

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

Anja Claus



BAK-Nummer: 2011/047

FPH-Nummer: 1-1017995-111-2011-P6.25

Lernziele

- ▶ Sie sind mit den Grundsätzen der palliativen Versorgung und den Lebensphasen des Palliativpatienten vertraut.
- ▶ Sie kennen die verschiedenen Symptome und Probleme, die in der palliativen Versorgung eine Rolle spielen.
- ▶ Sie kennen die speziellen Aspekte der Palliative Care und die medikamentösen Möglichkeiten.
- ▶ Sie können die Rolle des Apothekers im palliativen Netzwerk beurteilen.

Zusammenfassung

Palliative Care bezeichnet ein interdisziplinäres Arbeitsgebiet mit dem Ziel, sterbenden Patienten und ihren Angehörigen eine bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Die Lebensqualität des Patienten steht im Vordergrund und soll so lange wie möglich erhalten bleiben. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bilden sich immer mehr palliative Netzwerke, denen Ärzte, Apotheker, Hospizdienste und Seelsorger angehören und die eine 24-Stunden-Betreuung gewährleisten. Der therapeutische Ansatz beschränkt sich auf eine bestmögliche Symptomkontrolle, diagnostische und kurative Verfahren treten in den Hintergrund. Zu diesen Symptomen zählen Schmerzen, Obstipation, Übelkeit und Erbrechen sowie Dekubitus. Ein guter Ernährungszustand ist von wesentlicher Bedeutung, die Patienten leiden häufig unter einem Anorexie-Kachexie-Syndrom. Nicht zuletzt ist die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen eine besondere Herausforderung.

Historisches

Palliative Care bezeichnet ein relativ junges interdisziplinäres Arbeitsgebiet, obgleich die Aufgaben und Tätigkeiten nicht neu sind. Der Begriff Palliative Care leitet sich ab von dem lateinischen Wort «pallium», was so viel bedeutet wie «mantelähnlicher Umhang», und dem englischen Wort «care», welches «Pflege» und/oder «sorgen um...» bedeutet. Niedergelassene Ärzte, Apotheker und Hospizdienste leisten diese Arbeit von jeher. In der Schweiz wurde bereits 1979 in Genf die erste Palliativstation gegründet [1]. In Deutschland wurde eine solche 1983 in Köln eröffnet.

Die Engländerin Cicely Saunders (1918–2005) gilt als Begründerin der modernen Hospizbewegung. Ihre Worte «Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben» bringen das Ziel der palliativen Versorgung auf den Punkt. Cicely Saunders hatte es sich zur Aufgabe gemacht, unheilbar kranken und sterbenden Menschen eine würdige Versorgung und Begleitung in den letzten Lebensabschnitten zukommen zu lassen. Sie gründete 1967 ein Hospiz, welches Vorbild wurde für andere Hospize und Palliativstationen in mehr als 90 Ländern, so auch in der Schweiz und in Deutschland.

Was ist Palliative Care?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 2002 den Begriff der Palliativmedizin/Palliative Care (Kasten 1) [2]. Die Versorgung der Patienten sowie deren Angehöriger orientiert sich heute daran.

Palliative Care beginnt bereits mit der Diagnose einer unheilbaren Krankheit und damit zum Teil schon Jahre vor dem Tod. Obwohl sehr häufig eine Krebserkrankung vorliegt, können auch andere Erkrankungen eine palliative Betreuung notwendig machen. Palliative Care ist unabhängig vom Alter und vom Ort. Eine palliative Versorgung sollte zu Hause genauso optimal sein wie im Krankenhaus oder im Hospiz. Dazu gehört ein interdisziplinärer Ansatz mit dem Ziel, das Leben zu bejahen und das Sterben als normalen Prozess zu akzeptieren. Der Tod soll weder beschleunigt noch hinausgezögert werden [3].

Grundsätze der palliativen Versorgung

Die Diagnose «unheilbar krank» bildet den Startpunkt einer palliativen Versorgung. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen verändert sich das ganze Leben. Die individuelle Behandlung durch ein multiprofessionelles Team rund um die Uhr ist erforderlich [5]. Symptome wie Schmerzen, Angst, Durst, Müdigkeit, Übelkeit, Atemnot sollen unter Kontrolle gehalten werden. Der Wille des

Patienten und sein Wohlbefinden stehen an oberster Stelle. Obwohl sehr häufig, sind Palliativpatienten nicht notwendigerweise immer Krebspatienten. Auch Patienten mit neurologischen (z. B. Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose) oder internistischen Erkrankungen im Endstadium (dekompensierte Herzinsuffizienz, COPD, Leber-/Niereninsuffizienz) sowie an AIDS (im Endstadium) erkrankte Personen gehören zum Patientenkreis, der palliative Versorgung benötigt.

Mit der Diagnose einer terminalen Erkrankung beginnt für die Palliativpatienten der letzte Lebensabschnitt, der je nach Erkrankung, Umständen, körperlicher sowie seelischer Verfassung unterschiedlich lange dauern kann. Dieser Lebensabschnitt lässt sich anhand der Aktivitäten, die der Mensch noch ausüben kann, in vier Phasen unterteilen, welche fließend ineinander übergehen [6]. Die Einteilung in einzelne Phasen soll die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen und die Massnahmen optimieren. Je nach körperlicher und seelischer Verfassung

Kasten 1

Definitionen Palliative Care

Definition der WHO

«Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohenden Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art [4].»

Definition der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin

«Palliativmedizin ist die aktive und umfassende Betreuung von Patienten, deren Erkrankung nicht auf kurative Behandlung anspricht. Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen hat Vorrang. Palliativmedizin ist interdisziplinär und umfasst den Patienten, die Familie und die Gesellschaft in ihrem Ansatz. In gewissem Sinn stellt Palliativmedizin die grundlegendste Form der Versorgung dar, indem sie die Bedürfnisse der Patienten versorgt ohne Berücksichtigung des Ortes, sowohl zu Hause wie im Krankenhaus. Palliativmedizin bejaht das Leben und akzeptiert den Tod als normalen Prozess. Sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Ziel ist der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tod.»

