Starke Selbstabwertung	Erhalt des Selbstwertgefühls
Konstanter Verlauf	Wellenförmiger Verlauf
Keine Hoffnung, kein Interesse an Zukunft	Schaut vorwärts
Wenig Freude an Aktivitäten	Bewahrt das Vermögen, sich zu freuen
Suizidalität	Lebenswunsch

Die Prävalenz einer manifesten Depression bei Patienten mit Krebserkrankungen beträgt ca. 6%. Daher sollten Patienten regelmäßig auf das Vorliegen einer Depression gescreent werden. Dies kann mittels standardisierter Fragebögen erfolgen (z.B. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale); es gibt jedoch auch Daten, die belegen, dass bereits die einfache Frage „Fühlen Sie sich depressiv?“ das Vorliegen einer Depression effektiv detektiert [Chochinov 1997].

**Screening-Fragen für das Vorliegen einer Depression:**

[Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]

- Fühlten Sie sich in den vergangenen Monaten häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie in den letzten Monaten deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Ein psychiatrischer/psychotherapeutischer Experte soll in folgenden Fällen hinzugezogen werden: bei Unsicherheit in der Diagnose sowie in der Behandlungsplanung der Depression, bei einer komplexen psychiatrischen Vorgeschichte bzw. Symptomatik, bei einer schweren depressiven Symptomatik mit psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor, bei akuter Suizidalität, bei Fremdgefährdung oder bei Nichtansprechen auf die antidepressive Therapie.

**Therapie** einer Depression im palliativmedizinischen Kontext

[Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]:

**1) Aktiv-abwartende Begleitung**

bei leicht ausgeprägter Symptomatik

- mit begleitender psychosozialer Basisbetreuung
- Gesprächspsychotherapie im Sinne entlastender Gespräche

**2) Psychotherapeutische Behandlung**

bei leichter oder mittelschwerer Symptomatik

- z.B. verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, *Dignity Therapy* [Chochinov 2011], ggf. ergänzt durch Kreativtherapien, Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze, usw.

**3) Medikamentöse Behandlung**

bei akuter und mittelgradig schwerer Episode

- Aktivierende/antriebssteigernde Antidepressiva z.B. bei Antriebsstörung, oder sedierende Antidepressiva bei Schlafstörungen. Keine Psychostimulanzien!

- Die Auswahl der Substanz richtet sich zum Beispiel nach Verträglichkeit, Nebenwirkungsprofil, Handhabbarkeit, Erfahrungen des verordnenden Arztes, Ansprechen auf vorherige Behandlungen, Überdosierungssicherheit und den Patientenpräferenzen

#### 4) Kombinationstherapie

- bei akuten, schweren Episoden

### 2.5.3 Angst

*“I have lived with the prospect of an early death for the last 49 years.*

*I’m not afraid of death, but I’m in no hurry to die.”*

*Stephen Hawking, The Guardian, 2011*

**Angst** gehört neben Depressivität zu den häufigsten psychischen Belastungen von Patienten in der Palliativsituation. Dabei werden einerseits verschiedene **Angststörungen** wie die Agoraphobie, Panikstörung, spezielle Phobien, Generalisierte Angststörungen, Angst und Depression gemischt beschrieben, und nicht selten steht Angst in direktem Kontext mit sind die Posttraumatischen Belastungsstörungen und die Akuten Belastungsreaktionen [Howell 2015]. Hier wird die Prävalenz mit 11.5% aller Krebspatienten beschrieben [Mehnert 2014].

Andererseits bestehen in der Palliativsituation nicht selten auch **sub-syndromale Angststörungen** (die formal nicht die diagnostischen Kriterien des ICD-11 oder DSM-IV erfüllen und somit keine klassifizierten „Angststörungen“ darstellen, aber dennoch als quälend empfunden werden), als auch **spezifische, gerichtete Ängste**, die man in Anbetracht der jeweiligen Erkrankungssituation als nachvollziehbare und angemessene Reaktion verstehen kann [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-LL Psychoonkologie 2014; Mehnert und Nauck 2016]. Diese spezifischen Ängste sind zum Beispiel auf tatsächliche oder befürchtete Symptome und Funktionseinschränkungen gerichtet, wie z. B. Atemnot, Schmerzen oder Verlust der Mobilität, oder auf geplante oder durchgeführte Therapien, auf mögliches Leiden infolge von Unterversorgung und unzureichender Unterstützung, aber auch auf das Bewusstsein oder Bewusstwerden des bevorstehenden Lebensendes u.v.m. beziehen. Die Prävalenzrate dieser beiden letztgenannten Angstgruppen

wird mit bis zu 48 % angegeben [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-LL Psychoonkologie 2014].

Insofern ist die Prävalenz der verschiedenen Ängste und Angststörungen so hoch, dass ein regelmäßiges Abfragen/Screening sinnvoll ist [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019].

Die Indikation für eine spezifische (psychotherapeutische oder gar pharmakologische) Behandlung und die Behandlungsplanung ergibt sich aus dem Leid, das vom Patienten empfunden wird ... Unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation sollte die zugrundeliegende Angststörung diagnostisch gesichert und eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden [Bandelow 2014; DGPPN 2015].

*Tabelle 7: Behandlungskonzepte bei Ängsten und Angststörungen  
[vergl. Leitlinienprogramm Onkologie/ S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]*

Behandlungsoptionen bei Ängsten und Angststörungen	
Psychologisch-psychotherapeutische Verfahren	Psychoedukation, Information, Aufklärung, Vorwegnehmen Sinnbasierte Verfahren Würdezentrierte Therapie (siehe unten) Systemische Familienpsychotherapieverfahren (z.B. <i>Family Focused Grief Therapy</i> ) Hypnotherapeutische Interventionen Supportiv-existenzielle Therapieverfahren ...
Weitere nicht-medikamentöse Maßnahmen	Atemtherapie Entspannungsbehandlungen Sozialarbeiterische Unterstützung Seelsorgerliche Unterstützung Künstlerische Interventionen ...
Medikamentöse Maßnahmen* * nur wenn: - nicht-medikamentöse Maßnahmen nicht möglich sind, - um eine nicht-medikamentöse Behandlung zu ermöglichen	Bei akuten Angstsymptomen: Kurzwirksame Benzodiazepine (z.B. Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam) Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit oder rezidivierenden Attacken: Antidepressiva mit anxiolytischer Wirkung, z.B. SSRI wie Citalopram, Escitalopram, Sertralin), SNRI wie z.B. Venlafaxin, oder Paroxetin

<p>- oder wenn die bisherige Behandlung zu keiner ausreichenden Minderung der Symptome geführt haben.</p>	<p>Bei einer Vorgeschichte von Angst- oder Panikstörung, bei generalisierter Angststörung und aktuell rezidivierenden Angstzuständen:          Antidepressiva mit anxiolytischer Wirkung (s.o.), SNRI (s.o.), oder Paroxetin          Antipsychotika mit anxiolytischer Wirkung (z.B. Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, alles <i>off-label use</i>)          Sonstiges, wie z.B. Opipramol oder Pregabalin</p>
---	--

**Ganz allgemein** kann der offene Austausch über existentielle Themen wie Tod, Sterben, Hoffnung und Sinnfindung zu einer Verringerung von Ängsten beitragen. Nicht selten signalisieren Patienten verbal oder nonverbal das Bedürfnis, solche existentiellen Themen und Fragen im Gespräch aufzugreifen – auch dies ist genuin ärztliche Aufgabe, die nicht reflektorisch an andere Berufsgruppen weg delegiert werden darf. Solche existentiellen Sorgen und Anliegen des Patienten anzusprechen oder aufzugreifen, sollte nicht aufgrund der körperlichen Schwäche umgangen werden. Ein Grund für die so häufige Nichtberücksichtigung existentieller Bedürfnisse kann die Unsicherheit von Mitgliedern des Behandlungsteams im Umgang mit diesen Themen sein.

Darüber hinaus kann auch die Wertschätzung des gelebten Lebens und des Vermächnisses eines Patienten das existentielle Wohlbefinden fördern, was auch therapeutisch konzeptualisiert werden kann (z.B. Würdezentrierte Therapie [Chochinov 2011]).

## 2.5.4 Epileptische Anfälle

**Epileptische Anfälle** treten im palliativmedizinischen Umfeld in allen denkbaren Ausprägungsformen auf (primär/sekundär generalisiert, einfach oder komplex fokal, nonkonvulsiv, ...)

Eine **delirante Bewusstseinsstörung** in der Palliativsituation (s.o.) kann ebenfalls durch eine nonkonvulsive epileptische Aktivität ausgelöst sein [Lorenzl 2010, Tilz 2014] - dran denken, da behandelbar



**Ursachen:** insbesondere strukturell wie z.B. Metastasen, primäre Hirntumoren, Einblutungen oder metabolisch/toxisch/medikamentös (als alleinige Ursache oder als verstärkender Co-Faktor), z.B. Fieber, Urämie, Hypothyreose, krampfschwellensenkende Medikamente (z.B. Anticholinergika, niederpotente Neuroleptika, Baclofen, ...), usw. ...

## Therapie

- Soweit möglich zugrundeliegende Ursachen/Trigger reduzieren/eliminieren
- **Akutbehandlung** mit Benzodiazepinen (ob z.B. eher Diazepam Rektiole oder eher Lorazepam sublingual oder Midazolam bukkal (Buccolam®) oder nasal (früher: Clonazepam i.v. = Rivotril®) hängt von den Rahmenbedingungen/Zugangsmöglichkeiten ab)
- Andere Medikamentengruppen zur Akutbehandlung (z.B. bei Refraktärität auf Benzodiazepine oder beim Status epilepticus) wie z.B. Phenytoin oder gar Barbiturate (Thiopental) sind in der Palliativsituation aufgrund der damit verbundenen Applikations- und Überwachungserfordernisse so gut wie nie einsetzbar
- **Sekundärprophylaxe** und **Dauerbehandlung** mit wirkspiegelbildenden Dauermedikamenten: alte Antiepileptika wie Carbamazepin (z.B. bei fokalen oder sekundär generalisierten Anfällen), Phenytoin oder Valproat (früher auch Primidon) usw. haben in der Regel deutlich mehr CyP450-Interaktionspotenzial als neuere Antiepileptika wie z.B. Vigabatrin, Lamotrigin, Levetiracetam, Oxcarbazepin, Topiramamat, Lacosamid (Vimpat®), Gabapentin, Pregabalin, usw.
- Bei eingeschränkter **Nierenfunktion**: Vermeidung von Substanzen mit vorwiegend renaler Metabolisierung (Gabapentin, Pregabalin)
- Bei eingeschränkter **Leberfunktion**: Vermeidung von (alten) Antiepileptika, die über den CyP450-Weg metabolisiert werden (Carbamazepin, Phenytoin). Stattdessen Substanzen mit geringer hepatischer Metabolisierung und geringer Proteinbindung (Topiramamat, Levetiracetam, Lacosamid) bevorzugen
- Die psychotropen Nebenwirkungen von Levetiracetam (Keppra®) bedenken: Depressivität und Agitiertheit u.a.
- Epileptischer Anfall in der **Palliativsituation**: Ruhe bewahren, Umstehende beruhigen, die Aggressivität der medikamentösen Behandlung in

den Kontext der fortgeschrittenen Grunderkrankung stellen. Das Intervall zwischen Krampfsequenzen für Krisen- und Notfallabsprachen nutzen: ist die Situation auch bei weiteren zu erwartenden Anfällen zu Hause beherrschbar? Braucht es eine Krankenhauseinweisung? Ist eine ggfs. erforderliche Intensivbehandlung (im Status, bei Atemdepression usw.) noch angemessen?

