

V143

Krebspatienten auf der Intensivstation

- aus Sicht des Palliativmediziners

The perspective of the palliative care physician

Ulrich Schuler (Dresden, DE)

ulrich.schuler@ukdd.de

08:44 – 09:06

Offenlegung Interessenkonflikte

1. Anstellungsverhältnis oder Führungspositionen

Direktor des Palliativzentrums am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, OA der MK1, Mitarbeit an AWMF-Leitlinien.

2. Beratungs- bzw Gutachtertätigkeit

Hexal/Novartis (Thema Naldemedine), Apogepha (G-CSF Analogon)

3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds Merck KGaA

4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz keine

5. Honorare

Vortragshonorare und zugehörige Reisekosten: Amgen; Celgene; Grünenthal; Oncovis; Hexal; Lilly; Leo-Pharma, Novartis; Takeda; Teva. Mehrere Kongressveranstalter und Krankenhausträger, Akademien, Verlage, Landesärztekammer(n), Dresden international University, Deutsche Krebshilfe, Tumorzentrum Ostsachsen. Akademien, Verlage, onkologische Arbeitskreise, und Fachgesellschaften. Gesponserter ASCO—Online-Kongress-Zugriff (MSD 2019)

6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen ...keine

7. Andere Finanzielle Beteiligungen ...keine

8. immaterielle Interessenkonflikte

zivilrechtliche juristische Auseinandersetzung zu Aussagen über Methadon-Forschung 2018 und 2021

***2018-2023 oder in Planung Stand 09/2023**

Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS
- Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier
- Nochmal Kommunikation

Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS
- Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier
- Nochmal Kommunikation

Definition der WHO

(1998)

Palliativ**medizin** ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer **progredienten, weit fortgeschrittenen** Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der **die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht** und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.

(2002)

Palliative **Care*** ist ein Ansatz, mit dem die **Lebensqualität** der Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer **lebensbedrohlichen Krankheit** und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und **Linderung von Leiden**, durch frühzeitiges Erkennen und untadelige Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.

* „lindernde Fürsorge“ (österr.)

z.B. bei Bolling et al (2010) Zeitschrift für Palliativmedizin 11(6): 304-313

Durchdacht? Die IAHPC*-Definition von 2020

- „Palliativversorgung ist die aktive und umfassende Versorgung von Menschen jeden Alters mit schwerem, gesundheitsbezogenem Leiden infolge schwerer Erkrankung und **insbesondere von Menschen nahe am Lebensende**. Sie zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen, deren Familien und pflegenden Zugehörigen.“
- Es folgt eine Liste mit 11 Aufzählungsstrichen, darunter
“Palliativversorgung [. . .]
 - ist **nötigenfalls**
gemeinsam mit krankheitsmodifizierenden Behandlungsmaßnahmen angezeigt,
 - **Beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern**,
bejaht das Leben und erkennt das Sterben als natürlichen Prozess an.“

*International Association for Hospice and Palliative Care

Radbruch L et al. (2020) Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition (IAHPC-Arbeitsgruppe)
J Pain Symptom Manage 60(4): 754–764

<https://hospicecare.com/uploads/2018/12/Palliative%20care%20definition%20-%20German.pdf>

Durchdacht? Die IAHPC*-Definition von 2020

- „Palliativversorgung ist die aktive und umfassende Versorgung von Menschen jeden Alters mit schwerem, gesundheitsbezogenem Leiden infolge schwerer Erkrankung und **insbesondere von Menschen nahe am Lebensende**. Sie zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen, deren Familien und pflegenden Zugehörigen.“
- Es folgt eine Liste mit 11 Aufzählungsstrichen, darunter
“Palliativversorgung [. . .]
 - ist **nötigenfalls** gemeinsam mit krankheitsbegleitenden Versorgungsmaßnahmen angezeigt,
 - **Beabsichtigt** **keine** unnötigen noch ihn hinauszuzögern, bejaht das Sterben als natürlichen Prozess an.“

