



Symptomatische Therapie in der Finalphase

Menschliche Zuwendung ist wichtiger denn je

KATRI ELINA CLEMENS, EBERHARD KLASCHIK

In der letzten Lebensphase eines Krebspatienten können noch einmal ganz neue Beschwerden auftreten oder bisher gut kontrollierte Symptome exazerbieren. Die Dynamik dieser Zeit und auch die Notwendigkeit, eventuell weit reichende Entscheidungen treffen zu müssen, machen es für Ärzte und Pflegepersonal unabdingbar, sich intensiv mit der Sterbephase auseinanderzusetzen. Neben palliativmedizinischer Expertise bedarf es ethischer, sozialer und emotionaler Kompetenz.

Die Finalphase ist ein dynamischer Prozess, in dessen Verlauf komplexe Symptome und Probleme auftreten können. Neben der Symptomkontrolle ist menschliche Zuwendung wichtiger denn je, um dem Patienten zu zeigen, dass er auch im Sterben nicht alleine gelassen wird.

Bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist es wichtig, den so genannten „Point of no Return“ als Beginn der Sterbephase zu erkennen. Übertherapie im Sinne unnützer, vermeintlich kausaltherapeutischer Maßnahmen ist ethisch ebenso wenig vertretbar wie lebensverkürzende Maßnahmen. Die Dynamik der Symptome in der Finalphase fordert aktives, situationsgerechtes Handeln des Arztes zur bestmöglichen Leidenslinderung.

Die Konsequenz aus der Erkenntnis, dass der Verlauf der Erkrankung eines Patienten den „Point of no Return“ erreicht hat, darf nicht Resignation sein, sie muss vielmehr als Aufforderung zu aktivem palliativmedizinischen Handeln verstanden werden, d.h. bestmögliche Symptomkontrolle und mitmenschliche Begleitung.

Mögliche Anzeichen der Finalphase einer fortgeschrittenen, progressiven inkurablen Erkrankung sind:

- ▶ zunehmende bzw. ausgeprägte Schwäche

- ▶ überwiegende Bettlägerigkeit
- ▶ zunehmende Schläfrigkeit mit zeitweiser Desorientiertheit
- ▶ abnehmendes Interesse an der Umgebung, an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: „Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden [...] so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.“ Diese Formulierungen der Bundesärztekammer sind eine Aufforderung an die Ärzte, sich intensiv mit den Anforderungen einer guten Sterbebegleitung auseinanderzusetzen.

Bisher gibt es jedoch in Deutschland hierzu nur unzureichend Ausbildungsangebote für Studenten der Medizin, da Palliativmedizin in der ÄApprO bisher nicht als Pflichtlehr- und Prüfungsfach aufgenommen worden ist. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten hat durch die Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf Länderebene seit 2005 deutlich zugenommen. Inzwischen sind in fast allen Bundesländern Prüfungen für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin durchgeführt worden.



Foto: PhotoDisc

Am Ende ist die wichtigste Aufgabe, ein Sterben ohne Leiden zu ermöglichen.

Die Sterbephase eines Menschen kann – wenn medizinische Behandlung und Pflege angemessen sind – auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen ruhig und friedlich verlaufen. Alle Medikamente, die in der Sterbephase für den Patienten keinen Nutzen mehr haben, wie Laxanzien, Diuretika, Katecholamine, Antibiotika, Glukokortikoide, Antidepressiva und selbstverständlich auch Chemotherapeutika, sollten abgesetzt werden.

Gründe für eine aktive ärztliche Behandlung sind das Auftreten neuer und/oder eine Intensitätssteigerung bisher gut behandelbarer Symptome, die eine Änderung oder Beendigung bisheriger Therapiestrategien notwendig machen [Nauck et al. 2000; Coyle 1996].

Schmerz

Weil die Patienten in der Finalphase meist körperlich und geistig geschwächt sind oder unter Bewusstseinsstrübung leiden, ist die Erhebung der Schmerzintensität erschwert. Wenn eine Selbsteinschätzung nicht mehr möglich ist, wird eine Fremdeinschätzung notwendig.