## Literatur

- Bandelow, B., et al., The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(27-28): 473-80.
- Dy SM, et al. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol* 2008; 26(23): 3886-95.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are You Depressed?" Screening for Depression in the Terminally Ill. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 674-676.
- Chochinov HM, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12(8): 753-62.
- DGPPN BÄK KBV AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression, S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5, in [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de) 2015, DOI: 10.6101/AZQ/000364 (Zugriff 30.12.2018).
- Howell, D., et al., A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer. 2015, Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology: Toronto.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 30.12.2018).
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft - Deutsche Krebshilfe - AWMF). Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1. AWMF-Registernummer: 032/051OL. 2014; [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/021-007OL1\\_S3\\_KRK\\_2014-08-verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OL1_S3_KRK_2014-08-verlaengert.pdf) (Zugriff 30.12.2018).
- Lloyd-Williams, M., et al., Depression - an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009; 113(1-2): 127-32.

- Lorenzl S, Mayer S, Feddersen B, Jox R, Noachtar S, Borasio GD. Non-convulsive status epilepticus in palliative care patients. J Pain Symptom Manage 2010; 40(3): 460-5.
- Mehnert A., et al., Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. J Clin Oncol 2014; 32(31): 3540-6
- Mehnert A, Nauck F. Psychotherapie in der palliativen Versorgung. Z Palliativmed 2016; 17: 289-301.
- Titz C. Epilepsie im höheren Lebensalter. Internist 2014; 55: 782-787.

### 2.5.5 Fatigue

*„Es ist besser zu wissen, was das für ein Mensch ist, der krank ist,  
als nur zu wissen, welche Krankheit er hat.“*

*William Osler, 1849-1919*

Hinter dem obigen Zitat von W. Osler steht ein empirisches, symptomorientiertes Denkkonzept, welches auf die individuelle Phänomenologie anstatt auf diagnostische Kategorien abzielt. Die ist für ein umfassendes Verständnis von „Fatigue“ in der Palliativmedizin hilfreich, da die Begriffsverwirrung groß ist: Der Begriff „Fatigue“ wird als Erkrankungsentität („Chronic Fatigue Syndrome“, CFS), als Symptomkomplex/Syndrom (z.B. „cancer related fatigue“) oder auch nur als Bezeichnung für ein einziges Symptom „Fatigue“ benutzt - beim letzteren aber muss geklärt werden, ob man eine Müdigkeit oder eine raschere Ermüdbarkeit meint und ob man eher eine physische oder eine kognitive Müdigkeit/Ermüdbarkeit meint. Hinzu kommt eine teils schwierige Abgrenzung zur Depressivität (bei 30% bestehen Überlappungsformen): bei Fatigue ist meist Antrieb und Motivation vorhanden („Ich will, aber ich kann nicht“).

Im Folgenden soll es nur um das Syndrom „cancer related fatigue“ gehen.

**Definition NCCN 2010**

*“Cancer-related fatigue is a distressing, subjective sense of physical, emotional and/or cognitive tiredness or exhaustion related to cancer or cancer treatment that is not proportional to recent activity and interferes with usual functioning.”*

**Definition der Fatigue nach ICD-10**

- Deutliche Müdigkeit, Energieverlust, oder verstärktes Ruhebedürfnis, das in keinem Verhältnis zum Aktivitätsniveau steht
- Allgemeine Schwäche oder schwere Glieder; durch Müdigkeit bedingte Schwierigkeiten, alltägliche Aufgaben zu übernehmen
- Verminderte Fähigkeit zur Konzentration oder Aufmerksamkeit; Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis
- Verminderte Motivation oder Interesse an Alltagsaktivitäten; Notwendigkeit starker Anstrengung, um Inaktivität zu überwinden
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf; Schlaf wird nicht mehr als erholsam oder regenerierend erlebt
- Deutliche emotionale Reaktion auf Fatigue
- Mehrere Stunden anhaltendes Unwohlsein nach Anstrengungen

**Prävalenzen**

- In der Palliativversorgung [z.B. Walsh 2000, Cella 2001, Kaasa 1999, Howard 2007]: Fatigue 84%, Schwäche 66%, Energiemangel 61%. Nach dieser Erhebung würde Fatigue das häufigste Problem in der Palliativmedizin darstellen, noch vor Schmerzen!
- Nach Radiatio oder Chemotherapie [z.B. Servaes 2002]: bei bis zu 99% aller Patienten
- Bei erwachsenen Langzeitkrebsüberlebenden [z.B. Lawrence 2004]: bei 17-56%
- Bei sterbenskranken Kindern mit Krebs [Wolfe 2000]: bei 57% (in dieser qualitativen Studie wurde von den Eltern “Fatigue” als häufigstes Symptom benannt)
- Im letzten Lebensmonat 96% [Ullrich 2010, Conill 1997], bei 50% der Patienten mit Leidensdruck
- Bei langzeitüberlebenden Kindern [Weiss 2012, Zeltzer 2009]: bei 20-50% der Kinder

## Symptome

- (Physische) Fatigue (Erschöpfung): generalisierte Schwäche, Schweregefühl der Extremitäten, Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu vervollständigen, verminderte Energie oder vermehrte Notwendigkeit für Pausen, verminderte Motivation oder vermindertes Interesse an gewöhnlichen Aktivitäten, emotionale Reaktionen wie Traurigkeit, Frustration, Reizbarkeit) gegenüber dem Schwächegefühl
- „Fatigueability“ (Erschöpfbarkeit): Schwäche nach Belastungen, fehlende Erholung nach Belastungen, Schlaf wird als kaum erholsam wahrgenommen
- Kognitive/mentale Fatigue: vermindertes Kurzzeitgedächtnis, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Motivationsmangel, Schlafmusterstörungen (Insomnie oder auch Hypersomnie)

## Diagnostischer Algorithmus [EAPC 2008; Fischer 2017]

- Ein Screening im Sinne einer strukturierten Symptomerfassung im Selbstbeurteilungsverfahren dient dazu, Art und Intensität der Symptome sowie deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche zu erfassen
- Mithilfe klinischer Untersuchung, Anamnese und weiterführender Diagnostik werden potentiell reversible Ursachen abgeklärt:

Potenziell reversible Ursachen der Fatigue: Medikamente, Schmerz, Anämie, hormonelle Störungen, Schlafstörung, Depression, Angst, Stoffwechselstörung, Immobilität, Infektion, Elektrolytstörung, Mangelernährung, kardiopulmonale/renale/hepatische/neurologische Funktionsstörung, u.v.m.
--

- Potentiell reversible Ursachen werden wenn möglich behandelt, zudem wird eine multimodale rehabilitative Therapie eingeleitet (siehe unten)

Es gibt unzählige diagnostische **Screening-** und **Assessment-**Bögen:

- FACT-F (functional assessment of cancer therapy – fatigue)
- MFI (multidimensional fatigue inventory)
- BFI (brief fatigue inventory)
- Piper fatigue self-report scale
- Revised Schwartz Cancer Fatigue Scale
- Fatigue Symptom Inventory
- CFS-D (Cancer Fatigue Scale)
- EORTC FA12 (EORTC + Dt. Fatigue Gesellschaft)

## Allgemeinmaßnahmen

- Fatigue als klinisches Problem ansprechen, von Depressivität abgrenzen
- Tagebuch über die täglichen Aktivitäten und Fatigue-Phasen führen
- Aktivierende, bewegungsbetonte Elemente ausgleichen mit Ruhephasen und Entspannung; energiesparendes Vorgehen; „Energiekonto“, Pausen einplanen; exzessive Belastungen vermeiden
- Aufgaben priorisieren/delegieren
- Erwartungen anpassen
- Hilfsmittel (z.B. mittels Hilfsmittelberatung durch Physiotherapie)
- Schlafmanagement, regelmäßige Mahlzeiten
- Psychosoziale Unterstützung
- Ggf. strukturierte, stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahme

## Nicht-pharmakologische Spezialmaßnahmen

- Kognitiv-behaviorale Interventionen wie z.B.: *“Energy conservation and activity management”* (ECAM), individuelle Beratung, Stressreduktions- und Entspannungstechniken, formale kognitiv-behaviorale Therapie, Fatigue-bezogene Psychoedukation, Hypnosetherapie, Therapiegruppen
- Schlafmanagement: Schlafhygiene, Entspannungsverfahren, Stimulus-Kontrolle und Schlafentzugstechniken
- Bereitstellung von Information
- Körperliche (aerobe) Bewegung
- Akupunktur, Aromatherapie, Massagen, ...

## Pharmakotherapie

- Methylphenidat, Steroide, Modafenil: in Kombination mit nicht-pharmakologischen Maßnahmen bei schwerer oder moderater Ausprägung der Problematik (sonst nicht-pharmakologische Maßnahmen alleine) oder bei Fatigue-Problematik unter/durch Tumortherapie.
- Bei Patienten in dauerhafter Remission vor allem nicht-pharmakologisch

## Alles zusammen

- Multimodale rehabilitative Therapie

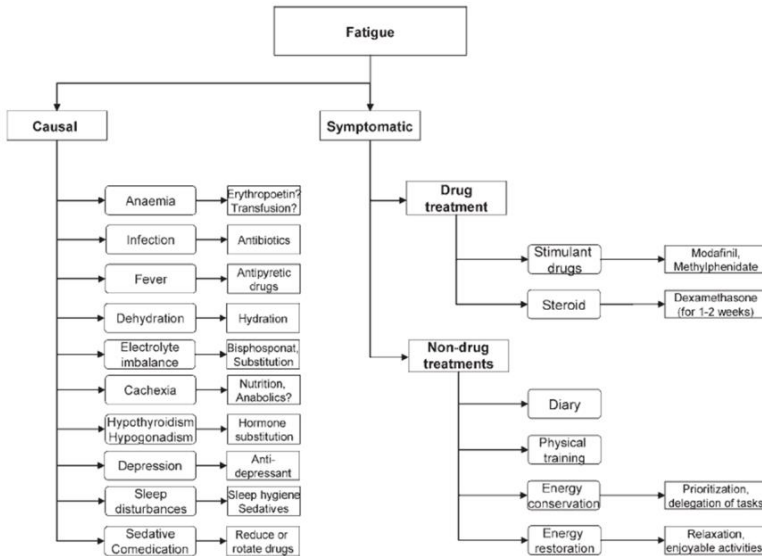


Abbildung 8: Therapiealgorithmus [Radbruch/EAPC 2008]

## Literatur

- Cella D, Davies K, Breitbart W, Curt G. Cancer-related fatigue: Prevalence and diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *JCO* 2001; 19: 3385.
- Conill C, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symp Manage* 1997; 14: 328-331.
- Fischer I, Weiss J, Ruffer JU, et al. Tumorbedingte Fatigue in der Palliativsituation. *Z Palliativmed* 2017; 18; 97-110.
- Howard N, Fatigue in Palliative Care. *Nurs Stand* 2007; 22(1): 59.
- Kaasa S, et al. Fatigue. Measures and relation to pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43(9): 939-47.
- Markowitz AJ, Rabow MW. Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out." *JAMA* 2007; 298(2): 217.
- National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines. Cancer-related fatigue Panel 2006 Guidelines. <http://www.nccn.org>.
- Radbruch L, Strasser F, et al. Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliative Medicine* 2008; 22:13-32.
- Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur J Cancer* 2002; 38:27-43.

- Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *JSCC* 2000; 8:175-9.
- Wolfe J, Grier HE, Klar N et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000; 342: 326-33.
- [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional) (Zugriff 30.12.2018).
- Zeltzer L, Recklitis C. Psychological Status in Childhood Cancer Survivors: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study *J Clin Oncol* 2009; 27: 2396-2404.

## 2.6 Finalphase

*“How people die remains in the memories of those who live on, and for them as for the patient we need to be aware of the nature and management of terminal pain and distress.”*

*Cicely Saunders ‘Pain and impending death’*

*In: Wall P and Melzack R (eds) Textbook of pain, Churchill Livingstone, 1984, p472*

Die Begriffe Sterbephase, Terminalphase oder Finalphase werden nicht einheitlich verwendet und definiert. Die Finalphase ist ein dynamischer Prozess, der vielschichtige Symptome und Probleme aufweisen kann. Neben der Symptomkontrolle ist die menschliche Zuwendung wichtiger denn je, um dem Patienten, aber auch Angehörigen und Freunden zu zeigen, dass wir sie im Sterben nicht alleine lassen.

Die Finalphase kündigt sich mit dem Auftreten „neuer Symptome“ an, wie ausgeprägte Schwäche, überwiegende Bettlägerigkeit, Veränderung der Atmung, der Emotionen und des Bewusstseins, zunehmende Schläfrigkeit mit zeitweiser Desorientiertheit, abnehmendes Interesse an der Umgebung, an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme [modifiziert nach Twycross & Lichter].

Insofern verschiebt sich das Symptomgeschehen hin zu Somnolenz, präfinalem Rasseln (einer hörbaren Retention von trachealem Schleim aufgrund von Kraftlosigkeit) und unruhiger Desorientiertheit („finale Unruhe“), während vormalig im Vordergrund stehende Symptome wie Schmerz - zumindest nach dem, was man eruieren kann - manchmal an Bedeutung verlieren.



Symptome in der Finalphase [Nauck 2001]	
-	Somnolenz 55%
-	Präfinales Rasseln 45%
-	Unruhe 43%
-	Schmerz 26%
-	Dyspnoe 25%
-	Übelkeit/Erbrechen 14%

Selbst für erfahrene Ärzte ist es jedoch schwierig vorauszusehen, wann ein Patient in die eigentliche Sterbephase eintritt bzw. zu erkennen, dass dies passiert ist. In der Regel haben erfahrene Pflegekräfte eine subtilere Wahrnehmung (auch Intuition!), wann ein Patient in die Sterbephase eintritt, als ärztliche Mitarbeiter, daher sollte die Diagnose des Beginns der Sterbephase im Team gestellt werden.

Die Kunst besteht darin, den „point of no return“ zu erkennen, wo Diagnostik und die Suche nach potentiell reversiblen Ursachen nicht mehr indiziert sind, und stattdessen die gesamte Medikation auf das, was für eine symptomkontrollierte Begleitung erforderlich ist („comfort care“), umgestellt werden sollte. Dies beinhaltet in aller Regel auch die Einstellung einer künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution, da die infundierten Volumina durch Extravasation eher zu einer Zunahme von Rasseln, Lungenödem, peripheren Ödemen oder Flüssigkeitsaustritt in den dritten Raum (Pleuraerguss, Aszites) führen. Die nachempfindbaren Einwände der Angehörigen gegen eine Begrenzung der Flüssigkeitszufuhr („nicht verdursten lassen“) bedürfen einer einfühlsamen und verständlichen Kommunikation, die den medizinischen Aspekt des konkreten Schadens durch eine Fortführung der Flüssigkeitsgabe als Gegenargument beinhalten sollte.

*„Man stirbt nicht, weil man krank war, sondern weil man gelebt hat.“*

*Lucius Annaeus Seneca, 1-65 n. Chr.*

Mit Blick auf die eintretende quantitative (und qualitative) Bewusstseinsstörung bedarf es häufig alternativer Applikationsrouten für diejenigen Medikamente, die für die Symptomlinderung erforderlich sind und weitergegeben werden sollten (z.B. Opioide).

Unter außerklinischen Bedingungen (zu Hause, Pflegeheim) wird man (wenn nicht ein Portsystem gebraucht werden kann) auf transdermale, transmukosale, rektale oder



vor allem auf subkutane Applikationen angewiesen sein. In der Hospizarbeit und Palliativmedizin werden zuweilen sehr einfach konzipierte (z.T. mechanisch betriebene) s.c.-Perfusoren mit gutem Erfolg (was Effektivität, Anwendbarkeit auch von medizinischen Laien, und Robustheit angeht) eingesetzt [Husebö 1998].

Bei refraktärer Symptomatik wird es in der Finalphase erforderlich (und ethisch rechtfertigbar) sein, eine Linderung des Leidens durch Dämpfung des Bewusstseins („Palliative Sedierung“) anzustreben. Die ethische Diskussion um die Palliative Sedierung rankt eher um nicht sterbenahe Situationen frühzeitiger im Erkrankungsverlauf, um das Verständnis von „refraktärer Symptomatik“ und um die konkrete Ausgestaltung der Begleitmaßnahmen parallel zur Sedierung [Alt-Epping 2014].

Tab. 8: Medikamentöse Therapie in den letzten Tagen des Lebens [nach Nauck 2001]			
<b>Schmerz</b>	Morphin	Beginn mit 2,5–5 mg/4 h, 0,5–2,5 mg/h, Titration der Dosis!	oral/rektal/s.c., kontinuierlich intravenös
	Fentanyl	Nur wenn der Patient mit Pflaster vorbehandelt ist	transdermal
<b>Dyspnoe</b>	Morphin	Beginn mit 2,5–5 mg/4 h, 0,5–2,5 mg/h, Titration der Dosis!	oral/rektal/s.c., kontinuierlich intravenös
Dyspnoe mit Unruhe	Lorazepam	1–2,5 mg Einzelgabe	sublingual/oral
	Midazolam	5–60 mg/24 h	s.c., i.v.
<b>Rasselatmung</b>	Scopolamin	0,25–0,5 mg/6 h	s.c.
	N-Butyl-Scopolamin	10–20 mg/4 h	s.c.
	Glycopyrolat	0,2 mg/6 h	s.c.
	Lorazepam	0,5–2,5 mg Einzelgabe	bukkal/oral
<b>Unruhe/Verwirrtheit/Delir</b>	Haloperidol	2,5–5 mg Einzelgabe 5–20 mg/24 h	oral s.c., i.v. (off label)
	Midazolam	2,5–10 mg Einzelgabe 5–60 mg/24 h	s.c., i.v.
	Diazepam	10–20 mg Einzelgabe	rektal
	Levomopromazin	10–25 mg/4–8 h bis zu 200 mg/24 h	oral, s.c., i.v.

Aufbahrung und Trauerarbeit stellen zudem ebenfalls genuine Aufgaben umfassender Palliativversorgung dar.

### **Literatur**

- Alt-Epping B, Jaspers B, Nauck F. Was ist das Problematische an der Palliativen Sedierung? Ethik Med 2015; 27: 219-31.
- Husebø S, Klaschik E (1998) Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 46-47.
- Nauck F. Symptomkontrolle in der Finalphase. Schmerz 2001; 15: 362-369.
- Twycross RG, Lichter I (1998) The terminal phase. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds.) Oxford textbook of palliative medicine, 2nd ed. Oxford University Press, Oxford New York Tokyo, pp 977-990.



## 3 Kommunikation

*„Die Sprache ist die Quelle aller Missverständnisse.“  
Der kleine Prinz, A. Saint-Exupéry, 1900-1944*

### 3.1 Allgemeines

Ein lineares Kommunikationsverständnis zwischen „Sender“ und „Empfänger“ wurde weitgehend ersetzt durch ein komplexes Verständnis von Kommunikation, in dem Menschen „nicht nicht kommunizieren können“ [Watzlawick 1969].

Kommunikation in der Palliativsituation ist besonders vulnerabel aufgrund der Vielzahl der Betroffenen, Angehörigen, Therapeuten, Fachdisziplinen, Berufsgruppen, Ideen und Meinungen bei der Behandlung und Begleitung eines jeweiligen Patienten, und aufgrund der als existenziell erlebten Bedrohung einer progredienten, inkurablen Grunderkrankung.

Ein in der Palliativsituation sinnvolles und angemessenes Kommunikationskonzept ist die sog. **Patientenzentrierte Kommunikation** [vergl. Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019, Rogers 1942]. Dies umfasst:

- Aktives Zuhören
- Wahrnehmen von Emotionen
- Eruiieren, ob und wie der Patient über seine Situation informiert werden möchte
- Aufrichtiges Vermitteln dieser Informationen
- Eruiieren individueller Belastungen, Problemlagen und Nöte
- Kontinuierliche aktive Rückversicherungen, ob oder wie Botschaften „angekommen“ sind bzw. verstanden wurden (beispielsweise durch Paraphrasierung)
- Ermutigung zur aktiven Beteiligung an Entscheidungsprozessen (partizipative Entscheidungsfindung)

„Schwierige“ Gesprächssituationen in der Palliativmedizin umfassen vor allem Gespräche mit dem Ziel, eine schwere Diagnose zu übermitteln, oder eine Änderung des Therapieziels zu erläutern. Meinungsverschiedenheiten zum Beispiel zwischen Arzt und Angehörigen über das, was medizinisch sinnvoll und ethisch angemessen ist, erfordern nochmals andere kommunikative Kompetenzen.

### 3.2 Überbringen schlechter Nachrichten

*„Man sollte dem Anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann, und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen.“*

*Max Frisch, 1911-1991*

„Schlechte Nachrichten“ überbringen zu müssen ist ein Erfordernis in **jedem** Bereich der klinischen Medizin. Die Eröffnung der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung, gar Krebs, wird häufig jedoch als paradigmatisch für die kommunikativen (und emotionalen) Implikationen von *breaking bad news* erlebt.

Obwohl die Mitteilung einer Krebsdiagnose (oder dass eine Krebserkrankung nicht mehr heilbar ist) in den Zuständigkeitsbereich der Onkologie fällt, existiert in der Palliativversorgung eine Fülle an Situationen, in denen belastende Informationen Patienten und Angehörigen mitgeteilt und mit ihnen erörtert werden müssen.