In meinen Augen ein Rückschritt gegenüber der WHO-Definition

*International Association for Hospice and Palliative Care

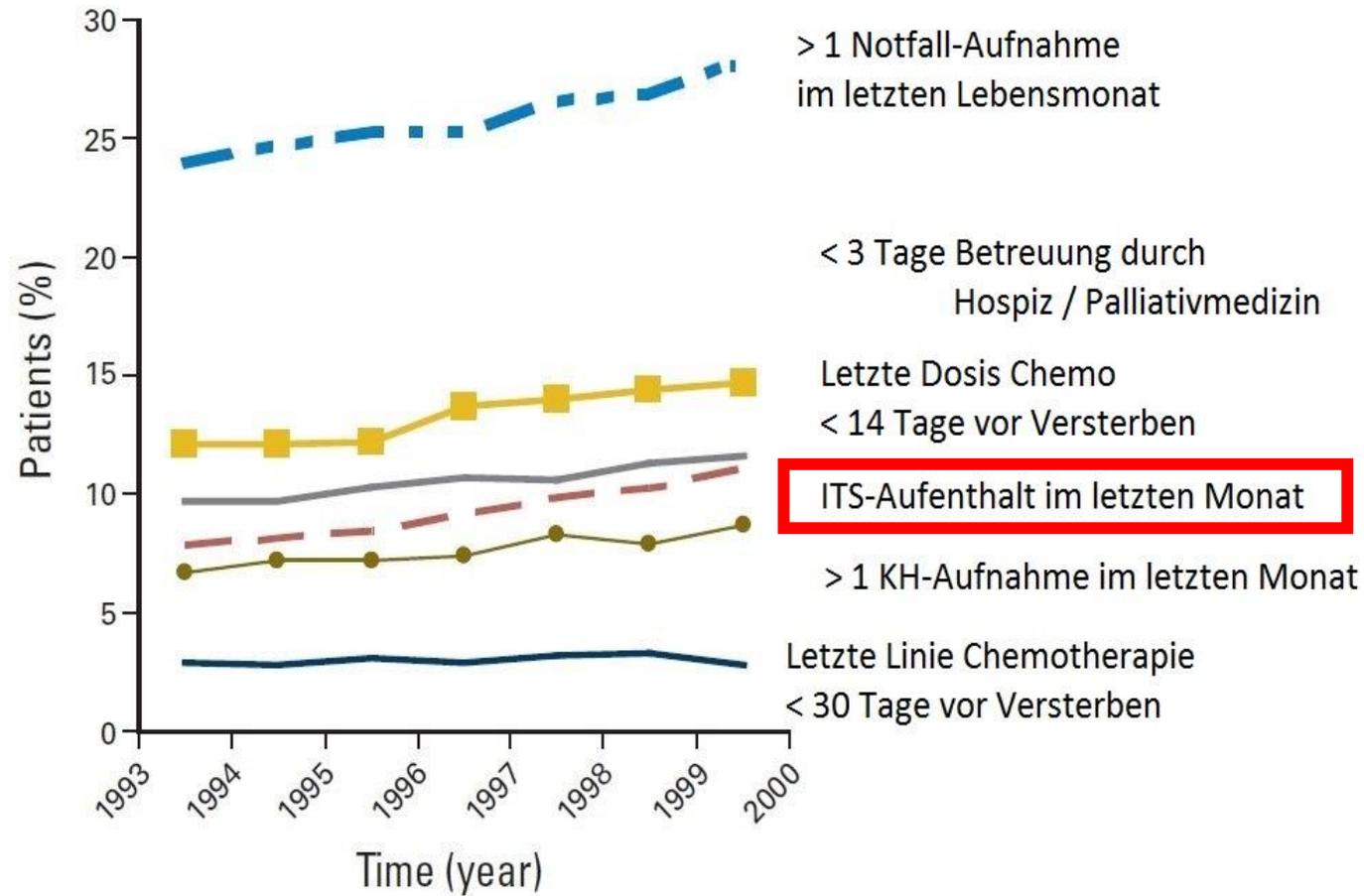
Radbruch L et al. (2020) Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition (IAHPC-Arbeitsgruppe)
J Pain Symptom Manage 60(4): 754–764

<https://hospicecare.com/uploads/2018/12/Palliative%20care%20definition%20-%20German.pdf>

