LMU KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUSS GROSSHADERN

KLINIK UND POLIKLINIK
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



Behandlungsempfehlungen für die Integrierte Palliative care Outcome Skala (IPOS) in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Eine evidenzbasierte Orientierungshilfe zur Interpretation von patientenberichteten IPOS-Werten und deren Einbindung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die vorliegenden Empfehlungen dienen in erster Linie als Orientierungshilfe für die Interpretation der Ergebnisse der Integrierten Palliative care Outcome Skala (IPOS) und deren Einbindung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Dieses Handbuch ist ein Teilergebnis des Projekts Palli-MONITOR und in interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis entstanden.

Wir möchten uns bei allen beteiligten SAPV-Mitarbeitenden bedanken, die bei der Erstellung der Behandlungsempfehlungen mitgearbeitet haben. Zusätzlich bedanken wir uns bei Julia Gröger für die Erstellung der evidenzbasierten Empfehlungen sowie für die Organisation und Durchführung des Workshops zur Konsensfindung.

Wir bedanken uns bei dem gesamten Palli-MONITOR-Projektteam, das uns tatkräftig bei der Entwicklung der Empfehlungen unterstützt hat.

Prof. Dr. Claudia Bausewein
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Gesamtleitung Palli-MONITOR

Anna Bolzani MPH
Wiss. Mitarbeiterin
Projektleitung Palli-MONITOR

Inhalt

Vorwort 2

Hintergrund 4

Schmerzen 7

Atemnot 11

Schwäche 13

Übelkeit 14

Appetitlosigkeit 16

Verstopfung 17

Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund 19

Eingeschränkte Mobilität 24

Sorge Patient 27

Sorge Familie 30

Traurig/ Bedrückt 34

Frieden 36

Informationsbedarf 39

Praktische Probleme 41

Quellenangaben 43

Wichtige Hinweise

Praktizierende und Forschende müssen sich bei der Bewertung und Anwendung aller hier beschriebenen Informationen stets auf die eigenen Erfahrungen und Kenntnisse verlassen. Im größtmöglichen Umfang des Gesetzes wird von den Autoren oder Beitragenden keinerlei Haftung in Bezug auf die Adaption oder für jegliche Verletzung und/oder Schäden an Personen oder Eigentum, im Rahmen von Produkthaftung, Fahrlässigkeit oder anderweitig, übernommen. Dies gilt gleichermaßen für jegliche Anwendung oder Bedienung der in diesem Werk aufgeführten Methoden, Produkte, Anweisungen oder Konzepte.

Achtung: die bei den genannten Arzneimitteln angegebenen Dosierungen und Anwendungshinweise können von der deutschen Zulassung abweichen.

Förderkennzeichen: 01VSF17014

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hintergrund

Die vorliegenden Empfehlungen wurden in zwei Schritten erstellt. Im ersten Schritt wurde die aktuelle Evidenz zur Behandlung der Symptome und Probleme, welche im IPOS abgefragt werden, identifiziert und zusammengetragen. Zudem wurden in der Versorgung tätige Berufsgruppen (Ärztinnen, Pflegekraft, Apothekerin, Sozialarbeiterin) nach zusätzlicher Literatur oder Empfehlungen befragt.

Im zweiten Schritt wurden die identifizierten Empfehlungen in einem Workshop mit SAPV-Mitarbeitenden (Arzt/Ärztin, Pflegekraft, Seelsorge, Atemtherapie, Sozialarbeit) den Ausprägungen des IPOS zugeordnet.

Weitere Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf der Webseite der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin:
http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin



Aufbau der Behandlungsempfehlungen

Die Empfehlungen sind unterteilt in die Symptome und Probleme, wie sie im IPOS abgefragt werden. Zu Beginn wird die Frage dargestellt, die der Patient/ die Patientin beantwortet. Im Anschluss erfolgt bei den meisten Symptomen eine Zusammenfassung der Grundlagen, die bei der Behandlung des Symptoms bzw. der Problematik beachtet werden sollten. Dieses zusätzliche Kapitel entstand auf Wunsch der am Workshop beteiligten Experten und Expertinnen.

Danach werden die Empfehlungen zugeordnet zu den Ausprägungen dargestellt.

Folgende Hinweise:

- Empfehlungen aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018) wurden gekürzt und in Aufforderungen umformuliert. Die leitliniengerechte Sprache (soll, sollte, kann) wurde beibehalten. Andere evidenzbasierte Empfehlungen wurden als Stichpunkte verfasst.
- Es wurden keine Behandlungsempfehlungen zu den Freitextfeldern des IPOS entwickelt, da es sich hier um individuelle Antworten des Patienten/ der Patientin handelt.
- Für das Item „Gefühle teilen" wurden aufgrund des weiten Begriffs und mangelnder Evidenz keine evidenzbasierten Empfehlungen erstellt.
- Die Behandlungsempfehlungen für die Symptome Übelkeit und Erbrechen sowie Schwäche oder fehlende Energie und Schläfrigkeit wurden jeweils zusammengefasst.
- Manchen Ausprägungen wurden keine Empfehlungen zugeordnet . Daher werden in solchen Situationen Gruppen von Ausprägungen dargestellt. (z.B. Schmerz: die Empfehlungen für die Ausprägungen „stark" und „extrem stark" werden unter der Überschrift „stark und extrem stark" zusammengefasst).
- Bei Ausprägungen einzelner Symptome sollten auch Symptomcluster und ggf. die Empfehlungen weiterer Symptome berücksichtigt werden.

SCHMERZEN

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Schmerzen	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Grundlagen

- Sie *sollten* bei Patienten mit Tumorschmerzen die Titrationszeitpläne für schnell und langsam freisetzende Darreichungsformen durch die orale Verabreichung von schnell freisetzenden Opioiden als Bedarfsmedikation ergänzen.
- Sie *sollen* bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen Stufe-III-Opioide verwenden. Sie können bei Patienten mit Tumorschmerzen schnell und langsam freisetzende orale* Morphin-, Oxycodon- und Hydromorphon-Präparate zur Dosistitration verwenden.
- Sie *können* bei Patienten mit Tumorschmerzen schnell und langsam freisetzende orale* Morphin-, Oxycodon- und Hydromorphon-Präparate zur Dosistitration verwenden.
- Sie *sollen* Levomethadon aufgrund seines komplexen pharmakokinetischen Profils mit einer unvorhersehbaren Halbwertszeit nur als erfahrene/r Arzt/Ärztin einsetzen.
- Bei Patienten, denen Opioide nicht auf oralem oder transdermalem Weg verabreicht werden können, *soll* der subkutane Applikationsweg bei der Verabreichung von Morphin oder Hydromorphon die erste Alternative sein.

** Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss handelspräparat-spezifisch überprüft werden.*

** Bei Patienten mit Schluckstörungen stehen neben den transdermalen oder parenteralen Anwendungen auch andere Applikationswege bei Verwendung entsprechender Darreichungsformen zur Verfügung. Beispielsweise kann Morphin in flüssiger Form (schnell freisetzend) oder als retardiertes Granulat über enterale Sonden (Magensonde, PEG) verabreicht werden. Die Verfügbarkeit und Eignung der verschiedenen Darreichungsformen kann beim Apotheker erfragt werden.*

- Wenn von der oralen* zur subkutanen oder intravenösen Morphin-Applikation gewechselt wird, *sollte* dies entsprechend einer relativen analgetischen Potenz zwischen 3:1 und 2:1 erfolgen.

- Sie *können* bei Patienten, die unter Stufe-III-Opioiden keine ausreichende Analgesie erreichen und unter schweren bzw. unkontrollierbaren Nebenwirkungen leiden, auf ein alternatives Opioid wechseln.

- Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die auf ein anderes Opioid umgestellt werden, *sollte* die Umstellung anhand von Umrechnungsfaktoren erfolgen.

- Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die aufgrund einer unzureichenden Analgesie und/oder übermäßigen Nebenwirkungen auf ein anderes Opioid umgestellt werden, ist die Anfangsdosierung [um 25-50%] niedriger als die nach publizierten Äquipotenztabellen berechnete. Die Dosis ist anhand des klinischen Ansprechens dann zu titrieren.

