

Palliativmedizin bei Blutkrebserkrankungen

Dr. Christina Gerlach, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Onkologie, Hämatologie und Knochenmarktransplantation mit Sektion Pneumologie, Bereich Palliativmedizin, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, E-Mail c.gerlach@uke.

Gleich zu Beginn: Sterbebegleitung ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, in die die Medizin oft einbezogen wird, manchmal auch die Palliativmedizin. Um den Unterschied deutlich zu machen, wird auf Englisch zwischen „Palliative Care“ (lindernde Behandlung von Symptomen, psychosoziale und spirituelle Unterstützung) und „End of Life Care“ (Sterbebegleitung) unterschieden. Welche Rolle spielen diese Konzepte bei der Behandlung von Blutkrebserkrankungen?

In Deutschland gibt es ambulante und stationäre Formen spezialisierter Palliativversorgung. Im ambulanten Bereich sind dies spezialisierte Palliativambulanzen für ambulante Krankenhauspatienten, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Patienten in der eigenen Häuslichkeit und Tageshospize. Im stationären Bereich gibt es neben Palliativstationen Palliativdienste, die Patienten auf anderen Stationen fachlich mitbetreuen sowie Tageskliniken für Palliativmedizin, die einen rehabilitativen Ansatz verfolgen.

Die meisten Menschen mit Blutkrebserkrankungen werden am Ende des Lebens nicht von Ärzten betreut, die in der Palliativmedizin spezialisiert sind, sondern von Ärzten in hämatonkologischen oder allgemeinen Krankenhausabteilungen, manche vom Hausarzt. Dazu muss man wissen, dass Palliativmedizin seit 2013 fester Bestandteil des Medizinstudiums ist - als Querschnittsbereich, der alle medizinischen Disziplinen betrifft. Das bedeutet, dass eine neue Generation von Medizinern heranwächst, die über palliativmedizinische Basiskenntnisse verfügen. Das ist eine gute Entwicklung, gerade auch in Bezug auf eine kontinuierliche Betreuung bei nicht heilbaren Erkrankungen. Spezialisten im Sinne von Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sind aber weiterhin rar. Sie werden dort, wo die Komplexität der Patientensituation besonders hoch ist, benötigt. Dies gilt

gerade auch für Patienten mit Blutkrebserkrankungen.

Der medizinische Fortschritt in der Hämatonkologie ist darauf ausgerichtet, die Erkrankung des Patienten mit innovativen Konzepten zu behandeln und idealerweise zugleich die damit verbundenen existenziellen, sozialen und psychischen Belastungen für die von der Erkrankung betroffene Person bestmöglich zu lindern. Wir wissen mittlerweile, dass beides für das Überleben wichtig ist. Aufgrund der großen prognostischen Ungewissheit bietet die Lebenserwartung wenig Orientierung bei der Auswahl der unterstützenden Behandlungselemente wie sozialrechtliche Beratung, Psychoonkologie, Seelsorge, Physiotherapie oder Palliativmedizin. Handlungsleitend ist hingegen der individuelle Bedarf jedes einzelnen Blutkrebspatienten in seiner Einzigartigkeit.

In einer US-amerikanischen Studie konnte gezeigt werden, dass Patienten, die während der Blutstammzelltransplantation - unabhängig von der Prognose - systematisch palliativmedizinisch mitbetreut wurden, zwei Wochen nach der Transplantation eine bessere Lebensqualität, weniger Angst und weniger Depressionen hatten. Die psychische Stabilität der Patienten war auch nach sechs Monaten immer noch besser als in der Vergleichsgruppe ohne Palliativmedizin – selbst wenn die Mitbetreuung durch Palliativmediziner nur während der Transplantation erfolgte. Auch die Angehörigen der transplantierten Patienten waren seltener durch Depressionen belastet.

Solche Konzepte spiegeln die WHO-Definition der Palliativmedizin wider, die in ihrer spezialisierten Form durch ein multiprofessionelles Team aus ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal wie Pflegekräften, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen und Kunsttherapeuten sowie Seelsorgern ausgeübt wird.

„Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, korrekter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur. Palliativmedizin [...] ist frühzeitig im Erkrankungsverlauf anzuwenden in Verbindung mit Therapien in lebensverlängernder Indikation wie Chemotherapie oder Strahlentherapie und schließt Untersuchungen ein, die dem Verständnis und der Kontrolle von belastenden klinischen Komplikationen dienen.“

WHO-Definition der Palliativmedizin

Daneben ist Sterbebegleitung ein Teilbereich der Palliativmedizin, in der Regel der **allgemeinen** Palliativmedizin. Palliativmedizin kümmert sich um die besonderen Belange von Sterbenden sicherlich häufiger als andere Teilbereiche der Medizin. Vor allem in komplexen und hochbelasteten Situationen bedarf es **spezialisierten** Palliativversorgung.

