

Stellungnahme der AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin zur frühzeitigen Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie

Palliativmedizinische Versorgung ergibt sich aus dem Selbstverständnis der Onkologie für palliative Situationen: Sorge zu tragen, den unheilbar kranken Patienten bestmöglich zu therapieren und zu unterstützen.

Die folgende Stellungnahme der Amerikanischen Krebsgesellschaft (ASCO) vom März 2012 basiert auf 7 randomisierten klinischen Studien mit onkologisch relevanten Endpunkten wie Symptomkontrolle, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten.

Vorläufige klinische Empfehlung der ASCO [nach (1)]:

„Patienten mit metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom sollten ab Diagnosestellung eine palliative Versorgung zeitgleich zur üblichen onkologischen Therapie erhalten, wofür es klare Evidenz aus einer randomisierten Phase III-Studie gibt (2). Zwar konnte ein Überlebensvorteil einer frühen Integration palliativer Versorgung noch nicht für andere Tumorentitäten gezeigt werden, jedoch spricht eine breite Datenlage dafür, dass eine Palliativversorgung – sei es in Kombination mit onkologischer Standardtherapie oder allein – zu besseren Ergebnissen bei Patienten und ihren Familien führt, im Sinne einer Besserung von Symptomen, Lebensqualität und Zufriedenheit sowie eine geringere Belastung der Angehörigen.

Ein frühes Angebot palliativer Versorgung führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu effektiverem Einsatz von Hospiz- und Palliativstrukturen und kann u.a. dazu beitragen, unnötige stationäre Aufnahmen, intensivmedizinische Maßnahmen und invasive Tumortherapien am Lebensende zu vermeiden.

Zwar sind noch kaum evidenzbasierte Erfahrungen verfügbar, bezüglich der besten Strategie, eine palliative Versorgung mit dem Ziel verbesserter Lebensqualität zu implementieren. Immerhin hat bisher keine Studie negative Auswirkungen einer frühen Integration auf Patienten und Angehörige gezeigt oder unverhältnismäßige Kosten dokumentiert.

*Aus diesem Grunde ist der Konsens des Expertengremiums, dass **die Kombination von onkologischer Standardtherapie und Palliativversorgung allen Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung und/oder hoher Symptomlast angeboten werden sollte.** Ganz oben auf den Forschungsagenden sollten die Fragen stehen a) wie diese integrierte Versorgung optimiert werden kann und b) wie sie sich auf Outcomes, die für Patienten, Angehörige, Gesundheitswesen und Politik relevant sind (z.B. Lebensqualität, Überlebenszeit, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Kosten) auswirkt.“*

Kommentar der AG Integrative Onkologie der DGP:

1. Situation in der Onkologie

Die herangezogenen Studien hatten unterschiedliche Versorgungsmodelle zum Hintergrund, die sich aus den lokalen Verhältnissen ergaben und deren Entwicklung jeweils einen längeren Zeitraum in Anspruch nahm. Allen Modellen gemeinsam ist der kooperative und nicht konkurrierende Charakter durch die Hinzuziehung einer weiteren Disziplin und die Therapieführung durch den primär behandelnden Onkologen. Dass die Qualität der Versorgung von Krebspatienten durch frühzeitige Integration palliativmedizinischer Elemente verbessert wird, ist anzunehmen. Hinweise sind ein

längeres Gesamtüberleben der Patienten mit „hospice care“ (3), die negativen Konsequenzen aggressiver Behandlung am Lebensende bzw. der fehlende Benefit von Chemotherapie in den letzten 14 Lebenstagen (4) und eine Abhängigkeit der Lebensqualität vom Ort des Versterbens (5). Mehrere Autoren haben zudem den Kostenaspekt untersucht (6) und festgestellt, dass die Ergänzung mit Palliativversorgung sogar zu einer Kostenreduktion führt. Eine weitere bleibende Herausforderung in der Onkologie ist die adäquate Kommunikation und Vermittlung der entscheidungsrelevanten Informationen (7, 8). Hier kann palliativmedizinische Unterstützung die primär behandelnden Onkologen entlasten.

2. Situation in Deutschland

In der bundesdeutschen Bevölkerung hat – verglichen mit anderen europäischen Ländern – der Wunsch, am bevorzugten Ort zu versterben, einen besonders hohen Stellenwert (9). Begünstigende Faktoren für eine Erfüllung dieses Wunsches sind beschrieben (10), strukturelle Voraussetzungen einer Palliativversorgung zum Teil vorhanden (11), ihre inhaltliche Ausrichtung jedoch nicht umfassend bekannt (12). Hindernisse für rechtzeitige Integration in die onkologische Versorgung bestehen: Häufig wird „Palliativversorgung“ noch mit dem Aufgeben von Hoffnung assoziiert (13), manchen Onkologen erscheint die Vorstellung der Einbindung eines zusätzlichen Teams nicht zielführend (14), genauso müssen Palliativärzte bereit sein, Patienten unter der Hauptbetreuung von Onkologen mit zu versorgen und es darf nicht verpasst werden, zur Überprüfung sinnvoller tumorkontrollierender Maßnahmen, Onkologen oder Strahlentherapeuten in ein palliativmedizinisches Therapiekonzept zu involvieren. Hier sind in der Umsetzung regionale Unterschiede vorhanden. Weitere Barrieren bestehen gegenüber der Einführung systematischer Outcome-Messungen, welche Bedürfnisse der Patienten und Effektivität palliativmedizinischer Interventionen dokumentieren (15). Aus der Erfahrung heraus, dass allgemeine Empfehlungen hier nicht ausreichen (16), wurden diagnosespezifische Kriterien für den optimalen Zeitpunkt palliativer Interventionen für verschiedene Malignome entwickelt (17). Auf Systemebene unterstreicht die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (18) die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Palliativversorgung. Es bestehen vielfältige Kooperationen der onkologischen und palliativmedizinischen Fachgesellschaften.

