

# End of life Therapie

13. März 2018

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Dr. Fabiola Fuchs, MSc

- Allgemeines
- Datenanalysen und Recherchen
- Beispiele für neue Versorgungsmodelle
- Diskussion

## Indicators of poor quality

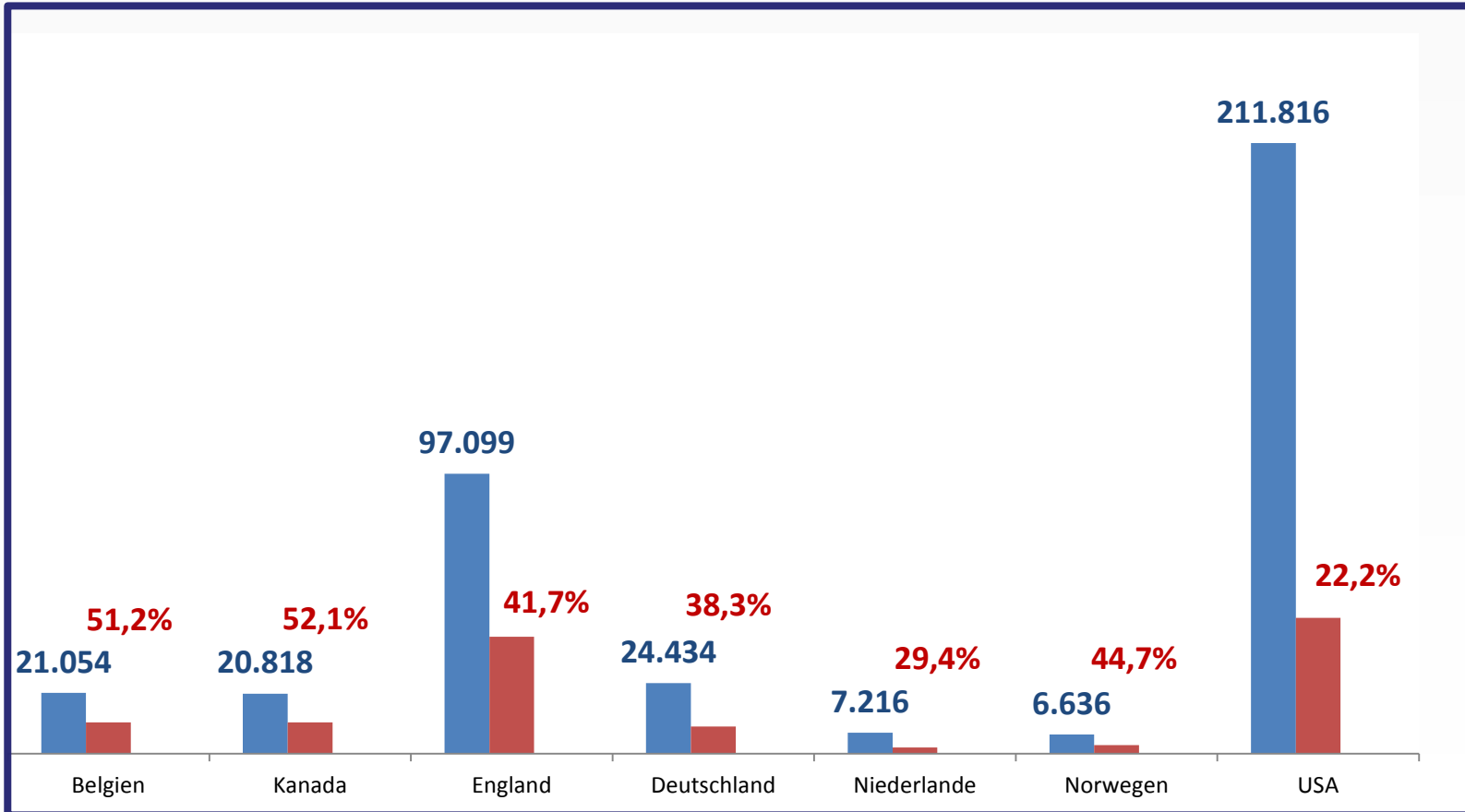
- Short interval between last chemotherapy and death
- Site of death (hospital versus home)
- High number of hospital and ICU days near the end of life
- Low proportion of patients enrolled in hospice

## Indicators of good quality

- Communication
- Share decision making
- Advance directives
- Pain and symptom management
- Multidisciplinary care