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

kann die *Rehabilitationsphase* mehrere Monate oder auch Jahre dauern, in denen der Patient trotz fortgeschrittener Erkrankung ein weitgehend normales Leben führen kann. In der *Präterminalphase* machen sich erste Einschränkungen bemerkbar, Symptome werden sichtbar. Eine Teilnahme am aktiven Leben ist nur teilweise möglich. Diese Phase kann mehrere Wochen dauern. Die *Terminalphase* ist durch einen zunehmenden Rückzug aus dem aktiven Leben des Patienten nach innen gekennzeichnet. Es kommt zur Bettlägerigkeit. Diese Phase kann bis zu einer Woche andauern. Besondere Beachtung in der palliativen Versorgung findet die *Finalphase*, welche die intensivste Betreuung erfordert. Der Tod des Patienten ist nun absehbar, der Mensch liegt im Sterben. Die Finalphase dauert normalerweise einige Stunden, selten mehrere Tage an. Um dem Symptomgeschehen in dieser Phase nicht hilflos gegenüber zu stehen, können einige körperliche Anzeichen auf den bevorstehenden Tod hinweisen:

- ▶ Müdigkeit, Teilnahmslosigkeit
- ▶ Lange Schlafphasen bis Koma
- ▶ Reduzierung der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme
- ▶ Reduzierung der Urinausscheidung
- ▶ Kalte Hände/Füße
- ▶ Hautveränderungen
- ▶ Ausgeprägt blasses Mund-Nasen-Dreieck bzw. weisse Nasenspitze
- ▶ Veränderter Atemrhythmus
- ▶ Präfinales Rasseln (*death rattle*)

In dieser letzten Phase ist es ganz besonders wichtig, dem ganzheitlichen Ansatz der palliativen Betreuung Rechnung zu tragen: Beachtung psychischer, physischer, spiritueller und psychosozialer Probleme. Das bedeutet, der Patient sollte die Umgebung bestimmen. Eine professionelle Betreuung rund um die Uhr muss gewährleistet werden. Wichtig sind auch die Offenheit und Stabilität aller Beteiligten. Im Vordergrund der Therapie steht die Symptomkontrolle (z. B. Obstipation, Übelkeit, Schmerz). Massnahmen, die die verbliebene Lebensqualität verschlechtern, sollten unterlassen werden, überflüssig gewordene Medikamente abgesetzt werden.

Der Mensch hat in den letzten Stunden, Tagen und Monaten ein Anrecht auf eine bestmögliche Leidenslinderung und grösste menschliche Zuwendung. Ein Zitat von Cicely Saunders macht dies deutlich: «Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben. Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können. Was immer in den letzten Stunden eines Menschen geschieht, kann viele bestehende Wunden heilen, es kann aber auch als unerträgliche Erinnerung verbleiben, die den Weg durch die Trauer verhindert.» [6].

Kasten 2

Versorgungsstruktur Palliative Care

Grundversorgung

- ▶ Akutbereich (Spital, Rehabilitation)
- ▶ Langzeitbereich (Alten-/Pflegeheime)
- ▶ Familienbereich (Hausärzte, Hospizdienste (Spitex), Ambulatorien, Angehörige)

Unterstützende Angebote

- ▶ Mobiler Palliativdienst
- ▶ Palliativ-Konsilliarndienst
- ▶ Ehrenamtliche und Freiwillige

Spezialisierte Angebote

- ▶ Palliativstation
- ▶ Stationäres Hospiz
- ▶ Tageshospiz/Nachthospiz
- ▶ Palliativambulatorium

Im zentralen Blickpunkt in diesen letzten Lebensphasen stehen also der Patient selbst sowie seine Bedürfnisse und Wünsche. Bei optimalem interdisziplinärem Zusammenspiel aller Beteiligten (Arzt, Pfleger, Angehörige, Apotheker) kann selbst die Finalphase durchaus ruhig und friedlich verlaufen. Es sollte frühzeitig geklärt werden, ob ein Patient im Krankenhaus, einem Hospiz oder zu Hause betreut werden will. Inzwischen gibt es vielfältige Möglichkeiten: Eine Grundversorgung in allen Phasen der Palliativsituation bieten im Akutbereich Spitäler oder Rehabilitationszentren, im Langzeitbereich auch Alten-/Pflegeheime. Für die Patienten zu Hause sind Hausärzte, Spitex, Ambulatorien und Angehörige eingebunden. Palliativstationen sind an Spitäler angebunden oder dort integriert, stationäre oder ambulante Hospizdienste haben eine eigene Organisationsstruktur. In den Hospizen werden Sterbende und ihre Angehörigen betreut. Ambulante Hospizdienste gewährleisten diese intensive Betreuung bei dem Patienten zu Hause (Kasten 2).

Wichtigste Mitarbeiter im interdisziplinären Team sind zunächst der Patient selbst und seine Angehörigen. Sie sollten aktiv in alle Entscheidungen einbezogen werden und am Behandlungsplan mitwirken. Als Nächste in engem Kontakt zu Patient und Familie stehen Pflegekräfte, sie unterstützen die Alltagsfähigkeiten. Von grosser Bedeutung ist der betreuende Arzt, der die Behandlung plant, anpasst und durchführt. Eine 24-Stunden-Bereitschaft für Patient und Angehörige muss gewährleistet sein. Daneben sind Seelsorger und Psychologen in das

Team eingebunden. Apotheker haben in der Terminal- und Finalphase oft nur indirekt Kontakt mit den Patienten, da diese nicht mehr selbst in die Apotheke kommen können. Dennoch darf der Apotheker durch seine fachlichen Kompetenzen im Bereich der Medikation und technischen Hilfsmittel (Sonden, Pumpen, sonstige Hilfsmittel) im betreuenden Team nicht fehlen. Er kann gewissermaßen als Schnittstelle zwischen Arzt, Pfl egeteam und auch Angehörigen fungieren. Eine gute Zusammenarbeit mit regelmässigen Treffen und Besprechungen der Beteiligten ermöglicht es den Patienten auch zu Hause, in vertrauter Umgebung würdig zu sterben.

Es ist nicht immer einfach, den Patientenwillen zu ermitteln. Besonders schwierig ist dies, wenn der Patient nicht bei Bewusstsein ist. Daher kann es sinnvoll sein, eine Patientenverfügung zu formulieren, in der Massnahmen zu medizinischen Behandlungen und Lebenserhaltung (z. B. künstliche Ernährung, Beatmung etc.) gewünscht oder auch abgelehnt werden. Mit einer Patientenverfügung kann der Patient sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen, selbst wenn er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äussern. Alternativ dazu kann auch eine Vorsorgevollmacht erteilt werden, die zum Tragen kommt, wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann. Dann können eine oder mehrere vertraute Personen Entscheidungen im Sinne des Patienten treffen.

Die wichtigsten Probleme im Blickpunkt

Schmerz

Grundsätzlich wird bei Schmerzen zwischen nozizeptivem und neuropathischem Schmerz unterschieden. Nozizeptive Schmerzen beruhen auf einer Schädigung des Gewebes und der Freisetzung von Schmerzmediatoren, während neuropathische Schmerzen von einer direkten Nervenschädigung verursacht werden. Diagnostiziert wird die Schmerzart durch eine Schmerzbeschreibung, wobei häufig beide Arten vorkommen und der jeweilige Anteil stets veränderbar ist. Die Schmerzerfassung kann mit Hilfe einer Schmerzskala oder einem Schmerztagebuch erfolgen. Häufig kommt es zu einer Unterversorgung mit Analgetika, da die Schmerzen oft unterschätzt werden oder die Patienten sich zurückhaltend äussern. Probleme können Durchbruchschmerzen machen, da diese aus dem Ruheschmerzniveau herausstechen und schwer unter Kontrolle zu bringen sind [13].