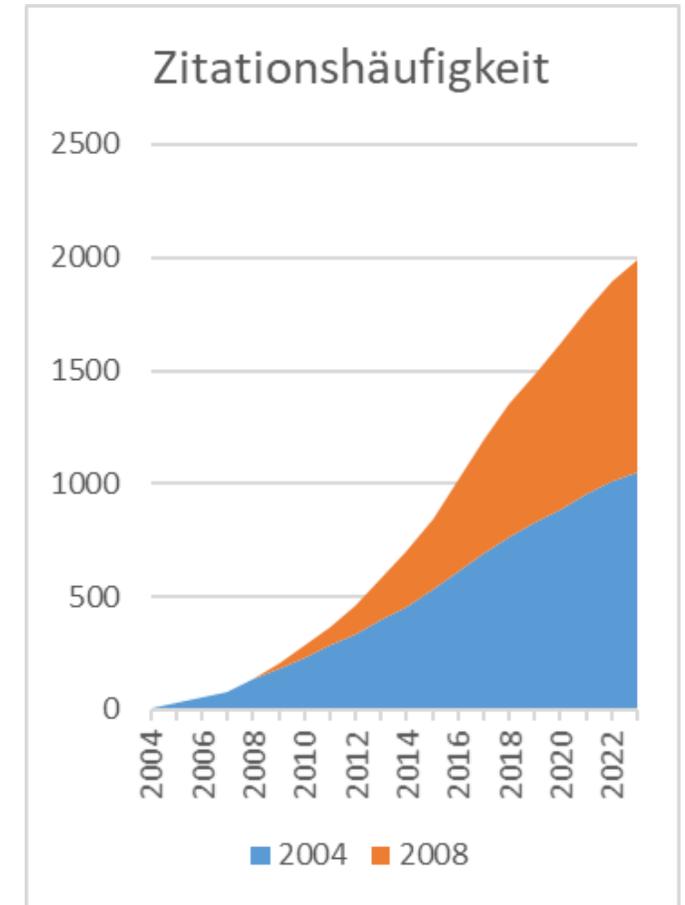
Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS
- Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier
- Nochmal Kommunikation

Zu viel Chemo / zu viel ITS als Indikator für schlechte Therapie am Lebensende



> 200000 **Medicare** Patienten aus SEER
(Surveillance, Epidemiology, and End Results)



*Earle et al. (2008) J Clin Oncol 26:3860-3866.
auch Earle et al. (2004) J Clin Oncol 15:315-21.*

Chemotherapie und **Intensivmedizin** zu nahe am Lebensende wird als Indikator schlechter onkologischer Versorgung gesehen

- „**ASCO/NQF-Indikator**“ [National Quality Forum]

- jeweils in den letzten 30 Tagen:

(1) $\geq 2x$ in der Notaufnahme

(2) ≥ 2 KH Aufnahmen

(3) > 14 Tage im KH

(4) ITS-Aufnahme

(5) Chemotherapie

(6) Tod im KH



Jeweils 1 Punkt,
also 0-6 Punkte

- Quelle: National Quality Forum. Cancer Endorsement Maintenance.
http://www.qualityforum.org/Projects/Cancer_Endorsement_Maintenance_2011.aspx Zugriff 15.5.2014

Wann war eine Indikationsstellung fehlerhaft?

*„Es würde die Situation ärztlicher Tätigkeit grundlegend verkennen, wenn man glaubte, **allein aus einem unerwünschten Resultat einer Behandlung auf eine fehlerhafte Indikationsstellung schließen zu können.**“*

*„Vielmehr wäre es **ethisch problematisch**, wenn . . . [wenn Qualitätsindikator] dazu führen würde, dass Patient:innen mit einer fortgeschrittenen TU-Erkrankung und einem Risiko, im Verlauf des nächsten Monats zu versterben, **per se nicht mehr intensivmedizinisch behandelt würden.**“*



Wiesing (2017) „Indikation - Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis“ Kohlhammer

Marckmann und Schildmann (2022)
„Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung“
Bundesgesundheitsbl 65:335–341

Was ist die Entscheidungsbasis im Einzelfall?

- Nehmen wir an, ich als Patient würde mich für eine Chemo- Therapie / Intensivtherapie mit geringem, aber plausiblen Nutzen interessieren
- Im Zusammenhang damit sind auf der Station im letzten Monat 3 Menschen innerhalb von 14 Tagen verstorben.....
- Der Oberarzt stellt die Indikation **für meine** Therapie
- *[Als ethisch bedenklich gilt, wenn z.B. ein Chirurg nach der Anzahl ertragreicher OPs vergütet wird, weil das die individuelle Indikationsstellung beeinflusst....]*

Chemotherapie und **Intensivmedizin** zu nahe am Lebensende wird als Indikator schlechter onkologischer Versorgung gesehen

- „**ASCO/NQF-Indikator**“ [National Quality Forum]

- jeweils in den letzten 30 Tagen:

(1) $\geq 2x$ in der Notaufnahme

(2) ≥ 2 KH Aufnahmen

(3) > 14 Tage im KH

(4) ITS-Aufnahme

(5) Chemotherapie

(6) Tod im KH

Jeweils 1 Punkt,
also 0-6 Punkte

Wenn man das verhindern will, stellt sich die Frage, **wie genau man das vorhersagen kann**

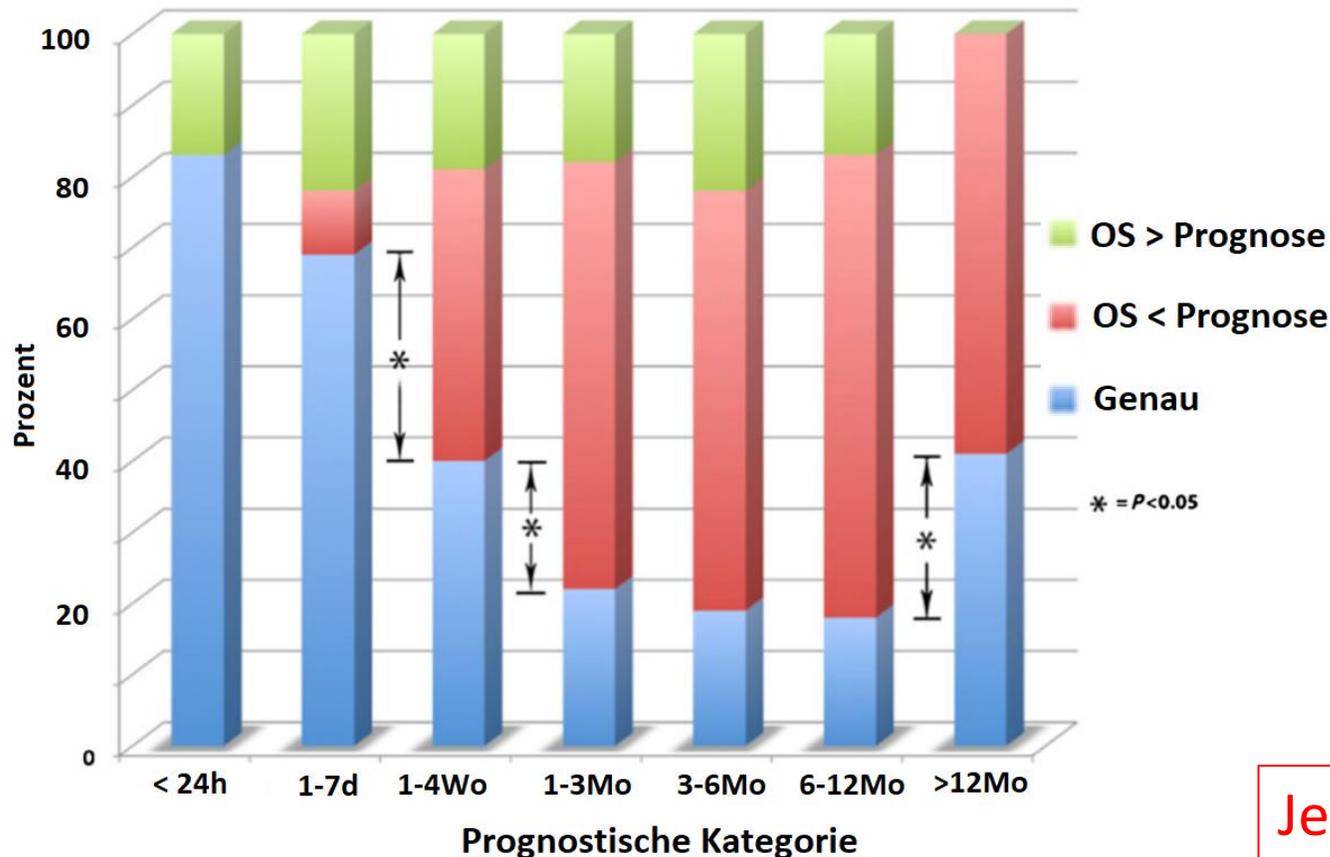
- Quelle: National Quality Forum. Cancer Endorsement Maintenance.

http://www.qualityforum.org/Projects/Cancer_Endorsement_Maintenance_2011.aspx Zugriff 15.5.2014

Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- **Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS**
- Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier
- Nochmal Kommunikation

Auch Palliativdienste u.ä. schätzen Prognose nicht völlig korrekt ein



Selby et al. (2011) J of Pain Symp Man 42:578-88 (Kanada)
Stone et al. (2022) PLoS ONE 17(4): e0267050 (GB)
Orlovic et al. (2023) BMC Palliative Care 22:51 (GB)

Ähnlich:

Schätzungen bei Stone 2022:
26% „Wochen-Tage“ leben Monate
31% „Monate“ nur Wochen-Tage

Schätzungen bei Orlovic 2023
29% mit >Monate → Tage/Wochen
22% mit Tage/Wochen → Monate

Jeweils ~20% würde aufgrund der Schätzung
- evtl. sinnvolles (?) vorenthalten
- trotz der Schätzung sinnloses (?) gemacht

Exkurs:

Wird das eines der KI-Themen der nächsten Jahre?

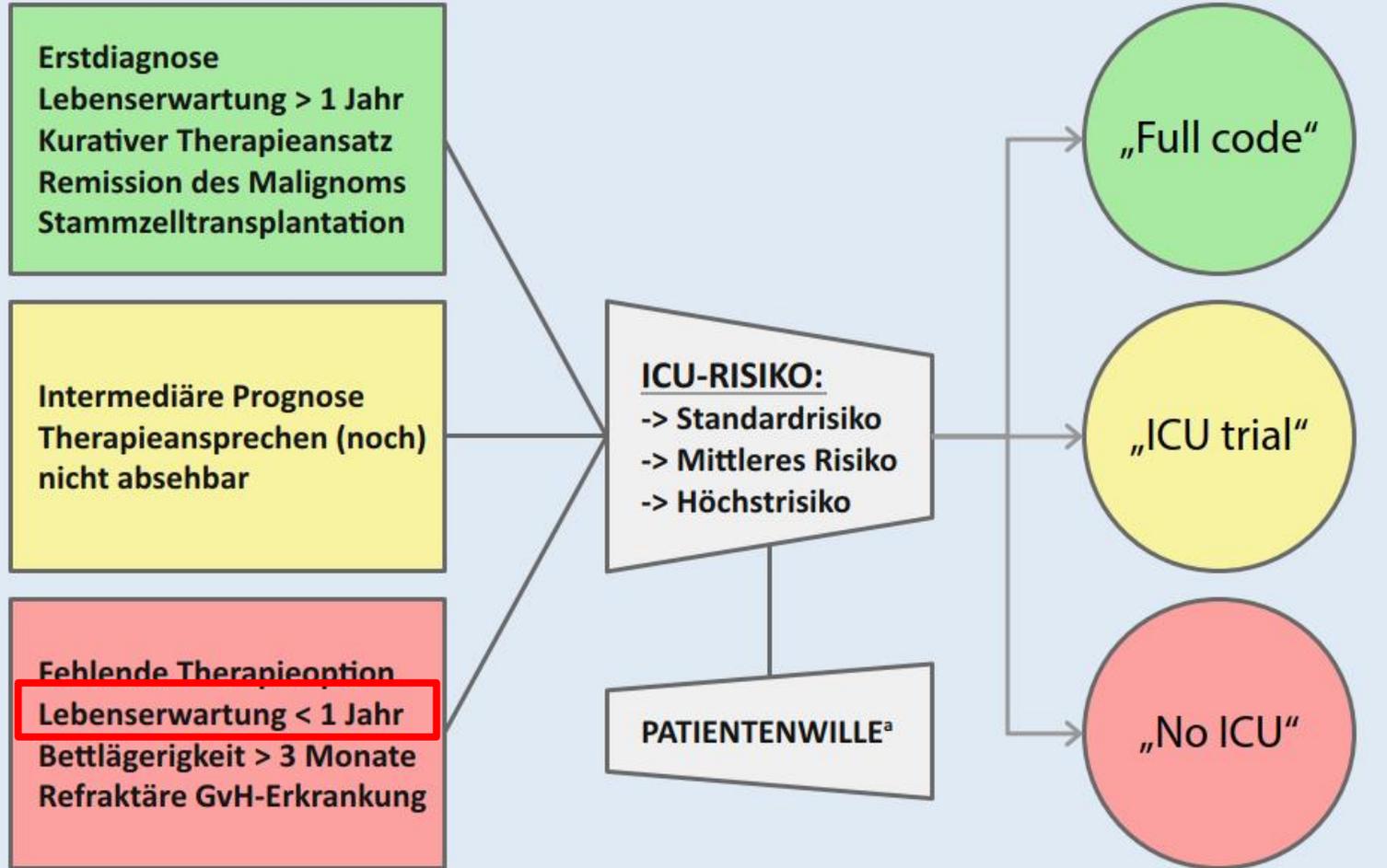
- Beratung ja, Entscheidung nein!
- (kurze) Zeitliche Prognosen haben eine Tendenz zur selbsterfüllenden Prophezeiung
- Vermutlich ist auch der Punkt der „sicher vorhergesagten völligen Futility“ der KI nicht fassbar
(würde erwarten Statements wie „der Patient hat eine Chance von 0,6% für 3 Monate zu überleben“)
→ juristische / ethische / kommunikative Bedeutung?

