

Expertenforum des KCG Palliativversorgung in Deutschland

Palliation oder Rehabilitation bei geriatrischen Patienten im Krankenhaus – Welche Komplexbehandlung für welchen Patienten?

Martin Warnach,
Evangelisches Johannesstift, Wichernkrankenhaus gGmbH, Berlin



Ev. Johannesstift - Wichernkrankenhaus gGmbH - Fachkrankenhaus für Innere Medizin/Geriatrie (§109)

- **106 Betten/plätze** – 96 vollstationär, 10 teilstationär – Akutgeriatrie
- Einrichtung der **Mobilen geriatrischen Rehabilitation**
- eingebettet in das **Geriatrische Zentrum des Ev. Johannesstifts mit differenzierter Versorgung der Altenhilfe**

Geriatrisches Zentrum Evangelisches Johannesstift

Palliativversorgung älterer Menschen

Netz zur Palliativversorgung seit 2009 entwickelt:

- **Ambulantes Johannes-Hospiz e.V. 2001;**
- **Stationäres Hospiz mit 14 Plätzen (Simeon-Hospiz) Ende 2010;**
- **Amb. Pflegedienst mit SAPV – Kooperation mit Palliativ-Ärzten;**
- **Wichernkrankenhaus – Palliativmedizinische Einheit ab Ende 2010;**
- **Kurzzeitpflege mit Palliativ-Care (SAPV-Leistungen vor Ort – 2013).**

1. **„Allgemeiner“ Palliativ-Care-Bedarf im Krankenhaus**
2. **Rehabilitative und palliativmedizinische Behandlung geriatrischer Patienten – Kriterien für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung**
3. **Rehabilitative Elemente im Rahmen der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung**
4. **Zusammenfassung und Ausblick**

Wichernkrankenhaus gGmbH – Fachkrankenhaus für Innere Medizin/Geriatrie (§109)

Einheit für Palliativmedizinische Geriatrie

- Definiertes Bereich auf einer Station für die spezielle Palliativversorgung (Komplex-Behandlung);
- 7 Betten maximal, durchschnittl. 5 Betten in 1-Bett- und 2-Bett-Zimmer belegt;
- Kern-Team mit gesonderter Teamsitzung;
- Assessment nach HOPE (Hospiz- und Palliativ-Erhebung);
- Enge Kooperation mit Homecare-Ärzten/ Palliativmedizinern und komplementären Palliativeinrichtungen.

Kernteam der Palliativ-Einheit

- Ärzte – 2 Palliativmediziner
- 4 Pflegefachschwestern mit WB Palliativ-Care (160-Std.)
- 2 Physiotherapeutinnen und 1 Ergotherapeutin mit WB in Palliativversorgung (40-Std.)
- Psychologin/Psychotherapeutin
- Überleitungspflege/Entlassungsmanagerin
- Seelsorge

-
- Logopädin, Ernährungsberaterin, Musiktherapeut,
 - Ehrenamtliche

Patienten 2011 – 2014: Gesamt / Komplex-palliativmedizinisch Behandelte

Patienten 2011 – 2014	Gesamt	Komplex-Palliativ
Anzahl (stationär)	7093	330
Alter Ø	79,6	77,3
W / M %	65,1 / 34,9	57,6 / 42,4
Barthel A Ø	42,9	38,7
MMSE	22,6	22,7
OPS	8-550.1 /8-550.2 74 %	8-982.- 4,7 %
Verstorben	392 (5,5%)	88 (1,2%)

Patienten 2011 – 2014: Gesamt / Komplex-palliativmedizinisch Behandelte

- In der Palliativeinheit verstarben 26,7% der dort behandelten Patienten.
- Die Verstorbenen der Palliativeinheit = 22,4% aller Verstorbenen.
- Die größere Gruppe der Verstorbenen wurde außerhalb der Palliativeinheit behandelt.

Es geht also um:

1. geriatrische Rehabilitationspatienten,
2. geriatrische Palliativpatienten für eine palliative Komplexbehandlung,
3. geriatrische Patienten mit einem (nicht näher definierten) Palliative-Care-Bedarf.

