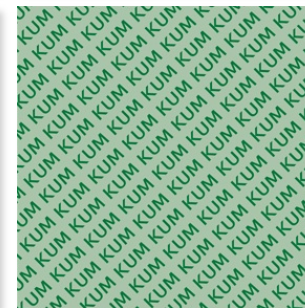
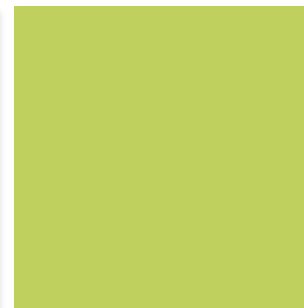
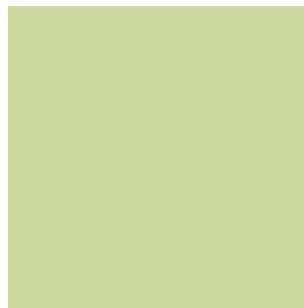


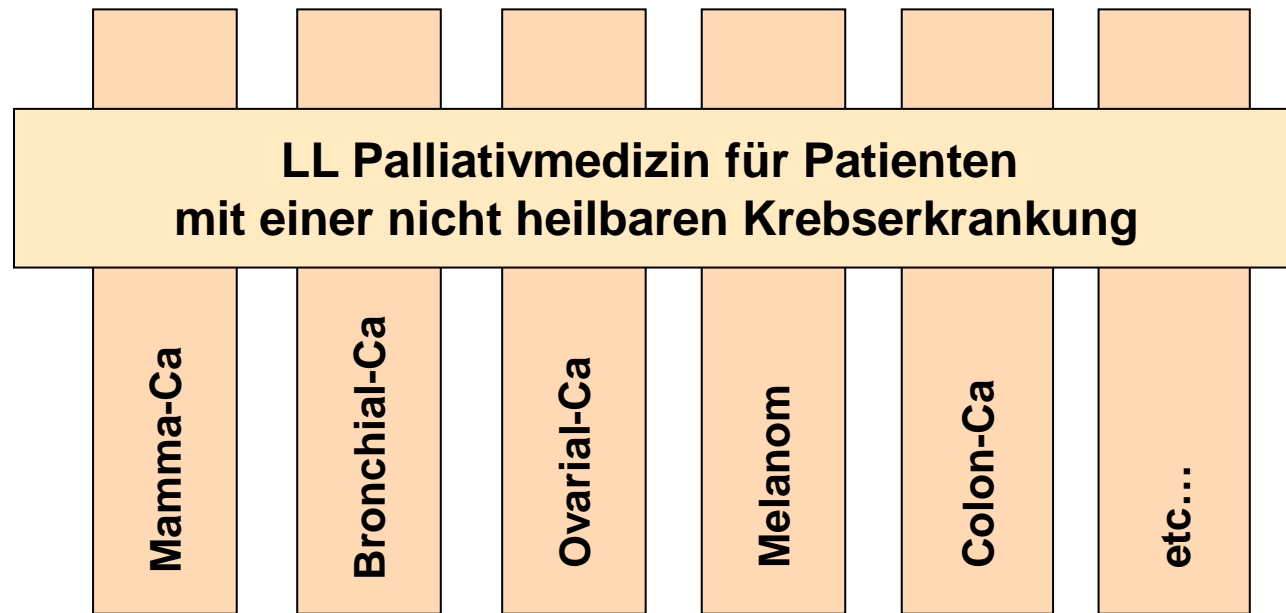
Die erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin: Ändert sich dadurch der Alltag?

Claudia Bausewein



LL-Palliativmedizin - Konzept und Inhalt

- an den Patientenbedürfnissen orientiert
- diagnoseübergreifend
- komplementär zu organspezifischen Leitlinien



Inhalt Erweiterte S3 LL Palliativmedizin

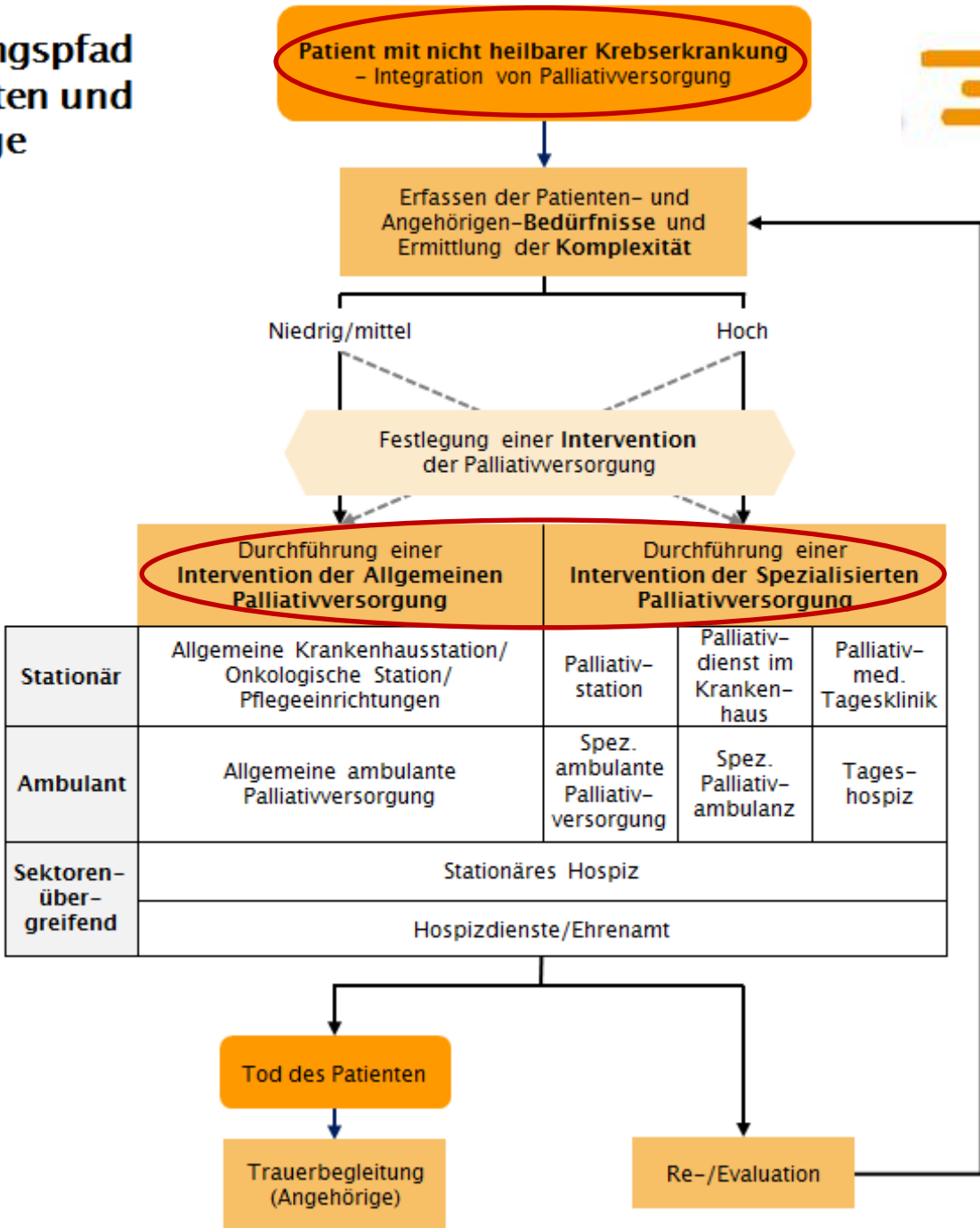
1. Grundsätze Palliativversorgung
2. Kommunikation
3. Therapiezielfindung
4. Atemnot
5. Tumorschmerz
6. Fatigue
7. Schlafbezogene Erkrankungen
8. Übelkeit und Erbrechen
9. Obstipation
10. Maligne intestinale Obstruktion
11. Maligne Wunden
12. Angst
13. Depression
14. Todeswünsche
15. Sterbephase



Versorgungsstrukturen



Behandlungspfad für Patienten und Angehörige



Zeitpunkt der Integration von PV

5.2.	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert 2019
Empfehlungsgrad A	Allen Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.	
Level of Evidence 1-	Aktualisierung 2019: Haun et al. 2017 [27], Adler et al. 2017 [28], Dalgaard et al. 2014 [29], Davis et al. 2015 [30], Gärtner et al. 2017 [31], Hui et al. 2015 [32], Hui et al. 2016 [33], Tassinari et al. 2016 [34]	

- Wann ist eine Krebserkrankung „**nicht heilbar**“?

