

Early Palliative Care

Entscheidungen und Vorausplanung beim multimorbiden alten Menschen

Roland Kunz

FMH Allgemeine Innere Medizin, spez. Geriatrie und Palliativmedizin, Stadtspital Zürich, Zürich

In der Behandlung multimorbider alter Menschen stellen sich schwierige Fragen: Wie lange verfolgen wir ein «kuratives» Konzept gemäss krankheitsspezifischen Guidelines und wann ist der richtige Zeitpunkt, auf ein zunehmend palliatives Behandlungskonzept zu wechseln? Wie gestalten wir diesen Wechsel und woran müssen wir denken?

Einleitung

Unsere Lebenserwartung steigt kontinuierlich an, der Anteil hochaltriger Menschen in der Bevölkerung ist in den letzten 25 Jahren um mehr als 50% gestiegen. Ein Hauptgrund dafür ist der Fortschritt der Medizin: Krankheiten, an denen man früher verstorben ist, können heute zu einem kleineren Teil ganz geheilt und in der Mehrzahl der Fälle mindestens so behandelt werden, dass man damit noch lange weiterleben kann. Als

Folge betrifft die Multimorbidität (zwei oder mehr chronische Erkrankungen) über 80% der Menschen über 85 Jahren, viele leiden an fünf und mehr Krankheiten gleichzeitig [1].

Die Behandlung der Multimorbidität fordert uns heraus. Behandeln wir jede einzelne Krankheit Guidelinekonform – unabhängig von der Gesamtsituation – oder setzen wir Prioritäten? Wann ist der Zeitpunkt, über Therapiezieländerungen und -beschränkungen nachzudenken und zu reden? Wann soll Palliative Care als Haltung und Konzept zum Tragen kommen?

Das Verständnis von Palliative Care ist sowohl in der Bevölkerung wie auch bei vielen Fachpersonen weiterhin eingeengt auf das Lebensende, auf Situationen, in denen alle kurativen Anstrengungen versagt haben. Der frühzeitige Einbezug von Palliative Care mit den Zielen, Lebensqualität trotz unheilbarer chronischer Krankheit zu erhalten, Krisensituationen zu antizipieren und Behandlungsgrenzen zu besprechen, ist ein Ansatz, der sich nur zögerlich etabliert. Die WHO hielt 2020 fest: «*Palliative care is most effective when considered early in the course of the illness. Early palliative care not only improves quality of life for patients but also reduces unnecessary hospitalizations and use of health-care services*» [2]. Das Konzept der Early Palliative Care für multimorbide alte Menschen wird im Folgenden dargestellt.



Abbildung 1: Das Konzept des Tandems integriert Palliative Care von Anfang an in die Behandlung chronischer Krankheiten. ACP = Advance Care Planning, LQ = Lebensqualität

Early Palliative Care

Die Integration des Konzeptes von Palliative Care in die Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bedeutet, parallel zur krankheitsspezifischen

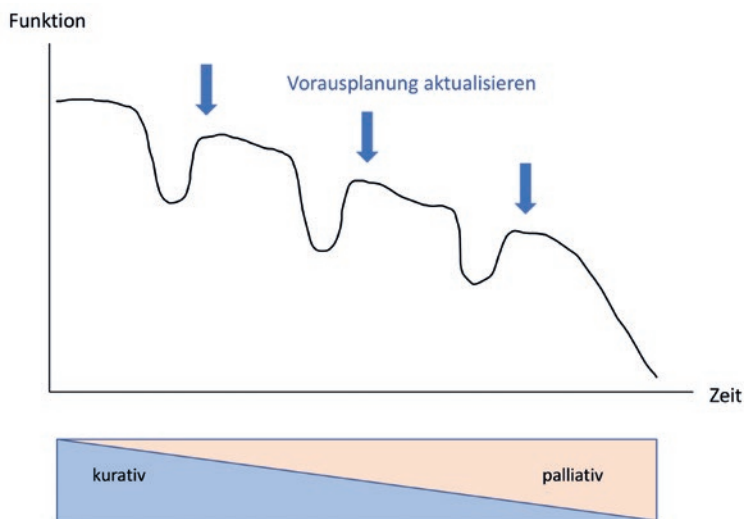


Abbildung 2: Verlauf chronischer Krankheiten: Nach jeder Krise werden die Behandlungsziele neu evaluiert, der Übergang zu einem vorwiegend palliativen Behandlungskonzept findet kontinuierlich statt.