Geriatrische Patienten mit einem „allgemeinen“ Palliativ-Care-Bedarf im Krankenhaus

Die (außerhalb der Palliativeinheit) verstorbenen Patienten (N=304):

- ca. 10 % versterben plötzlich im Rahmen eines Akutereignisses;
- weitere ca. 20 % versterben an gravierender **Akuterkrankung** (Herzinfarkt, septisches Fieber, u.a.), sie wünschen Behandlung, aber keine Intensivstation;
- die wesentliche Gruppe: Einstellung aller Therapie > Patienten mit **Palliativ-Care-Bedarf** > „**allgemeine**“ Palliativversorgung.

„Allgemeinen Palliativversorgung“ beinhaltet vor allem:

- > interdisziplinäre Schmerz- und Symptombehandlung;
- > psychosoziale und spirituelle Versorgung und Sterbebegleitung;

d.h. Elemente der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung und „Palliativ-Care“ durch andere Berufsgruppen – individuell an die Situation des Patienten angepasst .

Geriatrische Patienten mit einem „allgemeinen“ Palliativ-Care-Bedarf im Krankenhaus

Wesentlicher Ansatz → Fortbildung:

Für Ärzte: Schmerztherapie, Symptombehandlung und weiteren Aspekte der Palliativmedizin.

Interdisziplinäres 40-Stunden-Curriculum: “Palliativversorgung und Hospizkultur im Wichernkrankenhaus” – Gemeinsam mit Wannsee-Schule e.V. (FB- und WB-Akademie incl. Zertifizierung);

- Pflichtfortbildung für alle Mitarbeiter/innen in der patientennahen Versorgung;
- Jedes Jahr ein Kurs – Ziel: mindestens 70 % aller Mitarbeiter/innen.

Verfahrensregelungen und Standards z.B. :

Pflegestandard: Der Sterbende Patient,

Interdisziplinärer Standard: Der Verstorbene Patient.

Geriatrische Patienten mit einem „allgemeinen“ Palliativ-Care-Bedarf im Krankenhaus

Bei dieser heterogenen Gruppe der geriatrischen Patienten ist der Bedarf an „Allgemeiner“ Palliativ-Care konzeptionell schwierig zu fassen. Wünschenswert ist eine Konzeption für diese Patienten, die über Handlungsanweisungen hinausgeht und ein strukturiertes Vorgehen formuliert.

„Allgemeine“ Palliativ-Care und spezielle Palliativ-Care/
Palliativmedizinische Komplexbehandlung sind zwei Säulen der geriatrischen Krankenhausbehandlung. Trotz fließender Übergänge sollte beides getrennt gesehen und organisiert werden.

2. Rehabilitative und palliativmedizinische Behandlung geriatrischer Patienten – Kriterien für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Geriatrische Patienten zwischen Rehabilitation und Palliation

Gemeinsamkeiten mit sehr unterschiedlicher Gewichtung:

- **Begrenzte Lebenserwartung**, (relative) „Todesnähe“ –
beim Palliativpatienten höhere Bedrohlichkeit der Erkrankung;
- Erreichen möglichst **guter, anhaltender Stabilität**, – was aber beim
Palliativpatienten noch eingeschränkter möglich ist;
- **Die Symptomlast unterscheidet sich eher graduell**; sie steht beim
Palliativpatienten in der Regel im Vordergrund;

Geriatrische Patienten zwischen Rehabilitation und Palliation

- Für den geriatrischen Rehabilitationspatienten kann eine **positive Rehabilitationsprognose** mit Erreichen von alltagsrelevanten Zielen gestellt werden;
- Bei beidem geht es um **Verbesserung und Erhalt von Lebensqualität** - mit unterschiedlichem Focus:

Rehabilitation: Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Aktivitäten und soziale Teilhabe;

Palliation: Symptomlinderung/-freiheit, Selbstbestimmung, Würde in der letzten Lebensphase - aber auch Selbständigkeit, Teilhabe soweit wie möglich.