Weitergehende Diagnostik ist nur noch dann indiziert, wenn nicht klar ist, ob der Sterbeprozess begonnen hat.

Änderungen der Schmerzintensität in den letzten Tagen vor dem Tod können u.a. durch Tumorprogression, Dehydratation, metabolische Verände-

Symptome, die in der Finalphase häufig auftreten, sind:

- ▶ Schmerzen
- ▶ Angst, Unruhe und Agitation
- ▶ Verwirrtheit, Halluzinationen
- ▶ Dyspnoe
- ▶ „Death Rattle“
- ▶ Durst und Mundtrockenheit

rungen, Bettlägerigkeit, Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, Angst vor dem Sterben und dem Tod sowie vor dem Verlust der körperlichen und geistigen Integrität bedingt sein.

In einer Untersuchung von Nauck et al. war bei knapp der Hälfte aller Patienten, die auf der Palliativstation des Malteser Krankenhauses in Bonn starben, keine Änderung der Analgetikadosis notwendig. Bei etwa einem Drittel der Patienten bestand die Indikation zur Erhöhung der Analgetikadosis. Bei 24% der Patienten war es erforderlich, die Dosis der Schmerzmedikation zu reduzieren. Bei 44% der Patienten war bis zu ihrem Tod eine orale Applikation der Analgetika möglich. Die meisten anderen Patienten erhielten die für die Symptomkontrolle notwendigen Substanzen subkutan (36%) oder intravenös (14%) [Nauck et al. 2000].

Die Umstellung von oraler auf subkutane bzw. intravenöse Gabe erfolgt entsprechend ihrer Äquivalenz, bei Morphin z.B. im Verhältnis 2:1 bzw. 3:1. Das heißt 120 mg retardiertes Morphin pro Tag, oral appliziert, entsprechen 60 mg bei subkutaner bzw. 40 mg bei intravenöser Gabe. Bei subkutaner Applikation geben die Autoren diese 60 mg in 10-mg-Dosierungen alle vier Stunden über eine Butterfly-Nadel. Rund 90% der Tumorpatienten benötigen in der Finalphase starke Opioide [Klaschik 2003].

Analgetika sollten auch in der Finalphase nach einem festen Zeitschema gegeben werden. Die Anpassung der Therapie erfolgt gemäß einer sorgfältigen und regelmäßigen Überwachung; in jedem Fall muss eine Bedarfsmedikation zur Verfügung stehen. Nur so haben die betreuenden Personen die Möglichkeit, die Medikation situations- und zeitgerecht der Dynamik der Sterbephase des

Patienten anzupassen, um eine optimale Schmerzreduktion bis hin zur Schmerzfreiheit des Sterbenden zu gewährleisten.

Angst, Unruhe, Halluzinationen

Die wichtigsten Voraussetzungen, um der Angst und Unruhe sterbender Menschen begegnen zu können, sind von Wissen geprägte Fürsorge, Mitmenschlichkeit und für den Sterbenden da zu sein. Natürlich ist auch Fachwissen notwendig, um zu differenzieren, ob z.B. Schmerzen, Dyspnoe oder gastrointestinale Probleme die Ursache von Angst und Unruhe sind. Dann steht die Behandlung dieser Symptome im Vordergrund [Back 1992; Klaschik 2003; Coyle 1996].

- Ist eine medikamentöse Therapie notwendig, so verwenden die Autoren
- ▶ bei motorischer Unruhe Flunitrazepam 0,5 mg alle vier Stunden subkutan
 - ▶ zur Anxiolyse Lorazepam 1–2 mg bukkal
 - ▶ bei Halluzinationen Haloperidol 4–8 mg p.o., subkutan oder intravenös alle acht Stunden
 - ▶ bei ausgeprägter terminaler Agitation – gesteigerter motorischer Unruhe und mentaler Beeinträchtigung – als Ultima Ratio Levomepromazin 5–20 mg p.o. bzw. subkutan alle sechs bis acht Stunden.

