



Palliativmedizin bei schweren internistischen Erkrankungen

Palliativ-Versorgung bei Multimorbidität in der Geriatrie

Dr. med. Hartwig J. Orth
 Chefarzt Klinik für Geriatrie
 Marien-Krankenhaus Bergisch Gladbach

Essen, 09.04.2011



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Geriatric

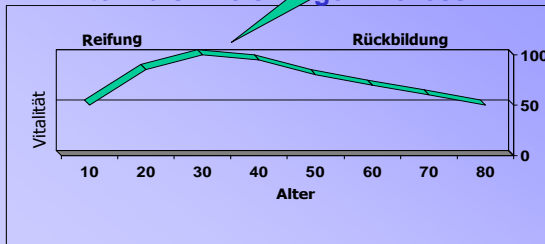
(griech.: „geron“ = Greis; „iatria“ = Heilung)

- Lehre von den Krankheiten des alten Menschen, **Altersheilkunde**
- Grundlagen sind Innere Medizin, Neurologie, Traumatologie, Psychiatrie
- Beschäftigung mit den Erkrankungen und den krankheitsbedingten Problemen des älteren Patienten (meist mehrdimensional)



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Altern als zweisinniger Prozess



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Älterwerden ... - Wer ist betroffen?

Die **Lebenserwartung** in Deutschland steigt, d.h.:

Älterwerden = Normalfall: - männl. Neugeborene 77,33 Jahre
 - weibl. Neugeborene 82,53 Jahre
 (Statist. Bundesamt, Sterbetafel 2007/2009)

(Vor 100 Jahren starben noch 1/3 der Kinder im ersten Lebensjahr)

Durchschnittsalter Klinik für Geriatrie 2010/2011: 84,2 Jahre



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Definition „Geriatrischer Patient“ :

Geriatrische **Multimorbidität**

Höheres **Lebensalter** (i.d.R. ≥ 70 Jahre)

(Die **geriatrische Multimorbidität** ist hierbei vorrangig vor dem Alter zu sehen)

oder

Alter 80 +, aufgrund der alterstypischen Vulnerabilität

(z.B. wegen Auftreten von **Komplikationen, Folgeerkrankungen, Gefahr der Chronifizierung**,

Gefahr des **Verlustes der Autonomie** und Verschlechterung des Selbsthilfestatus)

(Pressemitteilung v. 31.01.2007 der BAG, DGGeriatric, DGGG)



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Definition Palliativmedizin

WHO 2002/DGP 2003

(lat. pallium: Mantel, palliare: mit Mantel bedecken, synonym „wärmen, lindern“)

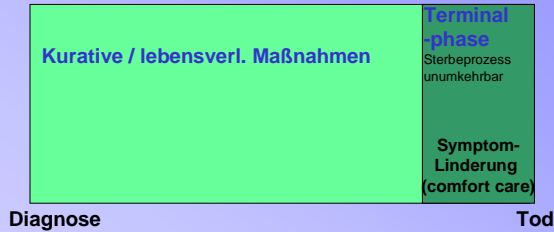
Konzept der Palliativen Medizin leitet sich ab aus dem Konzept der „Palliative Care“:

- ⇒ aktive ganzheitliche Versorgung von Patienten, **deren Krankheit auf eine kurative Behandlung nicht mehr anspricht**
- ⇒ Im Vordergrund: **Schmerz- und Symptommanagement** sowie die Begleitung von **psychischen, sozialen und spirituellen** Problemen.
- ⇒ Ziel ist größtmögliche Lebensqualität für Patienten u. Angehörige.



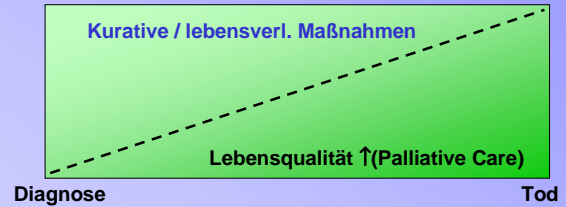
Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Palliativmedizin: alte Vorstellung



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Kurative und palliative Medizin



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

„Palliative Versorgung im Alter“

- Hochbetagte sind durch viele Erkrankungen und Krankheitssymptome gleichzeitig belastet (Multimorbidität)
- Sie sind häufig demenziell erkrankt und leiden unter Schmerzen.
- Bedürfnisse können sie oft nicht mehr allgemein verständlich formulieren, da sie sind zu krank, zu schwach, zu müde oder zu verwirrt sind, um sich verständlich mitteilen zu können.

