

Impuls Österreich:
„Gemeinsam gut entscheiden“
Therapiezieländerung und Umgang
mit
Grenzen der Behandlung – welche
Rolle spielt das Team?

Gudrun Kreye, Krems (AT)

FREITAG, 08.11.2024

17. FORUM PALLIATIVMEDIZIN

– Das Lebensende gestalten –

8. – 9. November 2024, Berlin

**Choosing wisely Austria –
gemeinsam gut entscheiden**



Julia Harfinger, MSc MSc BSc PgDip

Public-Health-Forscherin
Department für Evidenzbasierte Medizin & Evaluation
Cochrane Österreich
Universität für Weiterbildung Krems

OÄ Priv.-Doz. Dr. Gudrun Kreye

Oberärztin, Organisatorische Leiterin Palliativmedizin
Klinische Abteilung für Innere Medizin 2, Palliativmedizin
Universitätsklinikum Krems
Karl Landsteiner Privatuniversität f. Gesundheitswissenschaften

Cochrane Österreich
Department für Evidenzbasierte Medizin und
Evaluation
Universität für Weiterbildung Krems
Martin Fangmeyer, BScN MScN
Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner
Edith Kertesz
Dr. med. univ. Brigitte Piso, MPH

The image shows the front cover of a booklet. At the top right is the logo 'gemeinsam gut entscheiden' with the tagline 'CHOOSING WISELY AUSTRIA'. Below the logo is a watercolor-style illustration of three people: an elderly man with a beard, a woman with short hair, and a younger person in a white coat, possibly a doctor or nurse, interacting around a patient in a hospital bed. A red rectangular box at the bottom left contains the text 'Die Top 5'. The main title 'Palliativversorgung' is centered below the illustration in large blue letters.

The image shows a slide with the 'gemeinsam gut entscheiden' logo at the top left. The title 'Initiative Choosing Wisely' is centered in large orange text. Below the title is a bulleted list of points:

- Gründung 2010 in den USA
- rasche internationale Verbreitung, 20+ Länder
- Ziel: Identifikation von Über- und Fehlversorgung; Information zu häufigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die keinen nennenswerten Nutzen bringen oder sogar schaden
- Negativ-Empfehlungen → „DO NOT DO“
- richten sich an Health Professionals



Initiative Choosing Wisely

- österreichische Initiative seit 2017, mit Partnerin
- **Zielgruppe der Broschüren: Patient:innen & Angehörige**
- „**Mehr ist nicht unbedingt besser**“
- **Nutzen? Risiken? Alternativen? Abwarten?**
- Über- und Fehlversorgung verständlich machen, Nachfrage reduzieren, Bewusstsein schaffen, Dialog anstoßen, Mythen ansprechen
- Dissemination: Broschüren, Website, Poster



ALLGEMEINMEDIZIN

Antibiotika bei Erkältung



Antibiotika können
Viren NICHT schaden.
Aber dir vielleicht!

Initiative Choosing Wisely

Grundsatz:

- enge und gleichwertige Zusammenarbeit – von Praktiker:innen und Wissenschaftler:innen
- Praxisrelevanz
- Vertrauenswürdigkeit

Top-Listen seit 2019

- Allgemeinmedizin
- Geriatrie
- Gynäkologie
- Nephrologie
- Vorsorgeuntersuchung
- Pflege



Wege für eine bessere
Gesundheits- und Krankenpflege
5 häufige Pfelegemaßnahmen können hinterfragt