Häufig ist es ein empfindungsmäßig großer Unterschied für Patienten und Angehörige, zu erfahren, man leide an einer unheilbaren Erkrankung, oder zu realisieren, dass das Versterben nun konkret und zeitnah bevorsteht. Insofern ist jede Mitteilung einer weiteren Tumormanifestation eine neue „schlechte Nachricht“, obwohl dies - rational betrachtet - möglicherweise zum erwarteten Verlauf dazu gehörte. So wie die Hoffnungen eines Patienten sich im Krankheitsverlauf immer wieder neu orientieren und auf immer kleinere, alltäglichere Dinge eingrenzen („zu Hause auf der Terrasse sitzen können“) [vergl. *response shift*; Schwartz 2006], so können im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf auch kleine, für uns eher belanglos wirkende Punkte eine belastende schlechte Nachricht sein, wie z.B. nicht heute, sondern erst in der nächsten Woche entlassen werden zu können. Insofern betrifft das Kapitel „Überbringen schlechter Nachrichten“ nicht nur die ganz exponierten Aufklärungssituationen bei Erstdiagnose, sondern sehr viele unscheinbare Situationen, in denen sich die sich verschiebenden Maßstäbe des Patienten widerspiegeln und dadurch Bedeutung erlangen.

## „Werkzeugkasten“: Hilfestellungen für den Alltag



### Das Gespräch strukturieren

- Erst verstehen, dann informieren
- Anfang und Ende deutlich machen
- Rahmenbedingungen, evtl. Ziel des Gesprächs benennen
- Transparenz (Begründung u. Verdeutlichung des Vorgehens)
- Das Wichtigste am Anfang und am Ende
- Zusammenfassung von Inhalten
- Schwerpunkte im Gespräch setzen

### Auf Sprache achten

- „Joining“: einen persönlichen Anknüpfungspunkt finden „Ich sehe, Sie kommen ja aus XY – ist das da wo diese beeindruckende Burg ist?“, etc.
- „Rolle + X“: einmal kurz aus der eigenen Rolle fallen; kurz etwas tun, was eigentlich nicht ärztliche Aufgabe ist
- „Yes set“: Frage zu Beginn, die nur mit ja beantwortet werden kann (etwas Positives oder Verständigung signalisierendes am Anfang)
- Vermeidung von Fachsprache

- Kurze, prägnante Sätze
- „Ankern“ durch Körpersprache und Ansprechen mit Namen
- Keine Scheu vor Wiederholungen; der Patient steuert Maß und Geschwindigkeit
- Aktives Zuhören: in-Kontakt-sein, Paraphrasieren, nonverbale Bestätigung (vergl. patientenzentrierte Kommunikation nach C. Rogers)
- „Spiegeln“: in eigene Worte fassen, was der Patient auszudrücken versucht, ohne dabei zu interpretieren oder zu werten oder automatisch zuzustimmen
- „Killerphrasen“: „Wie doch jeder weiß, ...“, „Bekanntlich ist es so, dass ...“, „Sie werden zugeben, dass ...“, „Als mündiger Patient müssten Sie eigentlich wissen, dass ...“, „Das haben wir alles schon versucht.“, „Das haben wir schon immer so gemacht.“, „Wir haben jetzt keine Zeit für langes Gerede.“, „Kommen wir doch endlich zur Sache.“, „In Wirklichkeit ist es doch so, dass...“, „Da können Sie sagen was Sie wollen...“, „Nochmals: ...“, „Aber: ...“

### **Vor dem Gespräch reflektieren**

- Raum und Zeit (Ungestörtheit!) sichern
- Das aktuelle Befinden des Patienten kennen
- Fachlich optimal vorbereitet sein: Was genau soll vermittelt werden?
- Wer soll beim Gespräch noch dabei sein? (z.B.: ein Teammitglied hinzuzuziehen fördert die Transparenz und Anknüpfungspunkte im Team, schafft Entlastung für den Arzt und eine bessere emotionale Unterstützung für den Patienten)
- Selbstfürsorge („mentales Händewaschen“)
- Das Team über das Gespräch informieren

### **Verschiedene (mehr oder weniger hilfreiche) MNEMONICS ...**

**SPIKES** – a six step protocol for delivering bad news [Baile 2000]

- **S** - setting up the interview
- **P** - assessing the patient's perception
- **I** - obtaining the patient's invitation
- **K** - giving knowledge and information
- **E** - addressing the patient's emotions with empathic response
- **S** - strategy and summary



**SPIR** – ein halbstrukturiertes Interview in vier Schritten zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse des Patienten und deren Bedeutung [Frick 2006].

- Spirituelle und Glaubensüberzeugungen des Patienten
- Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen
- Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft oder Gruppe
- Rolle der Beteiligten: Wie sollen die an der Behandlung Beteiligten mit den Überzeugungen umgehen?

**VALUE** – für Familiengespräche

- **V** – value family statements (Familienmeinung wertschätzen)
- **A** – acknowledge family emotions (Gefühle der Familie anerkennen)
- **L** – listen to the family (zuhören)
- **U** – understand the patient as a person (den Patienten als Person wahrnehmen)
- **E** – elicit the family's questions (Fragen eruieren)

**NURSE** – Emotionen bei Angehörigen ansprechen

- **N** – name emotions (“Sie erscheinen verzweifelt”)
- **U** – understand (“Die Situation muss für Sie sehr schwierig sein”)
- **R** – respect (“Ich sehe, wie Sie sich für Ihren Angehörigen einsetzen”)
- **S** – support (“Wir können Sie unterstützen”)
- **E** – explore (“Erzählen Sie mehr über die Sorgen, die Sie belasten”)

**CALM** – Verbale Deeskalation

- **Contact/Sachebene:** sich nicht von Aggressionen anstecken lassen, ruhig und sachlich bleiben (auch nonverbal), akzeptieren, dass der Patient sich in einer schwierigen Situation befindet (sonst würde er möglicherweise anders reagieren), von Rechtfertigungen absehen. Eher in Richtung „Ich kann mir vorstellen, dass diese Situation für Sie schwierig ist“ oder so.
- **Appoint/Emotionen ansprechen:** Dies kann sicher zunächst zu einem Anheizen der Gesprächsatmosphäre führen – werden emotionale Beweggründe wie Ängste oder Sorgen aufgegriffen, kann sich die Gesprächsatmosphäre rasch deutlich bessern.
- **Look ahead/Rollenklärung, Planen:** professionelles dauerhaftes Unterstützungsangebot verdeutlichen, Grenzen und Regeln aufstellen, klären wie beide weitermachen können.
- **Make a decision/Vereinbarung:** Angebot machen, das der Patient annehmen oder ablehnen kann – diese Entscheidung wird aber von ihm erwartet.

## Was tun bei emotionalen Reaktionen?

- Alle plakativen Tipps von Dozentenseite („Emotionen ansprechen!“, „Pausen aushalten!“ usw.) können nur eine vage Hilfestellung für solche belasteten und belastenden Gesprächssituationen (die leider in der Palliativmedizin häufig sind) bieten.
- Grundsätzlich sollte klar sein, Raum für den Ausdruck dieser Emotionen zu geben und Pausen und Tränen zuzulassen.
- Eine Betonung der Sachebene, eine systematische Benennung aller Therapieoptionen, eine einfache Beruhigung, oder ein Herabspielen der Bedeutung („Das wird schon wieder“) ist in den seltensten Situationen hilfreich.
- Körperkontakt (z.B. in den Arm nehmen) als eine der möglichen Gesten des Trostes wird sehr unterschiedlich aufgenommen und zugelassen - auch mit deutlicher Ablehnung.
- Eine Pause und Fortsetzung des Gespräches später am Tage erwägen, oder eine Diagnoseeröffnung (mit allen dazugehörigen Emotionen) und die weitere Therapieplanung von vorneherein auf zwei Gespräche vorplanen.
- Vielleicht kann es eine Entlastung darstellen, sich vor Augen zu halten, daß eine schlechte Nachricht auch nicht durch eine gute Kommunikation zu einer guten Nachricht wird.

## Nach dem Gespräch

- Das Gespräch dokumentieren
- Festhalten, welche Punkte nicht besprochen wurden
- Das Team informieren
- Eigene Erreichbarkeit/Vertretung sichern
- Selbstfürsorge (mit Kollegen sprechen, eine Tasse Kaffee trinken...)

## Literatur

- Baile WF, Buckman R, et al. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.
- Frick E., et al. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care* 2006; 15(3): 238-43.

- Leitlinienprogramm Onkologie (Dt. Krebsgesellschaft, Dt. Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 30.12.2018).
- Rogers CR. Die nicht direktive Beratung. Counselling and Psychotherapy, Boston 1942. (München 1972).
- Schwartz CE, Bode R, Repucci N, Becker J, Sprangers MA, Fayers PM. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. Qual Life Res 2006; 15(9): 1533-1550.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation. Huber Bern Stuttgart Wien 1969, 2.24 S. 53.

#### Weiterführende Literatur:

- Bucka-Lassen E. das schwere Gespräch, Dt. Ärzte-Verlag 2005.
- Hurst SA, et al. Ethical difficulties in clinical practice. J Med Ethics 2007; 33; 51-57
- Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Deutscher Ärzteverlag 2007.
- Kutscher P, Seßler H. Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Springer 2007.
- Philip R, Ford M. Kommunikation mit Patienten, Hans Huber 2001.
- The Lancet Editors. Truth telling in clinical practice. Lancet 2011; 378: 1197.

### 3.3 Kommunikation über die Palliativsituation selbst

*„The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place.“*

*George Bernard Shaw, 1856-1950*

Insbesondere im Kontext weniger aggressiver (Krebs-)Erkrankungsverläufe wird argumentiert, dass es unangemessen sei, zum Beispiel gegenüber einer Patientin mit Mammakarzinom und einer solitären hormonsensiblen ossären Metastase und einer statistisch mehrjährigen Überlebenszeit bereits „frühzeitig“ (z.B. ab der Diagnosestellung der Inkurabilität) den „palliativen“ Charakter der Erkrankungssituation im Gespräch zu adressieren. Dem ist zu entgegenen, dass sich das vorausschauende Planen von potenziellen Krisen und Notfällen, von Wünschen bezüglich der Versorgung bei fortgeschrittener Erkrankung oder bezüglich der Ausgestaltung der letzten Lebensphase, gerade in einer solchen frühzeitigen Erkran-

kungssituation als besonders effektiv erwies, in dem Sinne, dass die Präferenzen des Patienten tatsächlich umgesetzt wurden (siehe Abschnitt 3.8: Notfallplanung und *Advance Care Planning*, und [Alt-Epping und Nauck 2017]).

