

Bestandteile desselben Behandlungskomplexes

Palliative Chemotherapie oder doch besser Palliative Care?

Markus Borner^a, Daniel Rauch^b

^a Spitalzentrum Biel; ^b Onkologiezentrum Thun

Quintessenz

- Die palliative Tumortherapie und Palliative Care sind komplementäre Bestandteile desselben Behandlungskomplexes.
- Die primären Ziele einer palliativen Chemotherapie sind eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verlängerung des Überlebens.
- Kernanliegen der Palliative Care sind Symptommanagement, psychosoziale, spirituelle, kommunikative Aspekte und eine Verbesserung der Entscheidungskompetenz der Patienten.
- Das Vermitteln des breiten prognostischen Spektrums eines nicht heilbaren Krebsleidens stellt hohe kommunikative Anforderungen an das Betreuungsteam.
- Es werden zunehmend Betreuungskonzepte entwickelt, wo palliativmedizinische Kompetenz nicht erst nach Versagen der Tumortherapie, sondern ganz zu Beginn der onkologischen Behandlung integriert wird. So können die Lebensqualität von Patient und Umfeld verbessert, unnötige Interventionen verhindert und in spezifischen Situationen auch das Gesamtüberleben verlängert werden.



© Tyler Olson | Dreamstime.com

Einführung

Immer wieder sind Onkologen mit dem Vorwurf konfrontiert, nicht umfassend über die Prognose einer Krebskrankheit informiert zu haben. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Patienten im Rahmen einer palliativen (nicht kurativen) Chemotherapie wegen Toxizität oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes unvorhergesehen auf einer nicht-onkologischen Bettenstation hospitalisiert werden müssen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Probleme wird dann die Indikation zur palliativen Chemotherapie vom Abteilungsarzt kritisch hinterfragt und dem Patienten nahegelegt, bei der ohnehin schlechten Prognose des malignen Grundleidens doch lieber auf die kausale Tumortherapie zu verzichten und stattdessen Palliative Care in Anspruch zu nehmen. Der Patient ist erschüttert und verwirrt, denn bisher hatte er gehofft, dass er mit der Chemotherapie Zeit und Lebensqualität gewinnen könne.

Sind einmal Metastasen aufgetreten und ist der Krebs aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr heilbar, befinden sich Patienten unabhängig von ihrer indivi-

duellen Prognose allein schon durch die nun konkretere existentielle Bedrohung in einer fragilen psychischen Situation. Trotzdem müssen sie gerade jetzt Entscheide bezüglich ihrer Therapiepräferenzen fällen, die sowohl die Dauer als auch die Qualität ihres verbleibenden Lebens bestimmen können. Die Optionen stellen sich den Betroffenen meist so dar, dass sie sich zwischen einer nicht-kurativen (palliativen) Chemotherapie und reiner Palliative Care, also einem symptomorientierten Betreuungskonzept, unter Berücksichtigung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse, aber ohne kausale Tumortherapie, entscheiden müssen. Einerseits kann eine unwirksame oder nebenwirkungsbeladene Chemotherapie das Leben sogar verkürzen und die Lebensqualität wesentlich verschlechtern. Auf der anderen Seite bedeutet der Verzicht auf eine potentiell erfolgreiche Tumortherapie den Verlust von wertvoller Lebenszeit – Zeit, die angesichts des drohenden Todes einen unschätzbaren Wert bekommen hat.



Markus Borner

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das männliche Geschlecht für beide Geschlechter gebraucht.

Da einem Patienten – wie auch einem Gesunden – nicht die individuelle Zukunft vorausgesagt werden kann, muss bei Prognosegesprächen die grosse Bandbreite bezüglich Krankheitsverlauf und Therapieansprechen berücksichtigt werden. Zudem sollen Hoffnung und Perspektive so vermittelt werden, dass der Betroffene weiterhin als Mitglied seiner Familie und der Gesellschaft funktionieren und sein Leben auf eine ihm angemessene Art vollenden kann. Mit allen Mitteln muss die aktive Teilnahme des Patienten und seiner Bezugspersonen an den getroffenen Entscheidungen gefördert werden. Diese Aufgaben stellen hohe Anforderungen an die Kommunikationskompetenz des Betreuungsteams. Obwohl die medikamentöse Tumorthherapie (Chemotherapie, Biologika) in vielen nicht-heilbaren Tumorsituationen das Leben verlängert und die Lebensqualität verbessert [1], muss im Krankheitsverlauf immer wieder evaluiert werden, wann der optimale Zeitpunkt für zusätzliche Palliative Care gekommen ist. Eine solche kann der Phase der aktiven Tumorthherapie folgen oder besser diese bereits zu einem früheren Zeitpunkt unterstützen.

