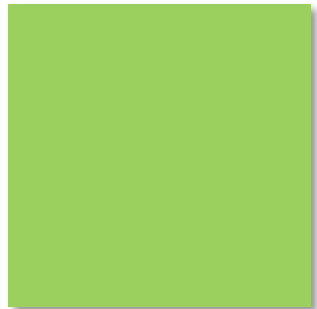
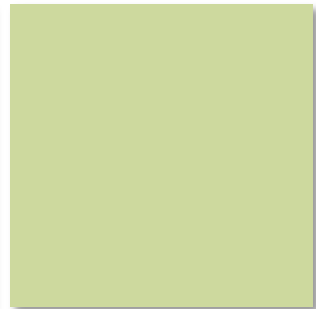


„Vom Ende her betrachtet – Ist die Frage „Krebs“ für Betroffene und Betreuer bedeutsam?“

IQWiG Herbstsymposium 2012

Prof. Dr. Claudia Bausewein PhD MSc

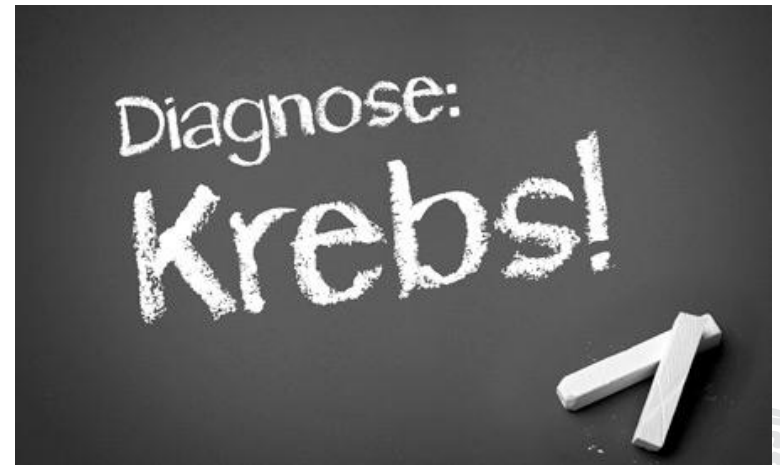


Vom Ende her betrachtet

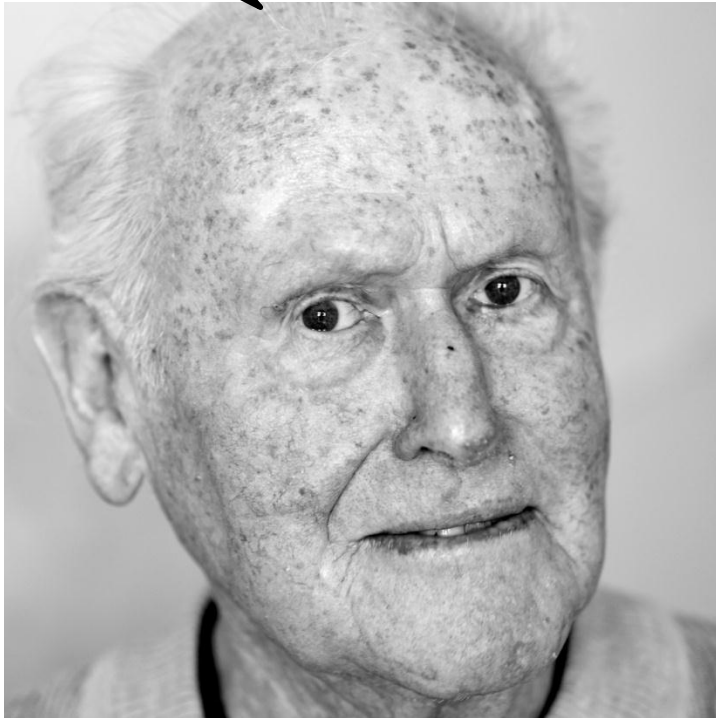
- Diagnose Krebs
- Symptome
- Folgen der Erkrankung und Therapie
- Erwartungen an Chemotherapie
- Prognose
- Kommunikation
- Palliativmedizinische Betreuung



Schmerzen



Leid



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN



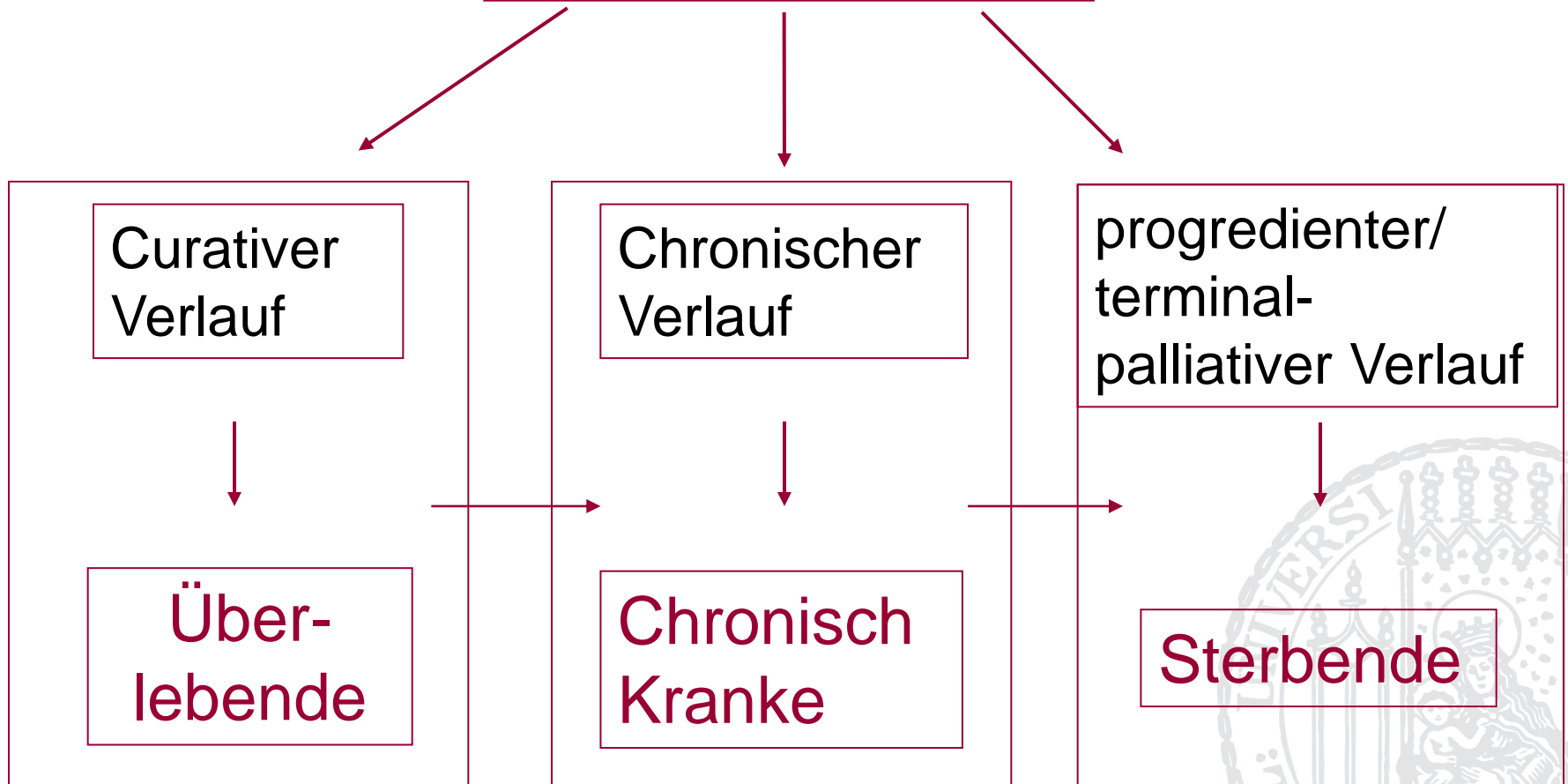


Tod



Krebs \neq Tod

Erstdiagnose



Auseinandersetzung mit Tumorerkrankung

- Mehr oder weniger große existentielle Bedrohung
- Erleben eines Kontrollverlustes
- Antastbarkeit der Autonomie
- Angst um die Zukunft, bezogen auf sich selbst & Angehörige
- Trauer um bereits eingetretene & noch zu erwartende Verluste

