

Versorgungssituation von Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen in Hospizen in Niederbayern

Kaiser F¹, Kaiser U², Hoffmann A³
 1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Göttingen
 2 Universitätsklinik Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Regensburg
 3 VK&K-Studien GbR, Landshut

Palliativmedizinische Behandlungsansätze mit Fokus auf die Lebensqualität kommen in der Therapie von schwerkranken Patienten vermehrt und mit großem Erfolg zur Anwendung. Der Einsatz erfolgt oft parallel zu onkologischen Therapieprotokollen. Gleichzeitig können auch (supportive oder symptomkontrollierende) onkologische Therapien wie Strahlentherapie bei Schmerzen oder lokalen Tumorblutungen und Transfusionen bei Luftnot zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. Allerdings stellt gerade bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen der Einsatz häufig eine schwierige Entscheidung dar, mit der Notwendigkeit eines sorgfältigen Abwägens der Vor- und Nachteile. Insbesondere bei Bewohnern von Hospizen, die sich im Endstadium ihrer Erkrankung befinden und oft eine sehr vulnerable Patientengruppe darstellen, ist der Einsatz von solchen supportiven onkologischen Therapien sehr diffizil. Zur weiteren Klärung wurde nun eine retrospektive Analyse in den beiden Hospizen in Niederbayern durchgeführt, um Indikation und Einsatz von symptomkontrollierenden Tumortherapien in Hospizen zu erfassen.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigten, dass auch im Hospiz onkologische Therapien im Sinne supportiver Therapiemaßnahmen in Betracht gezogen werden können. Eine Umsetzung erscheint unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die in den Hospizen durchgeführten Tumortherapien erfolgten besonders zur Symptomreduktion, insbesondere von (Knochen-)Schmerzen und Atemnot. Der Einsatz symptomkontrollierender onkologischer Therapien am Lebensende bedarf einer sorgfältigen Patientenauswahl und Indikationsstellung sowie einer engen Zusammenarbeit zwischen Onkologie, Palliativmedizin, Hausärzten und Pflegekräften. Eine strenge Trennung von onkologischen Therapien und reiner Hospizversorgung sollte in Zukunft sicherlich weiter kritisch diskutiert werden. Onkologische Therapien am Lebensende können für bestimmte Patienten und in bestimmten Situationen sinnvoll sein und durchaus dazu beitragen "den Tagen mehr Leben zu geben".

Retrospektiv analysiert wurden die Patientendaten aus dem Hospiz Vilsbiburg (HV) (Landkreis Landshut) und dem Hospiz Niederallteich (HN) (Landkreis Deggendorf). Der Untersuchungszeitraum betrug in beiden Hospizen jeweils die ersten 40 Monate nach Eröffnung (HV: 09/13-12/16; HN: 07/15-10/18). Untersucht wurden alle Patienten mit einer malignen hämatologischen oder onkologischen Hauptdiagnose. Erfasst wurden epidemiologische und demographische Daten, die Verweildauer und - wenn vorhanden - die zur Einweisung führende Grunderkrankung sowie die tumorspezifischen Therapien. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Beide Hospize verfügen über 10 Bettenplätze. HV ist in ein ESMO zertifiziertes onkologisch-palliativmedizinische Netzwerk mit räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus eingebunden, HN wird eigenständig betrieben. Das Durchschnittsalter aller Bewohner mit einer malignen Erkrankung lag in beiden Hospizen bei 72 Jahren. Patienten die eine onkologische Therapie erhielten waren etwas jünger, im Schnitt 68 Jahre (HV: 69 Jahre, HN: 68 Jahre). Die durchschnittliche Verweildauer bei allen Patienten war mit 30 Tagen im HV etwas höher als mit 26 Tagen im HN. Bei Patienten mit einer onkologischen Diagnose war die Aufenthaltsdauer in beiden Hospizen deutlich höher (HV: 67 Tage, HN: 44 Tage). Die Analyse des Einsatzes spezifischer Tumortherapien bei diesen Bewohnern zeigte, dass in beiden Hospizen Tumortherapien eingesetzt wurden – wenn auch im unterschiedlichen Ausmaß und in z.T. unterschiedlichen Indikationen.

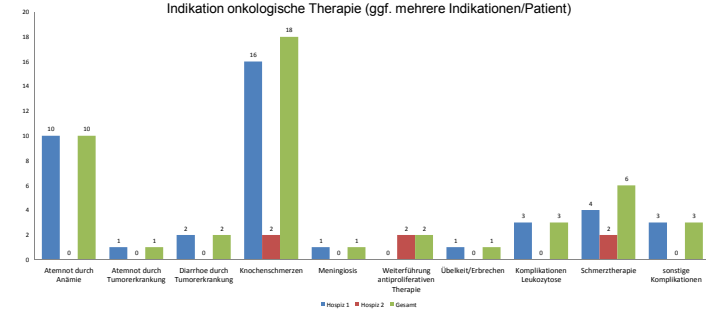


Hospiz Vilsbiburg

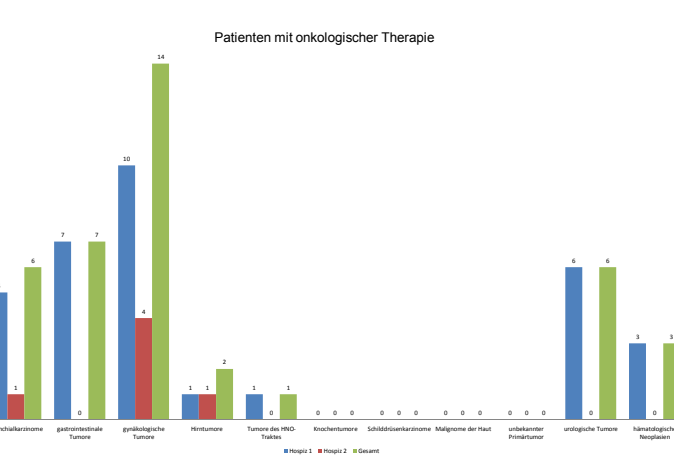
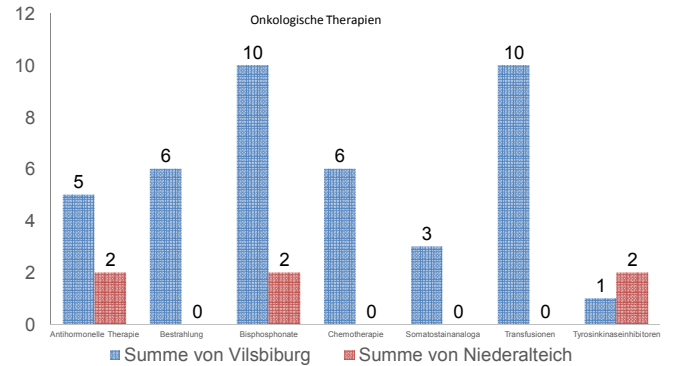
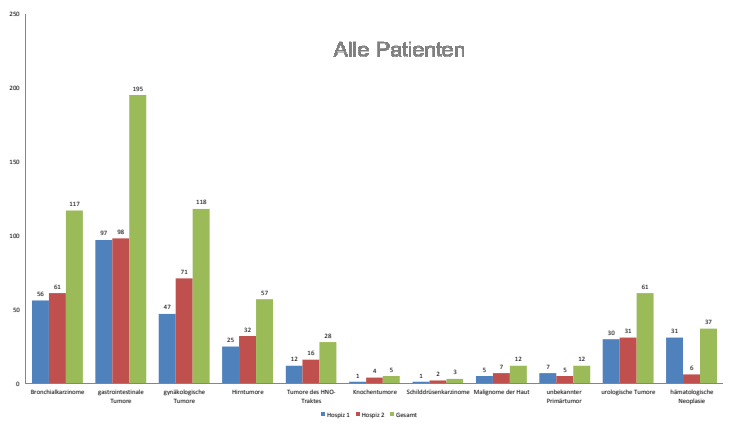


Hospiz Niederallteich

Indikation onkologische Therapie (ggf. mehrere Indikationen/Patient)



Alle Patienten



Interessenkonflikte: keine.

Literatur:
 1. Alt-Epping B, Fuxius S, Wedding U, Onkologie für die Palliativmedizin, Universitätsverlag Göttingen 2015; 2. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Adman S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.
 3. Connor SR, Peterson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. J Pain Symptom Manage. 2007 Mar;33(3):238-40.
 4. Saito AM, Landrum MB, Neville BA, Ayscough JZ, Eastle CC. The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. BMC Palliat Care. 2011;10(1):5.
 5. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Maltoni LA, Block SD, Prognosis HC. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. J Clin Oncol. 2010 Oct 10;28(26):4457-64.
 6. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliat Med. 2013 Jul; 9.
 7. Matsuyama R, Reilly S, Smith T. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. J Clin Oncol. 2006 Jul 20;24(21):3490-6.
 8. Higginson U, Gomes B, Calanzani N, Gao W, Bausewein C, Dawson BA, et al. Priorities for treatment, care and information faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries. Palliat Med. 2013 Jun 14.
 9. Escholz Proton LC, Chask M, Zepf R, Letzel S, Weber M. [Dying in Rheintal/Palatinate (Germany): Preferred and Actual Place of Death]. Gesundheitswesen. 2013 May 28.
 10. Breischwede K, Katschik L, Lüdemann C. 'Eisabath Mobil mbH' – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Raum Heile (Saale) – eine wissenschaftliche Auswertung [Eisabath Mobil mbH – Palliative Care in the Heile (Saale) Area – a Scientific Evaluation]. Z Palliativmed. 2012;13:36-45.
 11. Klinkworth K, Schneider N, Labusch S, Jünger S. Versorgung am Lebensende: Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung [End of Life Care: Attitudes and Preferences in the German Population]. Z Palliativmed. 2013;14:22-8.
 12. Klinger CA, Howell D, Zukus D, Deber RB. Barriers and facilitators to care for the terminally ill: A cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States. Palliat Med. 2010 Jun 25; 13.
 13. Lörkeck F, van Oorschot B. Palliativmedizin in der Onkologie: Ziele der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizinischer Deutschen Krebsgesellschaft [Palliative medicine in oncology: Objectives of the working group on palliative medicine of the German Cancer Society]. Forum. 2012;27(5):587-71.
 14. Avoules B, Harding R, Higginson U. Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. Palliat Med. 2013 Jun 25; 15.
 15. Gaertner J, Wolf J, Frechen S, Klein U, Scheidt D, Hellmich M, et al. Recommending early integration of palliative care - does it work? Support Care Cancer. 2012 Mar 20(3):507-13.
 16. Gaertner J, Wolf J, Hallik M, Glosmann JP, Voltz R. Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy - a disease-specific approach. Support Care Cancer. 2011 Jul;19(7):1037-43.

Autor:
F. Kaiser,
 Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie
 Universitätsmedizin Göttingen
 Robert-Koch-Str. 40
 37075 Göttingen
 e-mail: florian.kaiser@med.uni-goettingen.de