



Bislang unterschätzt

Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten

C. Bausewein

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München – Großhadern
(Geschäftsführender Vorstand: Prof. Dr. G. D. Borasio)

klinikarzt 2005; 34 (1+2): 19–23

Die Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahren auch in Deutschland zu einem anerkannten Fachgebiet entwickelt. In über 90 Palliativstationen werden Patienten mit weit fortgeschrittenen, lebensbedrohlichen Erkrankungen und ihre Angehörigen mit dem Ziel betreut, die Lebensqualität der Patienten durch die Kontrolle der Symptome und psychosoziale Begleitung zu verbessern. Obwohl die palliativmedizinische Betreuung sich nicht auf spezielle Erkrankungsgruppen beschränkt, werden traditionell überwiegend Patienten mit Krebserkrankungen begleitet. In Deutschland sind dies über die letzten Jahre hinweg um 98% (9). Aber auch in Ländern mit viel längerer palliativmedizinischer Tradition, wie beispielsweise England, ist die Gruppe der nichtonkologischen Patienten in stationären Einrichtungen immer noch sehr klein (etwa 6%; 4).

In Deutschland verstirbt jeder vierte Mensch an einer bösartigen Erkrankung, im Jahr 2002 waren dies allein 215 441 Menschen (11). Betrachtet man nur einige Erkrankungen aus dem internistischen Bereich, versterben jährlich ungefähr 95 000 Menschen an einer ischämischen Herzerkrankung, 57 000 an einer terminalen Herzinsuffizienz und etwa 20 000 an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (11). Bei der Entwicklung der Haupttodesursachen weltweit von 1990

Nichtonkologischen Erkrankungen kommt in der Palliativmedizin bisher eine untergeordnete Rolle zu. Aufgrund der großen Zahlen an Patienten, die an weit fortgeschrittenen internistischen, neurologischen oder geriatrischen Erkrankungen versterben, wird sich hier für die Palliativmedizin in den nächsten Jahren ein weites Aufgabenfeld erschließen. Physischen, psychosozialen und spirituellen Nöten dieser Patienten wird bisher nicht ausreichend Rechnung getragen. Sie können jedoch von einer palliativmedizinischen Unterstützung profitieren, wie erste Studien belegen. Da zudem natürlich auch krankheitsspezifische Therapien bis zum Lebensende weitergeführt werden müssen, ist eine enge Kooperation mit Spezialisten notwendig.

bis 2020 (Tab. 1) zeigt sich, dass Herz- und Lungenerkrankungen auch weiterhin eine führende Position einnehmen, noch vor den malignen Grunderkrankungen liegen und voraussichtlich auch weiterhin liegen werden (7).

■ Nichtonkologische Erkrankungen

Die Gruppe der nichtonkologischen Patienten umfasst viele Krankheiten. Viele internistische Erkrankungen wie chronische Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder terminale Niereninsuffizienz führen in oft sehr kurzer Zeit zum Tod. Viele neurologische Patienten leiden an unheilbaren Erkrankungen. In der Palliativmedizin ist bisher die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) die häufigste nichtonkologische Erkrankung. Leiden die Patienten an dieser Motoneuron-Erkrankung mit aufsteigenden Lähmungen, versterben sie meist an einer Ateminsuffizienz. Aber auch Patienten im Endstadium

einer Multiplen Sklerose (MS) oder einer Parkinson-Erkrankung weisen körperliche Symptome oder psychosoziale Probleme auf. Schließlich darf auch die große Gruppe der Demenzkranken nicht vergessen werden, die für alle in der Betreuung eine große Herausforderung darstellt. Seit Einführung antiretroviraler Therapien versterben nicht mehr so viele Patienten an den Folgen ihrer AIDS-Erkrankung, allerdings gibt es aufgrund der chronischen Verläufe mehr Patienten mit neuropsychiatrischen Symptomen.

■ Unterschiedlicher Krankheitsverlauf

Die Herausforderung für die Palliativmedizin liegt nicht nur in der hohen Zahl an nichtonkologischen Patienten, die ebenso wie Tumorpatienten Anspruch auf qualifizierte palliativmedizinische Betreuung haben, sondern auch in den unterschiedlichen Krankheitsverläufen. Die meisten Patienten mit Krebserkrankungen haben häufig über eine relativ lange Zeit einen relativ guten

Tab. 1 Haupttodesursachen weltweit von 1990 und 2020

Krankheit	Rangfolge 1990	vorausgesagte Rangfolge 2020
koronare Herzkrankung	1	1
zerebrovaskuläre Erkrankungen (inkl. Apoplex)	2	2
chronisch obstruktive Lungenerkrankung	6	3
untere respiratorische Infektionen	3	4
Bronchialkarzinom	10	5 <i>nach (7)</i>

Allgemeinzustand mit gutem funktionellen Status. Schreitet die Erkrankung weiter fort, verschlechtert sich der Zustand des Patienten in den letzten Wochen und Tagen vor dem Tod meist relativ rasch (Abb. 1; 6).

Im Gegensatz hierzu verläuft die Erkrankung bei Patienten mit chronischem Organversagen (Herz-, Nieren-, pulmonale Insuffizienz) über einen relativ langen Zeitraum mit nur minimalen Einschränkungen im Alltagsleben. Exazerbationen der Erkrankung oder Komplikationen führen jedoch rezidivierend zu akuten Verschlechterungen, zum Beispiel bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung zu einem pulmonalen Infekt. Viele dieser Episoden werden überlebt, letztlich versterben die Patienten dann aber auch relativ rasch an einer sol-

chen Komplikation (Abb. 2; 6) Aus diesem Grund ist die Einschätzung der Prognose bei diesen Patienten wesentlich schwieriger. Die Behandlung der Grunderkrankung reicht, zum Teil anders als bei onkologischen Patienten, in die terminale Phase mit hinein.

Patienten, die nicht an einer Tumorerkrankung oder chronischem Organversagen sterben, sterben wahrscheinlich in höherem Alter an neurologischen Erkrankungen (Alzheimer oder andere Demenzen) oder an einer generellen Gebrechlichkeit (Abb. 3; 6).

COPD und terminale Herzinsuffizienz

Am Beispiel von zwei internistischen Erkrankungen – der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) und der chronischen Herzinsuffizienz sollen im Folgenden die Situation der Patienten und einige der palliativmedizinischen Fragestellungen erläutert werden

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist die häufigste Lungenerkrankung. Betroffen sind derzeit 20% der erwachsenen Männer. Ohne Langzeit-Sauerstofftherapie versterben die Patienten innerhalb von drei Jahren. In einer Bedarfsanalyse wurden 63 Patienten über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung befragt (10). Die Hauptsymptome unter denen die Patienten litten waren:

- Atemnot (95%)
- Fatigue (68%)
- Schmerzen (68%)
- Schlafstörungen (55%).

Darüber hinaus beklagten die Patienten Durstgefühl, Mundtro-

ckenheit, Husten, Obstipation, Anorexie und körperliche Schwäche. 87% der befragten Patienten waren unfähig das Haus zu verlassen, 57% brauchten Hilfe beim Waschen, Anziehen oder bei der Benutzung der Toilette. Zusätzlich litten 37% unter einer Depression. Neben diesen multiplen körperlichen Symptomen konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung sozial isoliert waren und eine niedrige körperliche Funktion aufwiesen.

Zwar stehen den Betroffenen medizinische Angebote zur Verfügung – besonders zur Behandlung akuter Exazerbationen, selten dagegen für die dauerhafte Versorgung. Bei der Betreuung dieser Patienten fehlt bisher in den meisten Einrichtungen ein ganzheitlicher Ansatz. Im Vergleich zu Patienten mit Lungenkrebs versterben Patienten mit einer COPD in England eher im Krankenhaus, Patienten mit Lungenkrebs eher zu Hause oder in einer palliativmedizinischen Einrichtung (2). Physische und psychische Symptome sind bei diesen beiden Patientengruppen gleich ausgeprägt.

