

Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Strukturen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

Dr. M. J. Eckart
Onkologische Schwerpunktpraxis
Erlangen

12.03.2005

Demographische Daten

- 97 % der Menschen > 60 J. leben zu Hause
- 3 % der Menschen > 60 J. leben in Heimen (meist älter als 80)
- 19 % der Menschen > 60 J. sind tumorkrank
- Lebenserwartung heute 60-jähriger:
Mann 19 Jahre, Frau 23 Jahre

Statistisches Bundesamt

Statistik

- 838 797 Sterbefälle in Deutschland 2000
- 210 738 davon maligne Erkrankungen
- ca. 30 000 Pat. wurden palliativmedizinisch
ambulant oder in Hospizen betreut (15 %)

Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

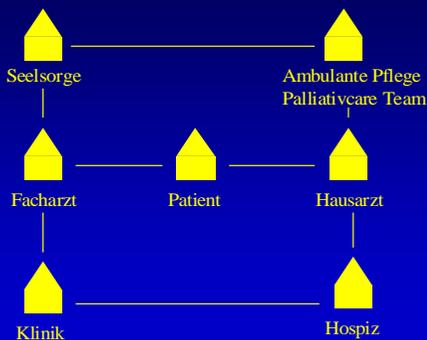
Palliativtherapie

- Eine Heilung der Krankheit ist nicht möglich.
- Im Vordergrund steht die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität durch Chemo-, und Strahlentherapie, Op; Supportivtherapie, psychoonkologische Betreuung.
- z.B. metastasierendes Mamma Ca. Colon Ca, Prostata Ca ; niedrig-malignes NHL.

Palliativmedizin

- Betreuung unheilbar Kranker, meist Tumorpatienten, am Lebensende.
- Nicht die Beeinflussung der Krankheit sondern die Linderung der durch sie ausgelösten physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Beschwerden steht im Vordergrund.

Interdisziplinäre Kooperation



Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Hausarzt

- Langzeitbetreuung des Patienten
- Kennt das sozioökonomische Umfeld
- Koordiniert nötige medizinische Maßnahmen
- Sichert Medikamenten-, Sach- und Heilmittelversorgung (Schnittstellenfunktion)
- Psychosoziale Beratung (Anträge, Rechte)
- Hausbesuche

Facharzt

- Ergußpunktionen (Pleura/Aszites)
- Transfusion von Blutprodukten
- Psychoonkologische Betreuung
- Schmerztherapie
- Palliative Chemotherapie
- Vermeidung nicht sinnvoller Therapien
- PEG - Anlage
- Einleitung einer O² Versorgung

Tagesklinik

1918 1934 1928 1916



Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Koordination des sozialen Umfelds

Rentenfragen

AHB

Krankengeld

Transportdienste

Patientenverfügung

objektive Beratungsangebote

Fallbeispiel Onkologische Schwerpunktpraxis

Pat. A. B. 14.09.44 (52 Jahre) verheiratet, 2 Kinder

11/96: Mamma Ca pT2, cN0, cMx, GIII, Her-2-neu+++,
BET L, HR unbekannt, 6 Kurse adjuvant AC, keine
Radiatio.

2/98: Rezidiv Mamma L, Mastektomie bds, TAM 20 mg/ die

Fall A.B. - Palliativtherapie 1998

10/98: Vorstellung mit immobilisierenden Schmerzen WS, bes.
BWS. Schmerztherapie mit Metamizol, Morphin ret.
NSAR. Szinti: multiple ossäre Filiae, MR: BWK 4
Osteolyse.

11/98: palliative Radiatio, Pamidronat 90 mg i.v. alle 28 Tage;
hierunter gute Schmerzkontrolle. Absetzen Tamoxifen.

12/98: Sono: Hepatische Metastasierung. Ambulant 6 Kurse
Paclitaxel 225 mg/ m² alle 3 Wochen. Sonografisch CR
Pat. führt Haushalt, unternimmt Urlaubsreisen.

Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Fall A.B. - Palliativtherapie 1999

7/99: LK Metastase links zervikal, Extirpation,

8/99: Lokale Radiatio links zervikal. Lokale Kontrolle.

12/99: Anstieg Transaminasen und CA 15-3, Gewicht stabil, reduziert Leistungsfähigkeit. Sono: erneute hepatische Metastasierung.