Heußner Der Internist 2012



Diagnosestellung COPD

- Reichweite der Diagnose oft nicht verstanden
- Erleichterung, dass Krebs ausgeschlossen
- Mit Therapie entlassen, kehren in „normales“ Leben zurück

Gysels & Higginson JPSM 2010

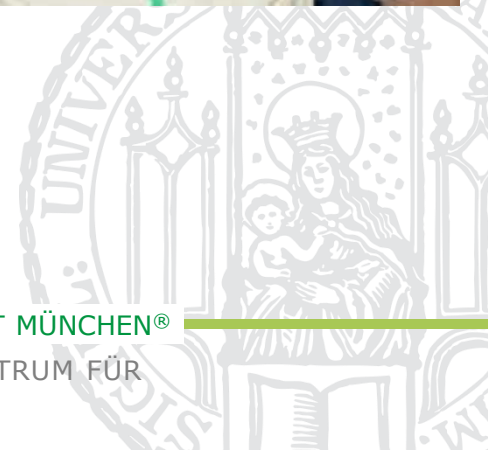
- Geringes Verstehen, was COPD ist
- Meisten Patienten nicht bewußt, dass progrediente Erkrankung
- Nur wenig realisieren, dass sie daran sterben können



Gardiner Pall Med 2009

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN



Leid

Schmerzen



Tod



Wenn Sie Krebs hätten und weniger als ein Jahr zu leben...

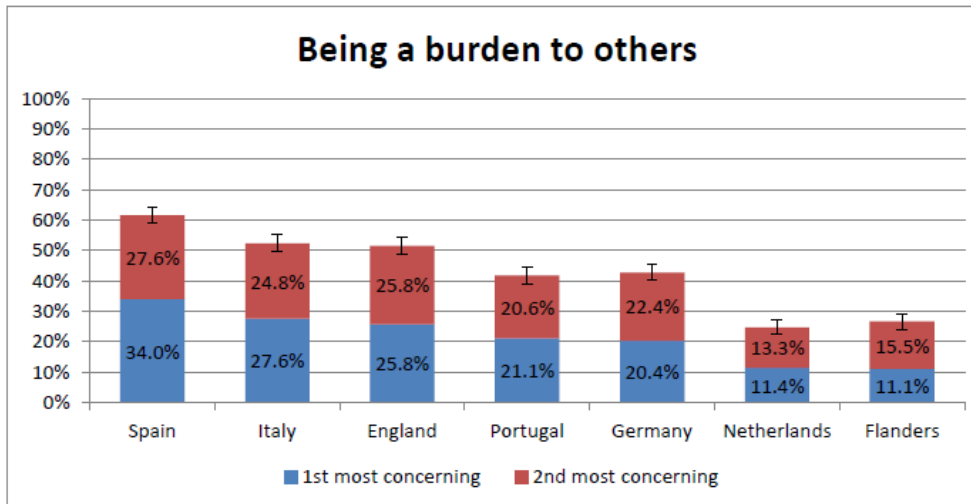
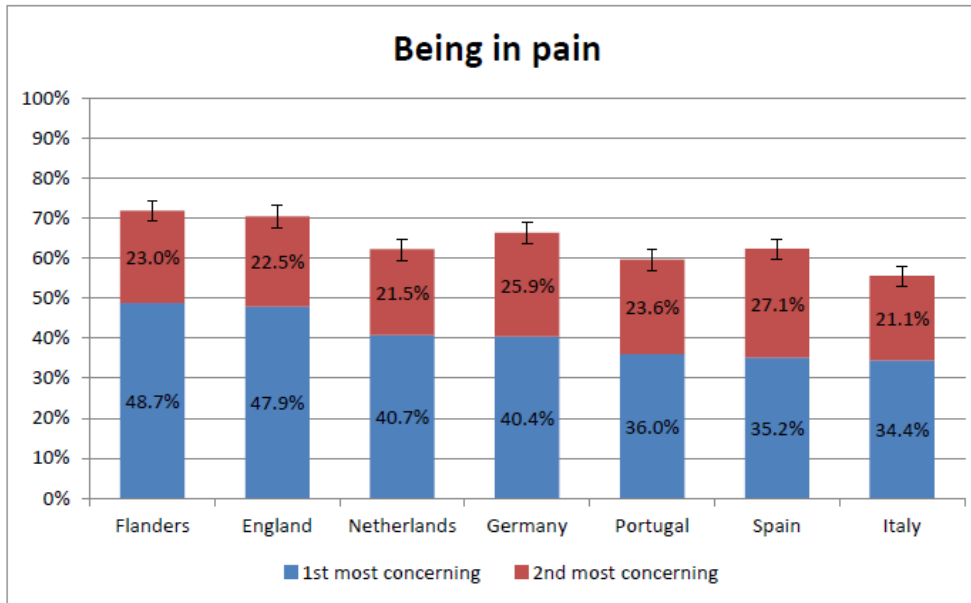
Telefonumfrage in Bevölkerung in 7 Europ. Ländern
(n = 9344; D: n = 1363)

Table 3

Symptoms and problems	England	Flanders	Germany	Italy	Netherlands	Portugal	Spain
	sum (rank)	sum (rank)	sum (rank)	sum (rank)	sum (rank)	sum (rank)	sum (rank)
Being in pain	2849 (1)	2728 (1)	2753 (1)	2429 (1)	2617 (1)	2362 (1)	2565 (1)
Being a burden to others	2312 (2)	1697 (3)	2170 (2)	2298 (2)	1751 (3)	1958 (2)	2552 (2)
Being unable to get your breath	1676 (4)	1759 (2)	2103 (3)	1656 (4)	2088 (2)	1701 (3)	1718 (4)
Being alone	1681 (3)	1696 (4)	1773 (4)	1811 (3)	1616 (4)	1616 (4)	1779 (3)
Having no energy	1473 (5)	1638 (5)	1564 (5)	1514 (5)	1602 (5)	1506 (5)	1565 (5)
Being worried and distressed	1473 (5)	1333 (7)	1435 (6)	1488 (6)	1465 (8)	1489 (6)	1424 (6)
Changes in the way you look	1405 (8)	1334 (6)	1429 (7)	1361 (8)	1486 (6)	1347 (7)	1361 (7)
Feeling as if you want to be sick	1431 (7)	1290 (8)	1379 (8)	1433 (7)	1385 (9)	1243 (9)	1314 (9)
Having no appetite at all	1348 (9)	1318 (9)	1361 (9)	1292 (9)	1470 (7)	1259 (8)	1322 (8)

ranked highest,
 ranked second highest,
 ranked third highest,
 ranked fourth highest

Figure 1 Level of concern for pain, being a burden, and breathlessness (including 95% CI (black line) for combined first and second most concerning) across seven European countries (ranked by first most concerning)



Bausewein et al
unveröffentlicht

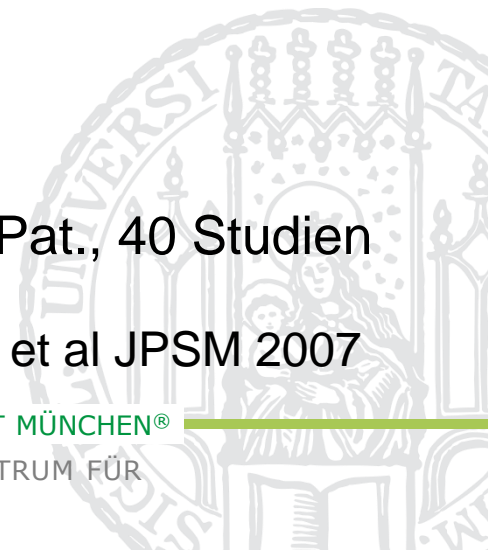
Symptomprävalenz bei fortgeschrittener Tumorerkrankung

