

Medizinische Betreuung bis ans Lebensende

Assoc. Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Katharina Masel, MSc





n = all

Menschliche Mortalität: 100%



*„Die Fortschritte in der
Medizin sind ungeheuer
- man ist sich seines
Todes nicht mehr
sicher.“*

Hermann Kesten, 1900-1996



Was ist alt/elderly?



A: Älter als man selbst.

B: > 60 Jahre.

C: > 65 Jahre.

D: > 70 Jahre.

E: Keines der genannten trifft zu.

Was ist alt/elderly?



A: Älter als man selbst.

B: > 60 Jahre.

C: > 65 Jahre.

D: > 70 Jahre.

E: Keines der genannten trifft zu.

1. Wahrheit über das Altern

„The first truth about aging is that everybody does it.“

[Spirduo, 1995]

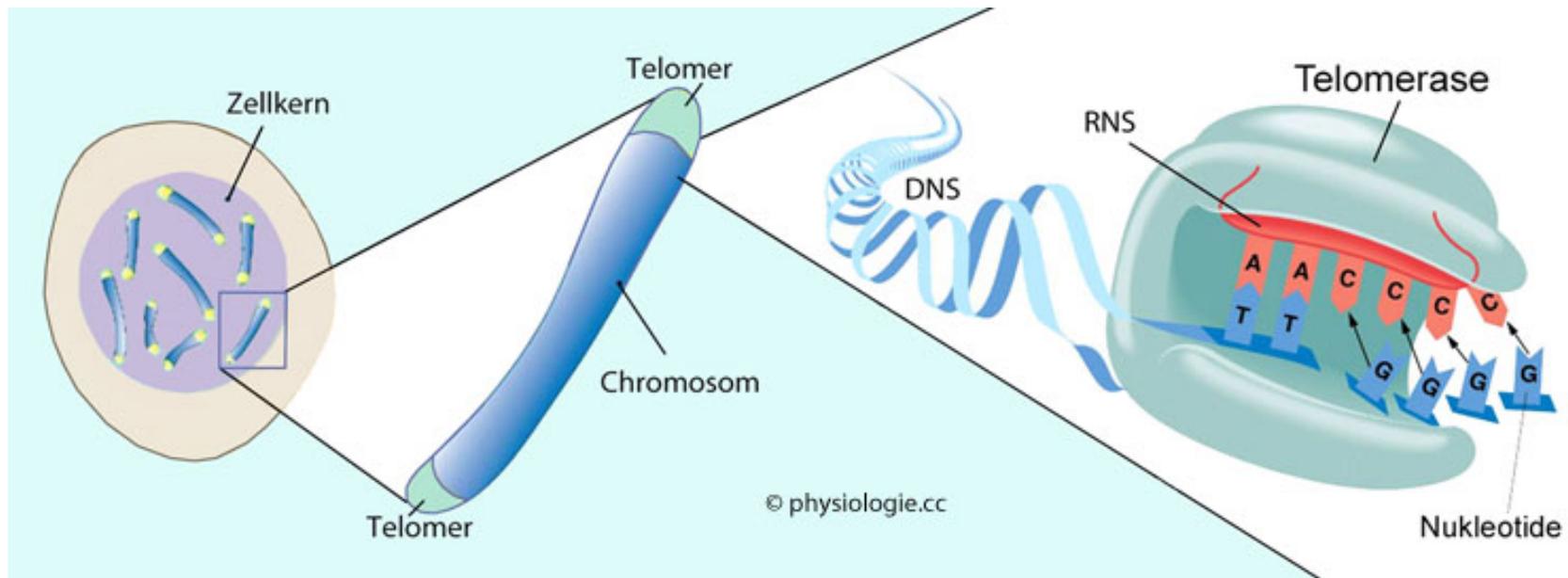
Es trifft alle!

2. Wahrheit über das Altern

„The second truth about aging is: everybody does it differently“

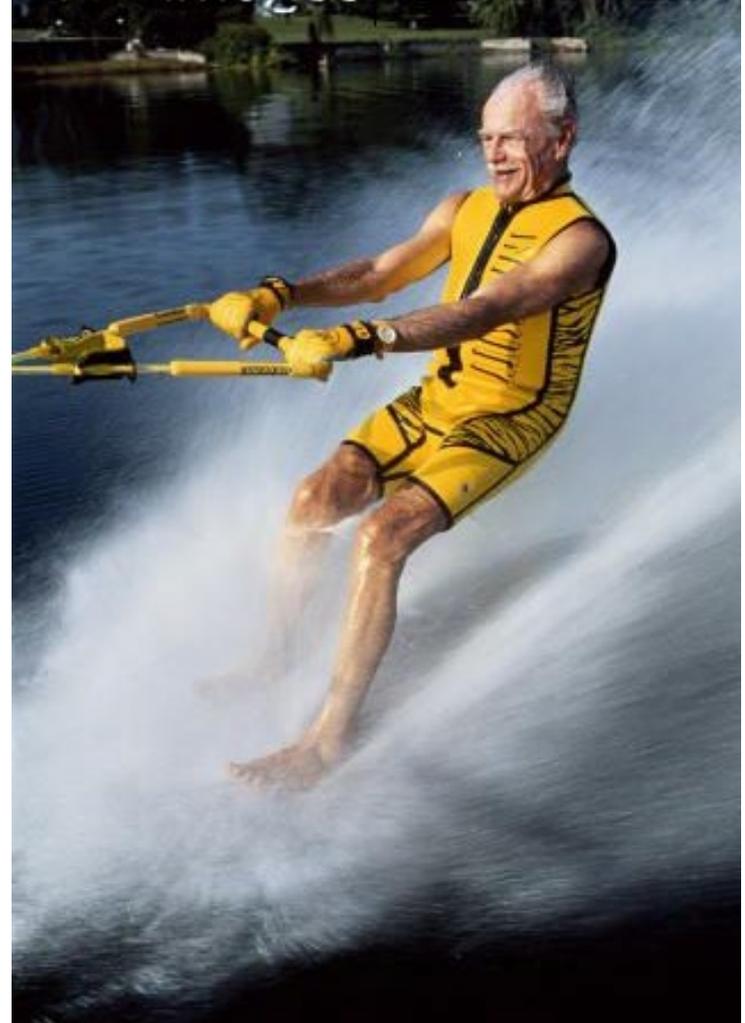
[Spirduo, 1995]

Wie und wann die Prozesse eintreten ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich



© physiologie.cc

Biologisches Alter



Funktionelles Alter

Physiologische Veränderungen im Alter



Veränderungen, die beim gesunden Menschen im Rahmen der natürlichen Lebensvorgänge auftreten und keinen Krankheitswert haben.

Sie haben ihre Grundlage in Veränderungen einzelner Zellen des Körpers.

Eine Funktion oder ein Organ ist vermindert anpassungsfähig oder benötigt eine verlängerte Regenerationsphase.

Der physiologische Prozess des Alterns führt über Funktionseinbußen zu altersspezifischen Folgen mit Krankheitswert - betroffen sind in erster Linie die Sinnesorgane, die Muskulatur und die Gelenke.

Einige Beispiele...



Lunge: Elastizitätsverlust des Lungengewebes, zunehmende Starrheit des Brustkorbes → die Sauerstoffmenge in den Atemwegen nimmt ab.

Herz-Kreislauf-System: Elastizitätsverlust der Blutgefäße, Arteriosklerose mit Gefäßverengungen → verminderte Blutversorgung der Herzkranzgefäßen und verminderte Pumpleistung des Herzens mit der Gefahr von Bluthochdruck/Herzrhythmusstörungen und dem Risikoanstieg für Schlaganfall/Herzinfarkt.



Einige Beispiele...



Muskeln: verstärkte Einlagerung von Fett in die Muskeln, Abnahme der Muskelfasern für kurze und schnelle Leistung → allgemeiner Kraft- und Leistungsverlust sowie Neigung zu Fehlstellungen der Gelenke

Knochen und Gelenke: Veränderung im Knochenstoffwechsel, Abnahme der Knochendichte, Abnahme/Verlust des Knorpelüberzugs durch Abnutzung → Knochenbrüchigkeit/Heilungsdauer von Frakturen nimmt zu, Abnahme der Gelenkbeweglichkeit bis hin zu schmerzhaften Funktionseinschränkungen



Einige Beispiele...



Nieren und Harnwege: Anzahl der Glomeruli nimmt ab, Durstgefühl lässt nach, Fassungsvermögen der Blase nimmt ab → Nachlassen der Filter- und Ausscheidungsfunktion mit höherer Gefahr für Elektrolyt- und Flüssigkeitsentgleisungen, Inkontinenz.

Augen: Veränderungen an der Augenlinse, der Hornhaut und der Netzhaut → verzögerte Scharfstellung, Hell-Dunkel-Adaption und Tiefenwahrnehmung, schlechtere Kontrast- und Farbwahrnehmung mit Auswirkung auf die Gangsicherheit und Einbußen bei Tätigkeiten wie Fernsehen/Lesen, Altersweitsichtigkeit.

Weniger Gehörrezeptorzellen, Abnahme Gehirnzellen und Botenstoffe etc. ...



