

INDIKATION TUMORSPZIFISCHER THERAPIEN AUF DER PALLIATIVSTATION



Dr. med. Bernd Alt-Epping
OA Abteilung Palliativmedizin
FA für Innere Medizin,
Hämatologie / Onkologie
Universitätsmedizin Göttingen



Wie viel Onkologie braucht die Palliativmedizin?

Onkologie

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

[Cicely Saunders]

»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«
Cicely Saunders

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“
Grundlagenseminar Palliativ Care / Palliativmedizin
„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“ (Cicely Saunders)

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«
Cicely Saunders

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.“

Cicely Saunders

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«
Cicely Saunders

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.“

vorbereitet sei, das Leben im Angesicht des eigenen Todes zu leben. Im Gegensatz zu früher gehe es nicht mehr darum, dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr erfülltes Leben zu geben. „Wir leben länger und wir sterben länger“. Damit rücke die palliative Phase ins Blickfeld auch der Ärzte. Sterbebegleitung könne

Cicely Saunders

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«
Cicely Saunders

„Wir wollen dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben!“

vorbereitet sei, das Leben im Angesicht des eigenen Todes zu leben. Im Gegensatz zu früher gehe es nicht mehr darum, dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr erfülltes Leben zu geben. „Wir leben länger und wir sterben länger“. Damit rücke die palliative Phase ins Blickfeld auch der Ärzte. Sterbebegleitung könne

Diagnosespektrum auf Palliativstationen

- ▷ Lediglich 3,5% (147/4182) aller HOPE-Patienten 2002-2005 wiesen eine nicht-maligne Grunderkrankung auf

PW-236

Nicht-onkologische Patienten in der spezialisierten stationären Palliativversorgung in Deutschland – HOPE 2002 – 2005
 Ostgathe C¹, Alt-Epping B², Lindena C³, Radbruch L⁴, Völz R¹
¹Uniklinik Köln, Klinik für Palliativmedizin, Köln; ²Uniklinik Göttingen, Abteilung für Palliativmedizin, Göttingen; ³CLARA, Kleinmanchow; ⁴Uniklinik Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen

7

Zunehmende Überschneidungsbereiche zwischen palliativer Onkologie und Palliativmedizin

- ▷ durch Ausweitung neuer Therapieoptionen bis in den späteren Krankheitsverlauf
- ▷ durch verbesserte Nebenwirkungsprofile
- ▷ durch verbesserte Supportivtherapie
- ▷ durch kontinuierliche Applikationsschemata und Erhaltungstherapien
- ▷ durch einfachere Applikation (z.B. p.o.)
- ▷ durch Einbezug palliativer Zielkriterien

8

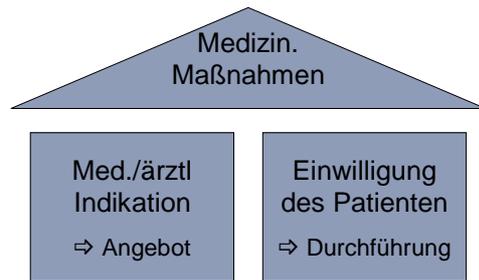
Zunehmende Überschneidungsbereiche zwischen palliativer Onkologie und Palliativmedizin

- ▷ durch Ausweitung neuer Therapieoptionen bis in den späteren Krankheitsverlauf
- ▷ durch verbesserte Nebenwirkungsprofile
- ▷ durch verbesserte Supportivtherapie
- ▷ durch kontinuierliche Applikationsschemata und Erhaltungstherapien
- ▷ durch einfachere Applikation (z.B. p.o.)
- ▷ durch Einbezug palliativer Zielkriterien

Rechtfertigt alleine noch nicht den Einsatz von Tumortherapie auf der Palliativstation

9

Ethische Entscheidungsfindung



10

Definition „Indikation“ in Lexika:

- ▷ „Sog. Heilanzeige; **Grund** zur Verordnung eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem definierten Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend **rechtfertigt**.“ (Psyhyrembel 257. Aufl.)
- ▷ „**Grund** oder Umstand, der eine bestimmte ärztliche Maßnahme durchzuführen, die nach Abschätzung eines möglichen Nutzens und Risikos für den Patienten **sinnvoll** ist (...).“ (Roche Medizin 5. Aufl. 2003)

