



KLUG ENTSCHIEDEN

... in der Palliativmedizin

Vor den Rahmenbedingungen von Endlichkeit und komplexer Belastung sind die Behandlungsziele auf die bestmögliche Symptomlinderung und umfassende Unterstützung zu richten.

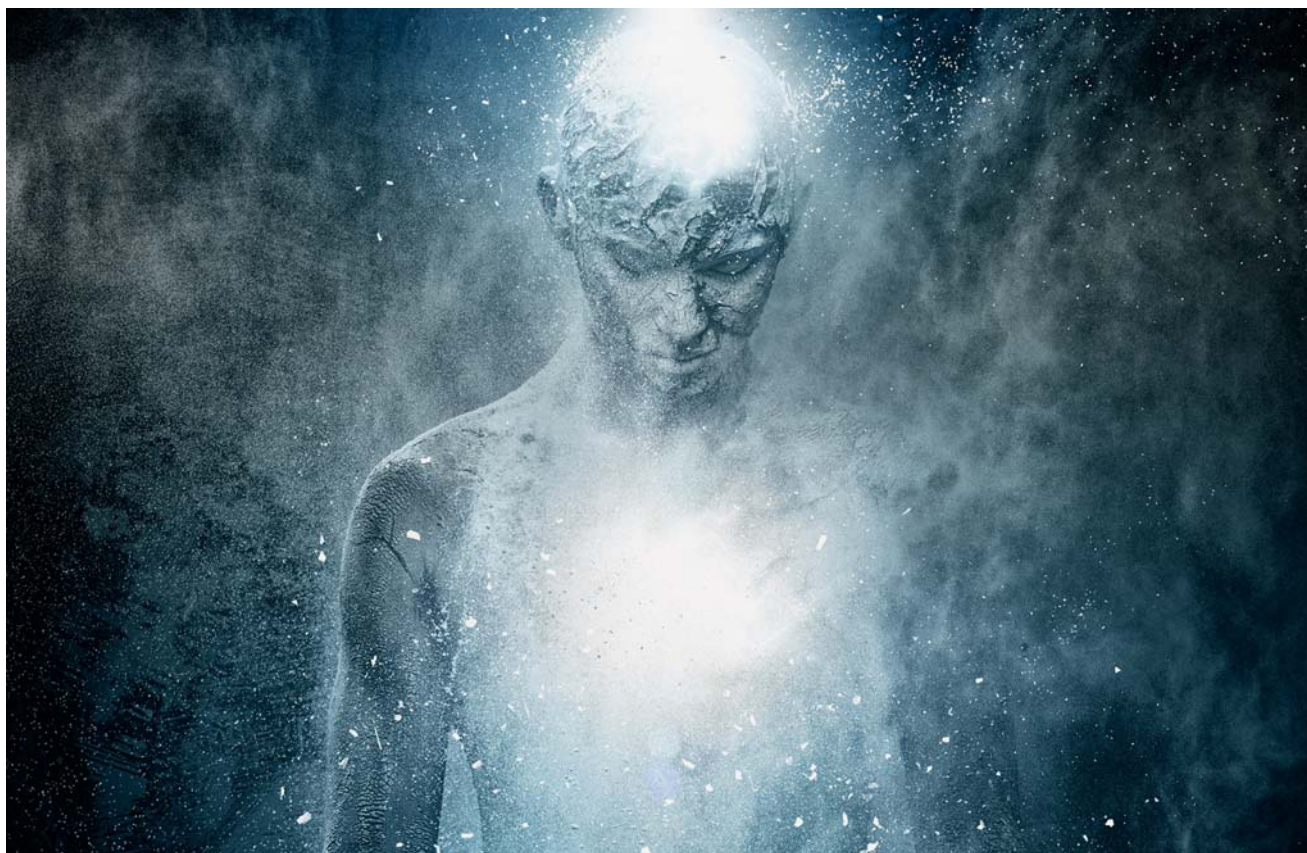


Foto: Fotolia/Nejron Photo

Die Vermeidung von **Überversorgung** und Futility – verstanden als der Einsatz nicht (oder nicht mehr) indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen – ist in der letzten Lebensphase, insbesondere im Sterbeprozess, aus medizinischen und aus individual- und gesellschaftsethischen Gründen in besonderer Weise geboten. So schreibt die Bundesärztekammer in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“:

„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten ... Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künst-

lich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ (1; vgl. auch 2–10).