Die Kommunikation über (palliativmedizinische) Unterstützungsangebote und die Thematik von Endlichkeit wird nicht selten weitestgehend vermieden, zum Beispiel so lange, bis erstmalig gravierende Probleme auftreten [Keating 2010] - wobei die Klärung, welches Vorgehen den Vorstellungen des Patienten in einer solchen Krisensituation entspräche und was dann zu tun sei, ja gerade Bestandteil der vorausschauenden Kommunikation gewesen sein sollte. Zu dieser Zurückhaltung tragen möglicherweise auch die zur Verfügung stehenden Begriffe wie zum Beispiel der Begriff „palliativ“ bei, der bei vielen Personen eher negative Konnotationen (Todesnähe, Siechtum, ...) und weniger die Idee eines bedarfsorientierten Unterstützungsangebotes transportiert. Hinzu kommt, dass der Begriff „palliativ“ im onkologischen Kontext zumeist auf jedwede Art unheilbarer Erkrankungssituation bezogen wird, d.h. auch bei einer Erkrankungssituation mit noch mehrjähriger Lebenszeitprognose, und es dadurch bereits zu teils erheblichen Missverständnissen zwischen onkologisch aufklärendem Arzt und Patient kommen kann. Auch andere für die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Onkologie und Palliativmedizin verwendeten Begriffe, wie zum Beispiel der Begriff „kurativ“, bergen ein erhebliches Missverständnispotenzial. Unter einer „kurativen Behandlung“ wird im onkologischen Kontext eine auf Heilung ausgerichtete Behandlung verstanden, während im palliativmedizinischen, aber auch im sozialrechtlichen Sprachgebrauch „kurativ“ nicht selten für jedwede kausale (z.B. tumorspezifische) Behandlung benutzt wird, auch im „palliativen“ (d.h. hier inkurablen) Behandlungskontext. Hinzu kommen neuere medikamentöse, operative oder multimodale Behandlungsstrategien, die eine klare prognostische Dichotomie zwischen „palliativem“ oder „kurativem“ Vorgehen erschweren: Zum Beispiel führen neue, bei nur manchen Patienten teils hochwirksame Tumorthapeutika zu prognostisch sehr heterogenen Erkrankungsverläufen (teils vollständiges oder nahezu vollständiges Ansprechen, teils „Chronifizierung“, teils rascher Progress bei Non-Respondern), oder zum Beispiel werden bei „oligometastasierter“ Erkrankung aggressive, „kurative“ Behandlungskonzepte trotz hoher Wahrscheinlichkeit einer persistierend inkurablen Erkrankungssituation diskutiert.

Kommunikation über Entscheidungen im Kontext des nahenden Lebensendes stellen auch insofern eine Herausforderung dar, als dass sie nicht selten das moralische Wertegefüge eines Patienten (als auch jedes therapeutisch Tätigen) tangieren. Medizinische Entscheidungen haben im Palliativkontext einen deutlichen normativen Anteil. Das bewertende (ethische) Moment solcher Entscheidungen führt zwangsläufig dazu, dass Auffassungen zwischen verschiedenen Beteiligten divergieren können, sobald medizinische Entscheidungen in diesem Kontext anstehen - und dass eine Bewertung einer Therapieentscheidung im Sinne von „richtig“ oder „falsch“ nicht zielführend ist. Die Klärung unterschiedlicher Positionen und die Moderation von Entscheidungskonflikten kann unter anderem auch Aufgabe von Palliativmedizin sein.

#### Literatur:

- Alt-Epping B, Nauck F. Allgemeine Aspekte der Palliativversorgung. Gynäkologie 2017; 50(12), 901-905.
- Keating NL, Landrum MB, et al. Physician Factors Associated With Discussions About End-of-Life Care. Cancer 2010; 116: 998-1006.

### 3.4 Interdisziplinarität und Multiprofessionalität

*„Mit einer Hand  
läßt sich kein Knoten knüpfen.“  
Aus der Mongolei*

*„Willst Du schnell gehen,  
dann gebe alleine.  
Willst Du weit gehen,  
gebe mit anderen.“  
Aus Afrika*

Palliative Behandlung und Begleitung („care“) kann in vielen Formen und Intensitäten stattfinden. Die allermeisten sterbenskranken Patienten werden durch die bereits im Vorfeld involvierten Ärzte und Pflegenden, in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder zuhause, kompetent und vollkommen hinreichend betreut; dies wird auch als „Allgemeine Palliativversorgung“ (APV) bezeichnet. Insbesondere

auch die Angehörigen schwerst- und sterbenskranker Patienten leisten genuine „palliative Versorgung“.

Die hausärztliche Behandlung und die Unterstützung der Familie durch einen Gemeindepflegedienst werden als „Allgemeine Ambulante Palliativversorgung“ (AAPV) bezeichnet.

„Spezialisierte Palliativversorgung“ (SPV), sei es ambulant als SAPV oder stationär auf einer spezialisierten Palliativstation, bietet Patienten mit besonders aufwändiger Versorgung und besonders komplexer Symptomatik ein geballtes Therapie- und Unterstützungskonzept an, für das eine Vielzahl an Berufsgruppen (=Multiprofessionalität) als auch viele ärztliche Fachdisziplinen (=Interdisziplinarität) erforderlich sind [Alt-Epping und Nauck 2016].

Die multiprofessionelle Versorgung findet ihre Rechtfertigung in der Komplexität der Symptome und Belastungen mit ihren körperlichen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen.

Palliativmedizin sieht sich eingebettet in Therapiekonzepten anderer medizinischer Fachbereiche, z.B. onkologischer (medikamentöser/operativer/strahlentherapeutischer) Tumortherapie, oder kardiologischer/neurologischer Therapie bei nicht-onkologisch erkrankten Patienten. Die Ärzte der Palliativmedizin selbst entstammen ebenfalls unterschiedlichen Fachbereichen.

### **Beteiligte Professionen** in der Palliativmedizin

- Pflegende
- Ärzte/innen mit unterschiedlichem Weiterbildungshintergrund
- Psychologe/in
- Sozialdienstmitarbeiter/in bzw. Brückenteam
- Physiotherapeut/in
- Kunsttherapeut/in
- Musiktherapeut/in
- Ergo-, Atem-, Logotherapeut/in
- Seelsorge
- Apotheker/in
- Ehrenamtliche (als Ausdruck gesellschaftlichen Engagements, nicht im Sinne einer Profession)

Nicht selten sind in solchen Situationen eine enorme Vielzahl an Personen involviert – mit allen Vorteilen an Ressourcen und verschiedenen Kompetenzen, und allen Problemen der vielen resultierenden Schnittstellen [vergl. Alt-Epping 2017].



## Literatur

- Alt-Epping B, Nauck F. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) – Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. Bundesgesundheitsblatt 2015; 58(4-5): 430-5. doi:10.1007/s00103-015-2125-6
- Alt-Epping B, Fuxius S. Schnittstellen. In: Alt-Epping B, Fuxius S, Wedding U. (Hrsg.) Essentials Onkologie. Elsevier, München 2017, S. 137-140.
- Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, Garrett-Mayer E, Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. J Med Ethics 2007; 33(1): 51-7.

## 3.5 Burnout

*“When sorrows come, they come not single spies,  
But in battalions.”*  
*W. Shakespeare, Hamlet, 1601*

### Definition nach [Maslach 1976]

- Emotionale und/oder körperliche Erschöpfung
- Depersonalisation (Zynismus)
- Gefühle eigener Unzulänglichkeit

Zuerst beschrieben von Freudenberger das Phänomen des „*Staff burn out*“ [1974]. Dies betrifft ca. 10% der arbeitenden Bevölkerung, der Gipfel ist um 30 Jahre (!). Männer entwickeln eher Depersonalisationserscheinungen, Frauen eher emotionale Erschöpfung.

### Differentialdiagnosen („Burnout“ selbst ist keine ICD 10 – Kategorie)

- Somatoforme Störungen
- Chronisches Erschöpfungssyndrom
- Anpassungsstörung
- Angststörung
- Persönlichkeitsstörungen



## Symptomatik

- Warnsymptome in der Anfangsphase: Hyperaktivität, Gefühl der Unentbehrlichkeit, Verleugnung eigener Bedürfnisse/mangelnde Abgrenzung, Nicht-Wahrhaben-Wollen von Misserfolgen und Enttäuschungen, Beschränkung bedeutungsvoller Kontakte auf Patienten, illusionäre Zielsetzungen
- Können sich wandeln in: reduziertes Engagement für Patienten, Schwerpunkt eher Verwaltung statt Hilfe, Reduktion auf Fachsprache, Stereotypisierung von Patienten; Bsp.: betroffene Ärzte verordnen ihren Patienten mehr Beruhigungsmittel als nicht betroffene Ärzte

## Behandlungsaspekte

- Hohe Belastungen im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden können durch spezifische Belohnungen/Chancen kompensiert werden => in der Summe ist das Burnout-Risiko z.B. im Palliativbereich nicht erhöht
- Prophylaxe: Entwicklung einer Kultur positiver Rückmeldung = Lob, Vermeidung von Kränkungen, Team als wichtige Ressource
- Bei manifestem Burnout: ambulante oder stationäre Psychotherapie
- Ansonsten: individuelles Coaching (v.a. Kommunikation & Management), externe Supervision, Introspektion/Balintgruppen, Entspannung/Ablenkung, Verbesserung der Arbeitsorganisation

## Fazit

Burnout wird vorgebeugt, wenn der Sinn und Bedeutungsrahmen der eigenen Arbeit ausreichend gesichert ist.

### 3.6 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

*„Menschen, die bald sterben werden,  
möchten spüren, dass sie noch leben.“*

*H. Mankell, 1948-2015*

#### Möglichkeiten der Vorsorge

Patientenverfügung = schriftliche Willensbekundung eines einwilligungsfähigen Volljährigen mit Entscheidungen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche/medizinische Maßnahmen

- Vorsorgevollmacht = schriftliches Dokument, in dem eine Vertrauensperson ermächtigt wird, Entscheidungen in persönlichen Angelegenheiten zu treffen, wenn man selbst dazu nicht (mehr) in der Lage ist. Beispiele: Gesundheitsvorsorge/ Pflegebedürftigkeit (konkret benennen!), Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Vertretung bei Behörden, Banken, Post etc., Vermögensvorsorge
- Betreuungsverfügung = schriftliches Dokument, in dem Vorschläge hinsichtlich der Person des Betreuers sowie der Art und Weise der Betreuung gemacht werden. Kann ergänzend oder alternativ zur Vorsorgevollmacht erstellt werden.