11

Ärztliche Therapieentscheidung: Indikation

Medizinische Indikation (Raspe 1995)
 als das fachlich bestmögliche (abstrakte) Therapieangebot

- ▷ „**Empirische Begründung**“:
 Diagnose oder Situation mit resultierendem Handlungsdruck vorhanden
- ▷ „**Finale Begründung**“:
 Therapieziel vorhanden (z.B. Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen/wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen, ...)
- ▷ „**Kausale Begründung**“:
 - Therapiemaßnahme ist geeignet, um das Therapieziel zu erreichen
 - EbM als Maßstab

12

Ärztliche Therapieentscheidung: Indikation

Medizinische Indikation (Raspe 1995)
als das fachlich bestmögliche (abstrakte) Therapieangebot

- ▷ „Empirische Begründung“:
Diagnose oder Situation mit resultierendem Handlungsdruck vorhanden
- ▷ „Finale Begründung“:
Therapieziel vorhanden (z.B. Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen/
wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen, ...)
- ▷ „Kausale Begründung“:
- Therapiemaßnahme ist geeignet, um das Therapieziel zu erreichen
- EbM als Maßstab

13

Ärztliche Therapieentscheidung: Indikation

Medizinische Indikation (Raspe 1995)
als das fachlich bestmögliche (abstrakte) Therapieangebot

- ▷ „Empirische Begründung“:
Diagnose oder Situation mit resultierendem Handlungsdruck vorhanden
- ▷ „Finale Begründung“:
Therapieziel vorhanden (z.B. Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen/
wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen, ...)
- ▷ „Kausale Begründung“:
- Therapiemaßnahme ist geeignet, um das Therapieziel zu erreichen
- EbM als Maßstab

14

Therapieziele und Erfolgskriterien bei Tumorpatienten

- ▷ „Typisch onkologische“ Therapieziele:
 - Heilung / krankheitsfreie Überlebenszeit
 - Überlebenszeiten (OVS, MÜLZ, 5JÜLZ, ...)
 - Tumorgröße / Remissionsgrad nach RECIST, oder response rate

- ▷ „Typisch palliativmedizinische“ Therapieziele:
 - Symptomkontrolle, Lebensqualität
 - Häusliche Versorgung
 - Ausgestaltung der letzten Lebensphase

Therapieziele und Erfolgskriterien bei Tumorpatienten

- ▷ „Typisch onkologische“ Therapieziele:
 - Heilung / krankheitsfreie Überlebenszeit
 - Überlebenszeiten (OVS, MÜLZ, 5JÜLZ, ...)
 - Tumorgröße / Remissionsgrad nach RECIST, oder response rate
- ▷ Tumorkontrolle → Krankheitsstabilisierung → Symptomkontrolle
 - Progressionsfreie Überlebenszeit PFS
 - Time to treatment failure TTF
 - Time to deterioration of symptoms TDS (Shepherd 2005)
 - Clinical benefit response (Burris 1997)
 - Patient reported outcomes (z.B. EORTC QLQ-C30)
- ▷ „Typisch palliativmedizinische“ Therapieziele:
 - Symptomkontrolle, Lebensqualität
 - Häusliche Versorgung
 - Ausgestaltung der letzten Lebensphase

Therapieziele und Erfolgskriterien bei Tumorpatienten

- ▷ „Typisch onkologische“ Therapieziele:
 - Heilung / krankheitsfreie Überlebenszeit
 - Überlebenszeiten (OVS, MÜLZ, 5JÜLZ, ...)
 - Tumorgröße / Remissionsgrad nach RECIST, oder response rate
- ▷ Tumorkontrolle → Krankheitsstabilisierung → Symptomkontrolle
 - Progressionsfreie Überlebenszeit PFS
 - Time to treatment failure TTF
 - Time to deterioration of symptoms TDS (Shepherd 2005)
 - Clinical benefit response (Burris 1997)
 - Patient reported outcomes (z.B. EORTC QLQ-C30)
- ▷ „Typisch palliativmedizinische“ Therapieziele:
 - Symptomkontrolle, Lebensqualität
 - Häusliche Versorgung
 - Ausgestaltung der letzten Lebensphase