Aber auch die Vermeidung einer **Unterversorgung** an indizierten Maßnahmen in der letzten Lebensphase – insbesondere zur Behandlung belastender Symptome oder zur umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen oder spirituellen Unterstützung in komplexen Belastungssituationen – bedarf ein Mehr an Aufmerksamkeit. Beispiele hierfür sind:

- die Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Patienten (zur Notwendigkeit der Verbesserung vgl. 11–16),
- der Einsatz von Opioiden zur symptomatischen Behandlung der Atemnot (zur Wirksamkeit, vgl. 17–20) sowie die wiederholte Beurteilung von Atemnot vor, während und nach einer symptomatischen Therapie (vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin, Empfehlung 5.3; QI 1 [21]),
- der frühzeitige Einbezug palliativmedizinischer Perspektiven und Mitbehandlungskompetenzen in einem inkurablen Erkrankungsverlauf (zur Effektivität palliativmedizinischer Frühintegrationskonzepte vgl. 22–25),

- die palliativmedizinische Mitbehandlung von Patienten mit anderen lebenslimitierenden Erkrankungen als Krebs (zum Bedarf an palliativmedizinischer Unterstützung bei nichtonkologisch erkrankten Patienten vgl. 26, 27, 28).

Die im Folgenden ausgewählten Positiv- und Negativaussagen beziehen sich auf inhaltlichen und methodischen Gründen ausschließlich auf konsentrierte Empfehlungen der im Jahr 2015 erschienenen „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (21; kurz: „S3-Leitlinie Palliativmedizin“), insbesondere auf diejenigen Empfehlungen der Empfehlungsstärke A, die Eingang in die Festlegung von Qualitätsindikatoren (QI) und damit in das Qualitätsmanagement fanden.

Der Mehrzahl der genannten Empfehlungen liegen kontrollierte klinische Studien zugrunde. Einige A-Empfehlungen, zum Beispiel zur Therapiebegrenzung in der Sterbephase, beruhen auf einem Expertenkonsens der S3-Leitlinie und unterstreichen damit auch die Bedeutung der normativen Rahmenbedingungen ärztlicher Therapieentscheidungen insbesondere in den Behandlungssituationen am Lebensende.



Positiv-Empfehlungen

1. Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.

Die Bedürfnisse und Belastungen von Patienten können vielfältig sein und reichen von der Linderung belastender Symptome über therapieentscheidungsrelevanten Informationsbedarf hin zu psychosozialer Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung oder spiritueller Unterstützung bei existenziellen Fragen. Die Bedürfnisse der Angehörigen sind häufig ausgeprägt in

Bezug auf eigene psychische Belastungen, praktische Unterstützung inklusive pflegerischer Anleitung sowie Informationen zum Beispiel über Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Die Erfassung komplexer Patientenbedürfnisse ist als Empfehlung 11.4 als auch als Qualitätsindikator QI 10 Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21; vgl. auch 29, 30).

2. Bei Diagnose einer inkurablen Grunderkrankung sollen Patienten Informationen über palliativmedizinische Behandlungskonzepte erhalten und (wenn erforderlich) entsprechende Unterstützung angeboten bekommen.

Der breit gefächerte Nutzen des Einbezugs palliativmedizinischer Unterstützungsangebote bereits frühzeitig im Verlauf einer inkurablen Grunderkrankung ist mit Hilfe mehrerer Studien umfassend abgesichert (22, 24, 25). Diese schlossen insbesondere Patienten mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom ein, so dass eine Übertragbarkeit der Resultate auf Patienten mit weniger aggressiv verlaufenden Tumorentitäten oder anderen nichtonkologischen Grunderkrankungen infrage steht.