Dyspnoe

Dyspnoe ist das subjektive Symptom der Atemnot (Luft hunger), dessen Ausmaß nur der Patient selbst benennen kann. Dyspnoe ist – wie der Schmerz – ein duales Phänomen, nämlich zum einem die Wahrnehmung der Atemnot und zum anderen die Reaktion des Patienten auf die Atemnot. Sie wird wie kaum ein anderes Symptom vom Patienten als lebensbedrohlich empfunden. Angst, Unruhe und Panik sind häufig Folgen einer Dyspnoe.

Ob eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung vorliegt, sollte festgestellt werden, ohne den Patienten zu belasten. In der Regel reicht es aus, die Diagnose aufgrund von Anamnese und klinischer Untersuchung zu stellen.

Während in der Rehabilitationsphase neben medikamentösen Maßnahmen auch Strahlentherapie, interventionelle Radiologie, Laser- und Kryotherapie



Foto: PhotoDisc

In der Finalphase können viele Medikamente abgesetzt werden. Eine ausreichende Symptomkontrolle muss aber immer gewährleistet bleiben.

oder Punktionen von Pleuraergüssen und Aszites als therapeutische Konsequenz in Erwägung zu ziehen sind, sind diese interventionellen Therapien in der Finalphase nicht mehr indiziert. Hier zielen die palliativmedizinischen Strategien auf die Abnahme der Atemarbeit, auf die Beeinflussung der Wahrnehmung der Atemnot sowie der Reaktion auf diese ab [Klaschik 2003; Ahmedzai 1993; Heyse-Moore et al. 1991].

Die Begleitung von Patienten mit Atemnot erfordert kompetente Helfer, die Ruhe ausstrahlen und Erfahrung im Umgang mit dem Symptom und den Reaktionen der Patienten besitzen. Unterbringung in einem großen Zimmer, Öffnen des Fensters, frische Luft durch einen Ventilator, Oberkörperhochlagerung und Befreien des Patienten von beengender Kleidung sind wesentliche Basismaßnahmen.

Während Bronchodilatoren (Theophyllin, Betamimetika) bei obstruktiven Ventilationsstörungen von großem Wert sind, sind Sekretolytika nur dann indiziert, wenn die Patienten in der Lage sind, abzuhusten. Dies ist in der Finalphase nur selten der Fall. Deswegen ist bei sterbenden Menschen in erster Linie eine Sekrethemmung durch Applikation von Parasympatholytika indiziert (siehe unter „Death Rattle“).



Häufig wird Dyspnoepatienten die Applikation von Sauerstoff über Maske und Nasenonde angeboten. Dyspnoe wird jedoch in erster Linie durch erhöhte Atemarbeit und erhöhten CO_2 -Partialdruck im arteriellen Blut erzeugt; Sauerstoffmangel ist sehr viel seltener Ursache einer Atemnot und tritt erst auf, wenn eine ausgeprägte Hypoxämie besteht. Die Sauerstoffsubstitution beseitigt weder die Erhöhung der Atemarbeit noch die Hypoventilation mit der Folge eines erhöhten Kohlendioxidpartialdrucks (pCO_2); sie hat deswegen hier nur einen Placeboeffekt. Die Sauerstoffapplikation zur Symptomkontrolle ist nur dann indiziert, wenn eine Hypoxämie Ursache der Dyspnoe ist.

Morphin ist das Opioid, das am häufigsten zur Reduktion einer Atemnot eingesetzt wird. Folgende Wirkungen des Morphins erklären die Indikation:

- ▶ Morphin erhöht die Toleranz gegenüber erhöhten paCO_2 -Werten. Die Folge davon ist, dass Unruhe oder Angst reduziert werden und die gesteigerte Atemarbeit abnimmt. Daraus folgt eine Reduzierung der Sauerstoffaufnahme und ein verminderter Ventilationsbedarf.
- ▶ Morphin senkt die Atemfrequenz; bleibt das Atemminutenvolumen gleich oder sinkt nur geringfügig, steigt das Atemzugvolumen an; daraus folgt, dass die alveoläre Ventilation zunimmt und die Atmung ökonomisiert wird.
- ▶ Morphin führt durch Wirkung am limbischen System zu einer Dämpfung der emotionalen Reaktion. Auch hier ist die Folge, dass durch die Reduzierung der Angst und Agitation die Atemarbeit abnimmt und dadurch die Sauerstoffaufnahme reduziert wird [Klaschik 2003; Wilcock 1998].

