



Q13 – Palliativmedizin SS 2018: Einbettung der Palliativmedizin in vorhandene Strukturen



Interdisziplinärer Bereich für Palliativmedizin,
ZIM III, Hämatologie/ Onkologie/ Palliativmedizin
E-mail: palliativmedizin@med.uni-rostock.de
Tel: 494 7421

Klausurtermin

29.06.2018

um 13:45

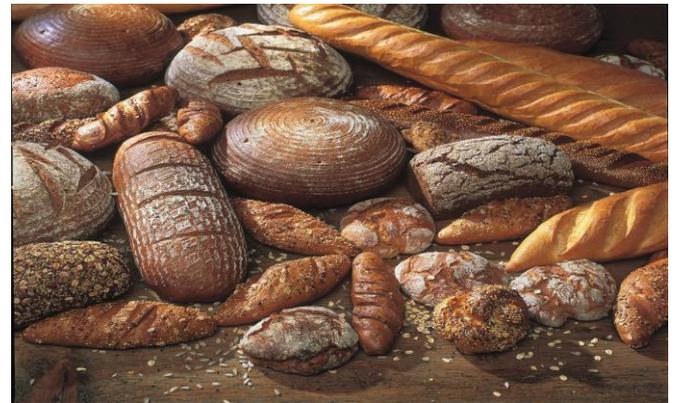
im Hörsaal der KIM

Das Ziel



Das Problem

**"Gehst Du zum
Fleischer"**



"Gehst Du zum Onkologen ... „

"Gehst Du zum Strahlentherapeuten... „

"Gehst Du zum Chirurgen... „

- **DRG-Gelder**
- **Chefarztverträge mit Fallzahlkopplungen**
- **\$\$\$**
- **Gespräche schlechter bezahlt als Interventionen**

- **Überlastung im Behandlungsteam**
- **Auflösung der Ortsgebundenheit/ Familienstrukturen**
- **„Klage“- Bereitschaft**

Beispiel Onkologie

Allgemeines

Krebsinzidenz in Deutschland

(Datenstand Mitte 2010, Jahr 2007, ohne Haut C44)

| | ASR | Fallzahlen |
|---------------|--------------|-------------------|
| Männer | 456,6 | 245.633 |
| Frauen | 333,7 | 213.771 |
| Total | | 459.404 |

- ⇒ Viele onkologische Patienten haben einen längeren Krankheitsverlauf & palliativmed. Bedarf
- ⇒ Ca. 90% aller Patienten auf einer Palliativstation sind onkologische Patienten

Krebsmortalität in Deutschland

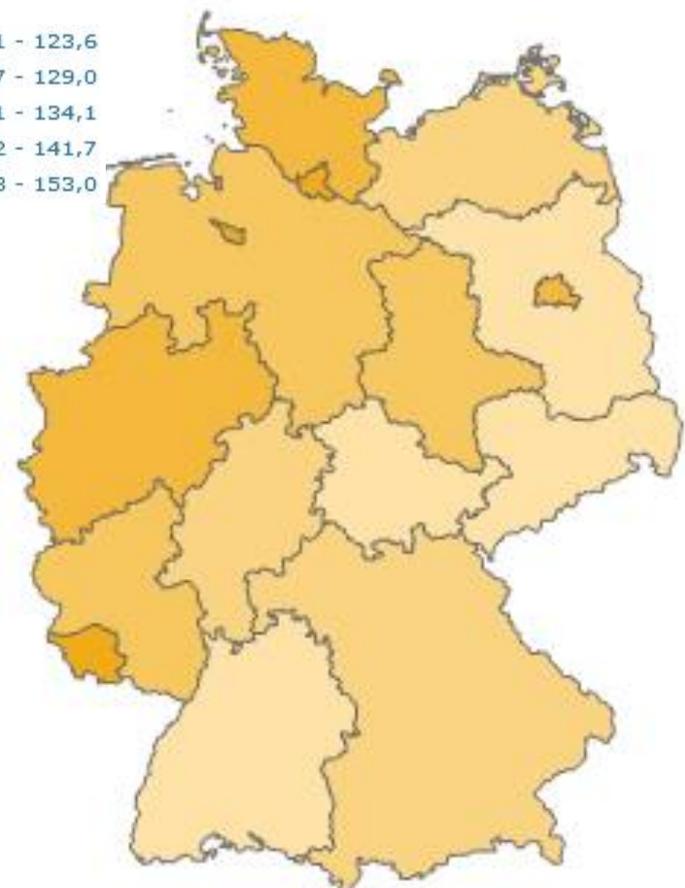
(Datenstand Mitte 2010, Jahr 2007, ohne Haut (C44))

