

2017
STUTTGART 29.9. – 3.10.

JAHRESTAGUNG

der Deutschen, Österreichischen und
Schweizerischen Gesellschaften für
Hämatologie und Medizinische Onkologie

DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

OeGHO
Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

SSMO
SSOM
SGMO

SGHSSH

**Debatte (Sa 12:00-13:00 C5)
Frühe Palliativmedizin–Pro und Contra**

12:30 V75

**Die Evidenz für frühzeitige
Integration ist unzureichend**

Ulrich Schuler

ulrich.schuler@tu-dresden.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,
Dresden



Universitäts
KrebsCentrum



Universitäts
PalliativCentrum

gefördert durch

 Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Offenlegung Interessenkonflikte [ca 3 Jahre]

1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition

Direktor PalliativCentrum Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

2. Beratungstätigkeit

MSD, Chugai, Riemsler, Pfizer

3. Aktienbesitz

keine

4. Honorare

TEVA, Celgene, Amgen, Novo-Nordisk, Prostrakan, Hexal; Kyowa Kirin

5. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen

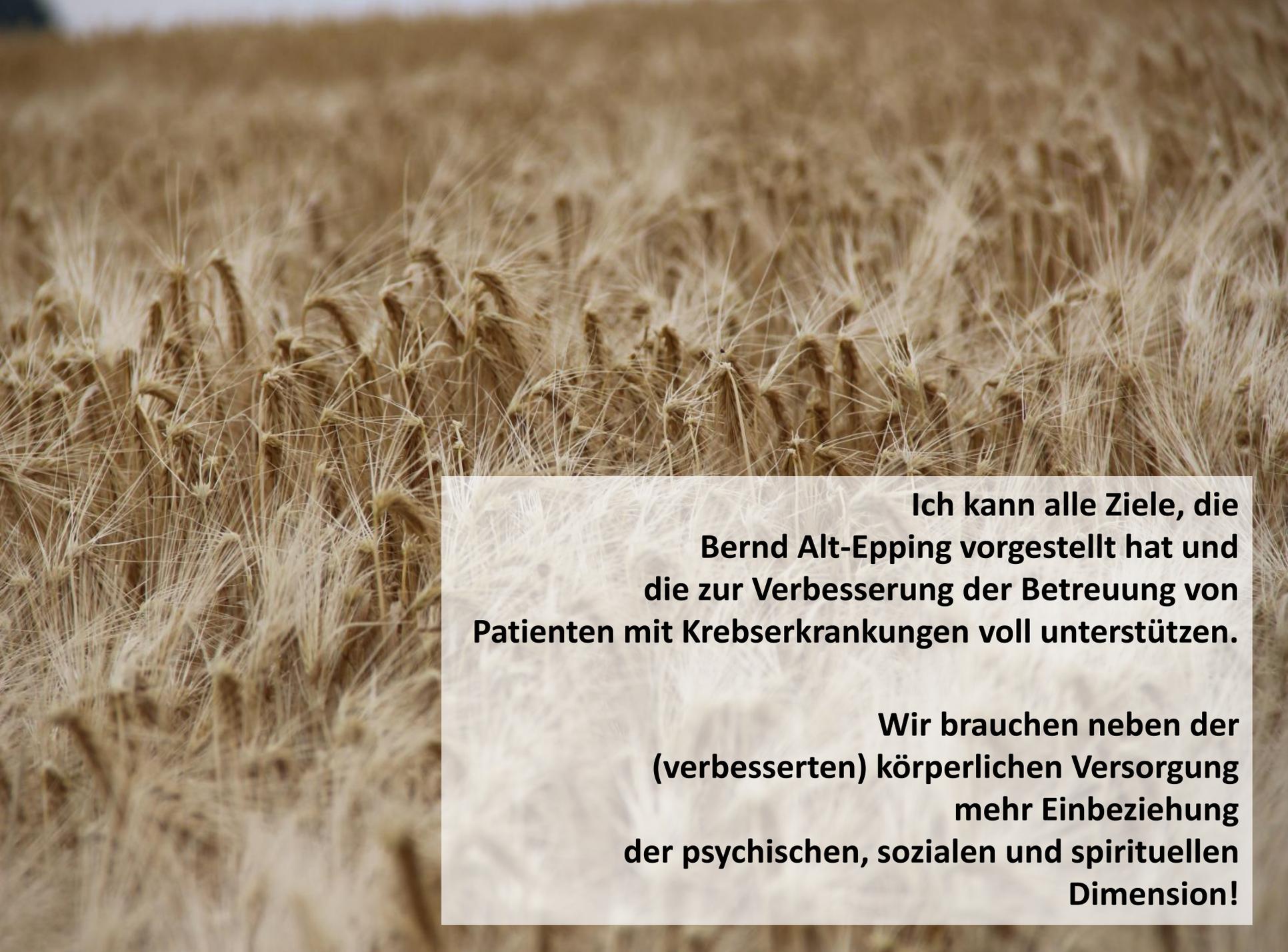
6. Gutachtertätigkeit

7. Andere finanzielle Beziehungen

jeweils keine

Eigentlicher Konflikt

- Palliativmediziner (sieht vermeintl./reale Defizite der Onkologie)
- Hämatologe / Onkologe (umgekehrt)
- Delegierter der Kammerversammlung der Landesärztekammer
/ Ausschussmitglied (Mitverantwortung für Berufspolitik)



**Ich kann alle Ziele, die
Bernd Alt-Epping vorgestellt hat und
die zur Verbesserung der Betreuung von
Patienten mit Krebserkrankungen voll unterstützen.**

**Wir brauchen neben der
(verbesserten) körperlichen Versorgung
mehr Einbeziehung
der psychischen, sozialen und spirituellen
Dimension!**



Scabiosa-Art
Flockenblume

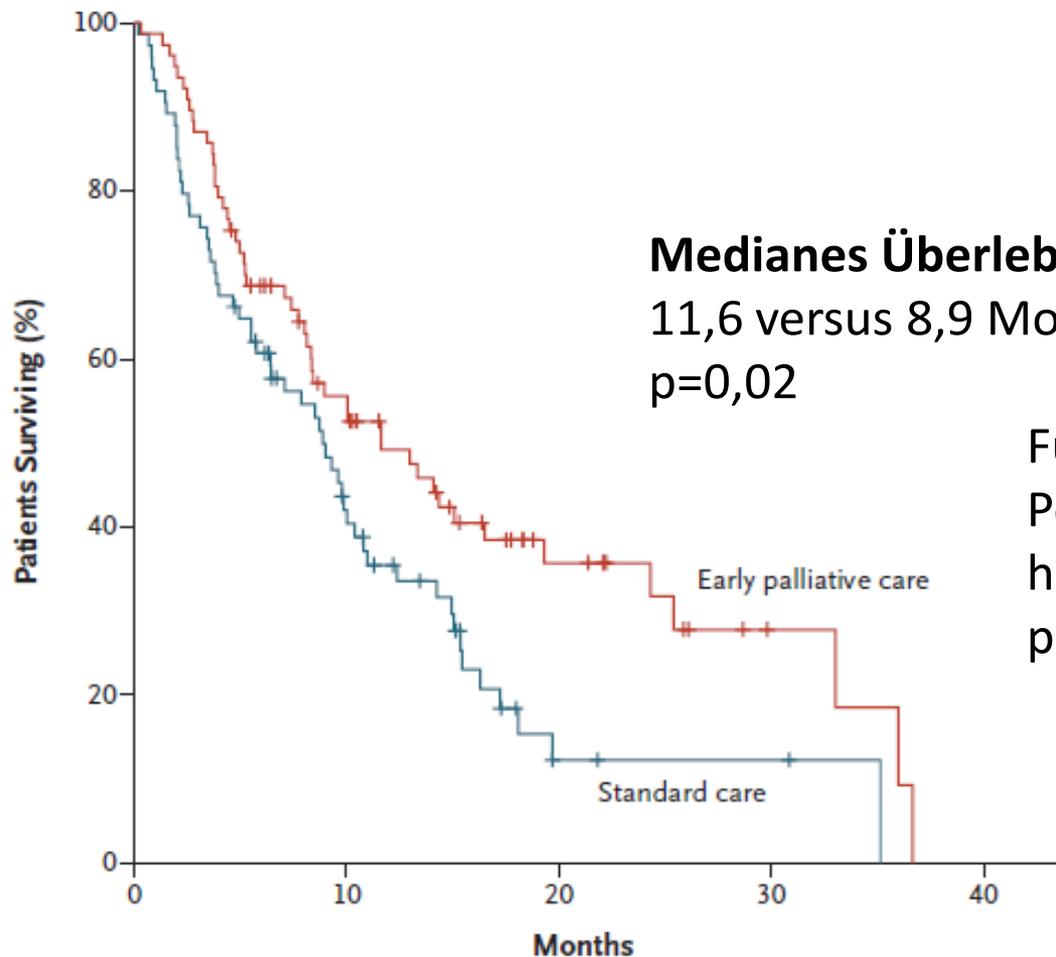
Dissens herrscht in folgenden Fragen:

- Wie zuverlässig sind die Studien,
die vermeintlich Wege weisen?**
 - Wie groß sind die Effekte?**
- Was sind die Konsequenzen für**
 - Infrastruktur?**
 - Berufspolitik?**

Die Einschätzungen sind meine, und (noch) nicht mit DGHO oder dem DGHO-Arbeitskreis PM abgestimmt

Sie alle kennen diese Studie / diese Grafik.

Wodurch zeichnet Sie sich gegenüber allen anderen randomisierten Studien des Jahrgangs 2010 im New England Journal of Medicine aus?



Medianes Überleben:

11,6 versus 8,9 Monate

p=0,02

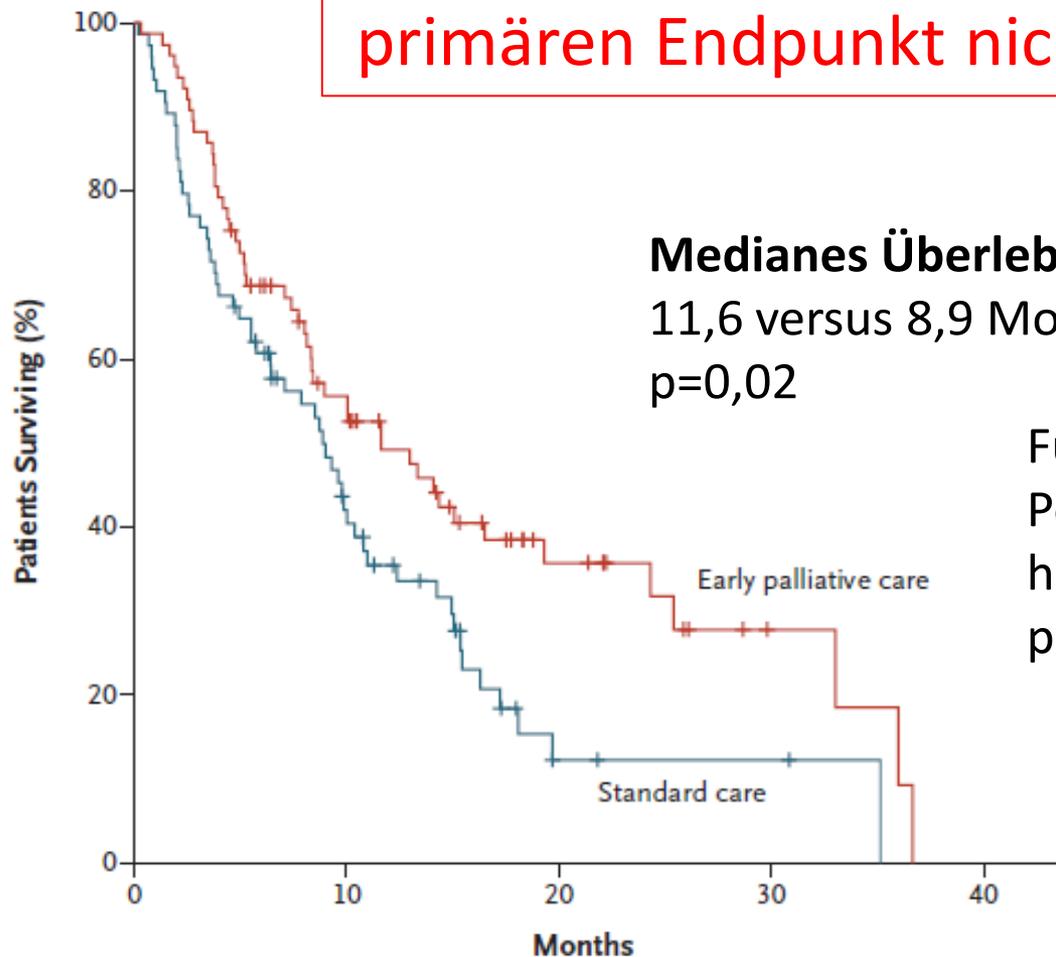
Für Alter, Geschlecht und Performance-Status kontrollierte hazard-ratio HR=0,59 (0,40-0,88)
p=0,01

Temel et al. NEJM 2010

Sie alle kennen diese Studie / diese Grafik.

Wodurch zeichnet Sie sich gegenüber allen anderen randomisierten Studien des Jahrgangs 2010 im New England Journal of Medicine aus?

Es ist (wahrscheinlich) die Einzige, die den primären Endpunkt nicht im Abstract berichtet!



Medianes Überleben:

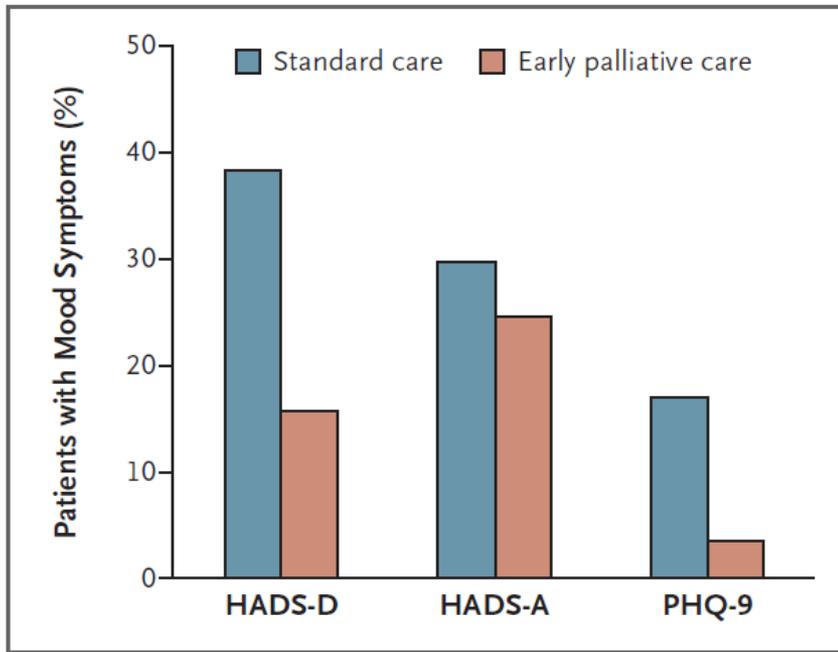
11,6 versus 8,9 Monate

$p=0,02$

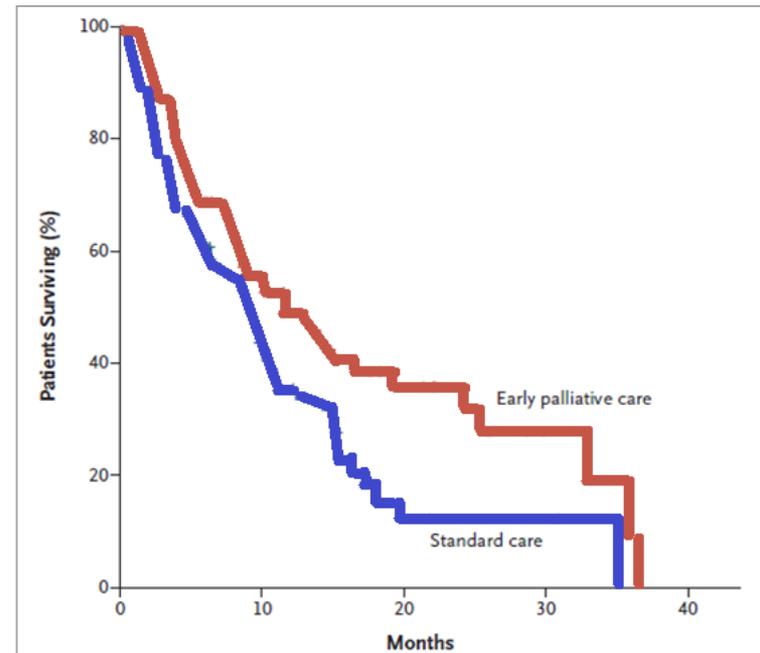
Für Alter, Geschlecht und Performance-Status kontrollierte hazard-ratio $HR=0,59$ (0,40-0,88)
 $p=0,01$

Temel et al. NEJM 2010

Was ist/war der primäre Endpunkt der Studie?



Sekundärer Endpunkt



Post-Hoc-Analyse !

Primärer Endpunkt:

“change in FACT-L TOI score from baseline to 12 weeks”

Laut Studienprotokoll : „The primary endpoint of this study will ... be the **change in FACT-L TOI** score from baseline to 12 weeks“ (online Appendix, Seite 15).

- Trial Outcome Index (TOI) : Summe der physischen, funktionellen und Lungenkrebs-bezogenen Subscaln.
- **Dazu nichts im Abstract**
- in der Publikation **drei Angaben** zum TOI
 - (1.) Tabelle 2: Absolutwert des TOI in Woche 12
 - (2.) **Legende zu Figure 1:**
Differenz zwischen Baseline und Woche 12 in Bezug auf FACT-L TOI

	Standard Care	Early Intergation	
mean change in scores on the TOI	-2.3+/-11.4	2.3+/-11.2	difference between groups, 4.6 ; CI 0.2 - 8.9; P = 0.04

Wie **relevant** ist ein Unterschied von 4,6 Punkten im TOI?

- Studienprotokoll:
„A **five-point change** on the TOI is a **clinically meaningful change**“.
- zitierte Arbeit: Cella et al (2002):
„... **five to six** point change on the TOI of the FACT-L as a CMC” [Clin. meaningful Change], an anderer Stelle auch “**five to seven**”
- early intergation Arm
erreicht 5 Punkte im TOI intraindividuell bei weitem nicht!

Übertragung der **Spannweite** der intraindividuellen Differenz auf die **Differenz** zwischen den Gruppen

alles gut !

Die Relevanzgrenze wird erreicht!

- „With the **use of linear regression to control for baseline quality-of-life values**, the group assignment significantly predicted ... the TOI (**adjusted difference in mean scores, 5.2 ± 1.8 ; 95% CI, 1.6 to 8.9; $P = 0.005$**),“

Also:

Durch das Modell

steigt die Differenz zwischen den Gruppen von **4,6 \rightarrow 5,2**,
gleichzeitig steigt die Signifikanz von **p= 0,04 \rightarrow p= 0,005**

.....

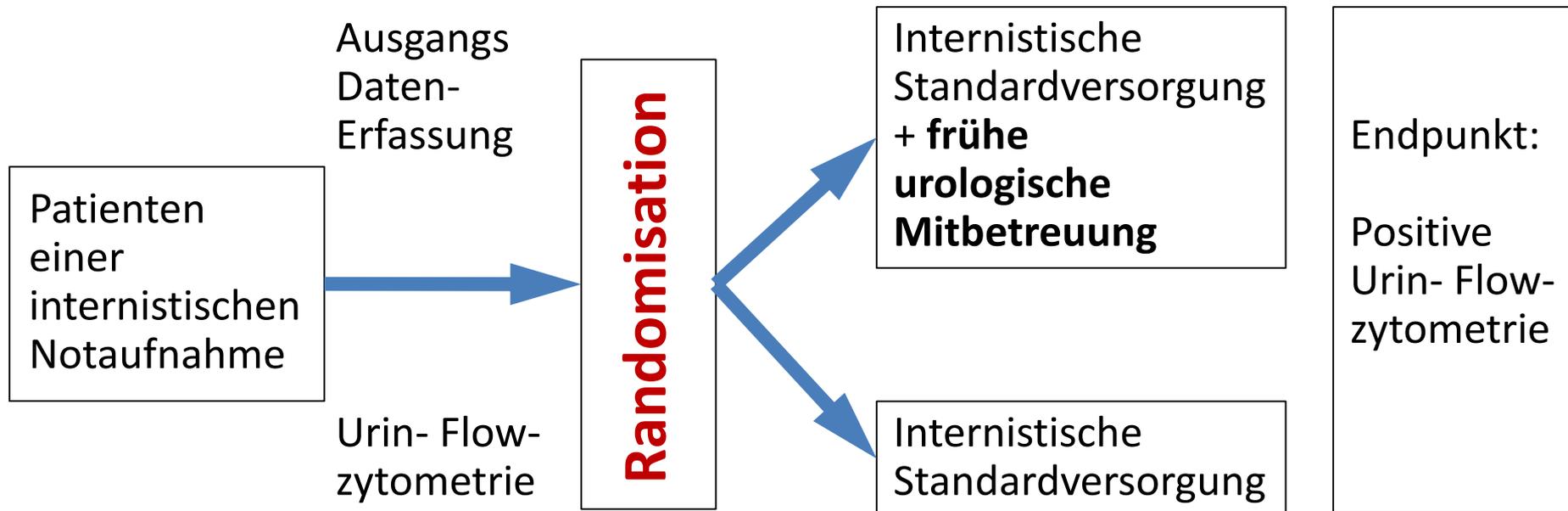
Was wäre,
wenn Frühintegration eine Pille wäre?

Kritik an Studien der Pharma-Industrie:

folgende Punkte werden unter die Lupe genommen

- Design bewusst so gewählt, dass das eigene Produkt Vorteile hatte (**nicht ideale Vergleichsgruppe** u.ä.)?
- **Statistik** angreifbar (insbesondere unkritisches multiples Testen, „flexibler“ Umgang mit + post-hoc-Definition von Endpunkten)?
- Die **Signifikanz** von Endpunkte wird beworben, ohne dass über deren **Relevanz** diskutiert wird
- Werden bestimmte Zustände problematisiert ohne dass die Kriterien einer definierten Krankheit erfüllt sind („**Disease Mongering**“)? Wird aus Surrogat-Markern auf reale Krankheiten und/oder Krankheitsverläufe geschlossen?
- Werden Hinweise aus den eigenen Daten auf Probleme nicht in geeigneter Weise ausgewertet, wenn sie die gewünschten Schlüsse in Frage stellen könnten?

