



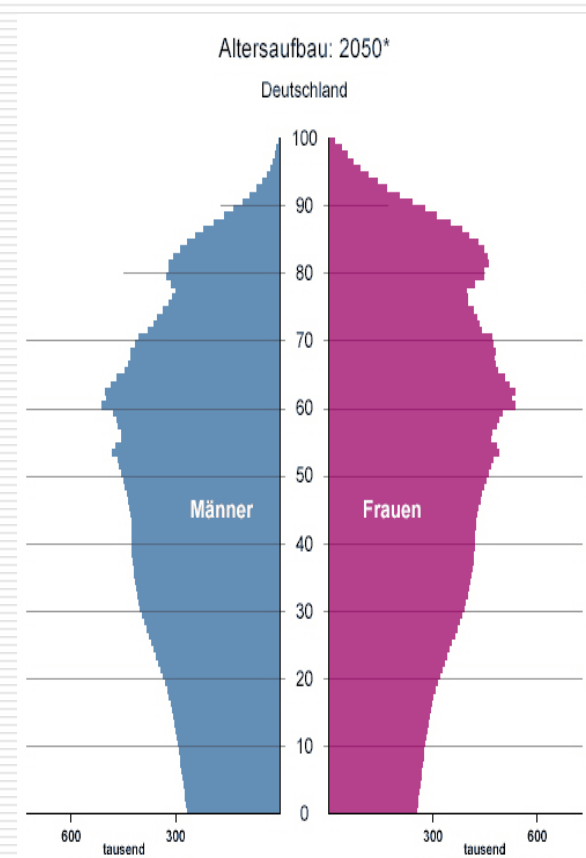
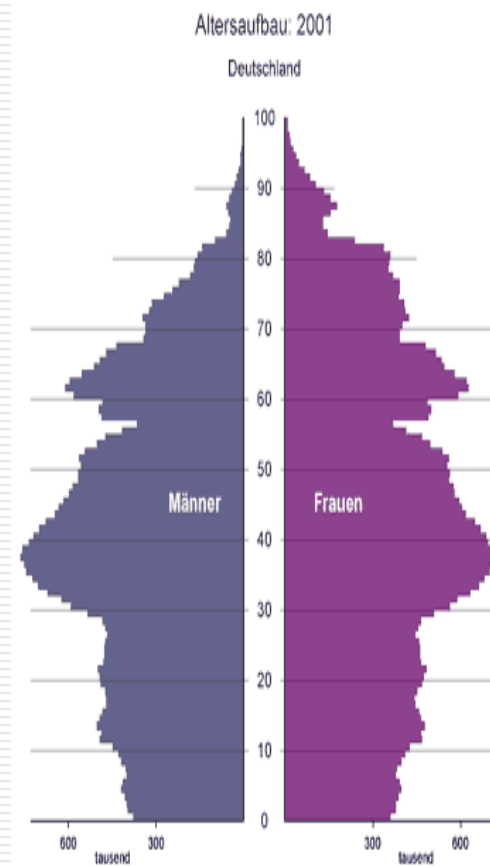
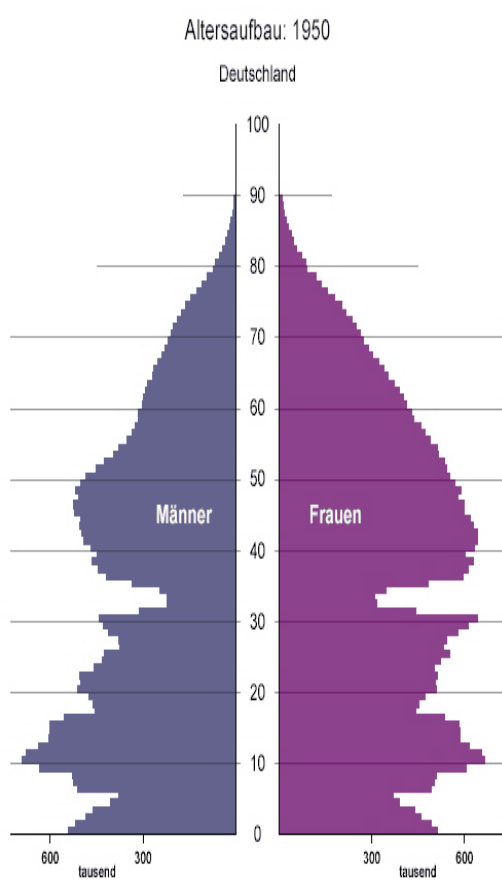
Advance care planning in der Geriatrie

Christoph Fuchs

Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation

SAPV Team Christophorus Hospizverein München

Epidemiologie: Von der Pyramide zur Urne?



