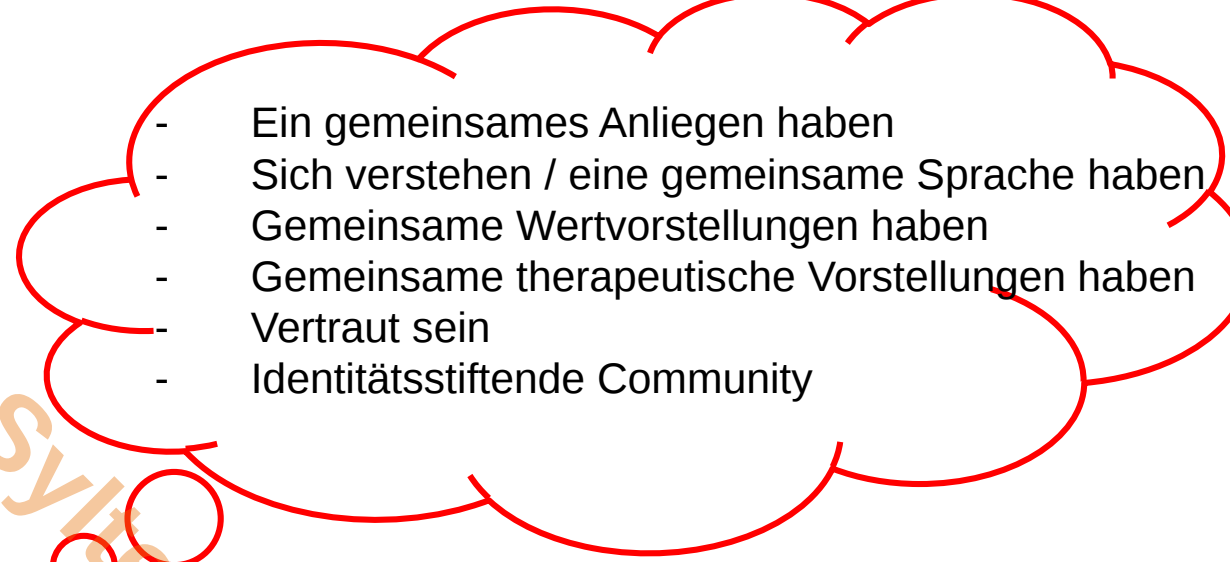




UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

# ***10 Gründe, die GEGEN frühzeitige Palliativmedizin gebracht werden***

- und was Sie entgegenen können

- 
- Ein gemeinsames Anliegen haben
  - Sich verstehen / eine gemeinsame Sprache haben
  - Gemeinsame Wertvorstellungen haben
  - Gemeinsame therapeutische Vorstellungen haben
  - Vertraut sein
  - Identitätsstiftende Community

10. Int. Synter Palliativtage 2022

# 10 Gründe *dagegen* ...

1. „Das können wir hier selbst.“
2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“
3. „Der Patient stirbt aber doch noch gar nicht.“
4. „Der Begriff `Palliativkonsil` in der Akte stellt ein Sicherheitsrisiko für den Patienten dar.“
5. „Das führt zu einer unkontrollierbaren Eigendynamik.“
6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“
7. „Der Patient soll erstmal 3-4 mal Chemotherapie bekommen, dann sieht die Situation schon ganz anders aus.“
8. „Das verursacht nur extra Kosten.“
9. „Dann weiss der Patient nicht mehr, wer zuständig ist.“
10. „Es ist kein Palliativarzt für einen Toilettenstuhl nötig.“

# 1. „Das können wir hier selbst.“

- 13.848 Ärzt\*innen in D haben die ZWB Palliativmedizin
- Grundsätzlich ist es begrüßenswert, wenn versucht wird, Probleme zunächst mit eigenen Ressourcen anzugehen:
  - Z.B. braucht nicht jede Schmerzeinstellung einen Palliativarzt oder Schmerztherapeuten
  - „enabling, not deskillung“
  - Stärkung des p.m. Bewusstseins und der p.m. Kompetenz vor Ort
- Wann sind die Kompetenzen und v.a. die Ressourcen der primär Zuständigen überschritten? Wer braucht mehr?
  - Testfragen:
    - „Wo können Pat. bei Krisen und Notfällen 24/7 anrufen und einen Hausbesuch bekommen?“
    - „Besteht die Kapazität, eine VV und PatV zu erarbeiten?“

