

Tischversion

Definition der Palliativmedizin

Palliativmedizin ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden an und berücksichtigt psychische, soziale und spirituelle Probleme (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)).

Begleitung durch den Hausarzt

Wenn Patienten zu Hause sterben möchten, ist der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner für ihn und seine Angehörigen. An die Hausärzte wird die hohe Anforderung gestellt, dem Patienten in der letzten Lebensphase eine bestmögliche Lebensqualität und ein Sterben möglichst ohne Schmerzen und Angst in vertrauter Umgebung in Würde zu ermöglichen. Dabei erleben viele Ärzte gerade das „Aushalten müssen“ an der Grenze des ärztlichen Handelns als belastend. Bei schwer lösbaren medizinischen Problemen sind eine ambulante (Mit-)Behandlung durch spezialisierte Palliativmediziner oder eine kurze stationäre Behandlung auf einer Palliativstation sinnvoll.

Die in der Region vorhandenen Versorgungsstrukturen können in den kontinuierlich aktualisierten Wegweisern zur Hospiz- und Palliativmedizin in Deutschland eingesehen werden.

<http://www.hospizbewegung.de/adressen/hospiz-palliativfuehrer.html>

Diagnostik

Vor jeder Behandlung sollte eine genaue Anamnese und Untersuchung durchgeführt werden, um reversible Ursachen zu erkennen und zu therapieren. Nicht vergessen werden sollte dabei die Inspektion der Mundhöhle und des Rachens (z. B. Soor oder Mukositis), die Auskultation der Thoraxorgane (z. B. Lungenödem, Pneumonie, Pneumothorax, Herzrhyth-

Palliativversorgung

musstörungen), Palpation und Perkussion des Abdomens (z. B. Harnverhalt, Subileus, Aszites, Hepatomegalie, intraabdominelle Raumforderungen).

Invasive und belastende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen sollten nur dann durchgeführt werden, wenn diese die Symptome und damit die Lebensqualität des Patienten verbessern.

Symptome

Palliativmedizin wird oftmals mit Schmerztherapie gleichgesetzt. Diese hat zwar einen sehr hohen Stellenwert, dennoch umfasst die palliative Versorgung weit mehr, z. B. die Behandlung gastrointestinaler, respiratorischer, neurologischer/psychiatrischer Symptome, von Wunden. Diese Tischversion behandelt Dyspnoe und gastrointestinale Probleme. Zum Thema „Schmerz“ wird eine eigene Tischversion erstellt.

Symptomkontrolle

In der Palliativversorgung steht im Regelfall die Symptomkontrolle im Vordergrund, obwohl es auch beim Palliativpatienten einen Notfall, z. B. eine akute Blinddarmentzündung, geben kann. Die Symptomkontrolle hat ein Ziel: die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit so weit wie möglich zu bewahren, zu verbessern oder wieder herzustellen.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Vor allen medikamentösen und invasiven Strategien steht die Begleitung der Patienten und auch ihrer Angehörigen. Oft reicht es, den Patienten zu beruhigen und für ihn da zu sein. Der Patient und die Angehörigen müssen sich sicher sein, rasch den Arzt erreichen zu können. Viele unerledigte Angelegenheiten erschweren das Sterben. Sorgen verstärken häufig die Beschwerden. Wichtig ist vor allem die Vermittlung der Gewissheit, dass Symptome ausreichend gelindert werden können.

Dyspnoe

Häufiges und sowohl für die Patienten als auch für ihre Angehörigen sehr belastendes Symptom, das mit Fortschreiten der Erkrankung deutlich zunehmen kann. Neben onkologischen Patienten sind auch Patienten mit einer weit fortgeschrittenen therapie-refraktären KHK, Herzinsuffizienz, COPD, Niereninsuffizienz und neurodegenerativen Erkrankungen betroffen. Häufigste **Ursache** für Luftnot: erhöhte Atemarbeit, Angst und Hyperkapnie, seltener eine Hypoxie.