Soll eine palliative Chemotherapie eingesetzt werden?

Die medikamentöse Tumorthherapie ist über die letzten Jahrzehnte wirksamer und nebenwirkungsärmer geworden [1]. Selbst bei soliden Tumoren wie Lungen-, Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom konnte ein lebensverlängernder Effekt von mehreren Monaten gezeigt werden [1]. Dieser ist in der ersten Therapielinie am ausgeprägtesten, schwächt sich über die weiteren Therapielinien aber ab und ist ab der vierten Therapielinie nur noch in seltenen Fällen nachweisbar [1, 2]. Idealerweise addiert sich die Lebensverlängerung der einzelnen Therapielinien. Neue Medikamente haben beispielsweise beim Kolonkarzinom das Gesamtüberleben von zehn Monaten auf über zwei Jahre mehr als verdoppelt [3, 4]. Das für viele Betroffene vielleicht noch wichtigere Ziel einer palliativen Chemotherapie ist eine Verbesserung der Lebensqualität und die Symptomkontrolle [1, 5]. Wie Patienten im einzelnen Lebensdauer und Lebensqualität beim Entscheid für oder gegen eine palliative Chemotherapie im Sinne eines sogenannten «Tradeoff» gewichten, ist methodologisch schwierig zu untersuchen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Lebensqualität gerade in der terminalen Lebensphase im Vordergrund steht [5]. *Patient Reported Outcomes* (PROs) erheben Befinden oder Funktionalität aus Patientensicht mit Hilfe von Fragebögen oder an-

deren *Assessment Tools*. Ihre Verwendung wird helfen, den Einfluss verschiedener Palliativmassnahmen auf die Lebensqualität besser einschätzen, quantifizieren und vergleichen zu können und mit einer eventuellen Lebensverlängerung in Beziehung zu setzen [6]. Die meisten Menschen möchten, eine gute Lebensqualität vorausgesetzt, ihr Leben um jeden Preis verlängern. Dies ist auch bei Krebspatienten der Fall, und verschiedene Studien zeigen, dass sich die Betroffenen unter dem Eindruck des drohenden Lebensendes selbst dann für eine Tumorthherapie entscheiden, wenn der zu erwartende Nutzen klein und die Gefahr von Nebenwirkungen gross ist [7, 8]. Die Rolle des existentiellen Drucks zeigt sich darin, dass Ärzte, Pflegende oder unbeteiligte Kontrollpersonen in einem hypothetischen Setting einen deutlich höheren Nutzen für den Entscheid zur Tumorthherapie fordern würden als die aktuell Betroffenen [1, 8]. Diese hielten auch dann an ihrer Einschätzung fest, nachdem sie sich der Wirklichkeit der Behandlung und ihren Unannehmlichkeiten unterzogen hatten [9]. Ein Problem in dieser Situation sind unrealistische Erwartungen, die angesprochen werden müssen, um die Qualität der Entscheidung zu verbessern [10]. Die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie könnte auf festeren Boden gestellt werden, wenn eine individuelle prognostische Aussage möglich wäre. Wie schwierig das ist, zeigen zwei Fallbeispiele aus der Klinik.

Fall 1

Herr K. war bei der Diagnose seines in die Leber metastasierten Ösophaguskarzinoms 67 Jahre alt, wenig symptomatisch und im Vollbesitz seiner Kräfte. Seine zwei Töchter, eine im Gesundheitswesen tätig, hatten sich sehr gut über die Krankheit und deren Prognose informiert und empfahlen ihrem Vater, seine letzten Lebensmonate nicht noch durch eine wahrscheinlich wirkungslose und praktisch sicher nebenwirkungsbeladene Chemotherapie zu belasten. Trotzdem entschied sich dieser für eine in seinem Fall gut verträgliche Kombination von Oxaliplatin, Fluorouracil und Bevacizumab, wobei der Chemotherapieanteil aufgrund der Angst vor Nebenwirkungen auf sechs Monate beschränkt wurde. Herr K. half während der ganzen Behandlungsphase bei der Betreuung der Enkelkinder inklusive anstrengender Skiurlaube mit und ist nun über zwei Jahre nach Therapiebeginn in einer weitgehenden und anhaltenden Tumorremission. Die mittlere Lebenserwartung eines in die Leber metastasierten Ösophaguskarzinoms beträgt weniger als ein Jahr [11].

