

# Integrative Palliative und End-of-Life Care in der Onkologie

Sandra Pittl<sup>1</sup>, Corrado Bertotto<sup>2</sup>, Natalie Kalbermatten<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für Integrative Onkologie, Zürich, Schweiz

<sup>2</sup> Zentrum für Integrative Medizin, HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

<sup>3</sup> Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital Münsterlingen, Schweiz

**Zusammenfassung:** Palliative Care fokussiert auf die Lebensqualität von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen durch eine bio-psycho-sozio-spirituelle Begleitung und multiprofessionelle Zusammenarbeit, möglichst früh im Krankheitsverlauf und bis ans Lebensende. Viele Patient/-innen wünschen in diesem Kontext auch integrativmedizinische Verfahren, die mit ihrem salutogenetischen und multidimensionalen Ansatz gut an die Grundprinzipien der Palliative Care anschliessen. Am Beispiel Anthroposophisch erweiterter Medizin und Phytotherapie wird ein Spektrum von Arzneimitteln, äusseren Anwendungen und künstlerischen Therapien aufgezeigt, die Symptome lindern und innere Ressourcen stärken können. Entscheidend ist eine fachkompetente Indikationsstellung mit sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Belastung. Sinnvoll eingesetzt, können integrative Verfahren dazu beitragen, Menschen am Lebensende individuell und umfassend zu begleiten und die Prinzipien der Palliative Care wirkungsvoll zu unterstützen.

**Schlüsselwörter:** Palliative und End-of-Life Care, Integrativmedizin, Komplementärmedizin, Anthroposophisch erweiterte Medizin, Phytotherapie

## Integrative palliative and end-of-life care in oncology

**Abstract:** Palliative care focuses on the quality of life of people with life-limiting illnesses through bio-psycho-social-spiritual support and multi-professional collaboration, as early as possible in the disease course and continuing until the end of life. In this context, many patients also seek integrative medical approaches which, with their salutogenetic and multidimensional orientation, align well with the core principles of palliative care. Using anthroposophic medicine and phytotherapy as examples, a spectrum of remedies, external applications, and artistic therapies is presented that can relieve symptoms and strengthen inner resources. A competent indication with careful consideration of benefits and burdens is essential. When applied appropriately, integrative interventions can contribute to providing individualized and comprehensive support for people at the end of life and effectively reinforce the principles of palliative care.

**Keywords:** Palliative and end-of-life care, integrative medicine, complementary medicine, anthroposophical medicine, phytotherapy

## Einleitung

Palliative Care bezeichnet die multiprofessionelle, multidimensionale Begleitung von Menschen und deren Angehörigen mit lebenslimitierenden Erkrankungen mit dem Fokus auf Lebensqualität (1). Sie ist gemäss heutigem Verständnis früh – nämlich bereits nach Diagnosestellung einer nicht kurativ behandelbaren Erkrankung – anwendbar. Die spezialisierte Palliative Care ist in der Schweiz breit verfügbar, sowohl stationär (Palliativstationen, Hospize) als auch ambulant (Palliativsprechstunden, mobile palliative Dienste). Viele Menschen mit onkologischen Erkrankungen fragen nach Komplementär- bzw. Integrativmedizin (2). Dies trifft für alle Krankheitsstadien, auch nicht kurative, zu (3). Verschiedene integrativmedizinische Methoden/Massnahmen können für diese Patient/-innen hilfreich sein; für eine Reihe davon existieren wissenschaftliche Daten, und/oder es gibt eine relevante empirische Basis. Dieser Artikel soll die Möglichkeiten und Grenzen von komplementär- bzw. integrativmedizinischen Methoden in der Palliative und End-of Life Care beleuchten.

## Palliative Care

Die moderne Palliative Care (oder auch, häufig synonym verwendet, Palliativmedizin) wurde von der britischen

Pflegefachfrau, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders (1918–2005) begründet (4). Die Definition der Palliative Care der WHO (2002 und 2023 [5]) bezeichnet Palliative Care als «einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, verbessert durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen» (1). Dieses bio-psycho-sozio-spirituelle Verständnis bildet eine wichtige Grundlage für zentrale Konzepte der modernen Palliativmedizin. Palliativmedizin beinhaltet – ebenfalls gemäss WHO – einen starken Fokus auf Symptomlinderung und -prävention, eine Lebensbejahung bis zum Schluss, aber auch die Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens (6), den Einbezug der Angehörigen und des multiprofessionellen Teams; sie ist zudem nicht nihilistisch, sondern schliesst durchaus auch Untersuchungsmethoden und invasive Therapien mit ein, sofern diese das Ziel der Lebensqualitätsverbesserung unterstützen.

Cicely Saunders prägte unter anderem den Begriff «total pain» (7), welcher auch auf andere Symptome übertragen werden kann. Er bedeutet, dass ein Mensch, der das Symptom Schmerz äussert, dieses häufig nicht auf den physischen Schmerz beschränkt, sondern dass auch psychologische, soziale und spirituelle (8) Dimensionen in das

Schmerzerleben einfließen (9, 10) – und damit jene bio-psycho-sozio-spirituelle Gesamtsicht widerspiegeln, die in der WHO-Definition von Palliative Care verankert ist.