Die Schmerztherapie in der Palliativmedizin orientiert sich an den entsprechenden Grundsätzen der WHO. Demnach ist eine nichtinvasive Applikation zu bevorzugen. Orale Arzneiformen bilden meist die Grundlage der Schmerztherapie, sofern der Patient Medikamente schlucken kann.

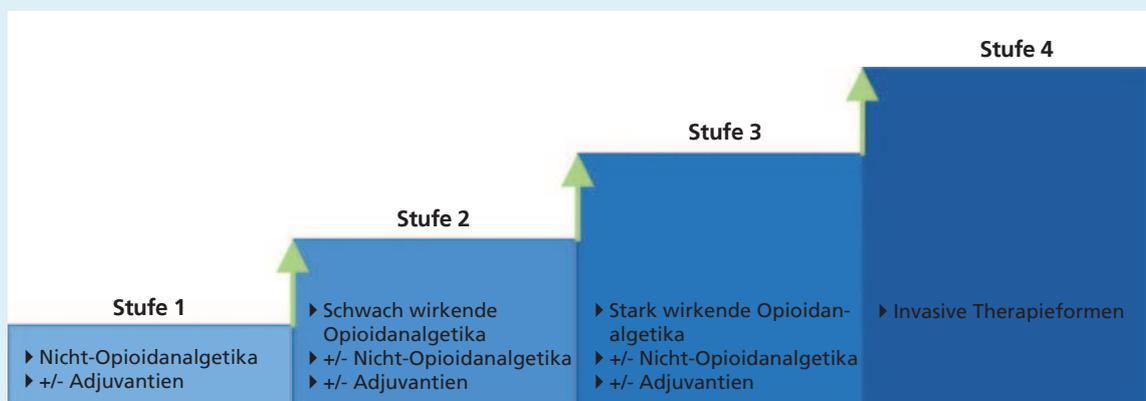


Abbildung 1

WHO-Stufenschema der Schmerztherapie.

Dieses Stufenschema dient als Goldstandard in der Behandlung von Tumorschmerzen und Schmerzen anderer Genesen. Als Adjuvantien kommen Substanzen in Betracht, die einen schmerzstillenden Effekt haben ohne klassische Analgetika zu sein, etwa Antidepressiva, Neuroleptika oder Antikonvulsiva.

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

Alternativ kommen transdermale Systeme in Frage. Invasive Verfahren (i.v., s.c.) kommen nur dann zum Einsatz, wenn andere Applikationsformen nicht möglich sind. Schmerzmittel sollten generell nicht i.m. appliziert werden. Die Einnahme sollte nach einem festgelegten Zeitplan bevorzugt mit Retardpräparaten erfolgen und so angelegt sein, dass die Wirkung nicht nachlässt, bevor die nächste Dosis verabreicht wird. Die Art der eingesetzten Analgetika richtet sich nach dem WHO-Stufenschema (Abbildung 1). Tabelle 1 gibt eine Übersicht der Analgetika, die in der jeweiligen Stufe zum Einsatz kommen.

Analgetika der Stufe 1 werden je nach Wirkungsprofil eingesetzt, da sie sich hinsichtlich analgetischer, antipyretischer und antiphlogistischer Wirksamkeit stark unterscheiden.

Sind Schmerzen mit diesen Analgetika nicht zu beherrschen, kommen Stufe-2-Analgetika zum Einsatz. Hier ist zu beachten, dass die Opiode einen Ceiling-Effekt zeigen. Das bedeutet, ab einer gewissen Dosis ist nicht mehr mit einer Wirksamkeitssteigerung zu rechnen, sondern nur noch mit verstärkten unerwünschten Wirkungen. Daher ist es sinnvoll, diese Arzneistoffe mit Analgetika der Stufe 1 und/oder Ko-Analgetika zu kombinieren.

Im Zusammenhang mit Palliativpatienten haben Analgetika der Stufe 3 die grösste Bedeutung. Sie sind dann indiziert, wenn Präparate aus Stufe 1 und 2 nicht ausreichend wirksam sind. Auch hier empfiehlt sich die Kombination aus Opioiden, nicht-opioiden Analgetika und Ko-Analgetika. Aufgrund einer kompetitiven Rezeptoraffinität ist die Kombination mit schwachen Opioiden der Stufe 2 nicht sinnvoll. Bei der Verabreichung von Buprenorphin ist die schlechte Antagonisierbarkeit zu beachten.

Durchbruchschmerzen sind Schmerzspitzen, die zusätzlich zum Ruheschmerz auftreten. Zur Therapie sollten rasch verfügbare, nicht-retardierte Opiode eingesetzt werden, die für diese Indikation auch in besonderen Arzneiformen im Handel sind. So ist zum Beispiel Fentanyl in Form von Sublingualtabletten, als oral-transmukosaler Stick (Actiq®) oder in Deutschland auch als Nasenspray (Instanyl®) erhältlich. Die Applikation über die Nasen- bzw. Mundschleimhaut ist beinahe ebenso schnell wirksam wie ein i.v.-appliziertes Opioid.

Bei langfristiger Gabe von Opioiden steht immer auch das Problem der Abhängigkeit im Raum. Die Frage nach Sucht und Dosissteigerung hält sich hartnäckig. Es muss zunächst zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden werden. Als psychische Abhängigkeit wird das ständige Verlangen nach einer Substanz bezeichnet, um deren psychotrope Wirkung zu erleben. Dieses Phänomen tritt bei Palliativpatienten im Allgemeinen nicht auf, wenn das Präparat ausreichend dosiert ist und regelmässig eingenommen wird. Es steht die ausreichende Schmerzstillung, nicht die psychotrope Wirkung im Vordergrund. Eine psychische Abhängigkeit ist also eher die Ausnahme als die Regel. Bei langdauernder Opiodeinnahme entsteht jedoch immer eine physische Abhängigkeit (Toleranzeffekte). Dies zeigt sich durch das Auftreten von Entzugssymptomen nach plötzlichem Absetzen. Solche Symptome sind Schweissausbrüche, Tachykardie, Tachypnoe, Diarrhoe, Unruhe, Angst etc. Sie können auch beim Wechsel auf ein anderes Opioid auftreten. Die Therapie mit diesen Schmerzmitteln muss schrittweise ausgeschlichen werden.