# Sterbefälle Krebspatienten > 65 Jahre

## 7 Länder Vergleich <sup>1</sup>

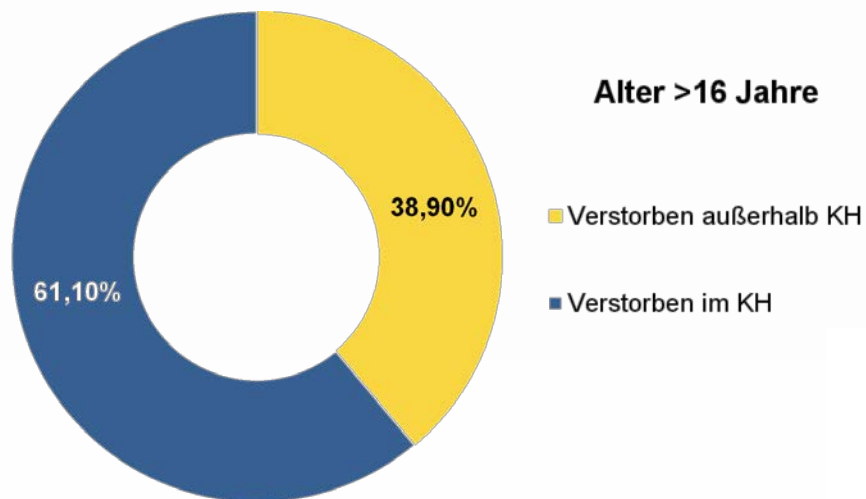


Blau:  
verstorben  
gesamt

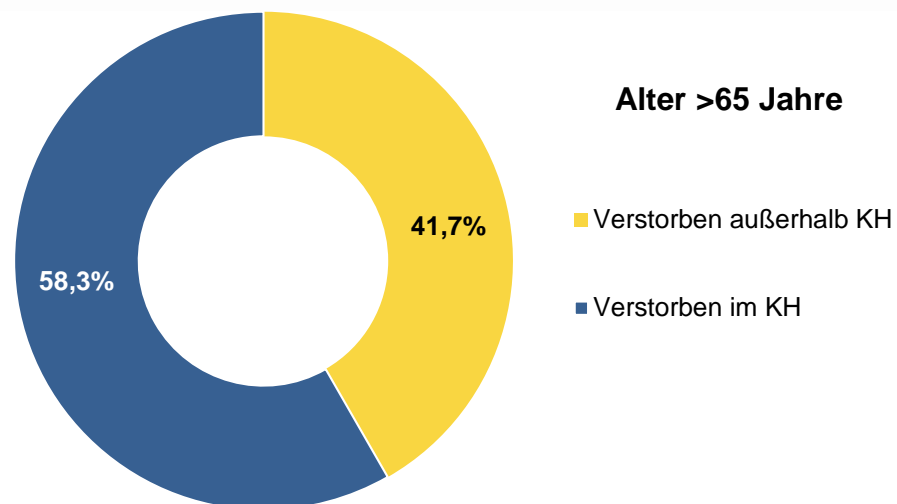
Rot: davon  
verstorben  
im KH in %

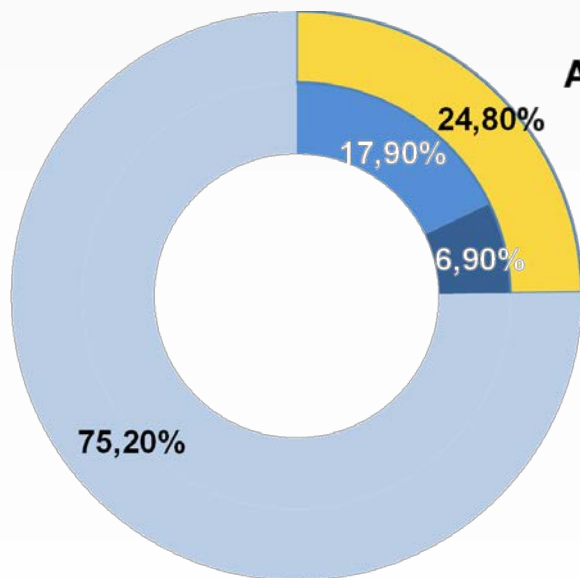
<sup>1</sup>Bekelmann et al. 2010: Comparison of site of death, Health Care Utilization and Hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. In *Jam.* 2016;315 (3): 272-283 (Daten 2010)

**Sterbefälle gesamt** 2788  
**Sterbefälle im KH** 1705 (61,1%)



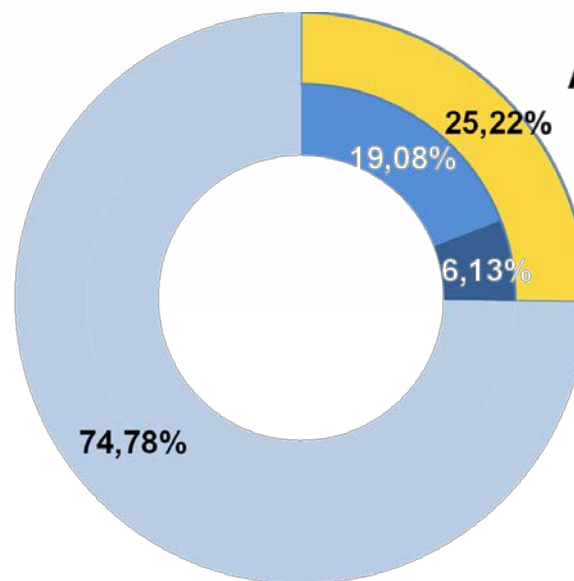
**Sterbefälle gesamt** 1759  
**Sterbefälle im KH** 1027 (58,3%)





**Alter >16 Jahre (n = 1 705)**

- Aufnahme moribund (S<= 1 Tag)
- Aufnahme moribund (S<= 2 Tage)
- restliche Aufnahmen



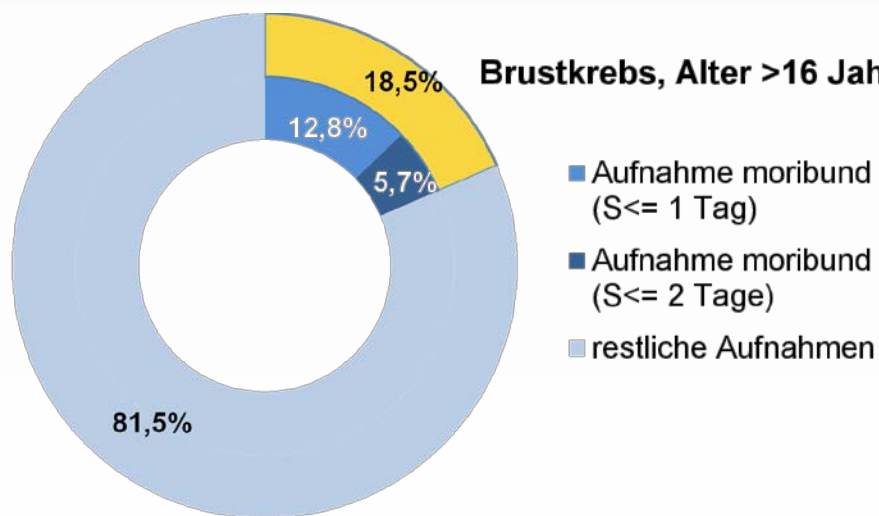
**Alter >65 Jahre (n = 1 027)**

- Aufnahme moribund (S<= 1 Tag)
- Aufnahme moribund (S<= 2 Tage)
- restliche Aufnahmen