Fatigue	74%
Schmerzen	71%
Energiemangel	69%
Schwäche	60%
Appetitlosigkeit	53%
Depression	39%
Obstipation	37%
Atemnot	35%
Übelkeit	31%

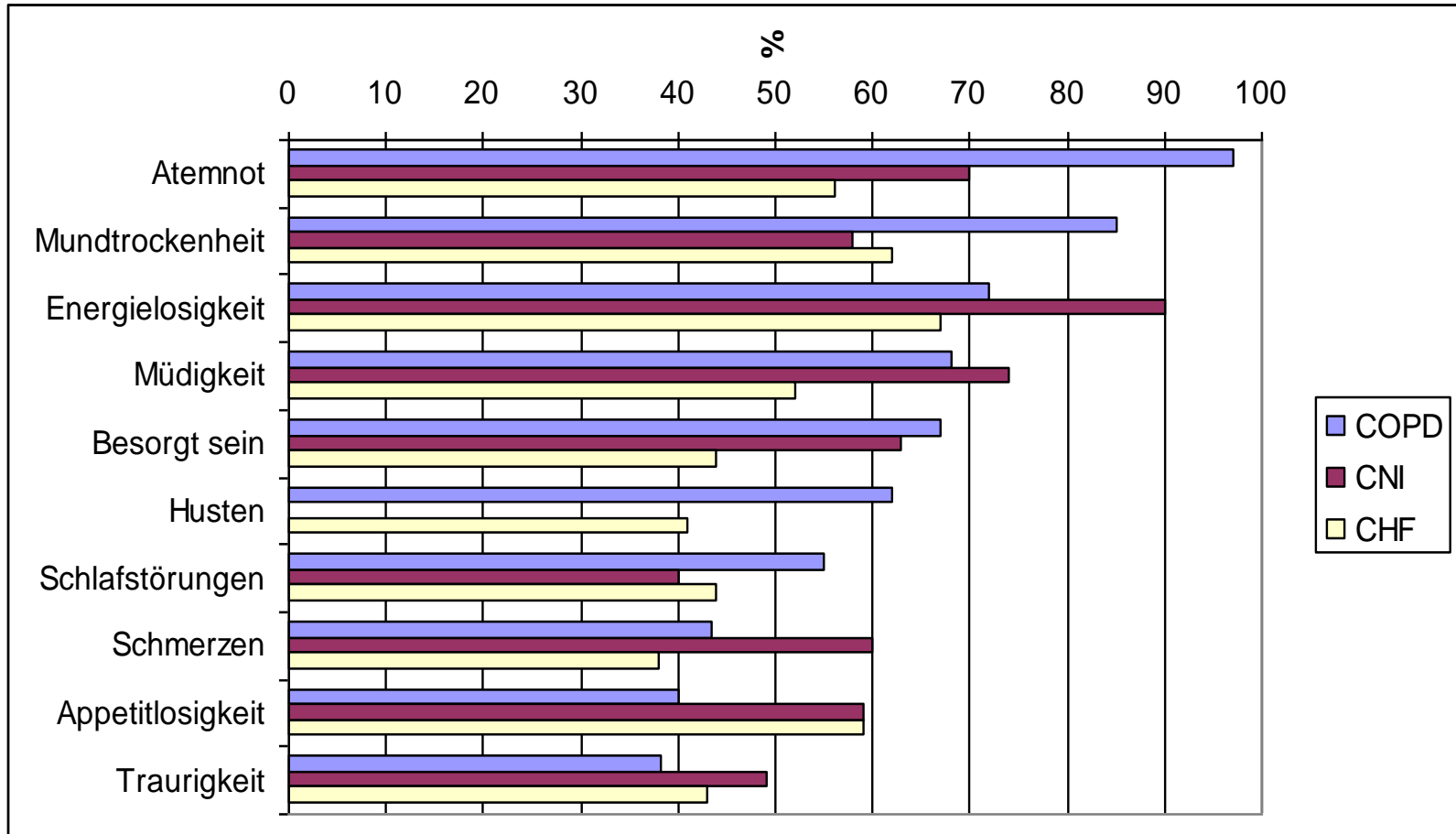
Ø 12 Symptome zu einem Zeitpunkt

n = 25.074 Pat., 40 Studien

Teunissen et al JPSM 2007



Symptome bei fortgeschrittenen internistischen Erkrankungen



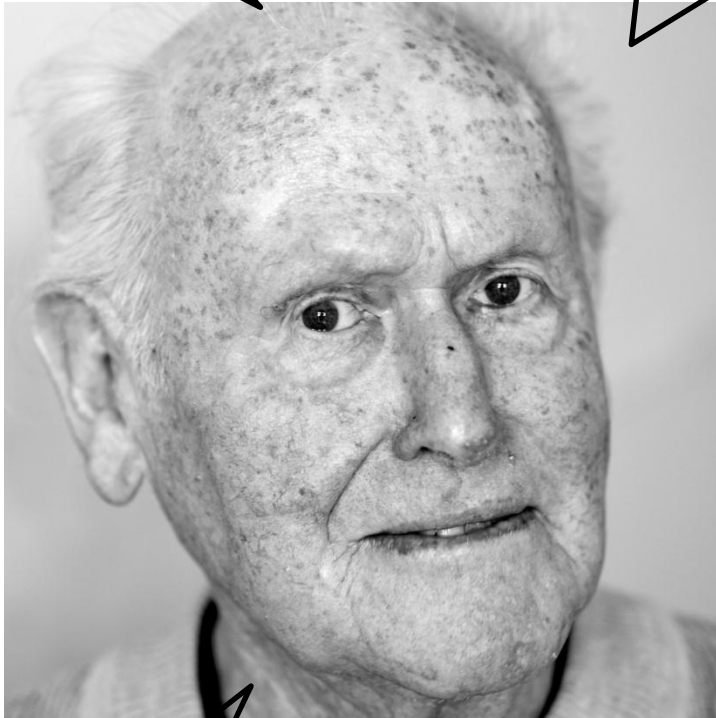
Bausewein J Pall Med 2010, Blinderman JPSM 2008, Murtagh J Pall Med 2007

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN

Leid

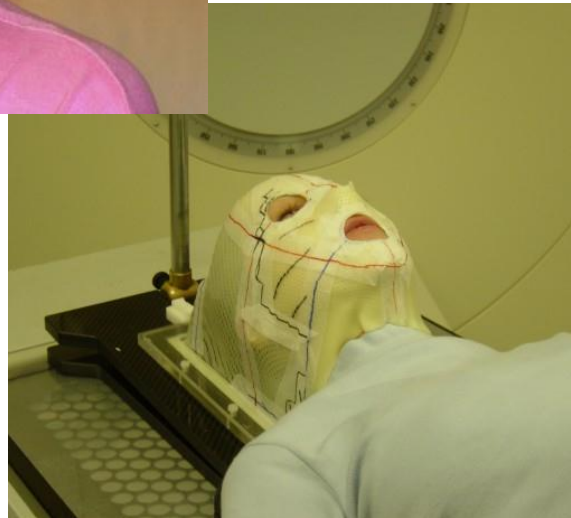
Schmerzen



Tod



Auswirkungen der Therapie



Veränderung des Körperbildes



Erwartungen über Ziele Chemotherapie

- Cancer Care Outcomes Research and Surveillance (CanCORS) Studie, > 10.000 Pat. über 20 Jahre, hier n= 1193
- 69% mit Lungen-Ca und 81% mit kolorektalen Ca Stad. IV, haben *nicht verstanden, dass die Ctx keinen kurativen Ansatz hat*
- Risiko unrealistischer Erwartungen
 - höher bei kolorektalen Ca (OR 1,75; 95% CI 1,29 bis 2.73)
 - unter Patienten, die die Kommunikation mit dem Arzt als sehr positiv bewertet haben (OR für höchstes Drittel vs. unteres Drittel 1,90; 95% CI, 1,33 bis 2,72)
- Kein Zusammenhang mit Ausbildungsstand, Funktionsstatus und Rolle des Pat. bei Entscheidungsfindung

Onkologische Therapien am Lebensende

- Prospektive Kohorte
- n = 1231, 82% Lungen-Ca, 18% kolorektale Ca (beide Stadium IV)

Table 2. EOL Care Attributes (N = 1,231)

Care	No.	%
Aggressive EOL care		
Chemotherapy in last 14 days of life	197	16
Acute care in last 30 days of life	496	40
ICU care in last 30 days of life	71	6
Aggressive care		
None	649	53
Any	582	47
Hospice care		
None	513	42
Any*	718	58
Within 3 days of death	59	8
Within 7 days of death	107	15

Abbreviation: EOL, end of life; ICU, intensive care unit.
*Denominator used is number of patients with any hospice care (n = 718).

