

Der geriatrische Palliativpatient in stationären Einrichtungen



Geriatrische Palliativpatienten, eine Herausforderung für den Arzt – Symptomkontrolle und medikamentöse Therapie

Dr. H.-Peter Willschrei
Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin
Klinik für Altersmedizin

KLINIKEN ESSEN-MITTE Evang. Huyssens-Stiftung/
Knappschaft GmbH



Nicht jeder alte Mensch ist ein geriatrischer Patient!

Nicht jeder geriatrische Patient ist ein Palliativpatient!

Gibt es eine „Palliative Geriatrie“?

Oder geht es um Palliative Care in der Geriatrie?

Wenn ja, wann beginnt dann Palliative Care?

Oder ist Geriatrie gleich Palliative Care?

Dr. med. Roland Kunz

Palliative Care / Palliativmedizin

Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

(WHO 2002)

Palliative Care (Palliativversorgung / Palliativbetreuung)

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.



„Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, die Kardinalsymptome menschlichen Leidens: Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und Durst, prompt, wirksam und dauerhaft zu lindern, den Sterbenden Trost, Erleichterung und Erhebung des Gemütes zu verleihen.“

Ch. W. Hufeland, 1762-1836

Wer ist ein geriatrischer Patient?

Geriatrische Patienten sind definiert durch

- geriatritypische **Multimorbidität**
- höheres **Lebensalter** (meist über 70 Jahre)
(die geriatritypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen)

oder

- Alter über 80 Jahre, wegen der alterstypisch erhöhten **Vulnerabilität**, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen
- der Gefahr der **Chronifizierung**
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der **Autonomie** mit Verschlechterung des **Selbsthilfestatus**.

(zahlreiche medizinische, psychische und soziale Fragestellungen)

Charakteristika geriatrischer Patienten/innen:

- Hohes biologisches Alter
- Veränderte und unspezifische Beschwerdesymptomatik
- Längerer, atypischer Krankheitsverlauf, verzögerte Genesung (Rekonvaleszenz)
- Veränderte Reaktion auf Medikamente
- Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau (Demenz)
- Medikamentöse Polypragmasie (Iatrogenität)
- Psychische Störungen, psychiatrische Erkrankungen
- Psycho-soziale Symptome
- Risiko von Hilfs-, Betreuungs-, Pflegebedürftigkeit; Autonomie- und Selbstständigkeitsverlust
- Kurative und palliative Maßnahmen erforderlich

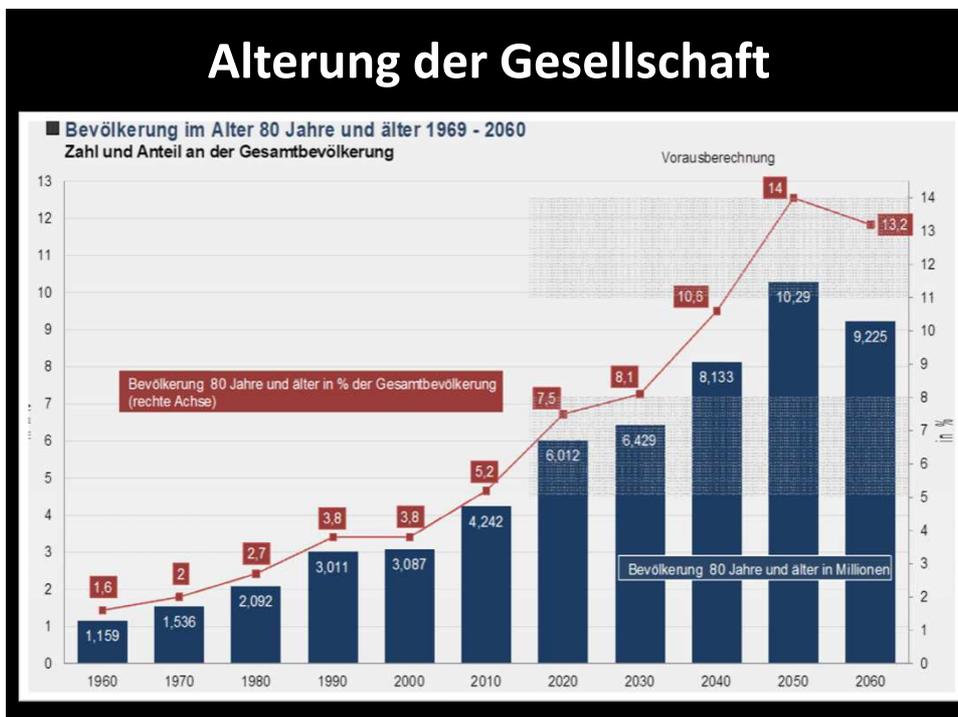
„Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorkranken gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.“