Fall 2

Bei der 51-jährigen Frau S. mit einem metastasierenden Kolonkarzinom hätte man aufgrund der Literatur ein mittleres Überleben von über zwei Jahren erwarten dürfen [4]. Obwohl über 80% der Kolonkarzinome auf eine medikamentöse Therapie

ansprechen, hat keine der eingesetzten Therapielinien das Fortschreiten der Krankheit bei Frau S. verhindern können. Zudem litt sie sehr an Durchfall und Stomatitis, Probleme die glücklicherweise bei vielen Patienten in dieser Situation nicht vorhanden sind. Es traten Lungen-, Leber- und schliesslich nicht beherrschbare Hirnmetastasen auf. Frau S. war verzweifelt, als ihr statt einer weiteren Chemotherapielinie Palliative Care empfohlen wurde. Sie verstarb neun Monate nach Diagnose.

Auch im Zeitalter der molekularen Medizin sind also prognostische Voraussagen nicht mit einer Genauigkeit möglich, die eine konkrete Lebensplanung erlauben würde. Auf ein Lebensjahr ohne Therapie und Symptome, wie es Herr K. erleben durfte, möchten die wenigsten Menschen verzichten. Trotzdem hätte sich vor allem die Familie des Patienten bei der Diagnoseeröffnung unter dem Eindruck der schlechten Prognose und der öffentlich geführten Diskussionen über Kosten und Nebenwirkungen [2] gegen eine Tumorthherapie und für alleinige Palliative Care entschieden. Erst die Versicherung, dass die Chemotherapie jederzeit abgebrochen und stattdessen alleinige symptomorientierte palliativmedizinische Massnahmen eingesetzt werden könnten, hat zum Therapieentscheid und zur zunehmenden Beruhigung auch

der familiären Situation geführt. Umgekehrt zeigt der Verlauf bei Frau S., dass auch bei scheinbar guter Prognose schon zu Beginn der Behandlung kommuniziert werden sollte, dass auch ein ungewöhnlich schlechter Verlauf eintreten kann. Es ist zudem hilfreich, wenn die Information nicht als Momentaufnahme, sondern als kontinuierlicher Prozess wahrgenommen wird, der eine fortlaufende Anpassung erlaubt.

Es gibt aber auch Situationen, in denen klar vom Einsatz einer Chemotherapie abgeraten werden sollte. Befindet sich der Patient in einem schlechten Allgemeinzustand oder ist er hospitalisiert, so soll eine palliative Chemotherapie nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden [12, 13]. Ein Nicht-Ansprechen auf die Erstlinientherapie ist an sich ein schlechter prognostischer Faktor, und spätestens nach der dritten Therapielinie macht das Weiterführen einer Chemotherapie meist keinen Sinn mehr [1, 12].

Die Rolle der Chemotherapie am Lebensende wird zunehmend kritisch beurteilt. Ihre lebensverlängernde Wirkung ist im besten Fall gering und es besteht im Gegenteil die Gefahr einer Verschlechterung der Lebensqualität. Trotzdem erhalten mehr als 20% der Patienten in den letzten zwei bis vier Lebenswochen eine Chemotherapie [1, 8, 14]. Viele Patienten haben selbst in dieser Situation noch unrealistische Vorstellungen bezüglich ihrer Prognose und den Therapiemöglichkeiten [10, 12], obwohl diese Gefahr mit zunehmender Therapieerfahrung abnimmt [15].

Kommunikation von Prognose und Hoffnung

Als drastischer «Wendepunkt» werden Gespräche erlebt, wo der behandelnde Arzt zum ersten Mal die Möglichkeit erwähnt, die palliative Chemotherapie abzubrechen [16]. Das Ziel verschiebt sich nun von der Tumorbehandlung zur Symptombekämpfung und zur Vorbereitung eines möglichst bedeutungsvollen Lebensendes. Betroffene empfinden es als hilfreich, wenn der Arzt klar signalisiert, dass sich die Situation nun geändert hat, dann skizziert, was getan werden kann und schliesslich dem Patienten hilft, seine inneren Ressourcen zu finden. Störend empfunden wird dagegen das Aufrollen der bisherigen Krankengeschichte, die Aufforderung, Ziele zu nennen oder das allzu schnelle Erwähnen von Palliativstationen, vor allem wenn es sich beim Informierenden um eine nicht vertraute Person handelt [17].