Mögliche Behandlungsziele

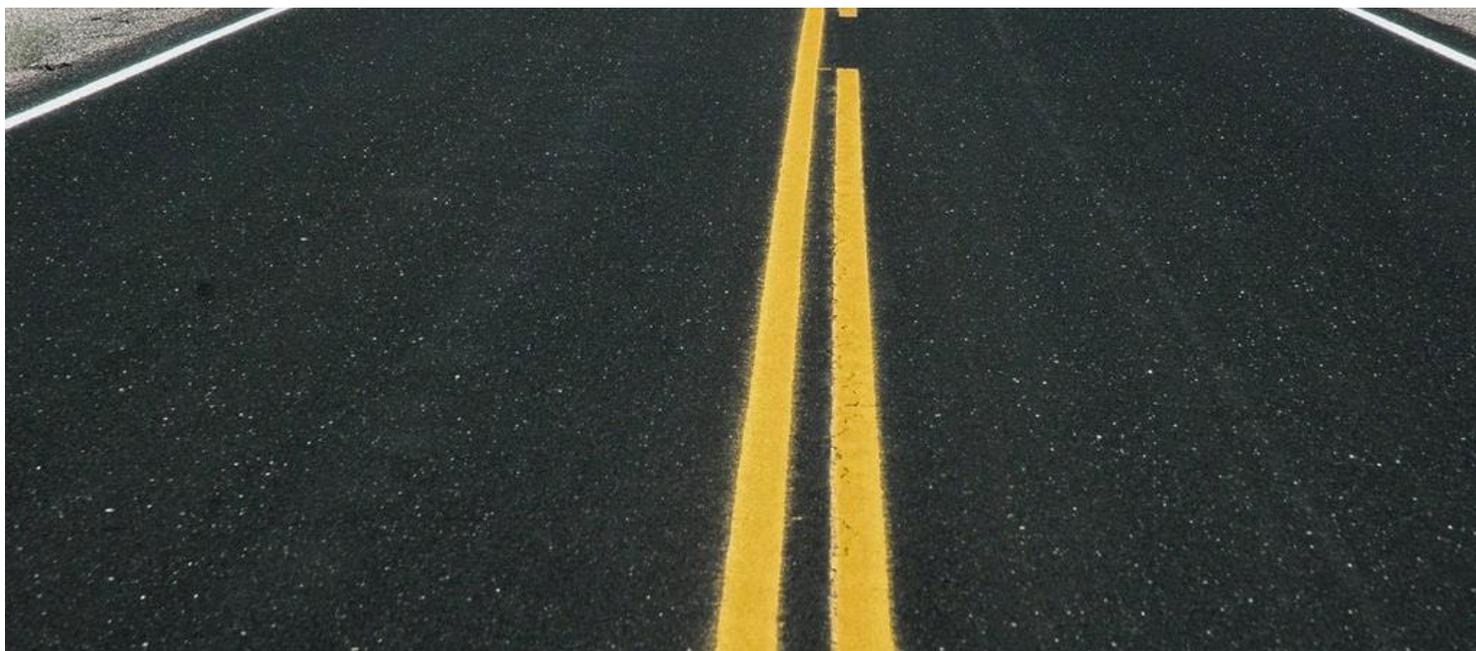


*Grundfrage: Sterben die Patient*innen an oder mit ihrer Erkrankung?*

- Vermeidung eines frühen Todes
- Funktionserhaltung oder Funktionsverbesserung
- Lebensverlängerung
- Befreiung von Leiden
- Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität



THERAPIEZIEL VOR THERAPIEPLAN



Die eigene Einstellung zählt



Einige Basics





Schmerzpflaster nur bei stabiler
Schmerzsituation!



Diclofenac ist nicht lieb

www.i-med.ac.at/pharmakologie/pharmainfo



Kontraindikation heißt, das Medikament darf bei diesen PatientInnen nicht verwendet werden. Trotzdem steht dann bei den Warnhinweisen folgendes: PatientInnen mit Herzinsuffizienz, bestehender ischämischer Erkrankung, peripherer arterieller Gefäßerkrankung und/oder cerebrovaskulären Erkrankungen dürfen erst nach sorgfältiger Abwägung behandelt werden. **Bei einer NNH von 25 ist keine Abwägung mehr zulässig.** Eine Korrektur der Fachinformation erscheint dringend notwendig.

Für PatientInnen mit weiteren Risikofaktoren (z.B. **Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen**) sollte ebenfalls eine sorgfältige Risiko-Nutzenabwägung erfolgen. Für Diabetes-PatientInnen hat die obige Studie eine NNH von 71 ergeben. Zu den genannten Risikofaktoren gibt es aber weitere wie Adipositas und Dauerstress. Weiters ist das spezifische Risiko bei vielen PatientInnen nicht genau bekannt.

Trotz dieser Einschränkungen sind die Verordnungszahlen für Diclofenac noch immer hoch. Sie sind **zwar ab 2012 jeweils gesunken** (2017 um 10,8 %), während diese für Naproxen gestiegen sind (6). Diclofenac nimmt aber mit millionenfacher Verschreibung hinter Ibuprofen und deutlich vor Naproxen immer noch den zweiten Platz ein (6).

Zum Abschluß sei zitiert: „*When prescribing traditional NSAID, older selective Cox-2 inhibitors **such as diclofenac should be avoided***“ (Position paper European Society of Cardiology, 3). In der rezenten Metaanalyse (4): „*Treatment of pain and inflammation with NSAIDs may be worthwhile for some patients, however, **there's little justification to initiate diclofenac treatment before other traditional NSAIDs.***“

Gewisse Antidepressiva...