Analoges Gedankenexperiment: Randomisierte Studie zur frühzeitigen Einbeziehung eines Urologen zur HWI-Diagnostik



Urologe bekommt einen Arbeitsauftrag:

„Fragen Sie nach Symptomen von Harnwegsinfektionen“

(online Appendix A, zweiter Absatz

„Inquire about uncontrolled symptoms with a focus on: ... Mood (depression and anxiety)“).

Wann scheitert diese Studie?

- (a) die Inzidenz positiver Flow-Zytometrien niedrig ist
- (b) Harnwegs-Infektionen nicht behandelbar sind
- (c) der Internist zu ungeahnten Höchstformen aufläuft
- (d) die beteiligten Urologen völlig unfähig sind

Ist hier ein methodisch (-ethischer) Einwand gerechtfertigt?

- „Begegnung“ mit Onkologen nicht state-of-the art ?
- Zumindest: **selber Arbeitsauftrag** für den Onkologen
- **zeitlich ähnliche Dimension der Zuwendung** als Kontrolle
→ Einwand: „Randomisation gegen die Realität der Versorgung“
- Was wäre in dem Fall,
dass das Screening auf Depression und Angst
hochpathologische Werte ergeben hätte?
- Im Protokoll keine Aussage zur Verblindung:
Kennt die Research Nurse den Palliativmediziner?

Zweites Hauptzielkriterium

Geplante HADS Auswertung (Protokoll im Appendix)

3 Gruppen:

- ≥ 11 Punkte pathologisch
- 8-10 borderline
- < 7 considered normal.

The percentage of patients who fall into each of these categories is felt to be important in evaluating quality of life in groups of cancer patients [39].

Therefore, a secondary endpoint of this study will be to compare the proportion of patients in each of the three categories in the two treatment arms at 12 weeks [40].“

Erfolgte HADS-Auswertung (Hauptpublikation)

a score higher than 7 on either HADS subscale is considered to be clinically significant.

[von einer separaten Auswertung für den Score- Bereich 11-21 ist nicht mehr die Rede]

Warum?

Reduziert PM die „Depression“?

- Verifizierung einer Diagnose „Depression“ war kein Gegenstand des Protokolls.
- S3-Leitlinie: auffällige Depressionswerte
→ Diagnose durch Erfassung der Haupt - und Zusatzsymptome nach ICD -10 (oder DSM)
- Der PHQ-9 korreliert gut mit (aber ersetzt nicht) die Diagnosestellung durch Fachmann / Fachfrau.
- Siehe Urologen-Analogie:
Bakterien in der Urin-Flowzytometrie sind nicht das Gleiche wie ein Harnwegsinfekt.
- PHQ-9 wird in der S3-Leitlinie für PM nicht einmal erwähnt.
- geschähe dies im Kontext konkurrierender pharmazeutischer Unternehmen - die Abmahnung wäre eine sichere Sache, wenn behauptet würde, die Intervention hat eine Auswirkung auf die Inzidenz der Depression

Die post-hoc Analyse des Überlebens

- 1. Publikation beinhaltete **keine multivariate Analyse des Überlebens** “adjustment for demographic characteristics and baseline ECOG PS”.
- 2. Publikation: **Subgruppe, die auf EGFR-Mutationen untersucht sind.**
→ in multivariater Analyse mit verbessertem Überleben assoziiert.
 - Primäre **PC-Intervention** scheint **keine Rolle** zu spielen.
 - günstigerer Verlauf **hinsichtlich Depressivität** bei **EGFR-Mutation**
- 3. Publikation: **tumorgerichtete Therapien.**
oraler EGFR-TKIs nur als Erstlinie aufgeschlüsselt.
PC-Gruppe hat weniger Chemo, aber orale Therapie in 3./4. Linie mehr....
- 4. Publikation: Kostenanalyse → Kein Gesamtunterschied
Obwohl Interventionsgruppe signifikant weniger Chemo hatte, sind die **Kosten für tumorgerichtete Therapie nicht signifikant geringer.**
TKIs nicht aufgeschlüsselt. (warum kein survival-update?)
- → Haben die PC-Patienten evtl. „ein klein wenig mehr TKIs“?
- **in den 4 Publikationen > 100 p-Werte (Baseline –Differenzen nicht gezählt)**

Wie genau kann, wie genau muss ein Studienoutcome definiert werden?

1	Domäne (Was wird gemessen?)	Überleben, Remissionsrate, Depression, Angst, QOL, TOI
2	Wie wird gemessen?, RECIST, HADS oder PHQ-9, FACT, FACT-L, ...
3	Ggf. Wie wird die Veränderung quantifiziert?	Veränderung zum Ausgangswert . Erreichen eines Zielwertes.
4	Ggf. Wie werden Daten aggregiert?	z.B.Kontinuierliche Variable vs. Proportion von Patienten, die einen (vordefinierten) bestimmten Wert erreichen
5	Zeitlicher Rahmen	Ggf. Wann wird das outcome erfasst?
6	Wer erfasst das outcome? Ist der Patient unabhängig?	
7	Ggf.: Ist Verblindung des Assessors möglich?	

„...outcome descriptions in public clinical-trial registries often lack precision and may not reflect, what is in the protocol, thus limiting the ability to identify discrepancies between planned and published outcomes.“

mod. nach Perlmutter et al. (2017) Annals of Oncology 28: 688

Frühintegration, der neue Goldstandard?

Referenz	Studiendesign und -settings	Patienten	Intervention	Endpunkte
Bakitas 2015 ENABLE III	multizentrisch RCT ambulant	n=207 solide Tumoren oder maligne hämatol. Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium	initiales Beratungs- gespräch und 6 tel. Beratungssitzungen (wöchentlich)	primärer Endpunkt: n. a. Auswahl seku. Endpunkte: QoL (FACIT-Pal): 0 Symptomkontrolle (QUAL-E): 0 Stimmung (CES-D): 0 1-Jahres- und Overall-Survival: + Todesort: 0
Zimmermann 2014	multizentrisch Cluster- RCT ambulant	n=461 Krebserkrankungen im Stadium IV Prognose 6 – 24 Monate ECOG 0 – 2	Beratung und Nachbeobachtung durch SPC-Arzt und Pflege	primärer Endpunkt: QoL (FACIT-Sp) nach 3 Monaten: 0 Auswahl sekundärer Endpunkte: QoL (FACIT-Sp) nach 4 Monaten: + nach 3 & 4 Monaten: QoL (QUAL-E): + / + Symptomkontrolle (ESAS): 0 / + Patientenzufriedenheit (FAMCARE- P16): + / +
Temel 2010	monozentrisch RCT ambulant	n=151 Erstdiagnose NSCLC ECOG 0 – 2	Beratung und monatliche Nachbeobachtung durch SPCTeam	primärer Endpunkt: QoL (TOI: LCS + FACT-L) nach 12 Wochen: + Auswahl sekundärer & post hoc Endpunkte: Stimmung (HADS und PHQ-9): + , Median survival: +
Clark 2006 Rummans 2006	RCT stationär	n=115 Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium unter Strahlentherapie	8 × 90-minütige UE über verschiedene Coping-Strategien und Verbesserung der QoL, Entspannungsübungen und Informationsmaterial	primärer Endpunkt: n. a. Auswahl sekundärer Endpunkte: QoL (Spitzer QoL Uniscale): 0 QoL (LASA): + Belastung der Angehörigen (Interview): 0 QoL der Angehörigen (Spitzer QoL Uniscale): 0
Ringdal 2001 Jordhøy 2001 Jordhøy 2000	Cluster-RCT ambulant und stationär	n=434 nicht heilbare maligne Erkrankungen Prognose zwischen 2 und 9 Monaten	individualisierter Behandlungsplan zusammengestellt von Pat., Angehörigen, Ärzten, Pflegern und SPCTeam	primärer Endpunkt: n. a. Auswahl sek. Endpunkte: QoL (EORTC QLQ-C30 & IES): 0 Behandlungszufriedenheit Angehörige (FAMCARE): + Sterbeort: zu Hause: +; Pflegeheim: -; Krankenhaus: 0