Prozess der Entwicklung

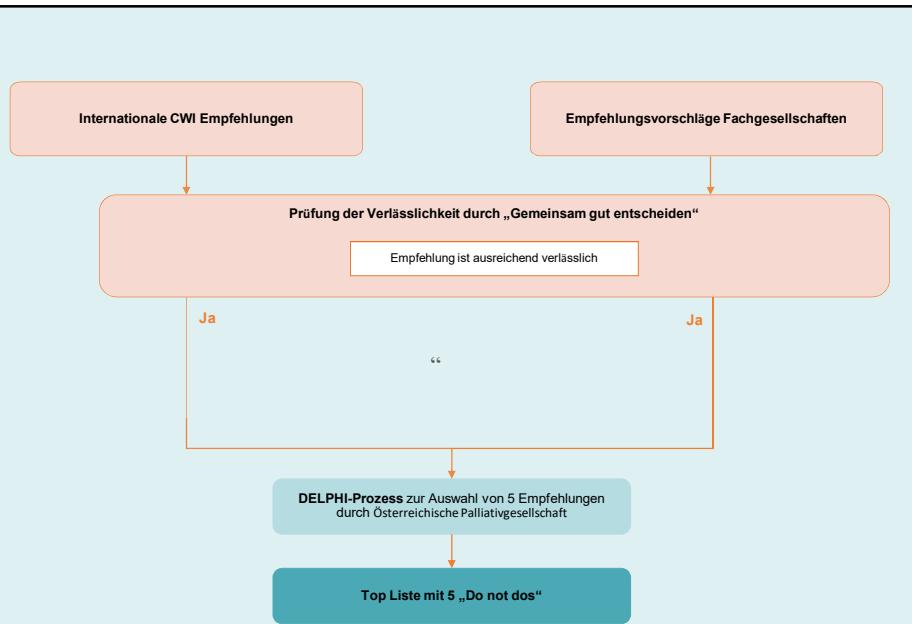
regelgeleitet: Methodenhandbuch

5 Schritte:

- 1) Recherche nach bestehenden Empfehlungen, Vorab-Check (Aktualität, Methode), Nominierung neuer Aspekte durch die Fachgesellschaft
- 2) Bildung eines Teams zur Priorisierung der Themen mittels zweistufigem Delphiprozess
- 3) Überprüfung der Evidenz durch Wissenschaftler:innen
- 4) Zielgruppen-gerechte Aufbereitung der Empfehlungen (Broschüren, Webseite)
- 5) Verbreitung der Empfehlungen

Uni-Team:

- Grafik, Illustration, Lektorat
- Organisation
- Wissenschaft (Medizin, Public Health, Pflege, Wissenschaftskommunikation)



Top-5-Liste der Österreichischen PalliativGesellschaft

1

„Ein guter Plan“ – Vorsorgedialog nicht aufschieben

- Mythos: PC nur am Lebensende
- Alternative: frühes strukturiertes Nachdenken und dokumentierte Wünsche → Vorteile für Patient:innen und Angehörige



Don't delay advance care planning conversations.
Choosing Wisely Canada

Empfehlung 1

Vorausschauende Gespräche mit den Patient:innen über ihre künftige Versorgung sollen zeitlich nicht aufgeschoben werden.

VERSORGUNGSZAHL				
1	2	3	4	5
am vorgegebenen Zeitpunkt				abwarten

Originalwortlaut der Empfehlung:
Don't delay advance care planning conversations (Choosing Wisely Canada).

1 2 3 4 5

Don't delay advance care planning conversations.
[Palliative Care - Choosing Wisely Canada](#)

Advance care planning is a process, which includes choosing a surrogate or alternate decision-maker and communicating values or wishes for medical care. This helps prepare a person for in-the-moment medical decision-making, as well as guiding their surrogate or alternate decision-maker should the person lose capacity for decision-making. Advance care planning is appropriate for healthy adults and patients with their family and healthcare providers, early, recurrently, and as circumstances change. Evidence shows that advance care planning conversations improve patient and family satisfaction with care and concordance between patients' and families' wishes, increase the completion of advance care planning documents, reduce the likelihood of patients receiving hospital care and the number of days spent in hospital, and increase the likelihood of receiving hospice care.