Das **„Patientenverfügungsgesetz“** (vgl. § 1901a BGB), Drittes Betreuungsrechtsänderungsgesetz, ist am 1. September 2009 in Kraft getreten und regelt erstmals die Patientenverfügung im Betreuungsrecht. Wesentliche Inhalte:

- Eine Patientenverfügung ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung verbindlich
- Bei Fehlen einer eindeutigen Patientenverfügung kommt es auf den mutmaßlichen Willen an
- Die Feststellung des Patientenwillens erfolgt auf der Grundlage eines dialogischen Gesprächs (Arzt, Betreuer, ggf. Angehörige)
- Genehmigung des Betreuungsgerichts ist nur im Konfliktfall erforderlich
- Sie gilt, bis sie vom Patienten widerrufen wird: keine Aktualisierungspflicht. Widerruf jederzeit formlos möglich
- Keine notarielle Beurkundung erforderlich
- Ärztliche Aufklärung nicht vorgeschrieben, aber sinnvoll (siehe unten)

## Probleme von Patientenverfügungen

- Die Behandlungssituation, in der die Patientenverfügung gelten soll, muss möglichst konkret beschrieben werden: Notfall? Sterbeprozess? Endstadium einer zum Tode führenden Erkrankung? Dauerhafter oder vorübergehender Verlust des Bewusstseins? Fortgeschrittene Demenzerkrankung? ...
- Die Behandlungswünsche sollten möglichst konkret beschrieben werden: Nur Schmerz- und Symptomlinderung? Oder auch „lebensverlängernde Maßnahmen“ wie künstliche Ernährung und Flüssigkeit, Reanimation, künstliche Beatmung, Dialyse, Antibiotika, usw. (wobei eine gute Symptomkontrolle, z.B. eine gute Linderung von Atemnot, einer respiratorischen Erschöpfung vorbeugt und dadurch auch indirekt „lebensverlängernd“ wirkt)
- Die formalen Wirksamkeitsvoraussetzungen erfordern die Schriftform, die Volljährigkeit des Patienten und seine Einwilligungsfähigkeit
- Die Patientenverfügung muss auffindbar sein; eine (rechtlich auch nicht erforderliche) notarielle Beurkundung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht bedeutet nicht, dass der Notar die Patientenverfügung bis zum Bedarfsfall (Notwendigkeit der Arzteinsicht) aufbewahrt
- Mangelnde Vorhersehbarkeit der Behandlungssituation
- Mangelnde Direktheit der Kommunikation zwischen Patient und Arzt
- Erfahrung, dass sich Werte, Einstellungen und Entscheidungen wandeln
- Sozialer Druck zur Abfassung von Patientenverfügungen
- Insofern handelt es sich hier eher um Bedenken bei der korrekten Umsetzung als um konkrete Argumente gegen die Idee einer Patientenverfügung selbst!

## Wie soll nun der Patientenwillen konkret festgestellt werden?

[vgl. § 1901b BGB]

- Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist
- Er und der Betreuer/Bevollmächtigte erörtern, ob die Durchführung der Maßnahme dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht
- Nahen Angehörigen und Vertrauenspersonen soll Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden

- Bei fehlendem Konsens über Patientenwillen ist das Betreuungsgericht einzuschalten [vgl. § 1904 Abs. 4 BGB], was glücklicherweise extrem selten vonnöten ist

### 3.7 Notfall- und Krisenplanung, *Advance Care Planning (ACP)*

*“But I must go and meet with danger there,  
Or it will seek me in another place,  
And find me worse provided.”  
W. Shakespeare: Henry IV, 1564-1616*

*Tabelle 9: Begriffsverwirrung zur Notfall- und Krisenplanung*

<i>Vorausschauende Versorgungsplanung</i>	... aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin
<i>Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</i>	... aus dem Hospiz- und Palliativgesetz (§132 SGB V)
<i>Advance Care Planning (ACP)</i>	... aus der internationalen Literatur
<i>Behandlung im Voraus planen</i>	... aus der Fachgesellschaft DiV-BVP

Unter diesen 4 Begriffen werden verschiedenartige Planungsschritte subsummiert, die krisenhafte klinische, sozialrechtliche oder andere Entscheidungssituationen im Vorfeld klären sollen. Im engeren Sinne zielt Advance Care Planning (ACP) darauf ab, dass Menschen ihre gewünschten individuellen Grenzen lebensverlängernder Behandlungen im Voraus festlegen. Dazu bedarf es einer Patientenverfügung (*advance directive*), einschließlich einer Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung (siehe unten) [Nauck 2018; Stanze & Nauck 2018, Alt-Epping 2014].

Andere Aspekte beziehen sich auf den Aufenthaltsort: Falls im Rahmen zunehmender Pflegebedürftigkeit eine häusliche Versorgung durch Angehörige, Pflegedienst und Hausarzt „nicht mehr geht“, wo soll die Begleitung in der Finalphase erfolgen?

Viele Patienten empfinden diese Planungen so sehr als Sicherheit und Beruhigung, nicht als beängstigend, dass sich ihre Planungen auch über den Tod hinaus erstrecken: Wie und wo möchte ich bestattet werden? Wer sorgt für die zukünftig

Hinterbliebenen? Die Schaffung solcher Planungssicherheiten ist integraler Bestandteil einer umfassenden Palliativversorgung [Nauck & Alt-Epping 2008].

Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung soll sein [Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]:

- Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-)typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen
- individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung
- Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers

Im weiteren Sinne umfasst ACP auch die Vorsorge gegen zu erwartende klinische Krisen. Beispiele:

- Bei einem Patienten mit Bronchialkarzinom, bekannter zerebraler Metastasierung und meningealer Beteiligung ist eine höhergradige Liquorzirkulationsstörung denkbar: Soll im Falle von Hirndruck der Patient notfallmäßig in ein Krankenhaus eingewiesen werden und entsprechende Diagnostik mit ggf. operativer Intervention erfolgen - oder eher symptombezogen wenn möglich in der häuslichen Umgebung begleitet werden?
- Bei einem Patienten mit ausgedehnter pulmonaler Metastasierung muss davon ausgegangen werden, dass im weiteren Krankheitsverlauf Luftnot auftritt - welche Bedarfsmedikation soll dann gegeben werden? Ist dafür gesorgt, dass diese Medikation tatsächlich vor Ort verfügbar ist? Gibt es einen verständlichen Einnahmeplan? Wenn dann doch der Notarzt im Zimmer steht, was soll er dann tun bzw. (vor allem) nicht tun?

Gerade für die notärztliche Entscheidungssituation mit ihrer immanenten Eigendynamik bedarf es eines hohen Maßes an individueller Entscheidungsfindung - falls sie nicht durch Bedarfsmedikation, durch 24h-Erreichbarkeit des Palliativarztes und durch Hausbesuche oder durch sonstige vorherige Absprachen im Vorfeld abgewendet werden konnte.

Diese Effektivität einer solchen „Vorausschauenden Versorgungsplanung“ ist evidenzbasiert untermauert und umfasst eine signifikant geringere Rate „aggressiver Therapien“ in der letzten Lebenswoche, eine dadurch höhere Lebensqualität von Patienten und Angehörigen, frühere Aufnahmen in Hospize, eine signifikant erhöhte Rate an Präferenz-orientierter Therapie, und geringere Therapiekosten in der letzten Lebenswoche [Mack 2010a; Mack 2010b; Wright 2008; Zhang 2009].

Das Hospiz- und Palliativgesetz widmet den Zielen, der Umsetzung und der Finanzierung eines solchen Gesprächs- und Beratungsangebotes einen eigenen, neuen Paragraphen §132g SGB V [Dt. Bundestag 2015].

In Göttingen erfolgt in der Regel ein direkter telefonischer Kontakt des Notarztes mit dem Ambulanten Palliativdienst.

Falls die familiäre Struktur oder die Art der krisenhaften Symptomatik selbst (z.B. Asphyxie bei Trachealkanülenobstruktion) einen Notarzteeinsatz von vorneherein wahrscheinlich machen, wird ggf. eine überblickartige schriftliche Vorausverfügung für den Notarzteeinsatz, der sog. Göttinger Palliativkrisenbogen [Wiese 2008] eingesetzt – ebenfalls eine Form des *Advance Care Planning*.

### GÖTTINGER PALLIATIVKRISEBogen

**Name:** \_\_\_\_\_ **WICHTIGE KONTAKTPERSONEN:**

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Nächster Angehöriger:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Betreuer:**  Ja  Nein

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_  Palliativteam: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Probleme:** \_\_\_\_\_  Pflegedienst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Kassenärztl. Notdienst: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten (z.B. Allergien):** \_\_\_\_\_  Notarzt: 112

\_\_\_\_\_  Seelsorge: \_\_\_\_\_

Ambulantes Hospiz: \_\_\_\_\_

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

**Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?**  
 Ja  **Nein**

**Krankenhauseinweisung gewünscht?**  
 Ja  Nein

**Aufklärung Prognose/Diagnose?**  
 Patient:  Ja  Nein  
 Angehörige:  Ja  Nein

**Patientenverfügung:**  Ja  Nein  
**Vorsorgevollmacht:**  Ja  Nein

**Hinterlegung der Dokumente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ablehnung weiterer Maßnahmen:**

\_\_\_\_\_

**Letzter Klinikaufenthalt:** \_\_\_\_\_

**Klinik/Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:**

\_\_\_\_\_

Datum	Name des Arztes	Unterschrift
(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung von Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert)		

© Geyer, Wiese, Dittler 2008

Abbildung 10: Göttinger Palliativkrisenbogen [Wiese 2008]

## Literatur

- Alt-Epping B. Advance Care Planning in der Palliativversorgung. In: Coors M, Jox R, In der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning. Kohlhammer, Stuttgart, 2014.
- Mack JW, et al. Racial disparities in the outcomes of communication on medical care received near death. Arch Intern Med 2010; 170(17): 1533-40.
- Mack JW, et al. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol 2010; 28(7): 1203-8.
- Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care – a comprehensive approach. Lancet Oncol 2008; 9(11): 1086-91.
- Nauck F, Marckmann G, in der Schmitten J. Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 62-70.
- Stanze H, Nauck F. „Advance Care Planning“ in der Onkologie. Im Focus Onkologie 2018; 21 (10): 59-62.
- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf B, Hanekop G: Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. Die "Gelbe Karte" für den Rettungsdienst. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133, 972-976.
- Wright, A.A., et al., Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA 2008; 300(14): 1665-73.
- Zhang, B., et al., Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med 2009; 169(5): 480-8.

### 3.8 Wie kann ein schwer kranker Patient bestmöglich aus dem Krankenhaus entlassen werden?

*“Everything should be made as simple as possible,*

*But not simpler.”*

*Albert Einstein, 1879-1955*

**Fallsituation:** Ein 85-jähriger Patient mit schwerem Mediainstult (M1-Verschluss), komatöser Vigilanzstörung ohne selbständiges Schlucken und kaum Aussichten auf eine neurologische Besserung irgendeiner Art soll nach Hause entlassen werden. Die Klinik für Neurologie ruft einen palliativmedizinischen Konsiliararzt zur Unterstützung bei der Klärung der weiteren Versorgung hinzu.

1. **Was ist das Therapieziel?** Gibt es 1) einen rehabilitativen Ansatz mit der Hoffnung auf Besserung der neurologischen Situation? (Das traf in diesem konkreten Fall nicht zu). Oder geht es 2) darum, die aktuelle Situation zu bewahren und ein Überleben (auch unter erwartbaren Dauerpflegebedingungen) zu gewährleisten? Oder geht es 3) um eine Begleitung in der letzten Lebensphase unter Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen mit bestmöglicher Symptomlinderung? Was ist bei der Therapiezielfindung medizinisch indiziert? Und was entspricht dem mutmaßlichen Willen des Patienten, noch zu tun?
  