schen Diagnostik und Therapie über symptomatische Behandlungsansätze, die Lebensqualität, die Auswirkungen auf die soziale Situation nachzudenken und vorausschauend zu planen. Abgeleitet von einem Modell der amerikanischen Kardiologen [3] kann von einem Tandem-Behandlungsplan gesprochen werden, der beide Aspekte von Anfang an integriert (Abb. 1). Das Konzept des Tandems erfordert eine gute Zusammenarbeit von Spezialist:innen und Hausärztinnen und -ärzten. Herausfordernd ist dabei, dass bei multimorbiden Patient:innen oft mehrere Spezialist:innen involviert sind, die je nur auf ein Organsystem fokussiert sind. Dem Hausarzt obliegt die nicht immer einfache Aufgabe, den Überblick zu wahren, die verschiedenen Sichtweisen zu integrieren und den Patient:innen zu helfen, die Gesamtsituation zu verstehen. Dazu gehört auch, über die Prognose zu sprechen und die Therapieziele regelmässig zu evaluieren und anzupassen, mögliche Krisen zu antizipieren und

eine Vorausplanung anzusprechen. Bei chronischen Krankheiten mit Einschränkung der funktionellen Ressourcen ist auch das nahe Umfeld der Patient:innen betroffen. Wo liegen seine/ihre Grenzen, welche Erwartungen und Möglichkeiten haben die Angehörigen, wie kann die notwendige Unterstützung auf- und ausgebaut werden? Early Palliative Care zeichnet sich vor allem durch antizipierendes Handeln und Planen aus und beruht weniger auf reaktivem Intervenieren.

Entscheidungen

Die wichtigste Grundlage für alle Entscheidungen ist ein gemeinsam festgelegtes Behandlungsziel. Alte Menschen möchten durchaus mitentscheiden, was mit ihnen geschieht und wie es weitergeht, sind aber oft überfordert mit Einzelentscheidungen zu möglichen Abklärungen, Interventionen oder medikamentösen Massnahmen. Betagte Menschen wollen über ihre Prioritäten, Ziele und Grenzen reden, uns Fachpersonen aber oft die spezifischen Entscheidungen auf dieser Grundlage überlassen [4]. Im Verlauf chronischer Krankheiten wie einer Herzinsuffizienz oder einer fortgeschrittenen COPD, meistens als Teil einer Multimorbidität, treten Krisen auf, die meistens zu einer Hospitalisation führen. Eine zunehmende Frequenz der Krisen ist prognostisch schlecht und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass eine der nächsten möglicherweise zum Tod führen wird. Wenn wir die Patienten einfach bei jeder akuten Verschlechterung wieder ins Spital einweisen («Ich muss Sie wieder hospitalisieren.») und danach die Behandlung optimiert weiterführen in der Hoffnung, dass die nächste Krise auf sich warten lässt, dann verpassen wir die Möglichkeit der Vorausplanung unter Berücksichtigung der persönlichen Prioritäten und Werthaltung.

Bei der ersten Dekompensation kommt unsere Patientin vielleicht über den Notfall auf die Intensivstation, wo sie stabilisiert werden kann, nach zehn Tagen kehrt sie nach Hause zurück und meldet sich in der Sprechstunde. Jetzt besteht die Gelegenheit, darüber zu sprechen, was diese Erfahrung in der Patientin ausgelöst hat. Dazu gehört auch das Gespräch über die Prognose mit möglichen weiteren Krisen und die Vorausplanung für diesen Fall. Nach der ersten Hospitalisation wünscht sie sich vermutlich nochmals das gleiche Vorgehen, spätestens nach der dritten innerhalb eines halben Jahres stellen sich aber unweigerlich Fragen, die in Ruhe zu besprechen sind: Will die Patientin weiterhin eine Maximaltherapie, obwohl deren Chancen immer schlechter werden? Wo und wie möchte sie einmal sterben? Was ist ihr wichtig für die verbleibende Lebenszeit? Wann ist der Zeitpunkt gekommen, wo sie

Tabelle 1: Beispiel einer ärztlichen Notfallanordnung.

Ärztliche Notfallanordnung für:	Name Patient:in
A: Maximaltherapie	Alle lebenserhaltenden Massnahmen inkl. Spitaleinweisung, REA, Intensivstation gewünscht.
B: Spitaleinweisung ohne REA und IPS	Spitalbehandlung – sofern indiziert – erwünscht, aber keine REA, keine Intensivstation.
C: nur Behandlung vor Ort	Keine Spitaleinweisung, keine REA, aber alle sinnvollen Behandlungen vor Ort erwünscht.
D: nur palliatives Vorgehen vor Ort	Keine Spitaleinweisung, nur palliative Massnahmen zur Symptomlinderung vor Ort erwünscht.
Datum:	Unterschrift Patient:in:
	Unterschrift Ärztin/Arzt:

Tabelle 2: Beispiel eines Notfallplans.