Surprise Question

„Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde?“

Nein, ich wäre nicht überrascht > **Palliativversorgung**



Spezialisierte Palliativversorgung

5.9.	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert 2019
Empfehlungsgrad A	Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und einer hohen Komplexität ihrer Situation <i>sollen</i> eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten.	
Level of Evidence 3	Aktualisierung 2019: Gärtner et al. 2017 [31], Hui et al. 2015 [32], Hui et al. 2016 [33]	



Tumorschmerz

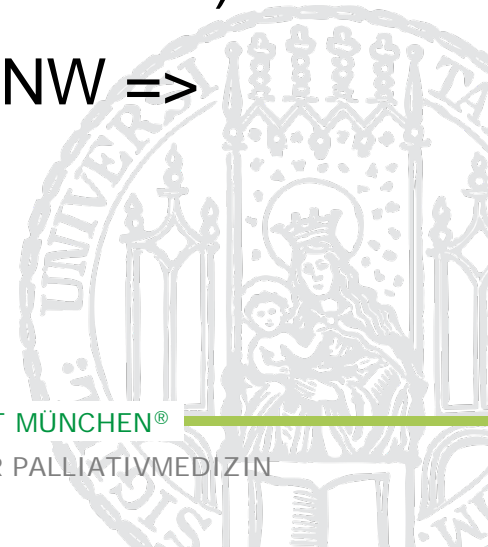
Leitlinien-Adaption:

EAPC medikamentöse Tumorschmerztherapie
(Caraceni et al. Lancet Oncology 2012)



Opioide (WHO-Stufe-III)

- Leichte bis mittlere Schmerzen Stufe II oder niedrig dosiert Stufe III Opioide
- III-Opioide gut wirksam bei mäßigen/starken Tumorschmerzen
- Morphin, Oxycodon und Hydromorphon gleichwertig
- Zunächst Dosisreduktion oder Intervallverlängerung bei zentralen NW (Delir, Halluzinationen, Myoklonien etc.)
- Unzureichende Schmerz-Linderung und/oder NW => Opioid-Wechsel



Neuropathische Schmerzen

9.38.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	<p>Bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen, die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, <i>soll</i> Amitriptylin, Gabapentin oder Pregabalin in Betracht gezogen werden.</p> <p>Bei der Kombination eines Opioids mit Amitriptylin, Pregabalin oder Gabapentin treten häufig ZNS-Nebenwirkungen auf, sofern nicht beide Medikamente vorsichtig titriert werden.</p>
Level of Evidence 1+	Leitlinienadaptation: EAPC/Caraceni et al. 2012 [494] (Benett et al. 2011 [681]); Mishra et al. 2012 [682]



Depression



Aktives Screening, Diagnose, Schweregrad

17.4.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Zur Erkennung einer Depression bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>kann</i> das 2-Fragen-Screening eingesetzt werden: <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px;"><ol style="list-style-type: none">1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?</div>
Level of Evidence 4	Quellen: -

- **Diagnose:** bei auffallendem Screening, Diagnosestellung und Bestimmung des Schweregrades nach ICD-10-Kriterien (Erfassung Haupt- und Zusatzsymptome)

Therapie nach Schweregraden

- **Leicht:** primär Psychotherapie
- **Mittelschwer:** Kombinationstherapie
(Psychoth. + medikamentös)
- **Schwer:** Suizidrisiko beachten

S3/NVL Unipolare Depression 2009

17.15.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Eine Behandlung der Depression bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> auch bei kurzer Lebensprognose von wenigen Wochen erfolgen.