Medizinisch interessant ist eine Maßnahme, wenn sie zum Erreichen des Therapieziels entscheidend beiträgt. Es stellt sich also nicht die Frage, *ob* palliativmedizinische Betreuung frühzeitig ins Behandlungskonzept von Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen integriert wird, sondern *wie*.

3. Forderungen an die Weiterentwicklung von Palliativmedizin in der Onkologie

Um die Frühe Integration der Palliative Care in der Onkologie umsetzen zu können, müssen klare Strukturen geschaffen werden. Ein verpflichtendes Beratungsgespräch zu Palliative Care Angeboten bei Diagnosestellung oder Erreichen eines nicht-heilbaren Tumorstadiums durch eine Palliative Care Fachkraft (Pflege, Soziale Arbeit) sollte an erster Stelle stehen. Die Einbindung eines Palliativmediziners bzw. einer medizinisch-pflegerischen Palliativfachkraft in die Tumorkonferenzen sowie zur Beratung bei Symptomen sollte das Angebot erweitern. Hierbei kann vor allem auch im Bereich der niedergelassenen onkologisch tätigen Ärzte eine Kooperation mit Hospizvereinen, bzw. Palliative Care Fachkräften sinnvoll sein, nicht zuletzt unter Einbeziehung der Hausärzte, die die Patienten und ihr Umfeld schon lange und unabhängig von der Krebserkrankung kennen.

Die Vorgaben sollten in die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie in die Kriterien zur Zertifizierung als onkologisches (gesamt- oder organbezogen) Zentrum aufgenommen und überprüft werden. Finanzielle Ressourcen, bzw. Abrechnungsmöglichkeiten müssen geschaffen werden.

Begleitstudien z.B. auch im Rahmen von Pilotprojekten sind wichtig um den Gewinn für die Patienten zu untermauern und die Angebote in Inhalt, Qualität und Quantität optimieren zu können.

Zudem sollte eine Vertiefung spezifischer palliativmedizinischer und kommunikativer Kenntnisse in der Grundausbildung von Ärzten sowie Gesundheits- und Krankenpflegern erfolgen.

Das Konzept der generellen oder allgemeinen palliativmedizinischen Betreuung aus der Hand des primär behandelnden Onkologen ist in Deutschland vielerorts schon umgesetzt. Das ergibt sich aus der großen Bedeutung der Kontinuität in der Betreuung (16), und aus dem Selbstverständnis der Onkologie, zu heilen wenn möglich und wenn das nicht (mehr) möglich ist, sich i.S. der best supportive care um die Patienten zu kümmern. Im Interesse der Patienten gilt es an dieser Stelle früher, breiter und noch besser tätig zu werden.

Literatur

1. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012 Mar 10;30(8):880-7.
2. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane 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, Pyenson 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):238-46.
4. Saito AM, Landrum MB, Neville BA, Ayanian JZ, Earle CC. The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. *BMC Palliat Care*. 2011;10:14.
5. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. 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(29):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. Earle CC. Do unto others. *J Clin Oncol*. 2006 Jul 20;24(21):3331-2.
8. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. 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.

9. Higginson IJ, Gomes B, Calanzani N, Gao W, Bausewein C, Daveson BA, et al. Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries. *Palliat Med.* 2013 Jun 14.
10. Escobar Pinzon LC, Claus M, Zepf KI, Letzel S, Weber M. [Dying in Rhineland-Palatinate (Germany): Preferred and Actual Place of Death.]. *Gesundheitswesen.* 2013 May 28.
11. Bretschneider K, Kasprick L, Luderer C. „Elisabeth Mobil mbH“ – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Raum Halle (Saale) – eine wissenschaftliche Auswertung [“Elisabeth Mobil Ltd” – Palliative Care in the Halle (Saale) Area – a Scientific Evaluation]. *Z Palliativmed.* 2012;13:36-46.
12. Klindtworth K, Schneider N, Radbruch L, 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.
13. Klinger CA, Howell D, Zakus 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.* 2013 Jun 25.
14. Lordick F, van Oorschot B. Palliativmedizin in der Onkologie. Ziele der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft [Palliative medicine in oncology. Objectives of the working group on palliative medicine of the German Cancer Society]. *Forum.* 2012;27(5):367-71.
15. Antunes B, Harding R, Higginson IJ. Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. *Palliat Med.* 2013 Jun 25.
16. Gaertner J, Wolf J, Frechen S, Klein U, Scheicht D, Hellmich M, et al. Recommending early integration of palliative care - does it work? *Support Care Cancer.* 2012 Mar;20(3):507-13.
17. Gaertner J, Wolf J, Hallek M, Glossmann 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.
18. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland [Charter for the care of terminally ill and dying people in Germany]. 2011.