Ärztliche Therapieentscheidung: Indikation

Medizinische Indikation (Raspe 1995)
als das fachlich bestmögliche (abstrakte) Therapieangebot

- ▷ „Empirische Begründung“:
Diagnose oder Situation mit resultierendem Handlungsdruck vorhanden
- ▷ „Finale Begründung“:
Therapieziel vorhanden (z.B. Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen/
wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen, ...)
- ▷ „Kausale Begründung“:
- Therapiemaßnahme ist geeignet, um das Therapieziel zu erreichen
- EbM als Maßstab

18

Symptom relief with MVP chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer

- ▷ Mitomycin C, Vinblastin, Cisplatin
- ▷ In 69% Tumorsymptome beseitigt oder gebessert
- ▷ In 14% Verschlechterung der Tumorsymptome unter Chemotherapie
- ▷ Zusätzlich 19% therapieassoziierte Toxizität III/IV (Übelkeit / Erbrechen)

Ellis PA, et al., Br J Cancer 1995; 71(2): 366-70

Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial.

n = 126	Gemcitabine (neu)	5 FU (alt)
Clinical benefit response	23,8 %	4,8 %
Medianes Überleben	5,65 %	4,41 %
1 - Jahres - Überlebenszeit	18 %	2 %

Burris H, et al. J Clin Oncol 1997; 15: 2403-13

Shepherd FA, et al. N Engl J Med 2005, 353: 123-32

Erlotinib in Previously Treated Non-Small-Cell Lung Cancer → Tabletten als Zweitlinientherapie

	Erlotinib	Placebo
Gesamtüberleben:	6,7 Monate	4,7 Monate
1-J-Überlebensrate:	31%	22%
Husten:	28 Wochen bis zur Verschlechterung	15 Wochen bis zur Verschlechterung
Luftnot:	20 Wochen bis zur Verschlechterung	12 Wochen bis zur Verschlechterung
Thoraxschmerzen:	12 Wochen bis zur Verschlechterung	8 Wochen bis zur Verschlechterung
„clinical benefit“:	44%	28%
Remissionsdauer:	7,9 Monate	3,7 Monate
Hautausschlag:	75%	17%
Diarrhoe (Grad III/IV)	54% (6%)	18% (<1%)

Chemotherapie zur Symptomkontrolle? Auch (oder gerade??) bei Patienten in reduz. AZ?

- ▷ 432 chemo-naive Patienten mit fortg./met. NSCLC
- ▷ Davon 123 Patienten mit ECOG PS 2
- ▷ Vergleich 2 carboplatinhaltige Drittgenerationsschemata

	PS 0 / 1 verbessert (%)	PS 2 verbessert (%)	p-Wert
Fatigue	32	48	0,03
Schmerz (EORTC-C30)	36	48	0,09
Brustschmerz	20	32	0,06
Arm-/Schulterschmerz	21	30	0,12
Andere Schmerzen	26	32	0,50
Dyspnoe (EORTC-C30)	29	54	< 0,01
Dysphagie	10	17	0,04
Husten	45	45	0,26
Hämoptyse	8	10	0,76

Chemotherapie zur Symptomkontrolle? Auch (oder gerade??) bei Patienten in reduz. AZ?

- ▷ 432 chemo-naive Patienten mit fortg./met. NSCLC
- ▷ Davon 123 Patienten mit ECOG PS 2
- ▷ Vergleich 2 carboplatinhaltige Drittgenerationsschemata

Verbesserung der globalen und spezifischen Lebensqualität war bei Patienten in reduziertem AZ deutlicher: „Lohnt sich“ hier die Chemo mehr?!

	PS 0 / 1 verbessert (%)	PS 2 verbessert (%)	p-Wert
Fatigue	32	48	0,03
Schmerz (EORTC-C30)	36	48	0,09
Brustschmerz	20	32	0,06
Arm-/Schulterschmerz	21	30	0,12
Andere Schmerzen	26	32	0,50
Dyspnoe (EORTC-C30)	29	54	< 0,01
Dysphagie	10	17	0,04
Husten	45	45	0,26
Hämoptyse	8	10	0,76

Helbekkmo N, Lung Cancer 2008

Does Palliative Chemotherapy Palliate?