Kunz, R. 2003

Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Die fünf Geriatrischen „I“s

- Instabilität
- Immobilität
- Intellektuelle Reduktion
- Inkontinenz
- Iatrogene Störungen

Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Palliative Geriatrie

Erkrankungen alter Menschen im Pflegeheim – SINTEF-Rapport 6/2003, Bergen, Norwegen

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| • Herz-Kreislauf-System | (87%) |
| • Demenz | (77%) |
| • Muskuloskeletale Erkrankungen | (76%) |
| • Neurologische Erkrankungen | (70%) |
| • Schmerz | (62%) |
| • Psychiatrische Erkrankungen | (60%) |
| • Urolog./gynäkolog. Erkrankungen | (47%) |
| • Gastrointestinale Erkrankungen | (44%) |
| • Tumoren | (27%) |

n. B. Sandgathe-Husebo, in Palliativmedizin, 2006

Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Der nicht-onkologische Palliativpatient in der Altersmedizin (Forschungsbedarf)

- **Charakterisierung und Identifizierung**
 - Kernsymptome, syndromale Konstellationen
 - prognoserelevante Prädiktoren
 - Gesundheitsstatus und Lebensqualität
- **Prävalenz**
- **Probleme**
 - Identifikation der individuellen Bedürfnisse
 - medizinisch, psychosozial, spirituell
 - Deckung des individuellen Hilfsbedarf
- **Versorgungsstruktur**
 - Qualifikation der betreuenden Menschen
 - Hilfsmittel, Pflegemittel, Medikation
 - räumliche Erfordernisse

n. H. Frohnhofen 2007

Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Charlson Comorbidity Index

Abschätzung des operativen Risikos hinsichtlich Komorbidität, optional mit und ohne Alterskorrektur, er ist für onkologische Patienten validiert.

Komorbidität	Punktwert
• Herzinfarkt	1
• Angeborener Herzfehler	1
• Periphere vaskuläre Verschlusskrankheit	1
• Demenz	1
• Gefäßerkrankung des Gehirns	1
• Chronische Lungenerkrankung	1
• Bindegewebskrankung	1
• Ulkuserkrankung	1
• Milde Lebererkrankung	1
• Diabetes mellitus (ohne Folgeerkrankungen)	1
• Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	2
• Halbseitenlähmung	2
• Mittelschwere bis schwere Nierenerkrankung	2
• Solider Zweitumor	2
• Leukämie	2
• Lymphom, Multiples Myelom, ...	2
• Mittelschwere bis schwere Lebererkrankung	3
• Metastasierter, solider Zweitumor	3
• AIDS	6

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 40 (5): 373-383



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Charlson Comorbidity Index

Altersscore Tabelle

Alter	Punktwert
50 – 59	1
60 – 69	2
70 – 79	3
80 – 89	4
90 – 99	5

Gesamtpunktwert (Komorbidität + Alter):

Zur vereinfachten Beschreibung der Erkrankungen der Patienten schlagen Mary Charlson et al. eine Einteilung in vier Krankheitskategorien vor.

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 40 (5): 373-383



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Charlson Comorbidity Index

Einteilung der Komorbidität in vier Krankheitsgrade

Charlson Index Punktwert (ohne Alter):	0	1-2	3-4	≥ 5
Komorbiditätsgrad	1	2	3	4
Einteilung der Komorbidität in vier Krankheitsstufen	Keine Zweiterkrankung	Leichte – mäßige Erkrankungen	Mittel – schwer erkrankt	Sehr schwer erkrankt

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 40 (5): 373-383



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Untersuchung zur Prävalenz und Symptomkonstellation einer palliativen Situation bei Patienten einer geriatrischen Klinik

Essener Kriterien (nach H. Frohnhofen 2007):

1. Irreversible Bettlägerigkeit
2. Irreversibler Verlust der Funktionalität
3. Tagesschläfrigkeit

=> Klinischer Eindruck im Team (Globalurteil) aus 4 Akutgeriatrien

Häufige Symptome als Semiquantitative Erfassung (0 bis +++):

-Schmerz - Dyspnoe - Übelkeit - Erbrechen

- Obstipation - Diarrhoe - Wunden

Schmerz > Dyspnoe > Anorexie > Schlaflosigkeit > Verwirrung > Depression > Obstipation > Erbrechen
(n. Seale&Cartwright 1994)



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Häufigkeit des klinischen Bildes einer terminalen Lebensphase und Assoziation mit dem Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben

- Risiko im Krankenhaus zu versterben war mit dem klinischen Globalurteil (RR 3,1 bzw. 2,7), einer **Herzinsuffizienz** (RR 2,2 bzw. 2,1) und einer **Demenz** (RR 2,0 bzw. 1,8) assoziiert.
- **Lebensalter, Wohnen im Heim und Barthel-Index** bei Klinikaufnahme waren **ohne** relevanten Einfluss.
- Das klinische Konstrukt einer terminalen Lebensphase ist in seiner Häufigkeit bei geriatrischen Klinikpatienten **vom Aufnahmeverhalten** der Klinik abhängig und schwankt zwischen 9% und 30%.
- Bei bisher fehlenden verlässlichen Beurteilungskriterien verfügt dieses klinische Konstrukt angesichts der in zwei Kliniken unabhängig voneinander gefundenen Assoziation mit einer erhöhten stationären Sterblichkeit über eine gewisse externe Validität