## 2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“

Beispiel 1:

- 53-jährige Patientin, Diabetes mellitus IIb, Adipositas permagna, nun Folgeschäden mit PNP, Ulzera, Albuminurie und kaum zu kontrollierenden BZ-Werten und eskalierenden Insulindosen
- Hausarzt behandelt 90% seiner Diabetiker selbst in kompetenter Weise, überweist diese Patientin jedoch an einen Diabetologen

## 2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“

Beispiel 2:

- 3-jähriges Kind, auf dem Dorf, Hausarzt hat (wie bei vielen Kindern des Dorfes) die U-Untersuchungen und Impfungen übernommen
- Das Kind fällt in zwei nachfolgenden Untersuchungen aus den Perzentilen für Gewicht und Größe heraus
- Der Hausarzt überweist das Kind zum Pädriater zur Abklärung in die nächstgelegene Stadt

## 2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“

Beispiel 3:

- 78-jährige Patientin, Rektumkarzinom UICC IV
- Zunehmende Hinfälligkeit und Bettlägerigkeit bei progredienter Lebermetastasierung; teils neuropathisch ausstrahlende Schmerzen bei ossären Metastasen
- Für die Durchführung und Überwachung der Chemotherapie und die weitere onkologische Betreuung überweist der Hausarzt die Patientin an das Onkologische MVZ des Krankenhauses

## 2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“

Beispiel 4:

- 78-jährige Patientin, Rektumkarzinom UICC IV
- Zunehmende Hinfälligkeit und Bettlägerigkeit bei progredienter Lebermetastasierung; teils neuropathisch ausstrahlende Schmerzen bei ossären Metastasen
- Der Hausarzt stellt eine SAPV-Verordnung aus

## 2. „Ein Palliativkonsil anzumelden fühlt sich anders an.“

- Wieso fühlt sich die SAPV-Verordnung anders an als eine Überweisung zu einem anderen Spezialisten?

Hypothesen:

- Hausarzt ist intuitiv „näher dran“ an der häusl. Mitbetreuung
- Onkologe ist intuitiv „näher dran“ an der symptomorientierten Behandlung
- Palliativmedizin wird als weniger spezialisiert wahrgenommen im Vergleich zur z.B. Ophthalmologie oder Diabetologie
- Es gehört zum Selbstverständnis des Hausarztes und des Onkologen dazu, Patienten gerade in der sterbenahen Situationen weiter zu betreuen und dies nicht weg zu delegieren (im Ggs. z.B. zu anderen Erkrankungssituationen, die ebenfalls spezialisierte Expertise brauchen)

### 3. „Der Patient bekommt aber noch Therapie.“ / „Der Patient stirbt aber doch noch gar nicht.“ / „Der Patient ist doch noch so hoffnungsfroh!“

- Frühzeitiges pall.med. Mitdenken kann als *evidence based* gelten
- Palliativmedizinische Mitbehandlung parallel zu kausalen Therapiekonzepten (z.B. palliativen Tumortherapien)



American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

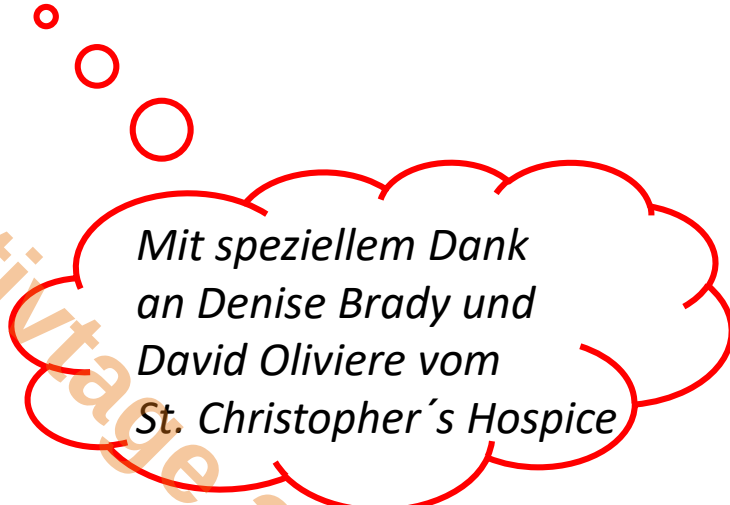
Thomas J. Smith, Sarah Temin, Erin R. Alei, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Lenczowski, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Pippicorns, Mark Somerfeld, Ellen Stovall, and Jamie H. Von Roenn

the patient and the family. Palliative care is provided by a team of doctors, nurses, and other specialists who work with a patient's other physicians to provide an extra layer of support. Palliative care is appropriate at any age and at any stage in a serious illness, and can be provided together with curative treatment.”<sup>1</sup>