Soziokulturelle Veränderungen und deren Folgen für die Menschen



Sophia Loren
(2014) wurde 80
Jahre



Dürers Mutter mit 63
Jahren

Vorausschauende Gesundheits- /Schönheitsfürsorge???



Herzogin von
Alba ca. 85
jährig



Dekubitus in
häuslicher
Umgebung
erworben

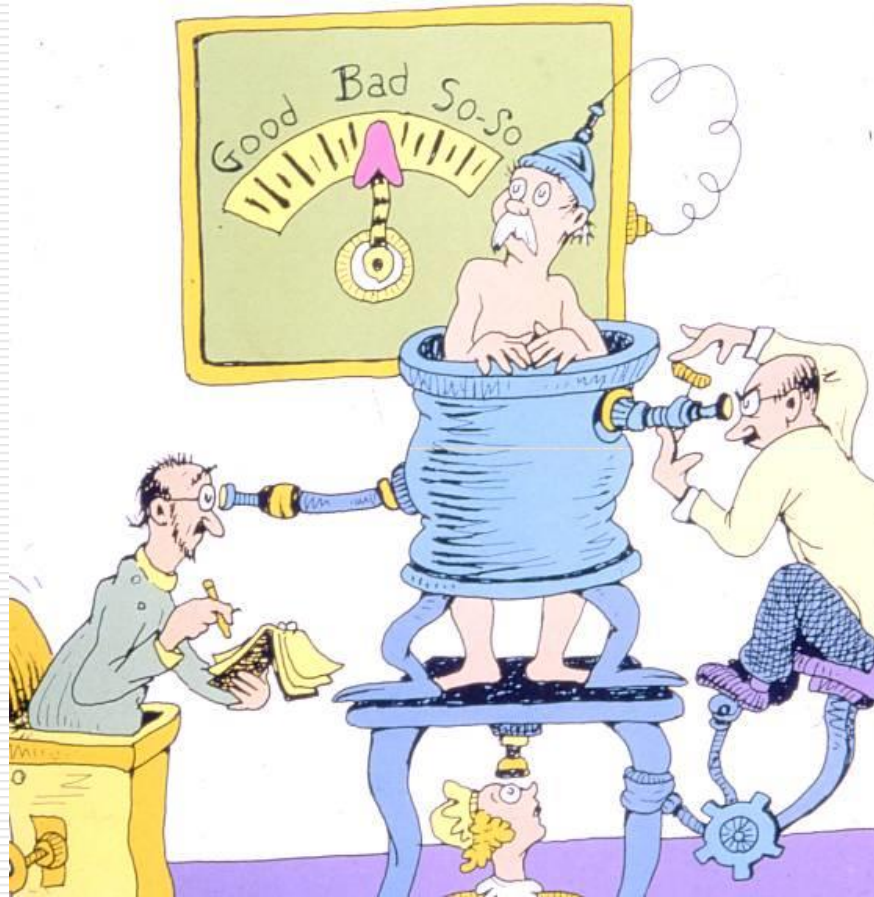
Pat. 87
jährig







Assessment des Betagten



Klassifikation geriatrischer Patienten (USA)




- Go go's
- Slow go's
- No go's

Charakteristika geriatrischer Patienten

Geriatrics

The illustration shows an elderly woman in a yellow dress standing next to a red chair with a blue cane leaning against it. Four hands point towards her from different directions, each associated with a specific clinical characteristic:

- Mental:** MMS < 20 Punkte (pointing from above)
- Funktional:** Mobilitätsverlust Barthel-Index < 70 (pointing from the left)
- Sozial:** Verlust der Selbständigkeit (pointing from the right, with a house being cut by scissors above it)
- Medizinisch:** > 3 Diagnosen > 3 Medikamente (pointing from below)


R. Heinrich, ZAGF STÄDT. KRANKENHAUS MÜNCHEN-NEUPERLACH

Krankheitsverhalten geriatrischer Patienten

- Multimorbidität und Krankheitsketten
- Symptomenwandel
- Tendenz zur Chronifizierung
- gemeinsame Endstrecke
(„Gedeihstörung“)