- Sie *können* bei Patienten mit opioidbedingten neurotoxischen Nebenwirkungen (Delir, Halluzinationen, Myoklonien und Hyperalgesie) eine Dosisreduktion oder einen Wechsel des Opioids durchführen.

- Sie *sollten* bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate < 30 ml/min) Opioide vorsichtig einsetzen.

- Die Verwendung von NSAR *sollte* aufgrund des Risikos schwerer Nebenwirkungen, insbesondere bei älteren Patienten und Patienten mit Nieren-, Leber- oder Herzversagen, eingeschränkt erfolgen.

- Sie *sollen* eine Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen mit zusätzlichen Dosen schnell freisetzender, oraler Opioide behandeln.

- Sie *sollen* bei einer Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen die Dauermedikation auf eine angemessene Höhe titrieren und nicht ausschließlich mit Bedarfsmedikation reagieren.

- Sie *sollen* bei Patienten mit einer Krebserkrankung Durchbruchschmerzen (z. B. bewegungsabhängige Schmerzen) mit oralen*, schnell freisetzenden Opioiden oder mit transmucosalen* Fetanyl-Darreichungsformen behandeln. Sie *sollten* in bestimmten Fällen von Durchbruchschmerzen die transmucosalen Fentanyl-Darreichungsformen den schnell freisetzenden oralen* Opioiden aufgrund des schnelleren Wirkeintritts und der kürzeren Wirkdauer vorziehen.

- Sie *sollten* bei Patienten mit einer Krebserkrankung schnell freisetzende Opioide mit einer kurzen Halbwertszeit verwenden, um präventiv vorhersehbare Episoden von Durchbruchschmerzen 20–30 Minuten vor dem auslösenden Ereignis zu behandeln.

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Sie *können* Metamizol als Monotherapie bei leichten Schmerzen und als Kombinationstherapie mit Opioiden bei mittleren und starken Tumorschmerzen als Alternative zu NSAR und Paracetamol einsetzen.

- Sie *können* Stufe-III-Opioide mit NSAR ergänzen, um die Analgesie zu verbessern oder um die Opioid-Dosis zu verringern, die zum Erreichen einer ausreichenden Analgesie erforderlich ist.

- In Kombination mit Stufe-III-Opioiden *können* Sie Metamizol bzw. Paracetamol den NSAR aufgrund eines günstigeren Nebenwirkungsprofils vorziehen, auch wenn die Wirksamkeit nicht gut dokumentiert ist.

- Sie *sollen* bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen, die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, Amitriptylin, Gabapentin oder Pregabalin in Betracht ziehen.

  Bei der Kombination eines Opioids mit Amitriptylin, Pregabalin oder Gabapentin treten häufig ZNS-Nebenwirkungen auf, sofern nicht beide Medikamente vorsichtig titriert werden.

** Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss handelspräparat-spezifisch überprüft werden.*

** Die „transmucosale" Darreichungsform schließt folgende Formen ein: buccal, sublingual oder intranasal.*

Mäßig *beeinträchtigt*

- Für einige Patienten mit Tumorschmerzen *können* transdermales Fentanyl oder transdermales Buprenorphin als Alternative zu oralen Opioiden das bevorzugte Stufe-III-Opioid sein.
- Sie *können* bei Patienten mit Tumorschmerzen und Schluckstörungen transdermale Opioide als ein wirksames, nicht-invasives Mittel zur Opioid-Verabreichung einsetzen.
- Sie *sollten* Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen, oder Patienten, deren Schmerzen nicht adäquat durch orale*, regelmäßige Verabreichung von Nicht-Opioid-Analgetika kontrolliert werden können, zusätzlich orale* Stufe-II-Opioide oder alternativ niedrig dosierte Stufe-III-Opioide verabreichen.
- Für Patienten, bei denen keine adäquate Analgesie mit oraler* und transdermaler Applikation erzielt werden kann, *kann* die kontinuierliche intravenöse oder subkutane Applikation eine Therapiealternative sein, um eine optimale Schmerzkontrolle zu erzielen.
- Sie *können* den subkutanen und intravenösen Zugangsweg für eine patientenkontrollierte Analgesie nutzen.

Stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Sie *können* bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen Levomethadon als Stufe-III-Opioid der ersten oder späteren Wahl verwenden.
- Sie *sollen* bei Patienten mit Tumorschmerzen die intravenöse Verabreichung für die Opioid-Titration verwenden, wenn eine schnelle Schmerzkontrolle erforderlich ist.

Quelle(n): Fine et al. 2009, Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

** Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss handelspräparat-spezifisch überprüft werden.*

ATEMNOT

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Atemnot	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Grundlagen

- Sie *sollten* bei einer Niereninsuffizienz und Zunahme der Nebenwirkungen die Dosis bzw. die Wahl des Opioids anhand der klinischen Situation und dem Schweregrad der Niereninsuffizienz anpassen.
- Es gibt keinen Hinweis, dass eine lege artis durchgeführte Therapie der Atemnot mit Opioiden zu einer klinisch relevanten Atemdepression führt.

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Sie *sollen* potentiell behandelbare Ursachen der Atemnot ermitteln.
- Wenn eine ursächliche Therapie der Atemnot möglich ist, *sollen* Sie diese vor oder parallel zu einer symptomatischen Therapie durchführen.

  Dabei soll Folgendes berücksichtigt werden:

  - Abwägung der medizinischen Indikation
  - Belastung sowie Nutzen für den Patienten
  - Patientenwille

- Sie *sollen* orale oder parenterale Opioide zur symptomatischen Linderung von Atemnot einsetzen.
- Sie *sollten* Patienten nicht mit Phenothiazinen zur Linderung von Atemnot behandeln.

** Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrostomie]) ein.*

- Sie *sollten* Patienten nicht mit Antidepressiva oder Buspiron zur Linderung von Atemnot behandeln.
- Sie *können* mit Steroiden† zur Linderung von Atemnot behandeln.
- Sie *sollen* bei Atemnot nicht-medikamentöse Allgemeinmaßnahmen zur Linderung von Atemnot anwenden, z. B. Aufklärung über das Symptom Atemnot, Beruhigung/Entspannung, Atemübungen oder Kühlung des Gesichts.
- Sie *sollten* einen auf das Gesicht gerichteten kühlen Luftzug (z. B. hervorgerufen durch einen Handventilator) zur symptomatischen Linderung von Atemnot einsetzen.
- Sie *sollten* einen Rollator und andere Gehhilfen zur Unterstützung der Mobilität und zur Linderung von Atemnot einsetzen.
- Sie *sollten* Sauerstoff nicht zur Linderung von Atemnot bei nicht-hypoxämischen Patienten einsetzen.
- Aufklärung und Unterstützung in Bezug auf Techniken zur Atemkontrolle/-management, je nach Patientenpräferenz, z. B. Atemtherapie (aktive Atmung) oder Lippenbremse

Mäßig, stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Sie können zusätzlich Benzodiazepine in Kombination mit Opioiden zur Linderung von Atemnot einsetzen, insbesondere in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder in der Sterbephase.
- Opioide über den oralen (Mund) oder parenteralen (Infusion) Weg mit einer niedrigen Dosis und verzögerter Freisetzung (lang anhaltend).

Quelle(n): Leitlinienprogramm 2015, van Vliet et al. 2015, Leitlinienprogramm 2018

† *Off-Label-Use*

SCHWÄCHE

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Schwäche	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Ein wenig oder mäßig *beeinträchtigt*

- Sie *sollten* Patienten mit Fatigue eine Beratung zu Strategien zum Energiemanagement und zur energieadaptierten Tagesstruktur anbieten.
- Sie *können* bei Fatigue einen Therapieversuch mit Kortikosteroiden erwägen.
- Ein Therapieversuch mit Kortikosteroiden* bei Fatigue *sollte* aufgrund potentieller Nebenwirkungen zeitlich begrenzt erfolgen.

Stark *beeinträchtigt*

- Sie *sollten* in den letzten Tagen oder Wochen des Lebens die Indikation für die Behandlung von Fatigue überprüfen, um Belastungen durch diese Behandlung zu vermeiden.

Extrem stark *beeinträchtigt*

- Sie *können* bei Fatigue einen Therapieversuch mit Methylphenidat* oder Modafinil* erwägen.