Endpunkte der Enable III Studie Bakitas et al. (2015)

• Primary Outcome Measures:

- Change in patient's quality of living over time [Time Frame: baseline, 6,12,18,24,36 and every 12 weeks until death or end of study][...]
Quality of living assessments will include quality of life (QOL), mood, and symptom intensity measures using the following measures:
 - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal):
 - Quality of Life at End of Life (QUAL-E).
 - Center for Epidemiological Study- Depression (CES-D).
- Quality of end of life care [Time Frame: chart review at time of death and caregiver proxy interview 2-3 months after patient death][....]
End of life (EOL) Care Data Collection Form [...]
Quality of Dying and Death Measure (QODD). The QODD is a structured interview [...]conducted with a caregiver to measure the quality of a patient's last week of life. The interview assesses caregiver's perception of patient symptoms, preferences, and satisfaction with care.
- Estimate and compare the hazard ratios and median survival before and after 1 year from enrollment [Time Frame: From enrollment until patient death or end of study] [....] We hypothesize that Early entry patients will have longer overall survival at one year compared with Later entry patients.
- Change in caregiver QOL, burden and grief over time [Time Frame: baseline, 6,12,18,24,36, and every 12 wks until death or end of study] [...]
Caregiver burden and QOL will be measured using:
 - Quality of Life- Cancer- a self-report measure of QOL for caregivers of patients with cancer.
 - Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale -a self-report measure of caregiver burden.
 - Center for Epidemiological Study- Depression CESD is a measure of depressive symptoms.
 - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Module (FACIT-Sp) - a measure of spiritual well-being [.....]
 - Prigerson Inventory of Complicated Grief-Short form (ICG-SF) embedded in the Quality of Death and Dying (QODD).

• Secondary Outcome Measures:

- Mediating mechanisms and moderators of the concurrent palliative care intervention. [Time Frame: baseline, 6,12,18,24,36 weeks and every [....]
- Determine feasibility of enrolling less common solid tumors and hematologic malignancies. [.....]
- Explore patterns of stress (diurnal salivary and plasma cortisol) and immune biomarkers (lymphocyte subsets and cytokines) [....]
- Examine the relations among quality of life, mood, symptoms, survival, stress and immune biomarkers. [.....]

Endpunkte der Enable III Studie Bakitas et al. (2015)

Wir haben Outcome Measures:

- 4 „Primary-Outcomes“, die mit 10-11 quantifizierbaren Instrumenten gemessen werden.....
- rudimentäre Angaben zu Aggregation und Auswertung
- Überlebensdaten:
 - Proportion der Überlebenden nach 1 Jahr 63% versus 48%, $p=0,038$
 - p-Wert im log-rank = n.s. im Gesamtverlauf
- Stratifikation u.a. „GI-Tumor“
(% Gleichverteilung mit 2-Nachkommastellen dokumentiert)
- Keine Angaben zu Korrektur für multiples Testen

Aktuelle Studie aus der Temel-Arbeitsgruppe

(Jennifer Temel, ASCO 2016 Abstrakt 10003 und JCO 2017 35:834-841.)

- **350 Patienten** randomisiert, 191 mit Bro-Ca und 159 mit GI-Tu
- höhere QOL für die Frühintegration ($\beta=4,98$, CI 1,6 - 8,4, $p=0,004$) sowie weniger Depressionen, all dies **nach 24 Wochen**.
- **Damit ist die Studie aber eigentlich eine negative Studie**, denn laut Protokoll (auf clinicaltrials.gov) war der primäre Studienendpunkt der
„Functional Assessment of Cancer Therapy
..... change from baseline **to 12 weeks**“.
- Unterschied zu diesem Zeitpunkt $2,4 \pm 1,4$, **$p=0,09$**
- (welche Differenz wäre relevant?
Warum spielt **FACT-L TOI gar keine Rolle mehr?**)

Study Outcomes

Measures	Adjusted B ± SE (95% CI)	P-value
12 Week Outcomes		
FACT-G	2.4 ± 1.4 (-0.4 to 5.2)	0.09
PHQ-9	-0.8 ± 0.5 (-1.8 to 0.2)	0.12
HADS-Depression	-0.2 ± 0.4 (-0.9 to 0.5)	0.52
24 Week Outcomes		
FACT-G	5.4 ± 1.7 (2.0 to 8.7)	< 0.01
PHQ-9	-1.2 ± 0.6 (-2.3 to -0.01)	<0.05
HADS-Depression	-0.6 ± 0.4 (-1.4 to 0.3)	0.19

PRESENTED AT: **ASCO ANNUAL MEETING '16**

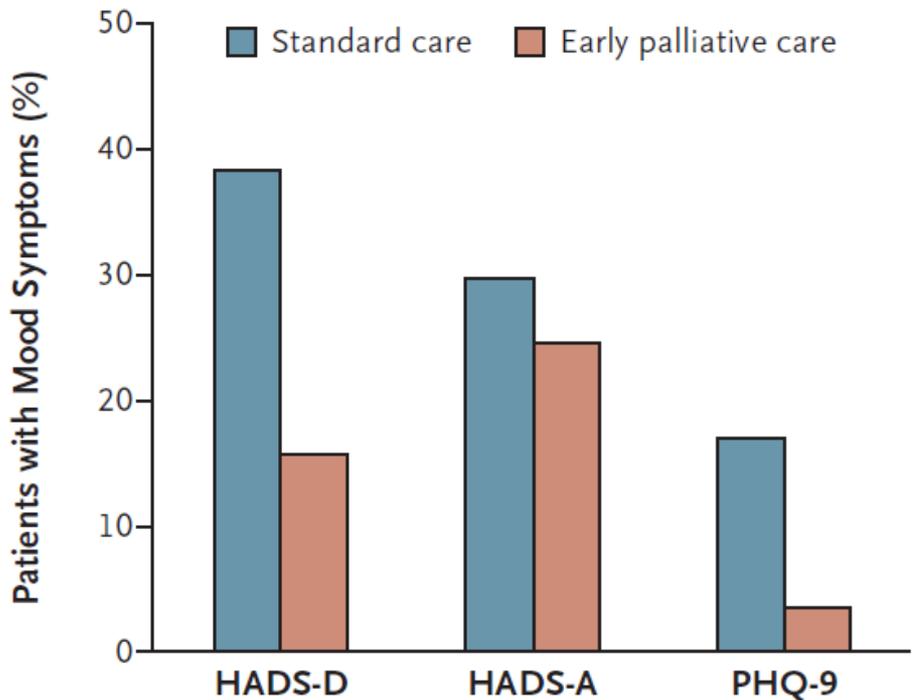
Slides are the property of the author. Permission required for reuse.

Presented By Jennifer Temel at 2016 ASCO Annual Meeting

Das war der primäre Studienendpunkt!

