

Caring well enough? Wie kann man Übertherapie am Lebensende vermeiden?

PD Dr. med. Iris Appelman
Stv. Klinikdirektorin
Klinik für Palliativmedizin
Uniklinik RWTH Aachen

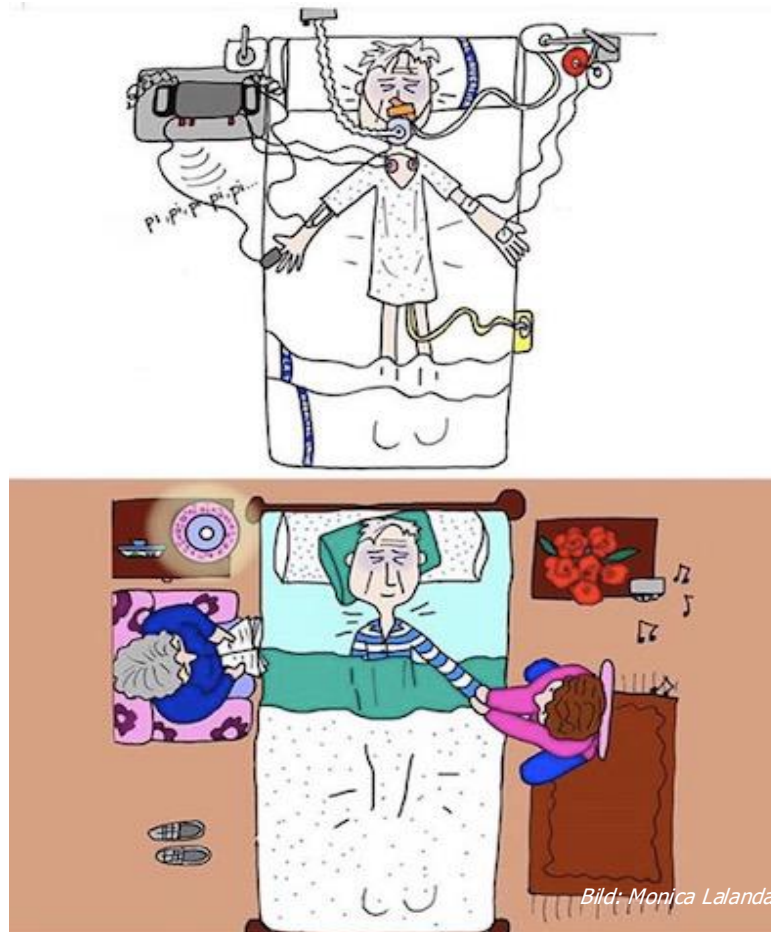


Wann ist das Lebensende?



Was ist Übertherapie?