Mack et al JCO 2012

Onkologische Therapien am Lebensende

- Prospektive Kohorte
- n = 1231, 82% Lungen-Ca, 18% kolorektale Ca (beide Stadium IV)
- 88% Diskussion über Lebensende
- Frühe Diskussion über Lebensende verbunden mit weniger aggressiven Therapien (außer Intensivstation)

Table 2. EOL Care Attributes (N = 1,231)

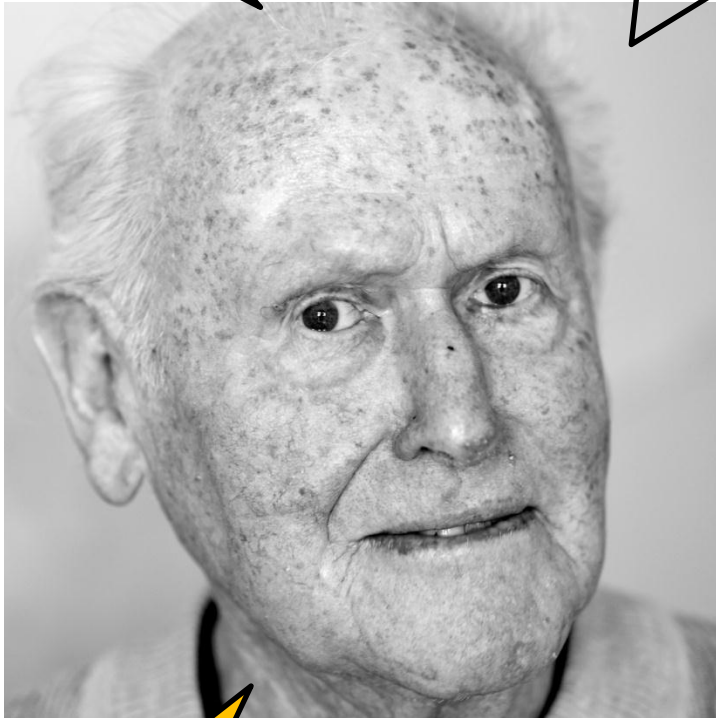
Care	No.	%
Aggressive EOL care		
Chemotherapy in last 14 days of life	197	16
Acute care in last 30 days of life	496	40
ICU care in last 30 days of life	71	6
Aggressive care		
None	649	53
Any	582	47
Hospice care		
None	513	42
Any*	718	58
Within 3 days of death	59	8
Within 7 days of death	107	15

Abbreviation: EOL, end of life; ICU, intensive care unit.
*Denominator used is number of patients with any hospice care (n = 718).

Mack et al JCO 2012

Leid

Schmerzen



Tod



Wünsche am Lebensende

	COPD (n =118)	Krebs (n = 166) Rang	p
Nicht am Leben erhalten werden wenn wenig Hoffnung auf Genesung	54.9%	58.3% 2	0.58
Symptomlinderung	46.6%	37% 12	0.11
Adäquater Betreuungsplan & Unterstützung zu Hause nach Entlassung aus Krankenhaus	40%	44% 6	0.15
Vertrauen in behandelnde Ärzte	39.7%	65.2% 1	<0.01
Keine körperliche oder emotionale Belastung für Angehörige sein	39.6%	46.7% 5	0.27
Respektvolle und engagierte Betreuung durch Professionelle	33.1%	36.6% 13	0.53
Dinge abschließen & auf's Lebensende vorbereiten	30.7%	52.8% 3	<0.01

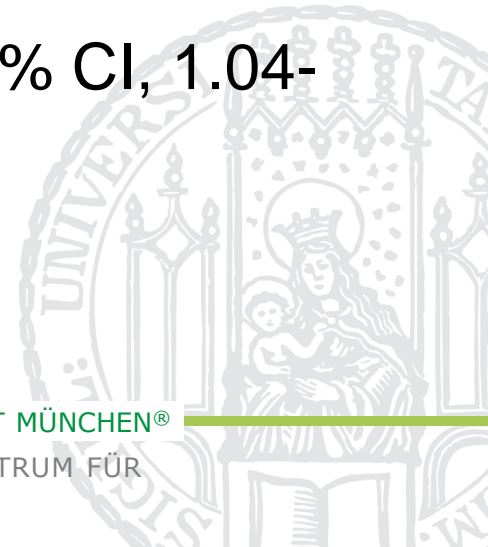
Gespräche über Lebensende...

- ... sind geprägt von Unsicherheiten auf beiden Seiten
- ... verunsichern Ärzte, ob der Erwartungen an sie
- ... tragen die Angst, Hoffnungen zu zerstören
- ... lösen Angst vor den Reaktionen der Patienten aus
- ... werden daher oft vermieden
- ... isolieren dadurch den Patienten
- ... nehmen ihm die Möglichkeit, sich mit dem Lebensende auseinanderzusetzen, die verbleibende Zeit zu planen



Gespräche über das Lebensende...

- Sind **nicht** verbunden mit mehr Depression oder mehr Sorge
- Sind verbunden mit
 - geringerer Beatmungshäufigkeit (OR 0.26; 95% CI 0.08-0.83)
 - seltener Reanimationen (OR 0.16; 95% CI, 0.03-0.80)
 - seltener Aufnahme auf Intensivstation (OR, 0.35; 95% CI, 0.14-0.90)
 - früherer Hospizüberweisung (OR, 1.65; 95% CI, 1.04-2.63)



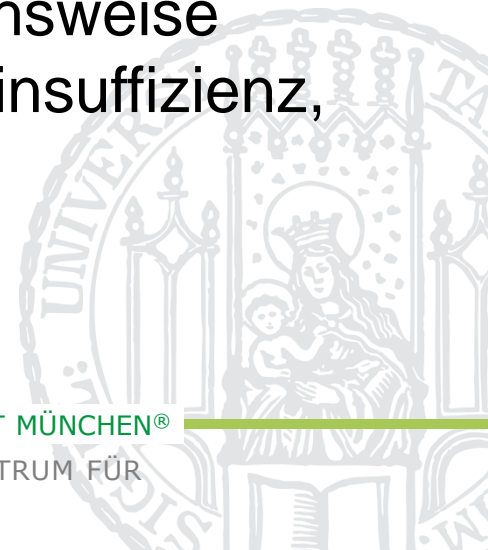
Gespräche über das Lebensende...