Geriatrische „i´s“

Unabhängig von

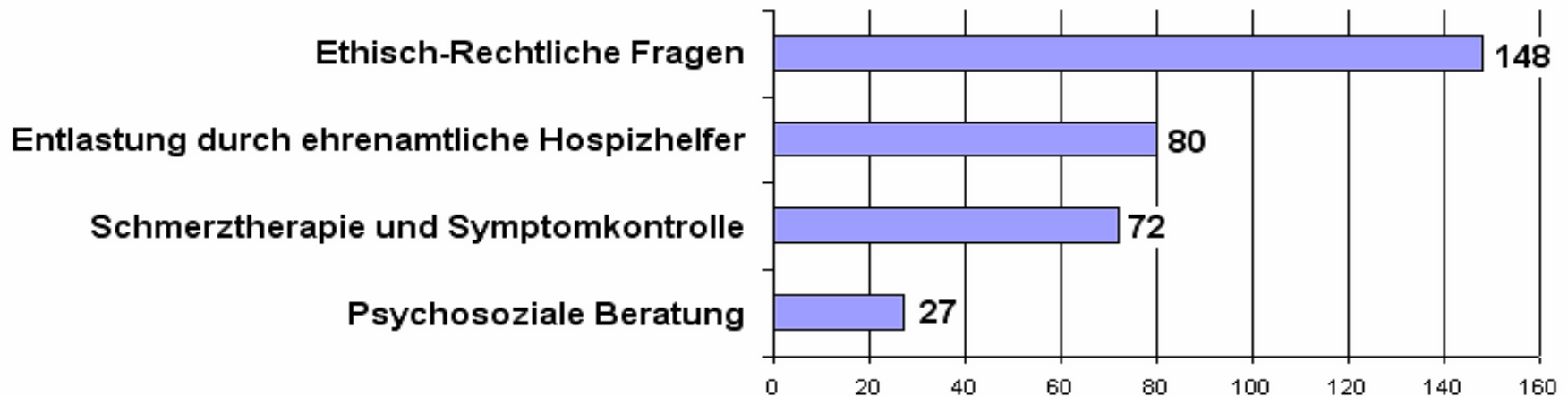
Diagnosen / Grunderkrankung:

- Instabilität
- Immobilität
- Intellektueller Abbau
- Inkontinenz
- Iatrogenität

Palliativ geriatrischer Dienst des CHV

Palliativ Geriatriischer Dienst

Anfragen 2012 (Mehrfachnennung möglich)



Typische Probleme im Heim

- Situation der Pflegeheimbewohner
- Situation der Pflegekräfte
- Spannungsfeld Angehörige - Pflegeheim
- Spannungsfeld Heimaufsicht / MDK / Öffentlichkeit und Medien
- Unsicherheit im Umgang mit Patientenverfügung / Patientenwille
- Ärztliche Betreuung

3 Säulen des PGD

Implementierung und
Fortbildung

Einzelfallberatung

Hospizhelferbegleitung

Fortgeschrittene Demenz- Prognose



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

„The Clinical Course of Advanced Dementia“, October, 2009

- Belastende Symptome häufig: Atemnot, Schmerzen
- 54% der Pat (von n:323) starben in ersten 18 Monaten
- „burdensome“ Interventionen (Klinikeinweisung, Nasale Sonden,..) signifikant häufiger bei Pat. ohne Angehörige

Ärztliche Einschätzung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Prognose der Lebenserwartung bei Klinikentlassung?

Sterblichkeit in den ersten 6 Monaten nach Pflegeheimweisung:

Ärztliche Einschätzung 1%

Patienten-Wirklichkeit: 71%

n.: Mitchell, 2004

Demenz-Körperliche Störungen

- Exsikkose/Mangelernährung
- Obstipation
- Druckulcera
- Dysphagie/Zahnprobleme
- Aspirations(-pneumonie)
- Visusminderung/Hypakusis
- Inkontinenz
- Schmerzen



Ambulantes Hospiz- und Palliative Care Team

Christophorus Haus MÜNchen

Effnerstrasse 93, 81925 München, Tel. 089/ 130 787-0, Fax 089/ 130 787-23

Behandlungs- und Notfallplan

08.06.15

Pat geb. 1938

Diagnose: Demenz, Verwirrtheitssyndrom, rezidivierende abdominelle Schmerzen bei V.a. Leistenhernie li., rez Stürze

(Näheres siehe Arztbrief)

Situationsbeschreibung:

R Seniorenheim,
Angehörige/Bevollmächtigte Ehefrau

Fachliche Versorgung:

Der betreuende Hausarzt ist Herr

Zusätzlich wird der Pat. durch den palliativ-geriatr. Dienst des Christophorus-Hospizverein begleitet.

