

Frühe Integration von Palliative Care bei onkologischen Patienten

Dr. med. Heribert Joha

09.04.2016

Das Leben

Gelingendes Leben



SEIEN WIR REALISTISCH
FORDERN WIR DAS
UNMOGLICHE



Palliativmedizin

lat. Pallium = Mantel (der etwas umhüllt, beschützt)

Aktive, ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Patienten, die an einer

- nicht heilbaren Erkrankung leiden, die
- weit fortgeschritten und fortschreitend ist, die die
- Lebenserwartung deutlich begrenzt zu der Zeit, in der sie nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht.

Ziel ist die Herstellung von Lebensqualität – durch umfassende Symptomkontrolle - unter Berücksichtigung aller physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Frage- und Problemstellungen.

Zielsetzung (S₃-Leitlinie Palliativmedizin)

Verbesserung der Symptomkontrolle und der palliativmedizinischen Patientenversorgung durch:

1. **Rechtzeitiges Angebot palliativmedizinischer Versorgungsstruktur**
2. **Behandlungsempfehlungen der häufigsten Symptome (v.a. Atemnot, Schmerz, Depression, Obstipation) nach aktuellem Stand der Wissenschaft und klinischen Expertise**
3. **Angemessene Gesprächsführung mit Patient und Angehörigen sowie Festlegung der Therapieziele**
4. **Angemessene Betreuung in der Sterbephase**

Vier Prinzipien ethischer Entscheidungen („Principles of Biomedical Ethics“)

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. respect for autonomy | <i>Autonomie</i> |
| 2. beneficence | <i>Wohltun</i> |
| 3. nonmaleficence | <i>Schaden vermeiden</i> |
| 4. justice | <i>Gerechtigkeit</i> |

Beauchamp/Childress 1977

Die Indikation

Medizinische Indikation:

Entscheidung für ein Therapieverfahren unter physiologisch - naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten (z.B. nach klinischer Untersuchung, Bildgebung, Labor, Endoskopie...).

Ärztliche Indikation:

Prüfung, ob die medizinische Indikation unter individuellen, patientenspezifischen biografischen Parametern insbesondere im Blick auf die „best quality of outcome“ adäquat ist.

Empfehlung der ASCO (03/2012)

„Patienten mit nicht-kleinzelligem metastasiertem Lungenkarziom sollen ab Diagnosestellung eine palliative Versorgung zeitgleich zur üblichen onkologischen Therapie erhalten, wofür es klare Evidenz aus einer randomisierten Phase III-Studie gibt.“

„...Ein frühes Angebot palliativer Versorgung führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu besserer Lebensqualität sowie effektiverem Einsatz von Hospiz- und Palliativstrukturen und kann u.a. dazu beitragen, unnötige stationäre Aufnahmen, intensivmedizinische Maßnahmen und invasive Tumortherapien am Lebensende zu vermeiden.“

Konsens der Expertenkommission:

Kombination von onkologischer Standardtherapie und Palliativversorgung sollte allen Patienten mit metastasiertem Tumorleiden und/oder hoher Symptomlast angeboten werden

Kommentar AG interdisziplinäre Onkologie von DGP und DGHO

Studienlage:

- längeres Gesamtüberleben der Patienten, die rechtzeitig und effektiv palliativmedizinisch mitbetreut werden
- Vermeidung negativer Konsequenzen aggressiver Behandlung am Lebensende
- Abhängigkeit der Lebensqualität vom Ort des Versterbens
- Ergänzung von Palliativversorgung führt zu Kostenreduktion

Kommentar AG interdisziplinäre Onkologie von DGP und DGHO

Situation in Deutschland:

- Häufig wird „Palliativversorgung“ gleichgesetzt mit Aufgeben von Hoffnung
- Vorbehalte von Onkologen vor Einbindung eines zusätzlichen Teams
- Besonders hoher Stellenwert des Ortes des Versterbens
- Multidimensionalität der Erkrankung legt multiprofessionellen Ansatz nahe

Voraussetzungen:

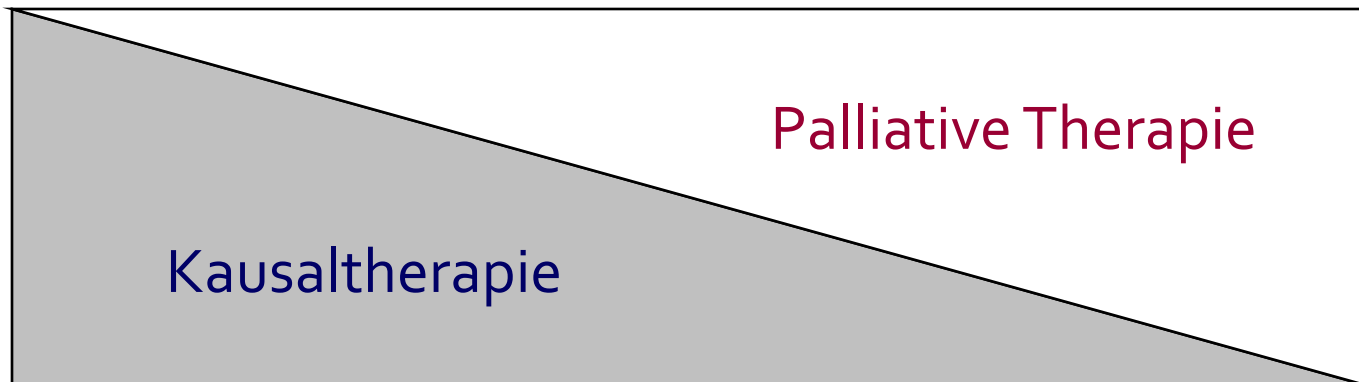
- Diagnosespezifische Kriterien für den optimalen Zeitpunkt palliativer Interventionen für verschiedene Malignome
- Verbesserung palliativmedizinischer Kenntnisse und kommunikativer Fähigkeiten in den Weiterbildungen von Ärzten und Pflegenden

Therapieplanung bei unheilbaren Erkrankungen



Diagnose

Tod



Diagnose

Tod

Kasuistiken

T., 29 J

Diagnose :

**Colon-Ca. mit Einwachsen in die Harnblase,
Prostata, das kleine Becken, die Harnleiter.**

**Bisher: Erstoperation vor 6 Jahren,
Chemotherapie, jetzt Nierenableitung bds.
Aktuelle Probleme: Verstopfung mit Verdacht auf
Darmverschluß, der Patient sei "schwierig zu
führen"**

Anfrage vom Sozialdienst der Klinik-dringlich

T., 29 J

Erstkontakt:

Junger Mann, deutlich geschwächt und durch Übelkeit mit Erbrechen geplagt. Pat. hatte Ausbildung zum Großhandelskaufmann, arbeitete aber zuletzt im Security-Bereich. War bis zur Erkrankung sehr körperorientiert (Bodybuilding).

Beschwerden:

Leibkrämpfe, Erbrechen nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, aber Appetit. Fühlt sich als „Krüppel“ („ich hänge nur noch an Beuteln“).

Hatte bei Diagnosestellung vor 6 Jahren einen radikalen Eingriff mit Anlage eines künstlichen Darmausganges kategorisch abgelehnt.

Erwartung hier: Will „zu Kräften kommen“.

T., 29 J

Krankheitsverlauf:

Medizinisch führend: subtotaler Ileus, zuletzt nur durch Hebe- Senk-Einläufe noch therapierbar, darunter allerdings heftige Kreislaufprobleme. Aktuell keine orale Nahrungsaufnahme wegen sofortigen Erbrechens, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über die Vene.

Versuch des Kostaufbaus unter Ausschöpfung aller medikamentöser Möglichkeiten.

Kurzzeitig erfolgreich, allerdings bald wieder Erbrechen, kein Stuhlgang.