Die Dosierung von Morphin kann wie folgt empfohlen werden:

1. Opioidnaiver Patienten initial
 - ▶ 2,5–15 mg Morphinsulfat-Tabletten oder Morphinlösung oral alle vier Stunden
 - oder
 - ▶ 2,5 mg Morphin subkutan alle vier Stunden
 - oder
 - ▶ 1–2 mg intravenös in Abständen von 5–7 Minuten titriert, bis eine zufriedenstellende Erleichterung für den Pati-

enten eintritt, eine Atemfrequenz von 15–20/Minute erreicht ist und keine Nebenwirkungen (wie z.B. Bradyknoe, Vigilanzminderung) aufgetreten sind.

2. Bei Patienten, die über Atemnot klagen und bereits Morphin erhalten, sollte die Morphindosis um 30 bis 50% erhöht werden.

Ist die Dyspnoe mit Angst, Unruhe oder Panik verbunden, die durch Morphin alleine nicht zu therapieren sind, können zusätzlich Lorazepam (1–2 mg bukkal), Midazolam (1–5–10 mg p.o. oder subkutan) gegeben werden [Klaschik 2003].

„Death Rattle“

Der Begriff „Death Rattle“ beschreibt die geräuschvolle Atmung in den letzten Stunden oder Tagen des Lebens. Die Patienten sind nicht mehr in der Lage, Speichel reflektorisch zu schlucken oder Schleim aus der Trachea abzu husten. Die Sekretobstruktion liegt in den großen Luftwegen (Trachea und Hauptbronchien) sowie im Glottisbereich. Die Sekretproduktion erfolgt in den Speicheldrüsen und der bronchialen Mucosa. Durch Verlust von Schluck- und Hustenreflex kommt es zur Ansammlung der Sekretion im Oropharynx, in der Trachea und in den Bronchien. Die Häufigkeit von „Death Rattle“ bei sterbenden Patienten wird in der Literatur mit 60–90% angegeben [Klaschik 2003, Nauck et al. 2000].

Nach der Lokalisation der Schleimproduktion wird zwischen Typ I und Typ II unterschieden:

- ▶ Typ I entsteht in den letzten Stunden eines bewusstseinsgetriebenen Patienten durch den Verlust des Schluckreflexes bei normaler Speichelproduktion.
- ▶ Bei Typ II liegt eine bronchiale Sekretion vor, die der Patient aufgrund zunehmender Schwäche nicht mehr ausreichend abhusten kann. Im Gegensatz zu Typ I entwickelt sich Typ II eher bei Patienten, bei denen ein größeres Zeitintervall zwischen der Unfähigkeit abzu husten und dem Versterben liegt. Die medikamentöse Therapie besteht im Einsatz von Anticholinergika, wobei die Autoren die Applikation von Scopolamin in einer Dosierung von 0,25–0,5 mg, alle sechs bis acht Stunden subkutan, bevor-

zugen. Alternativen sind Butylscopolamin (40–120 mg pro Tag subkutan), Atropin (0,5 mg 6-stündlich subkutan) oder Glycopyrrrolat (0,2 mg 6-stündlich subkutan).

Scopolamin hat neben dem antispasmodischen Effekt eine zentralnervös sedierende Wirkung.

Während die Patienten die geräuschvolle Atmung in der Regel nicht wahrnehmen, kann sie für Angehörige, Nachbarpatienten und das betreuende Pflegepersonal eine große Belastung darstellen. Deswegen sind Informationen über dieses Symptom und die Aufklärung über die therapeutischen Maßnahmen und Möglichkeiten für die Angehörigen und Mitpatienten außerordentlich wichtig [Ahmedzai 1993; Ajemian 1991; Boyd 1997; Wilcock 1998].