Behandlungsziele:

- Krankenhaus – Einweisungen sind zu vermeiden
- keine Wiederbelebensmaßnahmen.
- Nur wenn belastende Symptome wie Unfall-/Sturzfolgen im Heim nicht kontrolliert werden könnten, ist eine Klinikeinweisung (vorzüglich eine geriatrische Station) eine Option.
- Auf tretende Beschwerden sollen möglichst im Heim kontrolliert werden (siehe unten Krisenplan)

Frau repräsentiert als Tochter und juristisch Bevollmächtigte die Interessen und den Willen des Patienten.

Krisenplan: Basismedikation siehe Akte

bei epileptischen Anfällen: Lorazepam (z.B. Tavor expidet 1 mg - max 4 x tgl)

bei zunehmender Schluckstörung evtl. Umstellen der peroralen Medikation auf s.c. Dauerinfusion (zur Schmerztherapie, Anfallsprophylaxe und/oder Sedierung)

bei Fieber: fiebersenkende Massnahmen (z.B. physikalische Massnahmen wie Wadenwickel, "cool-packs" + Paracetamol 500 mg/Metamizol 500 mg p.o. oder rektal)

bei Schmerzen (auch Bauchschmerzen oder Koliken): 500 mg Metamizol (max 4x tgl. in 4 stdl. Abständen); bei starken Schmerzen Oramorph (= orales Morphin) 10 mg als Trinkampulle (max 4 stdl. maximal 5 x tgl.)

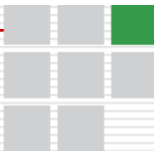
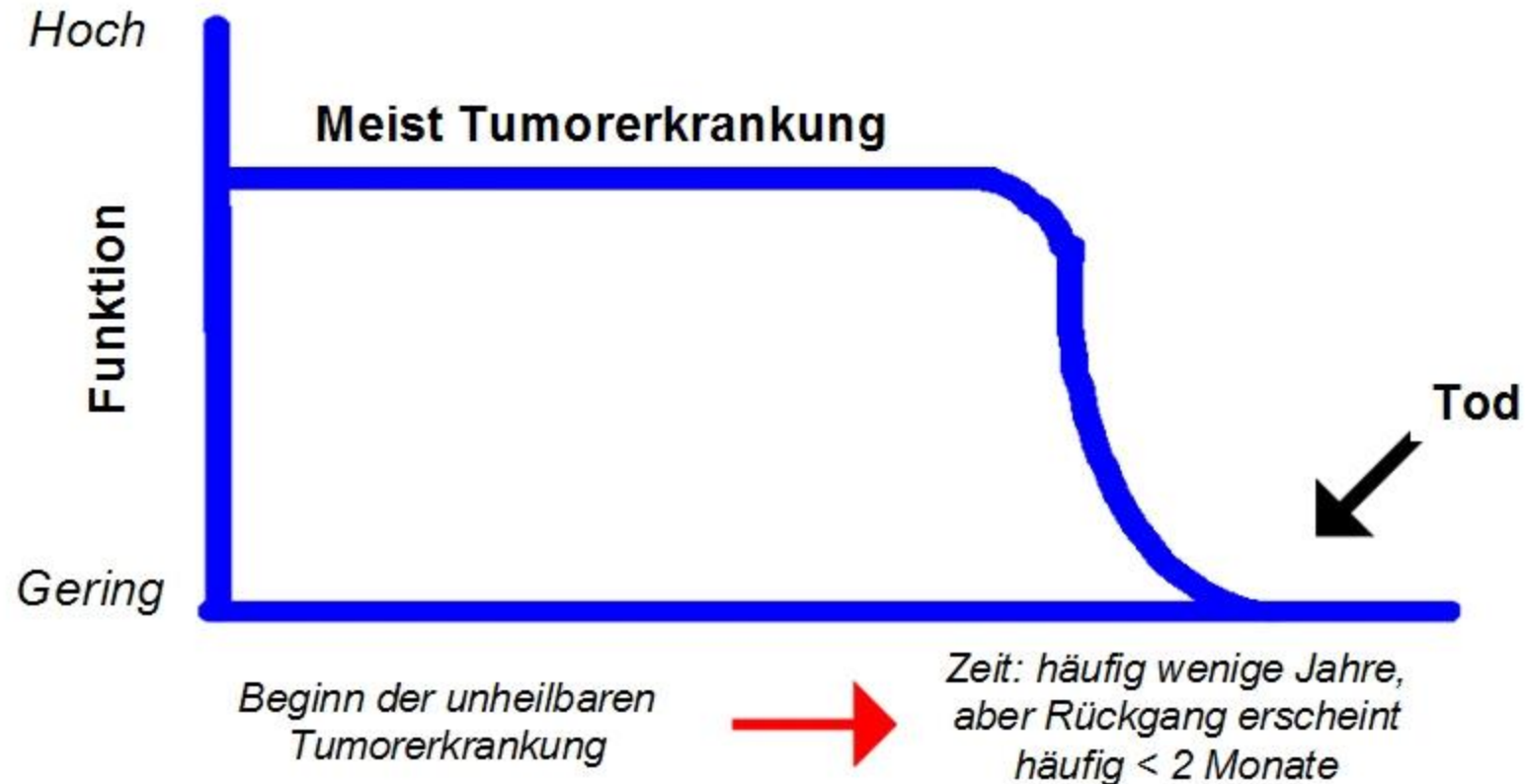
(Hausarzt)