# Sterbefälle Brustkrebs - Patientinnen NÖGKK 2015

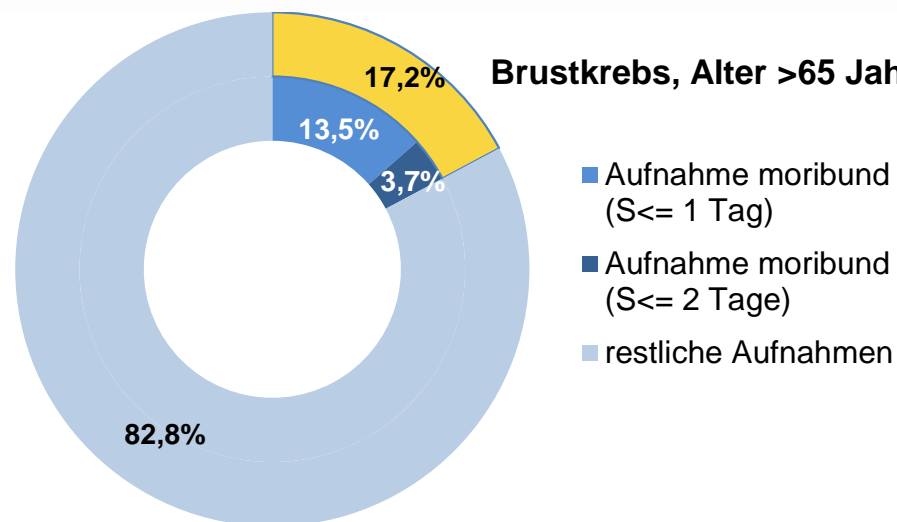
**Sterbefälle gesamt**      217  
**Sterbefälle im KH**      140 (64,5%)

**Brustkrebs, Alter >16 Jahre**



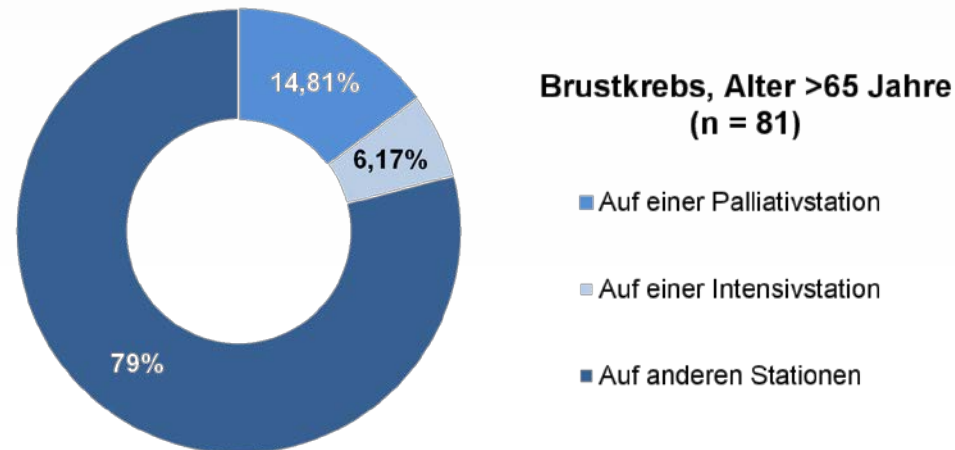
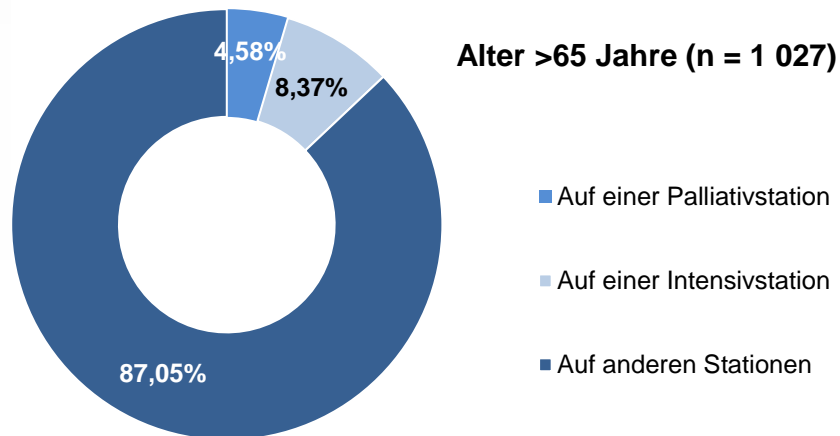
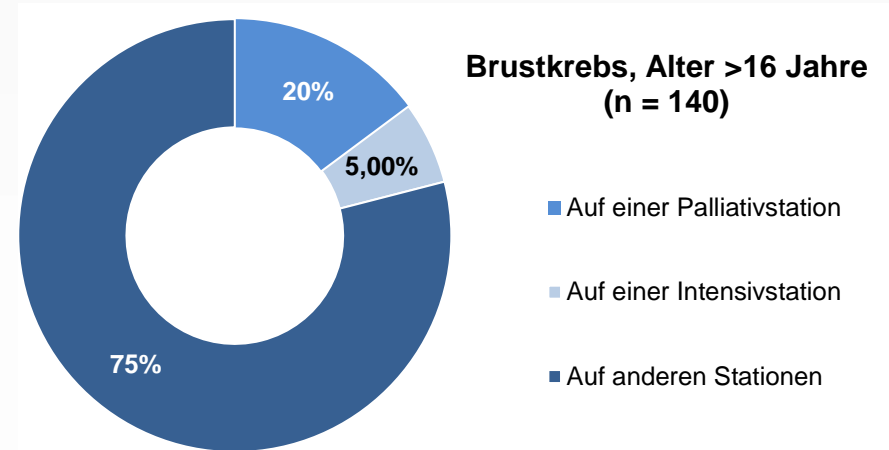
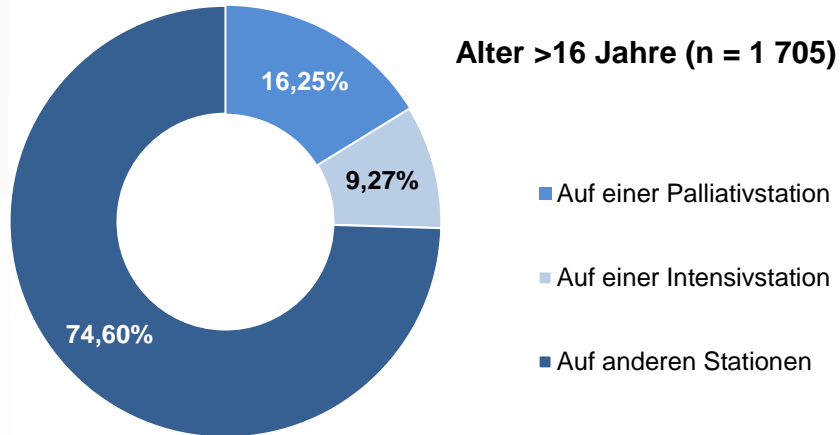
**Sterbefälle gesamt**      123  
**Sterbefälle im KH**      81 (65,8%)