Das Informationsbedürfnis der Patienten scheint in der palliativen Tumorsituation weniger radikal zu sein, als wenn noch eine Heilungsmöglichkeit besteht [18].

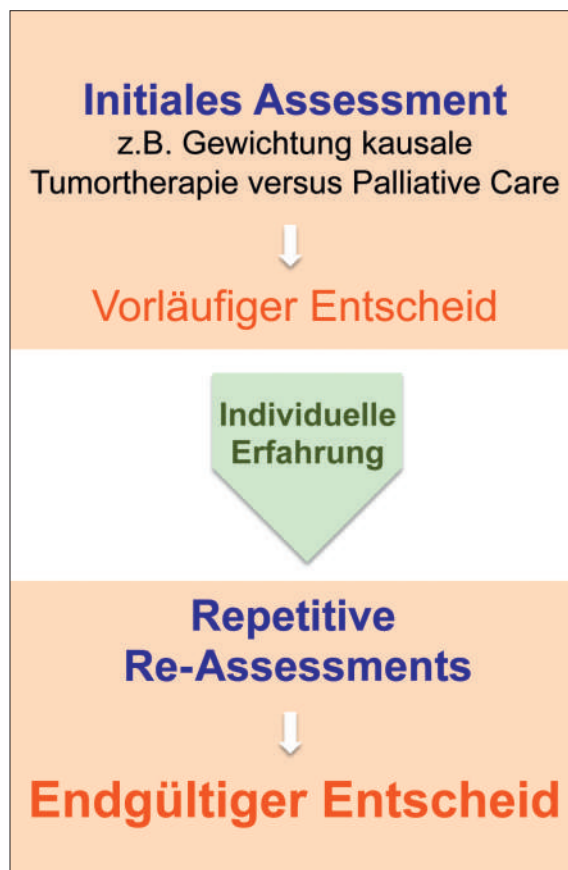


Abbildung 1: Verbesserung der Entscheidungskompetenz durch repetitive Bestandaufnahmen.

Die Patienten wollen zwar über Symptome, Behandlungsoptionen und Nebenwirkungen aufgeklärt werden, bevorzugen es aber, die Dosierung und den Zeitpunkt existentieller Informationen selber mitzubestimmen. Nur etwa 60% der Patienten wollen ihre Lebenserwartung wissen und 10 bis 20% der Patienten bevorzugen es, nie über das Sterben zu sprechen oder nur, wenn sie das Thema selber zur Sprache bringen [19, 20]. Diesem Umstand muss Rechnung getragen werden. Ein guter Einstieg ist, den Patienten direkt zu fragen, wie viel er über seine Prognose wissen will. Diese konkrete Frage verlangt eine differenziertere Antwort, die über ein «Ja» oder «Nein» hinausgeht. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, dass mit dem Patienten über das Vermitteln von weiteren prognostischen Inhalten verhandelt werden kann [21]. Der Arzt darf eine ausweichende oder negative Antwort nicht zum Vorwand nehmen, das eigene Unbehagen beim Überbringen einer schlechten Nachricht zu entschuldigen. Kollusion bezeichnet in diesem Zusammenhang das unausgesprochene Einverständnis zwischen Patient und Arzt, unangenehme (prognostische) Themen nicht zu berühren [15]. Problematisch wird die Kollusion, wenn sie eine realistische Einschätzung, zum Beispiel die Wirksamkeit einer Chemotherapie, behindert. Studien belegen, dass Patienten mit unrealistischen Erwartungen gegen das Lebensende mehr unwirksame aggressive Therapieinterventionen in Anspruch nehmen [22, 23]. Gleichzeitig verhindert kollusives Verhalten, Ängste und Unsicherheiten des Patienten auch bezüglich des Lebensendes und der Symptomkontrolle anzusprechen und eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen. Ungeäußerte Befürchtungen können zu vermehrten Angststörungen und Depressionen führen [24].