(Ehefrau)

C. Fuchs (Internist, Palliativmediziner)

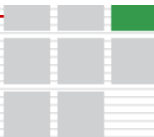
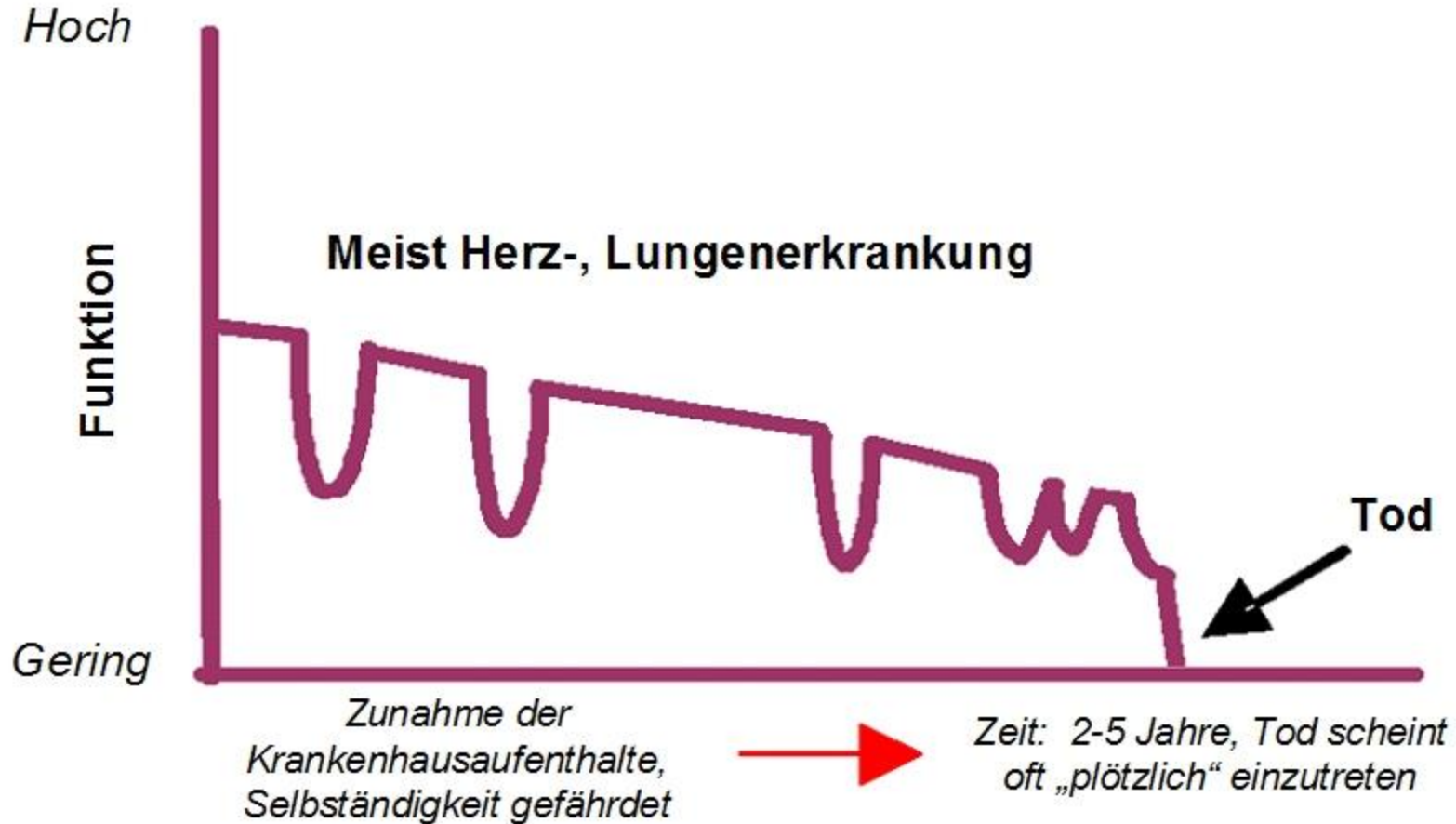
Verlauf „Tumor“