...wirken auch bei Nicht-Depressiven durch Aktivierung der schmerzhemmenden Bahnen



California rocket: potente Kombination aus einem dualen Antidepressivum morgens (Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin) mit einem NaSSA abends (Mirtazapin)

SNRI: Co-Analgesie

NaSSA: antidepressiv, antiemetisch,
appetitanregend, schlaffördernd

Sie besuchen eine 65-jährige Dame, die an einem metastasierten Mammakarzinom leidet, im Rahmen eines Hausbesuches. Die Betreuung durch ein mobiles Palliativteam hat die Patientin bisher abgelehnt. Als langjährig betreuende Hausärztin werden Sie vom verzweifelten Ehemann der Patientin kontaktiert, da diese zusehends eingetrübt wäre. Der Ehemann der Patientin äußert: „Sie isst und trinkt nichts“. Die Patientin selbst ist somnolent und wirkt nicht dehydriert. Zu welcher Handlungsweise entscheiden Sie sich?

A: Ich verabreiche 1000 ml Flüssigkeit subkutan.

B: Ich verabreiche 1000 ml Flüssigkeit intravenös.

C: Ich veranlasse die Einweisung in ein Krankenhaus.

D: Ich schule den Ehemann in eine Mundpflege mit angefeuchteten Wattestäbchen ein.

E: Ich gehe von einem Krampfgeschehen in Folge einer Meningeosis carcinomatosa aus und verständige den Notarzt.

Sie besuchen eine 65-jährige Dame, die an einem metastasierten Mammakarzinom leidet, im Rahmen eines Hausbesuches. Die Betreuung durch ein mobiles Palliativteam hat die Patientin bisher abgelehnt. Als langjährig betreuende Hausärztin werden Sie vom verzweifelten Ehemann der Patientin kontaktiert, da diese zusehends eingetrübt wäre. Der Ehemann der Patientin äußert: „Sie isst und trinkt nichts“. Die Patientin selbst ist somnolent und wirkt nicht dehydriert. Zu welcher Handlungsweise entscheiden Sie sich?

A: Ich verabreiche 1000 ml Flüssigkeit subkutan.

B: Ich verabreiche 1000 ml Flüssigkeit intravenös.

C: Ich veranlasse die Einweisung in ein Krankenhaus.

D: Ich schule den Ehemann in eine Mundpflege mit angefeuchteten Wattestäbchen ein.

E: Ich gehe von einem Krampfgeschehen in Folge einer Meningeosis carcinomatosa aus und verständige den Notarzt.



Wir fragen zu wenig nach und handeln zu schnell!

Hat die Patientin einen gewünschten Sterbeort angegeben? Liegt eine Patient*innenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor?

Ist das familiäre Umfeld den Umständen gewachsen? Sind die räumlichen Gegebenheiten entsprechend?

Flüssigkeitsgabe am Lebensende



“Hydration at 1 L per day did not improve symptoms, quality of life, or survival compared with placebo.”

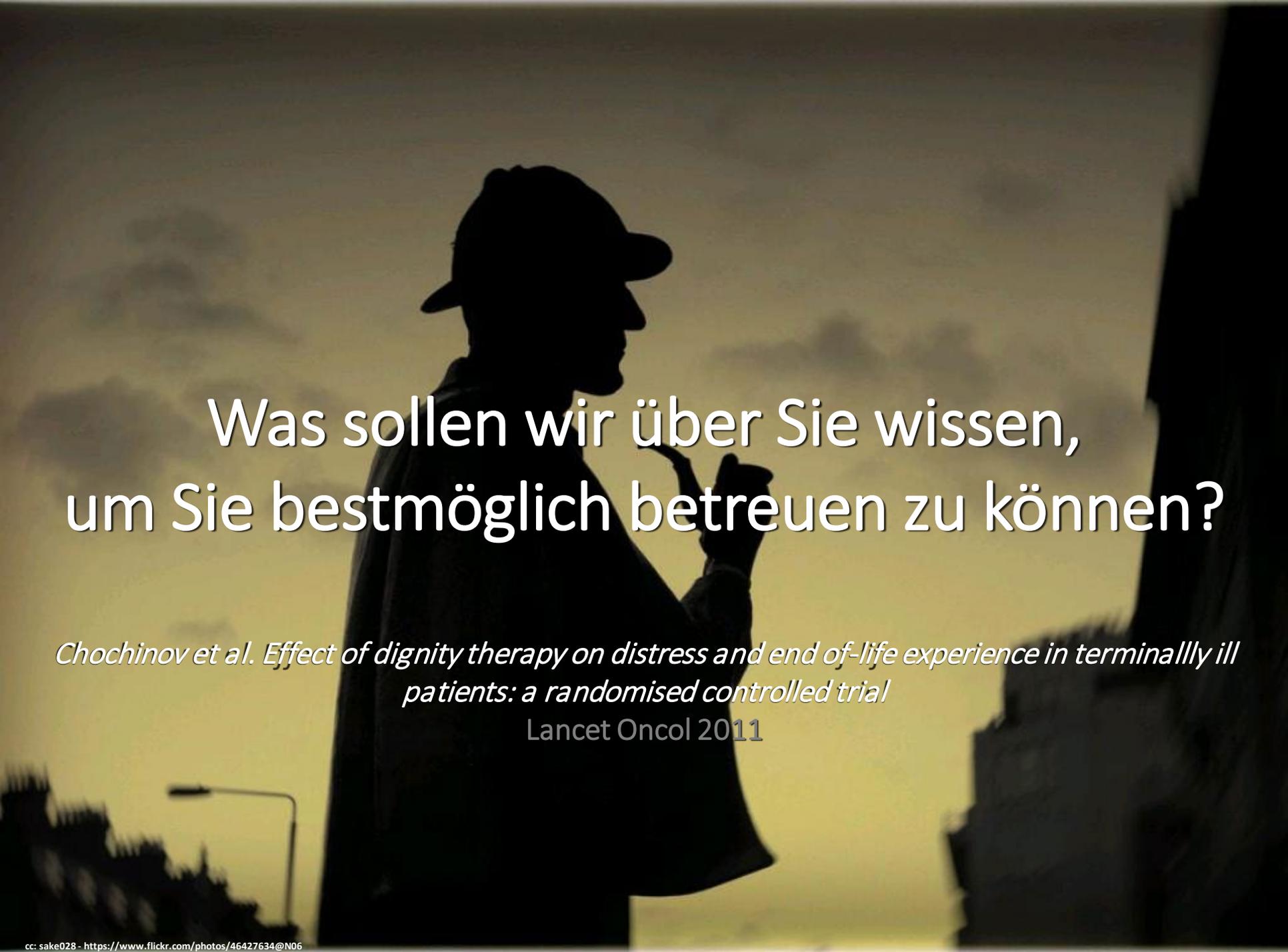
Bruera et al. *Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial.*
J Clinical Oncol 2013