Flüssigkeitssubstitution, Durst, Mundtrockenheit

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (siehe Kasten) hat der betreuende Arzt, unabhängig vom Ziel der medizinischen Behandlung, in jedem Fall für eine Basisbetreuung des Patienten zu sorgen. Dazu gehören u.a.:

- ▶ menschenwürdige Unterbringung
 - ▶ Zuwendung
 - ▶ Körperpflege
 - ▶ Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit
 - ▶ Stillen von Hunger und Durst
- Grundsätzlich gilt, dass jede Entscheidung der Betreuenden unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts und des individuellen Willens des Patienten erfolgen muss.

Die Indikation für eine Flüssigkeitssubstitution ist gegeben, wenn durch Dehydratation bedingte Symptome wie Unruhe, Delir, Muskelkrämpfe auftreten oder Patienten über Durst klagen, der durch orale Aufnahme und bestmögliche Mundpflege nicht gestillt werden kann.

Immer dann, wenn eine Situation nicht sicher einzuschätzenden ist (akute, nicht erklärbar Verschlechterung des Zustands oder nicht bekannter Patient) steht der Therapieversuch vor dem Therapieverzicht. Das heißt, in allen unklaren Situationen ist daher die Entscheidung zur Flüssigkeitssubstitution zu stellen.

Eine Flüssigkeitssubstitution bei Sterbenden ist nicht indiziert, wenn der Patient durch gute Mundpflege, minimale orale Flüssigkeitszufuhr (z.B. kleine Eiswürfel, geeiste Früchte, Bier, Wein u.a.) gut symptomkontrolliert ist und nicht über Durst klagt. Aus der wissenschaftlichen Literatur lässt sich bisher nicht ableiten, dass eine Infusionstherapie bei Sterbenden, die nicht mehr essen

und trinken können, den Durst lindert; vielmehr spielt die Mundpflege hier eine überragende Rolle. Eine u.U. nicht indizierte Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase kann hingegen durch periphere Ödembildung, Hirn- oder Lungenödem, vermehrte Aszitesbildung, Verstärkung der gastrointestinalen Sekretion mit der Folge von Übelkeit und Erbrechen bei diesen Patienten sogar neue Probleme

schaffen [Fainsinger 1994; Ellershaw 1995; Klaschik 2003].

Literatur:

1. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds.): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Univ. Press, Oxford New York 1993: 349–78.
2. Ajemian I. Palliative management of dyspnoea. J Palliat Care 1991; 7(3): 44–5.
3. Back IN. Terminal restlessness in patients with advanced malignant disease. Palliat Med 1992; 6:293–8.
4. Boyd KJ, Kelly M. Oral morphine as symptomatic treatment of dyspnoea in patients with advanced cancer. Palliat Med 1997; 11: 277–81.
5. Coyle H, Ingham J. Pain management in the imminently dying – Goals of care, ethical issues, and the role of sedation: An illustrative case. In: Campbell JN (ed.): Pain 1996 – an updated review, IASP Press, Seattle, 567–70.
6. Ellershaw JW, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the dying patient. J Pain Symptom Manage 1995; 10(3): 192–7.
7. Fainsinger RL, Bruera E. The management of dehydration in terminally ill patients. Palliat Care 1994; 10: 55–9.
8. Heyse-Moore LH, Poss V, Mullee MA. How much of a problem is dyspnoea in advanced cancer? Palliat Med 1991; 5: 20–6.
9. Klaschik E. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Husebø S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2003, 181–287.
10. Nauck F, Klaschik E, Ostgathe C. Symptom control during the last three days of life. Europ J Palliat Care 2000; 7(3): 81–4.
11. Wilcock A. The management of respiratory symptoms. In: Faull C, Carter Y, Woof R (eds.). Handbook of palliative care. Blackwell, Science, Oxford, 1998, 157–76.