Cicely Saunders 1999

Geriatrische Patienten

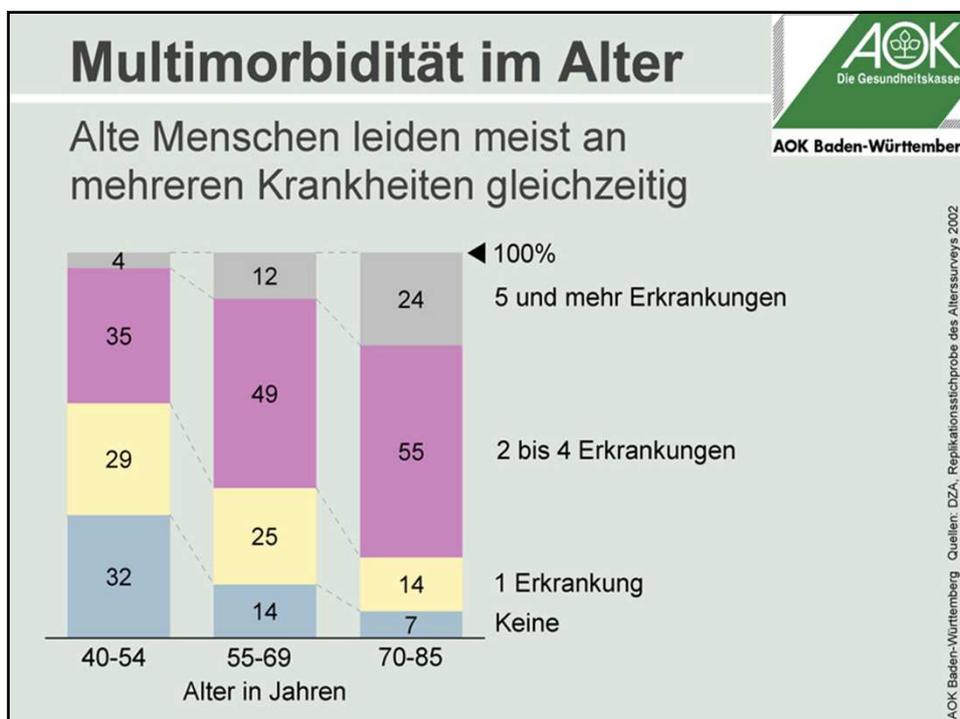
- wachsender Anteil geriatrischer Patienten in der Bevölkerung (und Kliniken) durch ansteigende Lebenserwartung

Alterung der Gesellschaft



Geriatrische Patienten

- wachsender Anteil geriatrischer Patienten in der Bevölkerung durch ansteigende Lebenserwartung
- hoher Anteil an schwerkranken multimorbiden Patienten



Geriatrische Patienten

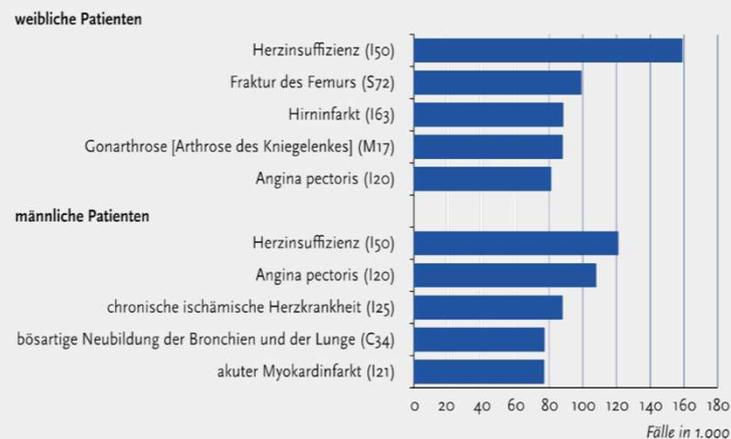
- wachsender Anteil geriatrischer Patienten in der Bevölkerung durch ansteigende Lebenserwartung
- hoher Anteil an schwerkranken multimorbiden Patienten
- Multimorbidität betrifft unheilbare onkologische und nicht-onkologischen Erkrankungen