Study Outcomes

Measures	Adjusted B ± SE (95% CI)	P-value
12 Week Outcomes		
FACT-G	2.4 ± 1.4 (-0.4 to 5.2)	0.09
PHQ-9	-0.8 ± 0.5 (-1.8 to 0.2)	0.12
HADS-Depression	-0.2 ± 0.4 (-0.9 to 0.5)	0.52



Outcomes

(2.0 to 8.7)	< 0.01
(-2.3 to -0.01)	<0.05
(-1.4 to 0.3)	0.19

Presented By Jennifer Temel at 2016 ASCO Annual Meeting

**Das war 2010 der Hit
(... wieder andere Auswertung)**

2010 : Proportion mit HADS >7, was ist anders?

2017 : Durchschnittswerte für HADS und PHQ-9

2017 Baseline	Usual Care (n = 175) No. (%) [?]	Early PC (n = 175) No. (%) [?]
PHQ-9 score*, mean (SD)	6.50 (5.19)	6.39 (5.49)
HADS-Depression mean (SD)	4.58 (3.73)	4.72 (4.28)
HADS-Anxiety mean (SD)	5.57 (3.88)	5.05 (3.95)

*1-4 Minimal; **5-9 Mild** ; 10-14 Mittelgradig; 15-27 Schwere depressive Symptomatik

Patient PHQ-9, HADS-Depression, and HADS-Anxiety scores did not differ significantly between study groups from baseline to weeks 12 or 24; however, ANCOVA models that controlled for baseline variables demonstrated significant differences that favored the intervention for FACT-G and PHQ-9 [**p=0,048**] scores at 24 weeks.

2010 : Proportion mit HADS >7, was ist anders?
 2017 : Durchschnittswerte für HADS und PHQ-9

2017 Baseline/ <i>nach 24 Wochen</i>	Usual Care (n = 175) No. (%) [?]	Early PC (n = 175) No. (%) [?]
PHQ-9 score* , mean (SD)	6.50 (5.19) 6.72	6.39 (5.49) 5.55
HADS-Depression mean (SD)	4.58 (3.73)	4.72 (4.28)
HADS-Anxiety mean (SD)	5.57 (3.88)	5.05 (3.95)

*1-4 Minimal; **5-9 Mild** ; 10-14 Mittelgradig; 15-27 Schwere depressive Symptomatik

Patient PHQ-9, HADS-Depression, and HADS-Anxiety scores **did not differ significantly between study groups from baseline to weeks 12 or 24**; however, ANCOVA models that controlled for baseline variables demonstrated significant differences that favored the intervention for FACT-G and PHQ-9 [**p=0,048**] scores at 24 weeks.

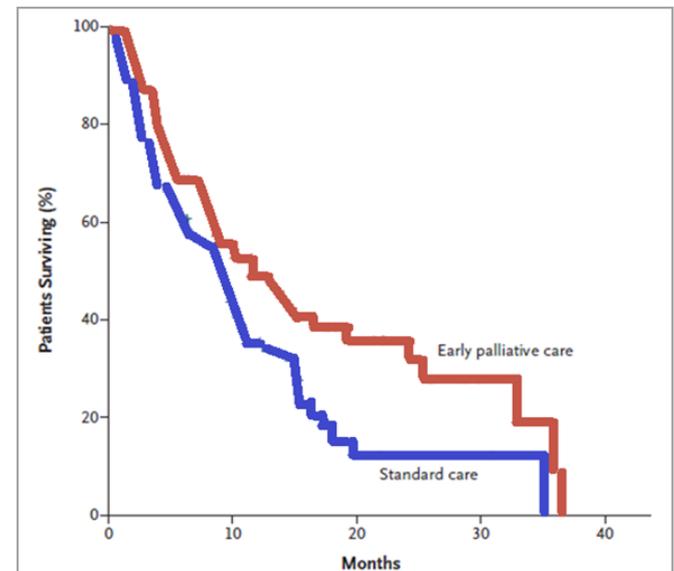
was ist ein Unterschied von 1.17 zwischen den Gruppen wert?

Was stand zu Depression im Protokoll als Sekundärer Endpunkt?

- Proportion >x oder Durchschnitt ?
- Für HADS:
“**rates** of clinically significant depression symptoms
(using a **cut off of 8** on the depression subscale ...)”
- → Auswertung **HADS war so nicht geplant**
- **PHQ9 gar nicht als Endpunkt benannt**
(trotzdem mit Mühe für einen von zwei
für den HADS definierten Zeitpunkte gerettet...)

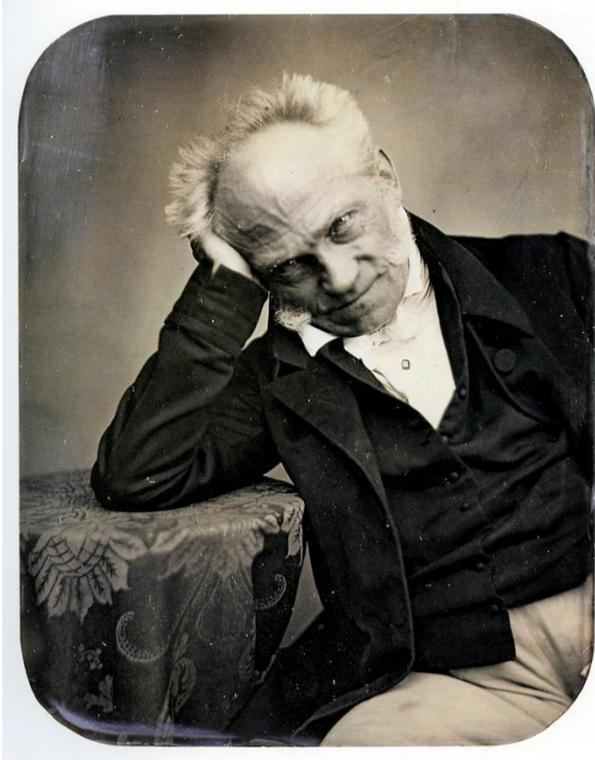
Weitere Endpunkt der neuen Studie?

- Erfolg der **Aufklärungsarbeit?**
- Abstrakt
nach 24 Wochen eine „**Einsicht in Unheilbarkeit**“ bei
- 33,6% in EPC-Gruppe vs 37,4% in Standard-Gruppe !! (n.s.)
- Bei ASCO nicht aufgegriffen,
in der Publikation die 12 Wo
Ergebnisse (die für EPC
etwas hübscher sind, n.s.)
- **keine Aussagen zum Survival**
... die BroCa-Gruppe ist
größer als in der ersten Studie.....
(als „Other Outcome Measures“
diesmal sogar im Protokoll....)



Meine Fragen an die Palliativmedizin zur Rezeption dieser Studien:

- Warum wird das eigene Tun so wenig in Frage gestellt?
- Warum nicht den Frage nachgegangen, wo die Studien noch ineffektiv(er) waren (z.B. Angst)?
- Warum sofort der „Outreach“, (früher rein in die Onkologie, rein in die anderen Fächer), während es noch keine 10 Studien zu palliativen Fragen aus deutschen Lehrstühlen bei clinicaltrials.gov gibt?



Von Jacob Seib –
Eberhard Mayer-Wegelin,
Frühe Photographie in
Frankfurt am Main 1839-1870,
1982, Nr. 10.