Quelle(n): Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

* *Off-Label-Use*

ÜBELKEIT

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Übelkeit	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Sie *sollen* Patienten und ihre Angehörige individuell und situationsspezifisch über Ursachen von Übelkeit und Erbrechen aufklären.
- Sie *sollen* Patienten und ihre Angehörige bei der Entwicklung von Coping-Strategien unterstützen.
- Sie *sollen* aggravierende Faktoren für Übelkeit und Erbrechen, insbesondere Stress sowie vom Patienten als unangenehm empfundener Geruch und/oder Geschmack, vermeiden.
- Sie *sollen* Patienten nach jedem Erbrechen Mundpflege anbieten und diese ermöglichen.
- Sie *sollten* bei Übelkeit und Erbrechen Nahrung in kleinen, appetitlichen Portionen offerieren.
- Sie *sollten* Entspannungstechniken unabhängig vom Auslöser zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen anbieten.
- Sie *sollten* das Antiemetikum bei Übelkeit und Erbrechen ätiologie-basiert auswählen.
- Sie *sollten* bei Übelkeit und Erbrechen prüfen, ob Medikamente, die Übelkeit und Erbrechen auslösen können, abgesetzt, ausgetauscht oder reduziert werden können.
- Sie *sollten* bei opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen Medikamente mit antidopaminergen (z. B. Haloperidol) bzw. antidopaminergen und weiteren Wirkungsmechanismen (z. B. Metoclopramid) verwenden

Mäßig *beeinträchtigt*

- Sie *können* bei opioidbedingter anhaltender Übelkeit oder Erbrechen trotz entsprechender antiemetischer Therapie und bei ansonsten adäquater Opioiddosis einen Wechsel des Opioids vornehmen.
- Sie *sollten* Antipsychotika mit einem breiten Wirkspektrum, wie z. B. Levomepromazin*, bei unzureichendem Ansprechen auf andere Antiemetika als Therapie zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen einsetzen.
- Sie *können* Antihistaminika, wie z. B. Dimenhydrinat, als Antiemetika bei Übelkeit und Erbrechen einsetzen, insbesondere wenn eine vestibuläre oder zerebrale Ursache wahrscheinlich ist.
- Sie *können* $5HT_3$-Rezeptor-Antagonisten (Setrone) zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen auch außerhalb der tumortherapieinduzierten Genese ergänzend einsetzen, wenn Dopaminantagonisten, wie z. B. Metoclopramid und Haloperidol kontraindiziert sind oder nicht ausreichend wirken.

Stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Sie *sollen* bei Patienten mit deutlich reduzierter oraler Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme mit drohender oder vorliegender Exsikkose sowie Nährstoffmangel aufgrund von Übelkeit und Erbrechen, abhängig vom Therapieziel, prüfen, ob eine parenterale Substitution indiziert ist.
- Sie *sollten* bei anhaltendem, nicht durch andere Methoden beherrschbarem Erbrechen eine nasogastrale Ablaufsonde anbieten.
- Sie *können* bei unzureichendem Ansprechen der ätiologie-basierten Pharmakotherapie von Übelkeit und Erbrechen Cannabinoide* als Reservemittel einsetzen.
- Sie *sollten* bei unzureichendem Ansprechen von Einzelsubstanzen zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen eine Kombination von Antiemetika mit unterschiedlicher Rezeptoraffinität einsetzen.
- Bei anhaltendem Erbrechen bei Patienten *sollte* die Medikamentengabe parenteral erfolgen.

Quelle(n): Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

** Off-Label-Use*

APPETITLOSIGKEIT

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Appetitlosigkeit	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Angebot der Wunschkost
- Angebot von häufigen und kleinen Mahlzeiten
- Anregung zur körperlichen Bewegung
- Einnahme der Mahlzeiten in Gesellschaft, falls möglich.
- Einnahme von kleineren, häufigeren Mahlzeiten statt zwei große Mahlzeiten pro Tag.
- Hinzufügen von Nahrungsergänzungsmittel nach dem Geschmack des Patienten, z.B. Milchgetränke, Milchshakes oder Pulver zur Erhöhung des Protein-/Kohlenhydratgehalts in herzhaften Speisen.

Mäßig *beeinträchtigt*

- Auch bei ausreichender Funktion des Verdauungstrakts enterale der parenteralen Ernährung vorziehen, wobei Kombination zur Bedarfsdeckung möglich.
- Verbesserung des Appetits über einige Tage durch Kortikosteroide, aber Vermeidung einer dauerhaften Anwendung aufgrund von langfristigen Nebenwirkungen; z.B. Gabe von Dexamethason 4 mg/d für maximal 7 Tage und Ausschleichen über eine Woche.
- Vor Durchführung einer Beratung zur angepassten Ernährung: ausführliches Gespräch über die individuelle Krankheitssituation, mögliche Therapieoptionen der Grunderkrankung und den voraussichtlichen Krankheitsverlauf.
- Erfragung und Besprechung der Wünsche und Ziele des Patienten.
- In der palliativen bzw. finalen Krankheitssituation: Therapiezieländerung möglicherweise eine Entlastung des Patienten und der Angehörigen, wenn das Geschehen als Teil der Erkrankung akzeptiert wird.

Stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Rechtfertigung durch Behandlungsziel und Nicht-Erreichung einer ausreichenden oralen Nahrungsaufnahme: enterale oder parenterale Zufuhr von Nährlösungen; sorgfältige Abwägung von Vor- und Nachteilen, insbesondere bei Patienten mit einer Lebenserwartung unter 4 Wochen; Mögliche Nachteile: Überwässerung, Appetitminderung, Ödembildung, Förderung von Aszites/Pleuraerguss, Nykturie.
- Bei starker Einschränkung der Nahrungsaufnahme für einen längeren Zeitraum:
  - Ernährung (oral, enteral oder parenteral) nur langsam über mehrere Tage erhöhen
  - Vorkehrungen treffen, um ein Refeeding-Syndrom zu verhindern.

Quelle(n): Arends et al. 2006, Bozzetti et al. 2009, Snowden et al. 2011, Garcia et al. 2013, Arends et al. 2017, Eschbach et al. 2017

VERSTOPFUNG

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Verstopfung	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Sie *sollen* bei Patienten beim Einsatz von Opioiden eine medikamentöse Prophylaxe beginnen und diese im weiteren Verlauf regelmäßig dem Bedarf anpassen.
- Sie *können* bei Patienten zusätzlich physiotherapeutische Maßnahmen (aktive Bewegungsübungen, Mobilisation, Kolonmassage) unterstützend einsetzen.

- Sie *sollen* in der medikamentösen Mono- oder Kombinationstherapie zur Behandlung einer Obstipation bei Patienten osmotisch wirksame und/oder stimulierende Laxantien einsetzen.
- Sie *sollten* osmotisch wirksame Salze und Magnesiumhydroxid bei Patienten mit einer Obstipation nicht einsetzen.
- Sie *sollten* bei der Prophylaxe und der Therapie einer Obstipation ein standardisiertes Vorgehen in Form eines Stufenplans wählen.
- Sie *sollten* unterstützende Maßnahmen zur Therapie der Obstipation einsetzen, wie z.B. Verhaltensberatung, physiotherapeutische Maßnahmen.

Mäßig *beeinträchtigt*

- Sie *können* bei Patienten mit einer Obstipation bei Versagen der konventionellen Therapie zusätzlich medikamentöse Therapien mit Prokinetika oder Sekretagoga einsetzen.
- Sie können bei opioidbedingter therapieresistenter Obstipation eine Kombination aus Laxantien mit unterschiedlichem Wirkmechanismus einsetzen.

Stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Sie *sollten* bei Hinweis auf Stuhlentleerungsstörung bei Patienten rektale Entleerungshilfen einsetzen.
- Bei einer opioidbedingten Obstipation *soll* eine Therapie mit einem peripher wirksamen Mu-Opioid Rezeptor Antagonisten (Naloxegol, Methylnaltrexon) in Betracht gezogen werden, wenn herkömmliche Laxantien nicht ausreichend wirken.

