



STATE OF THE ART

Palliativmedizin

Palliative Care kann dabei unterstützen, vergebliche Interventionen am Lebensende zu vermeiden. Sie ist keine Defensivdisziplin und bedeutet auch nicht Rückzug, sondern stellt eine aktive Therapieform dar. Palliative Care fokussiert auf das Wohlbefinden zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs – unabhängig von der Prognose.

Eva Katharina Mäsel*

Der ganzheitliche Ansatz von Palliative Care zielt darauf ab, Menschen mit einer unheilbaren lebensbedrohlichen Erkrankung Lebensqualität zu ermöglichen – unter Einbindung deren An- und Zugehörigen. Die moderne Palliative Care entstand aus der Pionierarbeit von Dame Cicely Saunders und der Hospizbewegung. Mittlerweile ist sie als Modell anerkannt, das auf eine Reihe von chronischen und lebensbeschränkenden Erkrankungen angewendet werden kann. Dies fordert und unterstützt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf internationaler Ebene, indem sie einen gerechten Zugang zu Palliative Care unabhängig von der Art der chronischen Erkrankung empfiehlt. Der Zugang zur Palliativversorgung wird zunehmend als internationales Menschenrecht anerkannt.

Wichtig im Bereich der Palliative Care ist die S3-Leitlinie Palliativmedizin. Sie wurde für Betreuende von Patienten, die an einer nicht heilbaren Krebserkrankung leiden, als wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Handlungsempfehlung entwickelt. In dieser Leitlinie werden wissenschaftsbasierte Empfehlungen zu Symptomen und Versorgungsfragen im Bereich der Palliative Care abgegeben und die aktuelle Evidenz beschrieben. Derzeit stehen eine Kurz- und Langfassung zum Download zur Verfügung (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html>).

Assessment und Outcome Measurement

Auf österreichischen Palliativ-Institutionen fehlt bislang ein einheitlicher Ansatz zur Messung von Patient-reported Outcome Measures (PROMS). PROMS können als „Vitalfunktionen“ für die Palliativversorgung angesehen werden, da sie eine gemeinsame Sprache für die Unterstützung multidisziplinärer Teams bei der Arbeit mit Patienten und ihren Betreuenden darstellen. Darüber hinaus helfen sie bei der Entwicklung von Pflegeplänen, die auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sind. PROMS können Belege für Behandlungserfolge liefern und dazu beitragen, eine gezielte Symptomkontrolle zu erreichen. Für eine grundlegende Beurteilung der Bedürfnisse steht eine Auswahl von validierten Messinstrumenten zur Verfügung.

Als Instrumente etabliert sind das Minimal Documentation System (MIDOS-Fragebogen), eine deutschsprachige Zusammenfassung der international verwendeten Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Fragebogen), der Palliative Outcome Scale (POS) und der Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS). Der IPOS kombiniert die wesentlichen Aspekte von MIDOS und POS, ist in der Palliative Care weit verbreitet und dient als Ergebnismessung für Patienten. Er unterstützt und verbessert die Patienten-zentrierte Versorgung sowie die Sicherheit und die Qualität der Versorgung.

Anwendung im Alltag

Im klinischen Alltag stellt sich wiederholt die Frage, wie man die Beschwerden und die Symptomlast der Betroffenen möglichst zielgerichtet erheben kann. Im Rahmen von komplexen und chronischen Erkrankungen gestaltet sich ein solches Assessment teilweise herausfordernd. Etablierte Fragebögen oder Assessment-Tools sind häufig so ausführlich ausgebaut, dass sie sich in der Praxis nicht durchsetzen. Nicht selten kommt es zu Missverständnissen bei der Einschätzung der Lebensqualität durch ärztliches und pflegerisches Personal, das die Lebensqualität der Patienten häufig unterschätzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Patienten-orientierten Erhebung.