„Eine gefasste Hypothese
gibt uns Luchsaugen
für alles sie Bestätigende,
und macht uns blind
für alles ihr Widersprechende.“

Arthur Schopenhauer
Die Welt als Wille und
Vorstellung, Zweiter Band,
Zum zweiten Buch, Kapitel 19

Personalbedarf für Palliativmedizin

- Early Integration
bei 200 000 Krebstoten pro Jahr
und 6 h pro Patient (3h Nacharbeit)
→ etwa **1000** Ärzte zusätzlich
- Palliativdienste in größeren KH
→ etwa **600** Ärzte (? Nur partiell identisch!)
[zu befürworten! Stärkt sprechende, psychosozial orientierte Medizin, aber nur für „palliative“ Patienten]
- Nicht-onkologische Palliativmedizin
(600 000 Todesfälle)

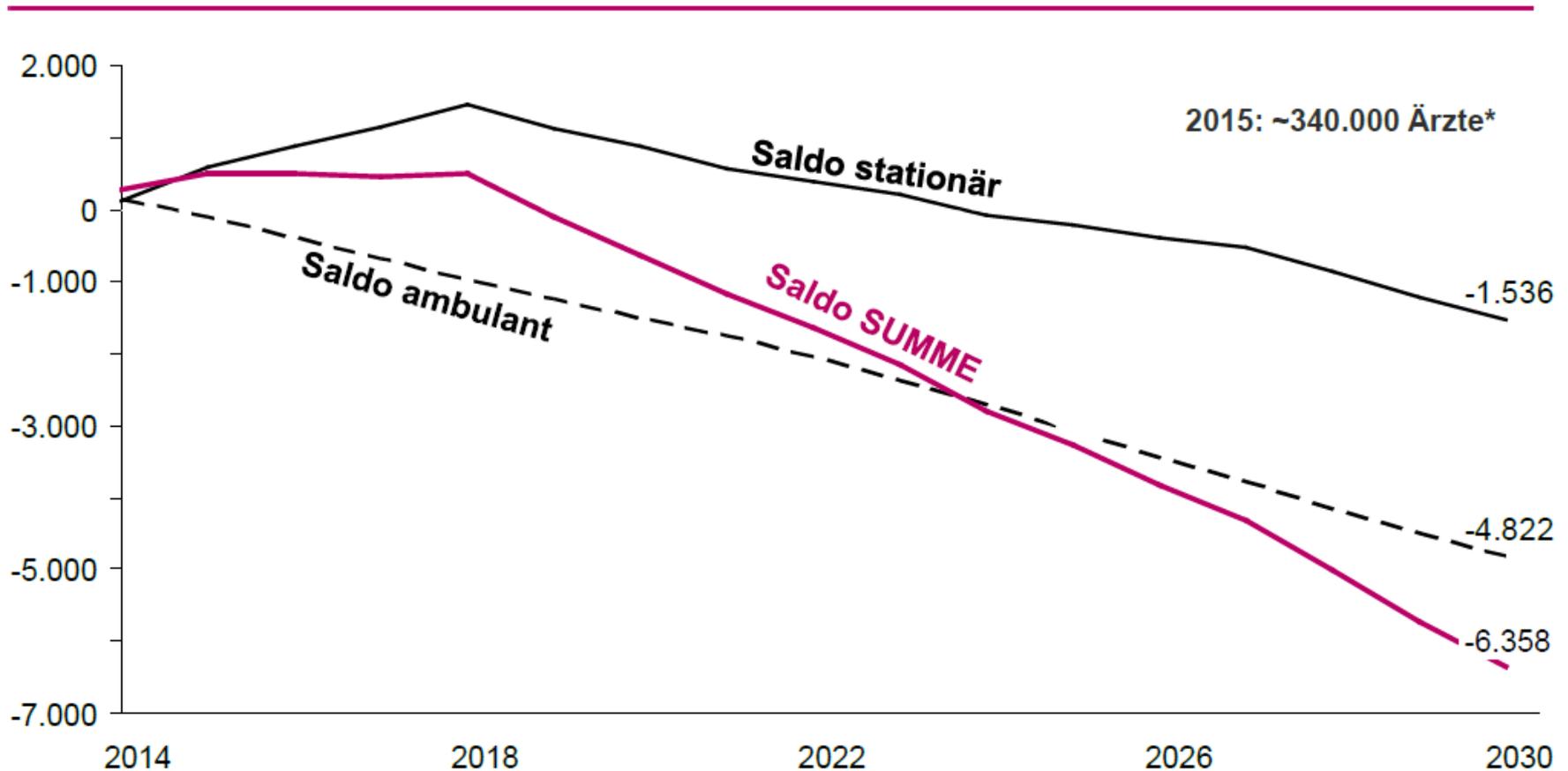
Pressmitteilung der KBV vom 5. Oktober 2016

**„In Deutschland werden bis 2030
rund 4.800 ambulant tätige Ärzte
und 1.500 Ärzte in Kliniken fehlen.“**

Gesamtergebnisse zeigen moderate Abnahme bis 2030*

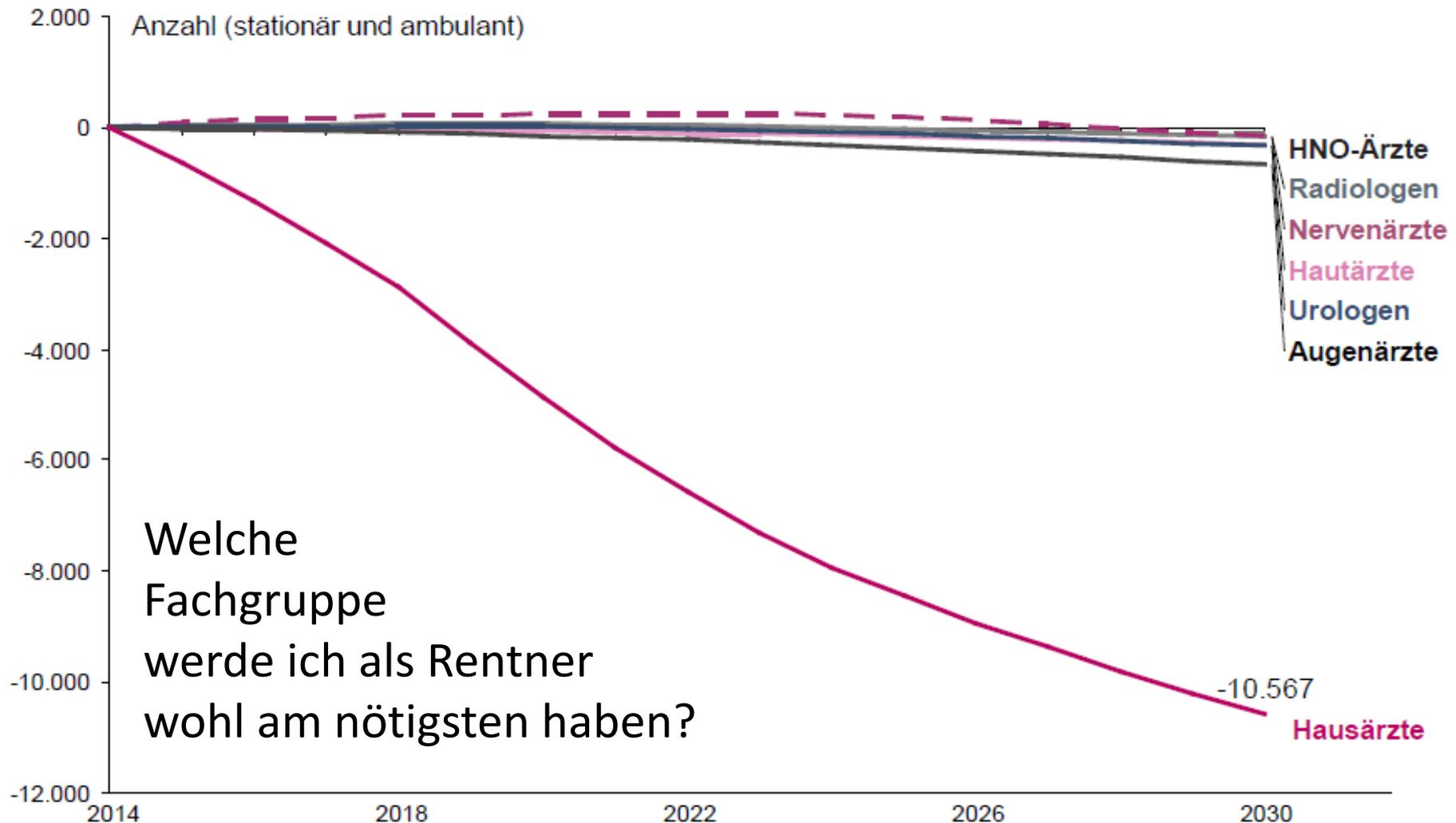
Kommunizierende Röhren zwischen ambulantem und stationärem Sektor sind zu beachten