Kurze Phase des eindeutigen Abbaus

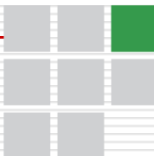
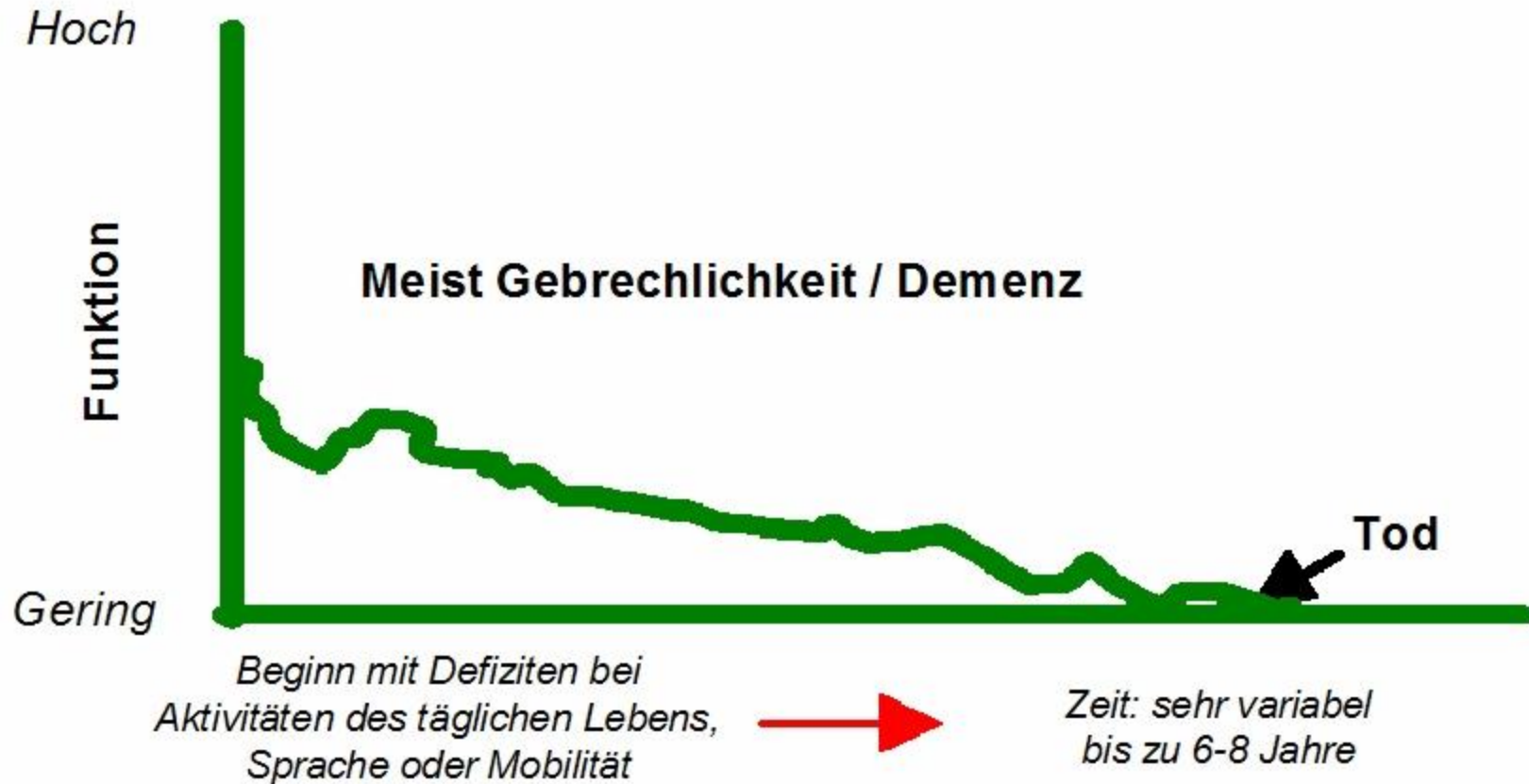