Patienten können schlechte Nachrichten besser akzeptieren, wenn sie bereits ein Vertrauensverhältnis zum Arzt aufgebaut haben. «Voraussagen» (Forecasting) bezeichnet die Technik, durch das vorherige Ankünden den Patienten auf einen möglicherweise schlechten Verlauf vorzubereiten. So wird zum Beispiel bereits vor der Therapie erwähnt, dass diese wahrscheinlich zu einem späteren Zeitpunkt einmal nicht mehr wirken könnte, oder dass eine Mehrlinienchemotherapie üblicherweise einen kürzeren Effekt habe als eine Erstlinientherapie. Dadurch kann sich der Patient auf ein Therapieversagen vorbereiten und gleichzeitig die Hoffnung bewahren, dass diese konkreten Situationen bei ihm nicht eintreffen werden [25]. Eine andere Strategie ist, zu erwähnen, was wahrscheinlich, was unwahrscheinlich und was möglich ist. Dies erlaubt dem Patienten Hoffnung aufzubauen, ohne über die prognostischen Realitä-

ten hinweggetäuscht zu werden [18]. Eine nützliche Maxime in diesem Zusammenhang ist: «Hoffe auf das Beste und bereite dich auf das Schlimmste vor.» Wenn diese Thematik früh im Krankheitsverlauf angesprochen und von Zeit zu Zeit immer wieder aufgenommen wird, kann der Patient eine gewisse Adaptation entwickeln und ist vorbereitet, wenn er dann wirklich in die terminale Lebensphase eintritt [24].

Schnittstellen Palliative Care und palliative Chemotherapie

Palliative Care ist definiert als Prävention und Erleichterung von Leiden, das physischer, psychologischer, sozialer oder spiritueller Natur sein kann. Typischerweise löst Palliative Care am Lebensende die kausale Tumorthherapie ab. Wird zu lange an einer in dieser Situation häufig unwirksamen Chemotherapie festgehalten, so entgeht dem Patienten die Chance, sich rechtzeitig unter passenden Umständen auf das Lebensende vorzubereiten. Der Einbezug von palliativmedizinischer Kompetenz kann in dieser Krankheitsphase aggressive, aber dennoch meist unwirksame und nebenwirkungsbeladene Interventionen verhindern und hat einen guten Einfluss auf die Lebensqualität [14, 22, 23, 26]. Diese Patienten zeigen weniger Angst oder Depressionen und sterben kaum einmal in einer Intensivstation oder an einem Beatmungsgerät. Auch das persönliche Umfeld des Patienten zeigt im Rahmen einer Palliative-Care-Betreuung eine bessere Lebensqualität [12, 27].

Palliative Care wird immer noch hauptsächlich als Alternative zur palliativen oder gar kurativen Tumorthherapie wahrgenommen. Ein erfolgversprechenderes Konzept ist jedoch, Palliative Care möglichst früh, schon während der Phase der aktiven Tumorthherapie, einzubinden. Es wurde gezeigt, dass sich so nicht nur verschiedene Lebensqualitätsparameter, sondern sogar das Gesamtüberleben der Patienten mit verschiedenen Tumorleiden gegenüber einer alleinigen Chemotherapie verbessern lassen [1, 16, 28, 29]. Der Grund für den Überlebensvorteil ist nicht vollständig geklärt. Eine bessere Symptombekämpfung oder weniger Hospitalisationen könnten einen Einfluss gehabt haben. Eine Sekundäranalyse zeigte zudem, dass gegen Lebensende bei frühem Einsatz von Palliative Care weniger intravenöse Chemotherapiezyklen verabreicht wurden [28]. Eine offene Frage ist, ob in diesem Betreuungsmodell die palliativmedizinische Kompetenz auch vom Hausarzt oder vom Onkologen angeboten werden könnte, oder ob notwendigerweise ein zusätzliches Palliative-Care-Team einbezogen werden muss [30].