Early palliative Care – Konzept der Palliativmedizin - Borasio, 2009

Definition WHO

- „Palliativmedizin [...] dient der **Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien**, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

WHO, 2002

Early palliative care – Konzept der Palliativmedizin: Borasio, 2009

Palliativmedizin: alte Vorstellung



Palliativmedizin: neue Vorstellung



Early palliative care

J. S. Temel et.al

Effect of early palliative care (PC) on quality of life (QOL), aggressive care at the end-of-life (EOL), and survival in stage IV NSCLC patients: Results of a phase III randomized trial. (J Clin Oncol 28:15s, 2010 (suppl; abstr 7509)

Conclusions: Early palliative care in patients with newly diagnosed metastatic **Non-small-cell lung carcinoma (NSCLC)** led to significant improvements in both mood and quality of life. Patients receiving early palliative care experienced less aggressive care at the end of life, yet prolonged survival (> 3 month), compared with standard oncology care patients.

Frühzeitige palliative Versorgung führte bei Patienten mit nichtkleinzelligem Stadium IV Lungenkarzinom zu:

- **bessere psychischen Verfassung und bessere Lebensqualität;**
- **weniger aggressive Therapie am Ende des Lebens;**
- **dabei eine längere Lebenszeit von fast 3 Monaten.**

Wo verorten wir die palliativmedizinische Komplexbehandlung ?

Palliativmedizin: neue Vorstellung



Kriterien für eine palliativmedizinische Komplexbehandlung geriatrischer Patienten

1. Geriatrischer Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung (sie wird voraussichtlich in einem umschriebenen Zeitraum zum Tode führen);
2. Erhebliche Symptomlast und Leidensdruck ;
3. Patient (und Angehörige) hat Benefit durch spezielle palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung;
4. Weitgehender Konsens mit dem Patienten (i.d.R. auch mit den Angehörigen, Betreuer), dass er palliativmedizinisch versorgt werden soll;
5. Ressourcen eines Krankenhauses und spezialisierten multiprofessionellen Behandlungsteams sind notwendig.

Rehabilitative oder Palliativmedizinische Komplexbehandlung ? 2 Fallbeispiele :

1. Frau B., 78 J.: COPD IV mit Zustand nach Pneumonie (NIV), Pulmonale Hypertonie, Rechtsherzinsuffizienz, Anasarka. 3 x stationär in 1 Jahr.

Dyspnoe + nachts Angstattacken; Gewichtsverlust, Appetit reduziert; Osteoporose-schmerz; kaum belastbar; BMI 22, MMSE 22, Barthel A 30 P – Transfer mit Hilfe.

Patientenziele: vor allem Besserung/Stabilisierung Dyspnoe und Angst, Rückkehr nach Hause, Laufen zum WC. Die Wohnung verlassen wird als unrealistisch angesehen (14 Stufen).

2. Frau C., 86 J.: Aufnahme bei Zustand nach Pneumonie, Hemicolektomie bei Colon CA vor 1,5 Jahren, jetzt 1 Metastase (Leber); TAA mit Hypotonie Niereninsuff.III; Diab.mell.;

Aktuell: noch Atemnot, Übelkeit, Mangelernähr. >Gewichtsverlust 4 kg/3 Mon.; mittelgradige Schmerzen; Barthel A 30 P – Transfer z.Zt. nur mit Hilfsperson.

Patientenziele: keine Atemnot, Besserung abdominellen Symptome, keine Schmerzen. Mobilität in Wohnung/Toilettengang, Kontinenz selbstständig.