Verlauf „Organversagen“

Fortschreitende Einschränkungen mit intermittierenden bedrohlichen Episoden



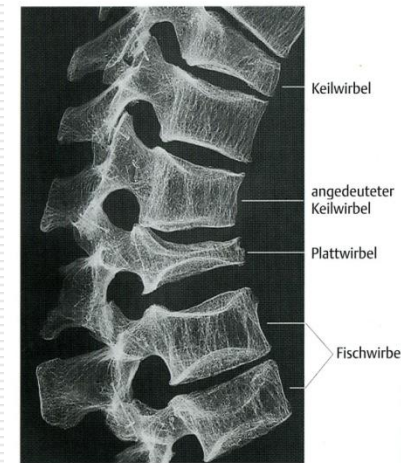
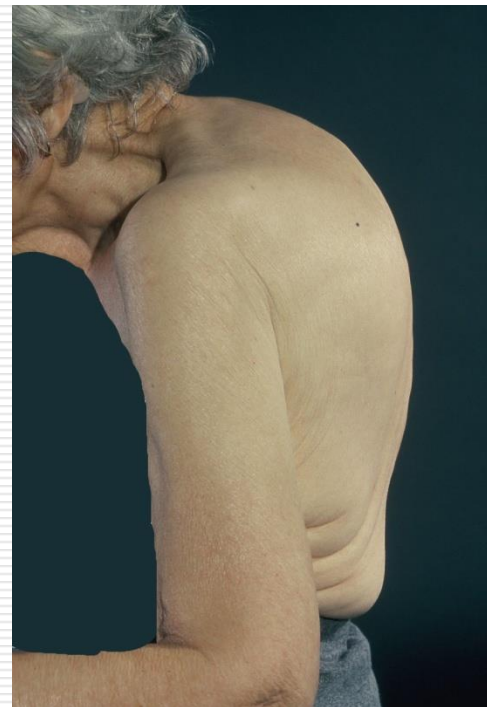
Verlauf „Schleichende Abnahme“



Epidemiologie

- Häufigste Ursachen chronischer Schmerzen im Alter -

- degenerative Gelenkerkrankungen (LWS, Hüfte,...)
- Tumore
- Osteoporose
- Herpes zoster
- Arteriitis temporalis
- Polymyalgia rheumatika
- AVK
- PNP
- Schlaganfall
- (alte) Knochenbrüche

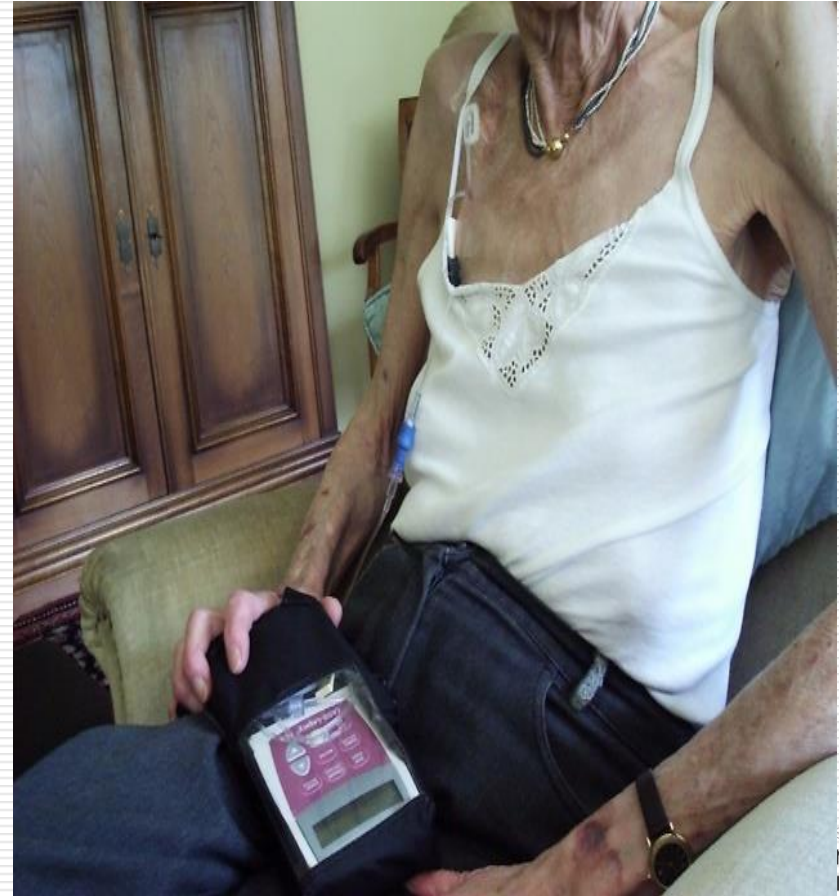


Probleme in der Schmerztherapie bei Demenz

- Probleme der Schmerzerkennung (v.a. aphasische Patienten)
- Multimorbidität
- Polymedikation (Wechselwirkungen!)
- Mangelnde fachliche Expertise der Behandler (Pflegeheim,...)
- Ängste der Patienten und Angehörigen

(palliativ)medizinische Schmerztherapie

- Exzellente Schmerztherapie häuslich und in Pflegeheimen ist derzeit dem Zufall und der regionalen Situation überlassen
- Allokationsgerechtigkeit?



Gruppenfoto „Das geriatrische Team“



Palliativmedizin: alte Vorstellung

Kurative / lebensverl. Maßnahmen

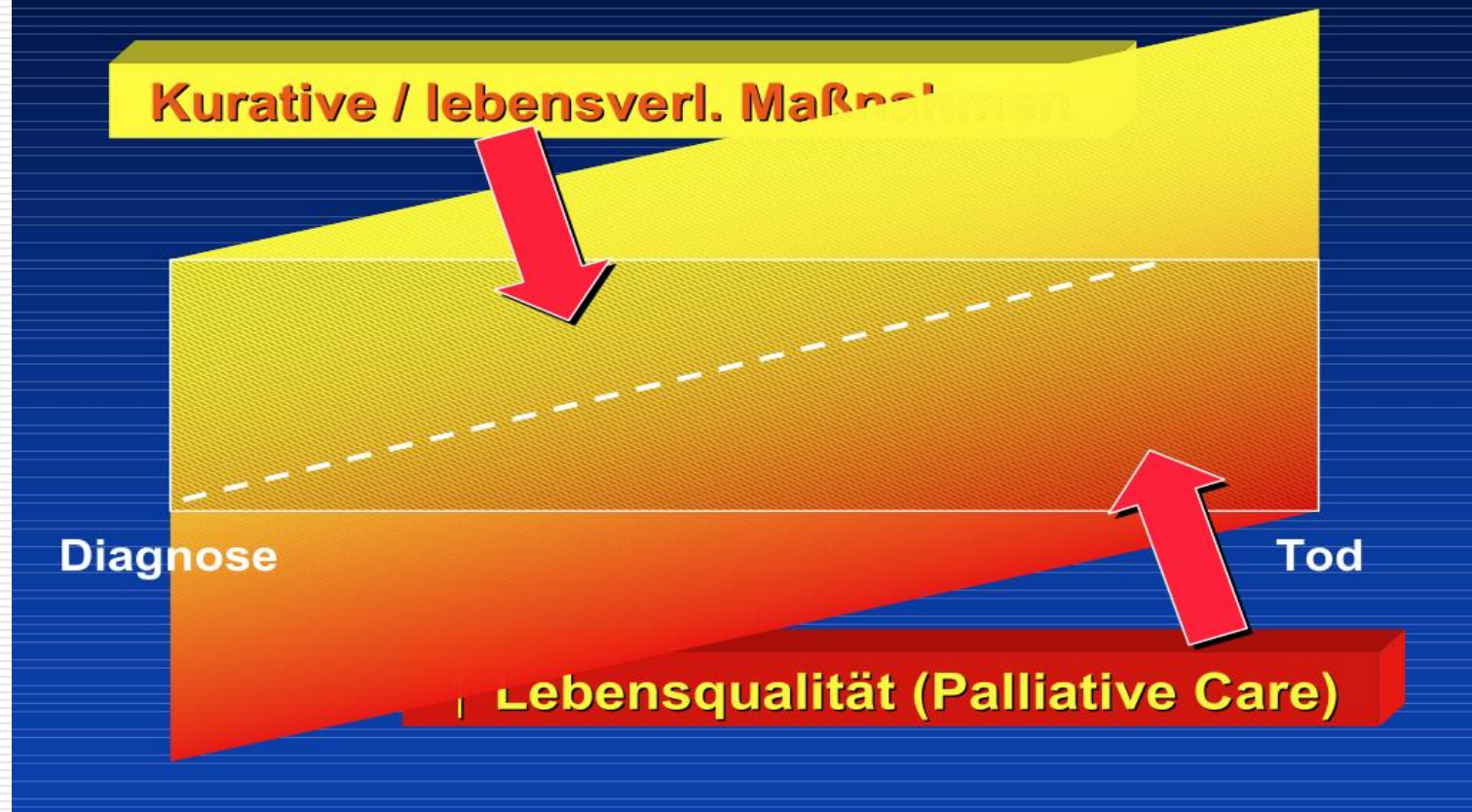


Diagnose

Tod

Symptomlinderung (comfort care)

Palliativmedizin: neue Vorstellung



Moderne ganzheitliche Medizin