Journal of Clinical Oncology, Vol 19, No 5 (March 1), 2001: pp 1266-1274

FORUM Fokus Palliativmedizin FORUM DKG 3/07

Palliativmedizin in der Onkologie – Onkologie in der Palliativmedizin

Onkologie 2007; 13:639–624
DOI 10.1007/s00066-007-1215-y
Online published: 12. Juni 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

B. Alt-Epping¹, W. Jung², F. Nauck¹
¹ Abt. Palliativmedizin, Universitätsklinik Göttingen
² Abt. Hämatologie/Onkologie, Universitätsklinik Göttingen

Symptomkontrollierende Effekte der Chemotherapie

Ergänzung palliativer Therapiekonzepte?

Therapievoraussetzungen

- ▷ „Empirische“ Indikationsbegründung:
 - Handlungsdruck
 - Aggressivität der Erkrankung / rascher Progress < 3 Monate
- ▷ „Finale“ Indikationsbegründung:
 - Geeignetes Therapieziel
 - Geeignetes Symptom (Luftnot? Schmerz? Subileusymptomatik?)
- ▷ „Kausale“ Indikationsbegründung:
 - Geeignetes Medikament
 - Wenig Vortherapie
 - Ausreichende physische Reserve
 - Ausreichend Zeit
- ▷ Zustimmung des Patienten („Wunsch“?)

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumorthherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▷ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▷ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?

Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non–Small-Cell Lung Cancer

Alan Sandler, M.D., Robert Gray, Ph.D., Michael C. Perry, M.D., Julie Brahmer, M.D., Joan H. Schiller, M.D., Afshin Dowlati, M.D., Rogerio Lilenbaum, M.D., and David H. Johnson, M.D.

N Engl J Med 2009;361:2542-50. Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society.

Table 3. Causes of Death.

Variable	number of patients			
	Paclitaxel–Carboplatin Group	Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab Group	+ Bev	- Bev
Total deaths	344	305		
Cause			RR	
Lung cancer	309	260	35 %	15 %
Toxic effects	2	14 ^b	OS	12,3 mo / 10,3 mo
Coexisting conditions	16	16	PFS	6,2 mo / 4,5 mo
Unknown cause	17	15	Feb.Neutr.	4,0 / 1,2 % / 1,8 / 0,2 %
			Blutungen	4,4 % / 0,7 %

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumorthherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▷ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▷ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?
- ▷ Prioritätensetzung in der palliativen Situation; Ablenkung vom „Wesentlichen“; Ausgrenzung und „Verpassen“ palliativer Versorgungsstrukturen

Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue?

Cheng-Chieh Chen, M.D., M.Sc., PhD, David A. Asch, M.D., M.Sc., PhD, and John Z. Ayanian, M.D., M.Sc., PhD

ABSTRACT

The purpose of this article is to review the literature and update analyses pertaining to the aggressiveness of cancer care near the end of life. Specifically, we will discuss trends in practice and in care, the impact of these trends on the health and satisfaction of hospice patients, whether the concept of overly aggressive treatment represents a quality-of-care issue that is recognizable to all medical professionals in an open system.

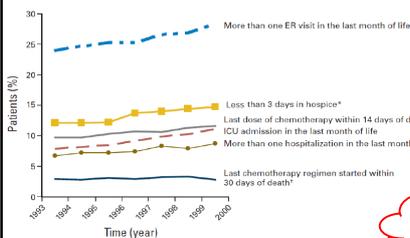


Fig 1. Updated trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life, all cancer types, all durations of disease among 215,484 Medicare enrollees in Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) areas who died as a result of cancer. (†) Among patients admitted to hospice. (‡) Among patients who received chemotherapy. (§) Emergency room; ICU, intensive care unit.