2. **Wo soll der Patient gepflegt/begleitet werden?** Nicht selten stellt der erhoffte Ort der weiteren außerklinischen Versorgung eine Limitation des medizinisch und pflegerisch Machbaren dar, wenn es zum Beispiel um zu erwartende Komplikationen oder um bestimmte Applikationsformen von Medikamenten oder Nahrung/Flüssigkeit geht. Eine außerklinische Versorgung braucht zwingend die Eilbeantragung eines **Pflegegrades**, für die Häuslichkeit auch die Organisation von personalen und technischen Hilfsstrukturen, also einen **Pflegedienst** (oder gar eine 24-h-Pflege, die aber bis auf wenige Ausnahmen (beatmete Patienten, Tracheostomaträger u.a.) nicht durch die Pflegekasse finanziert wird), sowie ausreichende **Hilfsmittel** (mindestens ein elektrisch verstellbares Pflegebett, ggf. auch als kleinere Variante als Lattenrosteinsatz).
  
3. **Welche Maßnahmen sollen weiterhin dauerhaft erfolgen?** Dies betrifft insbesondere die Frage nach Ernährung und Flüssigkeit. Passt die Gabe von Flüssigkeit und Ernährung zum formulierten Therapieziel? Wenn das Therapieziel die dauerhafte Pflegesituation des Patienten ist, ist beides unumgänglich - ebenso wie die dazugehörige PEG-Sonde, die einen deutlich physiologischeren Zugangsweg bietet als die parenterale Ernährung (eine pernasale Sonde disloziert regelhaft und führt mittelfristig zu Druckulzerationen und stellt keine Alternative zur PEG dar!) Ist das Ziel hingegen die bestmögliche Symptomlinderung und Begleitung, ist die Gabe sowohl von Ernährung als auch von Flüssigkeit entbehrlich. In der (späteren) Sterbesituation führt die Gabe größerer Flüssigkeitsmengen gar zur Extravasation in den dritten Raum oder ins Interstitium und zu Symptomen (Atemnot, Ödeme) und ist kontraproduktiv zum formulierten Therapieziel. Intensive Mundpflege verhindert hierbei ein Durstge-



fühl. Dies kann aber auch Medikamente betreffen, die auch symptomrelevant sein können: Wie kann zum Beispiel die fortwährende Gabe von Antiepileptika gewährleistet werden, wenn eine symptomatische Epilepsie vorliegt?

4. **Was soll geschehen, wenn es zu einer Komplikation/einer Krise kommt?** Dies vorher zu antizipieren, mit den bevollmächtigten Angehörigen zu klären und ggf. zu verschriftlichen, stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine stabile Entlassung ins Pflegeheim bzw. in die Häuslichkeit dar: vergl. Absatz 3.8
  
5. **Informationsübermittlung an alle in der weiteren Versorgung Beteiligten**, insbesondere an die bevollmächtigten Angehörigen, den Pflegedienst, den Hausarzt, das Palliativteam, u.v.m.)

Diese Aspekte gemeinsam proaktiv zu klären, stellt einen wichtigen, beispielhaften, und nicht selten konflikträchtigen Kommunikationsprozess dar, wie er bei vielen Entlassungssituationen in der Palliativmedizin stattfindet.



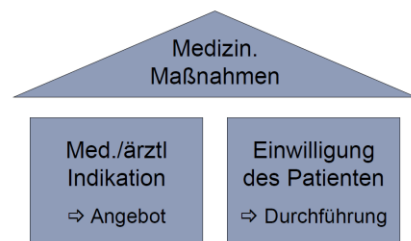
## 4 Ethische Fragen am Lebensende

### 4.1 Änderung des Therapieziels statt „Sterbehilfe“

*„Die Förderung und Wiederherstellung von Autonomie  
ist das eigentliche Ziel der Medizin.“*

*A. Mitscherlich, 1908-1982*

Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme bedarf in der Palliativmedizin - wie in allen anderen klinischen Fachbereichen auch - sowohl einer medizinischen **Indikation** als auch der **Zustimmung** des Patienten. Bricht eine dieser beiden „Säulen“ weg, darf eine Therapiemaßnahme nicht durchgeführt werden („Zweisäulenmodell“).



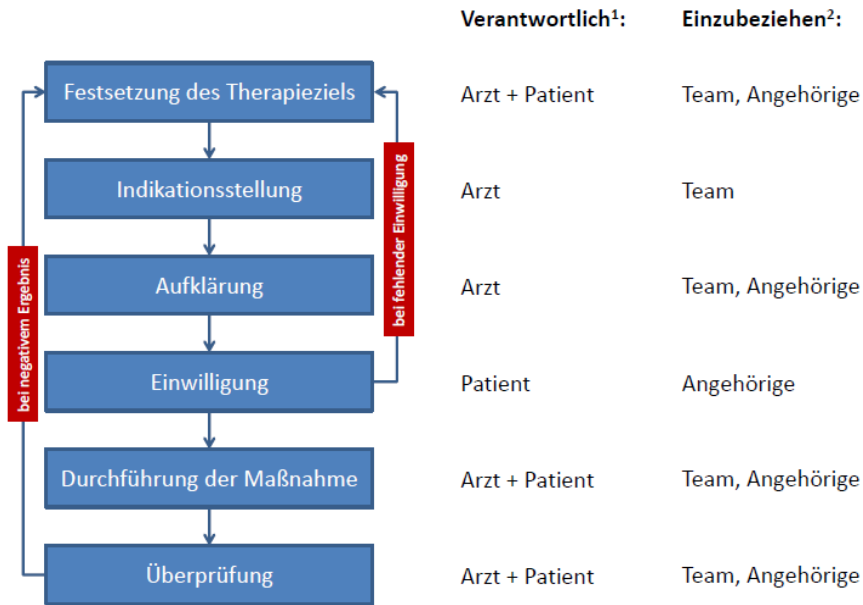
*Abbildung 11: „Zweisäulenmodell“ (mit Dank an Prof. Dr. A. Simon, Akademie für Ethik in der Medizin)*

Vor dem Hintergrund einer inkurablen, fortgeschrittenen, und fortschreitenden Grunderkrankung kommt es (im Vergleich zu anderen klinischen Bereichen) zu einer Vielzahl von Bewertungen und Abwägungen, wenn es um die Frage geht, ob eine Therapiemaßnahme begonnen, fortgeführt oder doch eher beendet werden soll. Therapeutische Entscheidungsfindung stellt speziell in der Palliativmedizin daher immer auch einen normativen Prozess dar.

Um von einer gegebenen medizinischen **Indikation** sprechen zu können, bedarf es nach Raspe [1995] eines (rechtfertigenden) Handlungsdrucks, eines (realistischen) Therapieziels, und einer zur Disposition stehenden Therapiemaßnahme, die in ihrer Wirksamkeit, in ihrem Nutzen-Schadens-Verhältnis, und in ihrer klinischen Relevanz angemessen ist. Neitzke [2008] unterscheidet darüber hinaus von der medizinischen Indikation noch eine *ärztliche* Indikation, die das eher abstrakte Therapieangebot der medizinischen Indikation in den Lebenskontext des Patienten überträgt (z.B. auf die Lebenssituation eines vereinsamt auf dem Land lebenden älteren Patienten, dessen Belastungen einer zweimal wöchentlichen Transfusion bei MDS in der UMG anders zu werten sind als bei einem mobilen Patienten aus Göttingen).

Die erforderliche Einwilligung des Patienten in eine medizinische Maßnahme bzw. das Recht auf Ablehnung medizinischer Maßnahmen ist grundgesetzlich breit abgesichert (vergl. Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Menschenwürde (Art 1 I GG), Allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art 2 I GG), Recht auf körperl. Unversehrtheit (Art 2 II GG) - ein Patient hat das Recht, jede Form medizinischer Maßnahmen abzulehnen, selbst wenn dadurch der Tod früher eintritt.

Insofern darf eine medizinische Maßnahme nicht ohne konkrete oder stellvertretende Zustimmung des Patienten durchgeführt werden, aber auch nicht ohne eine gegebene Indikation. „Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages“ [BHG 2003], in dem Sinne, dass ein Patient nicht verlangen kann, was (nach ärztlicher Einschätzung) nicht indiziert ist [Sahm 2008, vergl. auch Ackroyd 2007, Winkler 2011].



<sup>1</sup> Beim nicht-einwilligungsfähigen Patienten tritt an die Stelle des Patienten dessen Stellvertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer); der Patient selbst ist – soweit er dazu in der Lage ist – in die einzelnen Schritte einzubeziehen.

<sup>2</sup> Sofern medizinisch sinnvoll bzw. vom Patienten gewünscht.

Abbildung 12: Ablauf einer Therapieentscheidung [Leitlinienprogramm Onkologie, S3-Leitlinie Palliativmedizin 2019]

Therapiebegrenzungssituationen in der Palliativmedizin beruhen daher meistens entweder darauf, dass keine Indikation mehr besteht, eine bestimmte Maßnahme einzuleiten oder fortzuführen (z.B. hochkalorische parenterale Ernährung bei einem sterbenden Patienten), oder dass sich der Patient gegen bestimmte Maßnahmen ausgesprochen hat, obwohl sie grundsätzlich machbar (und in bestimmten Maße auch medizinisch sinnvoll) gewesen wären. In der „Sterbehilfediskussion“ würde man eine solche Therapiebegrenzung als „passive Sterbehilfe“ bezeichnen, auch wenn der Begriff unglücklich ist – es geht darum, das Sterben zuzulassen.

**Fallbeispiel:** Bei einer langzeitpflegebedürftigen hochbetagten Heimbewohnerin, die sich nach ischämischem Insult vor 2 Jahren in einem klinisch stabilen, aber Wachkoma-artigen Zustand befindet, bittet ein Angehöriger nun um die Einstellung der PEG-Sondenkost, um ein Versterben zuzulassen.

**Kommentar:** Für die Bewertung dieses Wunsches nach Therapiebeendigung würde man den aktuellen klinischen und pflegerischen Zustand erfassen wollen, aktuelle Veränderungen, die eine Neubewertung der Situation nach sich ziehen, den Verlauf/die Dynamik/die Prognose der Situation, zudem weitere prognostisch relevante Erkrankungen oder Anzeichen von Leid, Schmerzen, Hunger oder Durst bzw. eventuelle Belastungen, die durch PEG oder durch die Nahrung oder Flüssigkeit selbst ausgelöst werden. Diese Punkte würden Kriterien bei der **Indikationsstellung** sein können. Des Weiteren wird man sich ärztlicherseits bemühen, Hinweise auf den mutmaßlichen **Willen** der Heimbewohnerin zu erhalten: Vom Angehörigen (sofern dieser als Vorsorgebevollmächtigter oder gerichtlich bestellter Betreuer dazu befugt ist), aus einer vielleicht vorliegenden Patientenverfügung (!!), von anderen früheren Hinweisen auf mutmaßlichen Willen der Patientin (z.B. frühere Äußerungen, Werteanamnese) oder anderen Bezugspersonen (Hausarzt, Pflegeteam, SAPV-Team, Familienangehörige, ...), die Hinweise auf den mutmaßlichen Willen geben könnten.