Die Kombination von Analgetika mit Ko-Analgetika (Adjuvantien) ist laut WHO empfohlen. Ko-Analgetika sind keine Analgetika im eigentlichen Sinne. Welche Arzneistoffe zum Einsatz kommen, richtet sich nach der Schmerzursache. Tabelle 2 zeigt die Substanzklassen, welche als Ko-Analgetika verwendet werden.

Tabelle 1

Auswahl oral und transdermal eingesetzter Präparate in der Schmerzmedikation

WHO-Schmerzstufe	Wirkstoff	Handelsname (CH)	Handelsname (D)
Stufe 1	Acetylsalicylsäure	Aspirin®, Alcacyl®	Aspirin®, ASS-ratiopharm®
	Ibuprofen	Algifor®, Dolo-Spedifen®	Aktren®, Dolormin®
	Paracetamol	Panadol®, Dafalgan®	Ben-u-ron®
	Mefenaminsäure	Ponstan®, Mefenacid®, Spiralgin®500	Nicht im Handel
	Metamizol	Novalgin®	Novalgin®
	Diclofenac	Voltaren®, Olfen®	Voltaren®
	Etoricoxib	Arcoxia®	Arcoxia®
Stufe 2	Celecoxib	Celebrex®	Celebrex®
	Tilidin	Valoron®	Valoron® N (in Kombination mit Naloxon)
	Tramadol	Tramal®, Tramundin®	Tramal®
	Dihydrocodein	Codicontin®, Paracodin®	Paracodin® N
Stufe 3	Hydromorphon	Jurnista®, Palladon®	Jurnista®, Palladon®
	Fentanyl	Actiq®, Durogesic®	Actiq®, Durogesic®
	Morphin	Sevredol®	Sevredol®
	Oxycodon	Oxycontin®, Oxynorm®	Oxygesic®, Targin® (+ Naloxon)
	Buprenorphin	Temgesic®, Transtec®	Temgesic®, Transtec®

Tabelle 2

Ko-Analgetika (Adjuvantien)

Schmerzbedingtes, depressives Syndrom	Antidepressiva
Rückenschmerz	▶ Amitriptylin
Tumorschmerz	▶ Doxepin
	▶ Citalopram
Diabetogener Schmerz	Antikonvulsiva
Neuropathischer Schmerz	▶ Carbamazepin
Trigeminusneuralgie	▶ Gabapentin
	Myotonolytikum
	▶ Baclofen
Arthritis	Kortikosteroide
Kompressionsschmerz	▶ Dexamethason
Metastatischer Knochenschmerz	▶ Prednisolon
Lymphödem	
Hyperkalzämie	Kalziumstoffwechselregulatoren
Knochenmetastasen	▶ Calcitonin
Osteoporose	
Viscerales Schmerzsyndrom	Spasmolytika
	▶ N-Butylscopolamin
Darmspastiken	▶ Metamizol
Koliken	
Schmerzhafte Muskelspastik	Myotonolytikum
	▶ Baclofen

Übelkeit und Erbrechen

Etwa 60 % der Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium leiden unter Übelkeit und Erbrechen, die zum einen von einer Vielzahl von Medikamenten ausgelöst werden können (z. B. Zytostatika, nicht-steroidale Antirheumatika (NSAID) oder Opioide), zum anderen durch Erkrankungen, die gegebenenfalls kausal zu therapieren sind. Dazu gehören:

- ▶ Metabolische Störungen: Hyperkalzämie, Urämie
- ▶ Infektionen
- ▶ Zentralnervöse Störungen: erhöhter Hirndruck, vestibuläre Störungen
- ▶ Gastrointestinale Störungen: Ulkus, Subileus, Ösophagitis
- ▶ Psychische Störungen: Angst
- ▶ Depressionen
- ▶ Starker Husten

Zur Vermeidung von Übelkeit und Erbrechen sollten verzichtbare Medikamente abgesetzt werden, bei Opioidtherapie kann prophylaktisch eine antiemetische Begleitmedikation verabreicht werden.

Als Arzneimittel kommen verschiedene Substanzklassen zum Einsatz.

- ▶ Prokinetika (z. B. Metoclopramid) blockieren zentrale Dopaminrezeptoren und stimulieren die gastrale Motilität.
- ▶ Antihistaminika (z. B. Dimenhydrinat): Ältere Vertreter dieser Wirkstoffgruppe greifen antagonistisch am Brechzentrum an und besitzen sedierende Nebenwirkungen.
- ▶ 5HT₃-Antagonisten (z. B. Ondansetron) blockieren die Serotoninwirkung im Gastrointestinaltrakt.
- ▶ Anticholinergika (z. B. Scopolamin) blockieren die muscarinergen Acetylcholinrezeptoren im Brechzentrum.
- ▶ Neuroleptika (z. B. Haloperidol) besitzen die breiteste antiemetische Wirkung, da sie zentrale Dopamin-, und in hohen Dosen auch Histamin-, Acetylcholin- und 5HT₂-Rezeptoren blockieren. Für die antiemetische Therapie ist eine deutlich geringere Dosis nötig als für die antipsychotische Therapie.
- ▶ Steroide (z. B. Dexamethason) besitzen einen nicht genau bekannten Wirkmechanismus. Möglich ist eine zentrale Hemmung der Prostaglandinsynthese.
- ▶ Cannabinoide (z. B. Dronabinol) wirken über Rezeptoren im zentralen Kortex, sind allerdings bisher weder in der Schweiz noch in Deutschland zugelassen. Eine Änderung des Betäubungsmittelrechts zur Erleichterung der Zulassung von dronabinolhaltigen Fertigpräparaten wurde in Deutschland auf den Weg gebracht [14]. Dronabinol kann dort bereits jetzt in Form einer Rezeptur als Einzelverordnung legal rezeptiert werden.

Wie Schmerzmittel können auch Antiemetika je nach klinischer Situation miteinander kombiniert werden. Zu Bedenken ist die problematische Einnahme. Bei starkem Erbrechen ist eine intravenöse, subcutane oder rektale Applikation zu bevorzugen. Bei leichter Übelkeit kann auf eine orale Arzneiform zurückgegriffen werden.

Obstipation

Obstipation kann organisch oder funktionell bedingt sein. Zu den organischen Ursachen gehören Tumore, Hyperkalzämie oder Divertikulitis, als funktionell bedingte Ursachen sind eine verlangsamte Kolonpassage, ballaststoffarme Kost, Immobilität u. a. zu nennen.

Palliativpatienten sind häufig eingeschränkt mobil, haben wenig Appetit und wenig Durst (und damit verbunden eine geringe Ballaststoffaufnahme sowie Elektrolytstörungen) und benötigen meist eine Opioidtherapie.