Der an der Medizinischen Universität Wien entwickelte PERS2ON Score (Abb. 1) kann sowohl auf Palliativstationen als auch im Rahmen von palliativmedizinischen Konsiliarbesuchen verwendet sowie von Pflegepersonal, Studierenden oder im Bereich der Palliative Care nicht geschultem Personal anderer Fachbereiche genutzt werden. Ziel des PERS2ON Score ist es, einzelne in der Palliative Care häufig vorkommende Symptome und Einschränkungen mittels einer Numerischen Ratingskala (NRS) 0 bis zehn zu erfassen und im Verlauf oder bei Entlassung vergleichen zu können. Die Zahl Null steht dabei für „keine Symptomlast“, die Zahl zehn für eine „maximal vorstellbare Symptomlast“. Insgesamt entsteht somit ein maximaler Score von 70 Punkten. Im Folgenden wird auf die einzelnen Symptome des PERS2ON Scores eingegangen.

Schmerz

Generell gilt in der Palliative Care der Grundsatz „By The Mouth; By The Clock; By The Ladder“ (Tab. 1). In den rezenten „WHO-Guidelines 2019 on the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain“ wurde das 1986 für durch Karzinome bedingte Schmerzen etablierte WHO-Stufenschema wie folgt adaptiert: „By The Mouth; By The Clock; For The Individual; With Attention to Detail“. Das unterstreicht die Bedeutung, die Schmerzkomponente (nozizeptiv, neuropathisch oder mixed pain) zu berücksichtigen und entsprechend zu therapieren; gegebenenfalls die Stufe II zu überspringen und Adjuvantien einzusetzen.

Das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente wird im klinischen Alltag häufig übersehen. Bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen (Prävalenz etwa 20 Prozent), die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, können Amitriptylin (cave: dirty drug; mögliche anticholinerge Wirkungen wie Blutdruckanstieg, Harnverhalt, Mund- »

- » trockenheit, Obstipation, Tachykardie), Gabapentin oder Pregabalin in Betracht gezogen werden. Carbamazepin hat im palliativen Setting aufgrund seines CYP3A4-Interaktionspotentials nur untergeordnete Bedeutung.

Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen, deren Schmerzen nicht adäquat durch orale, regelmäßige Verabreichung von Nicht-Opioid-Analgetika kontrolliert werden können, sollten zusätzlich zu Stufe I orale Stufe II-Opioide (cave: Ceiling-Effekt in Form keiner weiteren Zunahme der Wirkung bei Steigerung des Wirkstoffes bei Tramadol) oder alternativ niedrig dosierte Stufe III-Opioide verabreicht werden.

Als Stufe III-Opioide der ersten Wahl können Morphin, Oxycodon und Hydromorphon verwendet werden. Transdermale Pflaster wie Buprenorphin oder Fentanyl sollten nur bei einer stabilen Schmerzsituation angewendet werden, da für eine entsprechende Wirkung erst ein Steady State erreicht werden muss. Die Dauer hierfür variiert interindividuell und liegt bei etwa zwölf bis 24 Stunden. Das bedeutet eine lange Latenzzeit bis zum Erreichen eines konstanten Wirkstoffspiegels. Opioid-naive Patienten sollten mit der geringsten verfügbaren Pflasterstärke behandelt werden.

Bis zur entsprechenden Wirksamkeit von retardierten Opioiden können kurz wirksame (Wirkung nach etwa 20 bis 30 Minuten) orale Morphin-, Oxycodon- und Hydromorphon-Präparate verwendet werden. Weiters sollte eine Bedarfsmedikation in Form von kurz wirksamen Opioiden vorgeschrieben werden, um eine Toleranzentwicklung durch rasche Steigerung der retardierten Basistherapie zu vermeiden. Rapid onset Opioide (bukkales/sublinguales Fentanyl) mit einem Wirkungseintritt nach etwa zehn bis 15 Minuten sind

nur bei Vorliegen von Durchbruchschmerzen in Form von anfallsartigen Schmerzen höchster Intensität einzusetzen. In der klinischen Praxis erfolgt in Österreich häufig eine Kombination aus Metamizol (Stufe I) und einem starken Opioid der Stufe III. Es ist jedoch auch eine Monotherapie mit einem Stufe III-Opioid möglich.