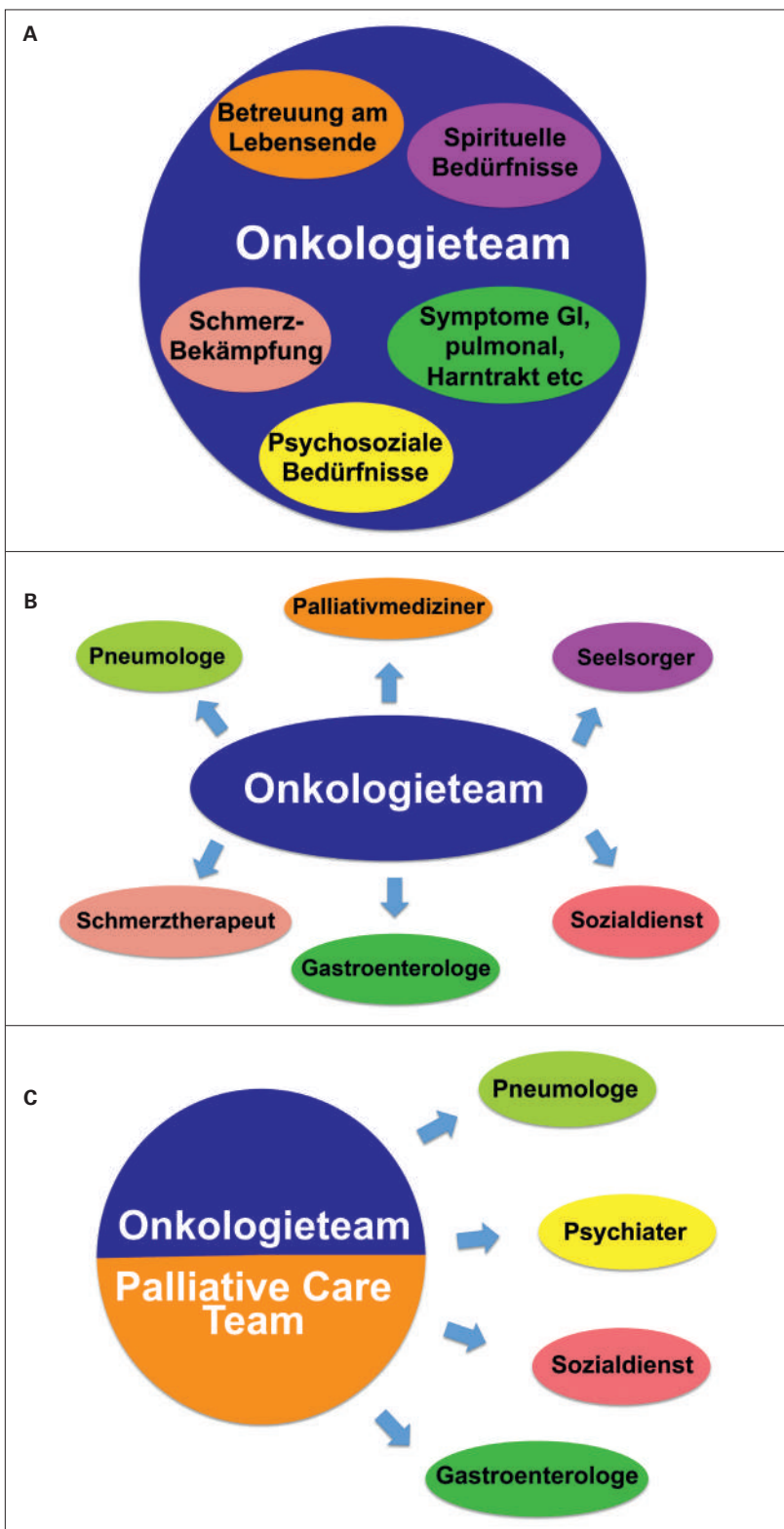


Abbildung 2: Verschiedene Versorgungsmodelle für die Integration von Palliative Care in der Onkologie, adaptiert nach Bruera et al. [35].

- A** Im Solo Practice Model versucht der Onkologe, sich selber um alle Patientenbedürfnisse zu kümmern;
- B** im Congress Practice Model konzentriert sich der Onkologe auf die Tumorbehandlung und überweist den Patienten für andere Probleme an Spezialisten;
- C** im Integrated Care Model arbeitet der Onkologe eng mit dem Palliative-Care-Team zusammen, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten.

Eine der schwierigsten Entscheidungen für den Patienten im palliativen Setting ist der Verzicht auf eine kausale Tumorthherapie mit dem Eingeständnis, dass die Tumorkrankheit nun ungehindert fortschreiten wird. Patienten scheinen sich aber gerade hier unverhältnismässig stark auf den Arzt abzustützen, was in verschiedener Hinsicht problematisch sein kann [1, 31]. Ein Kernanliegen von Palliative Care ist deshalb, neben den oben erwähnten Punkten, auch eine Unterstützung der Entscheidungskompetenz der Patienten. Problemorientierte Klassifikations- und Assessmentinstrumente wie das kürzlich beschriebene SENS-Modell könnten dabei helfen, vor allem, wenn sie früh im Krankheitsverlauf eingesetzt und immer wieder reevaluiert werden (Abb. 1) [5, 32]. Auch wenn die Tumorthherapie abgeschlossen ist und die Übergabe an ein Palliative-Care-Team stattgefunden hat, schätzen die Betroffenen, wenn der Kontakt mit dem ursprünglichen Tumorbehandlungsteam aufrechterhalten wird [33].