SEER Database: 18,5% erhalten Chemo in letzten 2 Wochen

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumorthherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▷ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▷ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?
- ▷ Prioritätensetzung in der palliativen Situation; Ablenkung vom „Wesentlichen“; Ausgrenzung und „Verpassen“ palliativer Versorgungsstrukturen
- ▷ „Nach dieser Therapie kommt dann die nächste“: Ausbleibende Therapiebegrenzung als Problem bei der Krankheitsverarbeitung

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumortherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▶ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▶ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?
- ▶ Prioritätensetzung in der palliativen Situation; Ablenkung vom „Wesentlichen“; Ausgrenzung und „Verpassen“ palliativer Versorgungsstrukturen
- ▶ „Nach dieser Therapie kommt dann die nächste“: Ausbleibende Therapiebegrenzung als Problem bei der Krankheitsverarbeitung
- ▶ Unterschiedliche Einschätzung Patient-Arzt-Pflege bzgl. Indikation

VOLUME 24 • NUMBER 21 • JULY 26 2006

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY REVIEW ARTICLE

Why Do Patients Choose Chemotherapy Near the End of Life? A Review of the Perspective of Those Facing Death From Cancer

Robin Matsuyama, Sushil Kumar Reddy, and Thomas J. Smith

ABSTRACT

Purpose
The number of patients receiving chemotherapy near the end of life is increasing, as are concerns about goals of treatment, toxicity, and costs. We sought to determine the available sources of knowledge, the choices, and concerns of actual patients, and how patients balanced competing issues.

Methods
We used a literature search from 1980 to present.

Results
Available patient sources provide little information about prognosis, choices, alternatives, consequences, or how to choose. Many patients would choose chemotherapy for a small benefit in health outcomes, and for a smaller benefit than perceived by their health care providers for their own treatment. Adverse effects are less a concern for patients than for their well health care providers. There are no decision aids to assist patients with metastatic disease in making their choices, such as there are for adjuvant breast therapy.

Conclusion
The perspective of the patient is different from that of a well person. Patients are willing to undergo treatments that have small benefits with major toxicity. Receiving realistic information about the different options of care and the likelihood of successful treatment or adverse effects is difficult. These factors may explain some of the increased use of chemotherapy near the end of life. Decision aids and honest, unbiased sources to inform patients of their prognosis, choices, consequences, typical outcomes, and ways to make decisions are needed. More prospective information about how patients make their choices, and what they would consider a good choice, would assist informed decision making.

J Clin Oncol 24:3490-3496. © 2006 by American Society of Clinical Oncology

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumortherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▶ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▶ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?
- ▶ Prioritätensetzung in der palliativen Situation; Ablenkung vom „Wesentlichen“; Ausgrenzung und „Verpassen“ palliativer Versorgungsstrukturen
- ▶ „Nach dieser Therapie kommt dann die nächste“: Ausbleibende Therapiebegrenzung als Problem bei der Krankheitsverarbeitung
- ▶ Unterschiedliche Einschätzung Patient-Arzt-Pflege bzgl. Indikation
- ▶ Dynamik der palliativen Situation: Wiederholte Reflexion der Therapiebegründung

Probleme und Abwägungen beim Einsatz von Tumortherapie bei fortgeschrittenen Erkrankungen

- ▶ Nebenwirkungen in grenzkompensierter Situation; potentielle Schädigung in Relation zum Ausmaß des Nutzens
- ▶ Therapieassoziierte Todesfälle oder Versterben an der inkurablen Grunderkrankung – Aufrechnung? Implikationen?
- ▶ Prioritätensetzung in der palliativen Situation; Ablenkung vom „Wesentlichen“; Ausgrenzung und „Verpassen“ palliativer Versorgungsstrukturen
- ▶ „Nach dieser Therapie kommt dann die nächste“: Ausbleibende Therapiebegrenzung als Problem bei der Krankheitsverarbeitung
- ▶ Unterschiedliche Einschätzung Patient-Arzt-Pflege bzgl. Indikation
- ▶ Dynamik der palliativen Situation: Wiederholte Reflexion der Therapiebegründung
- ▶ Kosten, Logistik und Expertise: gesellschaftsethische ärztliche Verpflichtung zur Vermeidung medizinischer Futilität

Ärztliche Therapieentscheidung: Indikation

Medizinische Indikation (Raspe 1995)
als das fachlich bestmögliche (abstrakte) Therapieangebot

- ▶ **„Empirische Begründung“:**
Diagnose oder Situation mit resultierendem Handlungsdruck vorhanden
- ▶ **„Finale Begründung“:**
Therapieziel vorhanden (z.B. Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen/wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen, ...)
- ▶ **„Kausale Begründung“:**
- Therapiemaßnahme ist geeignet, um das Therapieziel zu erreichen
- EbM als Maßstab