PRAXIS: Mundpflege am Lebensende im Vordergrund, auch durch die An- und Zugehörigen im Sinne von Zuwendung durchführbar, Aufklärung darüber im Vordergrund, ggf. individuelle Entscheidung und z.B. 500 ml Flüssigkeit per Tag

Parenterale Ernährung am Lebensende



- = medizinische Intervention, KEINE Maßnahme des Komforts
- Bei *critically ill* Patient*innen/am Lebensende ist eine parenterale Ernährung nicht indiziert
- Ernährung = Stressfaktor → Benefit und Risiko sollte erläutert werden!
- www.espen.org, www.dgem.de, www.oege.at

A silhouette of a person wearing a cap and a long coat, standing against a bright, hazy background that suggests a sunset or sunrise. The person is facing right, and their hands are slightly raised. The overall mood is contemplative and somber.

Was sollen wir über Sie wissen,
um Sie bestmöglich betreuen zu können?

Chochinov et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial

Lancet Oncol 2011



Bedenken Sie Polypharmazie und Opioidwahl, im Zweifelsfall subkutan!

https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2014/02/Subkutane-Verabreichung-von-Medikamenten-in-der-Palliativmedizin_2014_01_20.pdf

www.hospiz.at

www.palliativ.at

www.patientenanwalt.com

Die intravenöse systemische Applikation sollte angewendet werden, wenn die subkutane Administration kontraindiziert ist (periphere Ödeme, Koagulopathien, schwache periphere Zirkulation, Bedarf an hohen Volumina und Dosierungen) und sollte zur Opioid-Titration verwendet werden, wenn schnelle Schmerzkontrolle notwendig ist.

Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC Lancet Oncol 2012; 13: e58-e68

OPIOIDANWENDUNG

Die subkutane systemische Applikation ist simpel und effektiv für die Administration von Morphin und Hydromorphon und sollte die Alternative erster Wahl für Patient*innen sein, denen Opiate nicht über die orale oder transdermale Route verabreicht werden können.

Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC Lancet Oncol 2012; 13: e58-e68

Ein 72-jähriger Mann leidet in Folge eines Medulla-oblongata-Infarkts bei Basilarisaneurysma an einer Tetraplegie mit beeinträchtiger Sprachproduktion und Schluckfunktion. In ausführlichen Gesprächen äußert der Patient, dass er keine intensivmedizinischen Maßnahmen, keine Reanimation, keine antimikrobielle Therapie und keine Blutabnahmen mehr wünsche. Er gibt an, den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in Anspruch nehmen zu wollen. Sie werden als Vertrauensärztin/Vertrauensarzt hinzugezogen. Was raten Sie?

- A: Kontaktaufnahme mit der Rechtsabteilung.
- B: Ich empfehle bei Gefahr im Verzug die Verabreichung von Ernährung und Flüssigkeit.
- C: Es sollte ein psychiatrisches Konsil veranlasst werden.
- D: Dem Willen des Patienten sollte entsprochen werden.
- E: Es sollte erhoben werden, ob eine Patient*innenverfügung vorliegt.

Ein 72-jähriger Mann leidet in Folge eines Medulla-oblongata-Infarkts bei Basilarisaneurysma an einer Tetraplegie mit beeinträchtiger Sprachproduktion und Schluckfunktion. In ausführlichen Gesprächen äußert der Patient, dass er keine intensivmedizinischen Maßnahmen, keine Reanimation, keine antimikrobielle Therapie und keine Blutabnahmen mehr wünsche. Er gibt an, den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in Anspruch nehmen zu wollen. Sie werden als Vertrauensärztin/Vertrauensarzt hinzugezogen. Was raten Sie?

A: Kontaktaufnahme mit der Rechtsabteilung.

B: Ich empfehle bei Gefahr im Verzug die Verabreichung von Ernährung und Flüssigkeit.