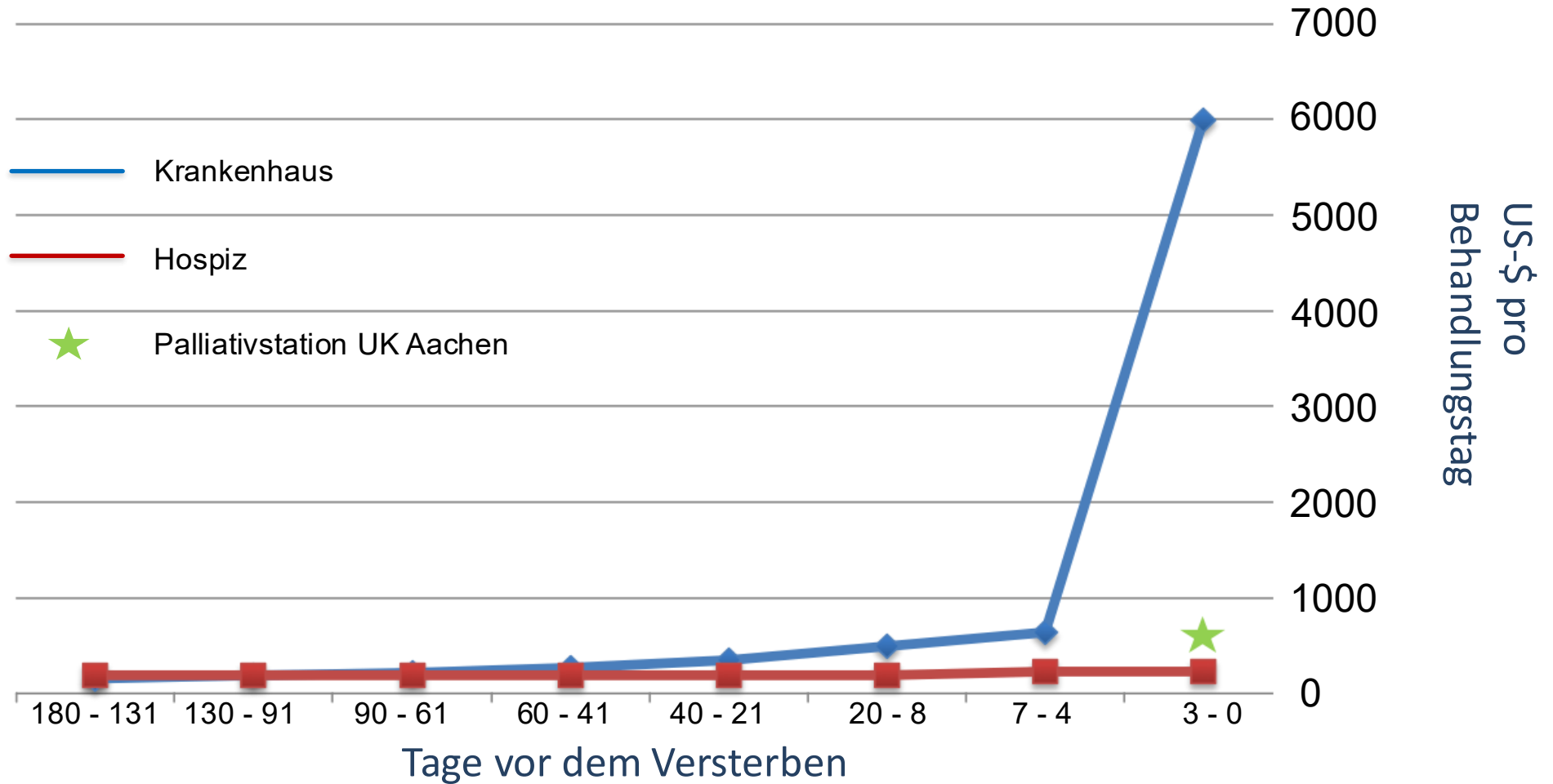




- Medizinische Behandlung, die voraussehbar dem Patienten mehr schadet als nützt, seinen Zielen nicht dient.
- Weltweit zunehmende Häufigkeit von Übertherapie (>1/3 aller Behandlungen am Lebensende)
Dasch et al, PlosOne, 2017
Ellen et al. Health Research Policy 2018
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen definiert „Übertherapie als ... das zentrale medizinische und ökonomische Problem.“
- AG der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften: „Konflikte zwischen betriebswirtschaftlichen Zielen und medizinisch-ethischen Anforderungen manifestieren sich in besonderer Schärfe im Krankenhaus.“
- DGIM Befragung 2020: 49 % aller befragten Ärzte führen selbst als unnötig erachtete Maßnahmen zur Erlössteigerung durch



Kosten am Lebensende



Modifiziert nach Duncan I et al. Medicare cost at the end of life.
American J of Hosp Pall Care, 2019, Aug 36(8) 705 - 710.



Lebensende bei Krebspatienten

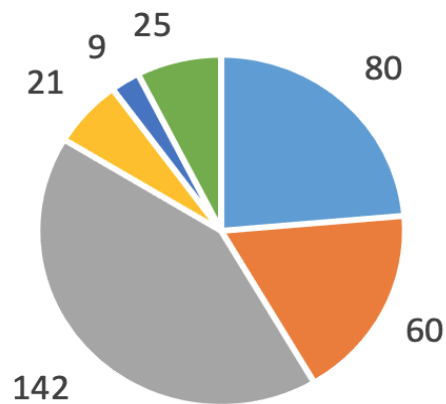
Intervention	Risiko in der letzten Woche / im letzten Monat des Lebens
Chemotherapie	38,3 %
Bestrahlung	6,4 %
Reanimation	10,5 %
Operation	31,0 %
Dialyse	16,9 %
Transfusion	39,5 %