Schmerzmedikation bei Niereninsuffizienz

Bei der Palliativversorgung hat die Niereninsuffizienz sowohl als Haupterkrankung als auch als Komorbidität Bedeutung. Die glomeruläre Filtrationsrate nach Cockcroft Gault stellt eine geeignete Messmethode zur Bestimmung der Nierenfunktion dar. Sie ist sensitiver als die Kreatinin-Konzentration im Serum, da die Patienten häufig wenig Muskelmasse und/oder eine geringe Proteinzufuhr aufweisen. Bei renaler Insuffizienz können Nebenwirkungen aufgrund einer Kumulation von Arzneistoffen und/oder Metaboliten zunehmen, da bei Niereninsuffizienz die Elimination von aktiven Metaboliten abnimmt. Bei der Anwendung von Morphin kann die Wirkung verstärkt und verlängert sein, was zu einem vermehrten Auftreten von Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Myoklonie, Sedierung, aber auch Atemdepression führen kann.

Zu den Strategien für die Praxis zählen:

- die Vermeidung von nephrotoxischen Substanzen beziehungsweise von Substanzen, die überwiegend renal eliminiert werden (inklusive aktiver Metabolite);
- die Verwendung von Arzneimitteln, die nicht renal ausgeschieden werden;
- der vorsichtige Umgang mit Arzneimitteln, die eine enge therapeutische Breite haben.

Tab. 1: Schmerztherapie: traditionelles und neues WHO-Stufenschema

Stufe I Nicht-Opioide	Stufe II Schwache Opioide	Stufe III Starke Opioide	Stufe IV Invasive Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Coxibe • NSAR (Acetylsalicylsäure, Diclofenac, Ibuprofen, Ketoprofen, Mefenaminsäure, Naproxen, Oxicame) • Metamizol • Paracetamol 	<ul style="list-style-type: none"> • Codein • Tramadol <p>+ Stufe I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorphin • Fentanyl • Hydromorphon • Levomethadon • Methadon • Morphin • Oxycodon • Tapendatol <p>+ Stufe I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intrathekalpumpe • Neurolyse • Plexusblockade • Periduralkatheter • Spinal Cord Stimulation • Spinalkatheter <p>+ Stufe I-III</p>

© Eva Katharina Masel

Bei einer leichten bis mäßigen Einschränkung der Nierenfunktion ist der vorsichtige Einsatz von Substanzen mit aktiven Metaboliten möglich. Mit zunehmender Niereninsuffizienz ist die Verwendung von Hydromorphon und Oxycodon unter engmaschiger Kontrolle wahrscheinlich sicherer als die Verwendung von Morphin. Bei schwerer Niereninsuffizienz wird die Anwendung von Buprenorphin oder Fentanyl empfohlen, wobei (Levo-)Methadon als Reserve-Opioid zur Verfügung steht.

Bei Patienten, denen man Opiode nicht auf orale oder transdermale Weg verabreichen kann, ist an eine Schmerzpumpe oder einen Perfusor zu denken. Bei der Verabreichung von Opioiden sollte die subkutane Applikation die erste Option darstellen. Bei Patienten mit Tumorschmerzen, bei denen die subkutane Verabreichung kontraindiziert ist (zum Beispiel aufgrund von peripheren Ödemen, Gerinnungsstörung, schlechter peripherer Durchblutung und bei Notwendigkeit von hohen Volumina und Dosen), soll die intravenöse Applikation in Betracht gezogen werden. Siehe dazu auch die Schmerz-Guidelines der European Society of Medical Oncology (ESMO), der European Association for Palliative Care (EAPC), die Positionspapiere der Österreichischen Schmerzgesellschaft und die Leitlinien der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Prophylaxe von unerwünschten Wirkungen

Bei Patienten mit Opioid-bedingter Übelkeit und Erbrechen sollten Medikamente mit antidopaminerg und antisero-tonerger Wirkung wie Metoclopramid oder Medikamente mit antidopaminerg Wirkung wie Haloperidol (Off-Label-Use) angewendet werden. Bei Morbus Parkinson kann Domperidon eingesetzt werden. In der klinischen Praxis wird gelegentlich prophylaktisch oder aber erst beim Auftreten der Übelkeit therapiert. Die Opioid-bedingte Übelkeit tritt bei bis zu 40 Prozent der Betroffenen auf und zeigt eine Toleranzentwicklung. Das bedeutet, dass eine antiemetische Prophylaxe nach fünf bis zehn Tagen abgesetzt werden kann. In Bezug auf die Opioid-induzierte Obstipation, die keine Toleranzentwicklung hat und ein äußerst belastendes Symptom darstellt, sollen routinemäßig Laxantien verordnet werden, um einer Opioid-bedingten Obstipation vorzubeugen oder um sie zu behandeln (Tab. 2).