Rehabilitative oder Palliativmedizinische Komplexbehandlung ? 2 Fallbeispiele :

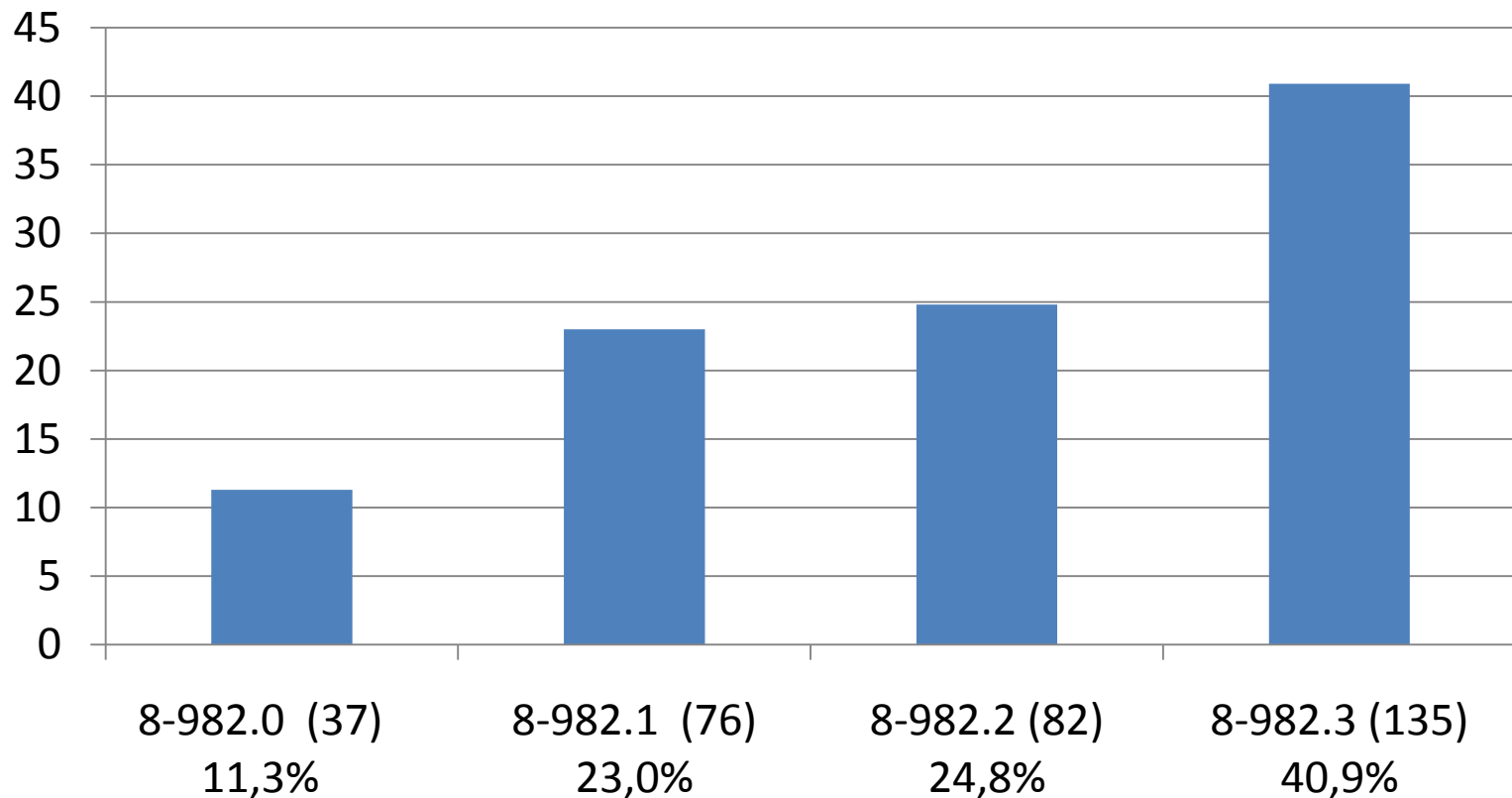
Frau B. und Frau C. – ausgeprägte Multimorbidität:

- **Fortgeschrittene Erkrankungen** mit deutlich begrenzter Prognose.
- Funktioneller Status nach Barthel ähnlich beeinträchtigt; Bei beiden **Wunsch nach Rückkehr in eigene Wohnung**, wofür Verbesserung vor allem der Mobilität notwendig.
- **Hohe Symptomlast** bei beiden, aber diese ist bei Frau C. komplexer und ausgeprägter.
- Bei Frau C. limitiert der Appetitmangel und Mangelernährung die Möglichkeit der Verbesserung der Mobilität. Sie wird auch in Zukunft wegen der Symptomlast spezielle Versorgung benötigen.
- Frau C. wurde komplex-palliativmedizinisch behandelt; bei einer guten Symptomlinderung erreichte sie eine Verbesserung der Mobilität und wurde mit SAPV nach Hause entlassen.
- Frau B. verbesserte sich im Rahmen einer geriatrischen Komplex-Reha und konnte ebenfalls nach Hause entlassen werden.