- 180,8 - 194,1
- 194,2 - 206,8
- 206,9 - 214,4
- 214,5 - 221,8
- 221,9 - 243,1



Männer: 205,6 ASR, 115.870 Gesamt

- 116,1 - 123,6
- 123,7 - 129,0
- 129,1 - 134,1
- 134,2 - 141,7
- 141,8 - 153,0



Frauen: 130,5 ASR, 99.572 Gesamt

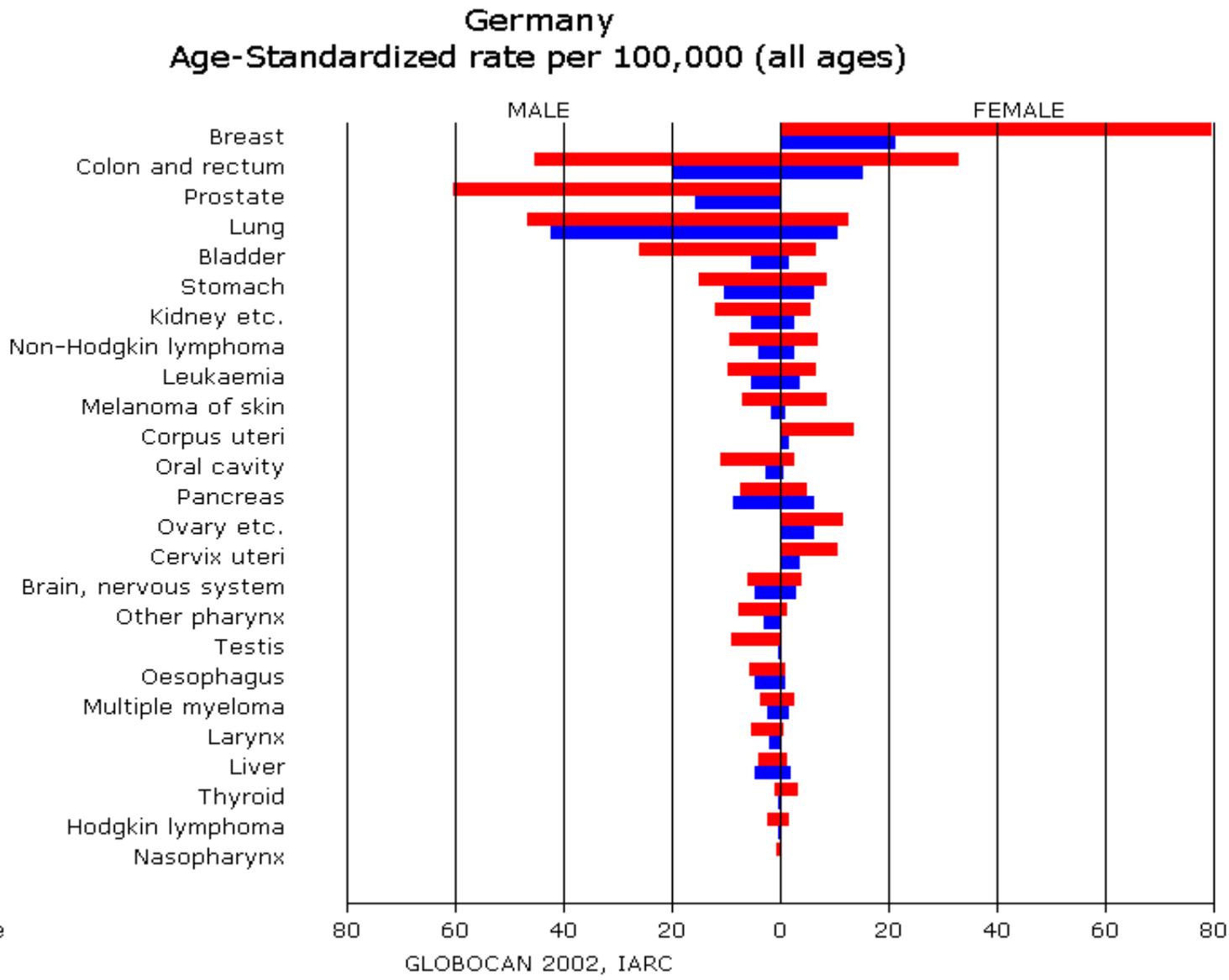
ASR= altersstandardisierte Raten nach dem Europastandard pro 100.000; NRW: nur KR Münster

Quelle: Gesellschaft der epidemiologische Krebsregister in Dt. (GEKID)

Universitätsmedizin Rostock

Krebsinzidenz und Mortalität

(Datenstand 2008, Jahr 2002, Deutschland)



Der Krankheitsverlauf

Krankheitsverlauf



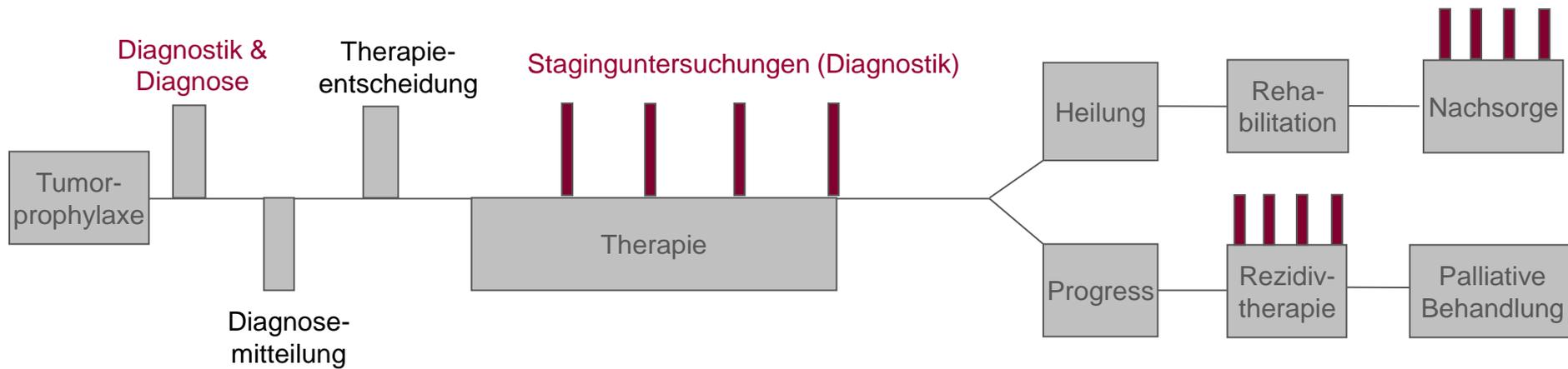
Krankheitsverlauf



Wo sind palliativmedizinische Aspekte?