Ausblick

Die Resultate von randomisierten Studien unterstützen zunehmend das Konzept, der kausalen Tumorthherapie möglichst früh palliativmedizinische Kompetenz zur Seite zu stellen [1, 16, 28, 29]. Auch aus Gründen der Kosteneffizienz und der Praktikabilität stellt sich aber die Frage, ob es zumindest in der aktiven Tumorthherapiephase sinnvoll ist, die Zuständigkeit für diese verschiedenen Betreuungsaspekte auf unterschiedliche Teams zu verteilen. In diesem Modell wäre das Palliativteam hauptsächlich für die Kernanliegen der Palliative Care und das Onkologieteam für den Themenkreis der kausalen Tumorthapien zuständig. Da der betreuende Onkologe und der Hausarzt bereits ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten und seiner Familie aufgebaut haben, könnte es sowohl synergetischer als auch ressourcensparender sein, auf dieser Ebene für eine ausreichende palliativmedizinische Kompetenz zu sorgen, als sich obligat auf ein zusätzliches Team abzustützen. Die Onkologie ist eine der wenigen medizinischen Spezialitäten, die in vielen Ländern bereits kommunikative und palliativmedizinische Inhalte in ihr Weiterbildungscurriculum integriert hat. In der Schweiz stellt die «Nationale Strategie Palliative Care» sicher, dass Palliativmedizin generell einen wichtigen Platz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung erhält. Da auch in naher Zukunft zu wenig Palliative-Care-Spezialisten zur Verfügung stehen werden, scheint die Weitergabe von palliativmedizinischer Kompetenz an Hausärzte und Onkologen ein ökonomischer Weg, zumindest die palliative Grundversorgung sicherzustellen [5, 30, 34].

Trotzdem kann eine Einzelperson oder ein kleines Spezialistenteam durch die Komplexität der Patientenbedürfnisse gegen das Lebensende hin rasch überfordert werden. Es geht hier weniger um die Tumorthherapie, die Symptombekämpfung und Kommunikationsaspekte als um die Begleitung am Lebensende und um das Abdecken psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse. Bruera und Hui haben verschiedene Versorgungsmodelle zur Integration von Palliative und Supportive Care in die Betreuung von Tumorkranken diskutiert (Abb. 2) [35]. Im *Solo Practice Model* deckt der Onkologe oder das Onkologieteam alle Aspekte der Tumorbehandlung und der Palliativbetreuung selber ab, mit der erwähnten Überforderungsgefahr. Im *Congress Practice Model* werden spezifische Probleme an die entsprechenden Spezialisten überwiesen, wobei das Palliativteam keine integrierende Funktion einnimmt, sondern lediglich einen der möglichen Leistungsträger darstellt. Im *Integrated Care Model* teilen sich das Onkologieteam und das Palliative-Care-Team die Aufgaben. Wie könnte die Palliativversorgung von Tumorkranken in der Schweiz aussehen? Nach der hier vertretenen Ansicht ist es zentral, das verwendete Modell der jeweiligen Krankheitsphase anzupassen, und so einen flexiblen Ansatz zu verfolgen. Zu Beginn der Erkrankung sorgen Hausarzt und Onkologe gemeinsam da-

für, dass der Patient nicht nur über die Tumorthherapie, sondern auch über die palliativmedizinischen Möglichkeiten informiert und das prognostische Spektrum vorsichtig abgesteckt wird. Dabei ist eine Grundbedingung, dass ein tragfähiges Netzwerk mit einem spezialisierten Palliativteam vorhanden ist, das einen Know-how-Transfer und eine schnelle Überweisung für die Überbrückung problematischer Phasen ermöglicht. Im weiteren Verlauf der Erkrankung wird die optimale gesamtheitliche Betreuung immer mehr dem *Integrated Care Model* entsprechen oder ganz einem Palliative-Care-Team übertragen. Eine gute Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern stellt sicher, dass eine palliative Chemotherapie und Palliative Care keine sich ausschliessenden Alternativen oder konsekutive Angebote sind, sondern Teile eines Betreuungsspektrums, dessen Schwerpunkt sich im Laufe einer nicht heilbaren Tumorerkrankung verschiebt.