Nicht-onkologische Erkrankungen

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Internistisch <ul style="list-style-type: none"> – Kardiovaskulär <ul style="list-style-type: none"> • Chronische Herzinsuffizienz • Koronare Herzerkrankung • Apoplex – Pulmologisch <ul style="list-style-type: none"> • COPD – Nephrologisch <ul style="list-style-type: none"> • Terminale Niereninsuffizienz – | <ul style="list-style-type: none"> • Neurologisch <ul style="list-style-type: none"> – ALS – MS – M. Parkinson • Geriatrisch <ul style="list-style-type: none"> – Demenz – Depression • Stütz-/Bewegungsapparat <ul style="list-style-type: none"> – Osteoporose/Fraktur • AIDS <ul style="list-style-type: none"> – |
|---|---|

Nichttumor- und Tumorerkrankung

Abbildung 2.1.2.1
Häufigste Diagnosen der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten im Alter von 65 Jahren und älter (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) in 1.000 nach Geschlecht 2006
Quelle: Statistik der Krankenhausdiagnosen 2006 [13]



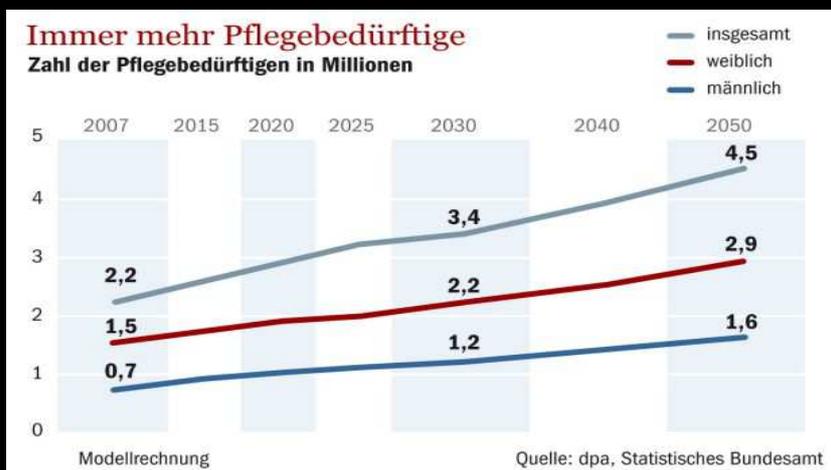
Geriatrische Patienten

- wachsender Anteil geriatrischer Patienten in der Bevölkerung durch ansteigende Lebenserwartung
- hoher Anteil an schwerkranken multimorbiden Patienten
- Multimorbidität beinhaltet unheilbare onkologische und nicht-onkologischen Erkrankungen
- Multimorbidität führt zu hoher Pflegebedürftigkeit und Todesrate

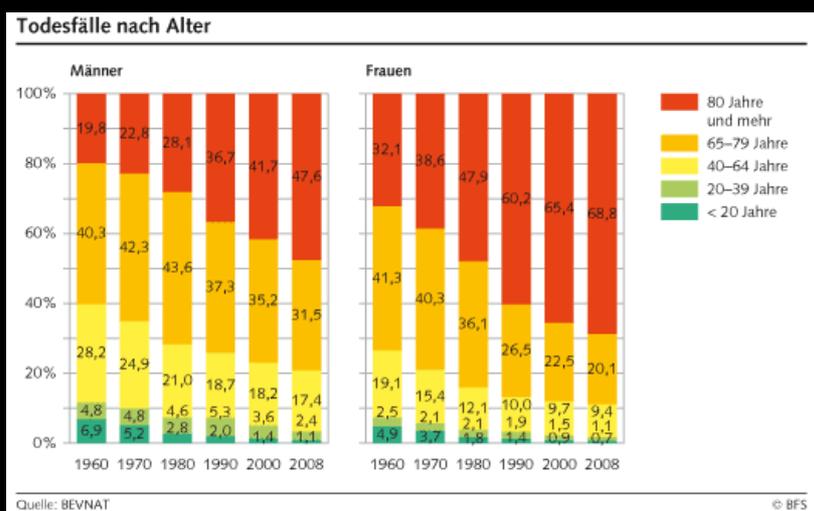
Zahl der Pflegebedürftigen verdoppelt sich bis 2050

