

## **DGP AG Nichttumorpatienten**

### **Arbeitspapier: Palliativversorgung bei Multimorbidität**

#### **Definition**

Der Begriff Multimorbidität ist nicht allgemeingültig definiert. Meist wird von Multimorbidität gesprochen, wenn mindestens zwei interkurrente chronische Erkrankungen vorliegen. Dies hat man früher mit dem Begriff Komorbidität benannt. Oft werden die Begriffe Multimorbidität und Komorbidität synonym verwendet. [1]

In der primärärztlichen Versorgung ist die Gruppe der Patienten bei denen die Kriterien von Multimorbidität erfüllt sind die größte Gruppe dar, deutlich größer als jede Gruppe der Patienten mit je nur einer Erkrankung [2]. Die Zahl multimorbider Patienten, die mehrere chronische Erkrankungen haben, nimmt zu [3, 4]

Das Phänomen der Multimorbidität wird bei älteren und hochbetagten Menschen in der Geriatrie modelhaft abgebildet. Der Fokus der Behandlung bezieht sich bei Vorliegen mehrerer chronischer und auch akuter Erkrankungen auf die Beeinträchtigung des funktionellen Status und deren Rehabilitation und nicht auf die einzelnen Erkrankungen.

Das frühzeitige Erkennen der individuellen Fähigkeitsstörungen/Handicaps sowie der noch verbleibenden Ressourcen ist für die Behandlung von großer Bedeutung.

Assessmentsysteme stehen zur Erfassung, Bewertung und Schweregrad-einteilung der unterschiedlichen Beschwerden (als Hilfsmittel) zur Verfügung und sollten gezielt eingesetzt werden. In üblichen geriatrischen Assessments/Screenings wird Multimorbidität in den folgenden Bereiche erfasst: z.B. Screening nach Lachs oder ISAR Screening [5, 6]

- Alltagsfunktion,
- sensorische Funktionen,
- Motilität/Mobilität,
- Ernährung,
- Inkontinenz,
- Kognition,
- Affekt,
- soziale Situation,
- Schmerz,
- Multi-Medikation,
- wiederholte Krankenhausaufenthalte

## ISAR\* Notaufnahme-Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter  $\geq 70$  Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden. Das Screening gilt als positiv, wenn 2 oder mehr Punkte erreicht werden.

**Bitte jede Frage mit JA oder NEIN beantworten.**

<b>Hilfebedarf</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?		
<b>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?		
<b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?		
<b>Sensorische Einschränkung</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?		
<b>Kognitive Einschränkung</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?		
<b>Multimorbidität</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?		

**SUMME:** \_\_\_\_\_

Abb.1 ISAR Screening [7]

In Deutschland wird das ISAR Screening bereits in vielen Notaufnahmen routinemäßig verwendet.

Multimorbidität geht mit einem Verlust an Lebensqualität und einer Einschränkung des funktionellen Status sowie einer erhöhten Mortalität einhergeht. Unabhängig vom Alter entsteht bei Multimorbidität ein palliativer Versorgungsbedarf z.B. bei irreversiblen Funktionsverlust und Symptomlast [8, 9], auf unterschiedlichen Ebenen (vgl. „total pain“-Konzept, [10] [11].)

Zum Aufspüren eines möglichen palliativen Versorgungsbedarfs kann ggf. das SPICT-Modell [8] [12] genutzt werden.

Bei Multimorbidität bestehen zwar für die einzelnen Indexerkrankungen, auch im palliativen Bereich, Leitlinien, jedoch kann die klinische Interaktion von mehreren Erkrankungen nicht mehr von Leitlinien abgedeckt werden. [13] Für das Ineinandergreifen verschiedener Krankheiten und Funktionsstörungen hat Marina Kojer den Begriff der „Krankheitslandschaften“ geprägt. [14]