- Agressivere medizinische Therapie assoziiert
 - mit schlechterer Lebensqualität des Patienten
 - höherem Depressionsrisiko bei trauernden Angehörigen (OR, 3.37; 95% CI, 1.12-10.13)
- Längere Hospizbetreuung assoziiert mit besserer Lebensqualität des Pat.und der Angehörigen (im Verlauf)



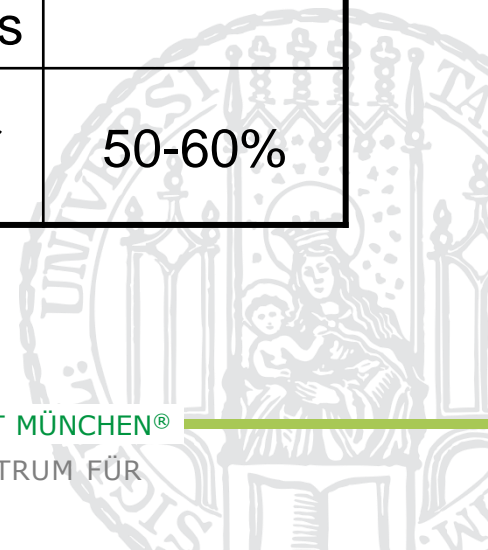
Prognose

- Bedrohlichkeit der Erkrankung unterschiedlich wahrgenommen und bewertet
- Aufklärung über Tumordiagnose, aber Fehleinschätzung der Prognose
- Ärztliche Einschätzung: 20% realistisch, 63% zu optimistisch, 17% zu pessimistisch; Überschätzen der Prognose um Faktor 5,3 (Christakis et al BMJ 2000)
- Viele internistische Erkrankungen mit vergleichsweise schlechterer Prognose (fortgeschrittener Herzinsuffizienz, COPD oder ALS)



Prognose Herzinsuffizienz

NYHA Stadium		1-Jahres Mortalität
I	Keine körperlichen Limitationen.	5-10%
II	Keine Beschwerden in Ruhe. Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot, Angina pectoris	15-30%
III	Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris	
IV	Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten & in Ruhe. Bettlägerigkeit	50-60%



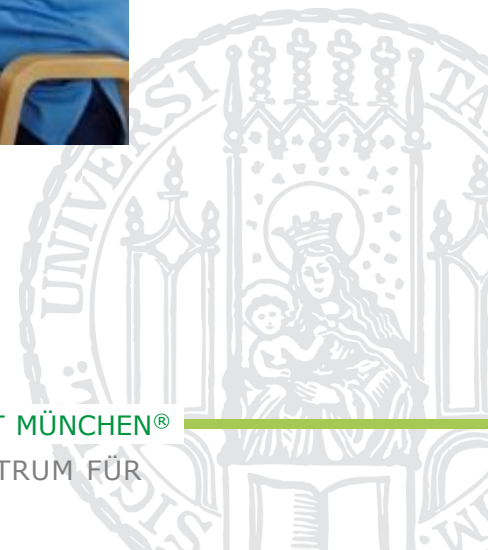
Palliativmedizin

Krebs

Schmerzen



Sterben



Palliativbetreuung

...dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Dies geschieht durch Vorbeugen und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung und tadelloser Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer und psychosozialer und spiritueller Natur.

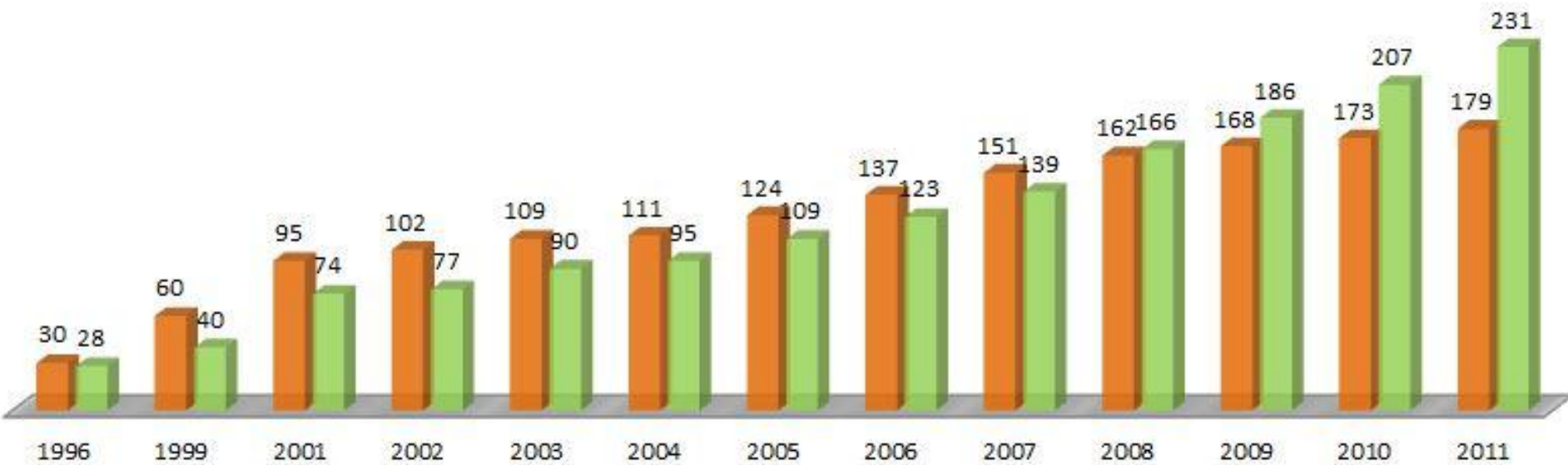
WHO, 2002



Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschl. der Einrichtungen für Kinder

Stand 1/2011 Datenquelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin

■ Stationäre Hospize ■ Palliativstationen



KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN

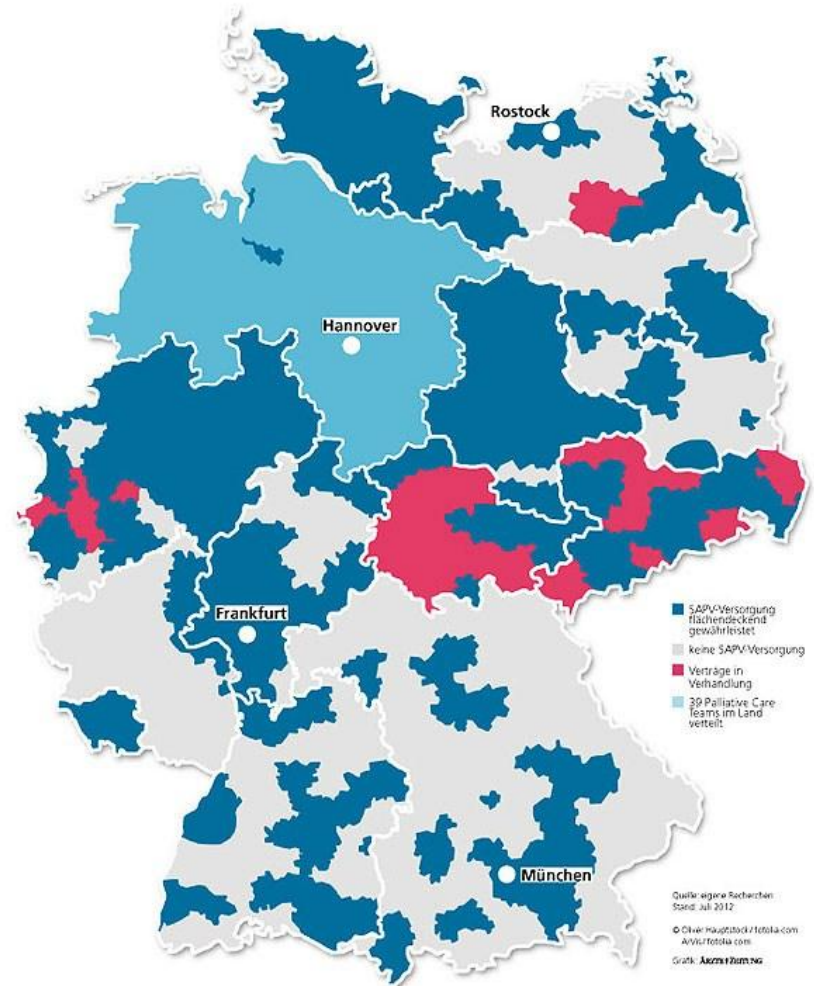
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Dunkelblau Flächendeckung

Hellblau: 30 Teams in
Niedersachsen

Grau: keine SAPV

Rot: Verhandlungen mit
Krankenkassen



Wer erhält Hospiz- u. Palliativbetreuung 2010?