Die Deutschen werden immer älter. Deshalb wird in den kommenden Jahren der Anteil der Bevölkerung steigen, der täglich Hilfe und Pflege braucht

Pflegebedürftigkeit durch Multimobilität und funktionelle Defizite



Sterben und Tod werden Phänomen des hohen Alters



Dr. med. Roland Kunz Chefarzt Geriatrie und Palliative Care

Patienten und **Multimorbidität**

(nicht-tumoröse Erkrankungen)

- Diese Patientengruppe ist durch Mobilitätseinschränkung, chronische Schmerzen, Inkontinenz, soziale Probleme, Depression, Demenz..... beeinträchtigt
- **Welche Konsequenzen für das Handeln?**
 - Hierarchisierung der Vorgehensweise in der Therapie
 - Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beurteilung (im Team erforderlich)
 - an der Funktion und Prognose orientierte **ganzheitliche** Betrachtung und Behandlung erforderlich
 - **Geriatrisches Assessment** dient der Beurteilung von Fähigkeiten und Defiziten des älteren Menschen
 - Behandlung: akut-medizinische und frührehabilitative Maßnahmen (geriatrische Komplexbehandlung)

Multimorbidität an unheilbaren, (nicht-) tumorösen Erkrankungen mit fortschreitendem Krankheitsverlauf bedeutet:

- Symptomkontrolle und Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund
- Umfang diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen prinzipiell ausgerichtet an Wünschen, Bedürfnissen und Zielen der Betroffenen und ihrer individuellen Prognose
- Evt. ist hierdurch ein/e limitierte Diagnostik, Therapiebegrenzung /oder –verzicht indiziert

„Geriatric, insbesondere unter palliativem Aspekt, ist Individualmedizin“.

Wilfried Wüst

Welche Fragen kann man stellen, um Sinn- und Nutzlosigkeit von medizinischen Maßnahmen auszuschließen?

Grundlage: Konsenz über Therapieziele zwischen Patient / Angehörigen / Betreuungsteam

1. Wird die Intervention nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand effektiv sein?
2. Dient die Intervention dem Wohl des Patienten?
3. Lassen sich die durch die medizinische Behandlung verursachten physischen oder psychischen Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, sofern das therapeutische Ziel erreicht wird?
4. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz optimaler therapeutischer Interventionen?
5. Wird die Behandlung einen klinischen Effekt erzeugen, aber wichtige Ziele des Patienten wie z. B. Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen verfehlen?
6. Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
7. Können bestehende ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden?

**Geriatrische Palliativpatienten,
eine Herausforderung für den Arzt**

Die eigentliche Herausforderung:

**Wann ist der (geriatrische) Patient
ein Palliativpatient ?**

Krankheitsverläufe

Abb. 2 Krankheitsverlauf bei chronischem Organversagen

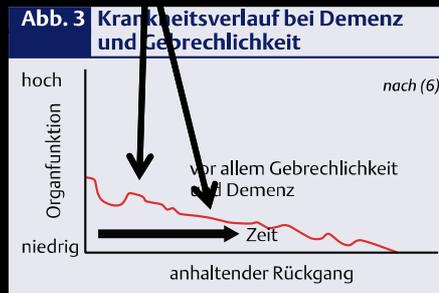
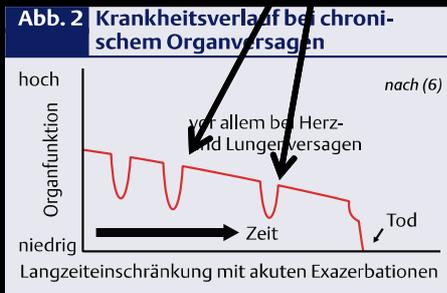


6. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. White Paper. RAND Health, 200