C: Es sollte ein psychiatrisches Konsil veranlasst werden.

D: Dem Willen des Patienten sollte entsprochen werden.

E: Es sollte erhoben werden, ob eine Patient*innenverfügung vorliegt.

Psychiatrisches Konsil

Die Exploration ist wegen des Tracheostomas etwas erschwert. Aufgrund der Tetraplegie und keiner Aussicht auf Besserung besteht der ausdrückliche Wunsch, zu sterben. Außerdem werden jegliche Blutabnahme sowie Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme abgelehnt. Der Patient beharrt auf sein Recht „sterben zu dürfen“, da er sich in seiner aussichtslosen Situation nicht weiter quälen möchte. Es ist ein sehr komplexer Fall und ich empfehle deswegen Kontaktaufnahme mit der Rechtsabteilung, welches Prozedere durchgeführt werden darf. Bis dahin sehe ich nur die Möglichkeit, dem Patienten Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr im Sinne einer „Gefahr im Verzug“ zu verabreichen.



Medizinische Entscheidungen sollen von Mediziner*innen begründet werden und nicht von Jurist*innen getroffen werden müssen



Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen

Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

Angelika Feichtner · Dietmar Weixler · Alois Birkbauer



Zusammenfassung Die Angst vor einem verlängerten, leidvollen Sterbeprozess kann dazu führen, dass terminal kranke PatientInnen bewusst auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um ihren Sterbeprozess zu beschleunigen. Für professionell Betreuende kann dies ein beträchtliches Spannungsfeld bedeuten, denn einerseits gilt die ethische Verpflichtung, das Sterben nicht zu beschleunigen, andererseits ist das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung zu achten.

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) unterscheidet sich von allen anderen Formen des Therapieverzichts, auch in aller Deutlichkeit vom assistierten Suizid. Das Nicht-Zulassen des FVNF liefe auf die Legitimierung einer Zwangsbehandlung bei einer selbstbestimmungsfähigen Person hinaus. Die im Zusammenhang mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit auftretenden Symptome führen zu einem signifikanten Bedarf an palliativer Betreuung. Die medizinische und pflegerische Versorgung dieser PatientInnen stellt keine Hilfe zur Selbsttötung dar, sondern sie ist Teil der ärztlichen und pflegerischen Betreuung im Rahmen des Sterbeprozesses. Eine interprofessionelle Arbeitsgruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) behandelt in ihrem Positionspapier die wesentlichen rechtlichen, ethischen, pflegerischen und medizinischen Aspekte, welche im Kontext einer palliativen Betreuung ei-

nes Menschen am Lebensende aufgeworfen werden, wenn sich dieser dazu entschließt, seine Lebenszeit durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu verkürzen.

Schlüsselwörter Sterbefasten · Sterbewunsch · Palliative Care · Palliative Sedierung · Selbstbestimmung

**Voluntary stopping eating and drinking (VSED)
A position paper of the Austrian Palliative Society**

Summary In some cases terminally ill patients fear of prolonged dying and suffering can manifest itself in the voluntary refusal of food and fluids, aiming to accelerate the dying process. This represents a considerable area of conflict, because of the ethical responsibility to not aid a person's death but also to respect a patient's autonomy.

There is a clear separation between an assisted suicide and following a patient's wishes. Not to accept the voluntary refusal of FVNF would have to be considered as forced treatment of patients while they are capable of self-determination.

Several symptoms associated with or caused by voluntary refusal of food and fluids do require palliative care. It is important to be aware, that caring for dying patients refusing food and fluids and accepting their choice is not synonymous with assisted suicide. Rather is it part of medical and nursing care for patients during their dying-process.

An interprofessional working group of the Austrian Palliative Society (OPG) intends to shed light on the legal, ethical, medical and nursing related aspects concerning this subject of growing public and professional interest.

Keywords Fasting to die · Wish to hasten death · Palliative Care · Palliative sedation · autonomy

A. Feichtner (✉)
Arbeitsgruppe „Ethik in Palliative Care“, Österreichische
Palliativgesellschaft (OPG), Universitätsklinik für Innere
Medizin I, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich
angelika.feichtner@gmx.net

D. Weixler
Landesklinikum Horn, Horn, Österreich

A. Birkbauer
Johannes-Kepler-Universität Linz, Linz, Österreich



Patient*innen haben ein „Recht auf Unvernunft“
und können alle Maßnahmen zu jedem Zeitpunkt
ohne Angabe von Gründen ablehnen, dies
jedoch auch jederzeit mündlich wie schriftlich
widerrufen

Grundsätzlich: *in dubio pro vita*

Arztbrief - wo ist der Fehler?

Gemeinsam mit dem Palliativteam wurde mit dem Patienten der von ihm ausdrücklich gewünschte freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit besprochen. Hier erfolgte mit dem Patienten die Vereinbarung, im Falle einer Verschlechterung Opioide, auch in sedierender Dosis, zu verabreichen. Schließlich folgte eine palliative Sedierung mit Hydromorphon-Perfusor zur Schmerzlinderung.