Reduziert Frühintegration der P.M. die Rate an ITS-Behandlungen am Lebensende?

- (international primär unterschiedliche Verhältnisse)
- **Ja:** Romano et al (2017) *Oncologist* 22(3): 318–323
(nicht randomisiert)
- **Nein:** Grudzen et al (2016) *JAMA Oncol.* 2(5):591-598
- **Vorsicht!**
Etliche Frühintegrations-Studien haben
(z.B. in [clinical trials.gov](https://clinicaltrials.gov)) multiple sekundäre Endpunkte,
die dann nur selektiv berichtet werden.

ICU-Trial (Lecuyer 2007)

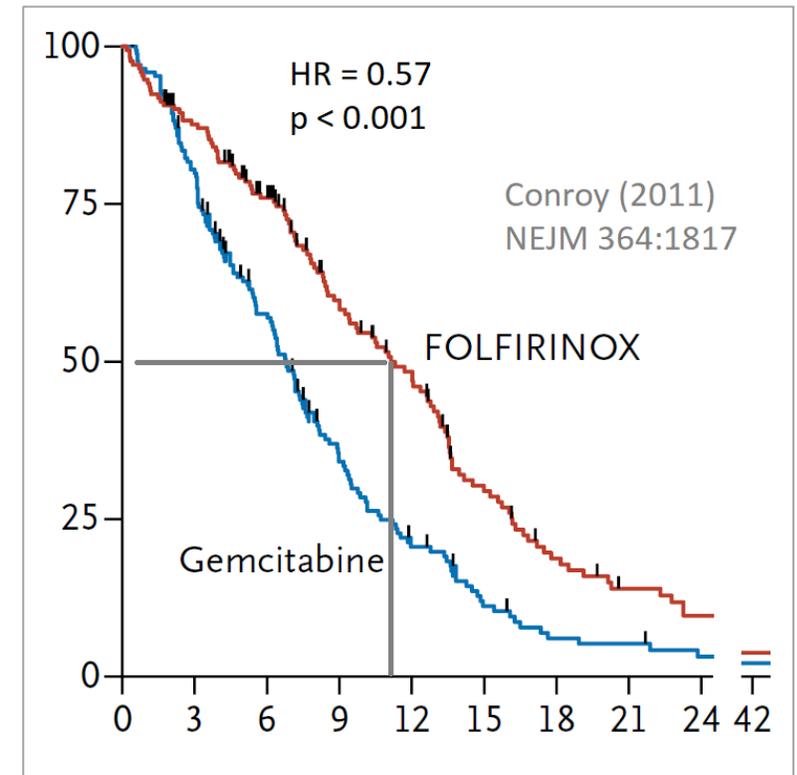
Time-limited Trial



C. Lueck · G. Beutel

Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation,
Zentrum Innere Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland

Der Krebspatient auf der Intensivstation



Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS
- **Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier**
- Nochmal Kommunikation

Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DGPalliativmedizin^{1,2}

Palliative Aspects in Clinical Acute and Emergency Medicine as well as Intensive Care Medicine: Consensus Paper of the DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA and DGPalliativmedizin