Allgemeine Massnahmen zur Behebung der Obstipation wie eine Erhöhung der Ballaststoffe in der Ernährung, eine vermehrte Flüssigkeitszufuhr sowie ausreichend Bewegung sind bei Patienten in der Terminal- und Finalphase kaum möglich. Allenfalls Fruchtsäfte werden von vielen Patienten akzeptiert. So muss nahezu immer eine medikamentöse Unterstützung der Darmtätigkeit erfolgen. Vor der Laxanzienabgabe ist als wichtigste Komplikation ein Ileus auszuschliessen.

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

Tabelle 3

Laxanzien in der Palliativmedizin (Auswahl)

Gruppe	Wirkstoffe	Präparate CH (Beispiele)	Präparate D (Beispiele)
Osmotisch wirksam	Macrogol	Dulcolax Macrogol Pulver	Movicol [®] , Isomol [®]
	Lactulose	Duphalac [®] Sirup, Gatinar [®] Sirup	Bifiteral [®]
Antiresorptiv und hydragog wirksam	Bisacodyl	Dulcolax Bisacodyl [®] (Drageés und Supp.), Prontolax [®] (Drageés und Supp.)	Dulcolax [®] (Drageés und Supp.)
	Natriumpicosulfat	Dulcolax Picosulfat [®] (Pearls und Tropfen), Laxoberon Tropfen [®]	Laxoberal [®] Tropfen
	Rizinusöl	Rical [®] Kapseln	Laxopol [®] Kapseln
	Anthraglycoside	Darmol [®] Abführtee/Abführkapseln/Abführtabletten	Bekunis [®] Drg. und Tee Agiolax [®] Granulat Neda [®] Würfel Midro [®] Tee und Tbl.
Gleitmittel	Docusat-Natrium	Nicht im Handel	Norgalax [®] Miniklistier Gel
	Paraffin	Paragol N [®] , Paragar [®]	Obstinol [®]
Laxans mit Wirkung auf den Defäkationsreflex	Glycerin	Practomil [®] Klistier	Glycilax [®]

Mittel der Wahl bei Palliativpatienten ist Polyethylenglycol (Macrogol) (Tabelle 3). Es wird nicht resorbiert und besitzt eine osmotische Wirkung im Darm, welche eine Volumensteigerung zur Folge hat. Die enthaltenen Elektrolyte sollen dafür sorgen, dass nahezu keine Nettogewinne oder -verluste an Natrium und Kalium auftreten. Einzige Einschränkung ist die Flüssigkeitsmenge, die der Patient in der Lage sein muss, zu sich zu nehmen. Alternativ kann Lactulose gegeben werden, welche auf osmotischem Weg Wasser im Darm zurückhält und die Peristaltik anregt. Da Lactulose im Darm durch Bakterien gespalten wird, klagen die Patienten jedoch häufig über unangenehme Blähungen. Auch der süßliche Geschmack ist wenig beliebt. Stimulierende Laxanzien, z. B. Bisacodyl und Natriumpicosulfat, wirken über die Hemmung der Natriumresorption im Darm, verbunden mit einem Elektrolyt- und Wassereinstrom in das Darmlumen. Die bei sonst gesunden Patienten gefürchtete Gewöhnung tritt bei Palliativpatienten in den Hintergrund. Gleitmittel wie Glycerin weichen den verhärteten Stuhl auf und verbessern die Gleitfähigkeit. Sie sind oft eine notwendige Ergänzung zu den anderen Laxanzien. Die verminderte Resorption von fettlöslichen Vitaminen unter Gabe von Paraffin kann in der palliativen Situation vernachlässigt werden. In der Praxis werden die

Abführmittel bei Palliativpatienten auch kombiniert angewendet. Sollten all diese Massnahmen erfolglos bleiben, muss eine manuelle Ausräumung stattfinden.

Anorexie/Kachexie und Ernährung

Von entscheidender Bedeutung für die Lebensqualität ist der Ernährungszustand der erkrankten Person. Früher oder später leiden viele Palliativpatienten an ausgeprägter Anorexie und Kachexie. Man spricht daher von einem Anorexie-Kachexie-Syndrom (AKS) [8]. Anorexie bezeichnet die Appetitlosigkeit, die Abneigung und Lustlosigkeit zum Essen und Trinken, begleitet von einem raschen Sättigungsgefühl. Anorexie kann verschiedene Ursachen haben: die Tumorerkrankung selbst, die Chemo-, Strahlen- oder Arzneimitteltherapie sowie die Kachexie, die ihrerseits wieder Anorexie hervorrufen kann. Kachexie ist der rasche, unfreiwillige Gewichtsverlust von 2 % in zwei Monaten oder 5 % in sechs Monaten [7]. Als Folge werden nicht nur die Fettdepots sondern auch das Baufett und die Muskulatur abgebaut. Die Malnutrition beeinträchtigt die Aktivitäten des täglichen Lebens, verstärkt andere negative Begleiterscheinungen der Grunderkrankung wie Dyspnoe, Fatigue und erhöht die Dekubitusneigung. Es kommt zu Atrophien und Funktionsausfällen

von Knochen und Organen. Lebensbedrohlich wird eine Kachexie, wenn sie den Herzmuskel angreift. Bei Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen ist die Kachexie durch die Produktion proinflammatorischer Zytokine sowie tumorinduzierter Faktoren gekennzeichnet. Dies führt zu einem veränderten Metabolismus, der wiederum die Kachexie weiter vorantreibt sowie lebensbedrohliches Leber- oder Nierenversagen hervorrufen kann [9].

Das AKS trifft bis zu 80 % der Tumorpatienten, daneben auch Patienten mit Herzinsuffizienz, COPD oder AIDS. Man unterscheidet ein primäres und ein sekundäres AKS. Beide können gleichzeitig auftreten.

Das *primäre* AKS ist durch eine katabole Stoffwechsellage gekennzeichnet, welche durch chronisch-entzündliche Faktoren und neuroendokrine Veränderungen hervorgerufen wird. Dies resultiert in einem Nährstoffmangel durch gesteigerten Abbau von Muskel- und Fettgewebe, zentral gehemmten Appetit und Hemmung der Magen-Darm-Peristaltik.

Ein *sekundäres* AKS entwickelt sich aus zum Teil korrigierbaren Faktoren, wie Stomatitis, Soor, Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit sowie Kau-/Schluckstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Schmerzen, Depression, psychosoziale Faktoren und Diätfehler. Eine verminderte Absorption durch z. B. Pankreasinsuffizienz, Eiweißverluste durch Aszitespunktionen und Muskelabbau durch Bettlägerigkeit erschweren die Situation.

Um dem massiven Gewichts- und Proteinverlust entgegen zu wirken, können mit Hilfe eines Ernährungsprotokolls die Ursachen abgeklärt und behebbare Faktoren multi-professionell beseitigt werden. Zu den Massnahmen, die ergriffen werden sollten, zählen vor allem die Ernährungsberatung und die psychosoziale Betreuung.