Bis etwa 2010 kam Palliative Care in der Onkologie überwiegend erst dann zum Einsatz, wenn onkologische Therapien mangels Wirksamkeit beendet wurden («transition from oncology to palliative care») (11). Einen Paradigmenwechsel leitete 2010 die Studie von Temel et al. im New England Journal of Medicine ein, in der 151 Patient/-innen mit neu diagnostiziertem NSCLC untersucht wurden. Jene, die zusätzlich zur onkologischen Standardtherapie regelmässige Konsultationen bei einem spezialisierten Palliative-Care-Team erhielten, zeigten nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch ein längeres medianes Überleben (12). Seitdem gilt an vielen onkologischen Zentren als Standard (13), dass Patient/-innen bereits während aktiver Krebstherapien (14) bei komplexen Symptomen oder psychosozialen bzw. spirituellen Belastungen frühzeitig an spezialisierte Palliative-Care-Teams überwiesen werden sollten (15, 16). Um die «frühe» Palliative Care klar von der Versorgung am Lebensende zu unterscheiden, hat sich für Letztere der Begriff «End-of-Life Care» etabliert (17).

Nicht alle Patient/-innen mit unheilbarer Krebskrankung bedürfen spezialisierter Palliative Care. Viele Palliative-Care-Interventionen – etwa Gespräche über Krankheitsverständnis, Netzwerkplanung oder Symptomkontrolle – werden im Rahmen der allgemeinen Palliative Care durch Hausärzt/-innen, Onkolog/-innen und onkologische Pflegefachpersonen durchgeführt (18). Bei komplexeren oder interagierenden Symptomen bzw. bei ausgeprägten psychosozialen oder spirituellen Belastungen ist die Überweisung an spezialisierte Teams angezeigt (19, 20).

In der Schweiz ist die Verfügbarkeit von sowohl stationärer Palliative Care (Palliativstationen, Hospize) als auch ambulanter Palliative Care (Palliativsprechstunden, mobile palliative Dienste) allgemein gut (regionale Unterschiede). Für die DKG-Zertifizierung von Krebszentren, welche in der Schweiz verbreitet ist, wird für alle Patient/-innen der Zugang zu stationärer und ambulanter Palliative Care gefordert (21).

Seit dem Jahr 2016 können Fachärzt/-innen, welche sich in Palliative Care spezialisieren möchten, den SIWF-interdisziplinären Schwerpunkttitle Palliativmedizin erlangen. Dieser beinhaltet neben einer strukturierten theoretischen Ausbildung in Palliativmedizin von 160 Stunden eine mindestens zweijährige Tätigkeit in der spezialisierten Palliativmedizin. Ein Schwerpunkttitle Palliativmedizin ist Bedingung, um eine Palliativstation zu leiten. Im länderspezifischen Vergleich liegt der Aufwand für die Erlangung der ärztlichen Spezialisierung in Palliative Care zwischen Grossbritannien, wo die Palliative Care ein eigener Facharzttitle darstellt, und Deutschland, wo die Zusatzbezeichnung Palliative Care für Facharzttitleträger/-innen in 40 Stunden Kursweiterbildung und 120 Stunden Fallseminaren (Letzteres kann ersetzt werden durch 6 Monate Weiterbildung an Weiterbildungsstätten) zu erlangen ist (22).

## Integrative Medizin in der Palliative Care

Unter dem Begriff «Integrative Medizin» wird die sinnvolle Verbindung von Komplementär- und konventioneller Medizin verstanden (23). In der Schweiz sind seit dem Jahr 2009 vier komplementärmedizinische Richtungen (Anthroposophisch erweiterte Medizin, TCM/Akupunktur, klassische Homöopathie und Phytotherapie) in der Verfassung festgehalten und deren ärztliche Leistungen werden über die Grundversicherung vergütet, wenn sie von einem/einer Ärzt/-in erbracht werden, welche/-r den entsprechenden SIWF-Fähigkeitsausweis besitzt (24). Viele Arzneimittel, die in den oben genannten komplementärmedizinischen Methoden verwendet werden, werden ebenfalls durch die Grundversicherung vergütet.

In den Schweizer Krebszentren, welche über ein integrativmedizinisches Angebot für onkologische Patient/-innen verfügen («Integrative Onkologie»), werden in der Regel eine oder mehrere der oben genannten Methoden und/oder Mind-Body-Medizin angeboten. Mindestens zweimal monatliche integrativonkologische Sprechstunden durch einen/eine Ärzt/-in mit einem SIWF-Fähigkeitsausweis in einer der oben genannten Methoden oder ein CAS in Mind-Body-Medizin und eine Zertifizierung des Krebszentrums sind die Bedingungen für eine Mitgliedschaft im Schweizer Netzwerk für Integrative Onkologie ([www.integrative-oncology.ch](http://www.integrative-oncology.ch)) (25).

Im Folgenden bezieht sich der Begriff Komplementär- bzw. Integrativmedizin (CIM) schwerpunktmässig auf die oben genannten Methoden. Bei verschiedenen (nicht allen) komplementärmedizinischen Methoden fällt ein Fokus auf Salutogenese und ein multidimensionales Menschenbild, das häufig die psycho-spirituelle Dimension einbezieht, auf (26). Insofern finden sich hier gewisse Parallelen zu den Grundsätzen der Palliative Care. Dieser Aspekt sowie möglicherweise auch der Fokus auf einen «Team-Approach» mit der zentralen Rolle von Pflegefachpersonen in der Palliative Care sind möglicherweise ein Grund, warum in verschiedenen Palliative-Care-Settings Konzepte, wie z. B. Aromapflege, die als Teil der Phytotherapie angesehen wird, in den letzten Jahren etabliert wurden (27).

## Vermeiden von «Aggressive End-of-Life Care» auch in Integrativer Onkologie

Der Begriff «Aggressive End-of-life care» bezeichnet belastende medizinische Massnahmen wie nebenwirkungsreiche Chemotherapie, Aufnahme auf die Intensivstation oder Reanimation in der letzten Lebensphase bei weit fortgeschrittener Krebskrankung – Situationen, in denen der Nutzen in der Regel nur marginal ist. Studien zeigen, dass durch die frühzeitige Integration von Palliative Care die Häufigkeit solcher Interventionen deutlich reduziert werden kann (28, 29, 30).

Dieses Prinzip – belastende Interventionen mit geringem Nutzen zu vermeiden – gilt nicht nur für konventionelle onkologische Therapien, sondern auch für komplementär-integrative Verfahren. Auch wenn CIM-Massnahmen von vielen Patient/-innen und Behandelnden als sanft und

weitgehend frei von Nebenwirkungen eingeschätzt werden (31, 32), können sie am Lebensende dennoch relevante Belastungen mit sich bringen. Dazu zählen spezifische unerwünschte Wirkungen beispielsweise von pflanzlichen Arzneimitteln (siehe Kapitel Phytotherapie), invasive Applikationsformen wie Nadeln bei der Akupunktur (siehe Kapitel TCM) oder Infusionen/subkutane Injektionen sowie der logistische Aufwand (33) wiederholter Praxis- oder Klinikbesuche (34, 35) (sog. Time Toxicity [36]) und oft die finanzielle Belastung (sog. Financial Toxicity [37]). Die finanzielle und logistische Belastung wird wahrscheinlich unterschätzt (38). Entsprechend sollten auch CIM-Interventionen in dieser Phase kritisch auf ihr Nutzen-Belastungs-Verhältnis geprüft und gegebenenfalls in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten beendet oder nicht begonnen werden. Dazu kann ein strukturierter Entscheidungsprozess wie bei systemischer Krebstherapie in palliativer Absicht angewandt werden (39).

Darüber hinaus suchen viele Patient:innen angesichts der Krankheitsprogression und des nahenden Lebensendes nach einem letzten «Strohhalm». In dieser Situation steigt die Anfälligkeit für unseriöse Angebote der Komplementärmedizin, die teils sogar Heilung suggerieren. Solche Versprechungen bergen das Risiko von Enttäuschung, Fehlallokation von Ressourcen und zusätzlicher Belastung für Angehörige. In solchen Fällen erweist sich die Doppelkompetenz von Fachpersonen mit Erfahrung in Integrativer Medizin und Palliative Care als hilfreich. Sie können durch empathische Begleitung, hohe Kommunikationskompetenz und die fachliche Einordnung unseriöser Angebote dazu beitragen, dass fragwürdige «Strohhalme» nicht ergriffen werden. So bleibt Patient:innen mehr Zeit und Energie für das, was sie selbst als wesentlich erachten.

## Beispiele von CIM-Interventionen in der Palliative und End-of-Life Care

Im Folgenden sollen exemplarisch die Möglichkeiten von zwei Kerndisziplinen der integrativen Onkologie (AEM, Phytotherapie) in der Palliative und End-of-Life Care dargestellt werden. Diese Auswahl ist begründet durch die Fähigkeitsausweise in den entsprechenden Disziplinen der Autoren dieses Artikels.

## Anthroposophisch erweiterte Medizin

Im Vordergrund stehen erfahrungsgebasierte und teilweise studienbasierte, gut nachvollziehbare Ansätze aus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Praxis, die die konventionelle Versorgung sinnvoll ergänzen.

### Medikamentöse Ansätze

Die AEM bietet ein differenziertes Spektrum an Arzneimitteln, die symptomorientiert und individuell angewendet werden (siehe Artikel Gemeinsamkeiten und Kerndisziplinen, Kapitel AEM). Meist handelt es sich um niedrig potenzierte Präparate (D1–D30) oder um nach anthropo-

sophisch-spezifischen Verfahren hergestellte Medikamente pflanzlichen oder mineralischen Ursprungs.