Detering KM, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010 Mar 23;340:c1345. [PMID: 20332506](#).
 Houben CH, et al. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):477-89. [PMID: 24598477](#).
 Newton J, et al. Evaluation of the introduction of an advanced care plan into multiple palliative care settings. Int J Palliat Nurs. 2009 Nov;15(11):554-61. [PMID: 20081730](#).
 Poppe M, et al. Qualitative evaluation of advanced care planning in early dementia (ACP-ED). PLoS One. 2013;8(4):e60412. [PMID: 23630571](#).
 by
 Canadian Society of Palliative Care Physicians
 Last updated: September 2021


Top-5-Liste
Österreichische PalliativGesellschaft

2 „Löffel statt Schlauch“ – Verzicht auf Sonde bei schwerer Demenz

- Über-/Fehlversorgung: scheinbar gute Lösung; doch nicht die erhofften Effekte
- Mythos: verhungern, verdursten, leiden
- Alternative: Zuwendung, Kreativität

Don't recommend enteral nutrition (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy or naso-gastric feeding tube) in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding. *Choosing Wisely Italy*



Illustration: Wolfgang Glechner

Empfehlung 5

Bei Patient:innen mit fortgeschrittenen Demenz soll eine enterale Ernährung (PEG, perkutane endoskopische Gastrostomie, nasogastrale Sonde) nicht empfohlen werden. (Bieten Sie stattdessen eine unterstützte orale Ernährung an.)

BEWERTUNGSSKALA				
1	2	3	4	5
am wenigsten wichtig				am wichtigsten wichtig

● Originalwortlaut der Empfehlung:

Don't recommend enteral nutrition (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy or naso-gastric feeding tube) in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding (Choosing Wisely Italien).

1 2 3 4 5

Don't recommend enteral nutrition (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy or naso-gastric feeding tube) in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding. *Choosing Wisely Italy*

Enteral nutrition is aimed at maintaining or improving patient quality of life and functionality, and prolonging survival. In patients with severe dementia, functional decline and comorbidities may suggest poor long-term benefits from enteral nutrition. Furthermore, in the decision-making process, the risks of feeding tube insertion and maintenance should be lower than the expected benefits.

Clinical studies have shown that, during the final stage of dementia, PEG and naso-gastric tube are associated with pressure ulcers, increased use of physical and chemical restraints for agitation, patient discomfort, possible fluid overload, diarrhea, pain and local complications, low socialization time and possible increase of aspiration pneumonia. In patients with severe dementia, careful hand feeding should be preferred in order to guarantee patient well-being and social interactions, rather than nutritional intake (comfort feeding).

Arvanitakis M, Gkolafakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, Elbe P, Gisbertz I, Hoyois A, Mosteanu O, Sanders DS, Schmidt PT, Schneider SM, van Hooff JE. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Jan;53(1):81-92. doi: 10.1055/s-033-7449.

Volker D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobota L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guidelines on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

Aymar AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaaan S, Daher S, Benson AA, Mizrahi M. PEG Insertion in Patients With Dementia Does Not Improve Nutritional Status and Has Worse Outcomes as Compared With PEG Insertion for Other Indications. J Clin Gastroenterol. May/Jun 2017;51(5):417-420.

Volker D, Chouridakis M, Faxon-Irving G, Frithwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015 Dec;34(6):1052-73. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.004.

American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014 Aug;62(8):1590-3. doi: 10.1111/jgs.12924.



Top-5-Liste
Österreichische PalliativGesellschaft

3

**„Doppelte Unterstützung“ –
PC nicht verzögern, sondern
parallel zu laufender
Standardtherapie möglich**

- **Mythos: PC nur nach Ende der zielgerichteten Therapie möglich**
- **Alternative: früher Start der PC, gleichzeitig mit Standardtherapie → höhere QoL, weniger aggressive Therapien**



Illustration: Wolfgang Glechner

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment. *Choosing Wisely Canada*

Empfehlung 2

Bei Patient:innen, die an physischen, psychischen, sozialen oder spirituellen Belastungen leiden, soll die Palliativversorgung nicht aufgeschoben werden, auch wenn gleichzeitig noch eine zielgerichtete Therapie stattfindet.

Originalwortlaut der Empfehlung:
Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment (Choosing Wisely Canada).

1 2 3 4 5

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment.

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment.

Palliative care provides an added layer of support to patients with life-limiting disease and their families. Symptomatic patients can benefit regardless of their diagnosis, prognosis or disease treatment regimen. Studies show that integrating palliative care with disease-modifying therapies improves pain and symptom control, as well as patient quality of life and family satisfaction. Early access to palliative care has been shown to reduce aggressive therapies at the end of life, prolong life in certain patient populations, and significantly reduce hospital costs.