Die Integration

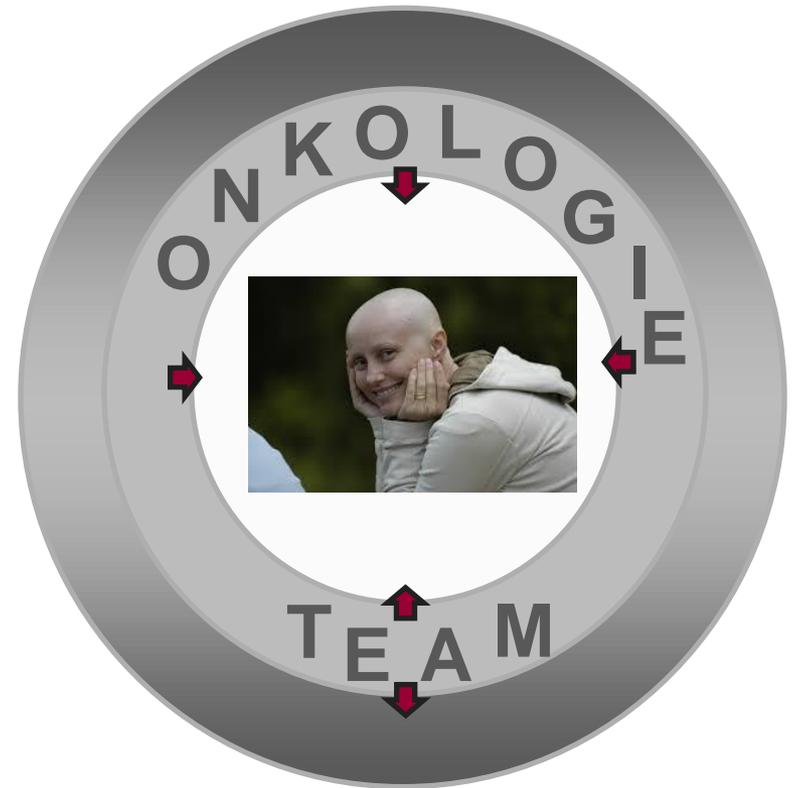
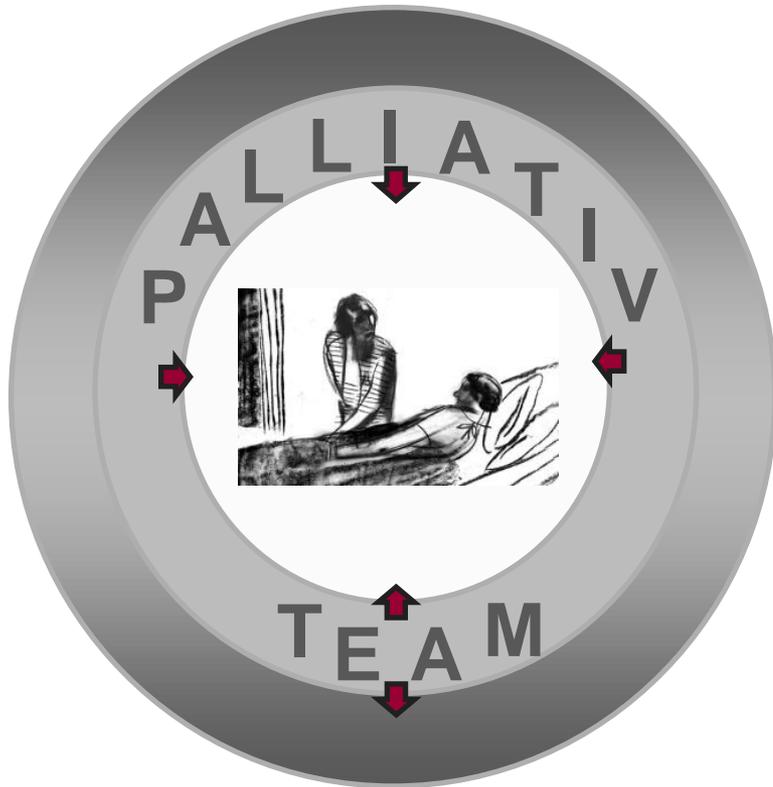
Krankheitsverlauf & Organisation & Primärärzte



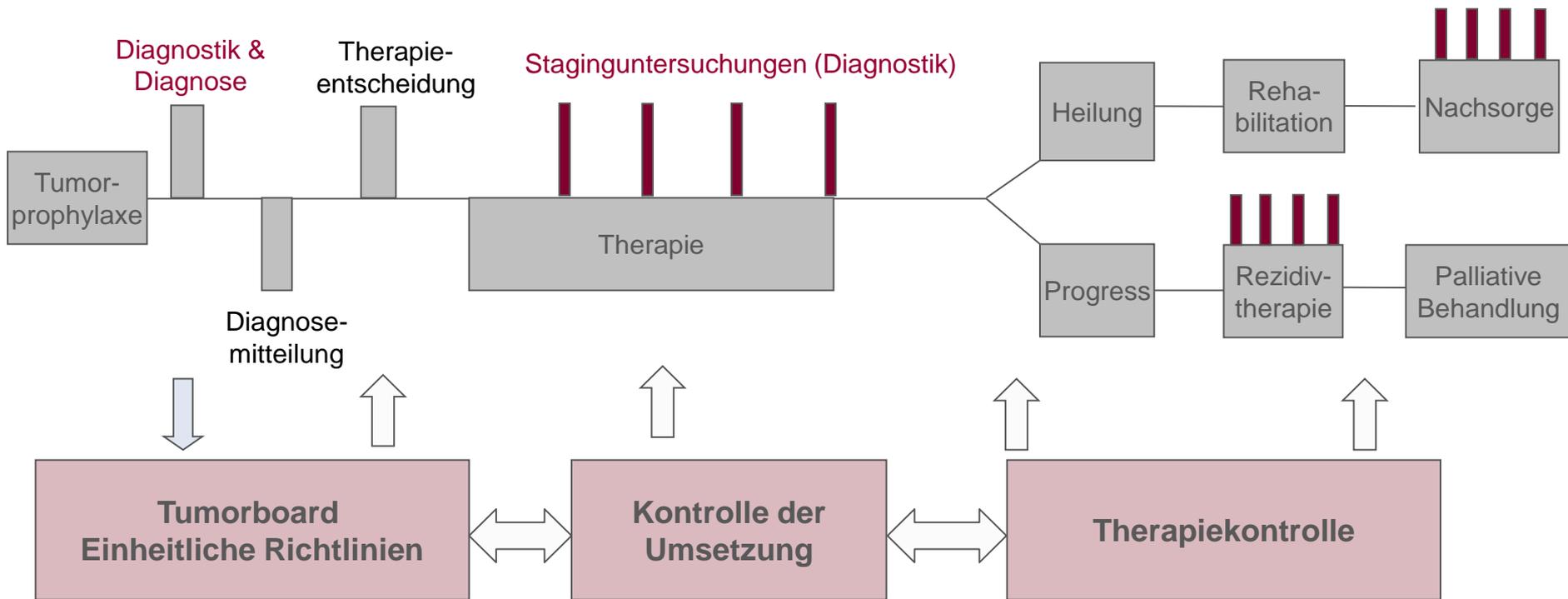
Ärzte in der Onkologie

- onkologische Chirurgie
- Strahlentherapie
- Diagnostiker (Radiologe)
- Palliativmediziner
- Ernährungsmediziner
- “Interventionist“
- Fachonkologe (z.B. Urologe, Gyn...)
- internistischen Onkologe