3. Rehabilitative Elemente im Rahmen der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung

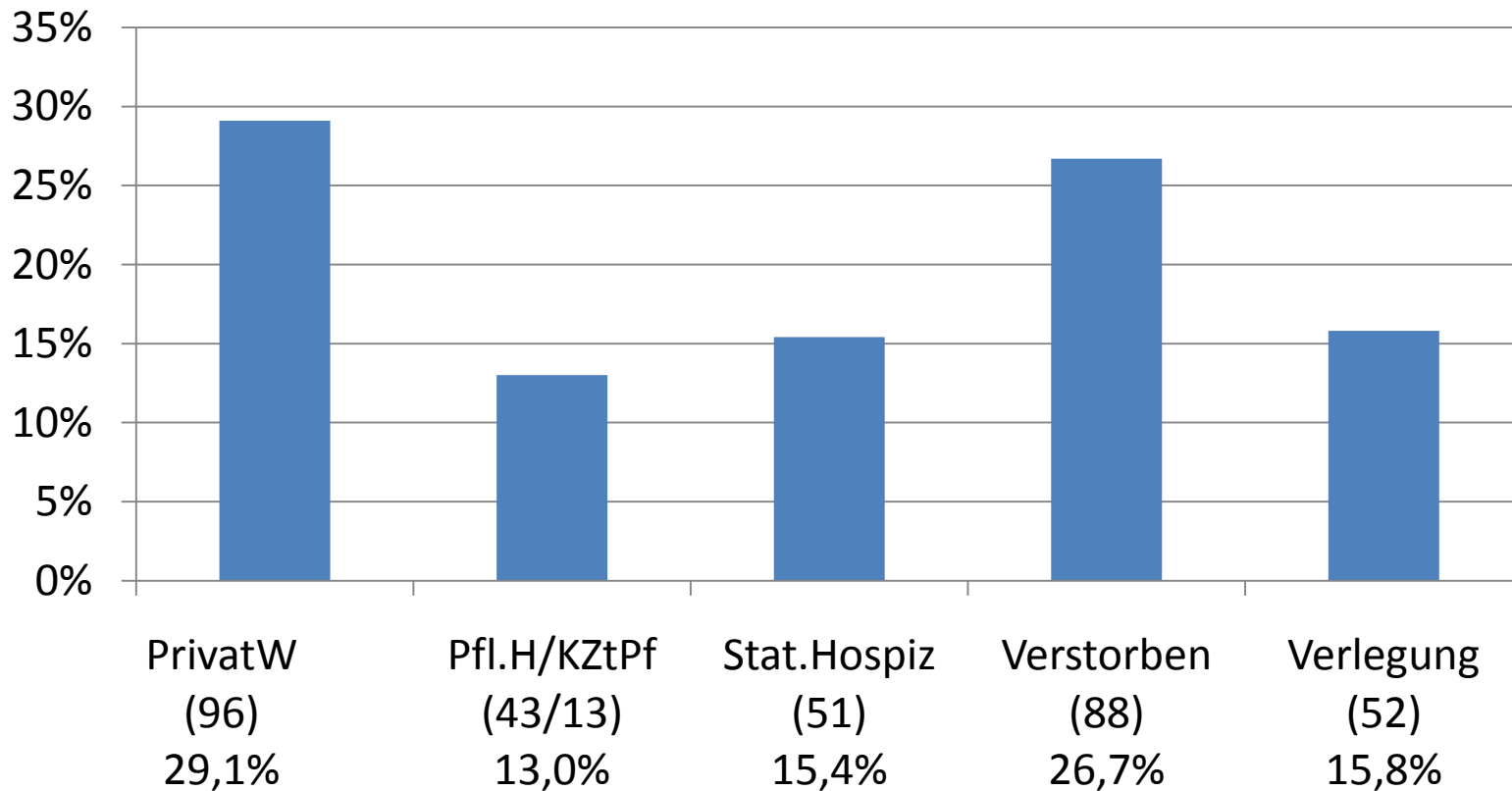
Palliativ-Einheit: OPS 8-982.x-Verteilung

