

# Symptommanagement in der palliativen Onkologie

## Evidenzbasierte Erfassung und Behandlung nach palliativem Grundverständnis

Clara Rynas

Goldbach PalliativPflegeteam, Hamburg, Deutschland

U ngefähr 1,7 Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer Krebserkrankung, die in den letzten 5 Jahren diagnostiziert wurde (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2023). Gleichzeitig führt die Weiterentwicklung der onkologischen Therapien auch bei Patient\_innen mit fortgeschrittener und/oder metastasierter Tumorerkrankung zu einer Verlängerung der Lebenszeit. Menschen, die die Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung erhalten, fürchten neben der Endlichkeit des Lebens häufig vor allem die Symptome, welche eine solche mit sich bringen kann. Trotz positiver Evidenz einer frühen Einbindung palliativer Behandlungsteams in die Versorgung („Early Integration“) (Temel et al., 2017; Temel et al., 2010) werden diese in der Praxis leider noch immer häufig erst sehr spät hinzugezogen, was insbesondere für den hämatologisch-onkologischen Bereich gilt (Papadopoulou & Johnston, 2024). Dies führt teilweise dazu, dass der Behandlungsbedarf einiger Symptome nicht ausreichend gedeckt wird (Tewes et al., 2021). Die Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung Cicely Saunders schrieb einmal, dass zwar die Schwere der Situation nicht genommen, aber versucht werden könne, dazu beizutragen, die Belastung auf ein erträgliches Maß zu reduzieren (Saunders, 1963). Die wirksame Behandlung von Symptomen gehört damit zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege. Bewertung und Linderung körperlicher Symptome werden häufig als unterstützende Pflegestrategie bezeichnet, obwohl beides ebenso wichtig ist wie die auf den Krebs ausgerichtete Behandlung. Erkrankte Men-

schen, deren Symptomlast gelindert wurde, weisen eine erhöhte Lebensqualität auf und leben länger (Basch et al., 2017). Auftreten und Schwere der Symptome einer Krebserkrankung hängen dabei von der Krebsart, dem Stadium, Therapie(n) und Komorbiditäten ab. Häufige körperliche Symptome und deren Prävalenz in der palliativen Onkologie sind (Henson et al., 2020; Leitlinienprogramm Onkologie, 2020; Uebach, 2016):

- Fatigue (70–90 %)
- Mittlere bis starke Schmerzen (70–95 %)
- Luftnot (Dyspnoe) (40–75 %)
- Appetitmangel und Tumorkachexie (30–92 %)
- Übelkeit und Erbrechen (10–70 % und 10–40 %)
- Schlaflosigkeit (30–100 %)
- Obstipation (32–82 %)
- Juckreiz (25–85 %)

Typischerweise haben Patient\_innen mehr als ein Symptom zur gleichen Zeit. Neben den körperlichen Beschwerden können jedoch auch psychische, soziale oder seelische Symptome ebenso einschneidend für die Betroffenen sein. Hierzu gehören unter anderem Angst und Unruhe, Schlafstörungen, Depressionen, finanzielle Sorgen, die Belastung von An- und Zugehörigen sowie der Verlust von Selbstständigkeit.

### Grundsätzliche Herangehensweise in der Palliativversorgung

Die Vielfalt der beschriebenen Symptome verdeutlicht die Relevanz einer mehrdimensionalen Behandlungsstrategie in der Palliativversorgung. Dementsprechend sollten sowohl die Erfassung der Bedarfe und Bedürfnisse als auch entsprechende Interventionen immer auf allen vier Ebenen (physisch, psychisch, sozial und spirituell) stattfinden. Hierbei wird immer davon ausgegangen, dass die subjektiv und individuell geäußerte Symptomlast richtungsweisend und bindend ist und weniger objektiv zu beobachtende klinische Zeichen. Grundsätzlich sollte die Symptomlinderung durch die Gabe von Medikamenten und/oder andere Maßnahmen ausschließlich im Rahmen der Toleranz der Patient\_innen und in gemeinsamer Planung und Evaluati-

#### Auf den Punkt gebracht

Aufgrund der Weiterentwicklung onkologischer Therapien bei fortgeschrittenen und/oder metastasierten Tumorerkrankungen und damit verbundener verlängerter Lebenszeit wird ein palliatives Grundverständnis auch in der onkologischen Pflege immer wichtiger. Häufig treten eine Vielzahl von Symptomen gleichzeitig auf, deren Assessment und Behandlung auf ganzheitlicher Ebene stattfinden sollte.

on erfolgen. Um dies bestmöglich umzusetzen, werden Patient\_innen mit einer hohen Symptomlast im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung durch ein interprofessionelles Team begleitet, welches anhand der unterschiedlichen Kompetenzen und Qualifikationen eine ganzheitliche Behandlung ermöglicht. Die Berufsgruppen eines palliativen Teams umfassen unter anderem Pflege, Medizin, Psychologie, soziale Arbeit, Kunst- und Musiktherapie, Physiotherapie und Seelsorge. Neben den genannten professionell organisierten Berufsgruppen ist das Ehrenamt ebenfalls eine unverzichtbare Stütze für die Begleitung von lebenslimitierend erkrankten Menschen. Insbesondere in der Palliativversorgung spielen die Begleitung durch und der Einbezug von An- und Zugehörigen eine große Rolle. Dies zeigt sich auch daran, dass sie in der S3-Leitlinie Palliativmedizin mit einem eigenen Kapitel mitgedacht werden und eigene Bedarfe und Bedürfnisse mit erhoben werden sollen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Auf der einen Seite können eigene durch die Versorgungssituation entstehende Belastungsfaktoren (emotionale Belastung, Verlust, Trauer, Rollenveränderungen usw.) sie zu unmittelbar Betroffenen machen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Auf der anderen Seite sind sie der palliativen Haltung entsprechend im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten ein Teil des Behandlungsteams. Vor allem in der ambulanten Versorgung übernehmen sie häufig eine wichtige Funktion in der Erfassung und Weitergabe von Symptomen, wenn die Patient\_innen dazu selbst nicht (mehr) in der Lage sind.

