

Palliative Care

Medizinische Leitlinie

Tumorzentrum Oberösterreich

Die vorliegende Leitlinie wurde in Kooperation mit der Vinzenz Gruppe Wien erstellt.

Leitlinie erstellt von:	OA Dr. David Fuchs (OKL); OA Dr. Bernhard Reiter (OKL); OÄ Dr. Christina Grebe (SK); Prim. Dr. Athe Grafinger (VG Wien)
Leitlinie geprüft von:	Dr. Silvia Prochaska (SK); OA Mag. DDr. Alexander Lang (PEK); Prim. Dr. Klaus Wilthoner (SK); OA Dr. Christian Roden (RI); Univ. Doz. Dr. Ansgar Weltermann (TZ)
Fachliche Freigabe:	OA Dr. David Fuchs Revision v. 02.02.2022

Diese Leitlinie ist eine Grundlage für die Diagnostik und Therapie innerhalb des Tumorzentrums Oberösterreich und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Darüberhinaus von den jeweiligen Fachgesellschaften festgelegte Qualitätsstandards sind dem Stand der Wissenschaft entsprechend einzubeziehen.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines.....	3
1.1	Terminologie.....	3
1.2	Präambel.....	3
1.3	Umsetzung der Leitlinie „Palliative Care“.....	4
2	Diagnostik.....	5
	Kriterienkatalog zur Einbeziehung der Palliative Care.....	5
3	Behandlungsplan.....	6
3.1	Behandlungsplan Flowchart.....	6
3.2	Behandlungsplan Prozessbeschreibung.....	6
3.3	Lokale intramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care in Oberösterreich.....	7
3.4	Lokale intramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care in der Vinzenz Gruppe Wien.....	8
3.5	Lokale extramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care.....	8
3.6	Symptomorientierte Maßnahmen in Palliative Care.....	8
4	Verlaufskontrolle und Nachsorge.....	9
5	Dokumentation und Qualitätsparameter.....	9
5.1	Dimension: Frühintegration.....	9
5.2	Dimension: Therapieindikation.....	10
5.3	Dimension: Lebensende.....	10

1 Allgemeines

Palliative Care hat in Österreich Strukturkriterien entwickelt, die Patienten eine wohnortnahe Versorgung ermöglichen. Ziel der vorliegenden Leitlinie ist eine gemeinsame Handlungsempfehlung für einen optimalen Zugang von onkologischen Patient*innen zu Versorgungseinrichtungen, die spezialisierte Palliative Care anbieten (siehe Kapitel 5.5.1 [S3-Leitlinie](#)).

1.1 Terminologie

Palliative Care ist international definiert als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO-Definition 2002, Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin).

Für eine gemeinsame Sprache der am Prozess beteiligten Personen werden vier Begriffe definiert:

1. Der Begriff „**Palliative Tumorthherapie**“ meint eine spezifische Tumorthherapie in nicht kurativer Intention.
2. „**Palliative Care**“ umfasst die multiprofessionelle, primär symptomorientierte Therapie beim Patient*innen mit unheilbarer Tumorerkrankung. Im Verlauf der Erkrankung wird Palliative Care immer bedeutsamer.
3. „**Supportive Care**“ umfasst all jene Maßnahmen, die der Lebensqualität und der Sicherheit von onkologischen Patient*innen dienen, unabhängig vom Erkrankungsstadium und umfasst neben *Teilaspekten* der Palliative Care auch tumorthapiebezogene Begleitmaßnahmen wie Antiemese oder die Behandlung des neutropenischen Fiebers.
4. Für die Phase nach Beendigung jeder der palliativen Tumorthherapie sollte der Begriff „**Symptomorientierte Therapie (SOT)**“ verwendet werden.

Anmerkung: Insbesondere werden die Begriffe „Best Supportive Care“ oder „Best Palliative Care“ für die Phase nach Beendigung der tumorspezifischen Therapie im Tumorzentrum Oberösterreich nicht verwendet. Auf eine Qualifizierung (i.e. „Best“, „Optimal“, etc.) sollte generell verzichtet werden.