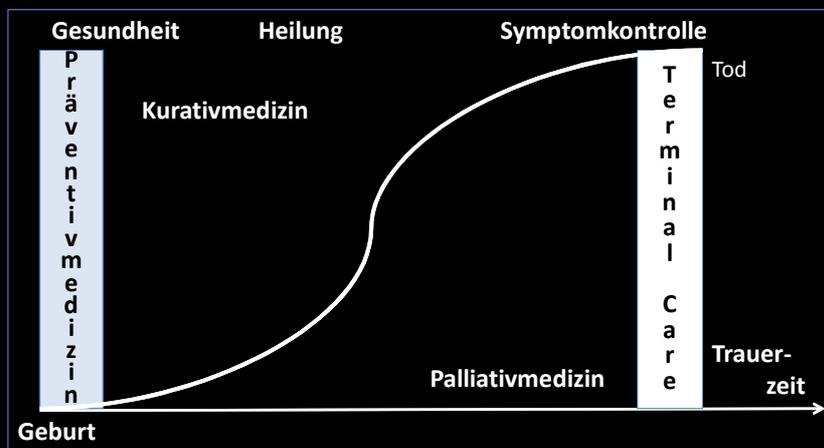
Erkennen des „Wendepunktes“

Palliative Geriatrie ≠ End of Life Care

**Wendepunkt
Wo?**



Übergänge von kurativer zu palliativer Therapie



Ziel:
bestmögliche Lebensqualität
für Patient/Angehörige

Palliativmedizinische Betreuung setzt dann ein, wenn bei kranken Patienten eine Heilung nach medizinischen Maßstäben nicht mehr möglich ist und das primäre Therapieziel nicht mehr Kuration, sondern bestmögliche, engagierte, menschliche, medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Versorgung und Betreuung des Patienten ist.

**Definition: geriatrischer Palliativpatient
(Gemeinsamkeit: Palliativmedizin/Geriatrie)**



Indikatoren: geriatrischer **Palliativ-Patient?**

- **Anamnese**: Krankheitsverlauf; stationäre Voraufenthalte (eigene/fremde Klinik); Komplikationen (Reanimation, Intensivaufenthalte; invasive Diagnostik)
- **Häufigkeit von stationären Vor-Aufenthalten** (welche Zwischenzeiträume; Verkürzung)
- **Medikamentöse und andere Therapien** (z.B. NIV)
- **Subjektives Empfinden** (körperliche Belastbarkeit; Erschöpfung; Unabhängigkeit in täglichen Verrichtungen (Toilette, Baden, Duschen, Waschen))
- **Eigene Wünsche und Ziele**

Indikatoren: geriatrischer Palliativpatient?

- **Objektive Faktoren:**

- Labor (BB; CRP, Kreatinin; E-Iyete; BGA....)
- Echokardiographie (LV-Funktion...)
- Röntgen (Stauung, Ergüsse...)

- **Assessment:**

- Ernährung: BMI, BIA, MNA (Kachexie)
- Geriatrisches Assessment
 - Barthel-Index; IADL, MMST (DemTect, Uhrentest..); GDS; Tinetti (timed-up-and-go; chair-rising-Test); Charlson-Komorbiditäts-Index

Indikatoren: geriatrischer Palliativpatient?

Der geriatrische Palliativpatient

Empfehlungen des Arbeitskreises
Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospiz-
arbeit in der stationären Alten- und
Behindertenhilfe

npe

Netzwerk
Palliativmedizin
Essen

Bedeutsame Indikatoren:

- Barthel-Index (< 30 Punkte)
- ausgeprägte (auffällige) Tagesschläfrigkeit
- (durchgehende) Bettlägerigkeit während des Tages (in den letzten 4 Wochen)
- auf Grund der subjektiven Einschätzung des Teams (**Fachkompetenz!**)
(> 2 der 3 erstgenannten Erhebungskriterien oder wenn Punkt 4 zutrifft)

Vorrang: Symptomkontrolle

(bei geriatrischen Palliativpatienten)

Ziele:

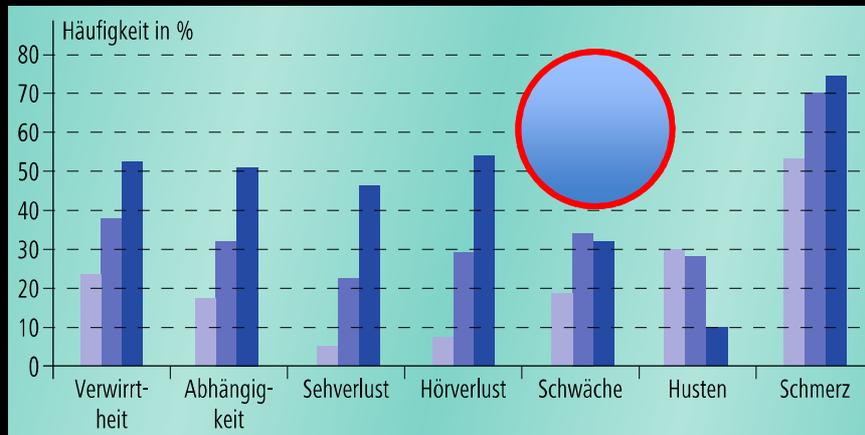
- In der Behandlung dem Patienten unangenehme Begleiterscheinungen seiner Erkrankung bzw. Therapie-Nebenwirkungen erträglich(er) zu gestalten
- Wahrnehmung, dokumentarisches Erfassen, Zuordnung und Behandeln der Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen
- Entwurf zu einer individuell angepassten Strategie, auch zur Vermeidung unnötiger oder unangemessener Diagnostik und Therapie

(Pflegerwiki)

Symptomkontrolle in der palliativen Betreuung

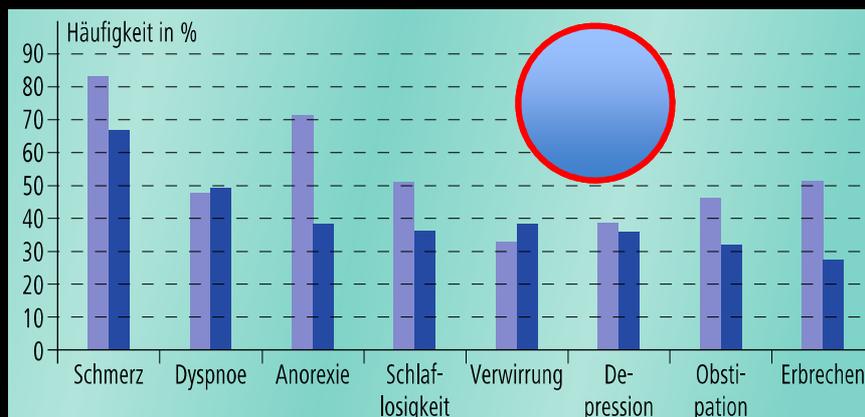


Häufige Symptome und Probleme in der Palliativpflege



Übersicht über Symptome und Probleme in Abhängigkeit vom Alter

Häufige Symptome und Probleme in der Palliativpflege

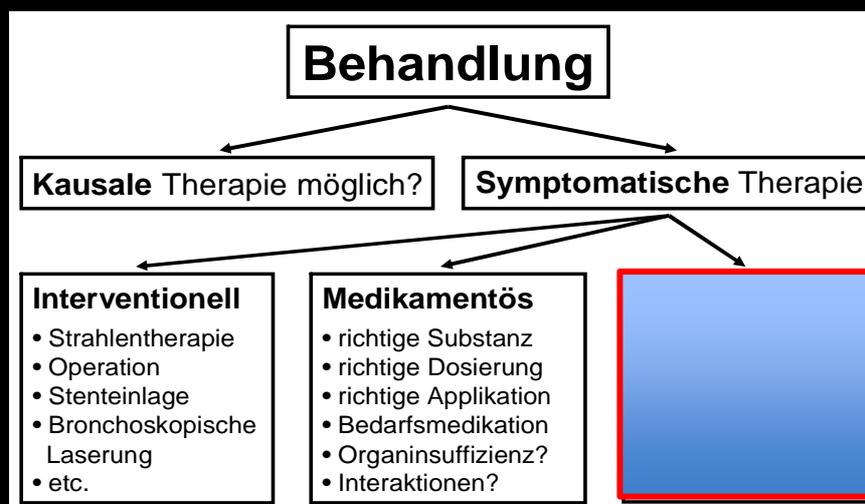


Häufigkeit von Symptomen im letzten Lebensjahr abhängig von der Diagnose des Patienten

Bestandteile der Palliativbetreuung

- **psychosoziale Begleitung** und
- **spirituelle Begleitung** des Patienten
- **medizinische Symptomkontrolle**
 - Schmerztherapie
 - Behandlung internistischer Symptome
 - (Atemnot, gastrointestinale Symptome etc.)
 - Neuropsychiatrische Symptome
 - (Depression, Delir, neurologische Ausfälle)

Algorithmus der Symptomkontrolle



Worauf sollte bei der medikamentösen Therapie geachtet werden?