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

H. Frohnhofen 2011, ZFGG (im Druck)

Palliative Geriatrie

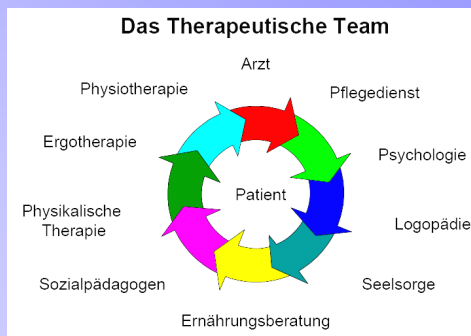
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Berlin (www.palliative-geriatrie.de)

- Die Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein beschwerdearmes und würdiges Leben zu ermöglichen.
- Schmerzen, belastende körperliche Symptome und soziale / seelische Nöte sollen gelindert werden.
- Die Wünsche und Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender stehen im Mittelpunkt.



Dr. Oth. Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Das Herzstück geriatrischen Handelns...



Campbell L.J., Cole K.D.
Geriatric assessment
Worms
Clin Geriatr Med. 1987
Feb;3(1):99-110. Review.



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Ethische Prinzipien bei der Entscheidungsfindung / ethisches Handeln

1. Prinzip des **Wohl-Tuns**

- Prinzipien bilden allgemeine ethische Orientierung
- Sie sind nicht hierarchisch gegliedert, sondern müssen im Konfliktfall gewichtet und interpretiert werden (z.B. Schaden-Nutzen; Fürsorge-Autonomie)

2. Prinzip des **Nicht-Schadens**

3. Prinzip der **Autonomie/Selbstbestimmung**

- Aufklärung/Einwilligung
- Berücksichtigung der Wünsche, Ziele, Wertvorstellung



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Pflege und Betreuung lebendig gestalten

- Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug, aber nicht Eintönigkeit
=> individuelle Angebote, angepasst an die aktuelle Verfassung.
- Alle Mitarbeiter des geriatrischen Teams sind daran beteiligt.
- **Angehörige und Nahestehende einbeziehen und begleiten**



- => wichtige Partner in der Pflege und Betreuung
- => bes. in der letzten Lebensphase.
- => brauchen aber auch Trost und Unterstützung.



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Schmerzen und belastende Symptome lindern

- Anspruch einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung soll Schmerzen und belastende Symptome lindern oder beseitigen
- bis vor wenigen Jahren richtete sich palliative Behandlung fast ausschließlich an Tumorkranken; jedoch Wunsch nach Schmerzlinderung steht bei allen Betroffenen an oberster Stelle.

Psychologisch und seelsorgerisch begleiten

- Nicht jedes Leid oder jeder Schmerz hat immer körperliche Ursachen.
- Psychische und seelische Nöte wie z.B. Depressionen, Einsamkeit und Resignation erfordern Zuwendung und Verständnis.



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Demenzkranke begleiten



- Hoher Anteil von Demenzkranken auch in der Palliativen Geriatrie
=> spezielles Wissen und Erfahrung für Beobachtung und Erfassung von Schmerzen bei Demenz nötig.
=> außerdem bei Demenz **geringer werdende Möglichkeiten**, zusätzliche Belastungen **zu kompensieren**.
- Grundhaltung, die das Selbstwertgefühl betont, erhält das „Ich“
=> Förderung sozialer Aktivitäten, Erhalt der Kommunikationsfähigkeit, Milieugestaltung u. geeignete Ernährung (PEG-Sonde?).



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Sterbende begleiten

- Sterbebegleitung beginnt nicht erst, wenn der Tod an die Tür klopft. Der Übergang vom Sterben in den Tod muss würdevoll geschehen.
- Begleitung im Abschiednehmen für den Sterbenden und die Nahestehenden.

=> Interdisziplinäres Denken und Handeln

- die komplexe Problematik und die sich rasch ändernden physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten u. Angehörigen macht die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen mit ihren Kompetenzen im interdisziplinären Team erforderlich.
=> gemeinsame Ziele und Teamidentität stehen im Vordergrund



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MGH 2011

Symptomerfassung

(Beobachten, Hinhören, Nachfragen)

Der Patient / der Angehörige

- Was weiß er? Was fühlt er?
- Wer und Was ist ihm wichtig?
- Ängste, Zweifel, Hoffnungen?

z.B. auch

Schmerzermassung bei Demenz ...
(u.a. ZOPA, BESD)



Therapie von Schmerzen und anderen körperlichen und seelischen Symptomen

Alles, was diesem Ziel dient, darf gemacht werden,
auch unter Inkaufnahme der Lebensverlängerung



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

„Die Annahme, dass, wer nicht richtig denken kann, auch nicht richtig leidet, ist ein weit verbreiteter Irrtum“

M. Kojer



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Palliativversorgung: Schmerztherapie

Nach Schenkelhalsfraktur erhalten *nicht-demente alte Menschen* 3x soviel Morphiumäquivalent wie *demente alte Menschen*

(Morrison R.S., Siu A.L., Pain Symptom Management 2000; 19:240-248)

Über 80-Jährige bekommen um 1/3 weniger Opiate als Jüngere

(Bernabei et al. JAMA 1998)



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Verhungern und verdursten lassen?

