

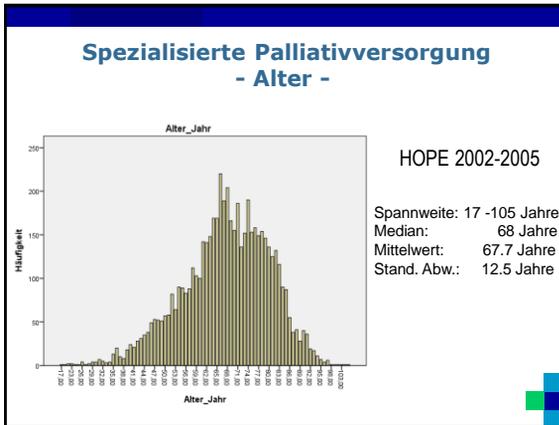
Ist Palliativmedizin die bessere Geriatrie?





Ist Palliativmedizin die bessere Geriatrie?

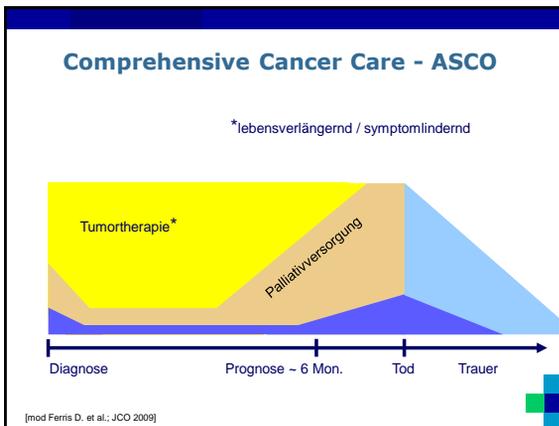
Ja, bedingt



PM: Definition

„**Ansatz** zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“

[WHO 2002]



Palliativmedizin - Wann?

VOLUME 30 • NUMBER 6 • MARCH 10 2012
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ASCO SPECIAL ARTICLE

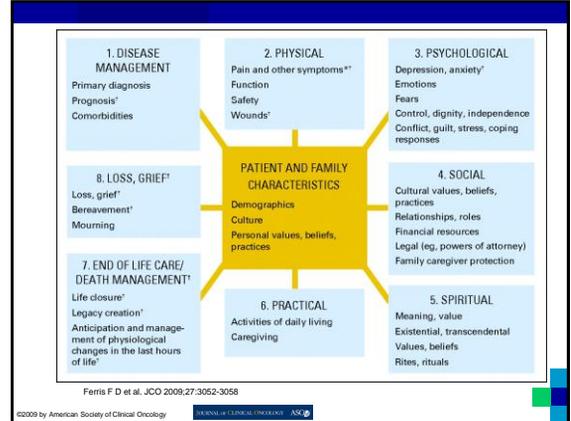
American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

Thomas J. Smith, Sarah Terzian, Erin R. Alavi, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Lonsdale, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stovall, and Jamie H. Von Roenn

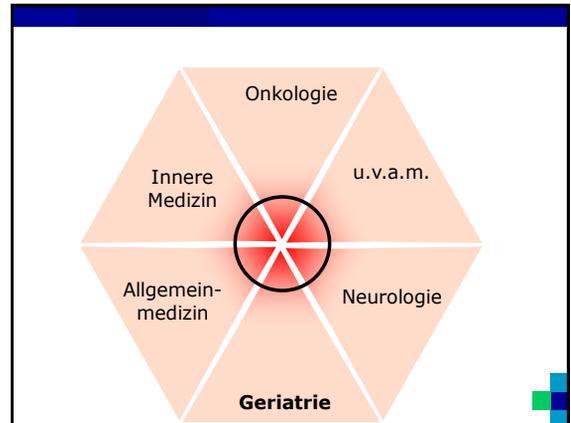
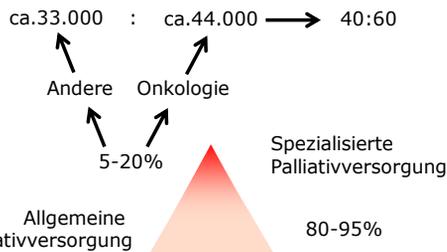
„... combined standard oncology care and palliative care should be considered early in the course of illness for any patient with metastatic cancer and/or high symptom burden.“

Palliativmedizinischer Dienst

Ein- im Idealfall- multiprofessionelles Team, das die Erfahrungen der Palliativmedizin auf allen Stationen eines Akutkrankenhauses umsetzt.



