Palliativversorgung onkologischer Patienten

„Robuste Evidenz“ für Opioide bei Atemnot

Helfen, wenn Heilung nicht mehr möglich ist. Diesem Anspruch der Palliativmedizin müssen Hausärzte Tag für Tag gerecht werden. Dabei werden sie immer wieder mit schwierigen medizinischen, aber auch ethischen und juristischen Fragen konfrontiert.

— „Die Integration von Palliative-Care-Ansätzen in die Versorgung onkologischer Patienten hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht“, erklärte Dr. Christian Schulz, London. Palliative Care sei aber nicht begrenzt auf die Betreuung akut sterbender Patienten, sondern fokussiere auf eine mehrdimensionale Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität während des gesamten Krankheitsverlaufs. Sie müsse deshalb bereits früh initiiert und bei Bedarf durch ein interdisziplinäres palliativmedizinisches Expertenteam ergänzt werden.

Opioide bei Atemnot

Atemnot ist eines der häufigsten Symptome bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, vor allem dann, wenn Lunge, Pleura oder Mediastinum beteiligt sind. „Nach den Ergebnissen neuerer Studien gibt es für den Einsatz von Opioiden in der Palliativmedizin bei Atemnot eine robuste Evidenz“, betonte Schulz. Gleiches gelte nicht für Benzodiazepine oder Anxiolytika, obwohl diese sehr häufig eingesetzt werden.

Vorsicht mit Opioiden sei bei Patienten mit chronisch eingeschränkter Nierenfunktion geboten, zumal Kumulationseffekte mit Verzögerung auftreten können. Um eine Atemdepression zu vermeiden, muss die Dosis an die Nierenfunktion angepasst werden, Morphin sollte man bei Patienten mit einer schweren Niereninsuffizienz möglichst ganz vermeiden, erklärte der Palliativmediziner. Anzustreben ist eine patientenkontrollierte Therapie, da eine

© Katarzyna Blasiewicz / Getty Images / iStock

Leid lindern, aber den Tod nicht beschleunigen – oft eine Gratwanderung.

schnelle Opioidgabe schon bei beginnender Atemnot zu einer effizienteren Symptomkontrolle führt.

Obstipation: Bei Schwerstkranken keine Lappalie!

Bei der palliativen Schmerztherapie gilt unverändert das WHO-Stufenschema, das jedoch nicht dogmatisch angewendet werden sollte. So kann bei rasch eskalierenden Schmerzen sofort ein starkes Opioid eingesetzt werden. Wichtig ist, das Opioid immer prophylaktisch mit einem Laxanz zu kombinieren. Denn: „Die Obstipation ist bei schwerstkranken Patienten keine Lappalie, sondern eine potentiell tödliche Nebenwirkung“, so Schulz.

Wie mit dem Sterbewunsch umgehen?

Selbst bei exzellenter Palliativmedizin wird es Menschen geben, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen aber nicht selbst durchführen können oder wollen. Wie sollte man damit umgehen? „Man sollte offen und respektvoll über den Todeswunsch, die motivierenden Probleme, Ängste und Bedürfnisse mit dem Patienten sprechen und die bestmögliche palliativmedizinische Behandlung zur Verbesserung der vom Patienten als unerträglich empfundenen Situation darlegen“, so Schulz. Dabei sollte aber auch die Beendigung bzw. der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen besprochen werden. Auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit könne eine Alternative sein.

Ultima Ratio: palliative Sedierung

Sind therapierefraktäre Symptome Ursache des Sterbewunsches, kann im Einzelfall eine palliative Sedierung bis zum Tod (CDSUD: continuous deep sedation until death) indiziert sein. „Sie ist die ultima ratio, um therapierefraktäres Leid zu lindern, ihr Ziel ist aber nicht die Beschleunigung des Todeseintritts“, so Schulz. Sie sei in Deutschland als indirekte Sterbehilfe erlaubt und eines der wichtigen palliativmedizinischen Gegenargumente in der Debatte um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Umfragen zeigen, dass die palliative Sedierung in der Praxis häufig eingesetzt wird.

Dr. Peter Stiefelhagen

■ Quelle: Praxis update 2016 in Köln