Wahrscheinlichkeit für Palliativversorgung > 20 Tage 1,9 %



Ressourcen vs Bedarfe

Durchschnittliche Behandlungszeit der verschiedenen Berufsgruppen pro Patient (in Minuten)



■ Ärztlicher Dienst ■ Pflegedienst ■ Physiotherapie
■ Psychotherapie ■ Sozialarbeit ■ Case Management

Durchschnittliche Anzahl der Patienten auf der Warteliste der PM im UKA (Q1 2024 vs 2025):

9,1 (↑)

Bettenzahl Palliativstation:

8 (9?) (= ?)



PalliOn-Studie: PALLiative care Integrated in ONcology

- 616 Krebspatienten in 12 Häusern der Maximalversorgung in Norwegen
- Alle erhielten eine palliative Krebstherapie, jeweils zytostatikahaltig.
- Randomisierung: Palliativintervention vs. keine Palliativintervention

Ergebnisse

- Mittlere Überlebenszeit zwischen Therapiestart und Versterben 204 (mit Palliativintervention) und 168 Tage (ohne Palliativintervention)
- Keine signifikanten Unterschiede bei den PROMS
- Wahrscheinlichkeit für Therapie im letzten Lebensmonat (=Übertherapie)
 - 11 % bei Patienten mit Palliativanbindung
 - 15% ohne Palliativanbindung



Was nun?



Lebensende bei Krebspatienten (n>700.000)

- 76 % aller Krebspatienten werden im letzten Lebensmonat mindestens einmal stationär behandelt.
- 61 % aller Krebspatienten versterben im Krankenhaus, nur 18% im häuslichen Umfeld.
- 87 % aller Krebspatienten wünschen sich aber ein Versterben im häuslichen Umfeld.
- Palliativmedizinische Anbindung reduziert das relative Risiko für
 - Chemotherapie im letzten Lebensmonat um 29 %,
 - Chemotherapie in den letzten 14 Lebenstagen um 68 %,
 - ein Versterben im Krankenhaus um 60 %



Vermeidung von Übertherapie: Rationale N-Check

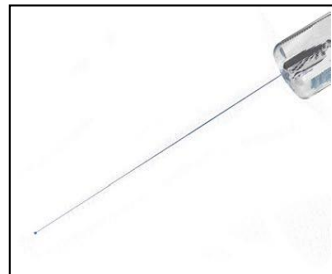
- Inzidenz der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (**CIPN**) nach neurotoxischer Chemotherapie variiert von 30-40% [1] bis zu 90% [2]
- 1/3 der CIPN-Betroffenen entwickelt eine chronische Neuropathie [3]
- Prävention und Behandlung schwierig → nur Duloxetin als mögliche medikamentöse Behandlung empfohlen [4]
- starke Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen [1-4]

1. Staff, N.P., et al., *Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A current review*. Ann Neurol, 2017
2. Fallon, M.T., *Neuropathic pain in cancer*. British Journal of Anaesthesia, 2013
3. Seretny, M., et al., *Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis*. Pain, 2014
4. Hershman, D.L., et al., *Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline*. Journal of Clinical Oncology, 2014.



N-Check: Methodik und Ablauf

- Quantitative Sensorische Testung
- Untersuchung von subjektiven thermischen und mechanischen Wahrnehmungs- und Schmerzschwellen
- Testung von 13 Parametern über dem Hand-/Fußrücken mittels standardisierten Protokolls des DFNS
- Ziel: Bestimmung eines Schmerz-Phänotyps