Untersuchung: Passage-Stop am ileozökalen Übergang

Ausführliche, lange Gespräche, nach denen T. schließlich in eine Minimal-OP mit Anlage eines künstlichen Darmausgangs einwilligt, allerdings keinesfalls „auf der Intensivstation landen will“.

T., 29 J

Eingriff verläuft erfolgreich, anschließend zügige Erholung, Kostaufbau, Patient beginnt nach anfänglicher Ablehnung, sein Stoma selbst zu versorgen.

Zur Appetitsteigerung und Stimmungsaufhellung Gabe des Cannabinoids Dronabinol®, sehr guter Effekt.

Kunst- und Musiktherapie werden angeboten, vom Patienten jedoch ebenso wie krankheitsorientierte Gespräche als Hilfe zur Krankheitsverarbeitung nicht angenommen.

Nach 4 Wochen Entlassung in fast euphorischer Stimmung.

T., 29 J

Drei Wochen später Wiederaufnahme.

Dazwischen telefonisch 2 - 3 x/Woche Anrufe und Beratung des Patienten, der Eltern oder des Hausarztes.

Jetzt:

Erneut heftiges Erbrechen, täglich zunehmendes Psychosyndrom mit Unruhe und Getriebenheit („wie ein Tiger im Käfig“), Angstzustände.

Daraufhin Diagnostik: Labor, CCT.

Alles unauffällig.

Ergänzung der medikamentösen Einstellung, Erhöhung der Analgetika.

Bereits am ersten Tag Entspannung der Gesamtsituation, ausführliche Gespräche.

Pat. beginnt, sich und seine Ängste im Blick auf eine nur noch begrenzte Lebenszeit zu formulieren.

Viele Gespräche mit Seelsorger.

T. genießt Kunst- und Musiktherapie.

Entlassung in stabilisierter Verfassung nach einer Woche.

T., 29 J

Nach einem Monat Wiederaufnahme.

Zwischenzeitlich weiterhin telefonischer Kontakt
1-2x/Woche, vor Aufnahme täglich.

Jetzt:

Erneut heftigstes Erbrechen, unerträgliche,
krampfartige Bauchschmerzen.

Wegen Flüssigkeitsmangels zunächst intravenöse
Flüssigkeitszufuhr. Entschluß zur Umstellung der
Analgesie von oral/transdermal auf intravenös.

Nach Schmerzeinstellung über Schmerzinfusion
Anpassung einer tragbaren Schmerzpumpe.

T. ist damit recht zufrieden, da die Möglichkeit
der selbständigen Zusatzgabe besteht. Therapie
der Übelkeit ebenfalls intravenös, ist
zufriedenstellend.

Konsiliarischer Austausch der Nierenfisteln durch
urologische Kollegen.

Nach zwei Wochen erneute Entlassung nach
Hause.

T., 29 J

6 Tage später Wiederaufnahme.

Wieder komplette Ileus-Symptomatik, Patient ist im Wechsel bewußtseinsgetrübt oder getrieben, Eltern am Ende ihrer Kräfte.

Versuch der weiteren Steigerung der Analgetikadosis durch Erhöhung der Flussrate, T. ist aber weiterhin angsterfüllt und extrem unruhig.

Auf von ihm wiederholt geäußerten Wunsch nach Ruhe erfolgt der Entschluss zur *palliativen Sedierung* mit Morphin sowie einem niedrig dosierten intravenösen Kurz-narkotikum.

T. verstirbt ruhig im Beisein der Eltern am 2. Tag nach Wiederaufnahme.

S., 74 J

Diagnose:

fortgeschrittenes Adeno-Ca. der Lunge, Z.n.
mehreren Zyklen Chemotherapie

Aufnahme von zu Hause, am Vortag Ende des
aktuellen Chemotherapie-Zyklus

Status: Ruhedyspnoe mit Lippenzyanose,
Entkräftung mit Immobilität, Inappetenz,
Reizhusten, Obstipation

Medikation: Spirocomp, Pantoprazol,
Nintedanib, Bronchoretard, Ramipril,
Torasemid

Wunsch des Patienten: „Zu Kräften kommen,
Linderung der Atemnot, Fortsetzung der
Chemotherapie“