Quelle(n): Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

MUNDTROCKENHEIT ODER SCHMERZHAFTER MUND

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Sie *sollen* regelmäßig die Mundtrockenheit evaluieren inklusive der Ursachen (z. B. Medikamente), dem Grad der Belastung und ob die Mundtrockenheit behandlungsbedürftig ist.
- Sie *sollten* regelmäßig, dem Bedürfnis des Patienten angepasst, die Mundschleimhaut und die Lippen bei belastender Mundtrockenheit befeuchten.
- Sie *sollten* geeignete Substanzen verwenden, die den Gewohnheiten und Vorlieben des Patienten entsprechen und der Herstellung von Wohlbefinden dienen.
- Mundpflege als wesentlicher Bestandteil von Wohlbefinden und Lebensqualität
- Bedürfnisorientierung, Individualität und hohe Sensibilität im Vordergrund.
- Anleitung des Patienten:
    - Mundraum mit der eigenen Zunge massieren
    - Ohr- und Unterzungenspeicheldrüse selbst massieren
- Folgende Maßnahmen können bei Mundtrockenheit angewendet werden:
    - Gefrorene, kleine Früchte oder Getränke in den Mund geben (z. B. Ananas, Cola)
    - Rote Tees als Mundpflegelösung (↑Säuregehalt kann zu Magenbeschwerden führen)

- Fruchtbonbons (Zitrone) und Kaugummi (Minze)
- Aromalampen mit Zitronendüften (Rücksprache mit Aromatherapeuten)

➢ Mundbefeuchtung mit:

- Wasser, Kaffee, Sekt, Bier, etc. (mit Hilfe einer Sprühflasche)
- Butter, Sahne, Olivenöl (Cave! können ranzig werden, Mundgeruch auslösen)
- Therapeutischen Kräuterölen
- Mundpflegelösungen, Mundbalsam

➢ Handlung niemals gegen den Willen des Patienten; Mundpflege versteht sich nicht als notwendige Verrichtung.

➢ Folgende Aspekte berücksichtigen:

- Speichel: Normalzustand: wässrig klar pH 6,8 - 7,4
- Ist der Speichel wässrig, fließt er?
- Ist der Speichel zäh, fließt er nicht?
- Kein Speichel: der Zungenspatel bleibt trocken
- Lippen: Normalzustand: weich, sanft, glatt und feucht
- Zahnfleisch: Normalzustand: rosa, weich
- Zunge: Normalzustand: rosa, leicht rau, feucht
- Schleimhäute im Bereich der Wangen und der Mundhöhle: Normalzustand: rosa, weich, feucht
- Zähne: festsitzend
- Belag vorhanden?
- Allgemeiner Zahnstatus?

➢ Bei der Inspektion des Mundraumes auf Folgendes achten, um zusätzliche Verletzungen zu vermeiden: Blutungen, Verletzungen, Ulcera, lockere Zähne

➢ Bei Mundtrockenheit folgende Aspekte im Rahmen der Anamnese beachten:

- Welche persönlichen Gewohnheiten hat der Patient in Bezug auf die Mundhygiene?
- Verträgt der Patient bestimmte Nahrungs-/Pflegemittel oder Medikamente im Mundbereich nicht?
- Welche Pflegehilfsmittel benutzt der Patient (Mundwasser, Munddusche, elektrische oder normale Zahnbürste, Zahnpasta, usw.)?
- Welche Geschmacksrichtung wird bevorzugt?
- Inspektion der Mundhöhle
- Kann der Patient riechen?
- Reagiert der Patient mit einem Beißreflex?
- Existieren Schluckstörungen und wenn ja, welche?
- Welche Erkrankungen/Probleme bestehen bei dem Patienten in Bezug zur Mundhöhle (Mundtrockenheit, Mundgeruch, schmerzhafter Mund, Soorinfektion, Borkenbildung und Aphten)?

- Maßnahmen bei entzündlichen Prozessen und Soor im Mundraum:
    - Salbeitee als Spülung oder zum Auswischen
    - Rhatania-Tinktur
    - Sanddornfruchtfleischöl
    - Mundpflegelösungen mit Panthenol, Salviathymol oder Kamillenextrakten

- Maßnahmen bei Blutungen:
    - Zahnbürste und Zahnseide vermeiden
    - Sanfte Spülungen mit Salbei, Ringelblumen- oder Kamillentee (adstringierend)
    - Eiswürfel lutschen
    - Lösung aus Backpulver und Wasser sanft mit Kompressen oder Tupfer auftragen
    - Blutungen mit Weißwein betupfen (die Säure des Weines bringt die Blutung zum Stillstand)

- Aufklärung der An- und Zugehörigen über die Vorteile einer guten Mundpflege
- Ermunterung der Angehörigen, den Pflegenden die gewohnte Mundhygiene des Patienten darzulegen und geeignete Maßnahmen mit der Unterstützung der Pflegenden auszuwählen, um den Patienten in seinen Fähigkeiten entsprechend zu unterstützen.
- Die Mundpflege ist so durchzuführen, wie es von dem Patienten gewünscht wird
- Angehörige unterstützen, mit ablehnendem Verhalten des Patienten umzugehen

Mäßig *beeinträchtigt*

- Maßnahmen bei schmerzhaftem Mund:
    - Anästhesierende Gels oder Lutschtabletten
    - Eisstückchen lutschen, saure Lösungen meiden
    - Reisschleim zur Behandlung schmerzhafter Prozesse in Rachen und Speiseröhre, 30 ml Lidocain 4 % (Lokalanästhetikum), 8 mg Dexamethason, 300 ml Reisschleim (aus Milch und Reisflocken)
    - Evtl. systemische Schmerztherapie

Stark *beeinträchtigt*

- Maßnahmen zur Beseitigung von Mundgeruch:
    - Regelmäßige Mundhygiene
    - Spülungen mit antiseptischen Lösungen, Cave! Geschmack beachten!
    - Chlorophyll-Dragees oder Tropfen, Cave! Grünfärbung, Spülung mit Salbeitee, Mundspülungen mit lokal wirksamen, antibakteriellen Lösungen (z.B. Metronidazol, Chlorhexidin)
    - Ggf. systemische antibiotische Behandlung

Quelle(n): Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2014, Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

EINGESCHRÄNKTE MOBILITÄT

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diese Symptome in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.	
Eingeschränkte Mobilität	☐ Gar nicht ☐ Ein wenig ☐ Mäßig ☐ Stark ☐ Extrem stark

Grundlagen

- Zusätzliche Ausstattung bei Bedarf:

  - Trittstufe; Schemel; Bettrahmen (Bettgitter); Infusionsständer mit Halterung für Perfusoren und Pumpen; Nachtstuhl; Rollstuhl; Gehwagen; Mobilisationsstuhl; Badewannenlift; Lagerungshilfen

Ein wenig *beeinträchtigt*

- Physiotherapeutische Begleittherapien, z.B. Wärmetherapie, Eisbehandlung, Massage, passive und aktive Krankengymnastik, Lymphdrainage, TENS-Behandlung;

  Als Ergänzung

  - Förderung von Physiotherapie/Heimphysiotherapie und bei Vorliegen von Anorexie/Kachexie/Sarkopenie das Angebot einer Ernährungsberatung
  - Hinweis an Patienten, dass Bewegung wichtig ist
  - Patienten auch zu geringfügigen Formen der Bewegung motivieren.

- Anstreben von kurzfristigen, symptomorientierten Zielen; Berücksichtigung der Wünsche der Schwerkranken, keine Überforderung des Patienten.

- Passive Therapiemaßnahmen sind für Schwerkranke sehr gut geeignet, da

  - manchmal die reduzierte Kraft und Stoffwechsellage sowie unterschiedliche belastende physische und psychische Symptome eine aktive Therapiemaßnahme erschweren;
  - die körperliche Schwäche aufgefangen werden kann und der Körper durch die taktilen Reize wieder besser wahrgenommen wird.

  Passive Therapiemaßnahmen sind:

  - Klassische Massage; manuelle Lymphdrainage; Thermotherapie; Hydrotherapie; Reflexzonentherapie; Triggerpunkt-Therapie; Taping; Kolonmassage

- Realistische Zielsetzung, damit der Patient nicht überfordert oder enttäuscht wird; Beachtung der Tagesbefindlichkeit

Mäßig *beeinträchtigt*

- Bei Schwerstkranken und Sterbenden sind die Kraftreserven erniedrigt oder nur noch temporär vorhanden; Ansetzen einer täglich neu anzupassenden, niedrigen Reizschwelle bei allen aktiven Therapiemaßnahmen

- Häufig fehlt dem Schwerkranken durch die Schwäche die wichtige tgl. Propriozeption und taktile Reizung von Haut, Nerven, Muskeln und Gelenken. Input beim bettlägerigen Patienten schaffen z.B. durch passives oder assistives Durchbewegen oder Aktivieren. Wichtig ist dies für die Körperwahrnehmung und Koordination von Bewegungen.

- Aktive Therapiemaßnahmen sind:

  - Isometrisches Muskeltraining; Dynamische isotonische Muskelkontraktion

- Einsatz von Ergotherapie zur Wiederherstellung bzw. Förderung nicht vorhandener oder verloren gegangener körperlicher, psychischer oder kognitiver Funktionen bzw. Beibehaltung des momentanen Zustands, damit Patienten die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit und damit die größtmögliche Lebensqualität erhalten bzw. erreichen können.

- Einsatz von „palliativer Atemtherapie“ (PAT); Die PAT richtet sich nach den Bedürfnissen des Patienten im Kontext der medizinischen, pflegerischen und sozialen Begleitung.

- Einsatz der Pflegetechnik Kinaesthetics® („Bewegungsempfindung“: Sinneswahrnehmung und Bewertung aktiver und passiver Bewegung und Bewegungsfähigkeit)
- Basale Stimulation® (Förderung bzw. Erhalt der Wahrnehmung auf allen Sinnesebenen)
- Im Notfall auf die richtige Lagerung und die Anwesenheit eines Menschen achten zur Linderung der Beschwerden.
    - Oberkörperhochlagerung bei akuter Dyspnoe
    - Seitenlage bei Hämatemesis, um Aspiration zu vermeiden
    - Knierolle oder Kistenlagerung bei Perforation eines Hohlorgans mit akuter peritonitischer Reaktion
    - Sitzen am Bettrand bei finaler Unruhe
- Hilfsmittel - Kompromiss zwischen Hightech und wohnlicher Atmosphäre:
    - Klingelanlage (Kopfklingel, Verlängerung, Hebel); Evtl. Gegensprechanlage (Babyfon); Steuerung zum Verstellen des Betts; Aufrichthilfen (Kopfüber, Fußende); Nachtkasten mit höhenverstellbarem, kippbarem Tisch; Ablage für persönliche Dinge (Uhr, Blumen, Bücher, Aromalampe etc.); Trinkbecher (Schnabelbecher oder Strohhalm zum Trinken im Liegen); Urinflaschenhalterung mit Flasche; Radio; Fernbedienung für Fernseher (und Fenster mit Sonnenschutz); Telefon; Pinnwand für Bilder, persönliche Notizen und allg. Informationen.

Stark oder extrem stark *beeinträchtigt*

- Regelmäßige Lagerungswechsel des Patienten zur Steigerung des Wohlbefindens durch Bewegung, Körperkontakt und Zuwendung; Beim Lagewechsel verbunden mit einer neuen Stellung und neuem Platz im Raum folgendes beachten: Druckentlastung, Ruhigstellen, Stützen und Entlasten, Therapie und Prophylaxe von Kontrakturen, Verminderung der Spastizität gelähmter Gliedmaßen.

Quelle(n): Bausewein et al. 2018

SORGE PATIENT

Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?
☐ Gar nicht ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Meistens ☐ Immer

Grundlagen

- Alle an der Behandlung und Begleitung Beteiligten *sollen* in ihrer Beziehungsgestaltung durch ihre Wortwahl und Haltung gegenüber Patienten stützend und Vertrauen stärkend sein.
- Sie *sollen* eine unnötige, angstauslösende oder -verstärkende verbale und non-verbale Kommunikation vermeiden.
- Bei Vorliegen von existentiellem Leid Folgendes:
    - Förderung der Aufrechterhaltung und Stärkung von Beziehungen
    - Unterstützung bei der Wiedergewinnung von Selbstkontrolle
    - Unterstützung beim Aufrechterhalten von Selbstkontinuität
    - Unterstützung bei der Verringerung des Gefühls, eine Belastung für andere darzustellen
    - Förderung von einem Generationenaustausch oder Diskussionen mit der Gemeinschaft, Freunden oder der Familie
    - Entlastung bei Bedenken rund um den Sterbeprozess
    - Aufrechterhaltung von Hoffnung

Selten *besorgt oder beunruhigt*

- Sie *sollen* das Vorliegen von Angst aktiv und regelmäßig prüfen, da sich eine Behandlungsindikation aus der Symptomlast und dem Leid ergibt, das der Patient erlebt.
- Sie sollen eine Anamnese möglicher psychiatrischer Vorerkrankungen bei Aufnahme erheben.

- Sie *sollen* bei Vorliegen von unkontrollierten Symptomen, z. B. Schmerz, Atemnot, Übelkeit oder akute Verwirrtheitszustände wie Delir, die beeinträchtigende Angst verursachen, diese Symptome zuerst oder gleichzeitig behandeln.

- Sie *sollten* bei aktuell wiederkehrenden Angst- oder Panikzuständen und einer Vorgeschichte einer ICD-10 relevanten Angststörung die pharmakologische Behandlung verordnen, die zuvor klinisch wirksam war.

Manchmal *besorgt oder beunruhigt*

- Bei vorhandenen Angstsymptomen *soll* eine vertiefte Exploration hinsichtlich der Angstinhalte und -intensität sowie der Behandlungsbedürftigkeit erfolgen.

- Sie *sollten* bei Angst eine nicht-medikamentöse Behandlung bei Belastung und/oder Beeinträchtigung durch Angst einsetzen.

- Sie *sollten* auch mögliche angstbedingte und angstauslösende Belastungen der Angehörigen erfassen.

- Sie können für die spezifische, nicht-medikamentöse Behandlung von Angst psychologische/psychotherapeutische Verfahren einsetzen.

- Sie können für die spezifische, nicht-medikamentöse Behandlung von Angst sozialarbeiterische, spirituell sowie non-verbale Verfahren einsetzen.

- Sie *sollen* zur Behandlung einer Angst eine medikamentöse Therapie mit anxiolytisch wirksamen Medikamenten anbieten:

  - wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen nicht möglich sind;
  - um eine nicht-medikamentöse Behandlung zu ermöglichen;
  - wenn nach Angaben der Patienten die bisherige Behandlung zu keiner ausreichenden Minderung der Symptome geführt haben.

- Sie sollten zur Behandlung von akuten Angstsymptomen kurzwirksame Benzodiazepine mit schnellem Wirkungseintritt einsetzen.

- Sie *sollten* bei unzureichender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit von Benzodiazepinen die Indikation für Antidepressiva, Antipsychotika oder sonstige Medikamente mit anxiolytischer Wirksamkeit prüfen.

- Sie *sollen* akute Panikattacken mit kurzwirksamen Benzodiazepinen behandeln. Es *soll* stufenweise vorgegangen werden: Zunächst erfolgt die akute Symptomlinderung mit kurzwirksamen Benzodiazepinen. Sie *sollten* bei wiederholtem Auftreten die Indikation für eine längerfristige Behandlung mit Antidepressiva, Antipsychotika oder sonstigen Medikamenten mit anxiolytischer Wirksamkeit prüfen.

- Evidenzbasierte Interventionen bei Vorliegen von Angst und Depression: Patientenedukation/ Psychoedukation; Kurzzeittherapie; Krebshilfe Hotlines; Internet-basierte Interventionen; Selbsthilfegruppen/ Gruppentherapie; Problem-lösende Zugänge; Entspannungsübungen; Stress Management; Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; Kunsttherapie/Supportive Psychotherapie

- Messen und dokumentieren des Vorliegens von Angst, Depression, Delirium, Verhaltensstörungen und anderen häufigen psychischen Symptome anhand verfügbarer standardisierter Skalen.

- Rechtzeitige, sichere und effektive, für den Patienten und seine Familie akzeptable Behandlung von Angst, Depression, Delirium, Verhaltensstörungen und anderen häufigen psychischen Symptomen.