1.2 Präambel

Palliative Care (PC) wird nach wie vor oft als Betreuung am Lebensende (end-of-life-care) missverstanden. Palliative Care bezieht sich auf alle Dimensionen des Leidens von Patient*innen im Laufe ihrer unheilbaren Erkrankung. Dazu zählen neben der belastenden Symptomatik auch psycho-soziales und spirituelles Leiden. Der Benefit für die Patient*innen ist umso größer, je niederschwelliger und früher sie das Angebot von Palliative Care erhalten.

Leitlinien sollen eine optimal abgestimmte und nachvollziehbare Therapie für die uns anvertrauten Patient*innen sicherstellen. Die vorliegende Leitlinie „Palliative Care“ versteht sich als Ergänzung dazu. Wir gehen dabei von einer Grundhaltung aus, dass wir uns in einem möglichst umfassenden Sinne den

individuellen physischen, psychosozialen und spirituellen Nöten/Bedürfnissen zu jedem Zeitpunkt der Krankheit interprofessionell annehmen.

Die individuell bestmögliche Lebensqualität ist Ziel unserer Betreuung. Den Fragen, die sich im Blick auf die sichtbar werdende Endlichkeit des Lebens ergeben, wollen wir professionelle interdisziplinäre Hilfestellung geben. Welche Möglichkeiten von Palliativbetreuung und -beratung wann sinnvoll eingesetzt werden können, soll diese Leitlinie aufzeigen.

Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) publizierte 2017 Leitlinien zum Thema der Integration von Palliative Care in die onkologische Standardversorgung.¹ Als Expertenkonsensus wurde darin festgehalten, dass standardisierte onkologische Betreuung und Palliative Care frühzeitig bei allen Patient*innen mit metastasierter Krebserkrankung und/oder hoher Symptomlast gemeinsam etabliert werden sollen.

1.3 Umsetzung der Leitlinie „Palliative Care“

Der multiprofessionelle Ansatz von Palliative Care spiegelt sich in der Struktur der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.² Kernprozesse derselben finden sich im Prozesshandbuch der Gesundheit Österreich GmbH.³ Die in dieser Leitlinie vertretenen Spitäler sind dabei, die intramuralen Strukturen in ihren Einrichtungen umzusetzen bzw. haben diese bereits umgesetzt. Neben den bestehenden Palliativstationen werden auch die Palliativ-Konsiliardienste etabliert. Diese Strukturen ermöglichen auch eine im palliativen Setting besonders wichtige wohnortnahe Versorgung.

Die vorliegende Leitlinie ist eine Hilfestellung für alle onkologisch tätigen Personen aller Berufsgruppen und Disziplinen und soll die Etablierung von Palliative Care unterstützen. Folgende Instrumente werden dazu angeboten:

- Kriterienkatalog: Einbeziehung Palliative Care Team bei onkologischen Patient*innen
- Prozess für die regelhafte Einbeziehung des Palliative Care Teams bei onkologischen Patient*innen, (Behandlungsprozess 3.1 und 3.2)
- Intra- und extramurale Strukturen der spezialisierten Palliative Care Versorgung
- Verweis auf die Behandlung typischer Symptome onkologischer Patient*innen
- Anhang: Instrument zum Screening des Bedarfs an Palliative Care

Das in der Leitlinie beschriebene Vorgehen ist idealtypisch zu sehen. Entsprechend dem österreichischen Palliativversorgungskonzept sollen etwa 10-20% der Sterbeprozesse, im Rahmen von „komplexen

¹ Ferrel BR et al, J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112.

² Nemeth C, Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Bundesministerium für Gesundheit, 2004. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5a7fd621-74c9-44cb-9f2b-d1a946135f36/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf

³ Nemeth C, et al. Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Bundesministerium für Gesundheits, 2012. http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/prozesshandbuch_hospiz-_und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf

Fragestellungen“ und „schwierigen Situationen“ durch die spezialisierte Palliativversorgung begleitet werden.

