

Onkologie im Hospiz – Utopie oder Realität ?

ID 31

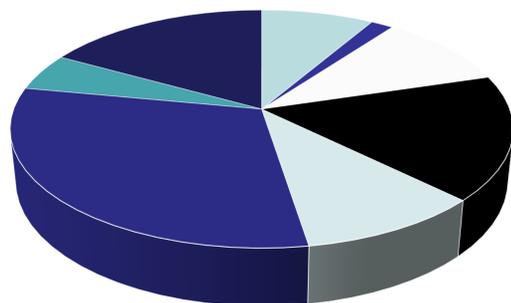
Kaiser F¹, Kaiser F², Utke D², Vehling-Kaiser U², Kaiser U²
 1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Göttingen
 2 Onkologisch-Palliativmedizinisches Netzwerk Landshut

Hintergrund: Seit Publikation der Temel-Studie ist der Stellenwert der Palliativmedizin in der Therapie von Patienten mit malignen Erkrankungen deutlich angestiegen. Der frühe Einsatz der Palliativmedizin parallel zur Gabe onkologischer Therapien bei unheilbaren Tumorerkrankungen ist mittlerweile unbestritten. Im Gegensatz dazu wird der Stellenwert onkologischer Therapiemöglichkeiten, wie z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie oder Bluttransfusionen im Bereich der Palliativmedizin oft noch unterschätzt oder negiert. Es liegen ausreichend wissenschaftliche Arbeiten vor, die sich kritisch mit dem Einsatz onkologischer Therapien am Lebensende befassen. Leider führen „Übertherapien“ dazu, dass onkologische Therapiemöglichkeiten bei Patienten am Lebensende häufig nicht in Betracht gezogen oder sogar als Beeinträchtigung der Lebensqualität eingeschätzt werden. Dennoch können auch am Lebensende Situationen eintreten, in denen der Palliativpatient von den genannten Therapien profitiert. Hierzu gehören zum Beispiel: Schmerzprobleme, bestimmte Zustände von Atemnot, Meningiosis leukämica/carcinomatosa, Chlorome, lebensqualitätsbeeinträchtigende Blutungen, exulzierende Wunden. Besonders betroffen von dieser Problematik sind die Bewohner von Hospizen. Wir haben daher den Einsatz onkologischer Therapien bei Bewohnern des Hospizes Vilsbiburg in Niederbayern über 3 Jahre hinweg untersucht.

Das Hospiz Vilsbiburg versorgt den süd-westlichen Teil Niederbayerns und verfügt über 10 Hospizplätze. Es ist Teil des Onkologisch-palliativmedizinischen Zentrums, das zu den ESMO-Zentren in Deutschland gehört. Die Leitung des Hospizes hat eine Internistin und Onkologin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin inne. Die Versorgung erfolgt über 3 ortsansässige Hausärzte mit Basisausbildung in Palliativmedizin. Regelmäßige Hospizkonferenzen an denen sowohl die Hospizärzte, die Pflegeleitung des Hospizes und Mitglieder der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) teilnehmen legen u.a. Therapiestrategien im Hospiz und darüber hinaus bei Bedarf für den einzelnen Patienten fest.

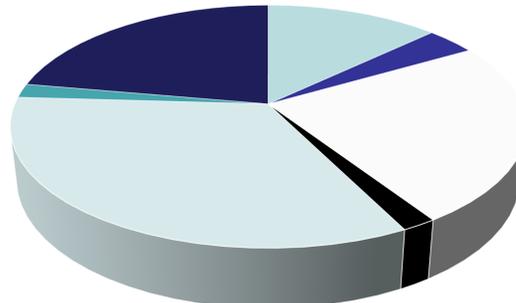
Methodik und Ergebnisse: In der Zeit vom 1.1.2014 bis 31.12.2016 wurde retrospektiv an 337 Patienten (Männer: n=156, 46%, Frauen: n= 181, 54%) der Einsatz onkologischer Therapien im Hospiz Vilsbiburg, Niederbayern untersucht. 313 (93%) der Hospizbewohner waren an einer onkologischen/hämatologischen Erkrankung erkrankt. Das Durchschnittsalter betrug 71,6 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner im Hospiz betrug 30,5 Tage.