OPS 8-982.x: % (Anzahl) 2011 - 2014 N = 330

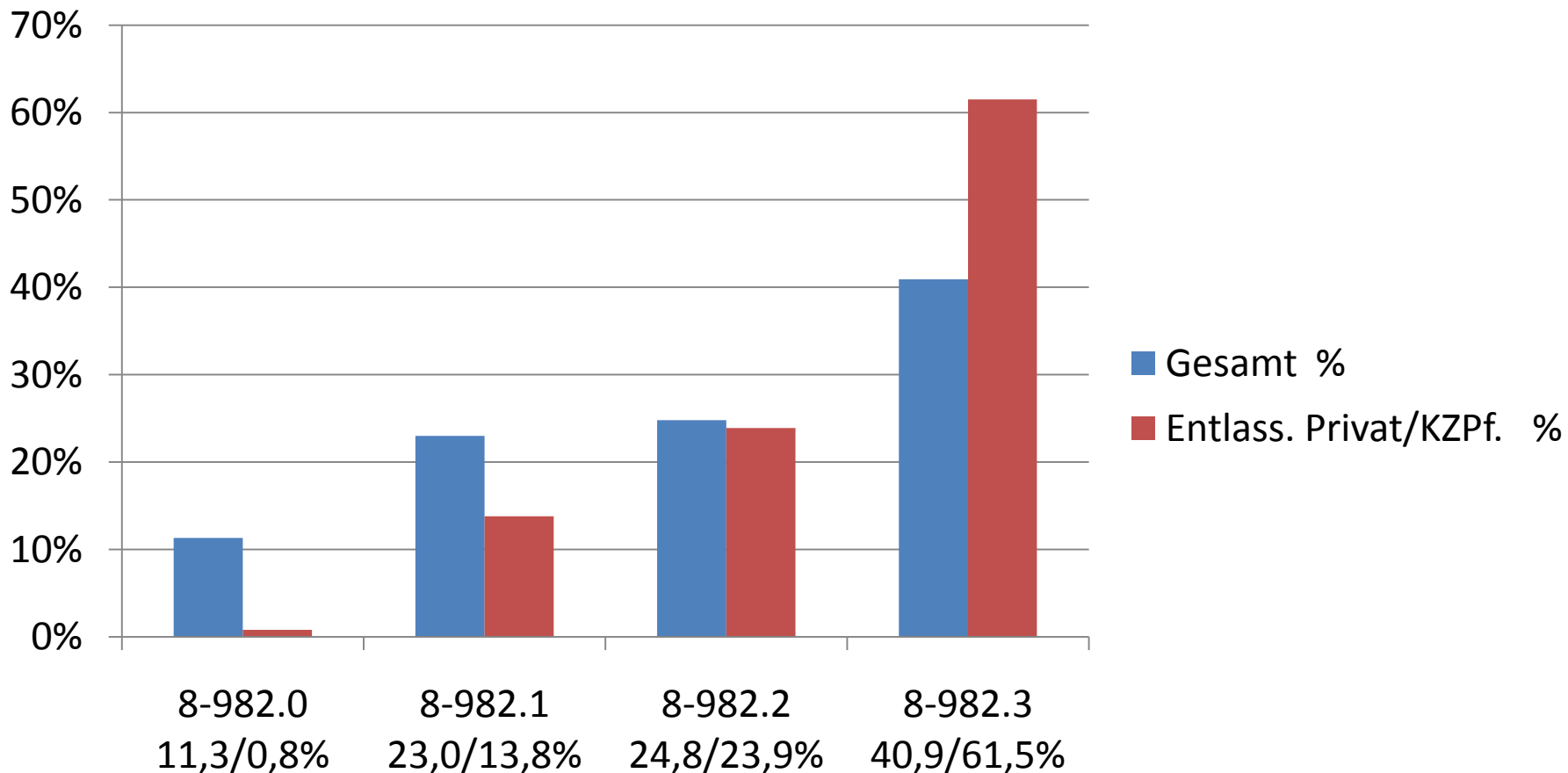


Entlassung aus der Palliativeinheit

Entlassungsart % (Anzahl) 2011 - 2014 N = 330



OPS 8-982.- Gesamtkollektiv / Entlassene in Privatwohnung oder KZt.Pf.



	N	Barthel A	Barthel E	Barthel Diff.	SAPV / Amb. Hospiz %
Privatwohnung	96	52,2	63,3	11,1	54,7 % (52) 30,2 % (29)
Pflegeheim	30	33,5	40,5	7,0	10,0% (3) 0
Kurzzeitpflege	13	40,0	46,5	6,5	23,1% (3) 7,7% (1)
Hospiz	51	32,6	26,9	-5,7	0
Verlegung	52	50,4	54,7	4,3	0
Verstorben	88	22,2	entf.	entf.	0

Bartheldifferenz A/E Entlass. Privatwohnung + KZt-Pflege	Anzahl	%
+ 20 und mehr Punkte	24	22,1
+ 10 bis + 15 Punkte	36	33,0
+ 5 Punkte	16	14,6
0 bis - 30	33	30,3
	109	100,0

55 % der nach Hause oder in KZt.Pf.-Entlassenen erreichten während der Komplex-palliativmedizinischen Behandlung deutliche funktionelle Verbesserungen (> 10 Punkte).

Palliation und Rehabilitation

Oxford Textbook of Palliative Medicine (2011):

“The integration of rehabilitation and palliation may sound unlikely to those who do not regularly participate in the care of patients with palliative or hospice needs. Experienced care providers, however, have long recognized the power of incorporating key elements of rehabilitation medicine into the delivery of comprehensive palliative or hospice care.”

(p. 1503)

Palliation und Rehabilitation

Oxford Textbook of Palliative Medicine (2011):