2 Diagnostik

Kriterienkatalog zur Einbeziehung spezialisierter Palliative Care

Für die onkologischen Hauptbehandler*innen stellt der nachfolgende Kriterienkatalog einen Orientierungsrahmen zur Notwendigkeit der Einbeziehung von Palliative Care dar. Die Verantwortlichkeit dafür liegt beim hauptbehandelnden Team.

- Patient*innenwunsch.
- Reduzierter Allgemeinzustand bzw. Performance Status (ECOG \geq 3, Karnofsky \leq 50%).
- Zwei oder mehr ungeplante Krankenhausaufenthalte in den letzten 6 Monaten.
- Signifikanter Gewichtsverlust in den letzten 3-6 Monaten.
- Anhaltende Symptomlast trotz Behandlungs- und Versorgungsoptimierung.
- Kognitive Beeinträchtigung, die den Aufklärungs- und Behandlungsprozess erschwert.
- Therapiezieländerungen im Sinne von Reduktion des Therapieumfangs oder der Beendigung der tumorspezifischen Therapie.
- Unterstützungsmaßnahmen für Versorgung zu Hause, wenn zusätzlich zum normalen Entlassungsmanagement noch erforderlich.
- Begrenzte Lebenserwartung (geschätzt <6 Monate)*
- Erstdiagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung mit durchschnittlicher Überlebensdauer < 12 Monate.

* Zur Abschätzung der vermuteten Lebenserwartung sollte die sogenannte „**Surprise Question**“ herangezogen werden:

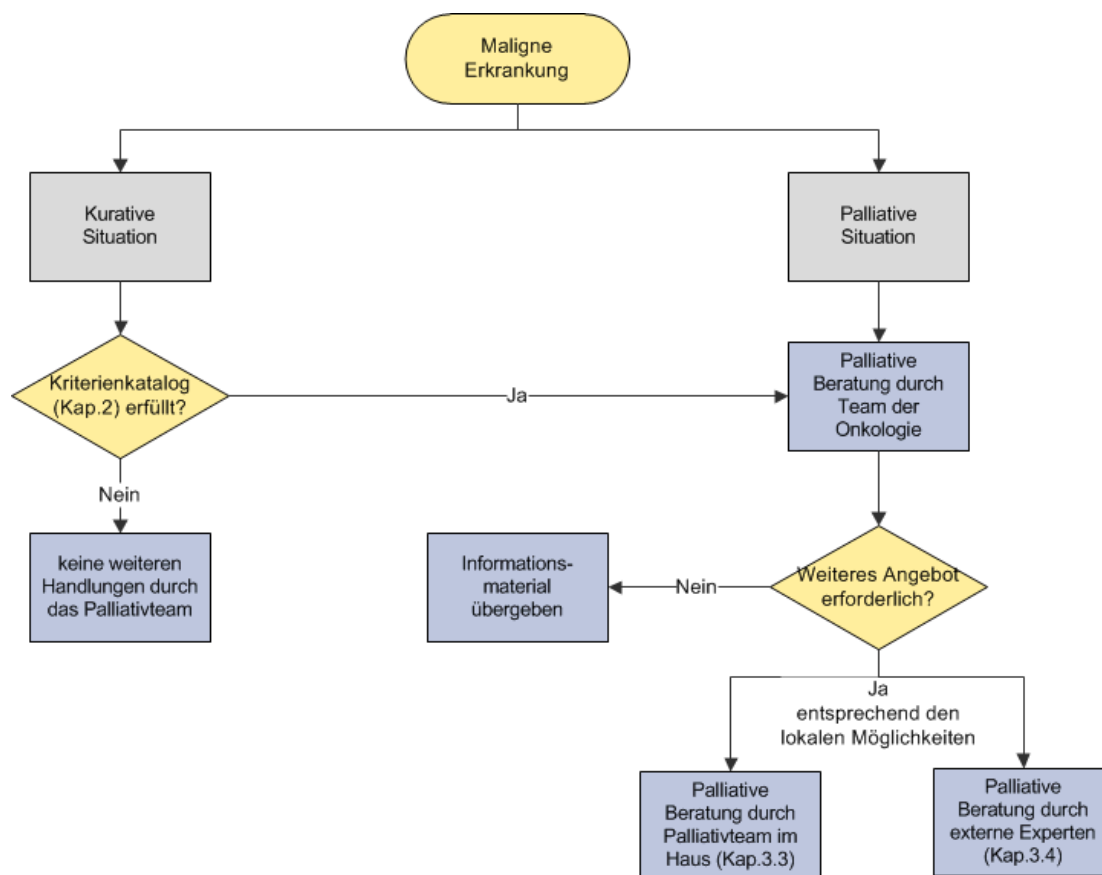
„Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient / Ihre Patientin in den nächsten 6 Monaten versterben würde?“

„Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient / Ihre Patientin in 6 Monaten noch leben würde?“

Wenn die erste Frage mit „Nein“ und/oder die zweite Frage mit „Ja“ zu beantworten wäre, ist die Zuziehung der Palliative Care wahrscheinlich sinnvoll.

3 Behandlungsplan

3.1 Behandlungsplan Flowchart



3.2 Behandlungsplan Prozessbeschreibung

Mit Hilfe der unter Kapitel 2 angeführten Kriterien hat der/die Hauptbehandler*in bei Diagnoseübermittlung und im weiteren Krankheitsverlauf eine wiederholte klinische Einschätzung vorzunehmen, ob spezialisierte Palliative Care in die Behandlung einzubeziehen ist. Die Beratung von Patient*innen und Angehörigen über die Optionen von Palliative Care ist im Krankheitsverlauf rechtzeitig anzubieten, sodass ausreichend Zeit zu notwendigen Überlegungen und Planungen des/der Patienten/Patientin, des Behandler*innenteams und des Palliative Care Teams zur Verfügung steht. Im Sinne der Qualitätssicherung ist die Aufklärung des/der Patienten/Patientin zu den Möglichkeiten und Optionen von Palliative Care schriftlich zu dokumentieren. Sollten bereits im Rahmen der Diagnostik, d.h. vor Diagnosestellung, Fragen bezüglich palliativer Versorgung aufkommen, werden diese analog behandelt.

Das Palliative Care Team bietet weiterführende Beratung für (1) das onkologische Behandlungsteam und (2) den/die Patienten/Patienten und die Angehörigen. Die Beratung zu Palliative Care erfolgt im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen bspw. im Tumorboard oder durch Zuweisung zum Konsiliardienst.

Diese Beratung erfolgt entweder in der Organisation über Palliativ Konsiliarteams oder Palliativstation oder auch über externe Expert*innen. Ziel ist die Einbindung der Patient*innen in die palliative Versorgung entsprechend der lokalen Möglichkeiten.

3.3 Lokale intramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care in Oberösterreich

Salzkammergutklinikum Vöcklabruck

Palliativstation diensthabende/r Arzt/Ärztin	050554 71 28703
Konsiliardienst Medizin	050554 71 28720
Konsiliardienst Pflege	050554 71 28721

Salzkammergutklinikum Gmunden

Palliativstation diensthabende/r Arzt/Ärztin	050554 71 28703
Konsiliardienst Medizin	050554 73 28720
Konsiliardienst Pflege	050554 73 28721

Salzkammergutklinikum Bad Ischl

Palliativstation diensthabende/r Arzt/Ärztin	050554 71 28703
Konsiliardienst Medizin	050554 72 28720
Konsiliardienst Pflege	050554 72 28721

Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf

Konsiliardienst Medizin	050554 67 24210
Konsiliardienst Pflege	050554 67 22151

Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr

Palliativstation und Konsiliardienst	050554 66 28730
--------------------------------------	-----------------

Klinikum Freistadt

Konsiliardienst Medizin	050554 76 28706
Konsiliardienst Pflege	050554 76 28721

Klinikum Rohrbach

Palliativer Bereich	050554 77 22150
Prim. Dr. Wolfgang Tenschert	050554 77 23500
OA Dr. Peter Wöss	050554 77 24207