Therapie: Vorrangig sind Maßnahmen, die eine Abnahme der Atemarbeit, der Atemfrequenz und des Sauerstoffbedarfs bewirken:

- Nichtmedikamentöse Maßnahmen: Patienten beruhigen! Das Öffnen von Fenstern und Türen oder der Einsatz eines Ventilators, Vermeidung von enger Kleidung und aufrechte sitzende Position sind häufig effektive Maßnahmen.
- Medikamentöse Therapie: Symptomorientierte Therapie: Opioide und Benzodiazepine. Sie bewirken im Atemzentrum eine Erhöhung der Toleranz des Kohlendioxidpartialdrucks ($p\text{CO}_2$), wirken anxiolytisch und senken die Atemfrequenz. Seltener werden Nicht-Opioide wie z. B. Bronchodilatoren, Glukokortikoide, Sekretolytika, Antibiotika oder Anticholinergika eingesetzt. Es besteht in der Regel keine Indikation zur Sauerstoffgabe.

Gastrointestinale Symptome

Mundtrockenheit ist ein häufig auftretendes Symptom und wird von den Betroffenen als starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität empfunden. **Ursache:** Dehydratation, Nebenwirkung vieler Medikamente wie z. B. trizyklische Antidepressiva, Antiemetika, Opioide, Spasmolytika, Anticholinergika, Antihistaminika, Neuroleptika, Diuretika. **Therapie:** Notwendigkeit der Verordnung überprüfen, ggf. Dosis reduzieren oder Gabe beenden. Vorsorge und Behandlung erfolgt durch „gewissenhafte“ aber auch „einfühlsame“ Mundpflege.

Schluckstörungen (Dysphagie) kommen bei Tumorpatienten und bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie z. B. Schlaganfall, amyotropher Lateralsklerose, Multipler Sklerose, Parkinson und Demenz häufig vor. Primäres Behandlungsziel ist es, die orale Nahrungsaufnahme für die Lebensqualität und den Genuss im Alltag der Patienten zu erhalten.

Wird der Schluckakt zu belastend, kann je nach Fortschritt der Erkrankung in Abstimmung mit dem Patienten eine enterale Sondenernährung indiziert sein. Bei weit fortgeschrittener Erkrankung kann die Ernährung auch eingestellt werden. **In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird ausdrücklich festgehalten, dass zur Basisbetreuung nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gehören müssen, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Hunger und Durst als subjektive Empfindungen hingegen müssen gestillt werden.**

Übelkeit und Erbrechen

Ursachen unterschiedlicher Genese:

- Gastrointestinal: Soor (Mund oder Speiseröhre), Gastritis, Ulzera, NSAR, Blut im Magen, gastrale Stase (z. B. Opioide, Anticholinergika, Aszites)
- Brechzentrum: Hyperkalzämie, Urämie
- Medikamente: Opioide, Antikonvulsiva, Glykoside, Antibiotika, NSAR, Zytostatika
- zerebral: Hirndruck (z. B. durch Raumforderungen oder Meningeosis)
- psychisch: Angst, Schmerz, Aufregung, Depression

Nichtmedikamentöse Ansätze: Unterstützend sind das Anbieten kleiner, appetitlicher Speisen und die Vermeidung unangenehmer Gerüche.

Medikamentöse Therapie: Unabhängig von der Klärung der Ursache sollte unverzüglich eine medikamentöse, symptomatische Therapie mit einem Antiemetikum begonnen werden, die nach einem festen Zeitschema entsprechend der Wirkdauer verordnet wird. Bei unzureichender Wirkung sollten Antiemetika unterschiedlicher Wirkorte und Wirkmechanismen kombiniert werden.

Beispiele für Antiemetika

- Metoclopramid: Gastrostase, medikamenteninduzierte Übelkeit, nicht bei Obstruktion.
- Dimenhydrinat: Obstruktion, medikamentös induzierte oder zentral bedingte Übelkeit.
- Levomepromazin, Haloperidol: Obstruktion, medikamentös induzierte oder zentral bedingte Übelkeit.
- Dexamethason: zentral bedingte Übelkeit.
- Ondansetron (Reservemedikation): medikamentös induzierte oder zentral bedingte Übelkeit.
Cave: NW Obstipation