Idealerweise sollte die Ernährungsberatung nach einem vorangegangenen Ernährungsscreening so frühzeitig wie möglich erfolgen. Es sollte eine abwechslungsreiche, wohlschmeckende Wunschkost unter Berücksichtigung individueller Essgewohnheiten serviert werden, eine spezielle Diät ist in der Regel nicht notwendig. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, evtl. mit appetitanregenden Getränken, muss geachtet werden. Um dies sinnvoll umzusetzen, müssen auch Angehörige entsprechend geschult werden (Kasten 3).

Zusätzlich kann der Versuch unternommen werden, die Kachexie durch die Gabe von Medikamenten zu verringern [17]. Die Anwendung von Kortikosteroiden über zwei bis vier Wochen bewirkt eine Appetitsteigerung und somit eine Besserung des Allgemeinzustandes. Eine längerdauernde Therapie bringt jedoch keinen Vorteil, sondern vermehrt unerwünschte Wirkungen. Daher empfiehlt sich der Einsatz vor wichtigen Lebensereignissen oder einer verbleibenden Lebenserwartung von weniger als sechs Wochen. Die Verabreichung von Progestinen bewirkt eine Steigerung von Appetit und Gewicht durch Wasserretention und Zunahme des Fettgewebes. Die Wirkung tritt nach ca. einer Woche ein und hält länger an als bei Kortikoiden. Indiziert ist dies bei Patienten mit einer Lebenserwartung von über drei Monaten. Zu beachten ist allerdings das erhöhte Thromboserisiko.

Schliesslich reduzieren Prokinetika ein frühes Sättigungsgefühl. Darüber hinaus beheben sie eine chronische Übelkeit [7].

Erreicht der Patient aufgrund von Appetitlosigkeit nicht die nötige Kalorienzufuhr oder kann er seinen Bedarf an Mikronährstoffen nicht mehr decken, kann die Nahrung mit Ergänzungsnahrungen angereichert werden. Sie sind in Flaschen, TetraPaks sowie PET-Fläschchen zu bekommen (z. B. Fresubin®). Im Handel sind vorwiegend süssliche und fruchtige Geschmacksrichtungen. Je nach Hersteller werden aber auch Suppen oder neutrale Geschmacksrichtungen angeboten. Die Ernährung des Patienten kann, wenn nötig, ausschliesslich über diese Nahrung erfolgen, sofern sie bilanziert ist (Herstellerinfo beachten). Meist reicht es aber aus, die normale Kost mit Supplementen zu ergänzen. Die Industrie bietet je nach Indikation hochkalorische, eiweissreiche oder je nach Krankheitsbild adaptierte Ergänzungsnahrungen an. Einige enthalten Omega-3-Fettsäuren, die einem speziell krebsbedingten Gewichtsverlust entgegenwirken können. Darüber hinaus sind einzelne Nahrungsbestandteile wie Proteine, Kohlenhydrate, MCT-Fette, Pulver zum

Kasten 3

Ernährungstipps für Palliativpatienten (nach Aulbert/Zech)

- ▶ Essen Sie immer, wenn sie Lust haben, sooft Sie mögen.
- ▶ Passen Sie die Nahrungsmenge den Tageszeiten mit dem grössten Hunger an.
- ▶ Pflegen Sie eine Esskultur in angenehmer Atmosphäre und Gesellschaft.
- ▶ Erhalten Sie Essrituale und Essenszeiten: Essen Sie mit Augen und Liebe.
- ▶ Laden Sie Angehörige ein, gemeinsam zu essen und trinken (Teestunde).
- ▶ Trauen Sie sich das zu essen, worauf Sie Lust haben (und weniger, was «gesund» ist).
- ▶ Lassen Sie sich im Spital/Pflegeheim Lieblings Speisen und Geschirr von zu Hause mitbringen.
- ▶ Essen zwischendurch ist erlaubt: 6–8 Snacks pro Tag.
- ▶ Haben Sie immer etwas Kleines zum Essen dabei.
- ▶ Wählen Sie protein- und fettreiche Nahrungsmittel.
- ▶ Bewegen Sie sich jeden Tag (Spaziergang usw.), am besten vor den Mahlzeiten
- ▶ Gewinnen Sie (wieder) Vertrauen in ihren (veränderten) Körper.
- ▶ Trinken Sie viel zwischen den Mahlzeiten, aber wenig beim Essen.
- ▶ Achten Sie auf eine sehr gute Darmtätigkeit.

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

Andicken von Speisen für Dysphagiepatienten und anderes in Form von Spezialprodukten auf dem Markt. Sie können entweder in die normale Kost eingearbeitet oder in Form von Getränken verabreicht werden.

Als letzte Möglichkeit bleibt die so genannte künstliche Ernährung. Der Begriff bezeichnet mehr die Art und Weise der Nahrungszufuhr als die Art der Nahrung. Bevor man sich für eine enterale oder parenterale Ernährung entscheidet, stellt sich die Frage, ob der Patient in Bezug auf seine Lebensqualität davon profitiert. Künstliche Ernährung wird erst dann eingesetzt, wenn der Bedarf auf natürlichem Weg nicht mehr gedeckt werden kann. Bei der enteralen Ernährung über eine Sonde wird eine Sonde in den Magen oder Dünndarm gelegt und die Nahrung direkt appliziert. Die gastrale Sonde wird entweder über Nase und Speiseröhre in den Magen geführt, oder, bei längerer Verweildauer, durch die Bauchdecke gelegt (PEG, Perkutane Endoskopische Gastrostomie). Eine aggressive Ernährungstherapie ist in der Terminalphase oft nicht hilfreich und verbessert die Lebensqualität nicht [15]. Die Entscheidung über das Einstellen einer Ernährungstherapie sollte gemeinsam mit Arzt, Angehörigen und idealerweise mit dem Patientenwillen geschehen.