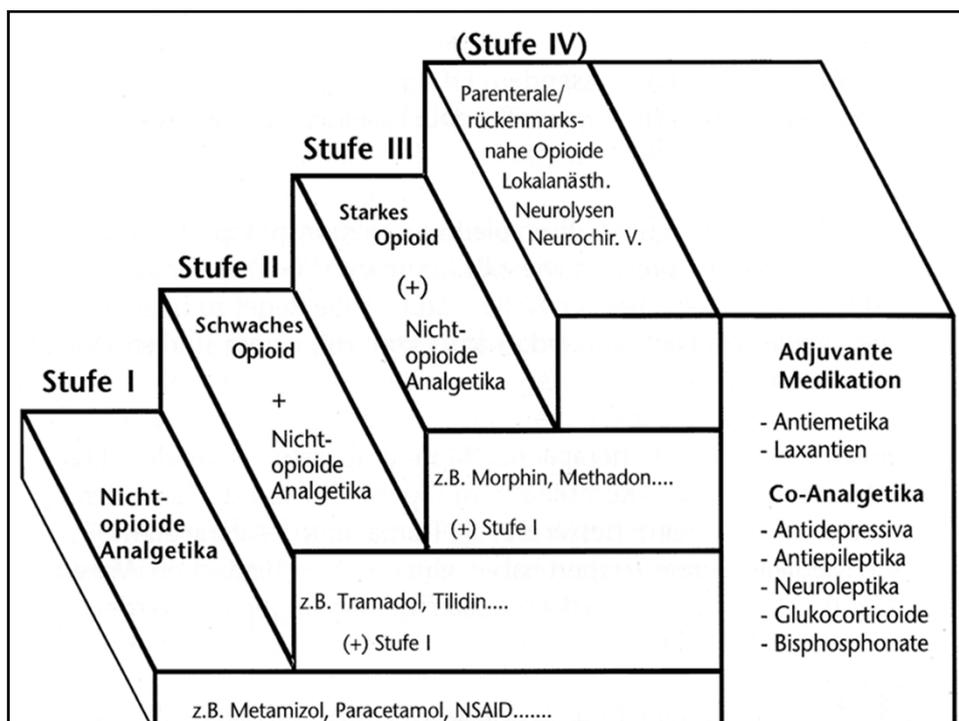
- Polymedikation bei Multimorbidität (kritisch überprüfen)
- Veränderte Medikamentenwirksamkeit (Pharmakokinetik und -dynamik)
- Neben- und Wechselwirkungen beachten
- Verschiedenste Applikationsmöglichkeiten
- Ambulant: Praktische Probleme (vergessen, verwechseln, falsche Dosierung...)

Wie bei jedem geriatrischen Patienten gilt:

- Start low
- Go slow

Schmerzmedikation

- Schmerz: tumorbedingt? tumorassoziiert? therapiebedingt?
- **Beeinflussung der Schmerzschwelle durch**
 - Schlaflosigkeit
 - Sorgen, Angst und Traurigkeit
 - Introversion, Depression
 - Soziale Abhängigkeit
 - Langeweile
 - Isolation



Praktische Opioidtherapie in 10 Regeln



1. Exakte Schmerzanamnese und – diagnose (was für ein Schmerz?)
2. Stadiengerechte individuelle Therapieplanung
3. Patientenaufklärung
4. Retardopioide von Anfang an
5. Individuelle Dosisanpassung, Erfolgskontrolle, Verlaufsdokumentation
6. WHO-Schema, aber richtig!
7. Nutze multinodale Therapiekonzepte
8. Vertrautmachen mit Opioidrotation
9. Antizipiere die möglichen Nebenwirkungen
10. Analgetika und Co- Analgetika gezielt einsetzen

Antidepressiva: Amitriptylin; Doxepin, Venlafaxin; Mirtazapin

Antikonvulsiva: Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin

Kortikosteroide: Dexametason, Prednisolon

Spasmolytika; Muskelrelaxantien; Bisphosphonate

Symptomkontrolle: Übelkeit, Erbrechen

- Vorgehen nach Stufenplan abhängig von Medikation (+/- Opiode)
- Ursachen: Opiode, Tumortoxine, GI-Irritation/Stauung, Ileus, Hypercalciämie