Da die Indikation für die Fortsetzung der Sondenernährung in klinischen Situationen nach Schlaganfall in der Regel gegeben ist (mit dem Therapieziel, das Leben zu erhalten), wird man eine Therapiebegrenzung lediglich mit einer klar nachvollziehbaren (mutmaßlichen) Ablehnung der Patientin begründen können. Im Fall, dass keine Einigung über den mutmaßlichen Willen erzielt werden kann (Dissens), muss das Amtsgericht zur Feststellung des mutmaßlichen Willens herangezogen werden.

## Formen der „Sterbehilfe“

In der Diskussion um die ethisch und rechtliche Strafbarkeit oder Zulässigkeit bestimmter lebensverkürzender Maßnahmen („Sterbehilfedebatte“) haben sich vier verschiedene Kategorien heraus geprägt – die leider durch eine große Unschärfe der hierfür im Umlauf befindlichen Begriffe gekennzeichnet sind:

1. **Tötung auf Verlangen**/„Aktive Sterbehilfe“: Lebensverkürzung durch Tötung des Patienten. Ist in Deutschland strafrechtlich (§ 216 StGB) und berufsrechtlich verboten. Wird im Englischen/im internationalen Kontext auch als „euthanasia“ bezeichnet; mit Blick auf die jüngere Geschichte wird dieser Begriff in Deutschland vermieden.
2. **Beihilfe zur Selbsttötung**/(ärztlich) assistierter Suizid: Bereitstellen eines Mittels oder andere konkrete Formen der Unterstützung für einen Suizid. Ist in der individuellen Dilemmasituation nicht strafbar (vergl. § 217

Strafgesetzbuch, siehe unten), widerspricht jedoch dem ärztlichem Ethos [BÄK 2004] bzw. ist verboten (Musterberufsordnung der BÄK 2011). Im November 2015 beschloss der Bundestag, die **geschäftsmäßige** Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen (§217 StGB), d.h. diejenigen Ärzte zu bestrafen (Ärztlich assistierter Suizid), die die Beihilfe zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil ihrer Tätigkeit machen, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht.

3. **„Indirekte Sterbehilfe“** / *double effect* / „Behandlung am Lebensende“, „Therapien am Lebensende“: Unbeabsichtigte Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer indizierten palliativmedizinischen Maßnahme. Hierfür gibt es trotz der großen Auswahl an Begriffen immer noch keine einheitlich verwendete oder irgendwie Klärung schaffende Bezeichnung: Therapien am Lebensende, die zum Beispiel mit dem Ziel bestmöglicher Symptomlinderung durchgeführt werden, auch wenn dabei die Möglichkeit besteht, dass der Prozess des Sterbens verkürzt wird, sind zulässig [BGH 1996; Nat. Ethikrat 2006]. Der Begriff „indirekte Sterbehilfe“ sollte aufgrund seines Missverständnispotenzials möglichst vermieden werden.
4. **„Passive Sterbehilfe“** / Sterben zulassen / *withholding* + *withdrawal* / Therapiezieländerung / Therapieverzicht / Therapieabbruch: Beendigung oder Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen. Auch hier sollte der alte Begriff „Passive Sterbehilfe“ möglichst vermieden werden, und möglichst durch „Sterben zulassen“ ersetzt werden. Das Sterben zuzulassen, wenn die Indikation für die Durchführung einer lebenserhaltenden Therapiemaßnahme entfällt oder der Patient/sein Bevollmächtigter diese ablehnt, ist zulässig [BGH 1994, 2003 u. 2005] und geboten [u.a. BÄK 2011]. Dabei spielt es aus ethischer und rechtlicher Perspektive keine Rolle, ob eine Therapie mangels Indikation beendet wurde oder mangels Indikation erst gar nicht eingeleitet wurde - im Gegensatz zu dem häufig in der klinischen Praxis geäußerten Bauchgefühl, dass es problematischer sei, eine einmal begonnene Maßnahme zu beenden, als diese erst gar nicht angefangen zu haben.

## Literatur

- Ackroyd R. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation. *Palliat Med* 2007; 21: 139-44.
- Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl* 2011; 107: A 877-882.
- Bundesgerichtshof (2003) BGH AZ XII ZB 2/03. *N Jurist Wochenschr* 56: 1588-1594.
- Leitlinienprogramm Onkologie (DKG, DKH, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01 (Konsultationsfassung), 2019, AWMF-RegNr: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 30.12.2018).
- Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – Stellungnahme. [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf). Zugriff 30.12.2018.
- Neitzke G (2008) Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Schattauer, Stuttgart New York, 53-66.
- Raspe H (1995) Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg) *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. G. Fischer, Stuttgart Jena New York, S 21-36.
- Sahm S (2008) Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Schattauer, Stuttgart New York, S 121-131.
- Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Ethical assessment of life-prolonging treatment. *Lancet Oncol* 2011; 12: 720-2.

## 4.2 Palliative Sedierung zur Symptomkontrolle

*“The care of the dying demands all that we can do  
to enable patients to live until they die.”*

*Cicely Saunders ‘The last stages of life’  
American Journal of Nursing, March 1965 vol 65 no3 p70-75.*

Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten,



Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren [Cherny & Radbruch 2009].

Sedierung wird im palliativmedizinischen Behandlungsumfeld in diversen Situationen eingesetzt: als kurzfristige Sedierung für belastende Behandlungen, zur Behandlung von Brandverletzten, in der Entwöhnung von Beatmung am Lebensende (terminales Weaning), zur Behandlung anderweitig refraktärer Symptome in der Finalphase, in Notfallsituationen, zwischenzeitlich zur Erholung von belastenden Zuständen (*respice sedation*), oder bei psychischen und existenziellen Krisen.

Der Einsatz von Sedativa zur Symptomlinderung bei diagnostischen oder therapeutischen Interventionen oder in krisenhaft ablaufenden Versterbesituationen (z.B. akutes Verbluten aus einem HNO-Tumor, Asphyxie durch Tumorobstruktion) ist allgemein als ethisch zulässige Maßnahme akzeptiert. In der Diskussion stehen hingegen sedierende Maßnahmen bei psychischem oder existentiellm Leid, bei refraktärer Symptomatik im früheren (nicht sterbenahen) Erkrankungsverlauf oder bei nicht zustimmungsfähigen Patienten. Angefacht wird die Diskussion zudem durch Praktiken in den Beneluxstaaten, wo rasch sehr tief und eskalierend sediert wird, sodass zeitnah der Patient verstirbt, und man unterstellen muss, dass die Intention eher in der Beschleunigung des Todes als in der Symptomkontrolle in einer therapierefraktären Situation lag („*deep continuous sedation until death*“). Wenn ein Patient nicht im Sterbeprozess selbst ist und er zur Symptomlinderung sediert werden soll und will, dann müssen konsequenterweise alle Maßnahmen ergriffen werden, die nötig sind, dass nicht die Sedierung selbst das Leben schneller beendet als es die Erkrankung getan hätte. Dies betrifft die Überwachung der Vitalfunktionen (Kreislauf, Ventilation, Tiefe der Bewusstlosigkeit), aber letztlich auch die Frage nach (künstlicher) Flüssigkeitszufuhr. Unter den Fachgesellschaften (AEM, DGP, EAPC) gibt es divergente Auffassungen, ob ein Monitoring oder eine Flüssigkeits- und Nahrungssubstitution eines sedierten und vormals noch selbständig essenden Patienten obligat oder nur fakultativ sein soll [Cellarius 2008; Neitzke 2010, Alt-Epping 2016].

Zum Einsatz kommen diverse Benzodiazepine verschiedener Applikationsformen, selten auch Barbiturate oder Propofol, meist in Kombination mit einem Stufe III-Opioid im Sinne einer Analgosedierung, und meistens als kontinuierliche i.v.-Gabe/Perfusor.

Eine palliative Sedierung sollte gut überdacht sein, im Team, mit dem Patienten und den Angehörigen gut erörtert werden, das Ziel der Symptomkontrolle klargestellt werden, und zwischenzeitliches Abstellen des Perfusors mit Aufwachen (intermittierende Sedierung) zumindest initial angestrebt werden. Die Sedierungstiefe und das Vorgehen bei unerwarteten Komplikationen muss im Vorfeld festgelegt werden.

Insofern stellt die palliative Sedierung ein wirksames und wichtiges Vorgehen in der Palliativsituation dar, deren ethische Vertretbarkeit wesentlich von den medizinischen Rahmenbedingungen, von der Art der Durchführung als auch vor allem von der Art der Ausgestaltung abhängt.

### **Literatur**

- Alt-Epping B, Schildmann E, Weixler D. Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen – eine Übersicht. *Der Onkologe* 2016; 22: 852-859.
- Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L. Sedierung in der Palliativmedizin - Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. *Z Palliativmed* 2010; 11: 112-122.
- Cherny NI, Radbruch L. EAPC recommended framework for the use of sedation in Palliative Care. *Pall Med* 2009; 23(7): 581-593.
- Cellarius V. Terminal sedation and the „imminence condition“. *J Med Ethics* 2008; 34: 69-72.
- Neitzke G, Oehmichen F, Schliep HJ, Wördehoff D. Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Ethik Med* 2010; 22: 139-147.

## 5 ... und zum Schluss ...

Ein herzlicher Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, die durch ihren impliziten oder expliziten Beitrag zur Entstehung des Skripts beigetragen haben, insbesondere Dr. Gesine Benze, Prof. Dr. Matthias Gründel, Prof. Dr. Alfred Simon, PD Dr. Herwig Strik, Dr. Nils Brökers, Lena Deiseroth, Jonna Klockemann als ehemalige PJ-lerin der Klinik für Palliativmedizin, sowie Frau Karin Sartorius-Herbst für die großzügige finanzielle Förderung dieses Buchprojekts, und Dr. Cicely Saunders für deren Vielfalt hilfreicher und lebensweiser Zitate:

*„Palliative care stems from the recognition of the potential at the end of life for discovering and for giving, a recognition that an important dimension of being human is the lasting dignity and growth that can continue through weakness and loss.”*

*Cicely Saunders (2006) Foreword In; Ferrell B and Coyle N (eds)  
Textbook of palliative nursing, 2nd edition New York: Oxford University Press.*

**W**as verstehen wir unter Palliativmedizin/Palliative Care/Palliativversorgung? Welchen Belastungen sind Patienten und deren Angehörige in unheilbaren und fortgeschrittenen Erkrankungssituationen ausgesetzt? Wie kann eine entsprechende umfassende Behandlung und Unterstützung bewerkstelligt werden? Wie kann eine Entscheidung zur Begrenzung oder zur Fortführung therapeutischer Maßnahmen am Lebensende begründet werden?

Das vorliegende Skript soll Medizinstudierenden und allen Interessierten einen Einblick in die Notwendigkeiten und Möglichkeiten umfassender palliativmedizinischer Unterstützung ermöglichen und zum Nachlesen sowie für die Vorbereitung für die palliativmedizinischen Prüfungen im QB 13 und im Staatsexamen eine Hilfe sein.