Palliativmedizin und Onkologie



Krankheitsverlauf & Organisation & Primärärzte

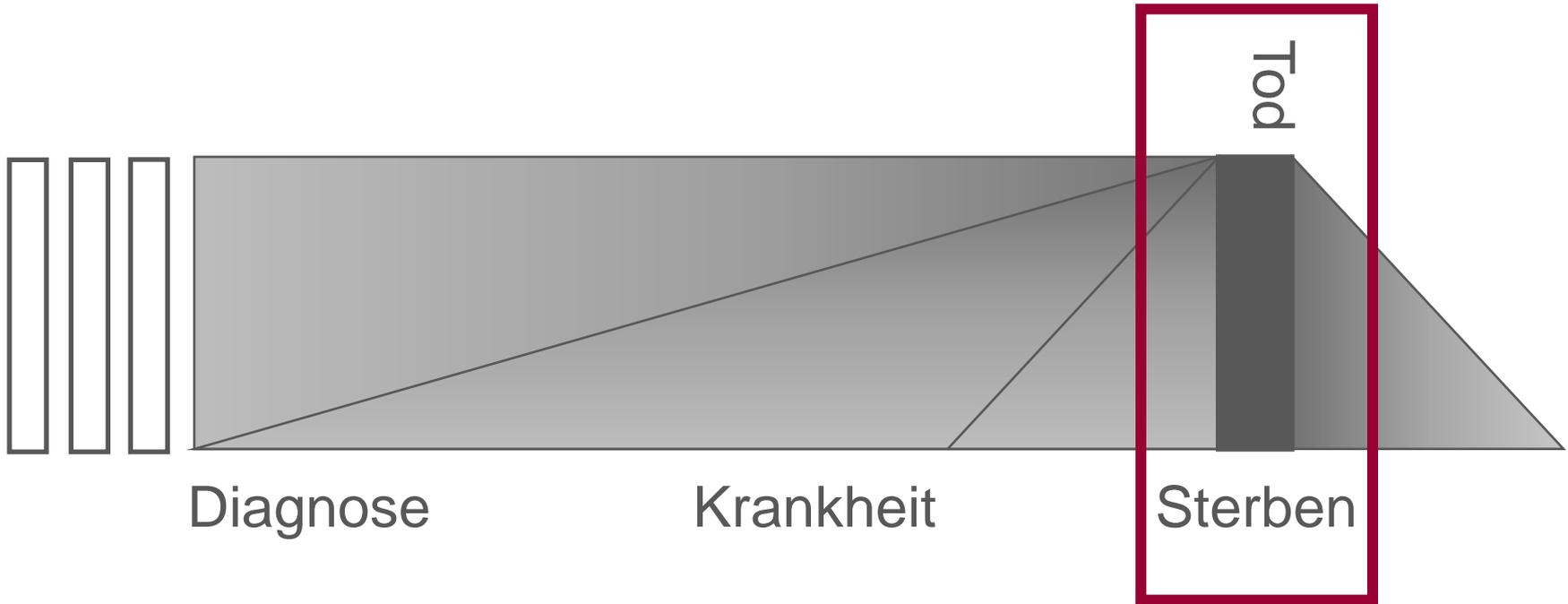


Hausarzt

Onkologisch führender Arzt (den gesamten Krankheitsverlauf begleitend), weitere Spezialisten, Hausarzt

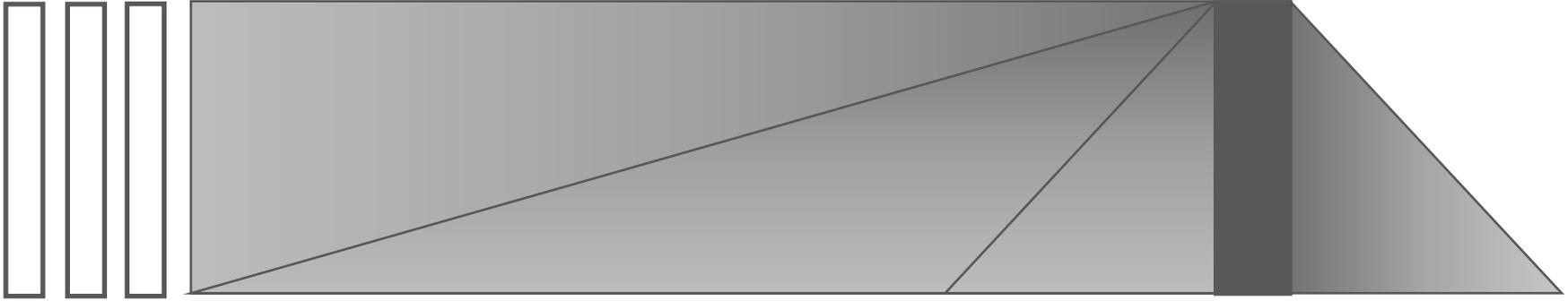
Hausarzt, Palliativmed., Prim. f. onk. Arzt

Alt: „Und dann ist es auch zu spät...“



Early Integration

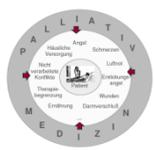
Onkologie und Palliativmedizin im Krankheitsverlauf



Diagnose

Krankheit

Sterben



Internistischer Onkologe

Palliativmedizin

Die Datenlage

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

19. August 2010

Studiendesign

Patienten: metastasiertes Nicht-Kleinzelligen Bronchialkarzinom

Prospektive Randomisierung:

Betreuung durch Onkologen
versus
Betreuung durch Onkologen &
mind. 1x/ Monat Palliativmediziner

Endpunkte:

Woche 0 und nach 12 Wochen Befragung der Patienten zur
Gemütslage und Lebensqualität