Appetitlosigkeit, Kachexie und Sarkopenie

Das Thema Ernährung löst im klinischen Alltag häufig Stress und Diskussionen aus. Die therapeutischen Möglichkeiten sind beschränkt, wobei Ernährungsinterventionen eher in früheren Erkrankungsstadien erfolgreich sind. Die orale Nah-

rungszufuhr stellt nach wie vor die physiologischste Art der Kalorienzufuhr dar, wobei zu betonen ist, dass eine künstliche Ernährung keinen Tumor-stimulierenden Effekt hat. Diätologische Beratungen und ernährungstherapeutische Interventionen sind wesentlich, denn die Tumorkachexie betrifft 80 Prozent aller Tumorpatienten und stellt mit 30 Prozent Mortalität eine häufige Todesursache dar. Ernährungsstatus, Gewichtsverlust und Body Mass Index (BMI) sollen erhoben werden. Eine Kachexie ist definiert als mehr als fünf Prozent Gewichtsverlust des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten und bei einem BMI von $< 20 \text{ kg/m}^2$. Die Sarkopenie beschreibt den Verlust an Skelettmuskulatur.

Bei Tumorerkrankungen ist zwischen primärer Kachexie (Tumor-bedingte Inflammation und Zytokin-Ausschüttung) und sekundärer Kachexie (anatomisches Hindernis wie zum Beispiel bei HNO-Tumoren, Magenkarzinom, Ösophaguskarzinom) zu unterscheiden.

Potentiell reversible Ursachen (Diätfehler, veraltete Essensmuster) und medizinische Aspekte (Delir, Dyspnoe, Elektrolytentgleisung, Emesis, Nausea, Obstipation, Stomatitis, Xerostomie) sollten berücksichtigt werden. Zu bedenken ist auch ein verfälschtes Körpergewicht bei Vorliegen »

Tab. 2: Opioid-induzierte Obstipation: Stufenschema der Behandlung

Basismaßnahmen:

Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
Ballaststoffreiche Ernährung
Bewegung
Gegebenenfalls Kolonmassage
Physikalische Therapie

Stufe 1:

Osmotisches **oder** propulsives Laxans
Bisacodyl, Macrogol, Natriumpicosulfat

Stufe 2:

Osmotisches **und** propulsives Laxans
Macrogol plus Bisacodyl oder Natriumpicosulfat

Stufe 3:

Peripher wirksame μ -Opioid-Rezeptorantagonisten (PAMORA)
Methylnaltrexon subkutan, Naloxegol per os, Naloxon per os

Stufe 4:

- a) medikamentöse Maßnahmen:
Stufe 3 + Erythromycin, Rizinus, Amidotrizoesäure oder Medikamente im Off-Label-Use
b) nicht-medikamentöse Maßnahmen:
Stufe 3 + Einläufe, manuelle Ausräumung

© Eva Katharina Masel

Abb. 1: PERS2ON Score

Pers ² on Score											
Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Eating	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Rehabilitation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Social Situation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Suffering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
O2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Nausea/Emesis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Total Score											/70
0= absence of burden; 10= worst imaginable burden; social situation: 0= high possibility of out of hospital care; 10= no possibility of out of hospital care											

© Masel, E.K., et al., The PERS²ON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study. Eur J Cancer Care, 2015. 12(10): p. 12419

» von Aszites oder Ödemen. Die antineoplastische Therapie als Ursachenbekämpfung des Tumors als „Kachexie-Driver“ steht bei onkologischen Erkrankungen primär im Vordergrund, ist jedoch im palliativen Setting oftmals ausgeschöpft oder nicht mehr möglich. Neben einer diätologischen Beratung steht als medikamentöse Option die Gabe von Dexamethason 4-8 mg peroral oder intravenös (cave: Muskelschwund ab Therapiebeginn!) als Appetitanreger und „Roborans“ zur Verfügung. Das Progesteronderivat Megestrol stellt eine weitere Behandlungsoption dar. Zu berücksichtigen sind jedoch die erhöhte Gefahr für thromboembolische Ereignisse, die Entwicklung von Ödemen und eine erhöhte Mortalität. Cannabinoide können bei Therapie-refraktärer Appetitlosigkeit und Kachexie als individueller Heilversuch zur Anwendung kommen.

Bei sekundärer Kachexie ist eine enterale oder parenterale Ernährung meist indiziert, während besonders bei primärer Kachexie in der Endphase von Erkrankungen durch ernäh-

rungstherapeutische Maßnahmen der Krankheitsverlauf nicht positiv beeinflusst werden kann. Eine künstliche Ernährung stellt in diesem Fall keine Maßnahme des Komforts, sondern eine unphysiologische medizinische Intervention dar. In den ESPEN-Leitlinien (www.espen.org) wird das aktuelle medizinische Wissen auf dem Gebiet der Ernährungstherapie wiedergegeben. Sie sollen als Informations- und Entscheidungshilfe dienen; siehe dazu auch www.dgem.de (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) und www.oeg.at (Österreichische Gesellschaft für Ernährung). Gegen den Verlust an Skelettmuskulatur in Form einer Sarkopenie sind eine individuelle physikalische Therapie sowie ein Bewegungsprogramm von großem Nutzen.

Flüssigkeit am Lebensende

Im palliativen Setting ist die Verlängerung der Lebenserwartung durch künstliche Flüssigkeitszufuhr am Lebensende nicht erwiesen. Im Vordergrund steht die Mundpflege, da die Flüssigkeitszufuhr das Durstgefühl nicht beeinflusst. Vorteile einer verminderten Flüssigkeitszufuhr am Lebensende können eine reduzierte Sekretbildung, verminderte Ödeme und Flüssigkeitseinlagerungen sowie weniger Erbrechen und Schmerzen sein. Es bedarf eines einfühlsamen Umgangs sowie einer individuellen Entscheidung unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Patienten und ihrer An- und Zugehörigen. In einer von Eduardo Bruera et al. (2013) publizierten Studie wurde der Nutzen einer parenteralen Flüssigkeitszufuhr bei 129 onkologischen Patienten im palliativen Setting in zwei Gruppen untersucht. Eine Gruppe erhielt 1.000 ml Kochsalzlösung, die andere Gruppe nur 100 ml Kochsalzlösung täglich über vier Stunden in jeweils identen uneinsichtigen Rucksäcken. Hinsichtlich des Gesamtüberlebens konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden werden.

Psyche

Im palliativen Setting ist zwischen ‚angemessener Traurigkeit‘ und ‚psychiatrischer Symptomlast‘ zu unterscheiden. Nicht selten führen somatische Beschwerden zu einer psychischen Belastung. Ziel soll sein, dass „der Mensch wieder hinter der Mauer der Erkrankung hervortritt“ (Viktor Frankl). Zwischen 15 und 75 Prozent der Patienten mit einer onkologischen Erkrankung leiden an Schmerzen. Hier sowie bei ausgeprägter Müdigkeit (Fatigue) können zusätzlich zur etablierten analgetischen Therapie dual wirksame Antidepressiva in Form von Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) eingesetzt werden. Durch Aktivierung der schmerzhemmenden Bahnen im Rückenmark haben diese einen schmerzstillenden Effekt und dienen als Ko-Analgetika; außerdem können sie den Antrieb

steigern. Zu den SNRI zählen Duloxetin, Milnacipran und Venlafaxin. Der schmerzlindernde Effekt tritt hier auch auf, wenn keine Depression vorliegt. Da Duloxetin eine gute Wirkung bei Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie und neuropathischer Schmerzkomponente zeigte, kann es bei entsprechender Symptomatik als Ko-Analgetikum eingesetzt werden. Milnacipran wird nicht über Cytochrom P450 metabolisiert und eignet sich somit bei Polypharmazie.

Das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin hat einen Schlaf-fördernden Effekt und zeigt mit einer number needed to treat von zwei bis vier gute Wirksamkeit bei neuropathischen Schmerzen. Das noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressivum Mirtazapin hat eine antiemetische, Appetitanregende und sedierende Wirkung und ist somit neben der antidepressiven Wirkung geeignet bei Symptom-Clustern wie Inappetenz, Schlaflosigkeit und Übelkeit. Die Kombination aus der morgendlichen Gabe des dualen Antidepressivums Venlafaxin und der abendlichen Gabe von Mirtazapin wird als „California rocket fuel“ bezeichnet und stellt eine sehr potente antidepressive Kombination dar. Für die Behandlung der Insomnie sollte kurzfristig bevorzugt Zolpidem, mittelfristig sedierende Antidepressiva eingesetzt werden.