Dekubitus und Hautreizungen

Je weiter die Erkrankung fortschreitet, umso weniger mobil sind die Patienten. Zu den bestehenden Symptomen kommt das Wundliegen bzw. Dekubitus hinzu. Ursachen hierfür sind Immobilität, Inkontinenz und reduziertes Fettgewebe. Durch einen unphysiologisch langen Druck auf Haut und darunter liegendes Gewebe kommt es bei langem Liegen zur lokalem Ischämie, aus welcher sich langfristig ein schwer zu behandelndes Geschwür entwickelt. Besonders gefährdet sind Stellen, an denen die Haut direkt über dem Knochen liegt (z. B. Wirbelvorsprünge, Fersen, Knie). Diese Stellen sollten regelmässig untersucht und gepflegt werden (erstes Symptom eines Dekubitus ist eine Rötung). Pflegeprodukte sollten die Haut nicht mit einem okklusiven Film überziehen, sondern den Gasaustausch erlauben (z. B. Dexpanthenol-haltige Salben). Ebenfalls wichtig zur Prophylaxe eines Dekubitus sind ein häufiger Lagerungswechsel und Druckentlastung. Hier kann mit einigen Hilfsmitteln viel erreicht werden. Weiche Rollen, Felle, Gelmatten, Schaumstoff, Kissen und nicht zuletzt Wechseldruckmatratzen und Pflegebetten kommen hier zum Einsatz. Gelenke sollten nicht zu sehr gestreckt sein, sondern unterpolstert werden. Zur Therapie eines bestehenden Dekubitus eignen sich Wundverbände, welche für ein feuchtes Milieu sorgen. Diese Verbände enthalten Alginate, Polyurethanschäume, Hydrogele oder Hydrokolloide [16]. Auch hier kann und muss in der Apotheke intensive Beratungsleistung erbracht werden.

Auch in Hautfalten können durch Feuchtigkeitsansammlungen Rötungen und Entzündungen entstehen. Um diesen entgegenzuwirken, sollten Hautfalten trocken gehal-

Kasten 4

Palliative Care – Wer kommt für die Kosten auf?

In der Schweiz ist seit Anfang 2011 die Pflegefinanzierung neu geregelt. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet fortan einen nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die Pflegeleistungen, die im Pflegeheim und zu Hause erbracht werden. Weitere Kosten werden durch die Kantone und den Versicherten selbst übernommen.

In Deutschland tragen die Krankenkassen die Kosten zur palliativen Versorgung. Geregelt ist dies im Sozialgesetzbuch V (SGB V) §§ 37b und 132d. Diesem folgt eine Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), in der Grundlagen, Ziele, Voraussetzungen und Kostenübernahme durch die Krankenkassen geregelt sind.

ten und eher sparsam gecremt werden. Insbesondere inkontinente Patienten, die Windelhosen benötigen, sind gefährdet. Der Okklusionseffekt macht die Haut noch empfindlicher, auch für Pilzkrankungen. Der Wechsel zwischen Windelhose und Vorlage plus Netz hose kann sinnvoll sein. Zur Hautpflege stehen viele Möglichkeiten zur Verfügung. Cremes mit hochwertigen Ölen (z. B. Olivenöl, Lavendelöl oder durchblutungsförderndes Rosmarinöl) oder Hautschutzsalben können vorbeugend eingesetzt werden. Für Pilzinfektionen eignen sich beispielsweise nystatinhaltige Salben.

Die Rolle des Apothekers im Palliative Care Team

In der Apotheke begegnen uns nicht nur Patienten, die palliativ betreut werden müssen, sondern auch deren Angehörige sowie Mitarbeiter des Pflegedienstes.

Den Apothekern bietet sich ein auszuweitendes Betätigungsfeld, sie können bei Visiten in den Pflege- oder Hospizeinrichtungen oder im häuslichen Umfeld anwesend sein [11]. Zu den pharmazeutischen Aufgaben gehört es, Ärzte und Pflegepersonen über neue Arzneimittel und -formen fortzubilden, sie zu beraten, ob und wie und welche Arzneimittel über eine Ernährungssonde verabreicht werden können, sowie ihnen die erforderlichen Techniken für den Kranken, etwa Medikamentenpumpen, Material für invasive Schmerztherapie oder Infusionstherapien, bereitstellen [1]. Im ambulanten Bereich kann der Apotheker

Tabelle 4

Alternative Arzneiformen für starke Schmerzmittel

Wirkstoff	Darreichungsform	Handelspräparat (CH)	Handelspräparat (D)
Fentanyl	Nasenspray	Nicht im Handel	Instanyl®
	Transdermales System	Durogesic®	Durogesic®
	Oral-transmukosales System	Actiq®	Actiq®
	Sublingualtablette	Abstral®	Abstral®
Buprenorphin	Sublingualtablette	Sobutex®, Temgesic®	Temgesic®
	Transdermales System	Transtec®	Transtec®
Morphinsulfat	Lösung zum Einnehmen	Oramorph®	Oramorph®

als Schnittstelle zwischen Patienten, Pflegenden und Angehörigen dienen, indem er in den genannten Bereichen beratend tätig ist, Medikamente und Hilfsmittel liefert und bei Problemen rasch Alternativen bieten kann.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist die Weiterentwicklung innovativer gesundheitspolitischer Modelle wie Palliative Care notwendig und wichtig. Die Ist-Situation in der Schweiz zeigt einen ungleichen Zugang zu palliativer Versorgung. Nach Informationen des BAG sterben die meisten Menschen in der Schweiz im Alters- und Pflegeheim, obwohl sich die Mehrheit ein Sterben zuhause wünscht. Durch einen weiteren Ausbau palliativer Netzwerke im ambulanten Bereich kann dem Wunsch besser entsprochen werden, ohne dass die Qualität der Versorgung leidet.

Besondere Aspekte

Alternative Arzneiformen

Problematisch kann z. B. die Einnahme von Arzneimitteln sein, wenn der Patient nicht mehr schlucken kann. Nimmt der Patient nur noch flüssige Nahrung zu sich, kann insbesondere die Schmerzmedikation auf alternative Applikationsformen umgestellt werden. Auch bei den übrigen Medikamenten ist eine Überprüfung der Arzneiform angezeigt. Tabelle 4 gibt eine kurze Übersicht zu Alternativpräparaten in der Schmerzmedikation. Um dem Patienten unnötige Schmerzen zu ersparen, sollte die Umstellung

frühzeitig erfolgen. Wie oben schon erwähnt, bieten sich zur Therapie der Schmerzspitzen schnell verfügbare Arzneiformen an. Diese bieten den Vorteil, dass sie vom Patienten selbst angewendet werden können und der Arzt nicht notwendigerweise eine Spritze zusätzlich applizieren muss.

Darüber hinaus gilt es darauf zu achten, dass Medikamente, wenn nötig, zermörsert und über eine Sonde appliziert werden können. Zu berücksichtigen sind hierbei unter anderem Inkompatibilitäten zwischen Arzneistoffen und/oder den Bestandteilen der Sondennahrung. Beispielsweise ist die Applikation von Gyrasehemmern in zeitlichem Abstand zu Arzneimitteln mit mehrwertigen Metallen (z. B. Antazida) notwendig.

Kommunikation

Als weiterer besonderer Aspekt kommt der Kommunikation zwischen den Beteiligten eine grosse Bedeutung zu. Die Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren Krankheit hat tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben des Patienten. Damit ist aus dem theoretischen Wissen, dass jeder Mensch sterben muss, absehbare Realität für das Individuum geworden. Diese Botschaft muss erst verarbeitet werden. Daher gilt es im Gespräch behutsam damit umzugehen, was der Patient weiss und was er tatsächlich zu dem jeweiligen Zeitpunkt wissen will. Über das Thema Sterben und Tod zu sprechen, fällt vielen Menschen schwer und wird häufig sogar tabuisiert. Im Gespräch ergeben sich nicht selten Missverständnisse [12].