n=151; 86% der Patienten erreichten Wo 12

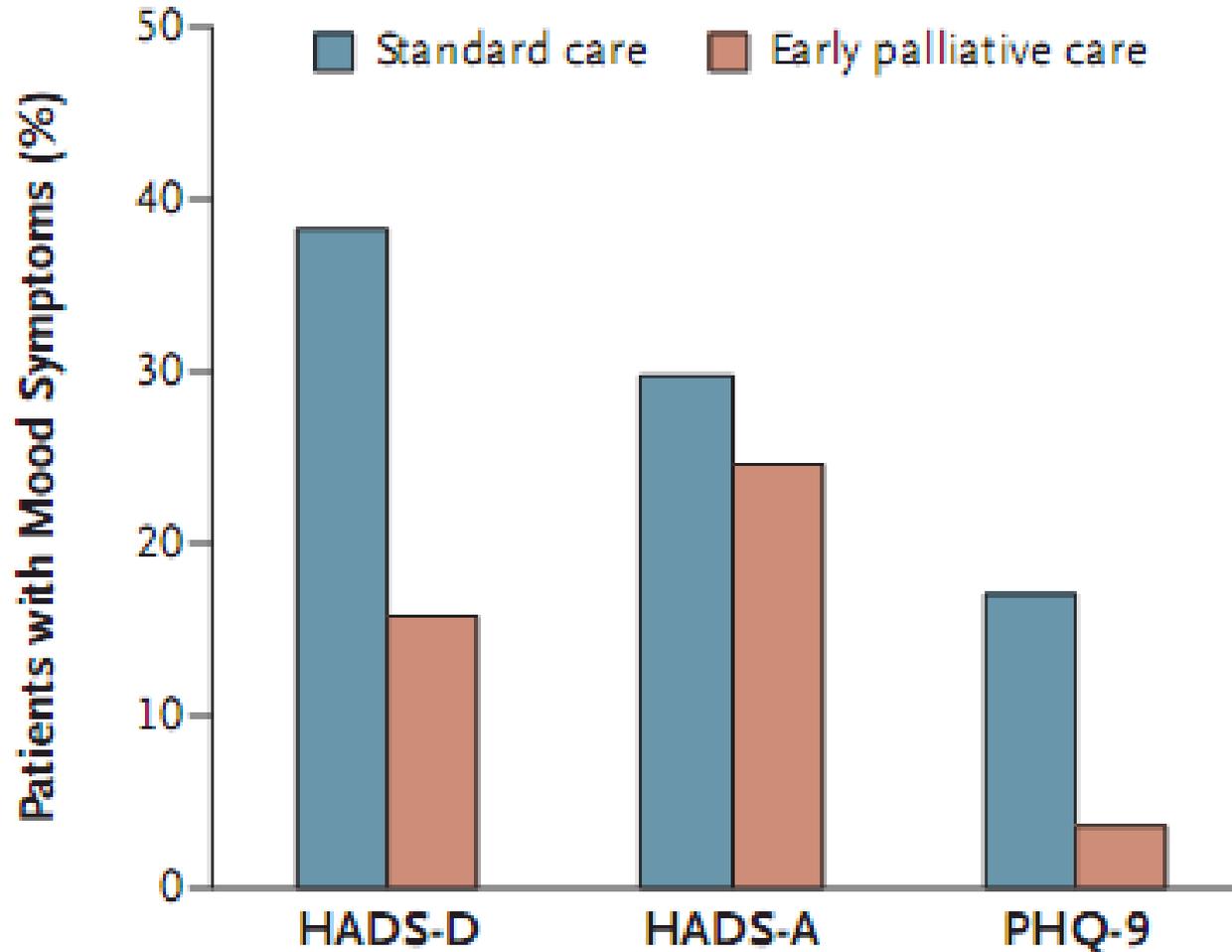
Lebensqualität nach 12 Wochen

| Variable | Standard Care (N=47) | Early Palliative Care (N=60) | Difference between Early Care and Standard Care (95% CI) | P Value† | Effect Size‡ |
|--------------|-------------------------|---------------------------------|--|----------|--------------|
| FACT-L score | 91.5±15.8 | 98.0±15.1 | 6.5 (0.5–12.4) | 0.03 | 0.42 |
| LCS score | 19.3±4.2 | 21.0±3.9 | 1.7 (0.1–3.2) | 0.04 | 0.41 |
| TOI score | 53.0±11.5 | 59.0±11.6 | 6.0 (1.5–10.4) | 0.009 | 0.52 |

Effect Size: Cohen's Statistik, 0,2 = kleiner Effekt, 0,5 = mittelgradiger Effekt, 0,8 = großer Effekt

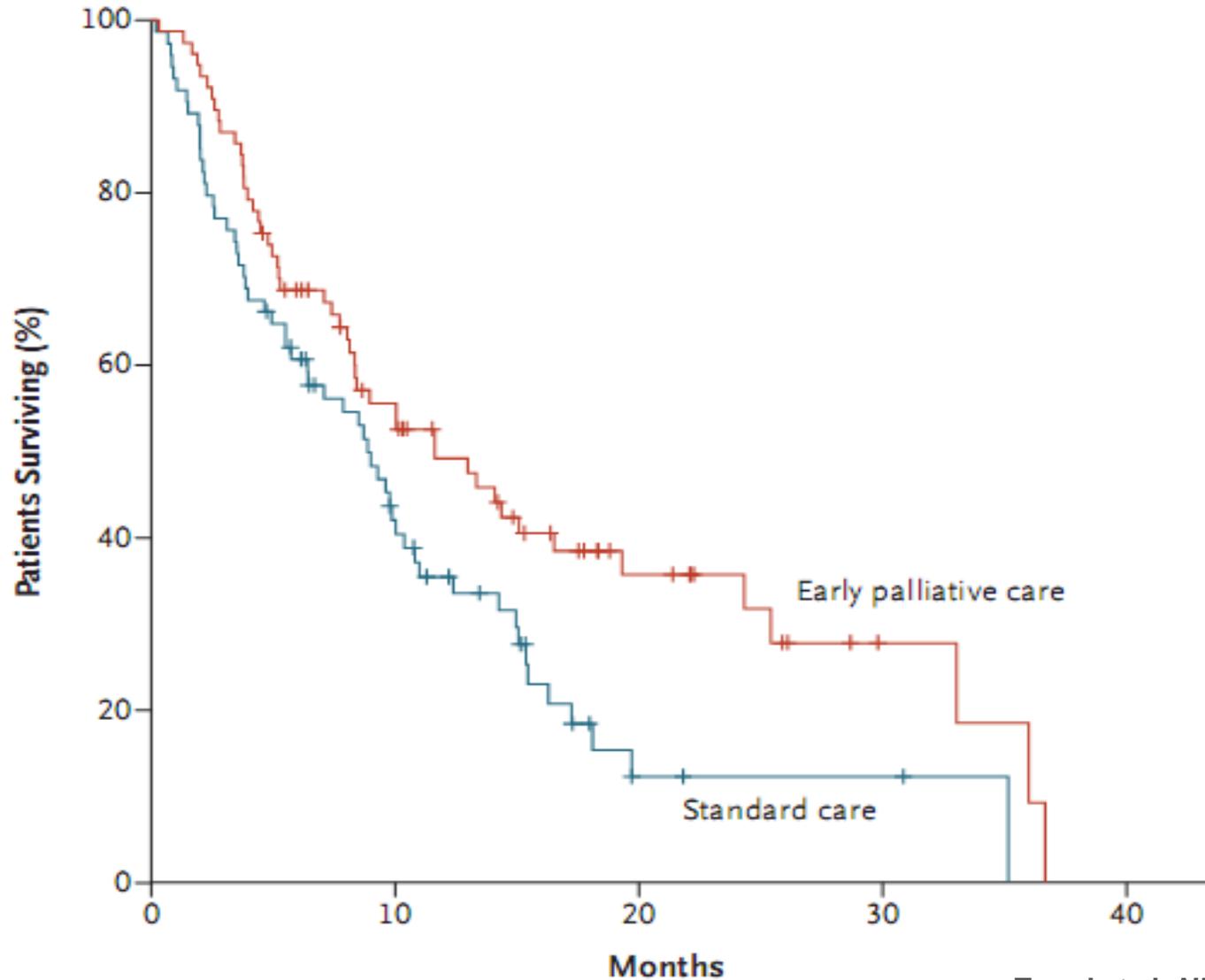
FACT—L Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung Score
LCS Lung Cancer Subscale
TOI Trial Outcome Index (LCS+physische und funktionelle Subskalen FACT-L)