### 3. „Der Patient bekommt aber noch Therapie.“ / „Der Patient stirbt aber doch noch gar nicht.“ / „Der Patient ist doch noch so hoffnungsfroh!“

- Frühzeitiges pall.med. Mitdenken kann als *evidence based* gelten
- Palliativmedizinische Mitbehandlung parallel zu kausalen Therapiekonzepten (z.B. palliativen Tumorthérapien)
- Aber: In einigen Regionen darf SAPV erst nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie begonnen werden
- Aber: Einige Palliativteams und Stationen lehnen Patienten ab, die noch unter palliativer Tumorthérapie stehen
- Aber: ...

You can add life to days  
even when you can't add days to life\*



*Mit speziellem Dank  
an Denise Brady und  
David Oliviere vom  
St. Christopher's Hospice*

– \* wahrscheinlich nicht von Cicely Saunders

## 4. „Der Begriff `Palliativkonsil` in der Akte stellt ein Sicherheitsrisiko für den Patienten dar.“

Bedenken:

- In kritischen Situationen wie z.B. Sepsis, respiratorische Erschöpfung oder Rhythmusstörungen könnten Dienstärzt\*innen voreingenommen werden, lediglich zu begleiten, anstatt potenziell reversible Situationen zu behandeln
- Analog: Problem, Patient\*innen von der Palliativstation auf eine ICU zu verlegen („*Der Patient ist doch palliativ!*“)

Gegenargument:

- Dann müsste jede Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in der Akte und jedes dokumentierte Sprechen über die letzte Lebensphase als Sicherheitsrisiko gewertet werden

## 5. „Das führt zu einer unkontrollierbaren Eigendynamik.“

Bedenken:

- Schulung von Intensivstationspersonal in palliativmed. Denken und Erläuterungen vorhandener Mitbehandlungsstrukturen könnte den „Intensivmedizin-Spirit“ konterkarieren

Gegenargumente:

- Auch ein Intensivarzt braucht einen Plan (und Unterstützung?), wie eine Therapie bei Erfolglosigkeit beendet werden könnte
- Analogie: Pilot muss sich bereits vor dem Start Gedanken über die Landung machen, und über einen Plan B, falls der Zielort doch nicht erreicht werden kann.

## 6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“

Was als gesichert gelten kann:

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 5.5.                          | Konsensbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                                                            |          |
| EK                            | 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. |          |
| 5.6.                          | Konsensbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                                                            |          |
| EK                            | Bei einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> die Erfassung der Bedürfnisse sowie der Belastungen und der Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen mit Hilfe von validierten multidimensionalen Erfassungsinstrumenten erfolgen.                               |          |
| 5.7.                          | Konsensbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                                                            |          |
| EK                            | Bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> die Komplexität der Situation wiederholt eingeschätzt werden; dies schließt ein: die Patienten- und Angehörigenbedürfnisse, den Funktionsstatus des Patienten und die Krankheitsphase.                            |          |
| 5.8.                          | Evidenzbasierte Empfehlung                                                                                                                                                                                                                                                            | Neu 2019 |
| Empfehlungsgrad<br><b>A</b>   | Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht-heilbaren fortgeschrittenen Krebserkrankung ein Bedarfsassessment durch ein SPV-Team angeboten werden.                                                                                                                            |          |
| Level of Evidence<br><b>3</b> | Quellen: Haun et al. 2017 [27], Adler et al. 2017 [28], Dalgaard et al. 2014 [29], Davis et al. 2015 [30], Gärtner et al. 2017 [31], Hui et al. 2015 [32], Hui et al. 2016 [33], Tassinari et al. 2016 [34]                                                                           |          |