Anzahl Ärztinnen und Ärzte (arbeitszeitkorrigiert im ambulanten Bereich)



* ohne psychol. Psychotherapeuten

Die Entwicklung verläuft nicht gleichförmig und ist abhängig von der ärztlichen Fachgruppe



Was tun?



Die von mir **nicht** favorisierte Lösung

Mein Rat: Hämatologie und Onkologie muss **besser werden**

- ... in Symptomerfassung und –Linderung
(den hypertrophen Ausdruck der „Symptomkontrolle“ übernehmen wir nicht)
 - evtl. auch mit elektronischen Hilfsmitteln?
z.B. Basch et al. (2015 und 2017) aber cave:
Survival war dort auch keine geplante Analyse.....
- ... in Kommunikation (+deren Dokumentation)
 - ASCO hat jetzt eine Guideline
→ evtl. DGHO-Projekt: kritische Diskussion / Übernahme
- ... in Stärkung Psychoonkologie und Soziale Arbeit
- [o.g. 3 Punkte sind auch bei kurativer Intention wichtig]
- ... im Analysieren von Palli-Papern....
- Early Intergration in den Köpfen
und nicht von Abteilungen!

Ein Anfang: Der Spickzettel für den Palliativmediziner der Temel-Studie

1. Krankheitsverständnis/Schulung

- a. Nachfragen zum Verständnis der Krankheit und Prognose
- b. Angebot, die Therapieziele weiter zu (er)klären

2. Symptomlinderung

Erfassung jedes unkontrollierten Symptoms mit Fokus auf

- a. Schmerz
- b. pulmonale Symptome
 - i. Husten,
 - ii. Luftnot
- c. Fatigue und Schlafstörungen
- d. Stimmung
 - i. Depression,
 - ii. Angst
- e. Gastrointestinal
 - i. Appetit und Gewicht
 - ii. Übelkeit und Erbrechen
 - iii. Verstopfung

3. Entscheidungsfindung

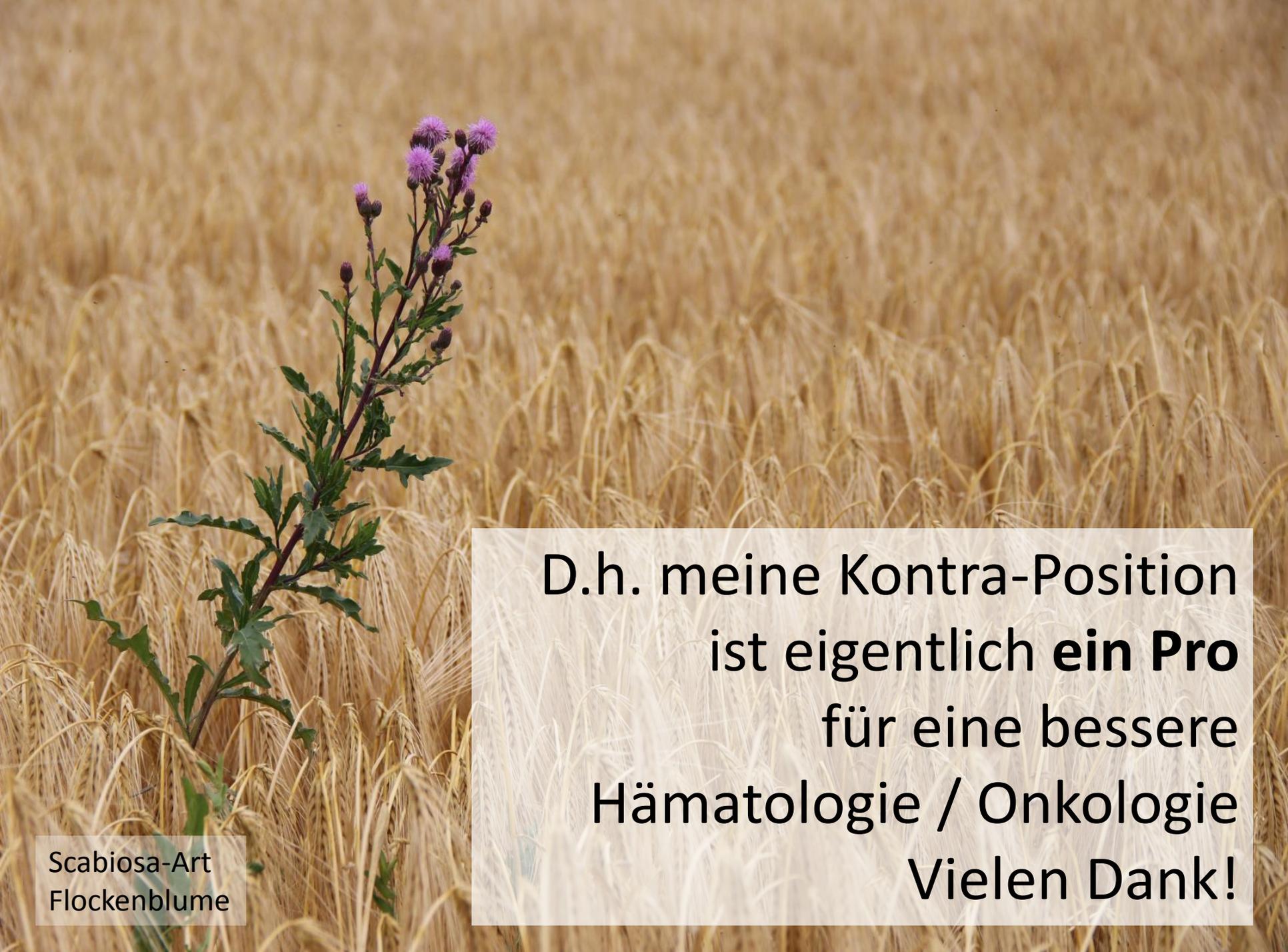
- a. Erkunden des bevorzugten Stils der Entscheidung
- b. Hilfe bei Therapie-Entscheidungen, wo notwendig

4. Zurechtkommen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung

- a. Patient
- b. Familie/Angehörige

5. Überweisungen/ Verschreibungen

- a. Planung des Vorgehens und Strukturierung zukünftiger Termine
- b. Besprechung von Überweisungen zu anderen Versorgern
- c. Dokumentation einer veränderten Medikation für den Patienten (?)



Scabiosa-Art
Flockenblume

D.h. meine Kontra-Position
ist eigentlich **ein Pro**
für eine bessere
Hämatologie / Onkologie
Vielen Dank!