Gemütslage nach 12 Wochen



Längeres Gesamtüberleben

(11,6 vs 8,9 Mo, $p=0,02$)



Weitere Studien

- Bestätigen Effekt auf Gemütslage auch bei anderen Tumoren
- Effekte in Temel-Studie wesentlich durch besseres Verständnis des Patienten bedingt
- Palliativ-Betreuung reduziert die Notaufnahme Frequenz in letzten 90 Lebenstagen
- Ambulante Palliativmedizin ist effektiv für Patienten & Angehörige und auch kosteneffektiv

Weitere Studien II

Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care.

Temel JS et al. **J Clin Oncol.** 2011 Jun 10;29(17):2319-26.

Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer.

Greer JA et al., **J Clin Oncol.** 2012 Feb 1;30(4):394-400.

Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death.

McNamara et al., **J Palliat Med.** 2013 Jul;16(7):774-9

Factors Associated With Futile End-Of-Life Intensive Care in a Cancer Hospital.

Cruz et al., **Am J Hosp Palliat Care.** 2014 Jan 7.

Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers.

Gomes B et al., **Cochrane Database Syst Rev.** 2013

Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Zimmermann et al., **Lancet.** 2014 May 17;383(9930):1721-30.

Leitlinien

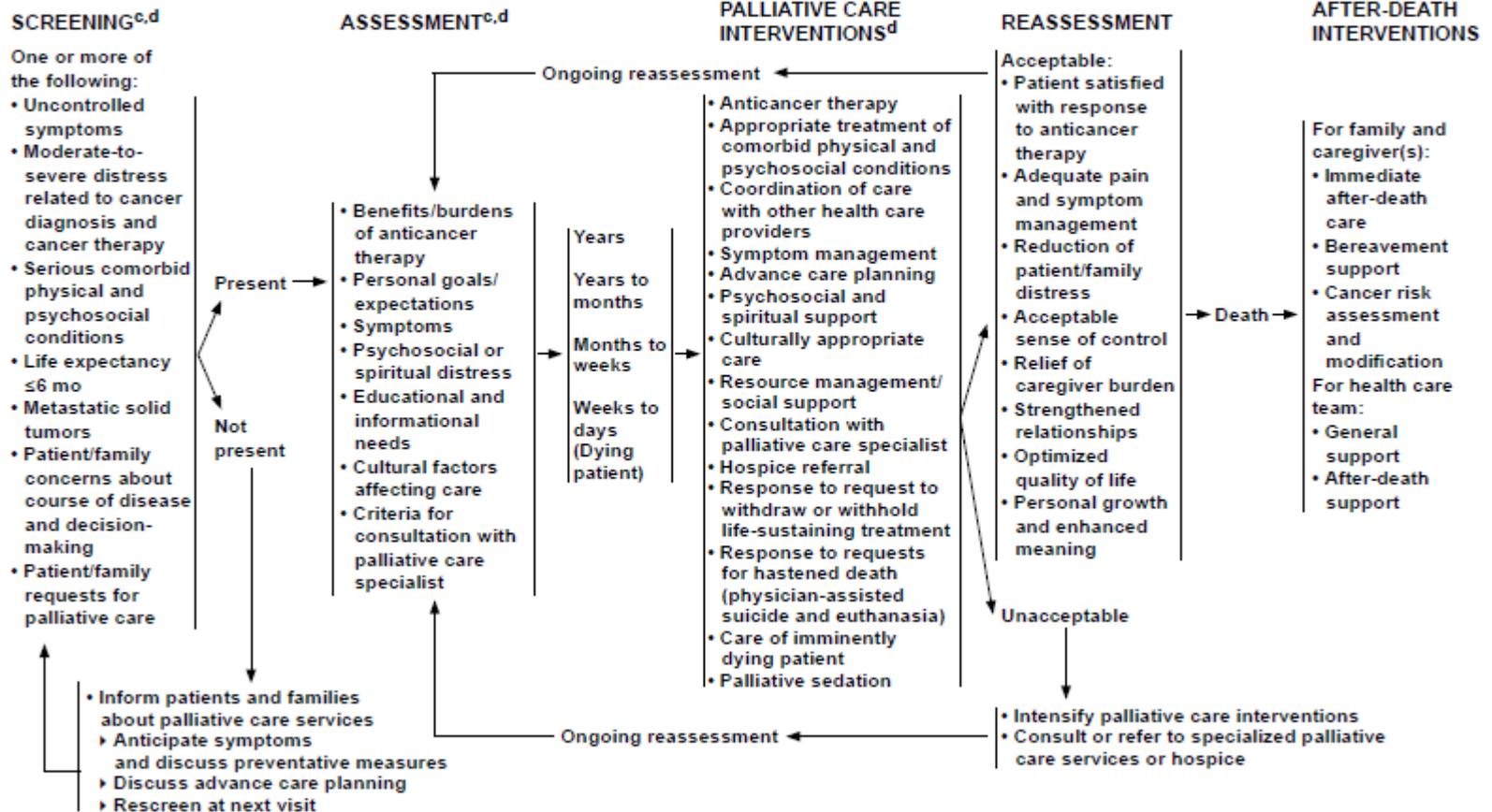
Frühe Integration: onkologische Fachgesellschaften