Neben medikamentösen anti-obstruktiven Therapiemaßnahmen spielt bei der Behandlung von COPD-Patienten die Sauerstofftherapie eine große Rolle, da Patienten mit einer ausgeprägten Hypoxie eine schlechtere Prognose haben. Allerdings ist der Effekt einer Langzeit-Sauerstofftherapie auf die Lebensqualität nicht sicher nachgewiesen. Durch eine nichtinvasive Heimbeatmung kann es insbesondere bei Exazerbationen zu einer schnelleren Besserung kommen, invasive Beatmungen sind seltener notwendig und die Mortalität im Krankenhaus sinkt.

Eine wichtige Rolle in der symptomatischen Therapie der Atemnot spielen Opioide. In einer Metaanalyse konnte Evidenz sowohl für die orale als auch die parenterale Gabe gezeigt werden, für den Einsatz von inhalativen Opioiden gibt es allerdings keinen ausreichenden Beleg (5). Bei pulmonalen Rehabilitationsangeboten erfahren die Patienten mehr über ihre Erkrankung. Es werden psychosoziale Aspekte ange-

Tab. 2 Symptome von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Symptom (n = 80)	Häufigkeit (%)
Atemnot	88%
Schmerzen	75%
Fatigue	69%
begrenzte körperliche Aktivität	49%
Übelkeit	48%
Beinödeme	44%
Angst	49%
Obstipation	42%
Appetitlosigkeit	41%
Schlafstörungen	36%
Husten	35%
Verwirrtheit	29%
Schwindel	21%
Harninkontinenz	20%
Orthopnö	19%
Diarrhö	12%
anhaltender Juckreiz	12%
Depression	9%
Durstgefühl	9%
Palpitationen	5%
Nykturie	4% <i>nach (8)</i>

sprochen sowie Entspannungsübungen und Atemtherapie angeboten.

Chronische Herzinsuffizienz

Trotz neuerer Entwicklungen in der Therapie und im Management von Herzerkrankungen, leiden immer mehr Patienten an einer chronischen Herzinsuffizienz und versterben auch daran. Insgesamt haben diese Patienten eine schlechte Prognose: Etwa 40% versterben innerhalb eines Jahres nach der Diagnose, zirka jede Vierte erleidet einen plötzlichen Herztod. Wenig ist bisher über die Symptome der Patienten bekannt. Im Rahmen einer retrospektiven Studie bei 80 Patienten beschrieben die Autoren insgesamt 21 Symptome unter denen die Patienten litten (Tab. 2; 8). Im Schnitt wies jeder Patient 6,7 Symptome auf.

Befragt nach den Bedürfnissen von Patienten und ihren Angehörigen konnten Boyd K et al. zeigen, dass die Betroffenen kaum Unterstützung von medizinischen Einrichtungen bekamen und wenig über ihren eigenen Zustand, Behandlungsziele oder die Prognose ihrer Erkrankung wussten. Ihre Lebensqualität war durch körperliche Beschwerden und psychische Morbidität stark eingeschränkt (10). Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz hatten Schwierigkeiten ihren Alltag zu bewältigen und waren auf Familie und Freunde angewiesen. Sie leiden unter Einsamkeit, Isolation oder dem Gefühl, zur Last zu fallen (3).

Zur Therapie der Herzinsuffizienz sind eine Vielzahl von Medikamenten notwendig: ACE-Hemmer, Betablocker, Spironolacton, Angiotensin-II-Blocker und Statine helfen, die Prognose zu verbessern. Eine Verbesserung der Symptome kann durch Diuretika, Digoxin, Hydralazin, Nitrate und Opioide erreicht werden. Es ist wichtig zu beachten, dass einige in der Palliativmedizin häufig verschriebene Medikamente wie nichtsteroidale Antirheumatika, trizyklische Antidepressiva oder Steroide die Beschwerden dieser Patienten verschlechtern und daher vermieden werden sollten.