Autoren:

Dr. med. Katri Elina Clemens
Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Katri Elina Clemens
Lehr- und Forschungsstelle am Zentrum für Palliativmedizin
Abteilung für Anästhesiologie,
Intensivmedizin, Palliativmedizin
und Schmerztherapie
Maltser Krankenhaus Bonn-Hardtberg
Von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn-Hardtberg
E-Mail: katri-elina.clemens@maltser.de

Für den Arbeitskreis
Supportive Maßnahmen in der Onkologie
(ASO) innerhalb der Deutschen Krebsge-
sellschaft (DKG) und der Multinational
Association of Supportive Care in Cancer
(MASCC) zum Behandlungsmanagement.
www.onkosupport.de

++ News +++ News +++ News +++ News +++ News ++

Highlights vom 18. MASCC/ISOO-Symposium, 22.–24.6.06 in Toronto

600 Experten aus 35 Ländern trafen sich Ende Juni in Kanada, um ihre neuesten Ergebnisse und Erfahrungen auf dem dem Gebiet der onkologischen Supportivtherapie auszutauschen. Hier einige Highlights in Kürze:

Neben Forschungsergebnissen auf dem Sektor der Symptomkontrolle standen die Kommunikation mit Patienten und die Verbesserung der Lebensqualität im Fokus des Kongresses. Bereits in der einführenden „key note lecture“ reflektierte David Osoba, Kanada, dass in der Onkologie nicht nur die Quantität des Überlebens, sondern auch eine verbesserte Lebensqualität Ziel der Therapie und der Forschung sein muss.

Der „Erfinder“ des PEB-Schemas, Lawrence Einhorn (USA), der vielen jungen Männern mit Hodenkrebs Leben und Fertilität geschenkt hat, verdeutlichte am Beispiel der Hodentumoren, welche Fortschritte in der Onkologie durch gut strukturierte Studien und Studiengenerationen möglich sind. Während Hodenkrebs noch vor wenigen Jahren als unheilbar galt, ist der Tumor heute auch in fortgeschrittenen Stadien durch eine stadienadaptierte Therapie heilbar. Mit der Verbreitung von Cisplatin wurde klar, wie wichtig eine suffiziente Supportivtherapie ist, denn Übelkeit und Erbrechen waren anfangs ein nahezu unüberwindliches Problem cisplatinhaltiger Chemotherapien.

Dass sich in den letzten Jahren sehr viel bewegt hat, konnte Richard Gralla

(USA), anhand der aktuellen Emesis-Guidelines zeigen. Entscheidend war die Einführung der 5-HT₃-Antagonisten Anfang der 1990er Jahre. Die MASCC hat bereits im letzten Jahr aktualisierte Guidelines präsentiert, die Leitlinien der ASCO – die sich nur in wenigen Punkten unterscheiden – wurden auf dem Jahreskongress der ASCO und jetzt auch in Toronto vorgestellt und diskutiert.

Auch die Pathogenese, Prophylaxe und Therapie der Mukositis wurden auf dem Kongress ausführlich diskutiert. Dorothy Keefe (Australien) stellte die aktualisierte Mukositis-Leitlinie vor, die unter www.mascc.org mit Originalliteratur abrufbar ist.

Ein großes Manko ist weiterhin die schlechte Kommunikation zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten. Laut einer Studie von David Tattersall, Australien, erwarten die meisten Patienten eine funktionierende Kommunikation der betreuenden Ärzte sowie der Pflegenden untereinander. Fragen der Kommunikation werden in Zeiten knapper Ressourcen oft unterschätzt und wenig gewürdigt. Diesen Problemen muss in der Weiterbildung mehr Platz eingeräumt werden. Insbesondere das Überbringen schlechter Nachrichten ist eine ärztliche Aufgabe, die auch gelehrt werden muss.

Dr. Petra Ortner

Interessiert an mehr Informationen vom MASCC-Kongress? Einen umfassenden Kongressbericht finden Sie in der nächsten Ausgabe.