Autorinnen/Autoren

Guido Michels^{1,a}, Stefan John^{2,a}, Uwe Janssens^{3,a}, Philip Raake^{4,b}, Katharina Andrea Schütt^{5,b}, Johann Bauersachs^{6,b}, Thomas Barchfeld^{7,c}, Bernd Schucher^{8,c}, Sandra Delis^{9,d,j}, Rüdiger Karpf-Wissel^{10,d}, Matthias Kochanek^{11,e}, Simone von Bonin^{12,e}, Christiane M. Erley^{13,f}, Susanne D. Kuhlmann^{14,f}, Wolfgang Müllges^{1,15,g}, Georg Gahn^{16,g}, Hans Jürgen Heppner^{17,h}, Christoph H. R. Wiese^{18,19,i}, Stefan Kluge^{20,a}, Hans-Jörg Busch^{21,a}, Claudia Bausewein^{22,j}, Manuela Schallenburger^{23,j}, Martin Pin^{24,k}, Martin Neukirchen^{23,25,j}

Kurzversion(en)

6 Seiten Z Palliativmed / Kardiologie

Langversion

25 Seiten u.a. Med Klin Intensivmed Notfmed

Allgemeine Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin

- Palliativmedizin *soll* frühzeitig sowohl in die klinische Akut- und Notfallmedizin als auch in die Intensivmedizin integriert werden.
- Ein Palliativdienst *sollte* idealerweise – wenn vorhanden – bei hochsymptombelasteten Notfall- und Intensivpatienten und deren An-/Zugehörigen zur palliativen Beratung und folgend zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung in potenziell lebenslimitierenden Situationen hinzugezogen werden.
- Zur Behandlung allgemeiner Symptome und vor allem auch bei Nichtverfügbarkeit einer spezialisierten Palliativmedizin *sollte* bei Akut- und Intensivmedizinern sowie bei Pflegenden in Notaufnahmen und auf Intensivstationen eine palliativmedizinische Basisqualifikation vorliegen.
- Palliativmedizinische Grundkenntnisse *sollten* im Rahmen von interdisziplinären und interprofessionellen Fortbildungen regelmäßig vermittelt und als hausinterne Standardvorgehensweise (SOP) erarbeitet werden.

Allgemeine Empfehlungen zu palliativ- medizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin

- Palliativmedizin soll frühzeitig sowohl in die klinische Akut- und Notfallmedizin als auch in die Intensivmedizin integriert werden.
- Ein **Palliativdienst** sollte idealerweise – wenn vorhanden – bei hochsymptom-belasteten Notfall- und Intensivpatienten und deren An-/ Zugehörigen zur palliativen Beratung und folgend zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung in potenziell lebenslimitierenden Situationen hinzugezogen werden.
- Zur Behandlung **allgemeiner Symptome** und vor allem auch bei Nichtverfügbarkeit einer spezialisierten Palliativmedizin sollte bei Akut- und Intensivmedizinern sowie bei Pflegenden in Notaufnahmen und auf Intensivstationen **eine palliativ- medizinische Basisqualifikation** vorliegen.
- Palliativmedizinische **Grundkenntnisse sollten im Rahmen von interdisziplinären und interprofessionellen Fortbildungen regelmäßig vermittelt** und als haus-interne Standardvorgehensweise (SOP) erarbeitet werden.

... darin konkretere Empfehlungen für einzelne Patientengruppen

Hämato-/onkologische Patienten

1. Grundsätzlich *soll* vor einer Intensivstationsaufnahme eines Patienten mit einer Krebserkrankung geklärt werden, ob eine intensivmedizinische Versorgung medizinisch indiziert und vom Patienten bzw. gesetzlichen Betreuer gewünscht ist.
2. Allen schwerkranken Krebspatienten *sollte* eine akutmedizinische Versorgung (ohne Einschränkung der Ressourcen) angeboten werden, wenn das dadurch angestrebte Therapieziel mit der allgemeinen Prognose der zugrundeliegenden Malignität vereinbar sein könnte.
3. Strukturen für eine Palliativversorgung von Krebspatienten *sollen* frühzeitig etabliert und dem Patienten bzw. Betreuer vorgestellt und angeboten werden.
4. Dem vorausverfügten Patientenwillen oder den Angaben eines Bevollmächtigten *muss*, wenn medizinisch inhaltlich sinnvoll, Folge geleistet werden. Bei fehlender Sinnhaftigkeit *soll* dies offen und empathisch mit den Betroffenen unter Aufzeigen der Alternativen kommuniziert werden.
5. Um die Qualität der End of Life-Versorgung bei kritisch kranken Krebspatienten zu verbessern, z. B. die Beurteilung und das Arzneimittelmanagement bei Notfällen, das Beenden der Behandlung und die Überwachung oder die Wahrung der Würde und der individuellen Wünsche, *sollte* eine enge Kooperation mit der spezialisierten Palliativmedizin erfolgen.