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2015 Palliative Care

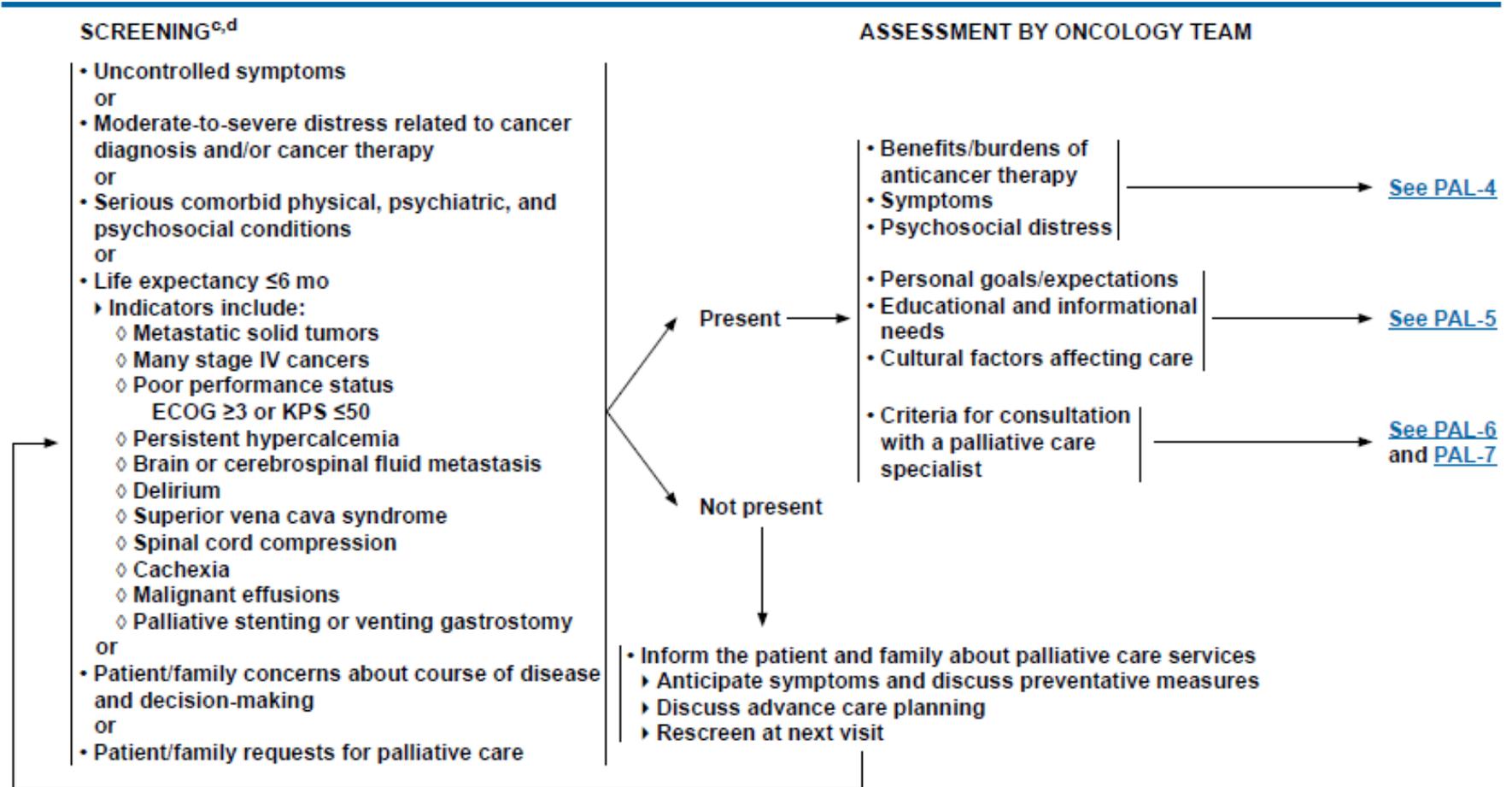
[NCCN Guidelines Index](#)
[Palliative Care TOC](#)
[Discussion](#)



^cManagement of any patient with positive screening requires a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician assistants, and dietitians.

^dOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival.

Frühe Integration: onkologische Fachgesellschaften



^cManagement of any patient with positive screening requires a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician assistants, and dietitians.

^dOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

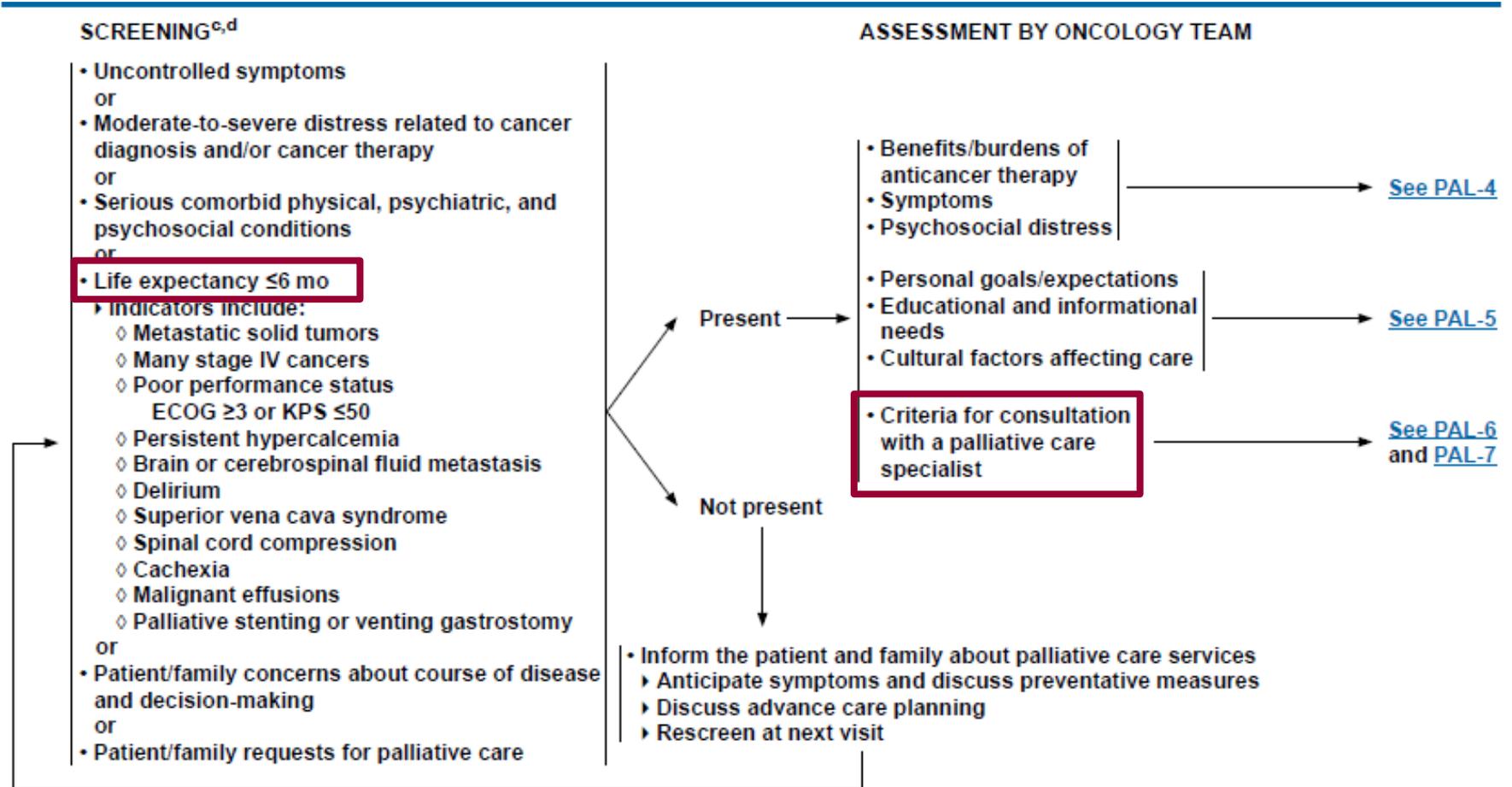
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Frühe Integration: onkologische Fachgesellschaften