Meistens oder immer *besorgt oder beunruhigt*

- Die Personen, die an der Behandlung eines Patienten mit Angst beteiligt sind, *sollten* einen psychiatrischen/psychotherapeutischen Experten hinzuziehen,

  - wenn nach Nutzung aller eigenen personellen Ressourcen im Team Unsicherheiten in der Diagnose und Behandlungsplanung mit Angst bestehen;
  - wenn eine komplexe psychiatrische Vorgeschichte bzw. ein komplexes Syndrom klinisch vorliegt;
  - bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

Quelle(n): Hultman et al. 2008, Butow et al. 2015, Leitlinienprogramm 2015, Grossman et al. 2018, Leitlinienprogramm 2018

SORGE FAMILIE

Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?
☐ Gar nicht ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Meistens ☐ Immer

Grundlagen

- Sie *sollen* Angehörige von Patienten mit Einverständnis des Patienten über Therapieentscheidungen sowie die Behandlungs- und Versorgungsplanung informieren, sie in Gespräche zu Diagnose und Prognose einbeziehen und ihnen Gelegenheit zur Mitgestaltung geben.
- Sie *sollen* Angehörige von Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen und unter Berücksichtigung spezifischer und individueller Belastungsfaktoren im Erleben und in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Patienten wahrnehmen, unterstützen und begleiten.
- Angebot zur emotionalen Unterstützung; gekennzeichnet durch Zuhören, Einfühlungsvermögen, Fürsorge und eine anhaltende vertrauensvolle Beziehung, in der die Angehörigen ihre Anliegen äußern und sich - wenn sie gewürdigt werden - möglicherweise als geschätzter Teil des Teams fühlen.
- Angebot einer (Psycho-)Edukation (z.B. Unterricht, Erklärung); Je nach Situation, Familienwunsch und Verständnis, möglicherweise Informationen zur Handhabung der Betreuung eines geliebten Menschen und welche Anzeichen eines nahenden Todes vorliegen. Familien wollen oft anwesend sein und helfen, und diese Beteiligung kann das Verhältnis zwischen Personal und Familie verbessern.
- Je nach Bedarf, Machbarkeit und Ressourcen: Angebot an die Familie zur Möglichkeit, sich gelegentlich aus der Pflegesituation zurückzuziehen (d.h. eine psychische Ruhepause/Kurzzeitpflege zu erhalten) oder Vorschläge zu erhalten, wie sie diese selbst organisieren kann (z. B. mit Hilfe von Familie/Freunden).

- **Selten** *besorgt oder beunruhigt*
- Sie *sollen* Angehörige von Patienten über bestehende Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen und Angehörigenschulung informieren.
- Die Unterstützung erfolgt unter Berücksichtigung und Förderung der kulturellen, religiösen und sozialen Praktiken und Traditionen.
- Sie *sollen* bei Kindern als Angehörige von Patienten, die Ängste erleben, besonders auf die alters- bzw. entwicklungsadäquate Unterstützung achten und ein dem jeweiligen Alter angepasstes Hilfsangebot vermitteln.
- Sie *sollen* den an der Behandlung und Begleitung von Patienten Beteiligten bei Angst ebenfalls Gelegenheit zur Reflexion geben.
- Gewährleistung einer guten Kommunikation, um die Familie informiert zu halten (mit Einverständnis des Patienten); Anpassung der Informationen an die Bedürfnisse der Familie (d.h. zugeschnitten) und Bereitstellung in einer verständlichen Sprache, die auf dem Krankheitsverständnis der Familie basiert (z.B. „der Krebs hat sich ausgebreitet“ statt „der Krebs hat metastasiert“).
- Je nach Ressourcen und Bedürfnissen: Angebot für praktische Hilfen zur Beseitigung von Versorgungshindernissen wie z.B. Transport zu Terminen, häusliche Pflege, medizinische 24-Stunden-Beratung sowie Beantragung von Leistungen
- Sie *sollen* Angehörige in ihrer Rolle als Unterstützer und Mitbetroffene wahrnehmen und würdigen.
- Sie *sollen* sie nach ihren Bedürfnissen fragen und sie bei Bedarf zum Annehmen von Unterstützungsangeboten ermutigen.

Manchmal *besorgt oder beunruhigt*

- Ist der Patient damit einverstanden, *sollen* Sie Angehörige möglichst gemeinsam mit dem Patienten über den Krankheitsverlauf aufklären.
- Sie *sollen* respektieren, wenn der Patient oder seine Angehörigen nicht offen über die Erkrankung sprechen wollen und Sie *sollen* Gesprächsangebote über zugrundeliegende Befürchtungen machen.
- Da auch Angehörige belastende Ängste entwickeln können, *sollen* Sie ihnen im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung hilfreiche Maßnahmen zur Vorbeugung oder Reduktion von Ängsten anbieten.
- Beginn mit der Nachfrage bei Patienten und der Familie (wenn der Patient einverstanden ist), ob sie ängstlich sind und wenn ja, was die Ursache der Angst ist.
- Angebot einer sozialen und psychologischen Bedarfsanalyse (für den Patienten und die Familie) zur Ermittlung des aktuellen Zustand und das Risiko einer schwachen psychischen Gesundheit und Trauer; Mögliche Inhalte einer Bewertung: Erstellung einer Ecomap, um die Familienstruktur und -dynamik abzudecken, und kann familiäre Kommunikationswege, geografische Lage, Bedürfnisse und Ziele (z. B. Beratungsbedarf, Bedarf an Ausstattung) sowie Stärken und Schwachstellen (z. B. Finanzen, frühere Erfahrungen, Sexualität/Intimität, Verfügbarkeit des Betreuende) bewerten.
- Wichtig bei der sozialen/psychologischen Bedarfsanalyse: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands der Betreuenden, anderen Verpflichtungen und der Fähigkeit, die Rolle als Betreuender fortzusetzen; Betreuende können älter sein und/oder selbst gesundheitliche Probleme haben.
- Angebot von Familiengesprächen (mit Einverständnis des Patienten) zum Austausch von Informationen, Bedarfsermittlung, Leistung von emotionaler Unterstützung und der Erstellung eines Pflegeplans (falls machbar und die Ressourcen dies erlauben).
- Nach der Bewertung: (zeitnahe) Planung von Maßnahmen, die sich an den Bedürfnissen, Zielen und Präferenzen des Betreuers orientieren und auf den besten Erkenntnissen basieren.

Meistens oder immer *besorgt oder beunruhigt*

- Berufen Sie Familiengespräche mit Zustimmung des Patienten ein,
  - wenn für Patient und Angehörige ein gemeinsamer Informationsstand geschaffen werden soll;
  - wenn Patient und Angehörige Unterstützung benötigen beim Eintritt in fortgeschrittene Krankheitsphasen oder bei Entscheidungen über anstehende einschneidende Therapiezieländerungen;
  - wenn familiäre Meinungsverschiedenheiten im Rahmen der palliativen Versorgung in den Vordergrund treten.
- Der Moderator des Familiengesprächs *soll* verschiedene Sichtweisen zur Sprache bringen und alle Beteiligten zum Austausch motivieren.
- Nach eingehender Bewertung und Diskussion: Angebot einer Überweisung an intensive Unterstützungsdienste für die (am stärksten belasteten) Familie
- Entwicklung eines Trauer- und Todesfall-Betreuungsplans, um Patienten und Familien vor und nach dem Tod des Patienten zu helfen.

Quelle(n): Hultman et al. 2008, Leitlinienprogramm 2015, van Vliet et al. 2015, Leitlinienprogramm 2018

TRAURIG/ BEDRÜCKT

Waren Sie traurig bedrückt?
☐ Gar nicht ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Meistens ☐ Immer

Grundlagen

- Patienten mit einer Depression *sollen* eine psychosoziale Basisbetreuung erhalten.
- In der medikamentösen Behandlung von Patienten mit einer Depression gibt es keine eindeutige Überlegenheit eines einzelnen Antidepressivums gegenüber anderen.
- Die Auswahl der Substanz *soll* sich an folgenden Kriterien orientieren:
    - Verträglichkeit und Nebenwirkungsprofil
    - Handhabbarkeit
    - Erfahrungen des verordnenden Arztes
    - Ansprechen auf vorherige Behandlungen, der Überdosierungssicherheit und den Patientenpräferenzen
- Offene Kommunikation mit Patienten und Bereitstellung von Informationen (zu allen Themen) entsprechend der Patientenpräferenzen z. B. Ermittlung des Informationsbedarfs (dieser kann sich im Laufe der Zeit ändern) und Besprechung der Informationen in angemessener Sprache
- Aktives Erkundigen nach den Anliegen und Gefühlen des Patienten und emotionale Unterstützung (z.B. ein offenes Ohr), wenn der Patient es wünscht.