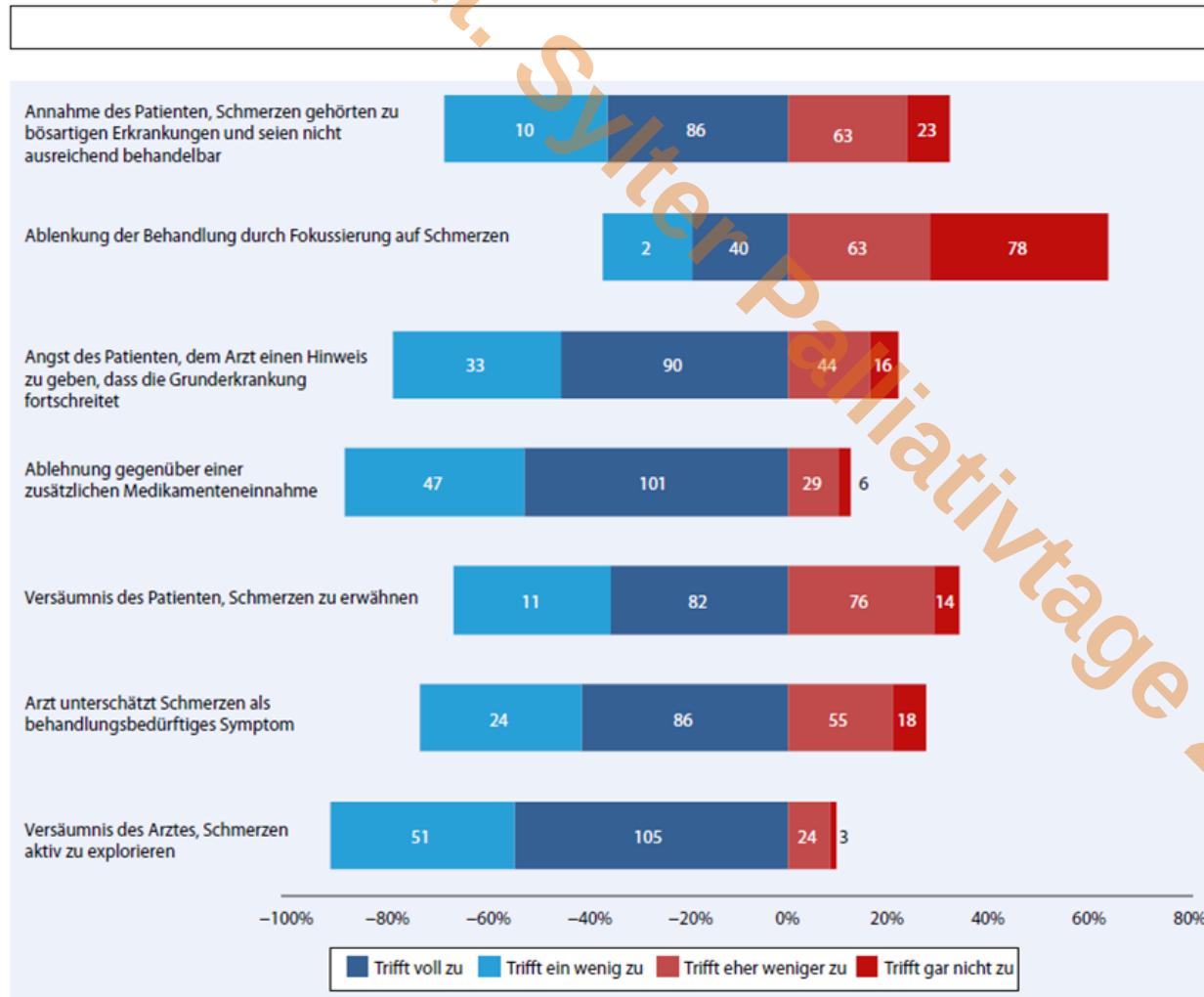
## 6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“

Was als gesichert gelten kann:

- Strukturiertes (fragebogenbasiertes) Assessment detektiert ca. 10 x mehr Symptome als offenes Nachfragen (Homsy 2006)
- Normative Bedürfnisse („Bedarf“) versus empfundene und formulierte Bedürfnisse (Bradford 1972)
- Daher ist der „Goldstandard“ (S3-LL): durch Pat. selbst (PROM)
- Fremdeinschätzung durch Ärzte korreliert nur moderat mit Selbsteinschätzung (To und Currow 2012), im Sinne von Unterschätzen verschiedener Dimensionen
- ... und Fremdeinschätzung durch andere „Caregiver“ funktioniert ebenfalls nicht; hier Under- und Überschätzen (Freier 2022)
- Onkolog. Pat. selbst halten sich in 90% zurück (*underreporting*)

## 6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“

Gründe für *underreporting* (Einschätzung von Onkologen):



Alt-Epping 2014

Abb. 4 ▲ Gründe, warum Patienten ungenügend über ihre Schmerzen berichten

## 6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“

Was als gesichert gelten kann:

- „Goldstandard“ (S3-LL): durch Pat. selbst (PROM)
- Normative Bedürfnisse („Bedarf“) versus empfundene und formulierte Bedürfnisse (Bradford 1972)

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| – 1.2.12<br>b) | <p>Insbesondere für Pat. mit fortgeschrittener Erkrankung</p> <p>a. Zur Erfassung Identifikation von Symptomen und Belastungen sollen ein Screening mit validierten Instrumenten (MIDOS, IPOS) angeboten verwendet werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin).</p> <p>b. Spezialisierte Palliativversorgung: Innerhalb des Onkologischen Zentrums ist im Geltungsbereich festzulegen, wie die Einbindung der spezialisierten Palliativversorgung in den Behandlungsprozess geregelt ist (Behandlungspfad der S3-Leitlinie).</p> |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DKG-EB OZ 2/2022

## 6. „Der Patient hat doch gar keine Belastungen.“

Was als gesichert gelten kann APM-Studien:

- „Goldstandard“ (S3-Leitlinie) 1) Symptomprävalenzen longitudinal (Kohortenstudie)
- Normative Bedürfnisse 2) Screening oder Assessment? (RCT)
- empfundene und für 3) Demnächst: Multidisziplinäres Belastungsscreening

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2.12<br>b) | Insbesondere für<br>a. Zur Erfassung der Belastungen und Belästigungen sollen ein Screening mit validierten Instrumenten (MIDOS, IPOS) angeboten werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin).<br>b. Spezialisierte Palliativversorgung: Innerhalb des Onkologischen Zentrums ist im Geltungsbereich festzulegen, wie die Einbindung der spezialisierten Palliativversorgung in den Behandlungsprozess geregelt ist (Behandlungspfad der S3-Leitlinie). |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DKG-EB OZ 2/2022

**7. „Die ganzen Gespräche mit Psychoonkologie, Sozialdienst und jetzt auch Palliativmedizin kommen zu früh – der Patient soll erstmal 3-4 mal Chemotherapie bekommen, - dann sieht die Situation schon ganz anders aus.“**

- Idee von frühzeitiger Integration ☹ ...
- Existenziell empfundene Bedrohung gerade zum Diagnosezeitpunkt
- Hohe und variable Symptomprävalenzen **vor** Tumorthherapie
- Symptome und Belastungen auch **durch** Tumorthherapie
- Belastungen und entscheidungsrelevante Notfälle können auch im Kontext der ersten Gabe Chemo auftreten
- ... und ... und ... und ...

## 8. „Das verursacht nur extra Kosten.“

Gegenargumente:

- Kostenanalyse  
frühzeitiger  
Palliativmedizin:

**Einsparen von Kosten durch PM  
(ohne Lebenszeitverkürzung):**

- Bharadwaj, JPallMed 2016
- Calanzani, Cochrane 2013
- Greer, JPallMed 2016
- Morrison ArchIntMed 2008
- Zhang ArchIntMed 2009
- Kaufman JCardFail 2021
- Cartoni JPallMed 2021
- May JClinOncol 2015
- May PalliatMed 2017

- => frühzeitig integrierte Palliativmedizin (*concurrent care*)  
als ein konkreter Vorschlag zur Kostenreduktion in der Onkologie  
(Smith, NEJM 2011)

## 9. „Dann weiss der Pat. nicht mehr, wer zuständig ist.“ / „Der Onkologe muss selbst entscheiden.“

Bedenken:

- Informationsverlust, aber auch Zuständigkeitsfragen
- Schnittstellen-Problem zw. KIS und PalliDoc / ISPC
- Wie gut informieren wir zurück in die Onkologie hinein?