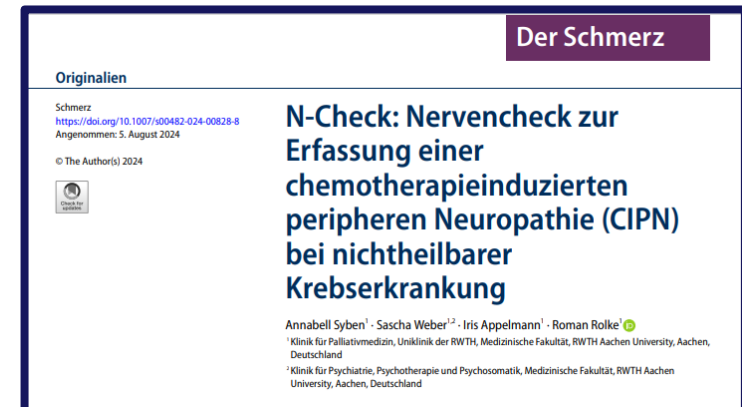


- Ergänzung der Diagnostik um Schmerz-evozierte Potentiale (PREPs) zur objektiven Messung von Hirnströmen über den Schmerzarealen des Gehirns



Ergänzende Informationen

- Es werden nur Schmerz-Schwellen erreicht → wenig invasiv
- 150 Minuten pro Patient:in → wenig zusätzlicher Aufwand pro Teilnehmer:in
- Pilotstudie bereits veröffentlicht
- Rekrutierungsziel: 350 Patient:innen
- Förderung Deutsche Krebshilfe
(Nr. 70115979; 480.000 €)
- Kontakt: Vera Mannartz (Study Nurse), Iris Appelmann & Roman Rolke
- PM-N-Check-Studie@ukaachen.de



Passt das zusammen?

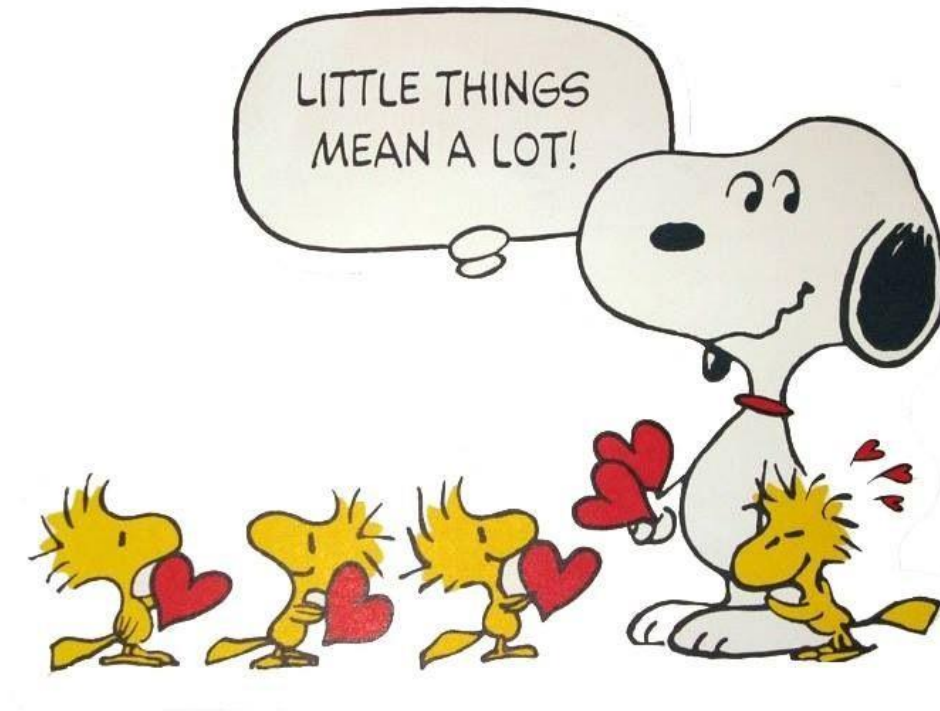


Bild: Pixabay

- Herr B: 44 Jahre, Aphasie als belastendstes Symptom durch NRAS-mutiertes malignes Melanom
- Herr L: 23 Jahre, BRAF-mutiertes Astrozytom III°, wünscht sich noch etwas Zeit zum Verabschieden von seinen Eltern und seiner Katze
- Frau S, 49 Jahre: BRAF-mutiertes malignes Melanom, schwere Dysphagie, Tetraparese, 11jähriger Sohn

→ die gemeinsame S3-Leitlinie „leben“
→ auch ohne Rückendeckung MD

DANKE



iappelmann@ukaachen.de