Ärztliche Indikation (Neitzke 2009)
als das individuell angemessene, personalisierte Therapieangebot als Ausdruck ärztlicher Kunst

35

Methodik

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG

HOPE 2007

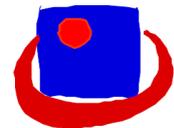
Modul
Tumor-
therapie

Ergebnisse von

67 Palliativstationen
8 Onkologischen Stationen
24 stationären Hospizen
28 ambulant tätigen Ärzten
22 ambulanten Pflegediensten

mit insgesamt

3184 Patientendokumentationen



HOPE ©2007 Tumorspezifische Therapien in d. Palliativmedizin TT Basisbogennr.:

Dieser Fragebogen erfasst den Einsatz von tumorspezifischen Therapien während Ihrer Betreuung. Bitte füllen Sie im Falle einer fortgesetzten Vortherapie den Bogen bei Aufnahme aus, bei einer neu initiierten Tumorthherapie zum Zeitpunkt der Therapieeinleitung. Bitte ergänzen Sie die Fragen 9-12 nach Therapieende.

Datum:

Datum erstes Auftreten der Metastasen:

Unter laufender Vortherapie bzw. bei Therapieeinleitung

TT1. Therapieform: Fortgesetzt: Fortsetzung einer vorbestehenden Therapie
 Neu: neu initiierte Therapie

Intravenöse, zyklische oder kontinuierliche zytotoxische Chemotherapie fortgesetzt neu
 per orale, zyklische oder kontinuierliche zytotoxische Chemotherapie fortgesetzt neu
 Tumorspezifischer Antikörper fortgesetzt neu
 Hormontherapie fortgesetzt neu
 per orale Tyrosinkinasehemmer oder andere „targeted therapy“ fortgesetzt neu
 Strahlentherapie fortgesetzt neu
 Endoskopische Intervention fortgesetzt neu
 Nuklearmedizinische Therapie fortgesetzt neu
 Operative Intervention fortgesetzt neu
 Andere Verfahren (bitte spezifizieren): fortgesetzt neu

TT2. Anzahl der Vortherapien: Chemotherapie Hormontherapie

TT3. Indikationen:

Tumorgößenreduktion zur präventiven Symptomvermeidung und / oder Lebenszeitverlängerung
 Vorwiegend zur Symptomkontrolle
 Neurologische Kompression + Hirndruck Schmerzen Lufnot
 Gastrointestinale Kompression Sonstige:

TT4. Substanzen / Regime / Modus:

Fortgesetzte bzw. neu initiierte Tumorthérapien bei Palliativpatienten

205 Pat 211 TT	Gesamt	Palliativ- station	Onkol. Station	Ambul. Arzt	Ambul. Pflege
TT fort- gesetzt	91	57	5	25	4
		3,4% aller PS- Patienten	3,5% aller OS- Patienten	5,7% aller AA- Patienten	0,9% aller AP- Patienten
TT neu	120	75	17	23	5
		7,2% aller PS- Patienten	11,9% aller OS- Patienten	5,3% aller AA- Patienten	1,1% aller AP- Patienten

In allen Einrichtungen außer Hospiz finden sich Patienten unter fortgesetzter oder neu initiiertter TT

38

Indikationen zur Tumorthérapie bei Palliativpatienten

	Alle Einrichtungen	Palliativstation	Onkologie
Tumorgößen- reduktion	95 37,3%	42 24,0 %	8 38,1 %
Symptom- kontrolle	79 31,0%	67 38,8 %	6 28,6 %
Beides	52 20,4%	42 24,0%	6 28,6%
Weder - noch	29 11,4%	24 13,7%	1 4,8%

39

- Gründe für eine vorzeitige Beendigung der TT ***
- ▷ Toxizitäten 17 %
 - ▷ Ineffizienz der Therapie 36 %
 - ▷ Allgemeinzustand ↓ 72 %
 - ▷ Wunsch des Patienten 25 %
- ▷ 93 dokumentierte vorzeitige Therapieabbrüche
- * Mehrfachantworten möglich
- 40

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**

**You can add life to days,
even when you can't add
days to life***

Special thanks to
Denise Brady & David Oliviere,
St.Christopher's Hospice

*Wahrscheinlich **nicht**
von C. Saunders

41