Kommunikation ist mehr als nur Informationsweitergabe. Neben den Worten sind nonverbale Signale von mindestens ebenso grosser Bedeutung. Stimme, Lautstärke, Tonfall, Pausen sowie Körperhaltung, Mimik und Gestik sprechen immer mit. Nur wenn all diese Signale zusammen passen, ist die Nachricht stimmig.

Aktives Zuhören ist ein weiterer wichtiger Punkt in der Kommunikation. Dem Patienten sollte man uneingeschränkte Aufmerksamkeit schenken, statt nebenher etwas anderes zu tun. Stellt man offene Fragen, kann man viel Information über die Sachebene hinaus erhalten. Darüber hinaus sollte das Gehörte gespiegelt, d. h. das Verstandene in einer empathischen Grundhaltung kurz wiedergegeben werden. Im Rahmen der palliativen Betreuung ist die Aufklärung des Patienten ein prozesshaftes Geschehen. Der Patient wird an «seine» Wahrheit herangeführt. Das Ausmass dieser Wahrheit hängt davon ab, was für den Patienten tragbar ist, es sollten keine Ängste geschürt werden. Nicht alles, was wahr ist, muss zu einem bestimmten Zeitpunkt gesagt werden, aber alles, was gesagt wird, muss wahr sein [12]. In der Sprache ist auf eine verständliche Ausdrucksweise und eine sensible Wahrnehmung der Patientenreaktion zu achten. Besonders, wenn es darum geht, den Nutzen weiterer Therapien bei ungünstiger Prognose oder gar die Frage «Wie viel Zeit habe ich noch?» zu beurteilen.

Palliative Care – Was kann man tun, wenn man nicht mehr heilen kann?

Fazit

Die Betreuung palliativer Patienten erfordert ein besonderes Augenmerk auf alle Beteiligten. Im Mittelpunkt steht der Patient selbst. Sein Wille und sein Wohlbefinden stehen an oberster Stelle, daran sollten sich alle Therapien und Massnahmen orientieren. Er sollte sich wohlfühlen und nach Möglichkeit den Ort zum Sterben selbst bestimmen können. Je weiter fortgeschritten die Erkrankung, umso geringer wird die Bedeutung apparativer und kurativer Massnahmen. In den Vordergrund tritt eine möglichst lang zu erhaltende Lebensqualität. Besonderes Augenmerk muss hier auf den Ernährungszustand und die Symptomkontrolle gelegt werden. Eine wichtige Rolle spielen die Angehörigen, die meist mit der Pflege betraut sind. Sie müssen entsprechend instruiert und ebenfalls psychisch begleitet werden, auch nach dem Tod des Patienten. Um dies zu gewährleisten, ist ein multiprofessionelles Team nötig. Neben Ärzten, Pflege- und Hospizdiensten, Psychologen und Ernährungsberatern dürfen auch Apotheker als Schnittstelle in diesem Team nicht fehlen. Der Apotheker kann z. B. über Hilfsmittel, alternative Arzneiformen und neue Arzneimittel beraten, auf Interaktionen und überflüssige Medikamente aufmerksam machen. In naher Zukunft ist es dringend notwendig, die Palliativnetzwerke weiter auszubauen, um möglichst flächendeckend den Patienten die optimale Sterbebegleitung zukommen zu lassen.

Literaturverzeichnis

- 1 Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012; Oktober 2009
- 2 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 3 Jaspers B, Müller-Busch HC, Nauck F. Integral Palliative Care – ein Widerspruch in sich? Zeitschrift für Palliativmedizin 2009;10:162–166
- 4 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Satzung; Oktober 2009
- 5 Radbruch I, Nauck F, Aulbert E. Grundlagen der Palliativmedizin. Schattauer Verlag Stuttgart, 2007 (2. Aufl.)
- 6 Uebach B, Kern M. Pflege und Begleitung Sterbender und ihrer Zugehörigen in der Finalphase. Zeitschrift für Palliativmedizin 2010;11:108–111
- 7 Inselspital Universitätsspital Bern: Empfehlungen Anorexie-Kachexie-Syndrom bei palliativen Patienten; 2009
- 8 Klaschik E. Palliativmedizin Praxis. Leitfaden für die palliativmedizinische Alltagsarbeit. Pallia Med Verlag Bonn, 2008 (4. Aufl.)
- 9 Krebsliga Schweiz. Ernährungsprobleme bei Krebs, 2010
- 10 Immel-Sehr A. Für ein würdiges Sterben zu Hause. Pharmazeutische Zeitung online 2009;4
- 11 Krüger A. Für Lebensqualität am Ende des Lebens. Ärzte Zeitung online 2009
- 12 Gaspar M, Weber M. Kommunikation in der Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2010;11:167–179
- 13 Tetzner Lämmel H. Schmerztherapie. online academy 2009;2:36–49
- 14 Pressemitteilung JournalMed. Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie begrüsst geplante Änderungen des Betäubungsmittelrechts. 18.08.2010
- 15 Körner U, Biermann E, Bühler E, Oehmichen F, Rothärmel S, Schneider G, Schweidtmann W. DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Aktuelle Ernährungsmedizin 2003;28 Supplement 1:36–41
- 16 Schmidt S. Wunden und Wundversorgung. online academy 2009;2:50–61
- 17 Omlin A, Strasser F. Ernährung bei Anorexie-Kachexie-Syndrom. Onkologie 2008;1:31–35

Lehrbücher und Internetadressen

- ▶ Bausewein C, Roller S, Voltz R. Leitfaden Palliativmedizin. Urban und Fischer Verlag München, 2004 (2. Aufl.)
- ▶ Aulbert E, Zech D. Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer Stuttgart, 2000
- ▶ Huseboe S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag Heidelberg, 2003 (3. Aufl.)
- ▶ Knipping C. Lehrbuch der Palliative Care. Huber Verlag Bern, 2007
- ▶ Neuenschwander H (Krebsliga Schweiz). Palliativmedizin, 2006
- ▶ Nationales Informationsportal Schweiz: www.palliative.ch (Zugriff Januar 2011)
- ▶ Schweizer Palliativstiftung für Kinder und junge Erwachsene: www.pro-pallium.ch (Zugriff Januar 2011)
- ▶ Deutsche Palliativstiftung: www.palliative.de (Zugriff Januar 2011)

Autorin

Anja Claus
Lindenstr. 7
D- 34393 Grebenstein
Anja@clausweb.de