Tabelle 51: Medikamente zur Therapie der Depression in Anlehnung an Benkert/Hippius (2013) [1489]; S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [1390]

Arzneimittel	Halbwertszeit	Darreichungsform	Anfangs-dosis	Standardtages-dosis
Amitriptylin (TZA)	10-28 Stunden	Diverse Stärken, auch retardiert (10-100 mg); Lösung zum Einnehmen (40 mg/ml); Infusionslösung (50 mg)	25-50 mg	75-150 mg/Tag (in Klinik bis max. 300 mg/Tag) (Schwerpunkt abendliche Gabe)
Citalopram (SSRI)	26-40 Stunden	Tabletten (10/20/40 mg); Infusionslösung (20 mg)	10-20 mg	20-40 mg/Tag (max. 40 mg/Tag) (morgendliche Gabe)
Mirtazapin (NaSSA)	20-40 Stunden	Tabletten; Schmelztabletten (15/30/45 mg); Lösung zum Einnehmen (15 mg/ml)	15 mg	15-45 mg/Tag (abendliche Gabe)
Sertralin (SSRI)	24-36 Stunden	Tabletten (50/100 mg)	50 mg	50-100 mg/Tag (max 200 mg/Tag) (morgendliche Gabe)
Venlafaxin (SSNRI)	5 Stunden, ret. 14-18 Stunden	Tabletten 37,5 mg; Kapseln retardiert (37,5/75/150/225 mg)	37,5-75 mg	75-225 mg/Tag (max. 375 mg/Tag)

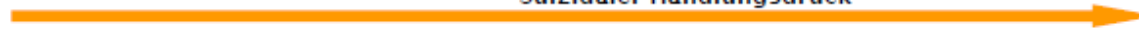
NaSSA = Noradrenerges spezifisch serotonerges Antidepressivum; SSNRI = selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer; SSRI = selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer; TZA = Trizyklische Antidepressiva.

Keine klare Überlegenheit eines Antidepressivums gegenüber anderen

Todeswunsch

Autoren	FORMEN VON TODESWÜNSCHEN			
1) Ohnsorge et al. [1510, 1522]	Akzeptanz des Sterbens	Wunsch zu sterben als: 1) Hoffen aufs Ende 2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung 3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung		
2) Nissim et al. [1511]	Loslassen	Verzweiflung	Hypothetischer Fluchtplan	
3) Balaguer et al. [1505]	Wish to hasten death (WTHD)			
4) Mod. nach Wolfersdorf [1517-1519] und Lindner [1516]	Lebens-satt-heit	Lebens-müdig-keit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Suizidalität (distanziert -> latent -> akut)

Suizidaler Handlungsdruck



18.8.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Äußerung eines Todeswunsches durch Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> das Vorliegen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Aussichtslosigkeit, Demoralisation und Glaubensverlust sowie Depressivität und ggf. Suizidalität erfasst und behandelt bzw. Unterstützung angeboten werden.
Level of evidence 3	Quellen: Rodriguez-Prat et al. 2017 [1509]



Sterbephase



Maßnahmen in der Sterbephase

19.33.	Konsensbasierte Empfehlung	Modifiziert 2019
EK	Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, <i>sollen</i> in der Sterbephase <i>nicht</i> eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden: z. B. Beatmung, Kardiopulmonale Reanimation, Dialyse/Hämofiltration, Therapie auf der Intensivstation, Lagerung zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe.	
19.38.	Evidenzbasierte Empfehlung	
Empfehlungsgrad B	Nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst) <i>sollten</i> künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden <i>nicht</i> fortgeführt bzw. begonnen werden.	
Level of Evidence 2	Quellen: Bruera et al. 2013 [1671], Nakajima et al. 2013 [1672], Raijmakers 2011 [1673]	

Medikamente in der Sterbephase

1. Morphin > Schmerzen, Atemnot
2. Midazolam > Angst, Unruhe
3. Haloperidol > Delir, Übelkeit
4. Metoclopramid > Übelkeit
- (5. Anticholinergika > Rasselatmung)

p.o. > s.c.

Absetzen:

- **Alle anderen Medikamente:** Diuretika, Insuline, Kardiaka, Kortikosteroide, Laxantien...



Zusammenfassung

- S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung aktuellste Zusammenstellung der Evidenz im Bereich Palliativmedizin
- Inhalte überwiegend auf Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen übertragbar
- Themenbereiche umfassen breites Spektrum von körperlichen Symptomen, Kommunikation, Umgang mit Todeswunsch etc.
- Alltag ändert sich mit der Anwendung der Leitlinie!



Vielen Dank!



© Association for Palliative Medicine