Allgemeine ↔ Spezialisierte Palliativversorgung



Bedarf PM: Mögliche Indikatoren

Liegt eine fortschreitende, die Lebenserwartung einschränkende Erkrankung vor?
Wären Sie überrascht, wenn der Patient in den nächsten 6-12 Monaten verstirbt?

- ECOG 3/4
- Gewichtsverlust von 10% in den letzten 6 Monaten
- ≥ 2 ungeplante stationäre Aufnahmen in den letzten 6 Monaten
- Patient in Pflegeeinrichtung oder hat Bedarf für mehr Pflege zu Hause

CPD:

FEV1 <30, VK <60%
Indikation für O2 Dauer-
Therapie - paO2 <60mmHg
Atemnot in Ruhe
Persistierende Symptome
trotz opt. Behandlung
BMI < 21
Symptomatische Herz-
insuffizienz

Herzinsuffizienz

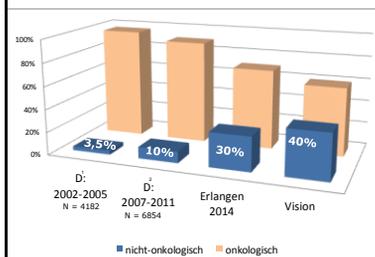
NYHA IV, schwere Klappen-
Fehler, ausgepr. KHK
Atemnot / Angina in Ruhe
Refraktäre Symptome
Niereninsuffizienz
(eGFR <30 ml/ min)
Syst. RR <100 mmHg u/o
Puls >100
Kardiale Kachexie

Demenz:

Unfähigkeit sich an-
zuziehen, zu gehen und
ohne Unterstützung
zu essen
Ernährung über PEG
Rez. Infektionen
Aspirationspneumonie
Urin / Stuhl Inkontinenz

[Boyd K et al.; BMJ 2011; Murray SA et al. BMJ 2005]

Nicht-Onkologische Erkrankungen in der stationären Palliativversorgung



[Ostgathe et al., Palliative Medicine 2011; Hess S, Ostgathe et al., EJIM 2014]

Nicht-Onkologisch - vs. Onkologisch in Deutschland - HOPE 2002-2005

	Nicht-Tumor N=147	Tumor N=4035	Unterschied
Schmerz	49,0%	55,8%	
Luftnot	40,0%	29,0%	0,004
Schwäche	92,3%	84,5%	0,011
Appetitverlust	55,5%	67,9%	0,002
ATL	90,3%	72,8%	<0,001
Depression	35,9%	33,8%	
Angst	45,9%	39,8%	
Desorientiertheit/Verwirrtheit	32,1%	17,2%	<0,001
Bedarf an sozialer Unterstützung	55,4%	49,4%	
Überforderung der Familie	59,4%	56,6%	

[Ostgathe C et al.; Pall Med 2011]

Nicht-Onkologisch - vs. Onkologisch in Deutschland - HOPE 2002-2005

	Nicht-Tumor (n = 147)	Tumor (n =4035)	p
Geschlecht			
Weiblich	62,6%	51,1%	0,016
Alter (\bar{x} ; SD)	75 J. (13,8)	67,4 J. (12,4)	<0,001
ECOG (\bar{x} ; SD)	3,24 (1,3)	2,89 (1,25)	0,001
ECOG 3 or 4	85,0%	75,3%	0,009
Liegedauer	10,2 T.	12,7 T.	0,008
Verstorben	57,2%	44,9%	0,004

[Ostgathe C et al.; Pall Med 2011]

Aufnahme nicht-onkologischer Patienten in die spezialisierte Palliativversorgung

- schwer vorhersagbare Prognose
- fehlende Expertise in den Einrichtungen
- hohe „theoretische“ Patientenzahlen
- eingeschränkte Ressourcen