Bei all diesen Aspekten gilt es zu berücksichtigen, dass randomisiert-kontrollierte psychopharmakologische Studien im palliativen Setting weitgehend fehlen. Bei einer komplexen oder persistierenden Symptomatik sollte ein Facharzt für Psychiatrie hinzugezogen werden.

Eine entsprechende psychologische, psychoonkologische, psychotherapeutische und auf Wunsch des Patienten auch spirituelle Betreuung sind in einem palliativen Setting immanenter Teil eines holistischen Behandlungskonzeptes.

Soziales Setting und Advance Care Planning

Menschen sind planende Wesen. Daher kann bei einer absehbaren Lebenserwartung das Angebot eines Advance Care Planning zur deutlichen Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen führen. Das Advance Care Planning umfasst neben einem Gespräch über die Zukunft auch die Aufklärung über das Errichten einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht. Diplomierete Sozialarbeiter unterstützen die Patienten bei der Organisation der häuslichen Versorgung sowie in finanziellen Fragen und beraten über Einrichtungen und andere Betreuungsmöglichkeiten.

In der klinischen Praxis herrscht häufig Unklarheit darüber, ob die Unterlassung von Maßnahmen zulässig ist. Allein

die Angst vor juristischen Konsequenzen kann und soll jedoch keine Therapie-Indikation darstellen. Auch bei Fragestellungen dieser Art sind Palliative Care Teams geeignete Ansprechpartner. Patienten sollten als Experten für ihre individuellen Wertvorstellungen angesehen und entsprechend beraten werden. Palliative Care kann dabei unterstützen, verborgene Interventionen am Lebensende zu vermeiden. Der Begriff „Futility“ beschreibt, dass eine Maßnahme das Therapieziel nicht mehr erreichen kann beziehungsweise keinen Nutzen mehr hat.

Eine Studie unter Allgemeinmedizinerinnen ergab, dass, wenn die sogenannte „Surprise Question“ „Wären Sie überrascht, wenn die Patientin/der Patient innerhalb des nächsten Jahres verstirbt?“ mit „Nein“ beantwortet wurde, die Treffsicherheit sehr hoch war und gut Patienten identifiziert werden konnten, die von einer Palliativ-Versorgung profitierten.

Dyspnoe

Der Satz „Dyspnea is something you don't think about until it is all you think about“ beschreibt gut die hohe Subjektivität, Belastung und Beeinträchtigung des täglichen Lebens durch Atemnot. Opioide (Off-Label-Use) sind in der Palliation zur Symptomkontrolle und ausschließlich zur Symptomkontrolle gedacht, wenn Bronchodilatoren, Diuretika, Kortikosteroide und andere lindernde Maßnahmen (zum Beispiel Bronchialstenting, Gabe von Erythrozytenkonzentraten, Pleurapunktion, Behandlung einer Pulmonalembolie, antimikrobielle Therapie bei Pneumonie, Herzinsuffizienztherapie, Radiatio) nicht ansprechen, und weiterhin Atemnot besteht (Grad 1 Empfehlung). Auch bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Lungenfibrose können Opioide zur Linderung von Atemnot führen. Opioide wirken im limbischen System – vermitteln unter anderem Gleichgültigkeit –; eine rasche, oberflächliche Atmung wird ruhiger und tiefer. Opioide dienen weder dem Zweck noch der Indikation, Patienten zu sedieren und können bei falscher Anwendung zu Myoklonien, neurologischer Exzitation, Agitiertheit und Delir führen. Benzodiazepine sind bei Atemnot nicht als Routinemedikation und mehr als Zweit- oder Drittlinientherapie gedacht, können jedoch durch ihre anxiolytische Wirkung einen Benefit bringen.

Die Sauerstoffgabe über die Maske oder Nasenbrille ist nur bei nachgewiesener Hypoxie indiziert. Der Einsatz eines Handventilators konnte in einer Studie über einen trigeminalen Reiz die Symptomlast bei nicht-hypoxischen Patienten reduzieren. Ein „holistic approach“ in Form von Atemtraining, Entspannungstechniken und psychologischer Unterstützung gilt als zielführende Maßnahme im Umgang mit »

- » chronischer Atemnot. Atemtherapeuten und/oder Atemnot-Ambulanzen sind mit Sicherheit wertvolle Bestandteile einer palliativen Betreuung.