Für Patienten mit einer inkurablen Krebserkrankung ist mit „frühzeitig“ in der Regel der Diagnosezeitpunkt der Inkurabilität selbst gemeint. In

KLUG ENTSCHEIDEN

„Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die sich gegen Über- und Unterversorgung wendet. Zwölf Fachgesellschaften nehmen an der Initiative unter dem Dach der DGIM teil und haben praktische Empfehlungen erstellt.

„Klug entscheiden“ soll eine konkrete Hilfe bei der Entscheidungsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sein. Darüber hinaus soll die Initiative aber auch grundsätzlich dafür sensibilisieren, klug zu entscheiden und nicht alles medizinisch Machbare zu tun.

Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlicht eine Serie zum Thema mit Artikeln aus allen teilnehmenden Fachgesellschaften. Alle bisher erschienenen Beiträge sowie ein Übersichtsartikel über die DGIM-Initiative sind unter www.aerzteblatt.de/klugentscheiden abrufbar.

anderen Kontexten lässt sich die Dringlichkeit der Erörterung palliativmedizinischer Unterstützung auch durch die sogenannte „surprise question“ abschätzen: „Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 6–12 Monate versterben würde?“ (31, 32).

Die frühzeitige Integration von Palliativversorgung zum Beispiel in Form von Informationen und konkreter Unterstützung ist als Empfehlung 11.1 und 11.2 Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21; vgl. auch Choosing-wisely-Empfehlungen der SGO und der AAHPM 2013).

3. Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning) erhalten. Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung soll frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.

Die „vorausschauende Versorgungsplanung“ beschreibt einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen. Dieser Prozess dient der bestmöglichen Umsetzung der individuellen Präferenzen des betroffenen Patienten und seiner Angehörigen und umfasst die bestmögliche Sensibilisierung, Reflexion, Dokumentation und gegebenenfalls klinischen Umsetzung der Behandlungspräferenzen von Patienten hinsichtlich künftiger hypothetischer klinischer Szenarien.

Das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung ist sowohl als Empfehlung 9.20 als auch als Qualitätsindikator QI 9 Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21; vgl. auch Choosing-wisely-Empfehlungen der Canadian Society of Palliative Care 2014).

4. Laxanzien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation sollen routinemäßig verordnet werden.

CHARTA PALLIATIVMEDIZIN

Sterben, Tod und Trauer als Teil des Lebens zu begreifen, dies im gesellschaftlichen Bewusstsein zu verankern und allen Menschen in Deutschland ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend einen gerechten Zugang zu einer würdevollen Begleitung und Versorgung am Lebensende zu ermöglichen.

Dies ist das Anliegen der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ – initiiert und getragen von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Bundesärztekammer. Seit der Veröffentlichung im September 2010 haben circa 16 000 Einzelpersonen und 1 500 Institutionen die Charta unterzeichnet.

Ziel ist es nun, mittels einer nationalen Strategie die in der Charta formulierten fünf Leitsätze mit Unterstützung der Politik auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene systematisch so umzusetzen, dass jeder Betroffene unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung, der persönlichen Lebenssituation oder des Versorgungsortes eine qualitativ hochwertige palliative und hospizliche Behandlung und Begleitung erhält.

zyl

Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung stellt eine häufige und wichtige flankierende Maßnahme bei Patienten mit langanhaltender Opioid-Therapie dar. In der systematischen Cochrane-Analyse von Candy et al. wurden sieben RCTs mit 616 teilnehmenden Patienten ausgewertet (33). Hier zeigte sich zudem keine Evidenz, nach der ein Laxans gegenüber einem anderen zu bevorzugen sei.

Der Nutzen der Gabe von Laxanzien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation ist als Empfehlung 6.25 und auch als Qualitätsindikator QI 3 Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21).

5. In der Sterbephase auftretende Angst soll regelmäßig evaluiert werden. Hierbei soll neben verbalen Äußerungen auf klinische Hinweise – wie Unruhe, Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen – geachtet werden. Bei Unruhe in der Sterbephase sollen die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, zum Beispiel Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.