„Die Integration von Rehabilitation und Palliation mag für diejenigen, die nicht alltäglich mit Palliativversorgung ... beschäftigt sind, widersprüchlich erscheinen. Erfahrene aber wissen schon lange, wie wesentlich es ist, Schlüsselemente der Rehabilitationsmedizin in eine umfassende Palliativ- oder Hospizversorgung zu integrieren.“

(p. 1503)

Rehabilitative Elemente in der Komplex-palliativ-Versorgung

Mobilität:

- Bettfixierung aufheben / passiver Transfer,
- Rollstuhlmobilität, Gehen auf der Ebene,
- Treppensteigen > Wohnung verlassen, >100 m gehen.

Ernährung – Nahrungsaufnahme:

- Adäquate Ernährung und Nahrungsaufnahme (auch bei Kau- und Schluckproblemen).

ADL:

- Selbständiges Essen, Toilette /Toilettenstuhl benutzen.

Bei einzelnen Patienten: Kommunikation.

Entscheidung für eine rehabilitative oder eine palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Die Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation sind seit langem definiert. Insbesondere müssen Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und Zielsetzung mit positiver Prognose gestellt werden können.
- Die Indikation für eine Palliativmedizinische Komplexbehandlung beruht auf der klinischen Einschätzung der Gesamtsituation des Patienten, gestützt
 - auf erweitertes und palliativmed. Assessment mit allen medizinischen, funktionellen, psychosozialen und spirituellen Aspekten;
 - Einschätzung des interdisziplinären Teams;
 - geäußerten (oder mutmaßlichen) Willen des Patienten – i.d.R. unter Beteiligung der Angehörigen.