Underestimated – Palliative Medicine for Non-tumour Patients

To date, non-oncological diseases play a subordinate role in palliative medicine. In light of the large numbers of patients dying of far-advanced internistic, neurological or geriatric diseases, the coming years will see the opening up of a wide range of tasks for palliative medicine. The physical, psychosocial and spiritual needs of these patients have, to far not been adequately met. As initial studies have shown, however, they can benefit from palliative-medical support. Since, of course, disease-specific treatments must continue to be applied to the end of the patient's life, close cooperation with specialists will be necessary.

Key Words

non-oncological patients – palliative medicine – chronic obstructive pulmonary disease – heart failure – quality of life

Literatur

1. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M et al. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *Eur J Heart Fail* 2004; 6: 585–591
2. Edmonds P, Karlens S, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Pall Med* 2001; 15 (4): 287–295
3. Horne G, Payne S. Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Pall Med* 2004; 18: 291–296
4. Jackson A, Eve A. Hospice Information. Directory 2002. Hospice and palliative care services in the United Kingdom and Republic of Ireland
5. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002; 57: 939–944
6. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. White Paper. RAND Health, 2003
7. Murray C, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504
8. Nordgren L, Sörensen S. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 2: 213–217
9. Radbruch L, Ostgathe C, Elsner F et al. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Support Care Cancer* 2003; 11 (7): 442–451
10. Skilbeck J, Mott L, Page H et al. Palliative

Abb. 1 Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen

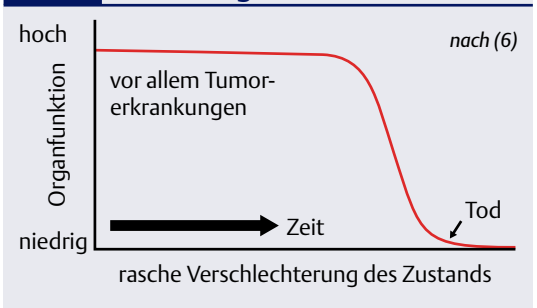


Abb. 2 Krankheitsverlauf bei chronischem Organversagen

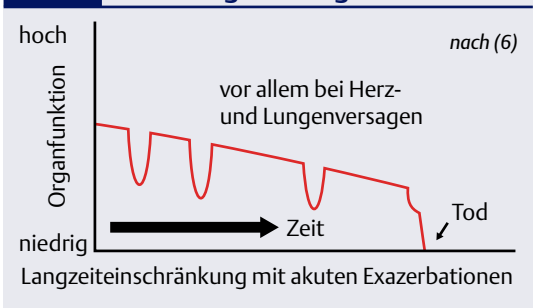
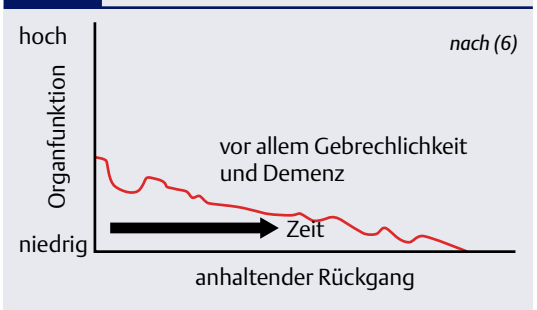


Abb. 3 Krankheitsverlauf bei Demenz und Gebrechlichkeit



care in patients with chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *Pall Med* 1998; 12: 245–254
 11. Statistisches Bundesamt Deutschland. www.destatis.de/basis

Anschrift der Verfasserin

Dr. Claudia Bausewein MSc
 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
 Klinikum der Universität München – Großhadern
 Marchionistr. 15
 81377 München