*Tabelle 4: Häufigste Diagnoseklassen (Haupt- und Nebendiagnosen zu Beginn und im Verla
Mehrfachnennungen möglich*

D

Diagnoseklasse in (%)	Ge- samt	Pallia- tivstat.	Stat. Hospiz	Arzt amb.	Pflege amb.	Konsil.	Amb. Hospiz	Amb. Team
Bösartige Neubildungen	86,8	89,1	95,6	87,7	81,8	95,6	78,6	76,8



Wer erhält Hospiz- u. Palliativbetreuung 2010?

*Tabelle 4: Häufigste Diagnoseklassen (Haupt- und Nebendiagnosen zu Beginn und im Verla
Mehrfachnennungen möglich*

D

Diagnoseklasse in (%)	Ge- samt	Pallia- tivstat.	Stat. Hospiz	Arzt amb.	Pflege amb.	Konsil.	Amb. Hospiz	Amb. Team
Bösartige Neubildungen	86,8	89,1	95,6	87,7	81,8	95,6	78,6	76,8

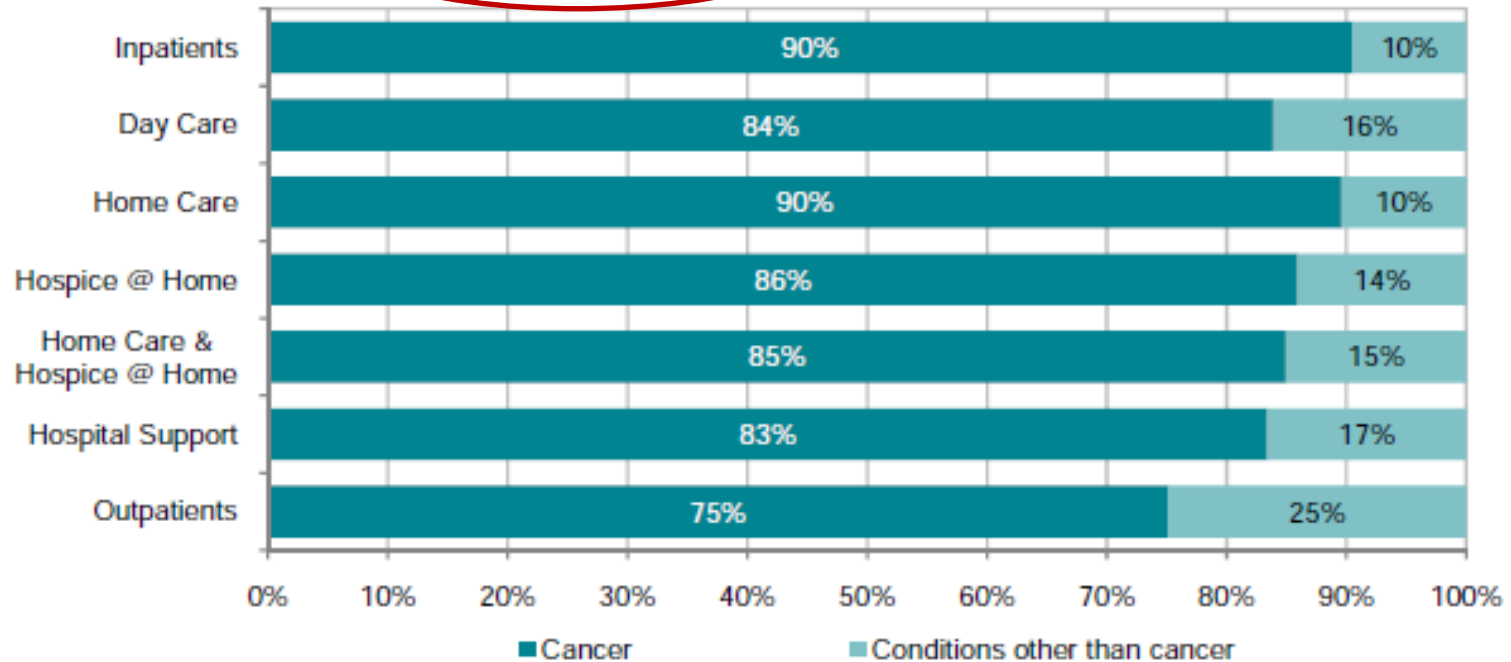


Wer erhält Hospiz- u. Palliativbetreuung 2010?

Tabelle 4: Häufigste Diagnoseklassen (Haupt- und Nebendiagnosen zu Beginn und im Verlaufe Mehrfachnennungen möglich)

D

Diagnoseklasse in (%)	Ge-samt	Pallia-tivstat.	Stat. Hospiz	Arzt amb.	Pflege amb.	Konsil.	Amb. Hospiz	Amb. Team
Bösartige Neubildungen	86,8	89,1	95,6	87,7	81,8	95,6	78,6	76,8



UK

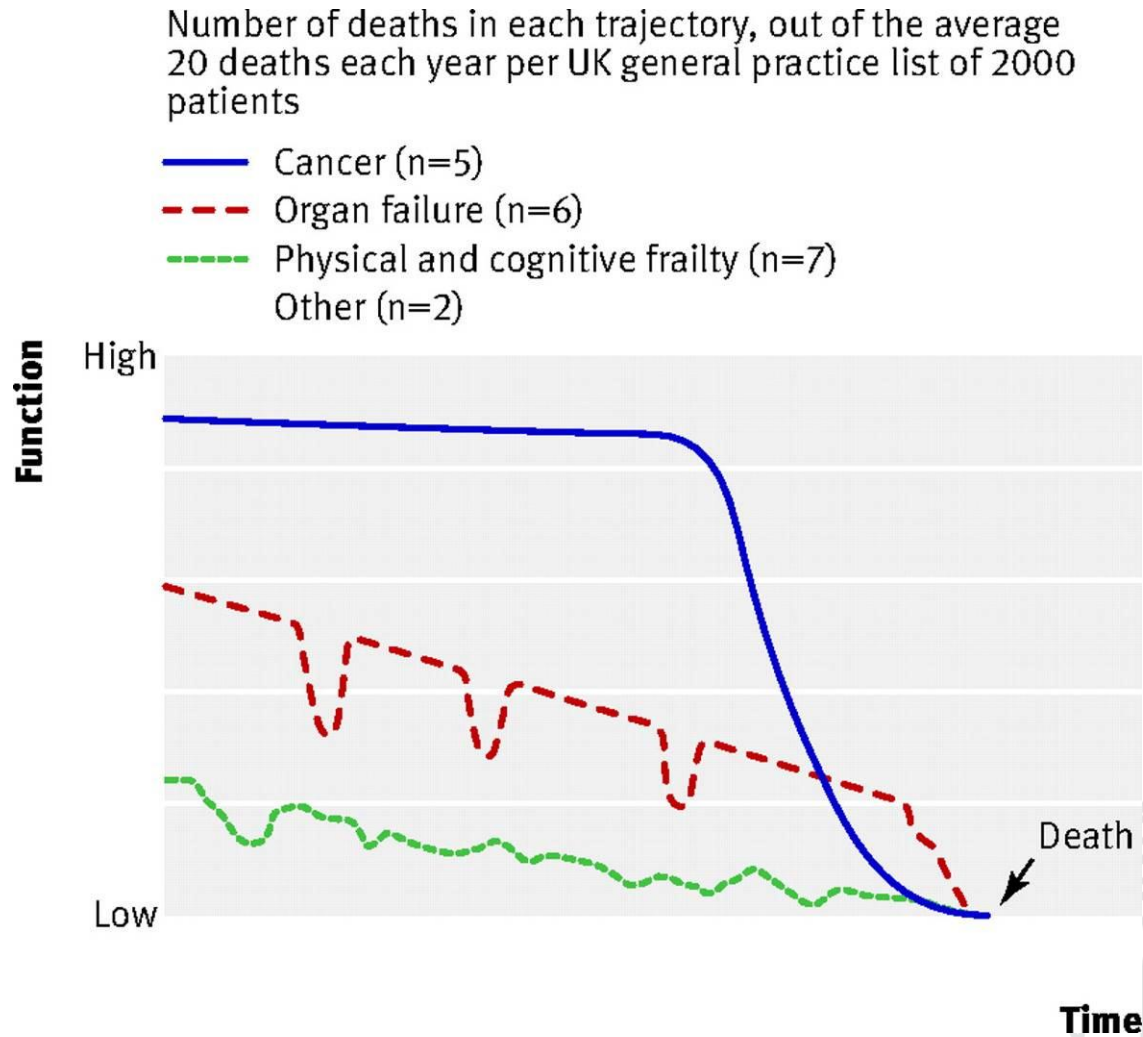
Todesursachen in Deutschland 2010

Verstorbene gesamt: 858.768

	Anzahl	Anteil %
Bösartige Neubildungen	218.889	26
Krankheiten der Kreislaufsystems	352.689	41
Krankheiten der Atmungsorgane	60.515	7
Krankheiten des Verdauungssystems	42.684	5
Krankheiten des Nervensystems	20.825	2

Stat. Bundesamt 2011

Figure 1: The three main trajectories of decline at the end of life



Murray, S. A et al. *BMJ* 2008;0:bmj.39535.491238.94v1-bmj.39535.491238.94

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®
INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN

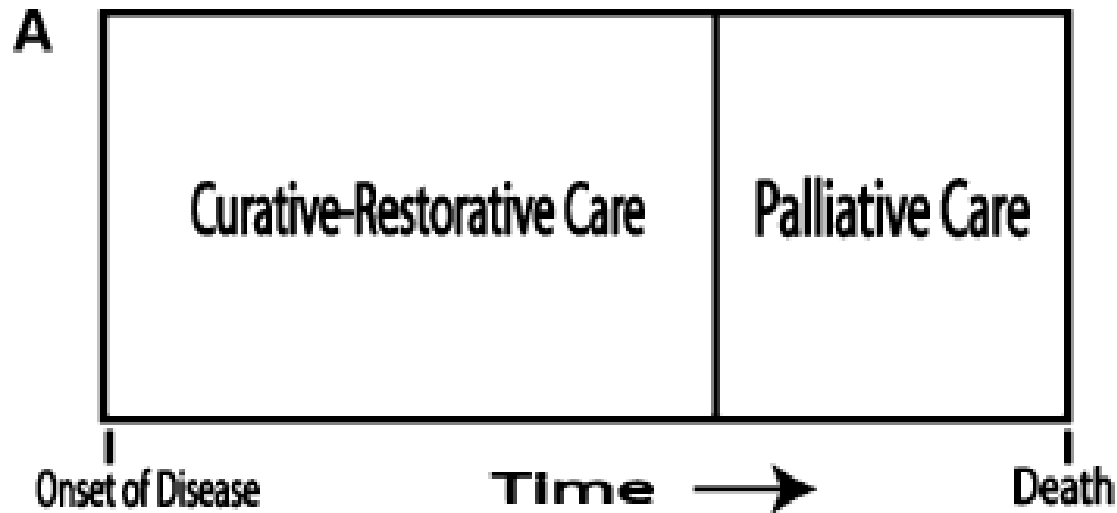
BMJ

Veränderung der palliativmedizinischen Konzepte

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®
INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN



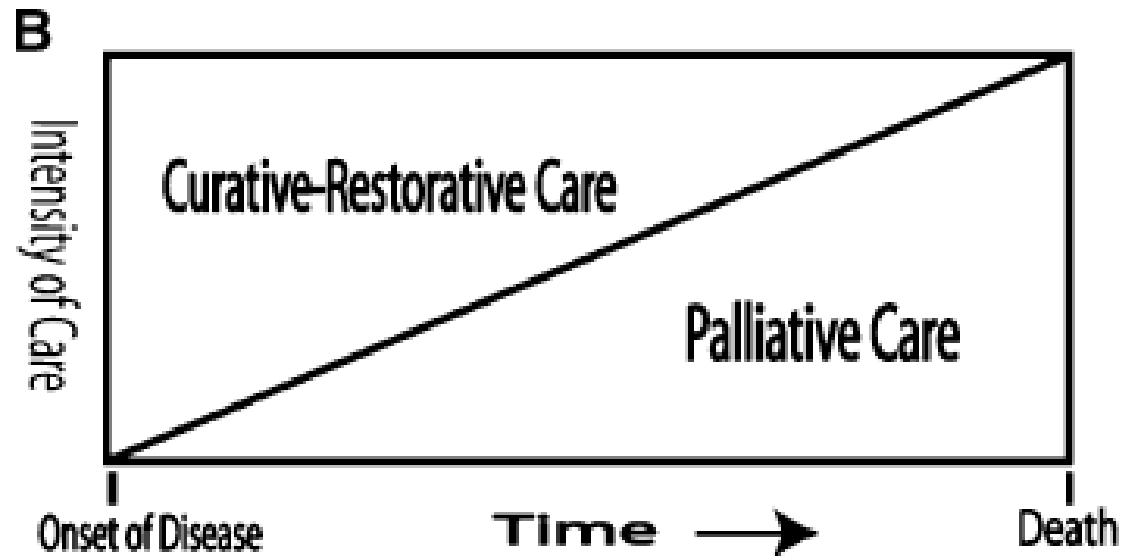
Veränderung der palliativmedizinischen Konzepte