Problem	Allgemeine Massnahmen	Medikamente
Schmerzen	Beruhigen, Helfen, eine bequeme Lage einzunehmen, Wärme- bzw. Kälteanwendung, Massage, Entspannungsverfahren, Auf den Patienten eingehen.	Morphin 2% 5 Tropfen, kann bis stündlich wiederholt werden, Morphin 2,5 mg subcutan, kann bis halbstündlich wiederholt werden.
Akute Atemnot	Patient:in nicht allein lassen, Ruhe bewahren, langsam atmen, Beengende Kleidung öffnen, Zur Erleichterung der Atmung Sitzposition einnehmen und Arme abstützen oder Zufuhr von Frischluft (Fenster öffnen, Ventilator anstellen).	Morphin 2% 5 Tropfen, kann stündlich wiederholt werden, Morphin 2,5 mg subcutan, kann bis halbstündlich wiederholt werden, Bei Enge- und Angstgefühl zusätzlich: 1 Temesta 1 mg Exp unter Zunge Dormicum 2 mg subcutan, max alle 20 Min.
Angst	Patient:in nicht allein lassen, Stützende, beruhigende Gespräche, Evtl. Sitzwache organisieren, Körperkontakt, Hand- oder Fussmassage.	1 Temesta 1 mg Exp unter Zunge, max. 3x/Tag

das Sterben zulassen will? [5] Early Palliative Care bedeutet, die Patienten in der Progredienz der Krankheit zu begleiten durch Fragen, Anpassung der Ziele, Festlegung von Therapiegrenzen und einen schrittweisen Übergang vom rein kurativen Therapieansatz zu einem zunehmend palliativen Behandlungskonzept zu vollziehen (Abb. 2).

Behandlungsplanung

Wenn ein Patient sich bewusst wird, dass sein Leben auf das Ende zugeht und er zum Schluss kommt, dass er nicht mehr das ganze Arsenal medizinischer Möglichkeiten ausschöpfen möchte (Intensivstation, Hospitalisation), dann wird es wichtig, die aktuelle Behandlung zu überprüfen, die Medikation anzupassen, eine ärztliche Notfallanordnung und einen Notfallplan zu erstellen und die Patientenverfügung zu aktualisieren. Die betreuenden Angehörigen sind dabei einzubeziehen und zu instruieren, wie sie sich im Notfall verhalten können.

Eine ärztliche Notfallanordnung (Tab. 1), die vom Patienten und vom behandelnden Arzt unterschrieben ist, ist verbindlich für den Rettungsdienst und Notfallärzte und sorgt dafür, dass im Notfall nur die Massnahmen eingeleitet werden, die der Patient wünscht.

Im Notfallplan werden mögliche Probleme, die bei einer Verschlechterung auftreten könnten, antizipiert, damit der Patient und seine Angehörigen selbstständig handeln können und nicht auf externe Hilfe warten müssen. Er hat die Situationen und Probleme zu umfassen, die in der individuellen Krankheitssituation auftreten können und nimmt Bezug auf die etablierte Therapie (z.B. bei einer Opiattherapie entspricht die Reservedosis einem Sechstel der Tagesdosis). Neben

den medikamentösen Empfehlungen enthält er auch allgemeine Massnahmen als Hilfestellung an die Angehörigen, wie sie sich verhalten und helfen können. Häufige Probleme sind Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Verwirrung, Schlafstörungen, zusätzlich ist an krankheitsspezifische Probleme zu denken. Das angefügte Beispiel mit dem Ausschnitt aus einem Notfallplan veranschaulicht, wie er zu gestalten ist (Tab. 2).

Zusammenfassung

Bei multimorbiden Patienten mit chronisch fortschreitenden Organschäden ist frühzeitig im Verlauf, ergänzend zu den kurativen Anstrengungen, ein palliatives Begleitkonzept zu integrieren. Das Ziel ist ein kontinuierlicher Übergang im Behandlungsansatz unter Berücksichtigung der Prioritäten und Zielsetzungen des Patienten. Ein sequentieller Therapieansatz, der (meist zu spät) von kurativen zu palliativen Anstrengungen wechselt, wird der Situation dieser Patientengruppe nur ungenügend gerecht.

Literatur

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380(9836):37–43.
- WHO. Palliative Care: What can countries do? 2020: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (letzter Zugriff 30.07.2021)
- Kavaliaratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(15):1919–30.
- Romo RD, Allison TA, Smith AK, Wallhagen M. Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(3):E70–E75.
- Rüegger H, Kunz R. Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Rüffer&Rub, Zürich 2020:84–90.

Korrespondenz:
Dr. med. Roland Kunz
FMH Allg. Innere Medizin,
spez. Geriatrie und
Palliativmedizin
Stadthospital Zürich
Tièchestrasse 99
CH-8037 Zürich
roland.kunz[at]
zuerich.ch