- **Appetitosigkeit:** Bitterstoffpräparate wie WALA Magen-Darm Globuli velati oder WELEDA Amara Tropfen haben eine lange Anwendungstradition und fördern durch ihre bittere Komponente Appetit und Verdauung (40, 41).
- **Angst und Schlafstörungen:** Zubereitungen aus Bryophyllum pinnatum (Brutblatt, verschiedene Hersteller) werden in der anthroposophischen Praxis breit eingesetzt und können Angst sowie innere Anspannung positiv beeinflussen und das Ein- und Durchschlafen unterstützen (42, 43).
- **Unruhe im Sterbeprozess:** WELEDA Olibanum comp., ein potenziertes Komplexmittel aus Olibanum resina, Aurum metallicum und Myrrha, wird im Sterbeprozess angewendet, wenn Unruhe und existentielle Not im Vordergrund stehen (44, 45).
- **Übelkeit und Verdauungsbeschwerden:** WELEDA Nux vomica comp. Dil. und WALA Magen-Darm Globuli velati werden eingesetzt, um Übelkeit und Verdauungsprobleme zu lindern (41).
- **Misteltherapie:** Mistelpräparate (in der Schweiz: Iscador, Helixor und Abnoba viscum) können Müdigkeit (Fatigue), Appetitosigkeit und das allgemeine Wohlbefinden günstig beeinflussen (46, 47).

## Äussere Anwendungen in der Pflegepraxis

Äussere Anwendungen nehmen im anthroposophischen Pflegekonzept (siehe Kapitel Integrative Pflege) einen zentralen Stellenwert ein – sie entfalten ihre Wirkung über die verwendeten, meist pflanzlichen, teils metallischen Substanzen sowie über die physikalische Wirkung der (je nach Anwendung) Wärme und/oder Feuchtigkeit bzw. rhythmischen Berührungen (44, 48).

- **Aurum-Lavandula-Herzauflage** kann sich positiv auf Angst und innere Unruhe auswirken (41).
- **Schafgarben-Leberwickel** können die Vitalität stärken, den Stoffwechsel regulieren und die Schlafqualität verbessern (49).
- **Oxalis-Zwerchfellauflage** wird bei nervöser Anspannung, Verdauungsstörungen oder seelischer Erschütterung/Schock eingesetzt (41).
- **Rhythmisiche Einreibungen nach Wegman/Hauschka:** Diese Pflegemethode mit rhythmisch geführten Berührungen kann Körperwahrnehmung und Vertrauen fördern (41, 48). Je nach Ziel der Anwendung werden unterschiedliche Substanzen verwendet.

## Künstlerische Therapien

Anthroposophische Kunsttherapien – Malen, Plastizieren, Musiktherapie, Sprachgestaltung oder Heileurythmie, eine achtsame Bewegungstherapie – spielen in der anthroposophisch erweiterten Palliative und End-of-Life Care eine wichtige Rolle.

- Systematische Übersichten zeigen, dass künstlerische Therapien Angst und depressive Symptome bei Krebspatient/-innen deutlich reduzieren können (50, 51).
- **Heileurythmie** kann Atemnot, Schmerzen und Unruhe günstig beeinflussen, indem sie Rhythmus und Atmung harmonisiert (45, 52).
- **Sprachgestaltung und Musik** können körperliche und

emotionale Symptome lindern, Entspannung fördern und Raum für existentielle Themen schaffen (52).

## Psychosoziale und spirituelle Begleitung

Das anthroposophische Menschenbild versteht Leib, Seele und Geist als Einheit und erweitert so die Begleitung im Sterbeprozess um einige Aspekte:

- **Spirituelle Begleitung:** Neben konventionellen Ansätzen (53, 54) integriert die AEM Biografiearbeit, Meditation und Entspannungsübungen, die auch nicht religiöse Menschen in spirituell-existentiellen Themen begleiten können (44, 45).
- **Salutogenese und Selbstregulation:** Die AEM legt großen Wert auf die Förderung innerer Ressourcen. Biografiearbeit, künstlerische Zugänge und äussere Anwendungen zielen auf die Unterstützung der Selbstregulation (55, 56).

## Der spezifische Beitrag der anthroposophischen Palliative Care

Die AEM erweitert die allgemeine Palliativversorgung in folgenden Punkten:

1. **Ganzheitliches Pflegekonzept und äussere Anwendungen:** Durch Rhythmus, Berührung und multisensorische Erfahrungen können Geborgenheit und Stabilität vermittelt werden (44).
2. **Breites Spektrum symptomorientierter Arzneimittel –** meist pflanzlichen, teils auch mineralischen Ursprungs, die eine individuell angepasste, gut verträgliche Therapie ermöglichen
3. **Integration von Kunst und Natur:** Kreative Therapien und natürliche Substanzen erweitern das Handlungsspektrum.
4. **Fokus auf Salutogenese und Selbstregulation:** Der anthroposophisch-medizinische Ansatz betont die inneren Regulierungsfähigkeiten auch bei weit fortgeschrittener Erkrankung (55).

**Fazit:** Die AEM bereichert die Palliativversorgung durch ein praxisnahes Repertoire aus Arzneimitteln, äusseren Anwendungen, künstlerischen Therapien und psycho-spirituellen Begleitmöglichkeiten – stets mit dem Ziel, den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit in den Mittelpunkt zu stellen und seine inneren Ressourcen bis zuletzt zu stärken.