Klinikum Schärding

Konsiliardienst Medizin	050554 78 24207
Konsiliardienst Pflege	050554 78 22151

Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern	
Palliativstation und Konsiliardienst	0732 7677 7110
Sekretariat	0732 7677 6299
Ordensklinikum Linz Elisabethinen	
Konsiliardienst	0732 7676 3429
Palliativstation	0732 7676 3420
Ordensklinikum Innviertel, Barmherzige Schwestern Ried	
Konsiliardienst	07752 602 91655
Palliativstation	07752 602 1650

3.4 Lokale intramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care in der Vinzenz Gruppe Wien

BHS Krankenhaus Wien: CS Hospiz Rennweg	
Beratungsstelle (für Anmeldung)	01 71753 3220
Leitung Mobiles Palliativteam	01 71753 3508
Palliativstation Pflege	01 71753 3521
Palliativstation Ärztin	01 71753 3523
KH Göttlicher Heiland	
Palliativstation	01 40088 2400
Sankt Josef Krankenhaus	
Konsiliardienst Pflege	01 87844/7181
Konsiliardienst Ärztin	01 87844/5135

3.5 Lokale extramurale Versorgungsstrukturen von Palliative Care

Lokale Versorgungsstrukturen und Ansprechpartner im Bereich Palliative Care sind im Sinne der abgestuften Hospiz- und Palliative Care österreichweit vorhanden.

Die Kontaktadressen sind zu finden unter <http://www.hospiz.at> bzw. <http://www.hospiz-ooe.at>.

3.6 Symptomorientierte Maßnahmen in Palliative Care

Das Hauptziel dieser Leitlinie ist die Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und ihren Angehörigen und in weiterer Folge die Verbesserung der Symptomkontrolle. Die Optimierung der Versorgungsqualität soll dadurch erreicht werden, dass:

- die den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende palliativmedizinische Versorgungsstruktur rechtzeitig angeboten wird (Kapitel 3.3),
- die häufigen Symptome nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und klinischen Expertise behandelt werden. Dazu sei auf die S-3 Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ verwiesen.⁴ Folgende Themen werden dabei behandelt:
 - Atemnot
 - Tumorschmerz
 - Obstipation
 - Depression

4 Verlaufskontrolle und Nachsorge

Nach Entlassung von Patienten mit palliativem Betreuungsbedarf aus der stationären bzw. ambulanten Versorgung ist eine Überführung in die abgestufte extramurale Versorgung erforderlich. Ein wechselseitiger Informationsfluss von intra- und extramuralen Ansprechpartnern muss gewährleistet sein und wird entsprechend den Strukturen geleistet werden. Eine Standardisierung der Nachbehandlung ist nicht möglich. Die individuelle Betreuung ist das Ziel.

Trauerbegleitung gehört zur unmittelbaren Aufgabe. Auch diese wird individuell angeboten. Es werden Rituale angeboten für Begleitende der Patientinnen und Patienten und der betreuenden Teams.

5 Dokumentation und Qualitätsparameter

Die Qualitätsindikatoren werden seitens der Leitliniengruppe Palliative Care in den drei Dimensionen Frühintegration, Therapieindikation und Lebensende empfohlen. Die Qualitätsindikatoren sollen im Rahmen des Tumorzentrums auf alle malignen Erkrankungen inkl. Hämatologie angewandt werden, wobei sowohl eine allgemeine, als auch eine erkrankungsspezifische Auswertung sinnvoll ist.

5.1 Dimension: Frühintegration

Palliativkontakt nach Beginn eines palliativen Behandlungskonzepts

Zähler: alle palliativ behandelten⁵ (=im Tumorboard als palliative Intention definierten) PatientInnen mit zumindest einer Palliativleistung⁶

Nenner: alle palliativ behandelten PatientInnen

Auswertung in Gruppen: <8 Wochen nach Diagnose 8 Wochen bis 3 Monate nach Diagnose, 3-6 Monate nach Diagnose, >6 Monate nach Diagnose, nie

⁴ Langversion 2.2, September 2020: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf

⁵ „palliativ behandelt“ meint tumorgerichtete Krebsbehandlung ohne kurative, adjuvante oder neoadjuvante Absicht; meint nicht Palliative Care.