Empfehlungen aus Sicht der Palliativmedizin (etwas gekürzt)

- Eruiierung der medizinische Indikation und des Patientenwillens / Berücksichtigung des patientenzentrierten Therapieziels
- **Vor elektiven Interventionen, bei denen eine ITS- Nachbehandlung nicht ausgeschlossen ist, soll ... empfohlen werden, qualitativ hochwertige Vorsorge-instrumente (Advance Care Planing oder Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung) zu erstellen.**
- Bei einer absehbar längeren Behandlung auf einer ITS (> 5 Tage) sollen **mindestens 1x wöchentlich Gespräche mit Patienten / An-/ Zugehörigen über den aktuellen Gesundheitszustand unter Berücksichtigung palliativmed. Aspekte geführt** und daran angepasste Therapieziele durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung vereinbart werden.
- Ein „time-limited trial“ **sollte** bei Unsicherheiten bezüglich des Nutzens und des Risikos der eingeschlagenen Therapie, der Ermittlung der Prognose und des patientenzentrierten Therapieziels **erwogen werden.**
[juristisch m.E. sehr weich]
- Die . . . beteiligten Berufsgruppen sollen zur Stabilisierung der Zusammenarbeit und zur Reduktion von Belastungen **gemeinsam Wege zur Entscheidungsfindung vereinbaren.**
- In der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgt **die allgemeine Palliativversorgung durch den Primärbehandler**, bei komplexen Symptomen soll, wenn verfügbar, ein palliativmedizinischer Dienst (PMD) oder im ambulanten Setting ein Team der SAPV hinzugezogen werden.

Agenda

- Definitorisches (Früher als Gegensätze gedacht?)
- Intensivmedizin
als unangemessene Behandlung am Lebensende?
- Prognose –Einschätzungen vor und auf der ITS
- Aktuelle Empfehlungen, deutsches Konsensuspapier
- **Nochmal Kommunikation**

Communicating About Time-Limited Trials



Kendall Downer, MD; Jillian Gustin, MD; Taylor Lincoln, MD; Lauren Goodman, MD; and Michael D. Barnett, MD

Time-limited trials (TLTs) are used in the management of critical care patients undergoing potentially nonbeneficial interventions to improve prognostication and build trust and

Kendall Downer et al. (2022) CHEST 161(1):202-207
Birmingham, AL; Columbus, OH; Pittsburgh, PA;

Communicating About Time-Limited Trials

T	Time	“Right now, I hope that the ventilator helps your father’s lungs recover from this pneumonia. I also worry that despite the best medical care we can give him, his lungs may not recover and he may die from this infection. At this time, I simply don’t know.
I	Interval	“After one week on the ventilator, we will be able to say with more certainty if the ventilator and antibiotics are helping your father. Today is day two of ventilator support.”
M	Measurement	“I will be looking at the whole medical picture every day. Specifically, regarding the ventilator, I expect to see slow decreases in the amount of work the ventilator is doing for him if his lungs are improving.”
E	End or Extend	“If he is still on the ventilator at the end of one week and we see these improvements , then I may recommend extending the time on the ventilator for a few more days. If, despite our best efforts, his body doesn’t get better or other organs start to shut down,

Kendall Downer et al. (2022) CHEST 161(1):202-207
Birmingham, AL; Columbus, OH; Pittsburgh, PA;

Zusammenfassung

- Seit WHO 2002 sind Palliativ- und Intensivmedizin keine unüberbrückbaren Gegensätze mehr.
Konsensuspapier wichtige Diskussions- und Weiterbildungsgrundlage
- Scheitern alleine stellt die initiale Indikation nicht retrospektiv in Frage.
- Einschätzungen der Prognose im intermediären Bereich (~mehrere Monate) sind ungenau, auch bei Palliativmedizinern.
[Prognose-Einschätzungen werden schwieriger, mathematische KI-Exaktheit schafft evtl. neue Probleme]
- Palliativmedizinische Grundkenntnisse / Kommunikations-Schulungen werden wichtiger.
- **Frühe Kommunikation zur Endlichkeit hilft ein wenig, Probleme am Lebensende zu reduzieren.**
- [These für den Heimweg:
Übersteigerte Erwartungen in Bezug auf gegenwärtigen onkologischen Fortschritt tragen zu unrealistischen Erwartungen am Lebensende (nicht nur bei Patienten) bei.]