Selten *traurig bedrückt*

- Sie *sollen* bei Patienten mit einer depressiven Symptomatik differentialdiagnostisch überprüfen, ob diese Symptomatik einer Anpassungsstörung, einer Dysthymie, einer depressiven Episode, einer organisch depressiven Störung oder einer Trauerreaktion zuzuordnen ist.
- Sie *sollten* bei Patienten mit einer Depression Psychostimulanzien* zur Therapie der Depression *nicht* einsetzen.

Manchmal *traurig bedrückt*

- Sie *sollen* mit dem Patienten partizipativ über die Therapie entscheiden.
- Die Therapie von Patienten mit einer Depression *soll* sich am Schweregrad der depressiven Symptomatik orientieren.
- Sie *sollten* Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden einsetzen, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.
- Sie *sollen* Patienten zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum anbieten.
- Sie *können* bei der nicht-medikamentösen Behandlung von Depressionen tiefenpsychologisch fundierte oder Kreativtherapien anwenden.

Meistens oder immer *traurig bedrückt*

- Sie *sollen* in folgenden Fällen einen psychiatrischen/psychotherapeutischen Experten hinzuziehen:
    - bei Unsicherheit in der Diagnose sowie in der Behandlungsplanung der Depression
    - bei einer komplexen psychiatrischen Vorgeschichte bzw. Symptomatik
    - bei einer schweren depressiven Symptomatik mit psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor
    - bei akuter Suizidalität
    - bei Fremdgefährdung
    - bei Nichtansprechen auf die antidepressive Therapie

** Off-Label-Use*

- Sie *sollen* bei akuten schweren depressiven Episoden eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und abhängig von der Prognose Psychotherapie oder psychotherapeutischen Interventionen anbieten.

Quelle(n): Leitlinienprogramm 2015, van Vliet et al. 2015, Leitlinienprogramm 2018

FRIEDEN

Waren Sie im Frieden mit sich selbst?
☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Gar nicht

Grundlagen

- Berücksichtigung der Familien- und Patientenanliegen, die sich speziell auf gewünschte Rituale zu einem beliebigen Zeitpunkt ihrer Betreuung und insbesondere auf den Zeitpunkt des Todes beziehen

Meistens

- Einsatz von Mind-Body Interventionen (Geist-Körper-Interventionen), z. B. Meditation, Massage und andere Entspannungsverfahren.
- Möglicherweise erleichtern Seelsorger und andere Palliative Care-Teammitglieder den Zugang zu geistlichen Gemeinschaften, Gruppen oder Einzelpersonen, je nach Wunsch des Patienten und der Familie; In erster Linie ist es wichtig, dass Patienten ihre eigenen religiösen Traditionen pflegen können (ggf. Zugang zu eigenen Seelsorgern).
- Ermunterung des Patienten und seiner Familie, zur Nutzung ihrer eigenen religiösen, spirituellen oder kulturellen Symbole.

Berücksichtigung religiöser oder spiritueller Rituale oder Praktiken nach Wunsch des Patienten und seiner Familie, insbesondere zum Zeitpunkt des Todes.

Manchmal

- Verwendung des spirituellen Screening-Instruments SPIR zur Bewertung des Vorhandenseins oder Fehlens von spirituellen Bedürfnissen und/oder Ängsten mit dem Ziel, diejenigen zu identifizieren, die eines weiteren spirituellen Assessments und einer Betreuung bedürfen.
- Erwägung einer spirituellen Anamnese, die ein breites Spektrum an Fragen beinhaltet, um die spirituellen Eigenschaften, Ressourcen und Bedürfnisse eines Patienten zu erfassen; i.d.R. Durchführung im Rahmen einer ersten, umfassenden Bewertung.
- Betrachtung des spirituellen Assessments als einen vertiefenden, kontinuierlichen Prozess der Bewertung der spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen eines Patienten, welches von Seelsorge oder anderen Personen mit einer Weiterbildung in der Spiritual Care erhoben werden kann.
- Einsatz von lebensreflektierenden Interventionen (psycho-spirituelle Interventionen, welche die Integration von Lebenserfahrungen beinhalten, um die Würde zu wahren und zu verbessern), z. B. Würde-Therapie nach Chochinov.
- Einsatz spiritueller Interventionen (Maßnahmen, die speziell auf das spirituelle Wohlbefinden und/oder die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind).
- Falls erforderlich: Vermittlung von Fachleuten mit Spezialkenntnissen oder Fähigkeiten in spirituellen und existentiellen Fragen.
- Information über die Verfügbarkeit von spirituellen und religiösen Angeboten; Ermöglichung von Spiritual Care entweder durch institutionell verfügbare spirituellen und religiösen Angeboten oder durch persönliche Beziehungen des Patienten.
- Behandlung spiritueller Not oder religiöser Konflikte mit der gleichen Absicht und Dringlichkeit wie die Behandlung von Schmerzen oder anderen medizinischen oder sozialen Problemen.
- Ermutigung und Unterstützung der Patienten, ihre spirituellen Bedürfnisse und Überzeugungen nach ihren Bedürfnissen auszudrücken; Integration in den Behandlungs- oder Pflegeplan und regelmäßige Neubewertung.
- Regelmäßige Beurteilung und Dokumentation spiritueller und existentieller Sorgen; dies umfasst unter anderem, aber nicht ausschließlich Biografiearbeit, die Beurteilung von Hoffnungen und Ängsten, Sinn, Zweck, Überzeugungen über ein Leben nach dem Tod, Schuld, Vergebung und Lebensabschlussfragen

Selten oder gar nicht

- Möglicher Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen:
  - Psychotherapeutische Interventionen, die sich mit dem Bedeutungsbereich befassen, basierend auf der Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl
  - Spirituell-religiös ausgerichtete psychotherapeutische Interventionen.

- Spiritual Care Betreuer: Dokumentation ihrer Einschätzung der Patientenbedürfnisse in der Patientenakte; ggf. zu den Behandlungsplänen als Teil einer interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit beitragen.

Quelle(n): Puchalski et al. 2009, Balboni et al. 2017

INFORMATIONSBEDARF

Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?
☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Gar nicht

Grundlagen

- Sie *sollen* vor der Informationsübermittlung erfragen, mit welchem Wissen, mit welchen Vorstellungen, Hoffnungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung der Patient in das Gespräch geht.

- Sie *sollen* Informationen schrittweise mit regelmäßiger Rückversicherung vermitteln, ob und inwieweit der Patient diese verstanden hat. Sie *sollen* den Patienten hierbei ausdrücklich zu Fragen ermutigen.

- Sie *sollen* dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen ausreichend Raum geben.

  Sie *sollen* beides gezielt ansprechen, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt.

- Ist der Patient damit einverstanden, *sollen* Sie Angehörige möglichst gemeinsam mit dem Patienten über den Krankheitsverlauf aufklären. Sie *sollen* respektieren, wenn der Patient oder seine Angehörigen nicht offen über die Erkrankung sprechen wollen und Sie *sollen* Gesprächsangebote über die zugrundeliegenden Befürchtungen machen.

- Bereitstellung relevanter Informationen, wenn möglich, an einem ruhigen, gemütlichen Ort mit Privatsphäre und ohne Unterbrechungen.

- Bereitstellung von (individuell zugeschnittenen) Informationen auf ehrliche und sensible Weise zur Verfügung mit Spielraum für und Balance mit Hoffnung; Hoffnung umfasst mehr als die Hoffnung auf eine Heilung oder Verlängerung des Lebens, sondern auch die Konzentration auf das Erreichen von etwas oder die Art und Weise, wie die verbleibende Zeit verbracht wird

- Berücksichtigung und Vermerk aller Wünsche des Patienten in Bezug auf schriftliche oder mündlich ausgesprochene Behandlungseinschränkung

Meistens

- Bereitstellung klarer Informationen und Erfassung (auf einfühlsame Art) vom Verständnis des Patienten über die Krankheit und die erhaltenen Informationen.