Respirationsrate, Sauerstoffsättigung und Lungenfunktion geben keine Auskunft über die individuell empfundene Belastung der Patienten. Die subjektive Beurteilung in Form von sensorischem Erleben, emotionaler Belastung und täglichen Einschränkungen durch Atemnot steht im Vordergrund. Generell beschreibt eine Betreuung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene unter Berücksichtigung kultureller als auch spiritueller Aspekte eben jenen „pallium“, der als Synonym für einen Mantel steht, in dem die Patienten sich geschützt fühlen können.

Nausea/Emesis

Übelkeit und Erbrechen treten im Rahmen von fortgeschrittenen Tumorerkrankungen mit 40 bis 70 Prozent häufig auf. Im palliativen Setting besteht häufig eine irreversible Reizung der Rezeptoren, wodurch die Übelkeit persistieren kann.

Häufige Ursachen für Übelkeit und Erbrechen sind Irritationen im Magen-Darm-Trakt (Gastritis, Infektionen, Koprostase, Magenentleerungsstörung), Medikation (antineoplastische Therapien, Opioide, Psychopharmaka), metabolische Entgleisungen (Elektrolytentgleisungen, Sepsis, Urämie) sowie zerebrale Funktionsstörungen (Gehirntumore, die mit erhöhtem Hirndruck einhergehen; Meningeosis carcinomatosa). Für die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen im palliativen Setting wird eine Ätiologie-basierte Auswahl eines Antiemetikums empfohlen. Bei Gastroparese und Motilitätsstörung sollte zunächst ein Therapieversuch mit einem Prokinetikum wie Metoclopramid erfolgen. Antipsychotika mit einem breiten Wirkspektrum wie Levomepromazin oder Olanzapin (beide Off-Label-Use) sollten bei unzureichendem Ansprechen auf andere Antiemetika als Therapie zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen eingesetzt werden.

Antihistaminika wie Dimenhydrinat können als Antiemetika eingesetzt werden, besonders wenn eine vestibuläre oder zerebrale Ursache wahrscheinlich ist. Dexamethason (Off-Label-Use) sollte zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen bei Patienten mit erhöhtem Hirndruck eingesetzt werden.

5HT₃-Rezeptor-Antagonisten/Setrone (Off-Label-Use) können zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen auch außerhalb der Tumortherapie-induzierten Übelkeit ergänzend eingesetzt werden, wenn Dopaminantagonisten kontraindiziert sind oder nicht ausreichend wirken. Bei unzureichendem

Ansprechen der Ätiologie-basierten Pharmakotherapie von Übelkeit und Erbrechen können Cannabinoide als individueller Heilversuch eingesetzt werden.

Palliative Sedierung

Bei Therapie-refraktären Schmerzen, Atemnot, Blutung, Erbrechen, agitiertem Delir oder Blutung trotz maximaler Ausschöpfung von Symptom-lindernden Maßnahmen sollte als ultima ratio der Symptomkontrolle an palliative Sedierung gedacht werden. Zusätzlich zur bestehenden Symptomkontrolle (Schmerztherapie, Therapie gegen Dyspnoe, antiemetische Therapie, psychopharmakologische Therapie, blutstillende Therapie) kommen Sedativa zum Einsatz. (siehe dazu auch die deutschen und österreichischen Leitlinien zur palliativen Sedierungstherapie unter <https://www.palliativ.at/services/leitlinien/>) Eine palliative Sedierung verkürzt das Leben nachweislich nicht. Ein differenzierter Umgang ist hier erforderlich; die palliative Sedierung entspricht keiner „langsamen Euthanasie“.