American Thoracic Society 2008

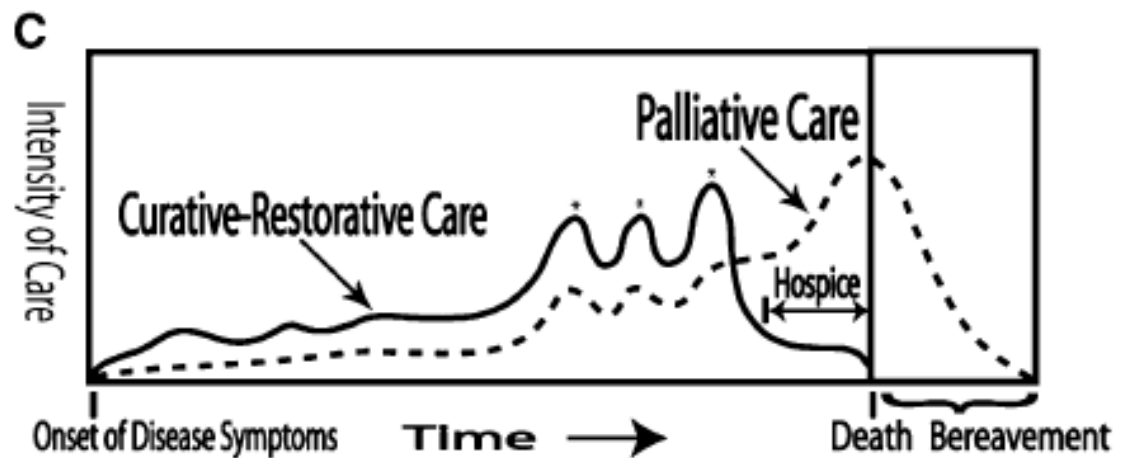


Veränderung der palliativmedizinischen Konzepte



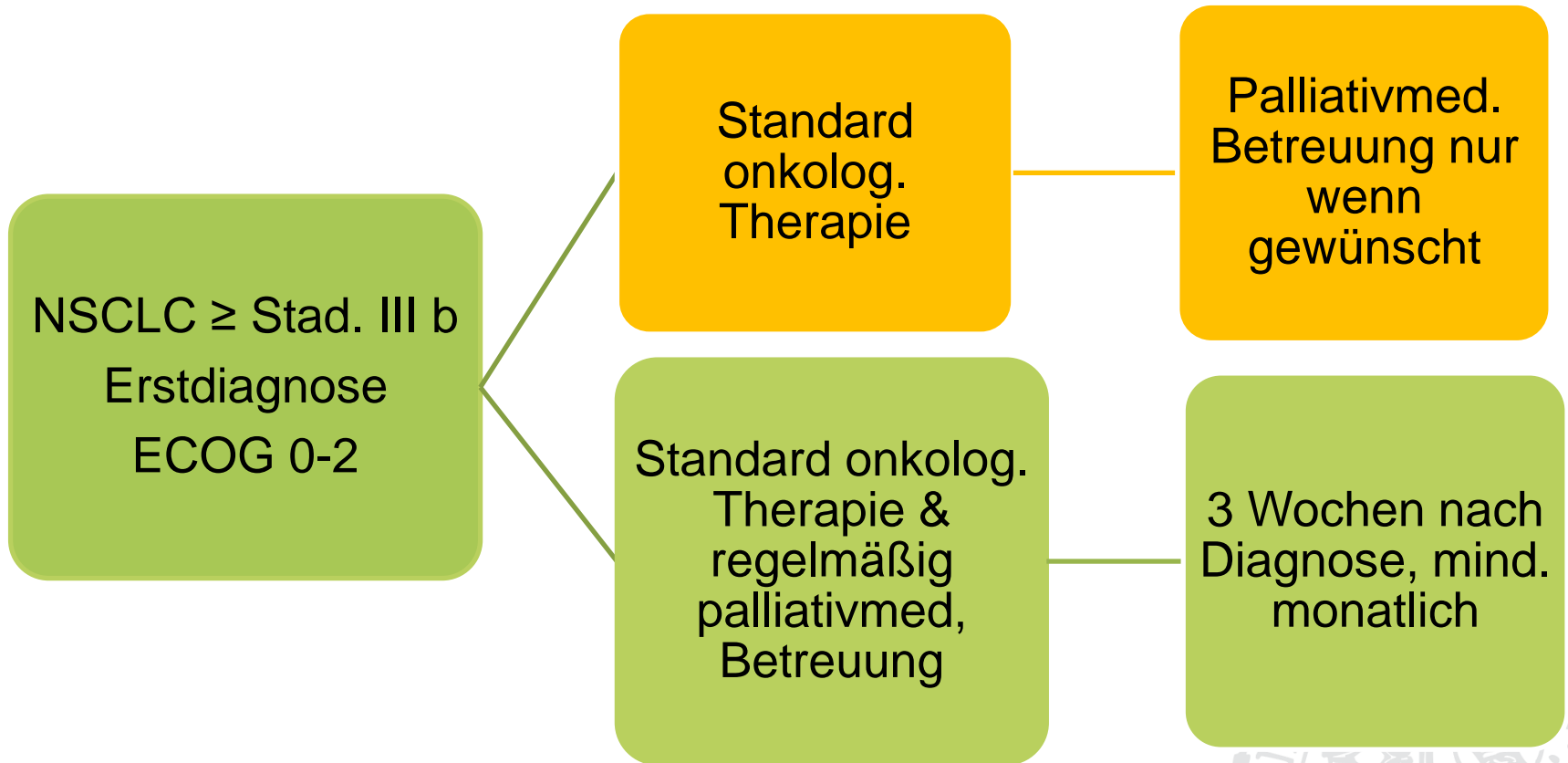
American Thoracic Society 2008

Veränderung der palliativmedizinischen Konzepte



American Thoracic Society 2008

Frühere Integration



Temel J. et al N Engl J Med. 2010

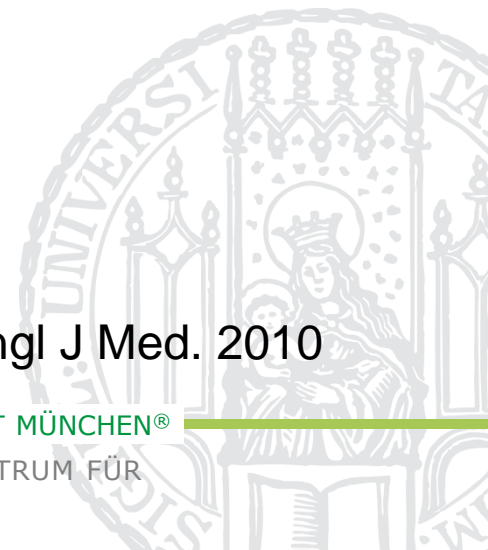
Ergebnisse

- Verbesserte Lebensqualität
- Weniger Depressionen
- Seltener aggressive Therapien

Temel J. et al N Engl J Med. 2010

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN



Ergebnisse

- Verbesserte Lebensqualität
- Weniger Depressionen
- Seltener aggressive Therapien
- Überlebenszeit
11,6 vs. 8,9 Monate
($p=0.02$)

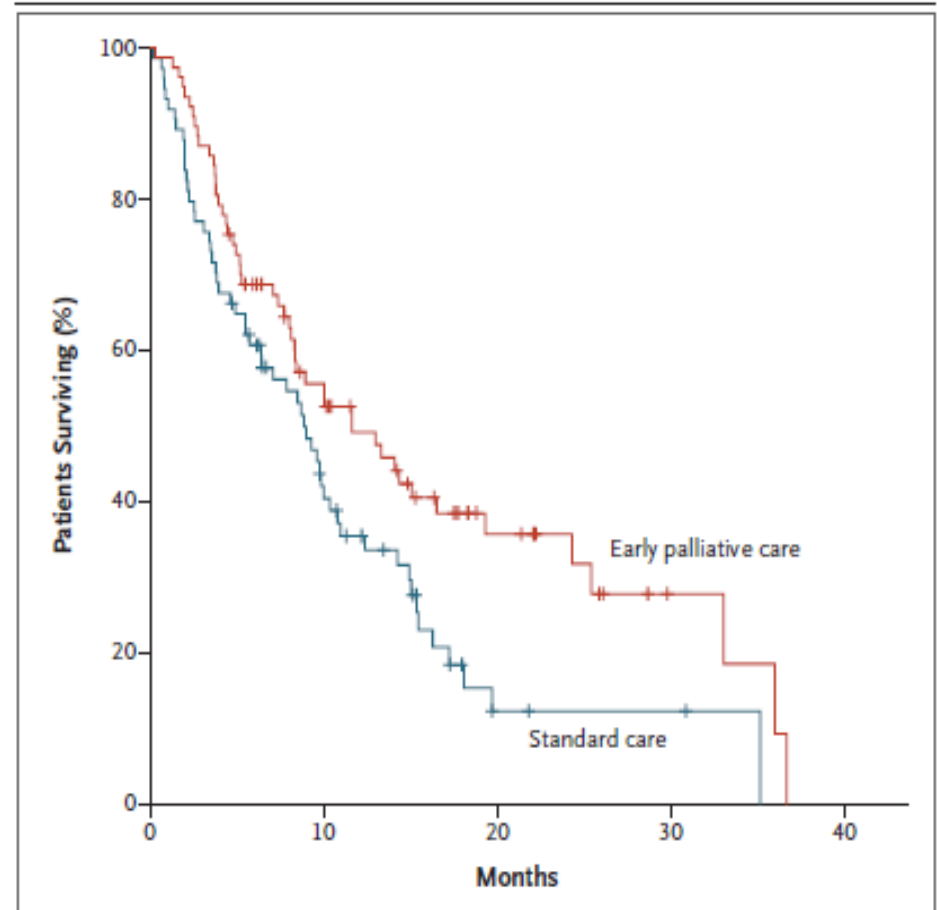


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

Temel J. et al N Engl J Med. 2010

Zusammenfassung

- Patienten erleben nur ihre eigene Erkrankung und haben keinen Vergleich
- Tumorpatienten
 - Frühe Assoziation mit Leid, Schmerzen und Tod
 - Auswirkungen von Therapie und Erkrankung
- Kommunikation am Lebensende zentrale Rolle
- Palliativmedizinische Betreuungskonzepte
 - Guter Zugang für Tumorpatienten
 - Verändern sich





Vielen Dank!

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®
INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR
PALLIATIVMEDIZIN