Antihistaminika	Dimenhydrinat Bonamine
Neuroleptika	Haloperidol Levomepromazin
Prokinetika	MCP Domperidon
5 HT3-Antagonisten	Ondansatron
Kortikosteroide	Dexamethason
Cannabinoide	Dronabinol-Tropfen
Benzodiazepine	Lorazepam

Symptomkontrolle: Obstipation

- Organische Ursachen: Tumore, Hypothyreoidismus, Hypercalciämie, M. Parkinson...
- Ursachen: Opiode, Immobilität, Exsikkose
- Stufenplan (immer) + Bedarf, Dokumentation
- Bei zu weichem Stuhl: Laxantien reduzieren, nicht absetzen
- Opioidwechsel erwägen: z.B. zu Fentanyl, Hydromorphon

Bei Opioidgabe	
Macrogol	max. 8 Btl./Tag
Macrogol	+ Laxoberal
Macrogol	+ Laxoberal + Obstinol (Bedarf)
Klyisma, Einlauf	
Bisocodyl Suppositorien	
Methylnaltrexon (Relistor)	

Symptomkontrolle: Dyspnoe

- Tritt vermehrt in der Finalphase auf
- Verbunden mit Angst bis Panik
- Sekretolytika nur, wenn Patient noch abhusten kann
- Fenster öffnen, Ventilator

Opioidnaive Patienten	Opioidpatienten
- Initial 5-15 mg Morphintropfen (alle 4 h)	- Morhindosis + 20-30%
- alternativ 5 mg Morphin s.c. (alle 4 h) - 1-2 mg Morphin i.v. (alle 5-10 Minuten)	- Bedarfsmedikation 1/6 der bisherigen Morphintagesdosis (alle 4 h)
zusätzliche Therapie	
- Salbutamol	- 1 – 2 Hübe (alle 4 h)
- Lorazepam	- 1 – 2 mg bukkal
- Midazolam	- 5 – 10 mg i.v.

Ernährung am Lebensende (1)

- Ernährungsintervention ist integraler Teil der ärztlichen Therapie und Prävention; eine **rechtzeitige, gezielte** Ernährungsintervention kann insbesondere in der **Frühphase** einer palliativ-medizinischen Betreuung effektiv den klinischen Verlauf, die Morbidität, die Lebensqualität und die Befindlichkeit des Patienten beeinflussen.

Prof. Dr. med. Chr. Löser

Ernährung am Lebensende (2)

- Eine aggressive palliative Therapie (z.B. Chemotherapie, Bestrahlung) setzt eine adäquate, individuelle Ernährungsstrategie voraus.
- **Rechtzeitige** Thematisierung, ausführliche Aufklärung und einfühlsame Kommunikation über die medizinischen Möglichkeiten und ethischen Grenzen der verschiedenen möglichen Ernährungsinterventionen sind der Schlüssel für ein reflektiertes Verständnis und den **individuell adäquaten Einsatz** insbesondere auch einer möglichen supportiven Ernährungsstrategie

Prof. Dr. med. Chr. Löser

Ernährung am Lebensende (3)

- Die Durchführung einer künstlichen Ernährung bedarf **immer** einer medizinischen wie ethischen Indikation und erfolgt nach kritischer **individueller** Abwägung.
- Die Anlage einer PEG-Sonde ist keine terminale oder gar symbolische Maßnahme bei Patienten am Ende einer infausten Grunderkrankung.
- Bei **älteren, multimorbiden, fortgeschritten dementen Patienten** sowie Patienten in der Terminalphase besteht mit Ausnahme der seltenen Fälle von nachweislicher Symptomlinderung **keine** Indikation für die Durchführung einer aggressiven Ernährungstherapie oder gar einer invasiven künstlichen Ernährung.

Prof. Dr. med. Chr. Löser

Ernährung am Lebensende



Frage zur Ernährungstherapie im Rahmen einer palliativ-medizinischen Betreuung:

wird der Patient von den zur Verfügung stehenden ernährungsmedizinischen Maßnahmen in Bezug auf sein Wohlbefinden und Lebensqualität individuell profitieren?

Was fehlt?



Kommunikation?



**Ziel der Palliativmedizin ist
„Räume schaffen, um den Patienten ein
erfülltes Leben bis zuletzt zu ermöglichen.“**