[O'Leary et al., Palliative Medicine 2008]

- fehlendes Bewusstsein der Einweisenden
- palliativmedizinischer Bedarf wird zu spät erkannt

[Ostgathe C et al., Palliative Medicine 2011]

Diagnosen jenseits der Onkologie

N = 6854, HOPE 2007-2011

	n	%	Vergleich zu 2002-2005
Herz-Kreislauf-System (Herzinsuffizienz, KHK)	149	2,2%	x 3
Nervensystem (z.B. ALS, MS, Demenz)	116	1,7%	x 1,6
Lunge (COPD)	80	1,2%	x 3,8
Verdauungstrakt	80	1,2%	x 4
Symptome / abnorme Befunde	75	1,1%	n.a.
Urogenital-System	33	0,5%	x 2
Blutbildendes System	27	0,4%	x 1,8
Endokrin / Metabolisch	26	0,4%	n.a.
Infektion	21	0,4%	n.a.
Bewegungsapparat	21	0,4%	x 1,1
Sonstige	51	0,8%	x 1,8

[Hess S, Ostgathe et al., EJM 2014]

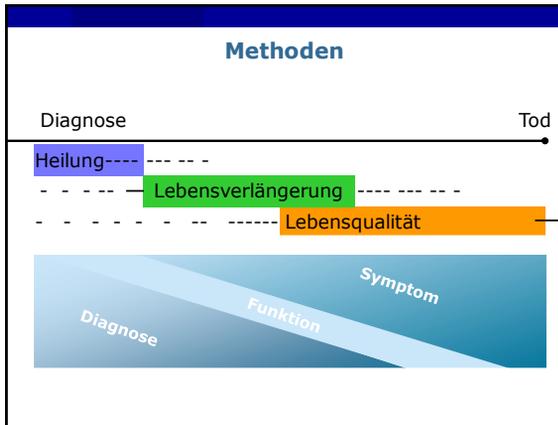
Weitere relevante Probleme

- höhere Wahrscheinlichkeit nicht am gewünschten Ort zu versterben¹
- Gesteigerter Todeswunsch häufiger (DhD)²
- Hohe Symptomlast³

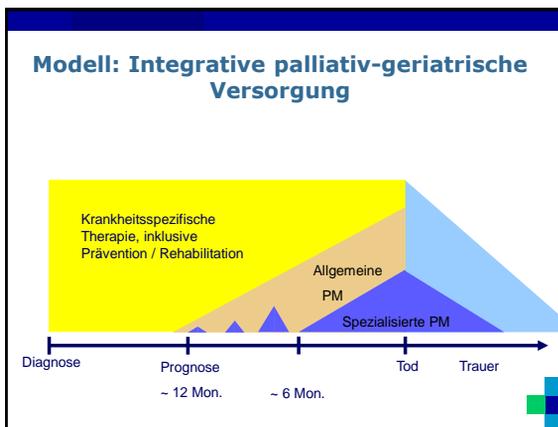
¹Billingham M BMJ Supp Pall Care 2013; ; ²Price A et al.; BMJ Supp Pall Care 2011 ³Ostgathe et al., Pall Med 2010]

Therapieziele





- ### Elemente der Palliativmedizin
- Symptomkontrolle
 - Koordinierte Versorgung
 - Kommunikation und Entscheidungsfindung
 - Psychologische, soziale und spirituelle Aspekte
 - Multiprofessionalität und Interdisziplinarität



Teamwork !

- ### Chancen für die Zukunft 1
- Weitere Ebene der Versorgung – Shared Care:
→ ergänzen nicht ersetzen!
 - Voneinander lernen: → Enabling not deskilling!
 - Stärkere Integration der Palliativmedizin in Weiterbildung Geriatrie
 - Verbesserung der Kompetenz von Palliativmedizinern in der Behandlung von geriatrischen Patienten

- ### Chancen für die Zukunft 2
- Palliative Care Kompetenz in den Einrichtungen der Altenhilfe
 - Palliativberatung / ACP