## Assessment

Zur strukturierten Erfassung der beschriebenen Beschwerden sollte eine regelmäßige Selbstauskunft der Symptome und Bedarfe der Patient\_innen mit einer Tumorerkrankung ermöglicht werden. Das palliativmedizinische Symptomscreening wird im deutschsprachigen Raum überwiegend über das Minimale Dokumentations-system (MIDOS\_2) (Stiel et al., 2010) oder die Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS) (Bausewein et al.,

2005) durchgeführt. Beides sind Dokumente zur Selbsteinschätzung, welche berücksichtigen, dass die Art und Schwere der Erkrankung die Beantwortung von komplizierten und umfangreichen Fragebögen für viele erschweren oder unmöglich machen. Sie bieten die Möglichkeit, innerhalb kurzer Zeit die am häufigsten auftretenden Symptome und deren Stärke zu erfassen. Für eine fachkundige Behandlung ist neben der Art und Schwere der auftretenden Symptome auch die Identifizierung der Ätiologie entscheidend. Hierbei kann ein mehrstufiger Ansatz hilfreich sein, welcher ursprünglich für das Schmerzassessment entwickelt wurde – das „PQRST“-Modell (Hagmann et al., 2018) (siehe Tab. 1).

## Symptommanagement

Auch nach einem sorgfältigen Assessment ist es wichtig, dass ausgewählte Interventionen immer nur als zeitlich begrenzter Versuch gestaltet werden. Dies setzt eine gute Edukation der Patient\_innen voraus, sodass diese verstehen, welches Symptom wie behandelt wird, welche möglichen Nebenwirkungen dabei auftreten können und wie die Wirksamkeit überprüft wird. Gesetzte Therapieziele sollten dabei partizipativ, das heißt gemeinsam mit Patient\_innen (und ggf. den Angehörigen), besprochen und formuliert werden. Ein Patient, der äußert, dass er durch die parenterale Ernährung weniger eine Lebensverlängerung an sich erhofft, als in zwei Wochen genügend Kraft zu haben, für die Einschulung seiner Tochter aufzustehen, kann auch in künftigen Gesprächen entsprechend begleitet werden. Außerdem wird durch eine solche edukative Interaktion dafür gesorgt, dass die Frustration möglichst gering gehalten wird, wenn die ausgewählte Intervention (medikamentös oder nichtmedikamentös) nicht oder nur unzureichend Linderung verschafft und stattdessen etwas anderes versucht werden muss.

In Bezug auf medikamentöse Therapien wird grundsätzlich nicht unbedingt anders vorgegangen als in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Unterschiede lassen sich in Bezug auf mögliche Langzeitschäden durch die Gabe (z. B. Abhängigkeitspotenzial von Lorazepam bei Angst, Unruhe oder Luftnot) oder auch das Weglassen (Antidiabetika, Antikoagulantien u. a.) von Medikamenten erkennen. Auch der „Off-Label-Use“ findet in der Palliativversorgung häufiger statt als in anderen Fachbereichen. Unter Off-Label-Use wird der „Einsatz von Fertigarzneimitteln außerhalb ihrer zugelassenen Anwendungsgebiete“ verstanden. Dies kann sich auf die Indikation, Dosierung, Behandlungsdauer oder den Applikationsweg beziehen (Zentralstelle Off-Label-Use, 2024). So werden insbesondere in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einige zur intravenösen Gabe freigegebenen Medikamente wie Analgetika oder Antiemetika subkutan verabreicht oder auch Nebeneffekte von bestimmten Arzneistoffen gezielt eingesetzt. Im Folgenden sollen die drei in der palliativen Onkologie am häufigsten

**Tabelle 1.** Das „PQRST“-Modell als allgemeiner Ansatz zur Symptombeurteilung (eigene Darstellung in Anlehnung an Hagmann et al., 2018)

P	Palliative Faktoren Provokative Faktoren	Was verbessert das Symptom? Was verschlimmert das Symptom?
Q	Qualität	Beschreiben Sie das Symptom.
R	Region	Wo ist das Symptom? Welche Teile Ihres Körpers sind betroffen?
S	Schweregrad	Wie lässt sich dieses Symptom mit früheren Erfahrungen vergleichen? Können Sie dieses Symptom auf einer Skala von 0 bis 10 einstufen?
T	Temporale Faktoren	Verändert sich die Intensität mit der Zeit?

### Off-Label-Use in der Palliativmedizin

Empfehlenswert für alle Interessierten ist hier „pall-OLU“ (<https://pall-olu.de>), eine kostenfreie, unabhängige Datenbank, die konkrete Therapieempfehlungen zum Off-Label-Use im palliativen Kontext umfasst. Die Empfehlungen basieren auf der besten verfügbaren und geprüften Evidenz sowie auf der erweiterten S3-Leitlinie. Die Inhalte werden vom Kompetenzzentrum Palliativpharmazie an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München zusammengestellt.

figsten auftretenden Symptome, mögliche Ursachen und Behandlungsstrategien kurz beschrieben werden.

### Schmerzen

Laut Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird“ (Merskey, 1986). Cicely Saunders prägte hierzu den Begriff des „Total Pain“, der den Zusammenhang zwischen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bestandteilen von Schmerzen beschreibt. Im Rahmen einer onkologischen Erkrankung entstehen Schmerzen zum Beispiel

- durch Tumorinvasion/Infiltration in benachbartes Nervengewebe,
- infolge Chemo-, Radiotherapie oder Operation,
- aufgrund indirekter Folgen der Tumorerkrankung (z. B. Dekubitalulzera, Muskelschmerzen durch Immobilität oder immunsuppressionsbedingter Zosterneuralgie) oder
- aufgrund anderer, tumorunabhängiger Zustände.

Entsprechend den unterschiedlichen Ursachen (nozizeptiv oder neuropathisch) zeigt sich auch die Schmerzqualität divers (dumpf, bohrend oder kribbelnd, einschließend, brennend usw.) und ist entscheidend für die Wahl von Analgetika. Viele onkologische Patient\_innen in der Palliativversorgung leiden unter einem „Mixed Pain“, der aus einer nozizeptiven und einer neuropathischen Schmerzkomponente besteht. Die Schmerztherapie wird im palliativen Kontext grundsätzlich nicht anders umgesetzt als sonst im onkologischen Bereich, also anhand des WHO-Stufenschemas, wobei die Wahl von starken Opioiden relativ oft (gleichzeitig mit Nicht-Opioiden, häufig Metamizol) erfolgt. Eine ebenso große Rolle spielen nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Kälte- und Wärmeanwendungen, Aromapflege, Physiotherapie oder Entspannungstechniken.

### Fatigue

Unter tumorbedingter Fatigue wird ein „besorgniserregendes, anhaltendes, subjektives Gefühl von körperli-

cher, emotionaler und/ oder kognitiver Müdigkeit oder Erschöpfung mit Bezug zur Tumorerkrankung oder Tumorbehandlung [verstanden], das nicht im Verhältnis zu aktuellen Aktivitäten steht und die übliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigt“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Es ist das häufigste Symptom von onkologischen Patient\_innen und eine vielmals auftretende Nebenwirkung der Tumortherapie. Wichtig ist hierbei, dass trotz einiger Überschneidungen von Fatigue und Depression beide Phänomene nicht verwechselt werden. So werden bestimmte Zeichen wie ein anhaltendes Gefühl von Wertlosigkeit, unangemessene Schuldgefühle und wiederkehrende Gedanken an den Tod nur bei Depressionen berichtet (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). In Bezug auf die Therapie wird entweder ursachenspezifisch entgegengesteuert (z. B. Transfusionen bei Anämie, Ernährung bei Kachexie, Sicherung des Nachtschlafs durch Sedativa usw.) oder symptomatisch gehandelt. Letzteres kann medikamentöse (Stimulantien oder Steroide) oder nichtmedikamentöse Maßnahmen (Information und Beratung, körperliches Training, psychosoziale Intervention usw.) umfassen. Diesbezüglich zeigen Studienergebnisse, dass nichtpharmakologische Interventionen eher geeignet sind, Fatigue zu verbessern (Hagmann et al., 2018).

### Atemnot

Atemnot gehört, wenn auch nicht zu den häufigsten, so doch zu den emotional belastendsten Symptomen innerhalb der Palliativversorgung. Die Angst der Patient\_innen, ersticken zu müssen, und die hohe Belastung der Angehörigen, dies (teilweise hilflos) mitzuerleben, verdeutlicht die große Relevanz. Wie bei allen Symptomen steht auch hier vor allem die subjektive Last im Vordergrund, denn es kann durchaus ein starkes Atemnot-Empfinden vorhanden sein, ohne dass äußere Zeichen wie Zyanose oder Hypoxämie (also niedrige O<sub>2</sub>-Sättigung) vorliegen. Ist die direkte Ursache bekannt und kann sie behoben werden, wird dies auch im palliativen Kontext durchgeführt. Einige Patient\_innen werden z. B. regelmäßig pleurapunktiert oder erhalten eine Dauerdrainage, welche dann durch das Pflegepersonal abgelassen wird. Symptomorientiert stehen bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung orale oder parenterale Opiode klar im Vordergrund (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Dabei erhöhen diese die Toleranz des Atemzentrums gegenüber ansteigendem pCO<sub>2</sub>. Bei begleitender Angst und Panik kommen auch Sedativa (z. B. Lorazepam) ergänzend zum Einsatz. Eine besondere Situation in der Sterbephase stellt das terminale Rasseln (auch „Death Rattle“) da, welches durch die tracheale Schleimansammlung aufgrund von absoluter Kraftlosigkeit entsteht. Dies ist meist für die pflegenden Angehörigen sehr viel schwerer zu ertragen, als die Patient\_innen es vermutlich selbst wahrnehmen. Empfehlenswert ist hierbei eine Positionierung in 30-Grad-Seitenlagerung, die Reduzierung von Flüssigkeitszufuhr und ggf. die Gabe von Anticholinergika wie Glykopyrrhonium oder Butylscopolamin.

## Fazit

Die wirksame Behandlung von Symptomen in der palliativen Onkologie gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege. Aufgrund der vielfältigen Ursachen und Therapiemöglichkeiten sollten Pflegefachkräfte stets sowohl das Assessment als auch die Behandlung wohl durchdacht und gemeinsam mit den Patient\_innen ganzheitlich gestalten.

## Literatur

- Basch, E., Deal, A. M., Dueck, A. C., Scher, H. I., Kris, M. G., Hudis, C. & Schrag, D. (2017). Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA*, 318(2), 197–198. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7156>
- Bausewein, C., Fegg, M., Radbruch, L [Lukas], Nauck, F., Mackensen, S. von, Borasio, G. D. & Higginson, I. J. (2005). Validation and clinical application of the German version of the palliative care outcome scale. *Journal of pain and symptom management*, 30(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.01.017>
- Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma, J. D. & Roeland, E. J. (2018). Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in oncology nursing*, 34(3), 227–240. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004>
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S. & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
- Leitlinienprogramm Onkologie (2020). S3-Leitlinie Palliativmedizin: Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/0010L. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain* 1986. Suppl.(3): p. 1.
- Papadopoulou, C. & Johnston, B. (2024). Early integration of palliative care in haemato-oncology: latest developments. *Current opinion in supportive and palliative care*, 18(4), 235–242. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000728>
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2023). *Krebs in Deutschland für 2019/2020*. <https://doi.org/10.25646/11357>

- Saunders, C. (1963). The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56(3), 195–197. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1897373/>
- Stiel, S., Matthes, M. E., Bertram, L., Ostgathe, C [C.], Elsner, F. & Radbruch, L [L.] (2010). Validierung der neuen fassung des minimalen dokumentationssystems (MIDOS(2) für patienten in der palliativmedizin : deutsche version der edmonton symptom assessment scale (ESAS) [Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care : the German version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS)]. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 24(6), 596–604. <https://doi.org/10.1007/s00482-010-0972-5>
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., Back, A. L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E. H., Rinaldi, S. P., Gallagher, E. R., Eusebio, J. R., Li, Z., Muzikansky, A. & Ryan, D. P. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients with Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(8), 834–841. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A. & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- Tewes, M., Baumann, F., Teufel, M. & Ostgathe, C [Christoph] (2021). Symptoms During Outpatient Cancer Treatment and Options for Their Management. *Deutsches Arzteblatt international*, 118(17), 291–297. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0028>
- Uebach, B. (2016). Pruritus – Eine (nicht nur pflegerische) Herausforderung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17(04), 166–169. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109383>
- Zentralstelle Off-Label-Use (2024). Was versteht man unter „Off-Label-Use“? Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. <https://www.lmu-klinikum.de/palliativmedizin/palliativpharmazie/zentralstelle-off-label-use/221c776d2daff731>



### Clara Rynas

Masterstudierende Palliative Care, Gesundheitspsychologin und Medizinpädagogin B.A., Fachpflegekraft Palliative Care, Pflegeberaterin nach § 7a SGB XI, Praxisanleiterin, Pain Nurse (zert. DGSS) Goldbach PalliativPflegeTeam Hamburg  
c.rynas@palliativpflegeam.de

# Symptommanagement in der palliativen Onkologie

## Evidenzbasierte Erfassung und Behandlung nach palliativem Grundverständnis – Teil 2

Clara Rynas

Goldbach PalliativPflegeteam, Hamburg, Deutschland

„Never let us consider ourselves finished nurses ... we must be learning all of our lives.“ (Florence Nightingale)

**P**alliative Care hat in der gängigen Onkologie zunehmend Akzeptanz gefunden und eine wachsende Zahl von Belegen (Hui & Bruera, 2015), Empfehlungen von Fachgesellschaften (z. B. European Society for Medical Oncology [ESMO]) sowie Positionspapieren (z. B. Oncology Nursing Society [ONS]) sprechen für ihre Integration in die onkologische Praxis. Hauptziel der Integration ist es, den Zugang zur unterstützenden Pflege für Menschen mit fortgeschrittenem Tumorstadium zu optimieren und letztendlich die Lebensqualität sowohl von Patient\_innen als auch von Pflegefachkräften zu verbessern (Hui & Bruera, 2015). Laut einem Positionspapier der ONS zur Palliativpflege haben onkologische Fachpflegekräfte die ethische Verantwortung, sich aktuelle Kenntnisse und Fähigkeiten anzueignen und diese anzuwenden, um eine sichere und qualitativ hochwertige Palliativpflege zu gewährleisten (Etland & Carr, 2022).

Um dies zu fördern, wurde in Ausgabe 1/25 dieser Zeitschrift der Auftakt der Reihe „Symptommanagement“ publiziert. Dabei wurden grundlegende Ansätze in der Palliativversorgung vorgestellt sowie spezielle Aspekte hinsichtlich Assessment und Therapie beleuchtet. Zudem wurden die drei häufigsten Symptome – Schmerz, Atemnot und Fatigue – in ihrer Ausprägung mit den jeweiligen Therapiemöglichkeiten erläutert (Rynas, 2025). In diesem zweiten Artikel sollen nun zum einen gastrointestinale Beschwerden sowie Juckreiz als weitere häufige somatische Erscheinungen in der palliativen Onkologie behandelt werden. Zum anderen wird ein Schwerpunkt auf psychische und spirituelle Symptome gelegt. Dieser Ansatz folgt

der Vorstellung in der Palliativversorgung, dass eine ganzheitliche Betreuung Körper, Geist und Seele umfasst und somit zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität alle Ebenen beachtet werden sollten.

### Gastrointestinale Symptome

Zu häufigen gastrointestinalen Symptomen in der palliativen Onkologie gehören (Henson et al., 2020; Leitlinienprogramm Onkologie, 2020; Uebach, 2016):

- Appetitmangel und Tumorkachexie (30–92 %)
- Übelkeit und Erbrechen (10–70 % und 10–40 %)
- Obstipation (32–82 %)

Hierbei spielen sowohl die Krebsart als auch die Therapie(n) ebenso wie eventuelle Komorbiditäten eine entscheidende Rolle in Bezug auf Auftreten und Schwere der Symptome.

### Appetitmangel und Kachexie

Unter Appetitmangel (Inappetenz) wird ein fehlendes Hungergefühl oder ein vermindertes Bedürfnis nach Nahrungszufuhr verstanden (Christ et al., 2021). Eine häufig daraus folgende Kachexie (aus dem Griechischen: „schlechter Zustand“) beschreibt den Verlust an Skelettmuskulatur, welcher im Rahmen einer chronischen Erkrankung häufig irreversibel ist (Christ et al., 2021). Krankheitsspezifischer Gewichtsverlust bedingt nachgewiesenermaßen eine Reduktion von physiologischen und mentalen Funktionen und stellt einen Risikofaktor für eine schlechtere Gesamtprognose dar (Arends et al., 2015; Fearon et al., 2011; Matsuo et al., 2023). Da die Weiterentwicklung der onkologischen Therapien auch bei Patient\_innen mit fortgeschrittener und/oder metastasierter Tumorerkrankung zu einer Verlängerung der Lebenszeit führt und somit in der Palliativversorgung Inappetenz und Kachexie keinesfalls nur in der Sterbephase relevant werden, sollten Grundlagen zu Einschätzung und Therapie auch hier bekannt sein. Je nach Stadium der Erkrankung und Therapieziel kann

#### Auf den Punkt gebracht

Onkologische Fachpflegekräfte haben die ethische Verantwortung, sich aktuelle Kenntnisse und Fähigkeiten aus der Palliativversorgung anzueignen. Dies sollte stets auf ganzheitlicher Ebene stattfinden und somit neben der körperlichen auch die psychische Dimension der Patient\_innen mit einbeziehen.

### SOP (Standard Operation Procedure) „Inappetenz und Kachexie“

Diese SOP stammt aus der monatlich erscheinenden Reihe „SOPs zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center“, erstellt von der Arbeitsgemeinschaft (AG) Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCC. Eine Übersicht der bislang erstellten SOPs kann unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.ccc-netzwerk.de/netzwerk-sops/palliative-netzwerk-sops.html>

beides sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient\_innen zeigen.

Grundsätzlich kann Kachexie in drei Stadien eingeteilt werden: Prækachexie, Kachexie und refraktäre Kachexie, wobei das Behandlungsziel abhängig von diesen Stadien ist. Im Rahmen der SOP „Inappetenz und Kachexie“ (siehe auch Infokasten) wird darauf hingewiesen, dass die verbleibende Lebenszeit eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen Ernährungsinterventionen und deren Invasivität sein sollte (Gelbrich et al., 2024).

Während auch in der Palliativversorgung immer häufiger nicht nur orale Trinknahrung empfohlen, sondern auch (par-)enterale Ernährung verordnet wird, konzentriert sich die Behandlung in der letzten Lebensphase zunehmend auf die Linderung der Symptome von Hunger und Durst. Das Erkennen dieses Zeitpunkts kann durchaus als Herausforderung für das behandelnde bzw. betreuende Team bezeichnet werden und für Patient\_innen und Angehörige ein psychisch belastendes Ereignis darstellen. Hier spielen die Betreuung und die Beratung eine große Rolle, um Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Insbesondere die Angst, einen nahen Angehörigen „verhungern“ zu lassen, sollte hier professionell adressiert und entsprechende Alternativen sollten besprochen werden. In der Praxis kann hier zum Beispiel die Anleitung zur Mundpflege (auch mit Lieblingsgetränken des/der Patient\_in) für Angehörige hilfreich und sinnstiftend sein. Bei guter Mundpflege tritt in der Regel kaum Durstgefühl auf (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020), was den Angehörigen entsprechend das Weglassen von Flüssigkeit am Lebensende erleichtern kann. Auch kulturelle Aspekte sollten hier berücksichtigt und sensibel darauf eingegangen werden. So ist es bei Bevölkerungsgruppen mit starkem religiösem Bezug (orthodoxes Judentum,

Islam) teilweise üblich, die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit auch innerhalb der Sterbephase im Sinne einer Grundversorgung (und nicht als medizinische Maßnahme) fortzusetzen.

### Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit und Erbrechen können in der palliativen Onkologie sowohl durch tumorspezifische Therapien (wie z. B. Chemotherapie, Immuntherapie oder Strahlentherapie) als auch als davon unabhängige Symptome auftreten. Erstere werden in der Literatur häufig als CINV (Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting) beschrieben, und in Bezug auf Assessment und Therapie kann hier auf die S3-Leitlinie Supportive Therapie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2025) verwiesen werden. In diesem Abschnitt soll nicht tumortherapieinduzierte Übelkeit und Erbrechen behandelt werden.

In der Regel besteht eine multifaktorielle Ätiologie aus organischen und funktionellen Veränderungen des Gastrointestinaltraktes (ca. 50 % der Fälle, Leitlinienprogramm Onkologie, 2020), toxischen Substanzen oder auch psychischer Genese. Nicht selten spielen auch Medikamente und/oder deren Interaktionen eine Rolle, was insbesondere bei der zunehmenden Multimorbidität der Patient\_innen beachtet werden sollte. Zu Beginn einer Opioidmedikation leiden ca. 40 % der vorher opioidnaiven Patient\_innen unter Übelkeit und Erbrechen, weswegen in einer guten palliativen Begleitung immer auch ein Antiemetikum in Bedarf angesetzt werden sollte. Grundsätzlich sollte immer versucht werden, die vordergründige Ursache herauszufinden, um anschließend die geeignete Therapie auszuwählen (Tab. 1).

Begleitend zur medikamentösen Therapie kommen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Aromapflege (Ingwer, Zitrone oder Orange, z. B. auf einem Riechstift oder auch über eine Duftlampe), Akupressur (Handgelenk, Pe 6) oder Wickel und Auflagen zum Einsatz. Im Falle eines nicht zu stillenden Erbrechens kann in einigen wenigen Fällen auch eine nasogastrale Ablaufsonde eine Entlastung bieten. Diese wird in der palliativen Praxis insbesondere bei Vorliegen einer (malignen) intestinalen Obstruktion (Ileus) ohne Therapiewunsch oder -möglichkeit gelegt.

Neben den körperlichen Auswirkungen von Übelkeit und Erbrechen darf auch die psychische Belastung nicht außer Acht gelassen werden. Hierbei kann sich die Wahrnehmung der Patient\_innen von der des Umfeldes deutlich unterscheiden. Während Übelkeit ein eher „unsichtbares“ Gefühl ist, wird Erbrechen auch aufgrund der Geruchsbelastung von

**Tabelle 1.** Empfehlung zur medikamentösen Therapie von Übelkeit und Erbrechen laut S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020)

Gastrointestinal	Chemisch (Medikamente/Toxine)	Vestibulär	Zentral-nervös	Unklare Ursache
Hypomotilität • Metoclopramid (MCP)	• MCP • Haloperidol	• Dimenhydrinat	Erhöhter Hirndruck • Dexamethason • Dimenhydrinat	Erhöhter Hirndruck • MCP • Haloperidol • Levomepromazin
Obstruktion • Haloperidol • 5HT3-Antagonisten (z. B. Ondansetron, Granisetron)	Chemotherapie siehe S3-Leitlinie Supportive Therapie		Angst • Lorazepam	• 5HT3-Antagonisten • Dexamethason

Angehörigen als stark belastend wahrgenommen. Aufgrund dieser Tatsache kommt es eher zu einer Unterbewertung von Übelkeit sowie zu einer Überbewertung von Erbrechen durch Angehörige und teilweise auch betreuendes Fachpersonal. Sowohl Patient\_innen als auch deren Angehörigen sollten im Falle von Ekel und Hilflosigkeit psychosoziale oder auch psychologische Unterstützung angeboten werden.

### Obstipation

Das Auftreten von Obstipation wird zunehmend von Fachgesellschaften als eigenständiges und ernst zu nehmendes Symptom anerkannt. In einer palliativen Situation spielen die Vielzahl der infrage kommenden Ursachen und die Häufigkeit eines begleitenden Opioidgebrauchs eine große Rolle. Während sich die Grundsätze zur Anamnese und Diagnostik von Obstipation bei palliativmedizinischen Patient\_innen nicht wesentlich von denen der kurativen Onkologie unterscheiden, können in Bezug auf die Therapiewahl durchaus Unterschiede bestehen. Laut den Rom-IV-Kriterien (Drossman & Hasler, 2016) liegt eine funktionelle Obstipation vor, wenn ohne Laxanzien kein (bzw. selten) weicher, ungeformter Stuhl ausgeschieden wird sowie kein Reizdarmsyndrom diagnostiziert ist. Außerdem müssen von folgenden Faktoren mindestens zwei in den letzten 3 Monaten erfüllt sein:

- Starkes Pressen bei > 25 % der Defäkationen
- Klumpiger oder harter Stuhl (Bristol-Stuhlformen-Skala 1–2) bei > 25 % der Defäkationen
- Gefühl der inkompletten Entleerung bei > 25 % der Defäkationen
- Gefühl der anorektalen Obstruktion bzw. Blockierung in > 25 % der Defäkationen
- Manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation (z. B. digitale Ausräumung, Unterstützen des Beckenbodens) bei > 25 % der Defäkationen
- Weniger als 3 spontane Darmbewegungen/Woche.

Diesbezüglich konnte eine jüngst veröffentlichte Studie deutliche Unterschiede zwischen den objektiv erfüllten Rome-IV-Kriterien und dem subjektiv geäußerten Gefühl von „Verstopfung“ nachweisen (Davies et al., 2025). Diese fielen vor allen in Bezug auf Altersgruppen, aber auch unterschiedliche kulturelle Hintergründe auf. Auch vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sollten Pflegefachkräfte insbesondere bei einer bestehenden Opioidtherapie stets ein sorgfältiges Assessment durchführen und auf das Vorhandensein einer medikamentösen Obstipationsprophylaxe achten.

Begleitend finden nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Kolonmassagen, feuchtwarme Wickel und Auflagen sowie Tees ihre Anwendung. In der fortgeschrittenen Terminal- oder Präfinalphase sollten Abführmaßnahmen stets genau überdacht und an die (augenscheinlich vorhandene) Symptomlast der Patient\_innen angepasst werden.

### Juckreiz

Im Bereich der Palliativversorgung liegt die Prävalenz von Juckreiz (Pruritus) je nach Studie zwischen 25 und 85 %

(Leitlinienprogramm Onkologie, 2020; Uebach, 2016). Grundsätzlich ist zwischen Pruritus auf primär veränderter Haut – etwa infolge dermatologischer Erkrankungen wie Psoriasis, Strahlendermatitis oder atopischer Ekzeme – und Pruritus auf primär unauffälliger Haut zu unterscheiden. Letzterer kann durch systemische Erkrankungen wie chronische Niereninsuffizienz, Lebererkrankungen oder bestimmte Malignome verursacht werden. Auch Medikamente, darunter Opioide, Chemotherapeutika, Immunsuppressiva oder Antidepressiva, sowie neurologische Erkrankungen wie postzosterische Neuralgie oder Multiple Sklerose können eine Rolle spielen (Ständer et al., 2022).

Unabhängig von der Häufigkeit des Auftretens kann Juckreiz die Lebensqualität von betroffenen Patient\_innen massiv einschränken. Häufig werden Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Angst, Depression, Aggression und Unruhe durch das Jucken verursacht oder verstärkt (Ständer et al., 2022), was es zu einem ernst zu nehmenden Symptom macht. Das Aufkratzen juckender Hautstellen kann bei Betroffenen ein Gefühl des Kontrollverlusts hervorrufen, das wiederum intensive Gefühle der Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung verstärken kann. Die daraus resultierende innere Unruhe sowie die oft unbewusste Übertragung des Kratzverhaltens auf das Gegenüber stellen eine zusätzliche Belastung für das soziale Umfeld, insbesondere für Familie und Freunde, dar.

Für eine fachgerechte Behandlung des Pruritus sollte stets eine Anamnese stattfinden, welche neben Qualität und Quantität auch den Einfluss auf die Lebensqualität sowie bereits eigenständig versuchte Therapiemöglichkeiten erfragt. Hilfreich kann hier das bereits im ersten Teil dieser Reihe vorgestellte „PQRST-Modell“ zur Symptombeurteilung sein (Hagmann et al., 2018; Rynas, 2025).

Die therapeutische Behandlung von Pruritus stützt sich auf drei zentrale Säulen (Uebach, 2016):

1. *Elimination provozierender Faktoren und allgemeine antipruritische Maßnahmen:* Dies umfasst das Vermeiden individueller Trigger (z. B. Wärme, mechanische Reize) sowie die Umsetzung allgemeiner Maßnahmen zur Linderung von Juckreiz, wie etwa hautpflegende Maßnahmen oder das Tragen geeigneter Kleidung.
2. *Ursachensuche und gegebenenfalls ursächliche Behandlung:* Eine sorgfältige Diagnostik zur Identifikation möglicher zugrunde liegender Erkrankungen ist essenziell. Soweit möglich, erfolgt eine gezielte Therapie der auslösenden Ursachen.
3. *Symptomatische Therapie (topisch und/oder systemisch):* Je nach Ausprägung und Lokalisation des Juckreizes kommen lokal wirksame (z. B. topische Antipruritika) und/oder systemische Therapien (z. B. Antihistaminika, Gabapentinoide) zum Einsatz. Zu den hilfreichen pflegerischen Maßnahmen können hier Waschungen oder Auflagen mit schwarzem Tee oder Einreibungen mit Aromaölen gehören (siehe Infokästen).

Diese drei Säulen werden ergänzt durch unterstützende Maßnahmen wie psychosoziale Begleitung, die Behandlung von Schlafstörungen sowie die Versorgung kratzbedingter Hautläsionen.

### Schwarztee-Umschläge

1. *Schwarztee zubereiten:* Einen Teebeutel oder eine entsprechende Menge losen Tee mit heißem Wasser übergießen und ca. 10–15 Minuten ziehen und abkühlen lassen.
2. *Umschläge machen:* Ein Waschlappen oder Kompresse mit dem abgekühlten Tee tränken und auf die juckenden Stellen legen.
3. *Einwirken lassen:* Die Umschläge 10–15 Minuten einwirken lassen.

### Aromaöl oder -gel gegen Juckreiz (auf die betroffene Hautpartie auftragen)

#### Aromaöl-Mischung:

100 ml Mandelöl, 30 Tropfen Pfefferminzöl,  
15 Tropfen Lavendelöl, 5 Tropfen Grapefruitöl

#### Aromagel-Mischung:

60 ml Aloe Vera Gel (3 ml Sahne als Emulgator),  
35 Tropfen Lavendelöl, 15 Tropfen Römische-Kamille-Öl,  
10 Tropfen Geranium- oder Rosen-Öl

## Psychische Beschwerden

Trotz der erheblichen Belastungen infolge einer lebenslimitierenden Erkrankung sind viele Betroffene und ihre Angehörigen grundsätzlich in der Lage, angemessen mit den Herausforderungen umzugehen. Etwa drei Viertel der terminal erkrankten Patient\_innen berichten, trotz der schwierigen Lebenssituation weiterhin positive Emotionen erleben zu können (Mehnert & Nauck, 2016). Dennoch entwickelt etwa die Hälfte der Betroffenen innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung eine psychische Störung. Dabei wird angenommen, dass insbesondere Angststörungen und depressive Symptome im Kontext der palliativen Versorgung häufig unterschätzt werden – obwohl bekannt ist, dass depressive Verstimmungen und der Verlust von Hoffnung am Lebensende maßgeblich mit dem Auftreten von Todeswünschen assoziiert sind (Mehnert & Nauck, 2016). Dabei sind Belastungsreaktionen immer von vorbestehenden psychischen Störungen abzugrenzen, welche sich bei manchen Patient\_innen mit dem Fortschreiten der Erkrankung auch intensivieren können. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören Anpassungsstörungen (11 %), Angststörungen (11,5 %) und Depressionen (5–45 %) (Mehnert & Nauck, 2016).

Grundsätzlich sollten alle an der Behandlung und Begleitung beteiligten Berufsgruppen den Patient\_innen empathisch gegenüber treten und für Anzeichen von psychischen Belastungen sensibilisiert sein. Pflegefachkräfte stehen Patient\_innen aufgrund ihrer kontinuierlichen Präsenz häufig besonders nah und nehmen deren körperliche und emotionale Verfassung oft am intensivsten wahr. Daraus ergibt sich eine zentrale Verantwortung,

mögliche Belastungen sensibel zu erkennen, professionell anzusprechen und im interprofessionellen Team weiterzutragen.

Häufig können Symptome wie Angst, Unruhe und Panik durch ein offenes und empathisches Gespräch zwischen Pflegefachkraft und Patient\_in (und Angehörigen) gelindert werden. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die genannten Beschwerden durch Ungewissheit in Bezug auf die letzte Lebensphase entstehen. Haben die Menschen Angst vor ausgeprägten (körperlichen) Symptomen wie Schmerzen oder Luftnot (und in diesem Zusammenhang Ersticken), kann eine Aufklärung über die Möglichkeiten der palliativen Begleitung bis hin zur palliativen Sedierung als Maßnahme bei therapierefraktärer Symptomlast bei vielen für Ruhe und Sicherheit sorgen.

Bleiben Zustände von Angst und Unruhe trotzdem bestehen und wirken sich diese auf die Lebensqualität der Patient\_innen aus, kommen medikamentöse (anxiolytische oder sedierende) Maßnahmen zum Einsatz. Empfohlen werden hier kurzwirksame Benzodiazepine mit schnellem Wirkungseintritt (z. B. Lorazepam expidet als sublinguale Gabe oder Midazolam als Nasenspray) (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Bei unzureichender Wirkung oder auch längeren Krankheitsverläufen können auch Antidepressiva oder Antipsychotika geprüft und eingesetzt werden.

Begleitend oder beim Wunsch nach ausschließlich nichtmedikamentöser Behandlung können auch pflegfachliche entspannende Maßnahmen eingesetzt werden, wie Aromapflege (z. B. Lavendel, Bergamotte, Melisse), basale Stimulation oder Akupunktur/Akupressur (He 7, auch „Tavorpunkt“ genannt).

Laut geltenden Empfehlungen sollte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Expertise hinzugezogen werden, „wenn nach Nutzung aller eigenen personellen Ressourcen im Team Unsicherheiten in der Diagnose und Behandlungsplanung [...] bestehen; wenn eine komplexe psychiatrische Vorgeschichte bzw. ein komplexes Syndrom klinisch vorliegt; [sowie] bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). In der Praxis ist dies vor allem in der ambulanten Palliativversorgung häufig noch ein großes Problem, da die Ressourcen (finanziell und personell) der palliativpsychologischen oder psychoonkologischen Begleitung begrenzt sind.

Etwa die Hälfte aller palliativ erkrankten Menschen äußern außerdem innerhalb ihrer letzten Lebenszeit mindestens einmal Todeswünsche. Todes- oder auch Sterbewünsche können sich in der Zeit der Interaktion ändern und sind selten anhaltend. Dabei wird eine Varianz von der reinen Akzeptanz des baldigen Todes bis hin zu dem Wunsch zu sterben beschrieben. Letzterer kann sich in drei unterschiedlichen Stadien zeigen: 1) sich nach dem Sterben sehnen, 2) hypothetisch eine Beschleunigung des Sterbens überlegen und 3) im aktuellen Wunsch oder in einer Aktion, welche den Tod herbeibringt. Begrifflichkeiten oder Ausdrücke, die in diesem Kontext häufig fallen, sind Lebenssattheit und -müdigkeit, Wünsche nach Ruhe oder auf das Ende hoffen. Das Auftreten von Todeswünschen schließt jedoch nicht das gleichzeitige Vorhandensein von

Lebenswille aus, ein Phänomen, welches auch als „double awareness“ beschrieben wird.

Todeswünsche bei schwerstkranken Menschen entstehen häufig durch eine Vielzahl von miteinander verbundenen Faktoren. Zu den zentralen Einflüssen zählen körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Erschöpfung oder Appetitlosigkeit ebenso wie psychische Belastungen, etwa Depression, Angst oder ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Auch soziale Isolation, das Erleben von Kontrollverlust, der Wunsch, niemandem zur Last zu fallen, belastende Beziehungsdynamiken sowie existenzielle und spirituelle Fragestellungen spielen eine bedeutsame Rolle.

Vielen Pflegefachkräften fällt es dabei schwer, die Thematik proaktiv anzusprechen, aus Angst, mit Gesprächen über Todeswünsche diese erst auszulösen oder zu verstärken. Jedoch weisen bereits einige Untersuchungen nach, dass dieses Risiko nicht besteht, sondern im Gegenteil betroffene Patient\_innen vom Ansprechen von und Sprechen über Todeswünsche profitieren. In diesem Zusammenhang ist allen Interessierten der „Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen“ der Palliativabteilung der Uniklinik Köln (zum Download unter <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswunschen-dedipom/>) zu empfehlen.

## Fazit

Patient\_innen in der palliativen Onkologie sind häufig mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome konfrontiert. Dieser zweite Beitrag ergänzt das zuvor dargestellte Symptommanagement um weitere körperliche sowie um psychische Aspekte und erweitert damit die Perspektive auf eine ganzheitliche Versorgung. Im Sinne des palliativen Selbstverständnisses kommt neben der körperlichen, psychischen und spirituellen Begleitung auch der sozialen Unterstützung eine zentrale Rolle zu. Einen wesentlichen Beitrag leistet dabei die palliativpflegerische Beratung, die in Heft 1/26 vertiefend behandelt wird.

## Literatur

- Arends, J., Bertz, H., Bischoff, S., Fietkau, R., Herrmann, H., Holm, E., Horneber, M., Hütterer, E., Körber, J. & Schmid, I. (2015). S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 40(05), e1-e74. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552741>
- Davies, A., Fagan, N., Power, J. & Taylor, A. (2025). 'Constipation': One word, many meanings amongst persons with cancer: An observational study. *Palliative medicine*, 39(5), 553–562. <https://doi.org/10.1177/02692163251325711>
- Drossman, D. A. & Hasler, W. L. (2016). Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>

- Etland, C. & Carr, E. (2022). Palliative Care: Building a Foundation for Clinical Oncology Nursing Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(6), 589–590. <https://doi.org/10.1188/22.cjon.589-590>
- Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., Jatoi, A., Loprinzi, C., MacDonald, N., Mantovani, G., Davis, M., Muscaritoli, M., Ottery, F., Radbruch, L., Ravasco, P., Walsh, D., Wilcock, A., Kaasa, S. & Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet. Oncology*, 12(5), 489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)
- Gelbrich, T., Alt-Epping, B. & Gerlach, C. (2024). SOP – Inappetenz und Kachexie. *Die Onkologie*, 30(8), 746–754. <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01543-w>
- Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma, J. D. & Roeland, E. J. (2018). Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in oncology nursing*, 34(3), 227–240. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004>
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S. & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
- Hui, D. & Bruera, E. (2015). Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine*, 4(3), 89–98. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.01>
- Leitlinienprogramm Onkologie (2020). S3-Leitlinie Palliativmedizin: Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/0010L. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, Langversion 2.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032-0540L <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/>; Zugriff am 07.06.2025
- Matsuo, N., Azuma, K., Murotani, K., Murata, D., Matama, G., Kawahara, A., Kojima, T., Tokito, T. & Hoshino, T. (2023). Prognostic effect of cachexia in patients with non-small cell lung cancer receiving immune checkpoint inhibitors. *Thoracic cancer*, 14(15), 1362–1367. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.14881>
- Mehnert, A. & Nauck, F. (2016). Psychotherapie in der palliativen Versorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17(06), 289–301. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118765>
- Rynas, C. (2025). Symptommanagement in der palliativen Onkologie. *Onkologische Pflege*, 15(1), 67–70. <https://doi.org/10.1024/2198-5650/a000029>
- Ständer, S., Zeidler, C., Augustin, M., Darsow, U., Kremer, A. E., Legat, F. J., Koschmieder, S., Kupfer, J., Mettang, T., Metz, M., Nast, A., Raap, U., Schneider, G., Ständer, H., Streit, M., Schut, C. & Weisshaar, E. (2022). S2k Leitlinie: Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 20(10), 1386–1402. [https://doi.org/10.1111/ddg.14830\\_g](https://doi.org/10.1111/ddg.14830_g)
- Uebach, B. (2016). Pruritus – Eine (nicht nur pflegerische) Herausforderung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17(04), 166–169. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109383>



**Clara Rynas**

Masterstudierende Palliative Care, Gesundheitspsychologin und Medizinpädagogin B.A., Fachpflegekraft Palliative Care, Pflegeberaterin nach § 7a SGB XI, Praxisanleiterin, Pain Nurse (zert. DGSS) Goldbach PalliativPflegeteam Hamburg  
c.rynas@palliativpflegeteam.de