

Während der Begriff Palliative Care häufig mit dem Lebensende und der Vergänglichkeit assoziiert bleibt und als letzte Instanz nach Versagen aller lebensverlängernden Behandlungen gesehen wird, hat in der letzten Dekade ein Paradigmenwechsel stattgefunden.

Vorausschauende Basisangebote:

Vorteilhaft für alle

Hierbei spielt die frühe Integration von Palliative-Care-Angeboten eine grosse Rolle. Insbesondere in der klinischen Onkologie können und sollen Aspekte der **Basic Palliative Care** – im Gegensatz zu **spezialistischer Palliative Care** bei komplexer Symptomlast –



handlung von Leiden gehört auch die Berücksichtigung von psychologischen Aspekten, so unter anderem im Rahmen einer «**Dignity Therapy**»-basierten **Mitbetreuung**. Andererseits stehen neben den medikamentösen Optionen auch Möglichkeiten der radioonkologischen Strahlentherapie zur Verfügung. **Palliative Strahlenkonzepte** bei Knochenmetastasen wurden neu auch in das WHO-Stufenschema integriert. Neben Schmerz sollten jedoch, insbesondere in der allgemeinen Palliative Care, auch leisere Symptome wie chronische Nausea und Fatigue gehört werden.

Der Mensch mit der Krankheit im Zentrum

Insgesamt stellt Palliative Care mit ihren vielfältigen Facetten der Symptomkontrolle, der **Unterstützung in der Entscheidungsfindung**, der **Einbindung der Angehörigen und der Adressierung sozialer, psychologischer und spiritueller Bedürfnisse** eine Disziplin dar, welche nicht nur als begleitende Betreuung durch spezialisierte Ärzte gesehen werden sollte, sondern auch als Kernkompetenz der primär behandelnden Ärzte. In einer umfassenden Behandlung, ob an einem Comprehensive Cancer Center oder in der Praxis, liegt der Fokus weder auf dem Krebs noch auf dem Patienten, sondern auf dem Menschen mit seiner Krankheit.

David Blum und Caroline Hertler
Kompetenzzentrum Palliative Care
Universitätsspital Zürich

Frühe Integration der Palliative Care

bereits von den primär behandelnden Onkologinnen und Onkologen durchgeführt werden. Eine frühe, vorausschauende Planung erleichtert der Patientin/dem Patienten und der Ärztin/dem Arzt die Behandlung und reduziert idealerweise, insbesondere im späten Verlauf der Erkrankung, symptomgenerierende und zum Teil kostspielige und wenig wirksame Tumortherapien.

Dabei darf auch gehofft und an das Wunder einer **Spontanremission** geglaubt werden. Es ist jedoch oft hilfreich, im geeigneten Moment auch das «Worst-Case-Szenario» zu besprechen. Dieses Spannungsfeld ist eine Herausforderung sowohl für spezialisierte Palliativmediziner als auch für Onkologen und Radioonkologen.

Pharmakologische, radioonkologische, psychologische und soziale Ansätze

Bei der Beurteilung der Symptomlast gilt zu beachten, dass insbesondere Schmerz und Leid nicht gemessen, sondern immer erfragt werden müssen. Eine bestmögliche Behandlung von Schmerz umfasst neben **pharmakologischen** Massnahmen auch **nicht-pharmakologische Ansätze**. Zur umfassenden Be-