**Brustkrebs, Alter >65 Jahre**



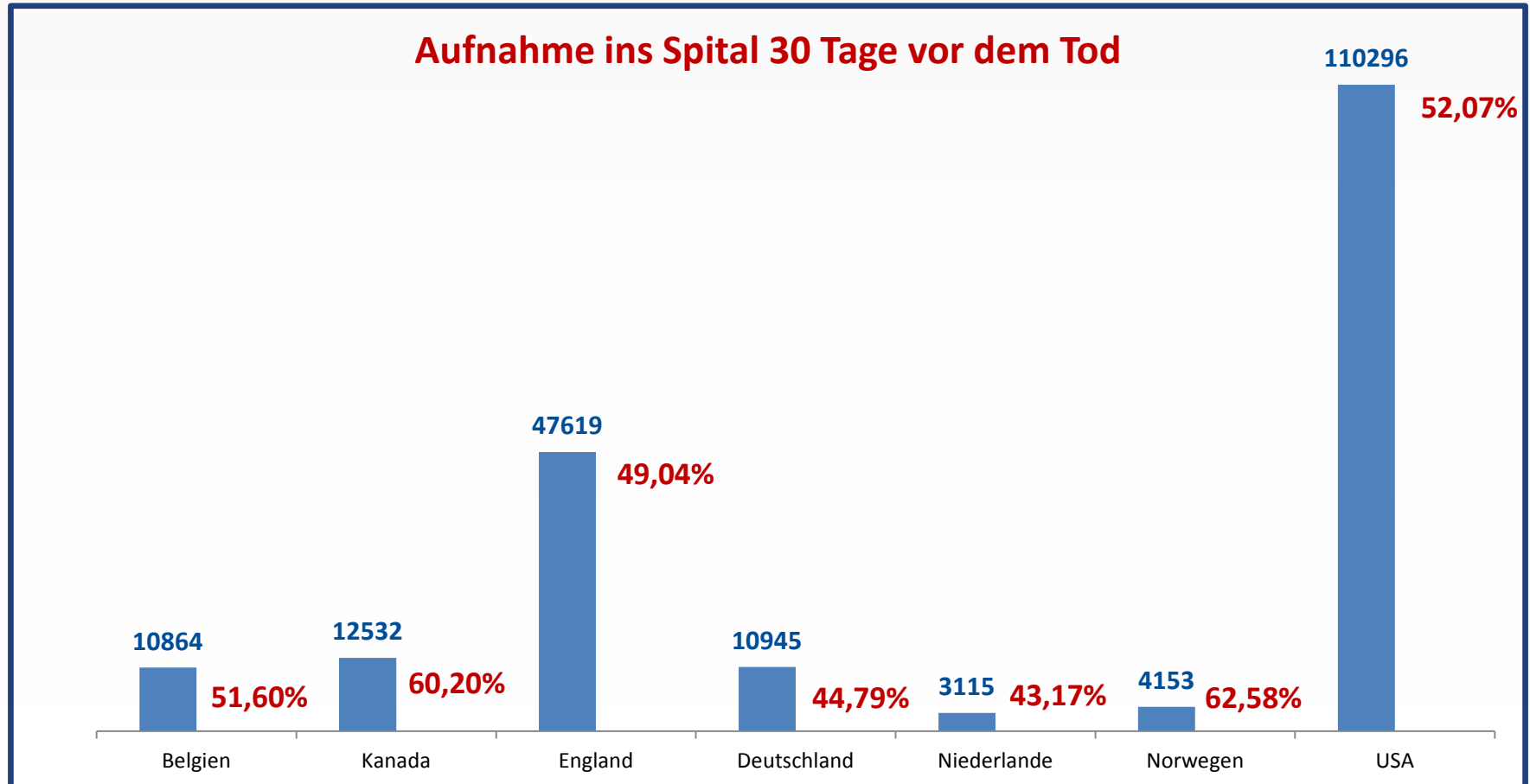


# Verstorben im KH – wo?





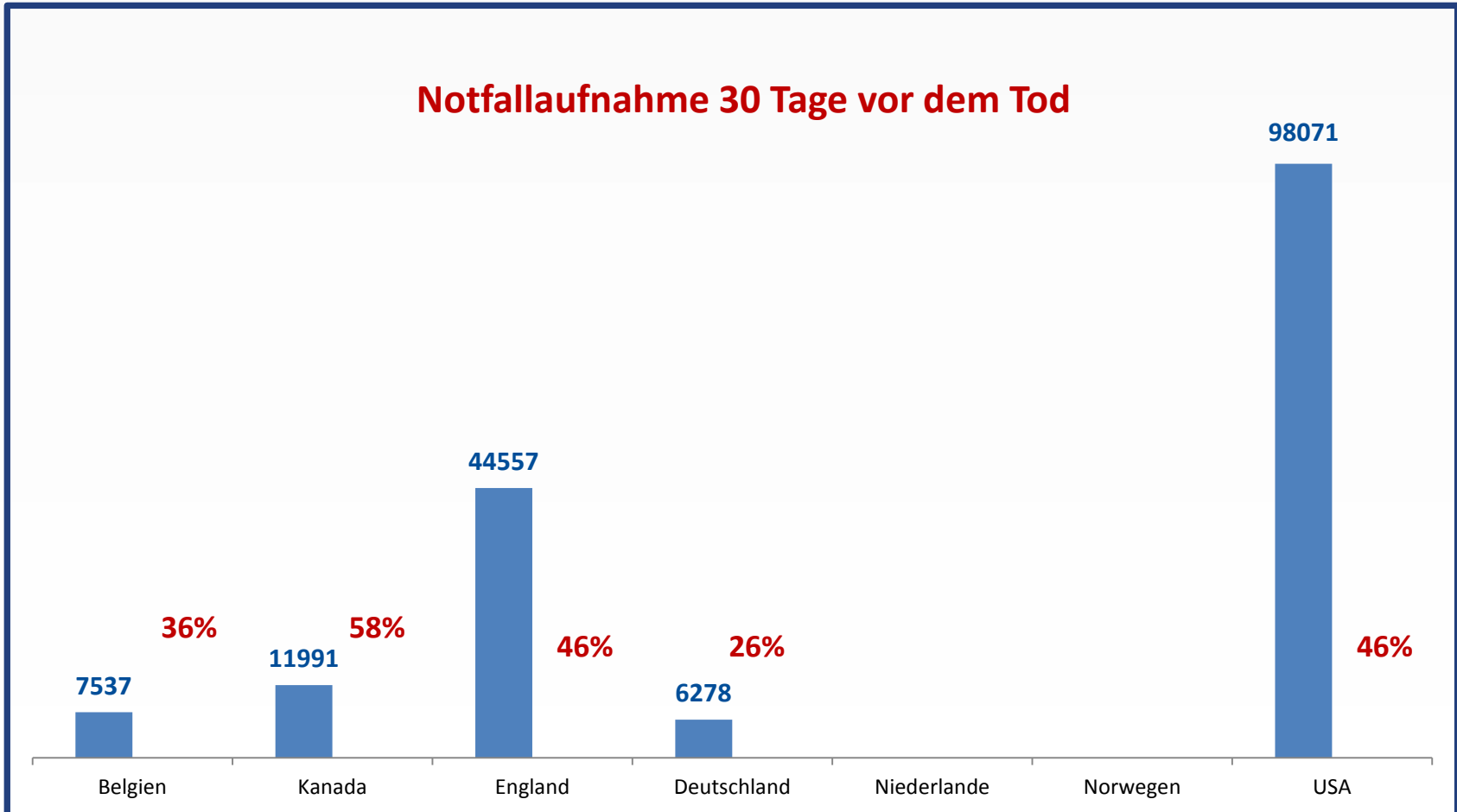
# Was passiert im Krankenhaus mit den Patienten vor dem Tod? <sup>1</sup>



**% an Verstorbenen gesamt**

<sup>1</sup>Bekelmann et al. 2010: Comparison of site of death, Health Care Utilization and Hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. In *Jam.* 2016;315 (3): 272-283 (Daten 2010)

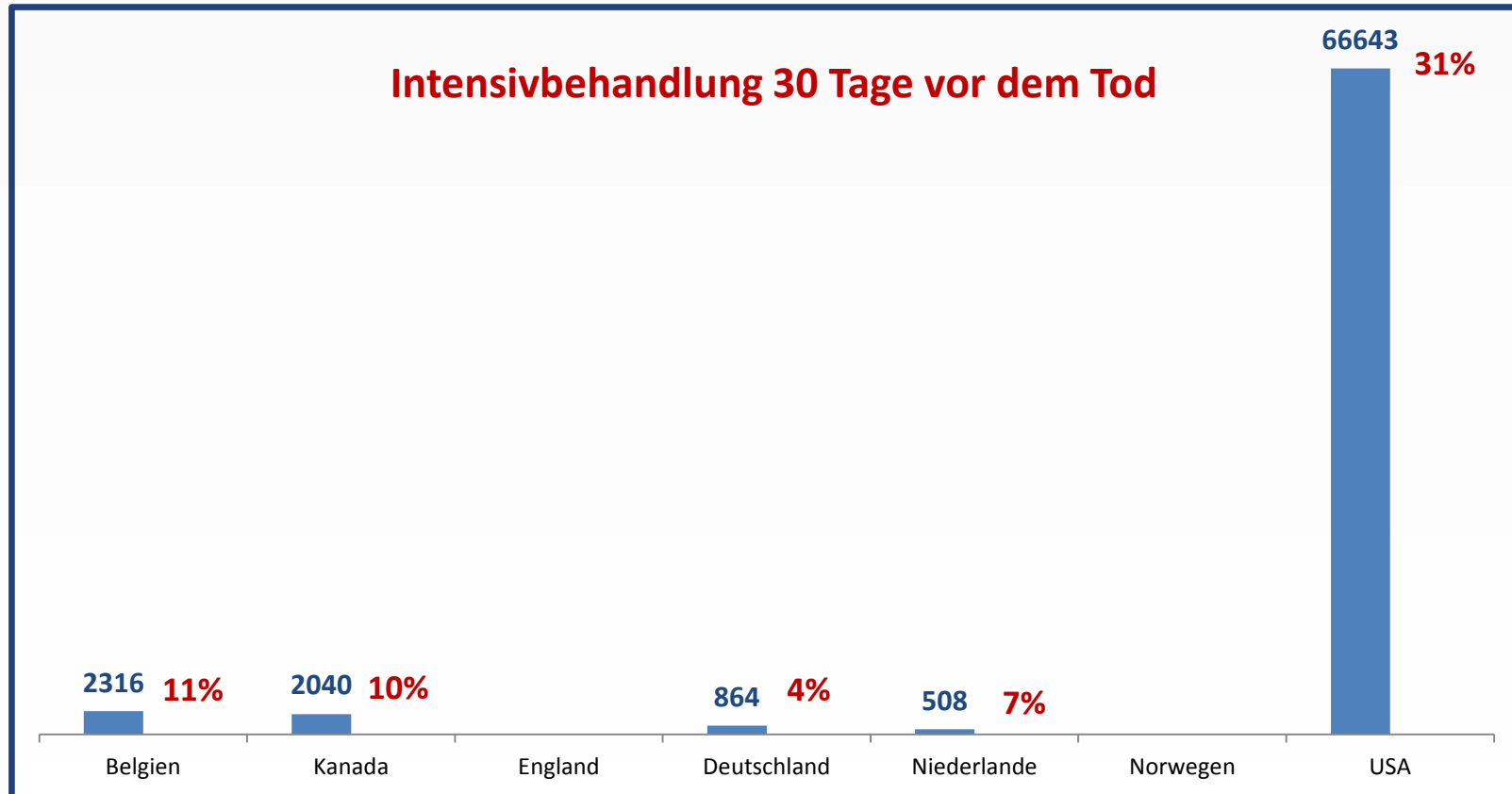
# Was passiert im Krankenhaus mit den Patienten vor dem Tod? <sup>1</sup>



**% an Verstorbenen gesamt**

<sup>1</sup>Bekelmann et al. 2010: Comparison of site of death, Health Care Utilization and Hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. In *Jama* 2016;315 (3): 272-283 (Daten 2010)

# Was passiert im Krankenhaus mit den Patienten vor dem Tod? <sup>1</sup>



**% an Verstorbenen gesamt**

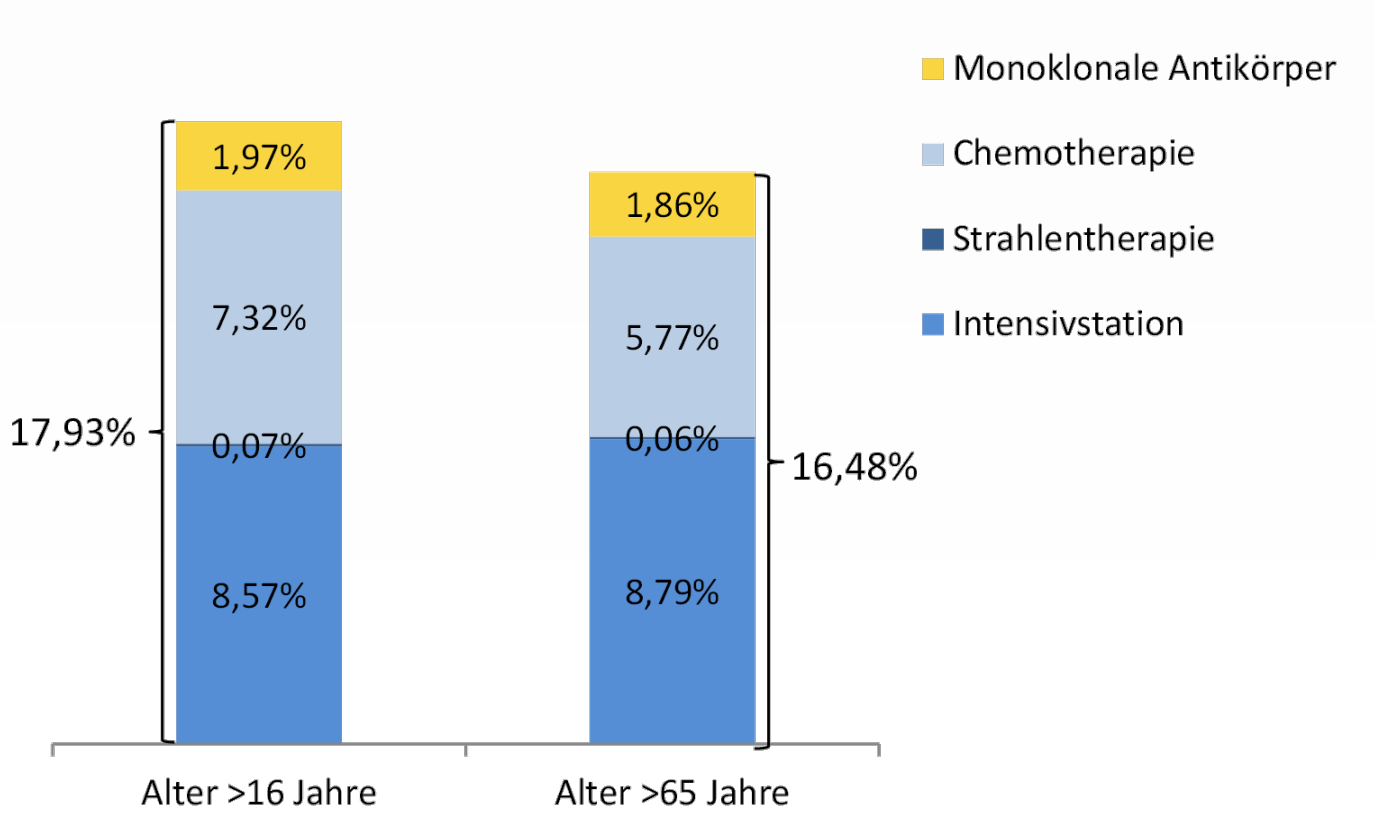
<sup>1</sup>Bekelmann et al. 2010: Comparison of site of death, Health Care Utilization and Hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. In *Jam.* 2016;315 (3): 272-283 (Daten 2010)

# Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende ( 30 Tage vor Tod)

**61,6%<sup>2</sup> (n=1 717) Spitalsaufnahme 66,4%<sup>2</sup> (n=1 035)**

**Männer: 33,9%**  
**Frauen: 27,7%**

**36,4%**  
**30,0%**

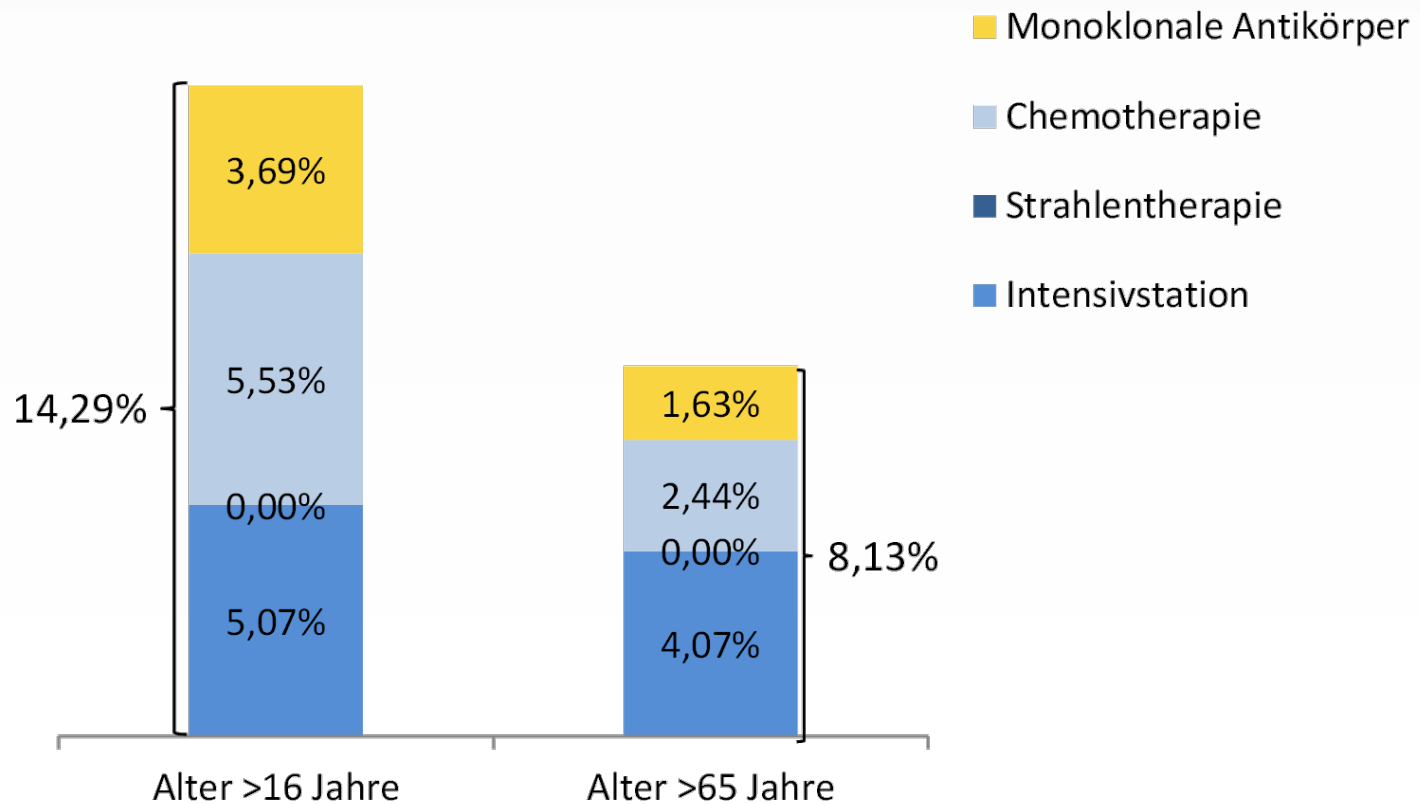


# Die Behandlung von Brustkrebs-Patientinnen am Lebensende ( 30 Tage vor Tod)

64,9%<sup>2</sup> (n=141)

## Spitalsaufnahme

65,8% (n=81)



## in den letzten 30 Tagen vor dem Tod

- Spitalsaufnahme 68,5%
- Strahlentherapie 7,7%
- Chemotherapie 14,5%

- Je jünger desto häufiger Therapien
- Männer öfter als Frauen
- Zusatzversicherte fast doppelt so oft Chemotherapie

<sup>1</sup>Matter-Walstra et.al,2014: Delivery of health care at the end of life in cancer patients for four swiss cantons: a retrospective database . BMC Cancer 14:306, 2014

Zuziehen eines interprofessionellen Palliativteams ab Diagnosestellung führt zur signifikanten **Lebensverlängerung**<sup>1</sup>.

- Mediane Überlebenszeit mit PC: 11,6 Monate
- Mediane Überlebenszeit **ohne** PC: 8,9 Monate

## Gründe

- weniger aggressive Therapien (28% vs. 53%)
- Eingehen auf Depressivität und Angst
- Verbesserung der Lebensqualität und Stimmung, bessere Symptomkontrolle

Temel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-lung cancer (New England Journal of Medicine 2010;363:733)

Parikh R, Kirch R, Smith T, Temel J. Early Specialty Palliative Care - Translating Data in Oncology into Practice. N Engl J Med. 2013;369:2347-51.



## Beispiele aus Österreich – Orientierungshilfen

### „Leitfaden Hospiz- und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung“<sup>1</sup>

Wesentlich ist neben entsprechenden Maßnahmen zur Symptomlinderung die vorausschauende Planung (Advance Care Planing) z. B. Vorsorgedialog

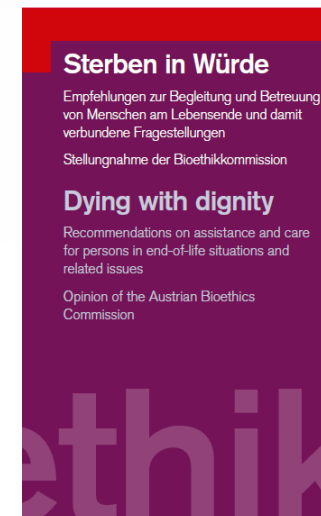
<sup>1</sup>Juni 2017; im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wird veröffentlicht auf [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

### „Sterben in Würde“<sup>2</sup>

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen

<sup>2</sup> Stellungnahme der Bioethikkommission , Bundeskanzleramt 2015

BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH  
BIOETHIKKOMMISSION



## Medizinethische Leitlinien

ÖGARI, ARGE Ethik in der Intensivmedizin



Europarat, 2014

<http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=57260>

216 Fachwissen

I

### Therapiezieländerungen auf der Intensivstation

Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation

Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI)

[https://www.oegari.at/web\\_files/dateiarchiv/editor/friesenecker\\_therapiezielaenderungen\\_\\_ains\\_2013.pdf](https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/friesenecker_therapiezielaenderungen__ains_2013.pdf)

# Beispiele aus Österreich



©ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin

## Checkliste: Intensivmedizinische Fragen Therapiezieländerung

Patientenetikette

Datum:

Unterschrift:

INDIKATION

|   | ja | wahr-scheinlich | unklar | unwahr-scheinlich | nein |
|---|----|-----------------|--------|-------------------|------|
| Ist die aktuelle Erkrankung überhaupt überlebbar?   |    |                 |        |                   |      |
| Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Kreislauffunktion zu erwarten?  |    |                 |        |                   |      |
| Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der ZNS-Funktion zu erwarten?   |    |                 |        |                   |      |
| Besteht bei voraussichtlicher ZNS-Schädigung ein klinisch relevantes Rehabilitationspotenzial?                                    |    |                 |        |                   |      |
| Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Lungenfunktion zu erwarten?   |    |                 |        |                   |      |
| Ist im Falle einer permanenten, schweren Lungenfunktionseinschränkung eine langfristige Respiratortherapie medizinisch indiziert? |    |                 |        |                   |      |
| Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Nierenfunktion zu erwarten?   |    |                 |        |                   |      |
| Besteht bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Möglichkeit der dauerhaften maschinellen Nierenersatztherapie?              |    |                 |        |                   |      |

*Viele der angeführten Fragen sind interdisziplinär zu beantworten. Wenn eine der angeführten Fragen mit „Unwahrscheinlich“ beantwortet wird, ist eine Therapiezieländerung zu erwägen. Welche Maßnahmen gesetzt werden, ist im Einzelfall zu entscheiden. (siehe Therapieziel-Graphik am Dokumentationsblatt)*

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Besteht davon unabhängig eine stark beschränkte Lebenserwartung? |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

PATIENTEN WILLE

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Gibt es einen geäußerten Patientenwillen?  |  |  |  |  |  |
| Liegt eine gültige, situationsbezogene, verbindliche Patientenverfügung vor?       |  |  |  |  |  |
| Liegt eine gültige, situationsbezogene, beachtliche Patientenverfügung vor?        |  |  |  |  |  |
| Liegt eine Vorsorgevollmacht mit inhaltlich bestimmten Behandlungsablehnungen vor? |  |  |  |  |  |

*Der Patientenwille ist das wichtigste Entscheidungs-*

## **GB: Terminale Lebensende – Versorgung**

(NHS: National End of life care Programm)

Advance Decision to refuse treatment ( Vorentscheidung zur Ablehnung der Behandlung)

[https://www.nwas.nhs.uk/media/281368/20013\\_adrt.pdf](https://www.nwas.nhs.uk/media/281368/20013_adrt.pdf)

## **Kanada: End-of-life Therapeut**

**USA:** Dignity therapy <sup>1</sup>, Art therapy, Music therapy, Pet therapy, Psychotherapy

<sup>1</sup> Dignity therapy ist eine Art Biografiearbeit nach einem Fragenkatalog (Chochinov et al. 2005, nach Eychmüller 2011).  
Gemeinsame Erarbeitung mit dem Therapeuten, Script bleibt beim Patienten.

- Wann haben Sie sich am lebendigsten gefühlt?
- Was möchten Sie, dass ihre Angehörigen von Ihnen in Erinnerung behalten?
- Was sind die wichtigsten Lehren des Lebens für Sie?
- Welche Rollen in Ihrem Leben waren am wichtigsten?
- Worauf sind Sie stolz?
- Was ist noch unfertig, was braucht noch Abschluss?
- Welche Wünsche und Hoffnungen haben Sie für Ihre Angehörigen? Haben Sie hierfür Ratschläge?

## Prognostische Scores

- Palliative prognostic score
- Palliative prognostic index
- Chuang prognostic score
- Terminal cancer prognostic score

Stone P.C., Lund S.: Predicting prognosis in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology* 18:971-976, 2007

## **Schweiz, SGIM – Smarter Medicine:**

**TOP3) Bei Patienten mit einem signifikanten Risiko zu sterben oder schwerwiegende Schäden davonzutragen sind lebenserhaltende Massnahmen nur dann fortzusetzen, wenn mit dem Patienten – oder den Angehörigen, die ihn vertreten – zuvor die Behandlungsziele besprochen wurden, und zwar unter Berücksichtigung der Werte und persönlichen Wünsche des Patienten.**

## **USA, American Society of Clinical Oncology**

**TOP1) Don't use cancer-directed therapy for solid tumor patients with the following characteristics: low performance status (3 or 4), no benefit from prior evidence-based interventions, not eligible for a clinical trial, and no strong evidence supporting the clinical value of further anti-cancer treatment**



- Diskussion
- Kontakt: [fabiola.fuchs@noegkk.at](mailto:fabiola.fuchs@noegkk.at)  
Tel.: 05 0899 3112