## Phytotherapie

Phytotherapeutische Arzneimittel in verschiedenen Zubereitungsformen (siehe Kapitel Phytotherapie) können in der Palliative und End-of-life Care in ausgewählten Indikationen zur Symptomlinderung (u. a. Angst/Unruhe, Schlaf, Fatigue, Übelkeit) und zur positiven Beeinflussung des Gesamtbefindens beitragen (57). Neben den Daten aus klinischen Studien spielt für die Nutzenbewertung auch die lange Anwendungstradition, die beispielsweise in den Monografien internationaler Fachgremien wie der Europäischen Arzneimittelagentur (Committee on Herbal Medicinal Products, EMA-HMPC) oder der Weltgesundheits-

organisation (WHO) systematisch aufgearbeitet und mit präklinischen Daten in Bezug gesetzt wird, eine Rolle.

Zu den innerlich angewendeten Arzneipflanzen zählen u. a. Zubereitungen aus der Weissbeerigen Mistel (*Viscum album*), Hanf (*Cannabis sativa/indica*), Weihrauch (*Boswellia serrata*) sowie Ingwer (*Zingiber officinale*). Für Mistelpräparate zeigen systematische Übersichten inkonsistente Ergebnisse; einzelne randomisierte Studien berichten von Verbesserungen der Lebensqualität (46), während Überlebenseffekte nicht gesichert sind. Medizinischer Cannabis kann als Add-on für einzelne Symptome (z. B. refraktäre Übelkeit, Appetitverlust, Schmerzen) nach Aufklärung und unter Beachtung von Interaktionen, Nebenwirkungen und Rechtslage erwogen werden (58, 59). In einer doppelblinden Pilot-RCT reduzierte Weihrauch (*Boswellia serrata*) peritumorales Hirnödem bei Hirntumoren unter Bestrahlung; die Datenbasis ist allerdings klein (60, 61). Für Ingwer bei CINV (Chemotherapie-induzierte Nausea und Vomitus) fallen Ergebnisse gemischt aus: Metaanalysen und RCTs zeigen teils Vorteile (v. a. akute Übelkeit), teils keine klaren Effekte (62, 63). Für standardisierte orale Lavendelöl-Präparate (z. B. Silexan) zeigt eine Metaanalyse signifikante Angstreduktionen bei guter Verträglichkeit (64). Traditionelle und teilweise wissenschaftliche Evidenz besteht für Zubereitungen aus Baldrianwurzel, Hopfen, Passionsblumenkraut und Melisse bei Schlafstörungen (65, 66, 67, 68). Für Inappetenz verschieden Ursprungs werden traditionell Zubereitungen aus Bitterstoff-Arzneipflanzen eingesetzt; die Wirkung ist teilweise auch in klinischen Studien abgebildet (69, 70, 71). Die Übertragbarkeit auf die Situation des Patienten mit Inappetenz bei weit fortgeschritten Erkrankung ist offen, ein Versuch kann jedoch, wenn vom Patienten toleriert, vertreten werden.

**Äussere Anwendungen** von Arzneipflanzenzubereitungen in der Form von Wickeln/Auflagen und Aromapflege werden zur Förderung von Wohlbefinden, Entspannung und Schlaf eingesetzt. Eine kleine Pilotstudie wies auf eine Fatigue-Reduktion unter Leberauflagen mit Schafgarbentee während palliativer Radiatio hin (72). Aromatherapie zeigt in systematischen Reviews Effekte auf Angst und Schlaf (73). Im Spektrum der Aromatherapie ist Lavendel (*Lavandula angustifolia*) am besten untersucht: Inhalative/topische Anwendungen (Diffusor, Duftkissen, Einreibungen) erzielen in RCTs und Reviews – auch in palliativnahen Settings – kurzfristige, überwiegend moderate Effekte auf Angst und Schlaf (73). Eine neue Studie zeigte signifikante Verbesserungen von Schlafqualität, Angstsymptomen und Schmerzen bei Brustkrebspatientinnen unter Chemotherapie, die eine Massage mit Lavendelöl erhielten, gegenüber der Placebogruppe (Massage mit Mandelöl) (74). **Symptomorientiert** lassen sich beispielhaft folgende Einsatzbereiche ableiten:

- **Angst/Unruhe und Schlaf:** **Lavendelöl** (oral, inhalativ beispielsweise über Diffusor, dermal), Zubereitungen aus **Baldrian, Passionsblume, Melisse, Hopfen** (65, 66, 67)
- **Fatigue (insbesondere unter Radiotherapie):** Leberauflagen mit **Schafgarbentee** (72)
- **Inappetenz:** Zubereitungen aus Bitterstoff-Arzneipflanzen (bspw. Wermut, gelber Enzian, Löwenzahn)
- **Übelkeit/Erbrechen:** Zubereitungen aus **Ingwer** als

Add-on zur leitliniengerechten Antiemese (62, 63), medizinischer Cannabis (58, 59)

**- Hirnödem/Hirndruck:** Extrakte aus **indischem Weihrauch** in selektierten Fällen off-label nach interdisziplinärer Abwägung und Aufklärung; ggf. zum Versuch der Steroidreduktion (60, 61)

Sicherheit und Qualität: Phytotherapeutische Präparate unterscheiden sich in Extraktart, Dosis, Standardisierung und Qualität; bevorzugt sollten HMPC-/Pharmakopöekonforme Zubereitungsformen eingesetzt werden. Zu beachten sind mögliche Interaktionen (z.B. mit Sedativa, Antikoagulanzien, CYP/P-gp-Substraten) sowie eine sorgfältige Dosisfindung, insbesondere bei medizinischem Cannabis. Für die Anwendung ätherischer Öle sollten ausschliesslich zugelassene Präparate in geeigneter Dosierung und Qualität in Betracht gezogen werden.