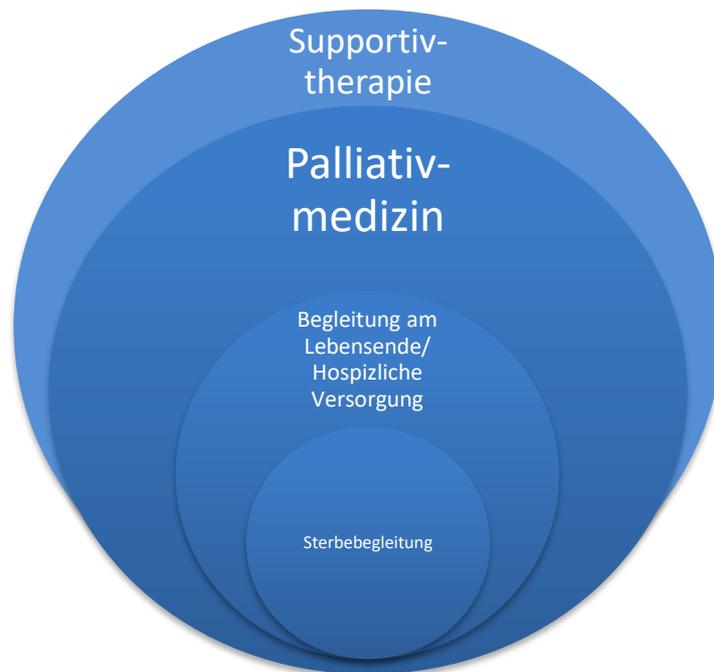
Eine jüngst veröffentlichte Auswertung von amerikanischen Versorgungsdaten unterstreicht, dass auch Blutkrebspatienten am Lebensende von palliativmedizinischer Betreuung profitieren. Untersucht wurden die Datensätze von über 65-jährigen Blutkrebspatienten in ihren letzten drei Lebensmonaten im Medicare-Programm, der öffentlichen Krankenkasse in den USA. Dabei zeigte sich, dass zwar nur etwas mehr als die Hälfte dieser Patienten zu Hause mit einem Palliativdienst oder in einem Hospiz verstarben (die anderen im Krankenhaus auf einer Normal- oder Intensivstation). Die Kriterien für eine gute medizinische Versorgung am Lebensende waren aber bei Patienten mit palliativmedizinischer Betreuung deutlich häufiger erfüllt als bei jenen, die diese Versorgung nicht bekommen haben.

Es gibt zahlreiche Studien, die beschreiben, dass Patienten mit Blutkrebskrankungen seltener und oft erst unmittelbar vor ihrem Tod Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung erhalten als Patienten mit Organumoren. Die Ursachen dafür sind sehr gut untersucht. Patienten und Angehörigen fehlen oft ausreichende Informationen zur Palliativmedizin und gerade auch ambulanten Versorgungsangeboten. Das verstärkt die Unsicherheit, in der sich Patienten mit Blutkrebskrankungen ohnehin mehr als Patienten mit anderen Tumoren befinden. Die Ungewissheit in Bezug auf die Prognose, das Potenzial zur Heilung (selbst bei Rückfällen) und die Furcht, Patienten die Hoffnung zu rauben, sind Hindernisse für eine rechtzeitige Einbindung palliativmedizinischer Strukturen auf Seiten der Hämatonkologen. Unzureichende hämatologische

Kenntnisse und die in vielen Gesundheitssystemen fehlende Abbildung des Transfusionsbedarfs von Blutkrebspatienten bis kurz vor dem Tod sind insbesondere in der hospizlichen Versorgung Hindernisse auf Seiten der Palliativmediziner. Wenn also die multiprofessionellen Teams in der Palliativmedizin mehr von Hämatonkologie verstünden und hämatonkologisch tätige Ärzte mehr von Palliativmedizin, wäre alles gut? Darin unterscheiden sich Hämatonkologie und Palliativmedizin nicht von anderen Disziplinen: Zusammenarbeit erfordert gegenseitige Offenheit und Basiskenntnisse der jeweiligen Partnerdisziplin.

Für die frühzeitig in die Behandlung integrierte Palliativmedizin ergeben sich typischerweise Schnittmengen mit der Supportivtherapie. Streng genommen hat Supportivtherapie die Vorbeugung und Linderung von Symptomen, die durch die Therapie selbst entstehen, zur Aufgabe. Die existenziellen, spirituellen und psychosozialen Belastungen der Patienten geraten oft, auch aus Kapazitätsgründen, aus dem Blickfeld. Sie können aber mit dem multiprofessionellen Ansatz in der Palliativmedizin gut aufgefangen werden. Selbstverständlich behandeln Palliativmediziner auch therapiebedingte Symptome wie Übelkeit oder Fatigue (chronische Erschöpfung) mit. In diesen Situationen sind ein guter Informationsaustausch und viel Aufmerksamkeit für die Details hilfreich für die Patienten und auch für ihre Angehörigen.

Es ist also kein entweder Hämatonkologie ODER Palliativmedizin, sondern ein UND, was zum Erfolg im Sinne einer besseren Lebensqualität trotz schwerer Erkrankung beiträgt. Vielleicht auch zu einem längeren Überleben? Für Lungenkrebs konnte dies bereits vor 10 Jahren gezeigt werden. Für Blutkrebskrankungen muss dies noch in klinischen Studien untersucht werden. Die bisherigen Studien zur frühen Integration der Palliativmedizin haben jetzt schon klar gezeigt, dass die Interventionen auf keinen Fall zu negativen Effekten für die Patienten und ihre Angehörigen führen. Wenn es sogar einen Überlebensvorteil gibt, wäre dies ein palliativmedizinischer „Nebeneffekt“, den man Patienten nicht vorenthalten sollte.



Bereiche der Palliativmedizin

Mit freundlicher Genehmigung von Thomas Leblanc.

Weiterführende Hinweise:

<https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

Hier findet man Anbieter spezialisierter ambulanter und stationärer Palliativversorgung nach Orten und Postleitzahl geordnet (über eine Suchmaske). Wer in diesem Register keinen Dienst in unmittelbarer Nähe findet, kann sich bei einem der Dienste im nächstgrößeren Ort melden. In der Regel wird Anfragenden dort weitergeholfen. Die Palliativdienste sind gut vernetzt und kooperieren miteinander. Man sollte auch die behandelnden Ärzte darauf ansprechen.

Eine Patientenleitlinie zur Palliativmedizin ist abrufbar unter:

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/

Auch Patientenleitlinien zur Supportivtherapie, zur Psychoonkologie und zu verschiedenen Krebserkrankungen finden sich hier.