Sedieren Sie nicht mit Opioiden



Wirkziele	Anti-Agitation	Sedierung*	Antipsychotisch	Muskelrelaxierung	Antikonvulsiv
Antipsychotika	+	+	+	X	-
Benzodiazepine	+	+	X	+	+
Opiate	X	X	X	X	X

- + wirksam
- X nicht wirksam
- gegenteilige Wirkung

Sedierung kann eine Nebenwirkung von Opioiden sein, jedoch mit großer interindividueller Schwankungsbreite

„Die Verwendung von Opioiden zur Sedierung in der terminalen Phase ist kontraproduktiv. Opioide sind nicht nur ineffektiv, sondern verursachen neurologische Exzitationssyndrome wie Myoklonien, Agitiertheit und Delir.“



Morphin und seine Metaboliten

Inaktives Morphin-3-Glucuronid und aktives (analgetisch wirksames) Morphin-6-Glucuronid (deutlich längere Wirkdauer als Morphin):

- Führt bei Nierenschaden zur Akkumulation
- Hyperalgesiesyndrom
- Myoklonien

Problem:

- Patient*in wirkt schmerzgeplagt
- Bekommt noch mehr Vendal
- Stirbt nicht gut symptomkontrolliert mit Myoklonien und Schmerzen!

Daher ggf. Wechsel von Morphinhydrochlorid auf Hydromorphon!

Pharmakokinetik im Alter/Nierenfunktion



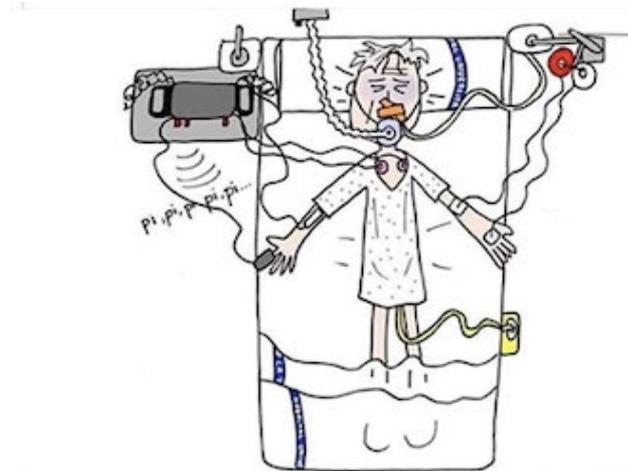
- Einschränkung der Nierenfunktion um ca 1%/ Jahr nach dem 40. Lebensjahr
- Verlust von Skelettmuskel von ca. 1% / Jahr
- Serum-Kreatinin deshalb nicht ausreichend, um die Nierenfunktion im Alter zu beurteilen, besser
- $GF \text{ (ml/min)} =$

$(140 - \text{Alter}) \times \text{Körpergewicht in kg} \times 0.85 \text{ bei Frauen}$

$72 \times \text{Serumkreatinin in mg/dl}$

nach Hohenegger, EANO 2010

We care...



www.monicalalanda.com



www.meduniwien.ac.at/medical-comics

Erkrankungen und Alter

Spezifische Fragestellungen



- Werden die Patient*innen lange genug leben, um an der Erkrankung zu leiden?
- Welche Therapie ist den Patient*innen zumutbar?
- Welche Komplikationen sind kurzfristig und welche sind langfristig zu erwarten?
- Gibt es (pflegende) Angehörige/Zugehörige? Wenn ja, wie geht es diesen? Wie belastbar sind sie?

Geriatrisches Assessment



- Leistungsfähigkeit
- Begleiterkrankung(en)
- Geriatrische Syndrome
- Polypharmazie
- Ernährungszustand
- Soziale Situation
- Finanzielle Situation

Balducci, Innsbruck 2010

Geriatrische Probleme



Kognitive Defizite: 80%

Immobilität: 69%

Harninkontinenz: 66%

Depression: 53%

Stürze: 45%

Polypharmazie: 45%

Mangelernährung: 42%

Renteln-Kruse W, Ebert D (2003) - 250 Pat. (mittleres Alter 81 Jahre) bei Krankenhausaufnahme

Bewegung als Medikament



*„Use it or lose it“ - „Verwende es, oder du wirst es verlieren“
„Wer rastet, der rostet“ ...*

Ob der Altersprozess eine Person einschränkt, hängt davon ab, was man für seinen Körper tut und ob man seine Fähigkeiten laufend trainiert. Ältere Menschen sollten daher jede Gelegenheit nutzen, körperlich aktiv zu sein.

Das „Medikament“ Bewegung senkt den Blutzucker bei Diabetes, hilft beim Abnehmen, senkt den Blutdruck, fördert das allgemeine Wohlbefinden und spart Therapiekosten.

Folgen von Bewegungseinschränkungen

Erhöhte Sturz- und Verletzungsgefahr!

Soziale Isolation

Das Gefühl der Machtlosigkeit

Depression

Gefahr der vollständigen Immobilität

Diese Folgen wirken sich in weiterer Folge auf die verringerte Selbstständigkeit, eine verminderte Lebensqualität und die Notwendigkeit fremder Hilfe aus. Außerdem erhöht eine eingeschränkte Beweglichkeit das Risiko für Folgeerkrankungen, z.B. Lungenentzündung oder Osteoporose. Diese Folgeerkrankungen verstärken dann wiederum die Bewegungseinschränkung → ein Teufelskreis entsteht.

