

Palliativer Versorgungsbedarf bei demenziell Erkrankten

Arbeitspapier der DGP-AG „Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten“

(Stand: 4.11.2008)

Unter dem Überbegriff demenzielle Erkrankung werden verschiedene neurodegenerative Erkrankungen unterschiedlicher Genese und Ausprägung mit zeitlich schwer kalkulierbarem, jedoch chronisch progredientem Verlauf zusammengefasst. Zur Beschreibung des klinischen Schweregrades ist die Verwendung eines validen Messinstrumentes (z.B. Reisberg-Skala, Berg-Skala) erforderlich. Dauer und Verlauf der Demenzstadien können individuell schwanken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert die Ausweitung und breite Integration von Palliative Care in das gesamte Gesundheitswesen, darunter auch in Alten- und Pflegeheime. Laut WHO sollte die Indikationsstellung für eine Palliativversorgung von Patienten eher auf der Grundlage ihrer Symptome und Probleme erfolgen als auf der Grundlage einer bestimmten Diagnose (WHO 2004).

Bei Demenzkranken kann in allen Erkrankungsstadien palliativer Versorgungsbedarf bestehen. Häufig werden über längere Zeiträume sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen erforderlich sein. Demenzen können daher als Modellerkrankungen für die Palliativversorgung von Nicht-Tumorpatienten gesehen werden.

Das klinische Erscheinungsbild und der Verlauf werden durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Hierbei handelt es sich beispielsweise um:

- Multimorbidität
- Interkurrente Akuterkrankungen
- Iatrogene Störungen (z.B. Polypharmazie)
- Betreuungs- und Umgebungsfaktoren
- Biographische Ereignisse

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Die in der aktuellen Literatur aufgeführten Studien mit dem Thema „Indikationsstellung palliativer Versorgung“ beziehen sich vornehmlich auf Demenzpatienten mit einer reduzierten Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten, ähnlich den Kriterien für eine Hospizbetreuung typisch onkologischer Patienten.

Eine von der verbleibenden Lebenserwartung abgeleitete Betrachtungsweise der Palliativbedürftigkeit wird den Demenzerkrankungen jedoch nicht gerecht, da der Beginn des Palliativbedarfs nicht als ein fixer Zeitpunkt festzumachen ist. Er muss daher dem Krankheitsverlauf folgend als Prozess gesehen werden. Somit muss die Indikation für eine palliative Versorgung den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten folgen. Wichtig ist, sich den fortschreitenden Krankheitsverlauf bewusst zu machen und gezielt mit allen in die Versorgung Eingebundenen zu kommunizieren. Dadurch kann die Demenz besser als eine auch palliativ zu behandelnde Erkrankung wahrgenommen werden (1).

In Anlehnung an die „Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care“ des australischen „National Health and Medical Research Council“ lassen sich drei Schwerpunkte der palliativen Versorgung dementer Patienten unterscheiden (2). Die Übergänge zwischen den einzelnen Schwerpunkten sind fließend.

I. Schwerpunkt: Diagnose und Aufklärung

Dieser Schwerpunkt beinhaltet die Diagnosestellung (unabhängig vom Krankheitsstadium) und entsprechend notwendige Aufklärung mit Festlegung der Behandlungsziele und des daraus resultierenden Bedarfs an präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen.

- Diagnosestellung und Aufklärung, ggf. Einleiten einer Therapie
- Erkennen einer Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Einleiten eines kontinuierlichen Dialoges über die Betreuung in den einzelnen Krankheitsphasen, über Therapiemöglichkeiten, Voraussetzungen, ggf. weitere Konkretisierungen
- Information der Angehörigen
- Psychosoziale Begleitung
- Erfassen und Behandeln von Symptomen (Symptomkontrolle)

II. Schwerpunkt: Krankheitsprogression

Dieser Schwerpunkt beinhaltet die kontinuierliche Überprüfung und Festlegung der Behandlungsziele durch multiprofessionelle Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen unter gleichzeitiger Berücksichtigung kurativer und palliativer Maßnahmen.

- Behandlung von Komplikationen, z.B. kurative Behandlung einer Aspirationspneumonie, hüftgelenksnahe Frakturen etc.
- Symptomlinderung (z.B. Schmerzerfassung und Behandlung)
- Einzelfallüberprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- Auseinandersetzung mit komplexen ethischen Fragestellungen
- Stützung und Betreuung der Angehörigen
- Erhalt der Beziehungskultur z.B. durch Validation, basale Stimulation, Marte Meo u.ä.
- Indikation für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) klären

III. Schwerpunkt: Lebensende

Dieser Schwerpunkt ist gekennzeichnet durch die Todesnähe. Behandlungsziel ist die bestmögliche Lebensqualität.

- Intensivierung der palliativen Versorgung und Festlegung der palliativen Therapieziele
- Regelmäßige Fallbesprechungen (eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit)
- Sterbebegleitung unter Beachtung des situativen Erlebens bei Demenz
- Angehörigenbetreuung vor, während und nach dem Tod

Die palliative Versorgung Demenzkranker ist als Prozess zu sehen, der die immer wiederkehrende und sich im Lauf der Erkrankung verändernde Festlegung der Pflege- und Behandlungsziele erfordert.

Literatur:

- 1) Sampson, E. et al. (2008): Palliative Care in advanced dementia in BMC Palliative Care, 7:8
- 2) Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care Australian Government, National Health and Medical Research Council, May 2006
- 3) Gerhard C, Bollig G.: Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz. Zeitschrift für Palliativmedizin 2007; 8, 69-72
- 4) Reitinger E, Heller A, Heimerl K. (2007): Ethische Entscheidungen in der Altenpflege. BtPrax;2: 58-62.
- 5) Saliba D et al.: J Am Geriatr Soc. 2000; 48(2):154-63
- 6) Thompson RS: J Am Board Fam Pract. 1997; 10(2):82-7)
- 7) Reisberg 1986: Global Detoriation Scale and Functional Assessment Staging
- 8) Berg, L.(1988): Clinical Dementia Rating (CDR), Psychopharmacol. Bulletin, 24, 637-639/1984
- 9) World Health Organisation (2004): The Solid Facts – Palliative Care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- 10) World Health Organisation (2004): Better Palliative Care for older People. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe