

Primäres Ziel ist die Entlassung des Patienten wieder nach Hause

# Palliative Therapie in der Herzinsuffizienz

Die palliative Therapie von Herzinsuffizienz-Patienten fristet noch ein Schattendasein. Dies, obwohl bezüglich Mortalität und Morbidität die schwere Herzinsuffizienz den bösartigsten Tumoren ebenbürtig ist. Der grosse Unterschied bezüglich «Palliativmedizin und Onkologie», wo die palliative Betreuung bestens etabliert ist, mag in der Tatsache liegen, dass der Krankheitsverlauf der Herzinsuffizienz schleichender ist als derjenige von bösartigen Tumoren. Dieser Artikel bricht eine Lanze für die palliative Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten, die immer noch viel zu wenig erwogen und schliesslich auch angewendet wird.



**Le traitement palliatif des patients atteints d'insuffisance cardiaque est toujours au second plan des préoccupations. Et cela en dépit du fait que l'insuffisance cardiaque grave égale les tumeurs les plus malignes en ce qui concerne la mortalité et la morbidité. La grande différence par rapport à «la médecine palliative et l'oncologie» où les soins palliatifs sont bien établis, peut résider dans le fait que la progression de l'insuffisance cardiaque est plus subreptice que celle des tumeurs malignes. Cet article plaide pour les soins palliatifs des patients atteints d'insuffisance cardiaque, ce qui est encore beaucoup trop peu considéré et finalement appliqué.**

In der Schweiz gibt es über 200 000 Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz und pro Jahr sind über 10 000 neue Fälle zu verzeichnen. Der Grund für die epidemiologische Zunahme liegt in der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung sowie, quasi als Opfer des eigenen Erfolges, in den verbesserten kardiologischen und herzchirurgischen Therapiemöglichkeiten. Ist die Prävalenz der Herzinsuffizienz in der Gesamtpopulation ca. 1–2 %, so steigt sie im Alter auf 5–8% an (1). Am 15. November 2007 organisierte die «Study Group on Advanced Heart Failure» der Heart Failure Association (HFA) in Kopenhagen erstmalig einen Workshop zum Thema palliative Therapie der Herzinsuffizienz (2). Es wurde damals wahrgenommen, dass die palliative Therapie in der Herzinsuffizienz einen wesentlichen Teil des Betreuungskonzeptes ausmachen muss, auch wenn der Krankheitsverlauf im Vergleich zu onkologischen Fällen eher schleichend ist (3) (Abb. 1). Im fortgeschrittenen Stadium der Herzinsuffizienz ist die Mortalität und Morbidität mindestens so schwerwiegend wie bei bösartigen Tumoren (4). Das Medizinalpersonal ist in «end-of-life»-Gesprächen mit Patienten zu wenig geschult. Es wird auch gezögert, das Ende des Lebens mit dem Patienten zu besprechen – als ob es einem Tabu-Thema entspräche. Das Ziel der Medizin ist nicht nur, Leben zu verlängern, sondern auch, die Lebensqualität zu verbessern. Genau hier hakt die Palliativmedizin ein.



Prof. Dr. med. Paul Mohacsi  
Dr. med. Piotr Sobanski  
Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller  
Zürich, Liestal, Bern

## Palliativmedizin der Herzinsuffizienz und Gesundheitspolitik

Die palliative Medizin strebt einen «holistischen» Umgang der medizinischen Betreuung der Patienten an. Palliative Betreuung (lat: palliare = ummanteln) zielt auf die gesamtheitliche Betreuung der Patienten und betrifft somit nicht nur die somatische (körperliche) Betreuung, sondern auch die psychische, soziale wie auch die spirituelle Unterstützung der erkrankten Person (Abb. 2).

Leider werden in der modernen Medizin primär nur technische Dienstleistungen der Diagnostik und Therapie finanziell optimal vergütet. Die ganzheitliche Betreuung von chronisch Kranken wird dabei oft vernachlässigt. Da die pekuniären Anreize der zeitaufwendigen ganzheitlichen Betreuung ungenügend sind, muss man zusehends auf den Idealismus des Medizinalpersonals setzen, damit diese Patienten nach wie vor professionell und menschenwürdig behandelt werden. Ein weiterer Grund der mangelnden Attraktivität der palliativen Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten scheint der schwierige Zugang zur Interdisziplinarität zu sein.

Einer der Beweggründe der zurückhaltenden Zuweisungspraxis zur palliativen Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten mag die ehrenhafte Intention der betreuenden Kolleginnen und Kollegen sein, schwer Herzinsuffiziente «nicht abzuschieben». Die genannte Schnittstelle wurde in den letzten 10 Jahren jedoch zusehends aufgeweicht und die Zusammenarbeit der Kolleginnen und Kollegen der Palliativmedizin mit denjenigen der Herzinsuffizienz (resp. vice versa) wird immer besser. Dies führt auch dazu, dass bezüglich «Herzinsuffizienz und palliative Medizin» neue Standards (sogenannte «standard operating procedures») eingeführt werden (5). Tab. 1 zeigt die Empfehlungen der HFA/ESC Guidelines on Chronic Heart Failure.

## Wann und wo stirbt der Patient mit Herzinsuffizienz?

Diesbezüglich geben die AIRE- und die ATLAS-Studie Antwort. Gemäss beiden Studien sterben die Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz an einem plötzlichen Herztod meistens ausserhalb des Spitals, diejenigen mit einer chronischen Herzinsuffizienz eher im Spital. Die AIRE-Studie wurde 1997 (6), die ATLAS-Studie im Jahre 2003 (7) publiziert. In diesem Kontext ist der seither vermehrte Einsatz von ICDs zu berücksichtigen, welche den plötzlichen Herztod naturgemäss reduzieren. Die Handhabung und Deaktivierung der ICDs im Kontext der palliativen Medizin ist von grosser Bedeutung (8,9).

**TAB. 1 Stellenwert der palliativen Medizin in den ESC-Guidelines (5)**

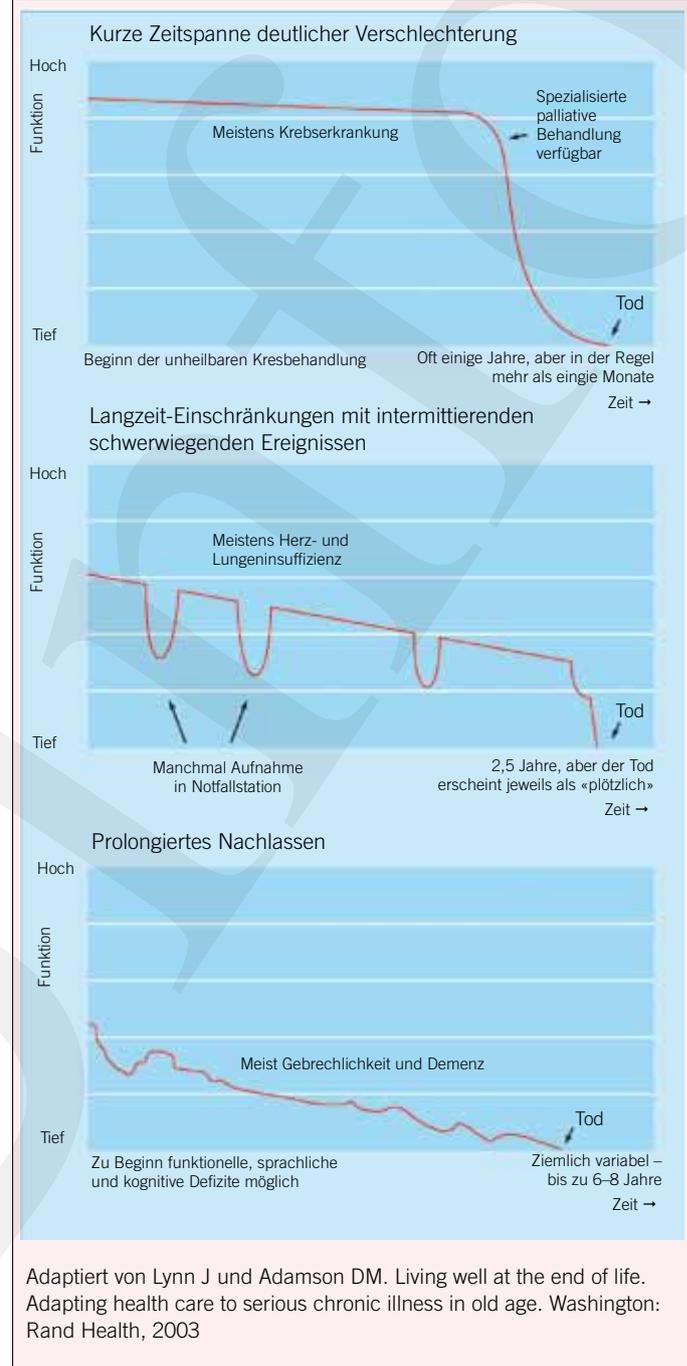
**A. Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen eine palliative Behandlung in Betracht gezogen werden sollte**

- Progressive funktionelle Verschlechterung (physisch und mental) und in Abhängigkeit zur Verrichtung der Alltagsaktivitäten
- Schwere Herzinsuffizienz- Symptome bei geringer Lebensqualität trotz optimaler pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Therapie.
- Häufige Hospitalisationen oder schwere Episoden von Dekompensation trotz optimaler Behandlung
- Herztransplantation und mechanische Kreislaufunterstützung ausgeschöpft.
- Kardiale Kachexie
- Gemäss klinischer Beurteilung nahe am Lebensende.

**B. Schlüsselfaktoren der palliativen Dienstleistungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz**

- Fokus auf Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität eines Patienten und seiner Angehörigen bestmöglich bis an dessen Lebensende.
- Häufige Beurteilung der Symptome (einschliesslich Dyspnoe und Schmerzen), die aus der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz und Co-Morbiditäten resultieren und Fokus auf Symptomlinderung.
- Zugang für den Patienten und seiner Familie zu psychologischer Unterstützung und spiritueller Begleitung je nach Bedarf
- Vorausplanung der Pflege auch im Hinblick auf Präferenzen bezüglich Sterbeort und Reanimation (einschliesslich Deaktivieren von Devices wie Herzschrittmacher und/oder implantierbarer Cardioverter-Defibrillator (ICD).

**ABB. 1 Krankheitsverläufe («trajectories») im Vergleich**



Die Einschätzung des Mortalitätsrisikos kann mittels des sogenannten Aaronson-Mancini-Score (Heart-Failure-Survival-Score, HFSS) wie auch mittels des «Seattle Heart Failure Modells» abgeschätzt werden. Der HFSS ist in der Application «Medications» einfach bestimmbar, allerdings muss man dazu die maximale O<sub>2</sub>-Aufnahme unter maximaler Belastung und optimierter Therapie (VO<sub>2</sub>max) kennen. Diesen Wert kann man in der Spiroergometrie ermitteln. Ein ebenfalls sehr guter prädiktorischer Wert ist der im Blut bestimmbare Biomarker BNP (oder NT-proBNP), welcher sogar dem Heart Failure Survival Score nach Aaronson-Mancini überlegen ist (10). Weitere Publikationen zum Thema prognostische Abschätzung der Herzinsuffizienz sind die EFFECT-Studie (11) wie auch die EPICAL-Studie (12).

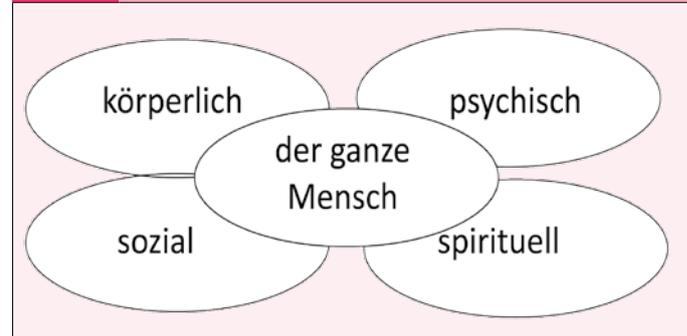
**Die Herausforderung bei der Behandlung von Herzinsuffizienzsymptomen**

Wie bei der palliativen onkologischen Behandlung, ist es auch von grösster Bedeutung, die Symptome der Herzinsuffizienz palliativ anzugehen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die üblicherweise auftretenden Symptome bei Herzinsuffizienz (13), welche am besten interdisziplinär angegangen werden. Auch Kardiologinnen und Kardiologen können von den Palliativmedizinerinnen «Tricks» lernen, wie alltägliche Symptome am besten und einfachsten angegangen werden.

**Wahrnehmung der palliativen Medizin bei Herzinsuffizienzpatienten**

Im Vergleich zum Jahr 2007, als man im Pubmed unter den Suchworten «Palliation and Heart Failure» lediglich 205 Referenzen vorfand, hat sich diese Zahl aktuell auf über 1500 erhöht. Diese Entwicklung zeigt, dass die professionelle palliative Versorgung realisiert und zusehends gefördert wird (14, 15).

**ABB. 2 Das «holistische» Konzept der Patientenbetreuung**



TAB. 3 Empfohlene Behandlung der Herzinsuffizienz-Symptome	
Atemnot	Optimierte Therapie der Herzinsuffizienz und der Co-Morbiditäten, inkl. Angst und Depression. «Pulmonale Rehabilitation»; Opioide
Müdigkeit	Suche nach reversiblen Faktoren Behandlung des Fe-Mangels (nicht nur der Anämie!) Angemessenes Rehabilitationsprogramm Keine Steroide und Progestagene
Schmerzen	Keine NSAR und trizyklische Antidepressiva Empfehlung, WHO-Stufen-Algorithmus zu verwenden: Stufe 1: Paracetamol 4x1 gr/Tag Stufe 2: Paracetamol 500 mg + Codein 30 mg, 2 Tabl. 4x tägl. oder Tramal 50–100 mg 4x tägl. ± regulär Paracetamol Stufe 3: M <sub>0</sub> 5–10 mg alle 4 Stunden und wenn nötig (p.r.n.). Titration alle 48 Stunden, wenn Schmerz nicht unter Kontrolle Management der Opioide-Nebenwirkungen Konsilium, sofern reduzierte Nierenfunktion, Opioid-Toxizität oder fehlende Schmerzkontrolle
Nausea, Erbrechen	Suche nach reversiblen Faktoren Metoclopramid (10–20 mg, 3x tägl.) oder Haloperidol 1.5–3 mg 1x tägl., keine Cyclizine
Obstipation	Laxativa
Trockener Mund	Keine «Acids» Mucin-basierte Speichel-Substitute, Zucker-freie Kaugummi
Depression	ärztliche Vigilanz bezüglich Depression ist sinnvoll Suche nach nicht-medikamentösen Ansätzen Vermeidung von trizyklischen Antidepressiva mit vielen potentiellen Ineraktionen Sertraline 50 mg tägl., oder Citalopram 10–20 mg tägl, oder Mirtazapin 15–30 mg tägl.

50% (n = 12) der angeschriebenen, sehr engagierten 24 Europäischen Herzinsuffizienz-Spezialisten haben geantwortet. Die Antworten waren leider zurückhaltend, was zusammengefasst heisst, dass die palliative Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten in Europa schlecht entwickelt ist.

Aus diesem Grund empfehlen wir eine intensive Zusammenarbeit mit den Strukturen der schweizerischen Palliativmediziner, da diese für die Aufnahme von Herzinsuffizienzpatienten offen sind und die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, insbesondere in der terminalen Phase, eine lebenswerte und echte Linderung der Symptomatik für die betroffenen Patienten bedeutet.

**Prof. Dr. med. Paul Mohacsi<sup>1</sup>**

**Dr. med. Piotr Sobanski<sup>2</sup>**

**Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> HerzGefässZentrum Zürich, Klinik im Park, Seestrasse 247, 8038 Zürich

paul.mohacsi@hirslanden.ch

<sup>2</sup> Dr. med. Piotr Sobanski, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Baselland, 4410 Liestal

<sup>3</sup> Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, Palliativzentrum, Universitätskliniken für Medizinische Onkologie und Radio-Onkologie, Inselspital, 3010 Bern

**+** **Interessenskonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Im Jahre 2007 führte der Autor dieses Artikels eine Umfrage durch, wie die palliative Therapie der Herzinsuffizienz in Europa praktiziert wird. Damals gab es in Deutschland 40, in Österreich angeblich nur 4 und in der Schweiz 25 Hospize für palliative Medizin. Diese Zahl hat erfreulicherweise in allen Ländern klar zugenommen. Ein sehr schönes Beispiel der palliativmedizinischen Vernetzung stellt die Ostschweiz dar ([www.palliativ-sg.ch](http://www.palliativ-sg.ch)). Wichtig ist auch zu realisieren, dass eine Hospitalisation in einem Hospiz oder auf einer palliativmedizinischen Station nicht den Tod, sondern die Entlassung des Patienten wieder nach Hause als primäres Ziel hat. Die obgenannte, im Jahre 2007 in Europa durchgeführte Umfrage stellte folgende Fragen:

1. Haben Sie an Ihrem Zentrum ein strukturiertes palliatives Betreuungsprogramm?
2. Sind Herzinsuffizienzspezialisten im Palliativ-Betreuungsprogramm involviert?
3. Welche Stichwörter hat Ihr Palliativ-Betreuungsprogramm?
4. Wie wichtig sind Hospize in Ihrem Programm?
5. Gibt es länderspezifische Charakteristika bezüglich der palliativen Betreuung?
6. Welche Art von therapeutischen Optionen sind für Sie von grösster Bedeutung bei der Symptombekämpfung von Herzinsuffizienzpatienten?
7. Welche psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekte sind für Sie besonders wichtig?
8. Gibt es ein Trainings-Programm (Rehabilitation)?
9. Welche Spezialisten sind Mitglieder Ihres interdisziplinären Palliativ-Betreuungsprogrammes?

### Take-Home Message

- ◆ Bedingt durch den oft schleichenden Verlauf der Herzinsuffizienz und der fehlenden Wahrnehmung, dass auch herzinsuffiziente Patientinnen und Patienten von der Palliativmedizin profitieren können (nicht nur wie bis anhin onkologische Fälle), wird die palliative Betreuung der Herzinsuffizienz zu wenig genutzt.
- ◆ Die Palliativmediziner sind auch für die Betreuung terminaler Herzinsuffizienz-Patienten offen.
- ◆ Wichtig ist die interdisziplinäre Betreuung. Der Herzinsuffizienz-Spezialist muss (wie der Onkologe bei onkologischen Fällen für die palliative Chemotherapie) mit dem Hausarzt in die Betreuung integriert sein.

### Messages à retenir

- ◆ En raison du cours souvent subreptice de l'insuffisance cardiaque et du manque d'attention portée sur le fait que les patients présentant une insuffisance cardiaque peuvent aussi bénéficier de la médecine palliative (et pas seulement, comme jusqu'ici, les cas oncologiques), les soins palliatifs pour l'insuffisance cardiaque sont sous-utilisés.
- ◆ Les médecins en soins palliatifs sont prêts à prendre en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque terminale.
- ◆ Il est important que la prise en charge soit interdisciplinaire. Le spécialiste de l'insuffisance cardiaque et le médecin généraliste doivent être intégrés dans la prise en charge (comme l'oncologue dans les cas de cancer pour la chimiothérapie palliative).

**Literatur:**

1. Mohacsi P, Moschovitis G, Tanner H, Hess OM, Hullin R. Prevalence, increase, and costs of heart failure. *Heart and Metabolism* 2001; 14: 9-16.
2. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, Murray SA, Grodzcki T, Bergh I, Metra M, Ekman I, Angermann C, Leventhal M, Pitsis A, Anker SD, Gavazzi A, Ponikowski P, Dickstein K, Delacretaz E, Blue L, Strasser F, McMurray J, on behalf of the Advanced Heart Failure Study Group of the HFA of the ESC. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European J Heart Fail* 2009; 11: 433-43
3. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-11
4. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA, Sutton GC. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart* 2000; 83: 505-10
5. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González-Junately JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten, FH, van der Meer P, Authors/Task Force Members. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Development with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2016; 18: 891-975.
6. Cleland JG, Erhardt L, Murray G, Hall AS, Ball SG. Effect of ramipril on morbidity and mode of death among survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. A report from the AIRE Study Investigators. *Europ Heart J* 97; 18: 41-51
7. Poole-Wilson PA, Uretsky BF, Thygesen K, Cleland JG, Massie BM, Ryden L; ATLAS Study Group. Mode of death in heart failure: findings from the ATLAS trial. *Heart* 2003; 89: 42-8.
8. Brady DR. Planning for deactivation of Implantable Cardioverter Defibrillators at the end of life in patients with heart failure. *Crit Care Nurse* 2016; 36: 24-31
9. Standing H, Exley C, Flynn D, Hughes J, Joyce K, Lobban T, Lord S, Matlock D, McComb JM, Paes P, Thomson RG. A qualitative study of decision-making about the implantation of cardioverter defibrillators and deactivation during end-of-life care. Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2016
10. Rothenburger M, Wichter T, Schmid C, Stypman J, Tjan TD, Berendes E, Etz C, Pioux A, Löher A, Wenzelburger F, Drees G, Hoffmeier A, Breithardt G, Scheld HH. Aminoterminal pro type B natriuretic peptide as a predictive and prognostic marker in patients with chronic heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2004; 23: 1189-97
11. Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure: derivation and validation of a clinical model. *JAMA* 2003; 290: 2581-7
12. Alla F, Briançon S, Juillière Y, Mertes PM, Villemot JP, Zannad F. Differential clinical prognostic classifications in dilated and ischemic advanced heart failure: the EPICAL study. *Am Heart J* 2000; 139: 895-904
13. Rogers A, Addington-Hall JM, McCoy AS, Edmonds PM, Abery AJ, Coats AJ, Gibbs JS. A qualitative study of chronic heart failure patients' understanding of their symptoms and drug therapy. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 283-7
14. Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S, Cramer H, Sanders T, Johnson R, Kadam UT, Lasserson DS, Purdy S. "Sometimes we can't fix things": a qualitative study of health care professionals' perceptions of end of life care for patients with heart failure. *BMC Palliative Care* 2016; 15:3 DOI 10.1186/s12904-016-0074-y.
15. Riley JP, Beattie JM. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *ESC Heart Failure* 2017; 4: 81-87. Published online Dec 28, 2016 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/ehf2.12125

Einige relevante Adressen und Webseiten:

- <https://www.palliative.ch/de/home/>
- <http://www.palliativzentrum.kssg.ch>
- <http://www.palliativecare.usz.ch>
- <http://www.palliativzentrum.insel.ch>
- <https://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/behandlungszentren/tumorzentrum/unterstuetzende-angebote/palliative-care/>
- <https://www.palliativ-luzern.ch>
- [www.palliative-gr.ch/index.php/palliativstationen-graubuenden.html](http://www.palliative-gr.ch/index.php/palliativstationen-graubuenden.html)
- <https://www.palliative.ch/de/angebote/wo-finde-ich-palliative-care/kantone/kanton-waehlen/ticino-ti/>
- <http://www.swissinfo.ch/ger/erster-lehrstuhl-fuer-palliativmedizin/5458216>

Die Website der European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Palliative Care for People with Heart Disease ist:  
<http://www.eapcnet.eu/Themes/SpecificGroups/HeartDisease.aspx>