## Abschluss und Ausblick

Palliative Care vereint bio-psycho-sozio-spirituelle Begleitung und multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Angehörigen zu sichern – möglichst früh im Krankheitsverlauf (1, 12, 16). Viele Patient/-innen in der Palliative Care äussern den Wunsch nach integrativmedizinischen Angeboten (3). Zahlreiche Verfahren der Integrativen Medizin lassen sich aufgrund ihres multidimensionalen Menschenbildes mit Einbezug psycho-spiritueller Aspekte und ihres ähnlichen Teamansatzes gut mit den Grundprinzipien der Palliative Care verbinden und können, wenn sie gezielt ausgewählt und in das individuelle Behandlungskonzept eingebettet werden, wertvolle Impulse setzen (23, 26). Ein zentrales Prinzip der Palliative Care ist es dabei, belastende Massnahmen ohne klaren patientenrelevanten Nutzen zu vermeiden – unabhängig davon, ob sie aus der konventionellen oder aus der komplementär-integrativen Medizin stammen (8, 29,

30). Die AEM und die Phytotherapie stehen exemplarisch für zwei in der Palliative und End-of-life Care häufig eingesetzte Richtungen der Integrativen Medizin, die – jeweils mit eigenen Konzepten und Therapieschwerpunkten – Potenzial für die Unterstützung in dieser Lebensphase bieten, jedoch Fachkompetenz sowohl in der jeweiligen CIM-Richtung als auch in der Palliative Care erfordern, um die jeweilige Situation individuell und differenziert beurteilen zu können. Integrativmedizinische Verfahren können – richtig eingesetzt – dazu beitragen, Menschen am Lebensende umfassend, individuell und im Einklang mit den Prinzipien der Palliative Care zu begleiten.

### Dr. med. Natalie Kalbermatten, M.Sc.

Onkologie/Hämatologie Kantonsspital Münsterlingen  
Spitalcampus 1  
CH-8596 Münsterlingen  
natalie.kalbermatten@stgag.ch

### + Interessenkonflikte

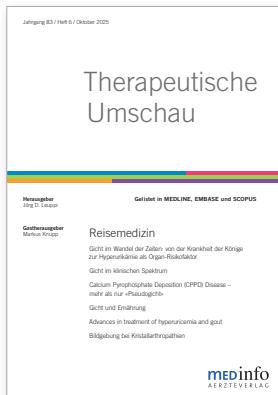
Natalie Kalbermatten ist Vizepräsidentin des Swiss Network for Integrative Oncology und ist Mitglied der Eigentümerfamilie eines Unternehmens, das pflanzliche Arzneimittel herstellt und vertreibt. Die weiteren Autor/-innen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

**DOI:** <https://doi.org/10.23785/TU.2025.05.005>

### Literatur

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Bleumer T, Abel J, Bodden L, Ortiz M, Stintzing S, Pelzer U, Stephan LU. A Current Assessment of the Use of Complementary Medicine in German Cancer Patients: The CONKO 022 Investigation. *Oncol Res Treat*. 2025 Jun 4:1-7.
3. Paul M, Davey B, Senf B, Stoll C, Münstedt K, Mücke R, et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2013;139(9):1515–22.
4. Miccinisi G, Caraceni A, Garettò F, Zaninetta G, Bertè R, Broglia CM, Farci B, Aprile PL, Luzzani M, Marzi AM, Mercadante S, Montanari L, Moroni M, Piazza E, Pittureri C, Tassinari D, Trentin L, Turriziani A, Zagone V, Maltoni M. The Path of Cicely Saunders: The „Peculiar Beauty“ of Palliative Care. *J Palliat Care*. 2020 Jan;35(1):3-7
5. <https://pallipedia.org/palliative-care-1990-2002-and-2023-who-definitions/>
6. Bandieri E, Borelli E, Bigi S, Mucciarini C, Giloli F, Ferrari U, Eliardo S, Luppi M, Potenza L. Positive Psychological Well-Being in Early Palliative Care: A Narrative Review of the Roles of Hope, Gratitude, and Death Acceptance. *Curr Oncol*. 2024 Jan 24;31(2):672-684