Bezüglich onkologischer Therapie wurden unterschieden: Strahlentherapie, antiproliferative Therapien (Chemotherapie, Tyrosinkinaseinhibitoren, Somastostatine) und supportiven Maßnahmen (Bisphosphonate, Humanalbumin, Erythrocytengaben, Thrombocytengaben). 16% (n=50) der Bewohner mit malignen Erkrankungen erhielten eine onkologische Therapie. Dabei standen Strahlentherapie, Erythrocytentransfusionen und Humanalbumingabe im Vordergrund.



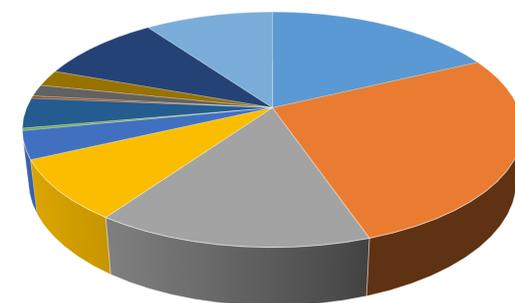
Therapien

- Antihormonelle Therapie
- Bestrahlung
- Chemotherapie
- Somatostainanaloga
- Antikörpertherapie
- Bisphosphonate
- Eiweißmangeltherapie
- Transfusionen



Behandlung wegen

- Atemnot durch Anämie
- Knochenmetastasen
- Ödeme
- Tumorreduktion
- Diarrhoe
- Meningiosis
- Übelkeit/Erbrechen



Erkrankungen

- Bronchialkarzinome
- gynäkologische Malignome
- HNO-Tumore
- Leberkarzinome
- Malignome der Haut
- urologische Tumore
- gastrointestinale Tumore
- Hirntumore
- Knochentumore
- Schilddrüsenkarzinome
- unbekannter Primärtumor
- hämatologische Systemerkrankungen

Diskussion: Die vorliegende Untersuchung ist monozentrisch und wurde an einem ESMO-Zentrum durchgeführt. Damit sind die vorliegenden Ergebnisse in ihrer Aussagekraft nur eingeschränkt beurteilbar. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass selbst im Hospiz onkologische Therapien in Betracht gezogen werden sollten. Diese beziehen sich insbesondere auf die Reduktion von Schmerzen und die Verbesserung der Lebensqualität bei noch nicht präfinalen Patienten, die in der Lage sind am täglichen Leben teilzunehmen. Die Indikation zum Einsatz onkologischer Therapien am Lebensende bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Onkologie, Palliativmedizin, Hausärzten und Pflegekräften.

Onkologische Therapien am Lebensende können für bestimmte Patienten und in bestimmten Situationen sinnvoll sein und durchaus dazu beitragen „...den Tagen mehr Leben zu geben“.



Hospiz Vilsbiburg

Interessenskonflikte: keine

Literatur: Alt-Epping B. et al.: Onkologie für die Palliativmedizin. Universitätsverlag Göttingen, <https://doi.org/10.17875/gup2015-850>. ISBN: 978-3-86395-229-7 (Print), 2015 ; Alt-Epping B. et al.: Substitution von Blutkomponenten in der Palliativversorgung, DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135 (42): S.2083-2087 ; Bergert F.W. et al.: Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung, Leitliniengruppe Hessen 2007 ; Bausewein C et al.: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S3-Leitlinie Palliativmedizin, Mai 2015, <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/s3-leitlinie.html> ; Connor SR et al.: 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 ; Gog C.: Wie unterscheidet sich Palliativmedizin und Hospizarbeit, Post vom Hospiz St.Katharina, Nr. 14, Ausgabe 2/2014, Seite 1, Frankfurt 10/2014 ; Heim M.U.: Indikationen zur Gabe von Blutprodukten in der Palliativmedizin (und in der Intensivmedizin), hämotherapie-Beiträge zur Transfusionsmedizin 29, S.40-47, 2017 ; Kaiser F. et al.: Onkologie und Palliativmedizin: Gegensatz oder gemeinsames Konzept – ein Fallbericht, Poster DGHO 2017, Stuttgart ; Leiner P.: Wann nützt palliative Chemotherapie, Springer Medizin, Ärzte Zeitung, 4/2014 ; Prigerson H.G.: Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study, BMJ 3/2014;348:g1219 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1219> ; Smith TJ 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. ; Saito AM et al.: The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. BMC Palliat Care. 2011;10:14. ; Temel JS 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.

Autor:
 F. Kaiser,
 Universitätsmedizin Göttingen
 Klinik für Hämatologie/Onkologie Göttingen
 florian.kaiser@med.uni-goettingen.de