Palliative Care - Choosing Wisely Canada
<https://choosingwiselycanada.org/recommendation/palliative-care/>
By Canadian Society of Palliative Care Physicians
Last updated: September 2021

Bakitas M, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA. 2009 Aug 19;302(7):741-9. [PMID: 19690306](#).
Brumley R, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc. 2007 Jul;55(7):993-1000. [PMID: 17608870](#).
Ciemins EL, et al. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. J Palliat Med. 2007 Dec;10(6):1347-55. [PMID: 18095814](#).
Delgado-Guay MO, et al. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care cancer patients referred to a palliative care consult team. Cancer. 2009 Jan 15;115(2):437-45. [PMID: 19107768](#).
Earle CC, et al. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? J Clin Oncol. 2008 Aug 10;26(23):3860-6. [PMID: 18688053](#).
Fowler R, et al. End-of-life care in Canada. Clin Invest Med. 2013 Jun 1;36(3):E127-32. [PMID: 23739666](#).
Gade G, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. J Palliat Med. 2008 Mar;11(2):180-90. [PMID: 18333732](#).
Greer JA, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2012 Feb 1;30(4):394-400. [PMID: 22203758](#).
Morrison RS, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med. 2008 Sep 8;168(16):1783-90. [PMID: 18779466](#).
Qaseem A, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):141-6. [PMID: 18195338](#).
Temel JS, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. J Clin Oncol. 2011 Jun 10;29(17):2319-26. [PMID: 21555700](#).
Temel JS, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42. [PMID: 20818875](#).



Top-5-Liste
Österreichische PalliativGesellschaft

„Am Ende zur Ruhe kommen“
– palliative Sedierungs-
Therapie nicht durch Opioide
(aber ggf. mit)

4

- **Mythos: Sedierung verkürzt das Leben;
Opioide sind geeignete Medikamente für
die palliative Sedierung**
- **Alternative: Sedierungstherapie durch
Expert:innen; bei Bedarf Fortsetzung der
Opioidtherapie**

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment. *Choosing Wisely Canada*





Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach L, Canadian Society Of Palliative Care Physicians Taskforce SL. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med* 2012;15:870-879.
 de Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10:e785.
 Legemate J, Verkerk M, van Wijlick E, de Graeff A. Palliative sedation in the Netherlands: starting-points and contents of a national guideline. *Eur J Health Law* 2007; 14:61-73.
 Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 2005;8:716-729.
 Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts. Palliative sedation protocol: A report of the standards and best practices committee. Norwood, MA: Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts, 2004
 Schildmann E, Rémi C, Bausewein C. Sedierung in der Palliativversorgung – Schritt für Schritt [Sedation in palliative care - step by step]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2021 Jun;146(11):763-768. German. doi: 10.1055/a-1227-1842. Epub 2021 Jun 1. PMID: 34062595.

 Top-5-Liste
Österreichische PalliativGesellschaft

„Konzentration auf das Wesentliche“ – in der Sterbephase weglassen, was nicht der QoL dient

5

- Über-/Fehlversorgung: z. B. „Routinemaßnahmen“
- Alternative: QoL im Vordergrund, sorgfältige Abwägung aller Interventionen

Illustration: Wolfgang Glechner



Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden. *Choosing Wisely Deutschland*

Empfehlung 10

In der Sterbephase von Patient:innen sollen keine medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen eingeleitet oder fortgesetzt werden, falls diese nicht bestmögliche Lebensqualität zum Ziel haben.

Originalvorlesetext der Empfehlung:
Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden (Choosing Wisely Deutschland).

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden.

Darunter fallen therapeutische Maßnahmen wie tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen, Beatmung, Dialyse/Hämodialfiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator-/ Kardioverterfunktion implantierter Devices als auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht.

Diese Eingrenzung aller therapeutischen Maßnahmen auf das für die bestmögliche Begleitung in der Sterbephase Erforderliche ist in Form von Empfehlungen (10.31, 10.32, 10.33, 10.35, 10.16) als auch von Qualitätsindikatoren (QI 6, QI 7) wesentlicher und paradigmatischer Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin (21; vgl. auch 35–42 sowie Choosing-wisely-Empfehlung der ASCO).

21. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.0, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, leitlinienprogrammonkologie.de/Palliativmedi.zin.80.0.html (last accessed on 29. August 2015).

35. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, et al.: American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. J Clin Oncol 2012; 30 (14): 1715–24.

36. Dodson JA, Fried TR, Van Ness PH, Goldstein NE, Lampert R. Patient preferences for deactivation of implantable cardioverterdefibrillators. JAMA Intern Med 2013; 173 (5): 377–9.

37. Carlsson J, Paul NW, Dann M, Neuzner J, Pfeiffer D: The deactivation of implantable cardioverter-defibrillators: medical, ethical, practical, and legal considerations. Dtsch Arztebl Int 2012; 109 (33–34): 535–41.

38. Fromme EK, Stewart TL, Jeppesen M, Tolle SW: Adverse experiences with implantable defibrillators in Oregon hospices. Am J Hosp Palliat Care 2011; 28 (5): 304–9.

39. Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, et al.: HRS Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Heart Rhythm 2010; 7 (7): 1008–26.

40. Padeletti L, et al.: EHRA Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Europace 2010; 12 (10): 1480–9.

41. Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, et al.: Quality of Care Committee, Heart Failure Society of America. End-of-life care in patients with heart failure. J Card Fail 2014; 20 (2): 121–34.



Intensivmedizin

Anaesthesiologie
<https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>
Angenommen: 24. Januar 2024

© The Author(s) 2024



Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis

Eva Schaden¹ · Helga Dier² · Dietmar Weixler³ · Walter Hasibeder⁴ ·
Andrea Lenhart-Orator⁵ · Christian Roden⁶ · Sonja Fruhwald⁷ · Barbara Friesenecker⁸ ·
ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI

Umsetzung der Comfort Terminal Care - Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin

- Vor 10 Jahren: Entwicklung von Dokumentationswerkzeugen für die Therapiezieländerung
- Ziel: Diskussion und evidenzbasierte Antworten zu Fragen der Comfort Terminal Care
- Schwerpunkte: Schmerztherapie, Reduktion von Angst, Stress und Atemnot
- Comfort Terminal Care als Grundlage

Schaden, Eva, et al. "Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis." *Die Anaesthesiologie* (2024): 1-8.

Comfort Terminal Care - Ein Überblick

- **Definition:** Ganzheitliche Betreuung in der letzten Lebensphase
- **Ziel:** Abkehr von Heilung/Besserung hin zu maximal möglichem Komfort
- **Prozess:** Therapiezieländerung (TZÄ), idealerweise in Absprache mit dem/der Patient:in in Richtung Palliation

Friesenecker, Barbara, et al. "Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit." *Journal of Clinical Anesthesia* 25.1 (2013): 216-223.

Blinder, Craig D., and J. Andrew Billings. "Comfort care for patients dying in the hospital." *New England Journal of Medicine* 373.26 (2015): 2549-2561

Nicht (mehr) indizierte Maßnahmen - Zusammenfassung

Stellungnahme zu Sauerstoffgabe, Beatmung, Flüssigkeits- und Ernährungsgabe

Dos and Don'ts im Rahmen von CTC

Dos

Dos

- **Intravenöse Opioidgabe**
Indikation: Schmerzen, Angst/Stress, Atemnot, starker Hustenreiz
- **Palliative Sedierungstherapie**
Indikation: therapierefraktärer Schmerz, Angst/Stress bei therapierefraktärer Atemnot, existenzielle Angst, Agitation beim terminalen Delir
- **Comfort feeding**
- **Bedürfnisorientierte, auf die Patient:innen ausgerichtete Pflegemaßnahmen**
- **Nähe ermöglichen, (spirituelle) Begleitung**

Dont's

Don'ts

- **Sauerstoffgabe**
(Anm.: in Einzelfällen möglich)
- **Intubation**
- **Beatmungseinstellungen, die einer Verbesserung der Oxygenierung dienen**
- **Intravenöse Flüssigkeitszufuhr**
(inkl. parenterale Ernährung)
- **Monitoring, Befunderhebung**



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!

gudrun.kreye@krems.lknoe.at