- Sie *sollen* die Bedürfnisse der Eltern mit einer nicht-heilbaren Erkrankung hinsichtlich Informationen, Familiengesprächen und ggf. weiterer Unterstützung bzgl. des Umgangs mit den Kindern eruieren. Sie *sollen* betroffene Eltern mit einer nicht-heilbaren Erkrankung auf Wunsch zu einer offenen Kommunikation mit ihren Kindern ermutigen und unterstützen. Sie *sollen* minderjährige Kinder von Patienten in Absprache mit ihren Eltern altersgerecht und bedürfnisorientiert in die Kommunikation über die Krankheitssituation in allen Phasen der Behandlung einbeziehen.

Manchmal oder selten oder gar nicht

- Sie *sollen* Familiengespräche mit Zustimmung des Patienten einberufen,

  - wenn für Patient und Angehörige ein gemeinsamer Informationsstand geschaffen werden soll;
  - wenn Patient und Angehörige Unterstützung benötigen beim Eintritt in fortgeschrittene Krankheitsphasen oder bei Entscheidungen über anstehende einschneidende Therapiezieländerungen;
  - wenn familiäre Meinungsverschiedenheiten im Rahmen der palliativen Versorgung in den Vordergrund treten.

  Der Moderator des Familiengesprächs *soll* verschiedene Sichtweisen zur Sprache bringen und alle Beteiligten zum Austausch motivieren.

- Ergänzung mündlicher Informationen durch schriftliches Material, das den Inhalt der Interaktion zusammenfasst; möglicherweise hilfreich für den Patienten zur Erinnerung an erhaltene Informationen

Quelle(n): McPherson et al. 2001, SIAARTI 2006, Leitlinienprogramm 2015, van Vliet et al. 2015, Leitlinienprogramm 2018

PRAKTISCHE PROBLEME

Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?
☐ Probleme angegangen/keine Probleme ☐ größtenteils angegangen ☐ teilweise angegangen ☐ kaum angegangen ☐ nicht angegangen

Grundlagen

- Bei Bedarf: psychosoziale Anamnese (Beruf, Wohnungssituation, soziale Bezüge, soziale Beziehungen sowie Familiensetting); z. B. Genogramm; Biografiearbeit

- Einbezug der Besonderheiten einer Palliative Care Situation in Ihr Handeln: Im Rahmen der psychosozialen Anamnese wirken die Standards der Sozialarbeit wie Empathie, Allparteilichkeit, Neutralität, Interesse, Offenheit, Respekt und Wertschätzung; Berücksichtigung ergänzend dazu die eigene Auseinandersetzung mit der Thematik Tod/Sterben

- Schaffung einer Gesprächsatmosphäre, die einen flexiblen Rahmen zum Antworten und Erinnern bietet

- Offenes und angenehmes Setting bei der Erhebung einer psychosozialen Anamnese schaffen

- Alter des Patienten berücksichtigen: Vorerfahrungen oder Vorurteile bezüglich psychosozialen MitarbeiterInnen/TherapeutInnen/PsychologInnen; Ermittlung von Erwartungen und Besprechung der Realisierbarkeit

- Berücksichtigung der Kommunikationseinschränkung am Lebensende: Erheben der psychosozialen Anamnese vorzugsweise im Einzel- bzw. Familiensetting

Probleme größtenteils, teilweise, kaum oder nicht angegangen

- Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung *soll* sein:
    - Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-) typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen;
    - individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung;
    - Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers.

- Patienten *sollen* das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.
- Sie *sollen* die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose anbieten.
- Sie *sollten* die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung durch schriftliche Informationsmaterialien unterstützen und die Inhalte und Ergebnisse dokumentieren.
- Sie *sollen* in die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung im Einvernehmen mit dem Patienten dessen Angehörige sowie gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer einbeziehen.
- Einbezug sowohl von Person als auch Situation und falls notwendig: Kompetenzen von Sozialarbeitern nutzen

Quelle(n): Wasner et al. 2014, Leitlinienprogramm 2015, Leitlinienprogramm 2018

QUELLENANGABEN

Arends, J., P. Bachmann, V. Baracos, N. Barthelemy, H. Bertz, F. Bozzetti, K. Fearon, E. Hütterer, E. Isenring and S. Kaasa (2017). „ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients." Clinical Nutrition **36**(1): 11-48.

Arends, J., G. Bodoky, F. Bozzetti, K. Fearon, M. Muscaritoli, G. Selga, M. von Meyenfeldt, G. Zürcher, R. Fietkau and E. Aulbert (2006). "ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology." Clinical nutrition **25**(2): 245-259.

Balboni, T. A., G. Fitchett, G. F. Handzo, K. S. Johnson, H. G. Koenig, K. I. Pargament, C. M. Puchalski, S. Sinclair, E. J. Taylor and K. E. Steinhauser (2017). "State of the science of spirituality and palliative care research part II: Screening, assessment, and interventions." Journal of pain and symptom management **54**(3): 441-453.

Bausewein, C., S. Roller and R. Voltz (2018). Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung, Elsevier Health Sciences.

Bozzetti, F., J. Arends, K. Lundholm, A. Micklewright, G. Zurcher and M. Muscaritoli (2009). "ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology." Clinical nutrition **28**(4): 445-454.

Butow, P., M. A. Price, J. M. Shaw, J. Turner, J. M. Clayton, P. Grimison, N. Rankin and L. Kirsten (2015). "Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines." Psycho Oncology **24**(9): 987-1001.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014). „Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Mundpflege in der letzten Lebensphase." Retrieved 28.02.2019, from https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitlinie_Mundpflege_in_der_letzten_Lebensphase_end.pdf

Eschbach, C., P. Stachura, M. Villalobos, C. Wolf and M. Thomas (2017). "SOP–Inappetenz und Kachexie." Der Onkologe **23**(8): 651-656.

Fine, P. G., R. K. Portenoy and A. H. E. P. on Evidence (2009). "Establishing "best practices" for opioid rotation: conclusions of an expert panel." Journal of pain and symptom management **38**(3): 418-425.

Garcia, V. R., E. López Briz, R. C. Sanchis, J. L. G. Perales and S. Bort Marti (2013). "Megestrol acetate for treatment of anorexia cachexia syndrome." Cochrane Database of Systematic Reviews(3).

Grossman, C. H., J. Brooker, N. Michael and D. Kissane (2018). "Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review." Palliative medicine **32**(1): 172-184.

Hultman, T., E. A. K. Reder and C. M. Dahlin (2008). "Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: the national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative and hospice care." Omega-Journal of Death and Dying **57**(4): 323-339.

Leitlinienprogramm, O. (2015). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1.

Leitlinienprogramm, O. (2018). Konsultationsfassung - Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01.

McPherson, C. J., I. J. Higginson and J. Hearn (2001). "Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials." Journal of Public Health **23**(3): 227-234.

Puchalski, C., B. Ferrell, R. Virani, S. Otis-Green, P. Baird, J. Bull, H. Chochinov, G. Handzo, H. Nelson-Becker and M. Prince-Paul (2009). "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference." Journal of palliative medicine **12**(10): 885-904.

SIAARTI, L. G. (2006). "End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient." Minerva anestesiologica **72**: 927-963.

Snowden, J. A., S. H. Ahmedzai, J. Ashcroft, S. D'Sa, T. Littlewood, E. Low, H. Lucraft, R. Maclean, S. Feyler and G. Pratt (2011). "Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011." British journal of haematology **154**(1): 76-103.

van Vliet, L. M., R. Harding, C. Bausewein, S. Payne and I. J. Higginson (2015). "How should we manage information needs, family anxiety, depression, and breathlessness for those affected by advanced disease: development of a Clinical Decision Support Tool using a Delphi design." BMC medicine **13**(1): 263.

Wasner, M., S. Pankofer, G. D. Borasio and M. Führer (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis, Kohlhammer Verlag.

KONTAKT

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Klinikum der Universität München
Campus Großhadern
Marchioninistr. 15
81377 München

Fotos: www.pixabay.com

KUM_AH_19_162