S., 74 J

Vorgehensweise:

Ausführliche Erklärung unseres
multiprofessionellen therapeutischen
Zugangs,

Zielvereinbarung: O₂-Zufuhr reduzieren
(„gezielter Einsatz“), Distanzierung von
Atemnot, Appetitanregung, Co-Therapien zur
physischen und psychischen Kräftigung

1. Beginn mit einer niedrig dosierten Opioid-Einstellung: 3 x 2 mg Hydromorphon ret.
2. Appetitanregung mit Dexamethason
3. Symptomatische Therapie des Reizhustens (Codein Gtt), falls Opioid nicht ausreicht
4. Co-Therapien: Physio-, Kunst-, Atemtherapie
5. Regelmäßige Visiten- und Angehörigengespräche

S., 74 J

Verlauf:

- Besserung des AZ innerhalb weniger Tage: insbesondere Zunahme der Mobilität und Zurücklegen kurzer Wegstrecken, Appetit kommt zurück
- weiterhin ausgeprägte Fixierung auf O₂, allerdings „Vergessen“ der O₂-Therapie im Rahmen von Kunsttherapie für 2 h
- Ausstattung des Pat. mit einem Fentanyl-Nasenspray 32 µg/Hub als „Notfallmedikament“ für akute Dyspnoe (off-label)
- nach 8 Tagen Entlassung in deutlich stabilisiertem respiratorischen- und allgemeinen Kräftezustand
- Pat. wollte zügig nächsten Chemotherapiezyklus beginnen

S., 74 J

Wiederaufnahme nach 15 Tagen:

Zwischenzeitlich Chemotherapie, nun erneut schwerste Dyspnoe, körperliche Entkräftung, Angst und Unruhe, psychosoziale Belastung

Procedere:

- Umstellung auf i.v.-Therapiekonzept mit Hydromorphon, Midazolam, Clonidin
- Nach zügiger Linderung und Stabilisierung Versuch der „Oralisierung“, darunter aber gravierend schlechtere Symptomkontrolle
- Erörterung der Situation mit Pat. und Angehörigen, Entschluss zur dauerhaften i.v.-Medikamentenzufuhr mittels PCA-Pumpe
- Port-Anlage als verlässlicher Zugang

S., 74 J

- Einbeziehung des SAPV-Teams zur Betreuung der i.v.-Medikamentenzufuhr sowie allgemeinen engmaschigen ambulanten Versorgung
- Nochmals Erklärung des Betreuungsangebotes und der Notfalloptionen
- Pat. verstirbt zu Hause 5 Wochen später in Anwesenheit eines SAPV-Team-Mitarbeiters ruhig
- Angehörige fühlten sich sehr gut unterstützt und „wuchsen über sich hinaus“.

Gesundheit

Aaron Antonovsky:

- Gesundheit und Krankheit sind Teil eines kontinuierlichen Prozesses, an dessen Endpolen völlige Gesundheit bzw. Krankheit stehen.
- Der Mensch bewegt sich auf diesem Kontinuum, erreicht aber nie einen der beiden Extrempole, ist also nie nur krank oder nur gesund.



Das Alter

Gesund sterben ist kaum möglich.

Gelingt es der Medizin, Sterblichkeit an einer bestimmten Erkrankung zu verringern, heißt das immer nur „Verschieben“ von Sterblichkeit auf eine andere Erkrankung.

Diese hält dann die andere, fraglich „akzeptablere“ Leidensgeschichte für uns bereit.

*Prophylaxe (Brustgewebe entfernen) oder Therapie (Koronarstent) verschieben unser Sterben zunehmend in Richtung – **Alterskrebs**, Demenz, Apoplex.*

...gibt es eine Lösung?

Schöner Tod

mir träumte ich sei in ein Fass gefallen
gefüllt mit Silvaner, dem Besten von allen
und ich rief nur Sekunden vor dem Versinken
bitte nicht retten, ich möchte ertrinken!

Maximilian Reeb