## ANKÜNDIGUNG



Vol. 82 · Ausgabe 6 · Dezember 2025

## Themenschwerpunkt der nächsten Ausgabe

### Flug-, Höhen- und Tauch-Medizin

► Gastherausgeberin:  
PD Dr. med. Tsogyal Latshang

7. SAUNDERS C. The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proc R Soc Med* 1963;56(3):195-7
8. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2020 Jan 15;19(1):9.
9. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727–736
10. Thieme. I care Pflege 41–6 – Palliative Care (Arbeitsblatt). Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2015
11. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, Janjan N, Strasser F, von Gunten CF, Von Roenn JH. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps -- from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*. 2009 Jun 20;27(18):3052-8.
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42
13. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist*. 2015 Jan;20(1):77-83
14. Blum D, Seiler A, Schmidt E, Pavic M, Strasser F. Patterns of integrating palliative care into standard oncology in an early ESMO designated center: a 10-year experience. *ESMO Open*. 2021 Jun;6(3):100147. doi: 10.1016/j.esmo.2021.100147. Epub 2021 May 10. Erratum in: *ESMO Open*. 2022 Dec;7(6):100614
15. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of trials examining early integration of outpatient and home palliative care for serious illness. *Ann Palliat Med*. 2015;4(2):99–121
16. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Firn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017 Jan;35(1):96–112
17. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021;6(2):100225
18. Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic non-small cell lung cancer. *J Palliat Med*. 2011;14(4):459–64
19. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 2013;368(13):1173–5.
20. Radbruch L, Payne S; Board of the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278–289
21. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Anforderungen an die Palliativmedizin in Onkologischen Zentren. 2011, aktualisiert 2023
22. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). Programm Interdisziplinärer Schwerpunkt Palliativmedizin. Bern: SIWF; 2023
23. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name? Bethesda: NCCIH; 2021
24. Schweizerische Eidgenossenschaft. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, Art. 118a Komplementärmedizin
25. Swiss Network for Integrative Oncology (SNIO). Mitgliedschaftskriterien. Zürich: SNIO; 2024
26. Baars EW, Hamre HJ. Whole medical systems versus the system of conventional biomedicine: a critical, narrative review of similarities, differences, and underlying philosophies. *Integr Med Int*. 2017;4:1–21
27. Stadt Zürich, Institut für Pflege Weiterbildung. Aromapflege – Kurs (Fortbildungunterlagen). Zürich; [Jahr]
28. Romano AM, Gade KE, Nielsen G, Portenoy RK, Levin TT, Kissane DW, et al. Early palliative care reduces end-of-life intensive care unit admissions among advanced cancer patients. *Cancer*. 2017;123(15):2846–53
29. Balboni TA, Pault ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445–52
30. 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*. 2008;300(14):1665–73
31. Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, Ligibel JA, Basch EM, Cassileth BR, et al. Integrative oncology: addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(2):144–64
32. Mentink A, Wode K, Horneber M, Drozdroff L, Frenkel M, Huebner J. Effectiveness and safety of complementary and integrative medicine in oncology: An overview of systematic reviews. *Support Care Cancer*. 2023;31(5):310
33. Dona AC, Jewett PI, Hwee S, Brown K, Solomon M, Gupta A, Teoh D, Yang G, Wolfson J, Fan Y, Blaes AH, Vogel RI. Logistic burdens of cancer care: A qualitative study. *PLoS One*. 2024 Apr 4;19(4):e0300852.
34. Samuels N, Seely D, Ladas EJ, Torkelson C, Frenkel M, Deng G, et al. Integrative oncology for cancer-related pain: A comprehensive review and clinical practice recommendations. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(3):403
35. Nemeshure B, Gu Y, Luta G, Goyal RK, Scroggins R, Ashing K, et al. Complementary, alternative, and integrative medicine use in cancer care: Patterns, perceptions, and implications. *Support Care Cancer*. 2025;33(1):96–108
36. Bange EM, Doucette A, Gabriel PE, Porterfield F, Harrigan JJ, Wang R, Wojciechowski AP, Boursi B, Mooney BI, Reiss KA, Mamiani R. Opportunity Costs of Receiving Palliative Chemotherapy for Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *JCO Oncol Pract*. 2020 Aug;16(8):e678-e687
37. Lee KL, Eniu A, Booth CM, MacDonald M, Chino F. Financial Toxicity and Breast Cancer: Why Does It Matter, Who Is at Risk, and How Do We Intervene? *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2025 Jun;45(3):e473450
38. Narayan A, Lapan K, Dee EC, Thom B, Aviki EM, Chino F. Screening for Financial Toxicity and Health-Related Social Risks in Patients With GI Cancer: Results From a Large Cancer Center. *JCO Oncol Pract*. 2025 Jul 11;OP2500218
39. Ribi K, Kalbermatten N, Eicher M, Strasser F. Towards a novel approach guiding the decision-making process for anticancer treatment in patients with advanced cancer: framework for systemic anticancer treatment with palliative intent. *ESMO Open*. 2022 Jun;7(3):100496.
40. European Medicines Agency. Assessment report on Gentiana lutea L., radix. EMA; 2018.
41. Anthromedics. Basisartikel und Praxisempfehlungen: BAS-0365; diverse Praxiseinträge. <https://www.anthromedics.org>.
42. Simões-Wüst AP, Rist L, Detting M, et al. Sleep quality improves during treatment with Bryophyllum pinnatum: an observational study in cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2015;14(5):452–9
43. Huber T, Twardella J, et al. Perceived changes in anxiety symptom burden during treatment with Bryophyllum pinnatum: a prospective, single-arm study. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024;17(11):1423
44. Anthromedics. Praxisempfehlungen: PRA-1012, PRA-1024, PRA-0609, PRA-0969. <https://www.anthromedics.org>
45. Girke M. Innere Medizin: Grundlagen und therapeutische Konzepte der anthroposophischen Medizin. Berlin: Salomed Verlag; 2019
46. Loef M, Walach H. Quality of life in cancer patients treated with mistletoe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Med Ther*. 2020;20:227
47. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU, Hamre HJ. Anthroposophische Medizin für Krebspatienten: eine systematische Übersicht. *Integr Cancer Ther*. 2013;12(1):34–48
48. Ben-Arye E, Samuels N, Frenkel M, et al. Mindful touch and movement in integrative oncology and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(1):59–67
49. Anthromedics. Praxisempfehlung: PRA-0993 (Schafgarben-Leberwickel). <https://www.anthromedics.org>
50. Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T. Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:103297
51. Bosman J, Bood Z, Braam AW, et al. Art therapy for anxiety, depression and quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*. 2021;30(3):368–78
52. Anthromedics. Praxisempfehlungen: PRA-0609, PRA-0969 (Kunst- und Heileurythmie). <https://www.anthromedics.org>
53. Puchalski CM. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliat Med*. 2001;4(4):663–9
54. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *J Palliat Med*. 2009;12(10):885–904
55. Kröz M, Reif M, Glinz A, Zerm R, Girke M, Berger B. Validation of the Self Regulation Questionnaire (SRQ) in German cancer patients. *Eur J Cancer Care*. 2016;25(1):153–64
56. Kienle GS, Albonico HU, Baars E, Hamre HJ, Zimmermann P, Kiene H. Integrative Anthroposophic Medicine: A Qualitative Study. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19:309
57. Kraft K. Phytotherapy for patients in palliative care. *Z Phytother*. 2013;34:176–80
58. Braun IM, Nayak MM, McGraw S, et al. Cannabis and cannabinoids in adults with cancer: ASCO guideline. *J Clin Oncol*. 2024;42(20):2337–57
59. Kleckner AS, Kleckner IR, Kamen CS, et al. Opportunities for cannabis in supportive care in cancer. *Ther Adv Med Oncol*. 2019;11:1758835919866362
60. Kirste S, Treier M, Wehrle SJ, et al. *Boswellia serrata* acts on cerebral edema in patients irradiated for brain tumors: randomized double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Cancer*. 2011;117(16):3788–95
61. Ohmura K, Okajima M, Takikita-Sato M, et al. Peritumoral edema in gliomas: mechanisms and conservative treatments. *Int J Mol Sci*. 2023;24(18):L3861.
62. Crichton M, Marshall S, Marx W, et al. Ginger for chemotherapy-induced nausea and vomiting: systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2019;77(3):173–83
63. Choi J, Jang Y, Kim HE, et al. Effects of ginger intake on chemotherapy-induced nausea and vomiting: randomized double-blind trial. *Nutrients*. 2022;14(23):5100
64. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S, Bartova L. Efficacy of oral lavender oil (Silexan) in anxiety disorders: meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1189848
65. European Medicines Agency, HMPc. *Valerianae radix* — EU herbal monograph. London: EMA; 2016
66. European Medicines Agency, HMPc. *Passiflora incarnata L., herba* — EU herbal monograph. London: EMA; 2014
67. European Medicines Agency, HMPc. *Melissa officinalis L., folium* — EU herbal monograph. London: EMA; 2013
68. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/lupuli-flos>