Neben Traurigkeit können Affekte wie Angst und Verzweiflung die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bestimmen, insbesondere dann, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht (34). Angst in der

Sterbephase ist oft von Unruhe begleitet und kann das Leid des Patienten, aber auch der Angehörigen, verstärken. Daher findet die gezielte Erfassung und, wenn möglich, kausale Behandlung von Angst und Unruhezuständen in der Sterbephase Niederschlag als Empfehlungen (10.23, 10.24) als auch als Qualitätsindikatoren (QI 4, QI 5) der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21).



Negativ-Empfehlungen

Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden.

Darunter fallen therapeutische Maßnahmen wie tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen, Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator-/Kardioverterfunktion implantierter Devices als auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht.

Diese Eingrenzung aller therapeutischen Maßnahmen auf das für die bestmögliche Begleitung in der Sterbephase Erforderliche ist in Form von Empfehlungen (10.31, 10.32, 10.33, 10.35, 10.16) als auch von Qualitätsindikatoren (QI 6, QI 7) wesentlicher und paradigmatischer Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21; vgl. auch 35–42 sowie Choosing-wisely-Empfehlung der ASCO).



Diskussion

Die palliativmedizinischen Klugentscheiden-Empfehlungen, insbesondere die fünf Positivaussagen, greifen ähnlich wie die Empfehlungen der anderen Fachgesellschaften konkrete und abgesicherte Einzelaspekte bislang unzureichend (oder im Übermaß) durchgeführter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf.

Dennoch widerspiegeln sie in ihrer Gesamtheit neben der jeweils angesprochenen Maßnahme auch die grundsätzlichen Prinzipien palliativmedizinischen Handelns wider: vor den Rahmenbedingungen von Endlichkeit und komplexer Belastung die Behandlungsziele auf die bestmögliche Symptomlinderung und umfassende Unterstützung zu richten und die zur Diskussion stehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen daraufhin einzugrenzen und zu fokussieren.

Insofern kann die palliativmedizinische Perspektive auf die Fragen nach der medizinischen respektive ärztlichen (43) Indikation und den damit verbundenen Prioritätensetzungen, die in den Klugentscheiden-Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften zum Ausdruck kommen, möglicherweise eine wichtige Ergänzung und eine paradigmatische Reflexion sein.

Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping,
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)



Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4216
oder über QR-Code.



LITERATURVERZEICHNIS HEFT 42/2016, ZU:

KLUG ENTSCHEIDEN

... in der Palliativmedizin

Vor den Rahmenbedingungen von Endlichkeit und komplexer Belastung sind die Behandlungsziele auf die bestmögliche Symptomlinderung und umfassende Unterstützung zu richten.