Verdankung

Verdankt wird Steffen Eychmüller für die kritische Diskussion.

Finanzierung / Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Markus Borner
Spitalzentrum Biel
Vogelsang 84
CH-2502 Biel
[markus.borner\[at\]muri-be.ch](mailto:markus.borner[at]muri-be.ch)

Literatur / Références

- Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life: "when is enough, enough?". *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2008;299(22):2667–78.
- Swetz KM, Smith TJ. Palliative chemotherapy: when is it worth it and when is it not? *Cancer journal*. 2010;16(5):467–72.
- Borner MM, Castiglione M, Bacchi M, Weber W, Herrmann R, Fey MF, et al. The impact of adding low-dose leucovorin to monthly 5-fluorouracil in advanced colorectal carcinoma: results of a phase III trial. Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 1998;9(5):535–41.
- Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, Kiani A, Vehling-Kaiser U, Al-Batran SE, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2014;15(10):1065–75.
- Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, et al. American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011;29(6):755–60.
- Snyder CF, Blackford AL, Aaronson NK, Detmar SB, Carducci MA, Brundage MD, et al. Can patient-reported outcome measures identify cancer patients' most bothersome issues? *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011;29(9):1216–20.
- Agrawal M, Grady C, Fairclough DL, Meropol NJ, Maynard K, Emanuel EJ. Patients' decision-making process regarding participation in phase I oncology research. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2006;24(27):4479–84.
- Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2006;24(21):3490–6.
- Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *Bmj*. 1990;300(6737):1458–60.
- Thiel FC, Schrauder MG, Fasching PA, Lohberg CR, Bani MR, Haberle L, et al. Shared decision-making in breast cancer: discrepancy between the treatment efficacy required by patients and by physicians. *Breast cancer research and treatment*. 2012;135(3):811–20.
- Cunningham D, Starling N, Rao S, Iveson T, Nicolson M, Coxon F, et al. Capecitabine and oxaliplatin for advanced esophagogastric cancer. *The New England journal of medicine*. 2008;358(1):36–46.
- Smith TJ, Hillner BE. Bending the cost curve in cancer care. *The New England journal of medicine*. 2011;364(21):2060–5.
- Lamont EB, Christakis NA. Complexities in prognostication in advanced cancer: "to help them live their lives the way they want to". *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2003;290(1):98–104.
- Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2004;22(2):315–21.
- The AM, Hak T, Koeter G, van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *Bmj*. 2000;321(7273):1376–81.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*. 2010;363(8):733–42.
- Back AL, Trinidad SB, Hopley EK, Edwards KA. Reframing the Goals of Care Conversation: "We're in a Different Place". *Journal of palliative medicine*. 2014.
- Helft PR. Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23(13):3146–50.
- Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA, Lobb EA, Pendlebury S, Leighl N, et al. Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2004;22(9):1721–30.
- Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW, Barton PL. Information needs in terminal illness. *Social science & medicine*. 1999;48(10):1341–52.
- Back AL, Arnold RM. Discussing prognosis: "how much do you want to know?" talking to patients who are prepared for explicit information. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2006;24(25):4209–13.
- Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1998;279(21):1709–14.
- Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2008;300(14):1665–73.
- Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best, and prepare for the worst. *Annals of internal medicine*. 2003;138(5):439–43.
- Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting". *Cleveland Clinic journal of medicine*. 1997;64(4):181–2.
- Murillo JR, Jr., Koeller J. Chemotherapy given near the end of life by community oncologists for advanced non-small cell lung cancer. *The oncologist*. 2006;11(10):1095–9.
- Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Archives of internal medicine*. 2009;169(5):480–8.

28. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(4):394–400.
29. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721–30.
30. Partridge AH, Seah DS, King T, Leighl NB, Hauke R, Wollins DS, et al. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(29):3330–6.
31. Keating NL, Beth Landrum M, Arora NK, Malin JL, Ganz PA, van Ryn M, et al. Cancer patients' roles in treatment decisions: do characteristics of the decision influence roles? *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(28):4364–70.
32. Eychmuller S. [SENS is making sense – on the way to an innovative approach to structure Palliative Care problems]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique*. 2012;69(2):87–90.
33. van Vliet LM, van der Wall E, Plum NM, Bensing JM. Explicit prognostic information and reassurance about nonabandonment when entering palliative breast cancer care: findings from a scripted video-vignette study. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2013;31(26):3242–9.
34. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*. 2013;368(13):1173–5.
35. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(25):4013–7.