Therapieentscheidung bis nach Weihnachten (Reise zu Tochter nach USA) verschoben.

Fall A.B. - Palliativtherapie 2000

1/00: 2 Kurse Vinorelbine i.v. Abbruch wg. Thrombophlebitiden. Ambulante Portimplantation in Chirurgie.

3/00: 3 Kurse Novantron i.v. Abbruch wg. progredienter hepatischer Filialisierung.

5 - 10/00: 6 Kurse Docetaxel i.v. alle 3 Wochen. Gute PR der hepatischen Parameter. Verbesserung der Leistungsfähigkeit, gute Lebensqualität.

Fall A.B. - Palliativtherapie 2001

3/01: Inappetenz, Gewichtsverlust. Sono: progrediente hepatische Metastasierung. AZ Verschlechterung. Beginn Trastuzumab - Paclitaxel wöchentlich i.v.

6/01: Umstellung auf Trastuzumab mono wöchentlich, bei sonografisch guter Remission. Appetit normal, Gewicht ansteigend. Wieder sehr gute Leistungsfähigkeit.

Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Fall A.B. - Palliativtherapie 2002

- 2/ 02:** Umstellung auf Trastuzumab monatlich i.v. bei sehr guter Lebensqualität und Reiseplänen. CA 15 - 3 und Transaminasen im Normbereich. Leber sonografisch unauffällig.
- 6/ 02:** Leberkapselschmerz. Erneute Hinzunahme von Paclitaxel zu Trastuzumab. Wiederaufnahme der wöchentlichen Verabreichung.
- 10/ 02:** Gute Symptomkontrolle. Sonographisch partielle Remission der Lebermetastasierung. Beendigung Paclitaxel. Fortgesetzte Therapie mit Trastuzumab und Zoledronat.

Fall A.B. - Palliativtherapie/ Palliativmedizin 2003

- 3/ 03:** Verschlechterung von AZ und Laborparametern. Multiple hepatische Filiae. Beginn Vinorelbin bei Fortführung von Trastuzumab.
- 7/ 03:** Abbruch von Vinorelbin bei progredienter Metastasierung.
- 8/ 03:** Ausgeprägter Therapiewunsch. Fünflinien Therapie mit Gemcitabin. Rückgang Bili und CA 15-3.
- 12/ 03:** Gallengangskompression durch große linkshepatische Filia. Implantation eines Gallengangstents stationär. Besserung Ikterus. Beendigung Gemcitabin.

Fall A.B. - Palliativmedizin 2004

- 1/ 04:** Abbruch Trastuzumab. Umzug in kleinere Wohnung und Übergabe des Hauses an Tochter. Periphere Ödeme, zunehmend Aszites. Betreuung durch Hospizteam.
- 2/ 04:** Beginn einer parenteralen Ernährung über ambulantes Pflegeteam. Umstellen Analgesie auf Pflaster. Leichte Haushaltstätigkeit. Unterstützung durch Familie.
- 3/ 04:** Wiederholte Entlastungspunktion bei Aszites alle 8 - 10 Tage in Praxis. Zunehmende Bettlägrigkeit. Pflegedienst 2. pro Tag.
- 4/ 04:** Verstorben zu Hause im Kreis der Familie.

Strukturen der ambulanten Versorgung

Dr. med. M. Eckart

Internist - Hämatologie und Internist. Onkologie, Erlangen

Fall A.B. - Palliativmedizin 1996 - 2004

- Krankheitsverlauf 8 Jahre.
- Palliativtherapie 6 Jahre bei ossären, lymphonodulären und hepatischen Metastasen.
- Primärtherapie und Rezidiv: Op in Klinik.
- Kontinuierliche Betreuung durch Hausarzt und die onkologische Schwerpunktpraxis.
- Ambulante Radiatio, ambulante Portimplantation, kurzzeitstationäre Implantation eines Gallengangstents.
- Betreuung durch Hospizteam und ambulantes Pflege team.
- verstorben zu Hause.

Probleme

1. Schnittstellenproblematik: Klinik - Hausarzt - Facharzt - Pflege team - Hospiz.
2. Schmerztherapie: 24 h Versorgung
3. unzureichende Finanzierung palliativmedizinischer Strukturen im stationären und ambulanten Bereich (EBM 2000 ?)
4. Betreuung der Angehörigen und Zugehörigen
5. Demografische Entwicklung