LITERATUR

1. Bundesärztekammer (BÄK): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung Präambel. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (7): A346–8.
2. Bundesärztekammer (BÄK): Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. <http://d.aerzteblatt.de/BS61> (last accessed on 14. September 2015).
3. Bundesgerichtshof (BGH): AZ XII ZB 2/03. N Jurist Wochenschr 2003; 56: 1588–94.
4. Raspe H: Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner R, Wiesing U (eds): Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz. Stuttgart Jena New York: G. Fischer 1995; 21–36.
5. Sahn S: Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (eds): Medizinische Indikation und Patientenwille. Stuttgart Jena New York: Schattauer 2008; 21–131.
6. Winkler E: Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? Ethik Med 2010; 22: 89–102.
7. Alt-Epping B, Nauck F: Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? Ethik Med 2012; 24 (1): 19–28.
8. Raijmakers, NJH, et al.: Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. Annals of Oncology 2011; 22(7): 1478–86.
9. Bruera E, et al.: Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, doubleblind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol 2013; 31 (1): 111–8.
10. Nakajima N, Hata Y, Kusumoto K: A clinical study on the influence of hydration volume on the signs of terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. J Palliat Med 2013; 16 (2): 185–9.
11. Breuer B, Fleishman S, Cruciani R, Portenoy R: Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey. J Clin Oncol 2011; 29 (36): 4769–75.
12. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al.: Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol 2008; 19 (12): 1985–91.
13. Sabatowski R, Arens E R, Waap I, Radbruch L: Tumorschmerztherapie in Deutschland: Ergebnisse und Analysen einer Befragung von Ärzten. Schmerz 2001; 15 (4): 241–7.
14. Sapir R, Catane R, Strauss-Liviatan N, Cherny N: Cancer Pain: Knowledge and attitudes of physicians in Israel. J Pain Symptom Manage 1999; 17 (4): 266–76.
15. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ: Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med 1993; 119 (2): 121–6.
16. Alt-Epping B, Bauer J, Nauck F, Schuler U, Strohscheer I: Schmerztherapie in der Onkologie – eine bundesweite Umfrage unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie/Onkologie. Schmerz 2014; 28: 157–165. DOI: 10.1007/s00482-014-1412-8.
17. Abernethy AP, et al.: Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. British Medical Journal 2003; 327 (7414): 523–6.
18. Jennings AL, et al.: Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD002066.
19. Johnson MJ, et al.: Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure – A pilot study. European journal of heart failure 2002; 4 (6): 753–6.
20. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH: The effects of morphine on dyspnea and ventilator function in elderly patients with advanced cancer: A randomized double-blind controlled trial. Ann Oncol 1999; 10 (12): 1511–4.
21. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.0, 2015, AWMF-Registernummer: 128/0010L. <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (last accessed on 29. August 2015).
22. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al.: Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. J Clin Oncol 2015; 33 (13): 1438–45.
23. Johnsen AT, Petersen MA, Gluud C, et al.: Detailed statistical analysis plan for the Danish Palliative Care Trial (DanPaCT). Trials 2014; 26 (15): 376.
24. Zimmermann C: Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2014; 383 (9930): 1721–30.
25. Temel J, Greer J, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733–42.
26. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al.: Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28: 302.
27. Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, Voltz R and the Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working Group in Germany: Non-cancer patients in specialised palliative care in Germany: What are the problems? Palliat Med 2011; 25: 148–52.
28. Alt-Epping B, Geyer A, Nauck F: Palliativmedizinische Konzepte bei nicht-onkologischen Grunderkrankungen. Dtsch Med Wschr 2008; 133: 1745–9.
29. Bee PE, Barnes P, Luker KA: A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2009; 18 (10): 1379–93.
30. Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH: Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. Palliat Med 2008; 22 (2): 153–71.
31. Moss AH, Lunney JR, Culp S, et al.: Prognostic significance of the „surprise“ question in cancer patients. J Palliat Med 2010; 13 (7): 837–40.
32. Murray SA, Boyd K, Sheikh A: Palliative care in chronic illness. BMJ 2005; 330 (7492): 611–2.
33. Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P: Laxatives or methyl-naltrexone for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1): CD003448.
34. Schulz C: Interventionen bei Kernsympto-

- men – Angst. In: Fegg M, Gramm J, Pestinger M (eds): Psychologie und Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer 2012; 191–7.
35. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, et al.: American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. *J Clin Oncol* 2012; 30 (14): 1715–24.
36. Dodson JA, Fried TR, Van Ness PH, Goldstein NE, Lampert R. Patient preferences for deactivation of implantable cardioverter-defibrillators. *JAMA Intern Med* 2013; 173 (5): 377–9.
37. Carlsson J, Paul NW, Dann M, Neuzner J, Pfeiffer D: The deactivation of implantable cardioverter-defibrillators: medical, ethical, practical, and legal considerations. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109 (33–34): 535–41.
38. Fromme EK, Stewart TL, Jeppesen M, Tolle SW: Adverse experiences with implantable defibrillators in Oregon hospices. *Am J Hosp Palliat Care* 2011; 28 (5): 304–9.
39. Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, et al.: HRS Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Heart Rhythm* 2010; 7 (7): 1008–26.
40. Padeletti L, et al.: EHRA Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Europace* 2010; 12 (10): 1480–9.
41. Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, et al.: Quality of Care Committee, Heart Failure Society of America. End-of-life care in patients with heart failure. *J Card Fail* 2014; 20 (2): 121–34.
42. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* 2012; 33: 1787–1847.
43. Neitzke G: Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg) *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Stuttgart, New York: Schattauer 2008; 53–66.