Sturz - Zahlen, Daten, Fakten



Jeder 3. Mensch über 65 Jahre stürzt einmal pro Jahr

Jede Pflegeheimbewohner*in stürzt 2-3 Mal pro Jahr

Jeder 2. Mensch über 80 Jahre stürzt einmal pro Jahr

Ein Sturz pro Quartal → 7-faches Pflegeheimrisiko

Ein Sturz pro Quartal → 3-fache 1-J-Mortalität [*Hager, 2005*]

Howland 1993, Aoyagi 1998, Franzoni 1994, Lachman 1998, Cumming 2000

Der Teufelskreis der Sturzgefährdung



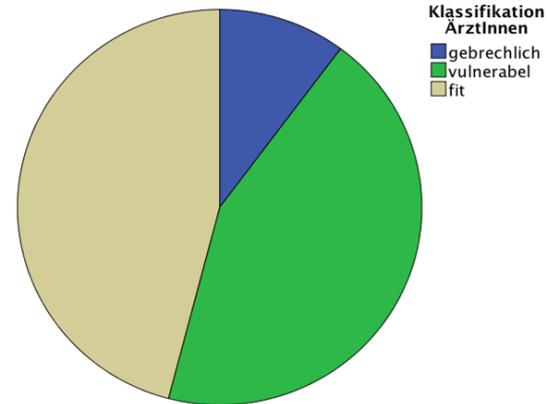
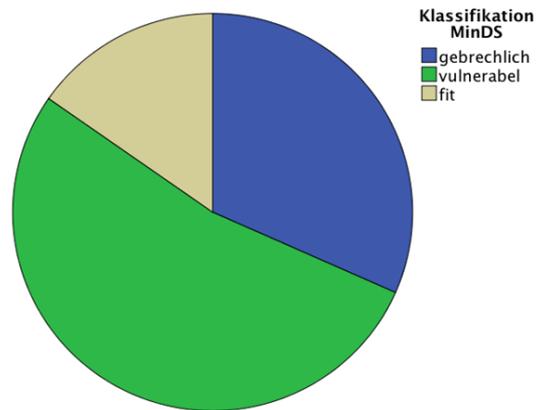
Angst vor weiteren Stürzen mit der Gefahr der Inaktivität und des sozialen Rückzugs.

Der immer wieder zitierte Satz, ein Sturz im Alter breche nicht nur die Knochen, sondern auch das Selbstvertrauen, beschreibt sehr gut die psychische Verfassung, in die Sturzpatient*innen geraten können.

Der Verlust des Selbstvertrauens und die Angst vor neuerlichen Stürzen führen zu immer mehr Bewegungseinschränkungen und zur Reduzierung der alltagsüblichen Aktivitäten - dadurch kann das Sturzrisiko erneut zunehmen.

Einstufung der Funktionalität

Dank an Univ. Prof. Dr. Christine Marosi



- 100 neu diagnostizierte Krebspatient*innen > 65 a, prospektiv, single institution, eingestuft durch das Minimum Data Set der European Platform of Cancer Research oder durch die behandelnden Onkolog*innen (verblindet für Ergebnis des Minimum Data Set)
- Sehr geringe Übereinstimmung (Kappa 0.11)
- Tendenziell um eine Kategorie bessere Einstufung der Patient*innen seitens der Ärzt*innen



Patientinnen und Patienten wollen von Menschen behandelt werden.

555 Seiten...



 Leitlinienprogramm
Onkologie

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung

Langversion 2.1 – Januar 2020
AWMF-Registernummer: 128/001-OL



Cicely Saunders



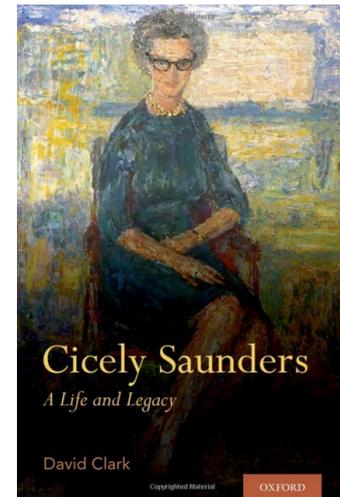
It's the doctors who desert the dying

The evolution of palliative care. J R Soc Med. 2001

*„Wie Menschen sterben verbleibt im Gedächtnis derer, die weiterleben und für sie (sowie für die Patient*innen selbst) sind wir verpflichtet, über den Verlauf und die Behandlung terminaler Schmerzen und Leiden informiert zu sein.“*

„Das was in den letzten Stunden geschieht, kann frühere Erinnerungen heilen oder es verbleibt als zerstörendes Andenken, das die Bewältigung der Trauer verhindert.“

Saunders C., Textbook of Pain



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

eva.masel@meduniwien.ac.at

www.masel.at

www.meduniwien.ac.at/palliativmedizin