SCREENING^{c,d}

- Uncontrolled symptoms
 - or
- Moderate-to-severe distress related to cancer diagnosis and/or cancer therapy
 - or
- Serious comorbid physical, psychiatric, and psychosocial conditions
 - or
- Life expectancy ≤ 6 mo
 - ▶ Indicators include:
 - ◊ Metastatic solid tumors
 - ◊ Many stage IV cancers
 - ◊ Poor performance status
ECOG ≥ 3 or KPS ≤ 50
 - ◊ Persistent hypercalcemia
 - ◊ Brain or cerebrospinal fluid metastasis
 - ◊ Delirium
 - ◊ Superior vena cava syndrome
 - ◊ Spinal cord compression
 - ◊ Cachexia
 - ◊ Malignant effusions
 - ◊ Palliative stenting or venting gastrostomy
 - or
- Patient/family concerns about course of disease and decision-making
 - or
- Patient/family requests for palliative care

Frühe Integration: onkologische Fachgesellschaften



^cManagement of any patient with positive screening requires a care plan developed by an interdisciplinary team of physicians, nurses, social workers, and other mental health professionals, chaplains, nurse practitioners, physician assistants, and dietitians.

^dOncologists should integrate palliative care into general oncology care. Early consultation/collaboration with a palliative care specialist/hospice team should be considered to improve quality of life and survival.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Frühe Integration: Patientencharakteristika

CRITERIA FOR CONSULTATION WITH PALLIATIVE CARE SPECIALIST

ASSESSMENT

- Limited anticancer treatment options
- High risk of poor pain management or pain that remains resistant to conventional interventions, eg:
 - Neuropathic pain
 - Incident or breakthrough pain
 - Associated psychosocial and family distress
 - Rapid escalation of opioid dose
 - Multiple drug “allergies” or a history of multiple adverse reactions to pain and symptom management interventions
 - History of drug or alcohol abuse
- High symptom burden, especially non-pain symptoms resistant to conventional management ([See PAL-4](#) for symptoms)
- Palliative stenting or venting gastrostomy
- Frequent ED visits or hospital readmissions
- Complex ICU admissions (those involving multi-organ system failure or prolonged mechanical ventilation)
- High distress score (>4) ([See NCCN Guidelines for Distress Management](#))
- Communication barriers
 - language
 - literacy
 - physical barriers
- Resistance to engaging in advance care planning and care plan
- Need for clarification of goals of care
- Rapidly progressive functional decline or persistently poor performance status
- Cognitive impairment
- Severe comorbid conditions
- Request for hastened death

Patient characteristics →

Frühe Integration: Soziale oder Team-Gründe

ASSESSMENT

Social
circumstances
or
Anticipatory
bereavement
issues



- Family/caregiver limitations
- Inadequate social support
- Intensely dependent relationship(s)
- Financial limitations
- Limited access to care
- Family discord
- Patient's concerns regarding care of dependents
- Spiritual or existential crisis
- Unresolved or multiple prior losses
- Children under 18 years of age living in the household

Staff
issues



- Complex care coordination issues among multiple care teams
- Compassion fatigue
- Moral distress
- Burnout

Frühe Integration: S3-Leitlinie Palliativmedizin

Thematisieren von Sterben und Tod

| Nr. | Empfehlungen | EG | LoE |
|-------|---|----|-----|
| 9.9. | <p>Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> frühzeitig und wiederholt die ausdrückliche Bereitschaft vermittelt werden, über das Sterben an der Erkrankung zu sprechen;</p> <p>dabei <i>sollten</i> auch Worte wie „Sterben“ und „Tod“ von den an der Behandlung Beteiligten in einfühlsamer und situativ angemessener Weise ausgesprochen werden.</p> | | EK |
| 9.10. | <p>Der Äußerung eines Sterbe-/Todeswunsches eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> mit Empathie und Gesprächsbereitschaft begegnet werden.</p> | | EK |

Frühe Integration: S3-Leitlinie Palliativmedizin

Thematisieren von Hilfsangeboten

| Nr. | Empfehlungen | EG | LoE |
|-------|--|----|-----|
| 9.13. | <p>Angehörige <i>sollen</i> in ihrer Rolle als Unterstützer und Mitbetroffene wahrgenommen und gewürdigt werden.</p> <p>Sie <i>sollen</i> nach ihren Bedürfnissen gefragt und bei Bedarf zum Annehmen von Unterstützungsangeboten ermutigt werden.</p> | | EK |

Frühe Integration: S3-Leitlinie Palliativmedizin

Zeitpunkt der Integration

| Nr. | Empfehlungen | EG | LoE | Quellen |
|-------|--|----|-----|---------|
| 11.1. | Alle Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollen</i> unabhängig vom Krankheitsstadium Zugang zu Informationen über Palliativversorgung haben. | | EK | |
| 11.2. | Allen Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird. | | EK | |

Frühe Integration: S3-Leitlinie Palliativmedizin

Erfassung der Patientenbedürfnisse

| Nr. | Empfehlungen | EG | LoE | Quellen |
|-------|---|----|-----|---------|
| 11.4. | Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden. | | EK | |

Frühe Integration

Ziel: beste Lebensqualität für jeden Patienten

Umsetzung:

- frühe Information an Patienten/ Angehörige über PM- Teams im CCC/ Onkologischen Zentrum
- Aus-/Weiterbildungsprogramme für Begleitende/ Behandelnde
- Reguläre Integration in die Behandlung
- Fortlaufende Qualitätskontrollen
- Frühe Diskussion über Therapieziele
- „fortlaufende Therapie sollte nicht von End of Life Aspekte ablenken“

Das Ziel