Entscheidung für palliative Versorgung

- **Die Entscheidung für die palliativmedizinische Komplexbehandlung sollte vor bzw. so früh wie möglich nach der Aufnahme getroffen werden.**
- **Kein Hintereinander: erst Rehabilitation (nach OPS 8-550.-) und dann komplex-palliative Behandlung; Ausnahme: Akutereignis während der Reha führt zu einer palliativen Situation (z.B. desaströser Apoplex bei Hüftfrakturpatienten).**
- **Entscheidung „gegen“ Rehabilitation oder „für“ Palliation heißt nicht, dass Elemente einer rehabilitativen Behandlung ausgeschlossen sind, - vielmehr sind sie gerade mit dem Focus auf die Verbesserung von Lebensqualität ein notwendiger Bestandteil der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung!**

Geriatrische Patienten zwischen Rehabilitation und Palliation 1

	Geriatrischer Patient mit absehbar begrenzter Prognose		Beispiele
1	Geriatrischer Rehabilitations-Patient I	gleichzeitig besteht maligne oder fortgeschrittene, nicht-neoplastische Erkrankung, die letztlich lebenslimitierend – aktuell ohne Behandlungsoption.	Geriatrischer Patient ist mit Hüftfraktur – zugleich Prostata-Karzinom, trotz Hormontherapie in Progression.
2	Geriatrischer Rehabilitations-Patient II	gleichzeitig besteht eine letztlich lebenslimitierende bzw. maligne Erkrankung; Symptomkontrolle nötig , steht aber nicht im Vordergrund .	COPD IV „Frau B.“ – oder: Hauptdiagnose Darmkrebs postoperativ (nicht kurativ), kommt zur Reha mit Ziel Rückkehr nach Hause; gleichzeitige Planung einer Chemotherapie.

Geriatrische Patienten zwischen Rehabilitation und Palliation 2

Geriatrischer Patient zur Reha + Palliativbehandlung		Beispiele	
3	<p>Geriatrischer Palliativpatient I</p> <p>(fortgeschrittenes Stadium)</p>	<p>Hauptziel: Symptomkontrolle (Schmerz, Appetit, Übelkeit u.a.) und rehabilitative Elemente.</p> <p>Zielsetzung: Wiedererlangen größtmöglicher Selbständigkeit.</p>	<p>„Frau C.“ – Patientin mit fortgeschrittenem Darmkrebs, durch Begleiterkrankung in einem erheblich verschlechterten, symptombelasteten Zustand; will wieder nach Hause. „Reha“-elemente individuell auf die Situation und die Prognose angepasst.</p>
4	<p>Geriatrischer Palliativpatient II</p> <p>(Erkrankung, die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird.)</p>	<p>Hauptziel: Symptomkontrolle, Erhalt von Lebensqualität, ggfs. Sterbebegleitung.</p> <p>Eventuell zusätzlich funktionelles Training von Einzelaspekten, z.B. Transfer in Rollstuhl u.a.</p>	<p>Patient mit terminaler Herzinsuffizienz und COPD und ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten oder: fortgeschrittene Tumorerkrankung ohne kurativem Ansatz. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität und die Begleitung in der letzten Lebensphase/ Sterbebegleitung.</p>

	Behandlungselemente	Geriatrisch-rehabilitativ	Symptombehandlung	Psychosoziale/ spirituelle Begleitung	Vermittl. Amb. Hospiz, andere Palliativ-Care
1	Geriatrischer Rehabilitations-Patient I	+++	+	+	(-)
2	Geriatrischer Rehabilitations-Patient II	++	++	++	+
3	Palliativ-Patient I	+ / ++	+++	+++	++
4	Palliativ-Patient II	(-) / (+)	+++	+++	+++

Schlussbemerkung

Geriatrische Patienten mit absehbar schlechter Prognose quoad vitam sollten frühzeitig in Palliative-Care-Angebote eingebunden werden; es ist zu erwarten, dass sie damit eine bessere Lebensqualität erreichen.

Palliativmedizinische Behandlung von geriatrischen Patienten kann rehabilitative Elemente erfolgreich einschließen und damit wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Palliativmedizinische Versorgung stellt eine große Bereicherung für die Arbeit einer geriatrischen Klinik dar; Patienten und Mitarbeiter profitieren gleichermaßen.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