In der letzten Lebensphase entsteht häufig ein Spannungsfeld, da therapeutische Optionen scheinbar mit einer palliativen Betreuung konkurrieren. Diese Fehlannahme ist jedoch überholt. Ziel sollte es sein, inter- und multidisziplinär das bestmögliche individuelle Therapiekonzept zu finden. Palliative Care ist keine Defensivdisziplin, sie ist eine aktive Therapieform, bedeutet weder „aufgeben“ noch Rückzug und fokussiert auf das Wohlbefinden zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes – unabhängig von der Prognose. ☉

Literatur bei der Verfasserin

**) Assoc. Prof. PD Dr. Eva Katharina Masel, MSc, Univ. Klinik für Innere Medizin I/Klinische Abteilung für Palliativmedizin, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien; E-Mail: eva.masel@meduniwien.ac.at, Tel.: 01/40 400/77 800*

Lecture Board

*Univ. Prof. Dr. Christine Marosi
Univ. Klinik für Innere Medizin I/Medizinische Universität Wien*

Priv. Doz. Dr. Gudrun Kreye

Klinische Abteilung für Innere Medizin II/Universitätsklinikum Krems

Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Univ. Klinik für Innere Medizin I, AKH Wien

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ zwei Punkte für das DFP zu erwerben.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Schicken Sie diese Seite bis 29. Jänner 2021 an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH, z. Hd. Claudia Chromy
Nibelungengasse 13, 1010 Wien,
Faxnummer: 01/376 44 86
E-Mail: c.chromy@aerzteverlagshaus.at



www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:

ÖÄK-Arztnummer: | | | | | - | | | | |

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:
 < 30 31-40 41-50 51-60 > 60

1) Was beschreibt der Ceiling Effekt? (eine Antwort richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) Zunehmende Wirkung bei Reduktion des Wirkstoffes
<input type="checkbox"/>	b) Abgeschwächte Wirkung bei Steigerung des Wirkstoffes
<input type="checkbox"/>	c) Keine weitere Zunahme der Wirkung bei Steigerung des Wirkstoffes
<input type="checkbox"/>	d) Wirkungsverlust bei Reduktion des Wirkstoffes
2) Wann spricht man von Kachexie? (eine Antwort richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) Mehr als fünf Prozent Gewichtsverlust des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten und BMI < 20 kg/m ²
<input type="checkbox"/>	b) Mehr als zehn Prozent Gewichtsverlust des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten und BMI < 20 kg/m ²
<input type="checkbox"/>	c) Mehr als 15 Prozent Gewichtsverlust des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten und BMI < 20 kg/m ²
<input type="checkbox"/>	d) Mehr als 20 Prozent Gewichtsverlust des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten und BMI < 20 kg/m ²
3) Die beste Erstlinien-Therapie für das Management der Obstipation ist (eine Antwort richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) ein osmotisches Laxans oder ein propulsives Laxans allein.
<input type="checkbox"/>	b) ein osmotisches Laxans und ein propulsives Laxans in Kombination.
<input type="checkbox"/>	c) ein Einlauf dreimal pro Woche.
<input type="checkbox"/>	d) eine Kombination aus einem osmotischen Laxans und Naloxegol.
4) Welche Medikamente werden im palliativen Setting Off-Label angewendet? (drei Antworten richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) Olanzapin gegen Übelkeit/Erbrechen
<input type="checkbox"/>	b) Opioide gegen Atemnot
<input type="checkbox"/>	c) Opioide gegen Schmerzen
<input type="checkbox"/>	d) Haloperidol gegen Übelkeit/Erbrechen.
5) Was trifft auf Atemnot im palliativen Setting zu? (drei Antworten richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) Atemnot ist ein subjektiv erlebtes Symptom.
<input type="checkbox"/>	b) Die Gabe von Sauerstoff ist bei Atemnot stets indiziert.
<input type="checkbox"/>	c) Opioide wirken im limbischen System lindernd gegen Atemnot.
<input type="checkbox"/>	d) Kausal therapierbare Ursachen der Atemnot sollten erhoben werden.
6) Was trifft auf palliative Sedierung zu? (zwei Antworten richtig)	
<input type="checkbox"/>	a) Sie sollte vorzugsweise mit einem Opioid erfolgen.
<input type="checkbox"/>	b) Sie stellt die ultima ratio der Symptomkontrolle dar.
<input type="checkbox"/>	c) Sie entspricht einer aktiven Sterbehilfe.
<input type="checkbox"/>	d) Sie kann bei Therapie-refraktären Symptomen am Lebensende zum Einsatz kommen.

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: 0