69. Kelber O, Bauer R, Kubelka W. Phytotherapy in Functional Gastrointestinal Disorders. *Dig Dis* 2017;35 Suppl 1:36-42.
70. Maiertheiner P. STW 5 (Iberogast) Therapy in Gastrointestinal Functional Disorders. *Dig Dis* 2017;35 Suppl 1:25-29.
71. Madisch A, Vinson BR, Abdel-Aziz H, et al. Modulation of gastrointestinal motility beyond metoclopramide and domperidone : Pharmacological and clinical evidence for phytotherapy in functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr* 2017;167:160-168.
72. Ghadjar P, Böhm I, Fehse T, et al. External application of yarrow liver compresses reduces fatigue during palliative radiotherapy: randomized clinical trial. *Radiat Oncol.* 2021;16:61
73. Candy B, Crone R, Varatharajan L, et al. Aromatherapy, massage and reflexology in palliative care: a systematic review. *Palliat Med.* 2020;34(2):179-94
74. Zhang F, Cheng L, Qin S, Wang L, Liu Y, Liu Y, Yang J, Fang S, An N, Zhang Y, Liu J. Effect of aromatherapy massage with lavender essential oil on sleep quality, pain, and mental and psychiatric disorders among breast cancer patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2025 Jul 14;33(8):689.