Hauptmotivation von Angehörigen und Ärzten für die PEG-Anlage: Sorge, den Patienten „verhungern und verdursten“ zu lassen
Callahan et al., 1999; van Rosendaal et al., 1999

Fehlwahrnehmung der Bedeutung von eingeschränkter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme: Durch den Verzicht auf die PEG bei Demenzpatienten tritt kein hohes Maß an Beschwerden auf
Pasman et al., 2005

Fehlwahrnehmung möglicher Alternativen: Verzicht auf PEG bedeutet nicht Verzicht auf jegliche Ernährung. Alternative:

- Fortführung der oralen Ernährung
 - Verbesserung der Umgebungsumstände
- Morley 1994; Gillick 2000; Post 2001; Shermann 2003



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Unter welchen Voraussetzungen soll man eine PEG anlegen?

Der Patient kann auf natürlichem Wege nicht ausreichend Nahrung bzw. Flüssigkeit zu sich nehmen

Der Patient hat keine Kontraindikationen

Der Patient profitiert von der Maßnahme

Der Patient (Vertreter, Betreuer) ist einverstanden



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Lebensqualität?

- Hunger und Durst sind durch geringe Flüssigkeitsmengen, Eisstückchen, Mundpflege verbesserbar
- PEG ermöglicht keine sinnliche Geschmackserfahrung!
- Oft Fixierung bei PEG-versorgten Demenzpatienten erforderlich



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Leitlinien der DGG und DGEM

(Volkert et al: Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation 2004)

- Orale Supplemente oder Sondenernährung führen bei dementen Patienten zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes. Obwohl Auswirkungen einer Ernährungstherapie auf die Überlebenszeit und funktionelle Parameter bislang nicht adäquat untersucht sind, werden orale Supplemente bei Demenzkranken in frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen.
- Die Entscheidung für Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz bleibt eine **Einzelfallentscheidung**.
- Für final demente Patienten wird Sondenernährung nicht empfohlen.



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Ängste der Patienten / der Angehörigen

Angst vor

- einem qualvollen Sterben
- dem Verlust der Selbstbestimmung
- dem Ausgeliefertsein an Maschinen
- einem Verlust der Würde
- Alleingelassen sein
- zur Last für andere werden



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Patientenverfügung



=> Was ich alles irgendwann einmal **nicht** will

Was man alles nicht möchte	Was man möchte
Keine Lebensverlängerung	Keine Schmerzen
Keine Wiederbelebung	Keine Übelkeit,
Keine intensivmedizinische Behandlung	kein Erbrechen,
Keine künstliche Ernährung	keine Luftnot
Keine Antibiose...
	Vertrauen können...



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Können beim sterbenden Menschen unnötige Belastungen vermieden werden?

- Unvoreingenommene Erfassung
- Ist der Patient ein Sterbender?
 - Was sind seine Bedürfnisse?
 - Was sind seine Symptome?
 - Physisch
 - Psychisch
 - Sozial
 - Spirituell

...haben wir alles gelassen, was man weglassen kann?



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Palliativ-Versorgung

Artikel 1 Grundgesetz:

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Leben in Würde!

Sterben in Würde!



Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Palliativ-Versorgung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Pflege-CHARTA

Pflege-Charta

- **Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe**
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.
- **Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit u Sicherheit**
... das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.
- **Artikel 3: Privatheit**
... das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.
- **Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung**
... das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.



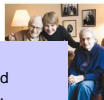
Dr.Orth, Klinik für Geriatrie, MKH 2011

Palliativ-Versorgung

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

PflegeCHARTA
Pflegezeit im Lebenslauf

Pflege-Charta



- **Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung**

... das Recht, auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

- **Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft**

... das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

- **Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung**

... das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

- **Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod**

... das Recht, in Würde zu sterben



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011

Die Charta wird erstellt/überarbeitet von Pflegefachpersonen im Austausch mit Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, Pflegekräften, Politikern und Juristen.

061-5149
www.pflegecharta.de

Nicht dem Leben Jahre geben,
sondern den Jahren Leben geben...



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Dr. Orth, Klinik für Geriatrie, MKH, 2011