Gegenargument:

- Interdisziplinarität und Multiprofessionalität ist in der Onkologie die Regel, nicht die Ausnahme

Ivan Steiger, FAZ

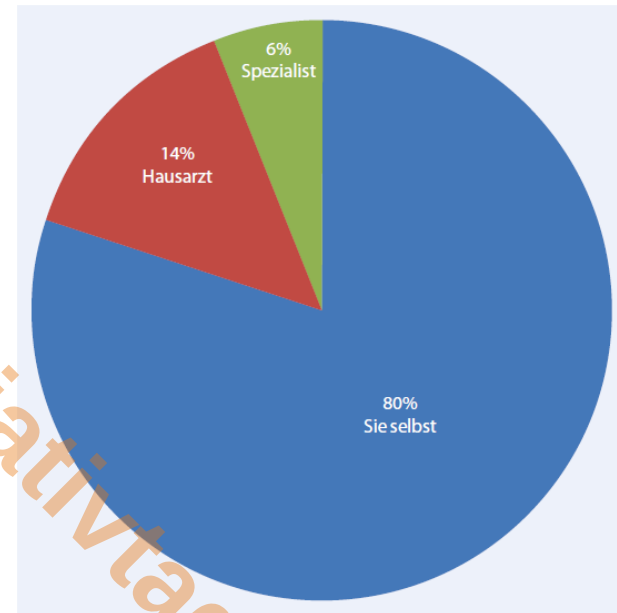
## 9. „Dann weiss der Pat. nicht mehr, wer zuständig ist.“ / „Der Onkologe muss selbst entscheiden.“

### Bedenken:

- Informationsverlust, aber auch Zuständigkeitsfragen
- Schnittstellen-Problem zw. KIS und PalliDoc / ISPC
- Wie gut informieren wir zurück in die Onkologie hinein?

### Gegenargument:

- Interdisziplinarität und Multiprofessionalität ist in der Onkologie die Regel, nicht die Ausnahme



**Abb. 1** ◀ Zuständigkeit für die Primärbehandlung von Tumorschmerzpatienten (n=170). Frage: „Wer sollte ihrer Meinung nach für die Behandlung von noch nicht vorbehandelten Tumorschmerzen primär verantwortlich sein?“

Beispiel: wer ist für die Schmerztherapie zuständig?  
Umfrage DGHO (Alt-Epping 2014)

# 10. „Es ist kein Palliativarzt nötig, wenn ein Toilettenstuhl bestellt werden soll.“

Vorbehalte:

- Überambitionierte Überversorgung
- Konfusion von Aufgaben

Gegenargumente:

- Das Erkennen komplexer palliativmed. Belastungen und der Einstieg in die Palliativversorgung beginnt meist über ein niederschwelliges Schmerzkonsil oder über eine T-Stuhl-Verordnung

Zu viel des Guten – Ressourcenallokation und Überversorgung auch in der Palliativmedizin?  
Bericht vom Workshop des DGP-Kongresses 2018  
Bernd Alt-Epping, Regina Böhme, Carmen-Johanna Steiger

# Schlussfolgerungen ...

- Es gibt immer noch genügend viele medizinische Bereiche, in denen Skepsis gegenüber spezialisierter Palliativversorgung groß und die Emotionen hoch sind
- Viele Vorbehalte können durch gute Kommunikation, Vertrauensarbeit und v.a. durch Daten aus Studien gelindert werden
- Auch die emotionalsten Vorbehalte bergen meist einen wahren Kern, den wir in der Palliativversorgung selbstkritisch und ernst nehmen sollten

# Schlussfolgerungen ...

- Es gibt immer noch genügend viele medizinische Bereiche, in denen Skepsis gegenüber spezialisierter Palliativversorgung groß und die Emotionen hoch sind
- Viele Vorbehalte können durch gute Kommunikation, Vertrauensarbeit und v.a. durch Daten aus Studien gelindert werden
- Auch die emotionalsten Vorbehalte bergen meist einen wahren Kern, den wir in der Palliativversorgung selbstkritisch und ernst nehmen sollten
- Es ist trotzdem toll, eine gemeinsame Sprache zu sprechen und uns auf Love Island gegenseitig zu bestärken 😊