⁶ „Palliativleistung“ meint Palliative Care, definiert hier als Verlegung auf Palliativstation und/oder mind. ein konsiliarischer Palliativkontakt und/oder mind. 1 ambulanter Palliativkontakt (= ambulanter Palliativkontakt an einer Palliativambulanz im Krankenhaus)

Palliativkontakt bei Fernmetastasen und kurativem Behandlungskonzept

Zähler: alle PatientInnen mit Fernmetastasen (M1), kurativem Behandlungskonzept und zumindest einer Palliativleistung

Nenner: alle PatientInnen mit Fernmetastasen

Auswertung in Gruppen: <8 Wochen nach Diagnose 8 Wochen bis 3 Monate nach Diagnose, 3-6 Monate nach Diagnose, >6 Monate nach Diagnose, gesamt

Palliativkontakt nach Diagnose der Krebserkrankung, unabhängig von Stadium/Therapie⁷

Zähler: alle PatientInnen (unabhängig vom Stadium oder Therapieintention) mit zumindest einer Palliativleistung (Palliativleistung = Verlegung auf Palliativstation und/oder konsiliarischer Palliativkontakt und/oder ambulanter Palliativkontakt)

Nenner: alle PatientInnen

Bei Erkrankungen mit inhärent schlechter Prognose: HNO-Carcinom ab N1, Pancreascarcinom alle Stadien, Ovarialcarcinom ab FIGO III, Lungencarcinom ab N1

Auswertung in Gruppen: <8 Wochen nach Diagnose 8 Wochen bis 3 Monate nach Diagnose, 3-6 Monate nach Diagnose, >6 Monate nach Diagnose, gesamt

5.2 Dimension: Therapieindikation

Aktive tumorgerichtete Therapie in den letzten 42 Lebenstagen (6 Wochen)

Zähler: alle verstorbenen PatientInnen mit aktiver tumorgerichteter Therapie⁸ in den letzten 42 Lebenstagen.

Nenner: alle verstorbenen PatientInnen

Therapien: Auswertung getrennt nach Therapiekategorie (Chemotherapie, Immuntherapie, TKI, Tumoroperation)

Palliative medikamentöse Tumorthherapie mit Abbruch nach <3 vollen Kursen

Zähler: PatientInnen mit Krebserkrankung und palliativer medikamentöser Tumorthherapie und Abbruch nach weniger als 3 komplett abgeschlossenen Kursen

Nenner: PatientInnen mit Krebserkrankung und palliativer medikamentöser Tumorthherapie

Therapien: Auswertung getrennt nach Therapiekategorie (Chemotherapie, Immuntherapie, TKI)

5.3 Dimension: Lebensende

Palliativkontakt in den letzten 6 Lebensmonaten

Zähler: alle verstorbenen KrebspatientInnen mit zumindest einer Palliativleistung

Nenner: alle verstorbenen KrebspatientInnen

⁷ Tumorgerichtete Therapie: jede medikamentöse Tumorthherapie (ohne Bisphosphonate/Denosumab) oder Tumorchirurgie. Nicht inkludiert wird die Strahlentherapie.

Intensivaufenthalt in den letzten 3 Lebensmonaten

Zähler: PatientInnen mit metastasierender Krebserkrankung und mindestens einem Intensivaufenthalt in den letzten 3 Lebensmonaten

Nenner: PatientInnen mit metastasierender Krebserkrankung in den letzten 3 Lebensmonaten

Verabreichung von Blutprodukten in den letzten 14 Lebenstagen

Zähler: alle verstorbenen KrebspatientInnen mit Verabreichung von Blutprodukten (Erythrocyten- und Thrombocytenkonzentraten) in den letzten 14 Tagen vor dem Tod

Nenner: alle verstorbenen KrebspatientInnen

Auswertung getrennt nach Hämatologie/Onkologie.