## **Kommunikation**

Ziel der Palliative Care ist die Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität [11]. Einer der Grundpfeiler guter Lebensqualität ist die Gewissheit, andere zu verstehen und von ihnen verstanden zu werden. Dies gilt gleichermaßen für Menschen jeden Alters und in jedem Gesundheitszustand. Für multimorbide Menschen, die zunehmend auf die Hilfe anderer angewiesen sind, ist das Gelingen der Kommunikation ein noch fundamentaleres Anliegen. [15]. Dabei gilt es, die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Ziele zu erfassen. Mary Tinetti und Kollegen fordern in diesem Zusammenhang « a move from disease-based to patient priority-directed care » [16, 17]. Das Erreichen dieses Ziels hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn die Kommunikation zwischen dem multimorbiden Menschen und seinem gesamten Umfeld gelingt [18] Schlechtes Sehen, Schwerhörigkeit, Verlangsamung, Konzentrationsschwäche, rasche Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit und veränderte Kognition erschweren die Kommunikation, die nur durch Respekt, Wertschätzung, Einfühlungsvermögen, Geduld, Zeit, Präsenz und Kongruenz, hergestellt werden kann [19, 20].

## **Recht auf Selbstbestimmung**

In der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ wird der Achtung des Selbstbestimmungsrechts und der Sicherung oder Wiederherstellung der Patientenautonomie in der Palliativversorgung ein hoher Stellenwert beigemessen [21].

Forderung ist, die möglichst frühzeitige Aufklärung und Kommunikation über die Diagnosen und Prognose mit dem Patienten zu ermöglichen. Da die Prognose bei Multimorbidität sehr unsicher ist und unerwartete Ereignisse oder krisenhafte Zuspitzung häufig sind, ist in der Palliativversorgung die frühzeitige Einleitung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung sinnvoll. Bei dem Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Behandlung im Voraus planen BVP) [] für die letzte Lebensphase (§132g SGB V) soll eine Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase angeboten werden und es sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden [22, 23]. Die Vorausverfügung des Patientenwillens ist von der Art und dem Stadium der Erkrankung unabhängig. Die Umsetzung der Patientenverfügung gestaltet sich manchmal schwierig. [24–26]

Deshalb ist ein moderierter Gesprächsprozess sinnvoll, mit dem Ziel, die Bildung und Formulierung des Behandlungswillens zu unterstützen und einen Vertreter zu befähigen, diesen Willen umzusetzen.

Besondere Herausforderungen stellen sich, wenn die Entscheidungsfähigkeit des Patienten zeitweilig oder dauerhaft nicht (mehr) gegeben ist. Hier ist eine Integration aller Willensäußerung des Betroffenen (Vorausverfügung, mutmaßlicher Wille, natürlicher Wille) bedeutsam. [27]

### **Therapiestrategien**

Menschen mit Multimorbidität erhalten im Krankheitsverlauf in der Regel eine Vielzahl von Medikamenten (=Polypharmazie) und weitere nichtmedikamentöse Therapien von mehreren Behandlern. Besonders beim fortgeschrittenen Erkrankten in palliativer Versorgung muss jedes Medikament und jede nichtmedikamentöse Maßnahme auf den aktuellen Vorteil für die gegenwärtige Situation überprüft werden. Prognostische Einschätzungen sind dabei wichtig (z.B. unter Zuhilfenahme der sog. Surprise Question: „Würde es Sie wundern, wenn der/die Patient/in im nächsten Jahr/nächsten halben Jahr verstirbt?“) [19].

Die gezielte Symptomerfassung muss an mögliche Kommunikationserschwerisse angepasst werden. Während Medikamente zur Schmerz- und Symptomlinderung ggf. neu angesetzt werden müssen, verlieren Medikamente zur Behandlung der Grunderkrankungen je nach deren Fortschreiten häufig an Bedeutung.

Die Zahl der zur Schmerz- und Symptomlinderung verordneten Medikamente sollten möglichst gering gehalten werden. In der Palliativversorgung können einige typische Medikamente für mehrere Indikationen gleichzeitig eingesetzt werden.

Im Rahmen eines interprofessionellen palliativen Versorgungskonzepts bei Multimorbidität ist es essentiell, nichtmedikamentöse Therapieformen einzubeziehen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sprach-/Schlucktherapie, physikalische Therapie, Aromatherapie, Musik-, Kunsttherapien, Yoga, Tai Chi, Chi Gong). Manche Symptome verbessern sich fast nur unter nichtmedikamentösen Therapien (z.B. Fatigue), bei manchen Symptomen sind nicht medikamentöse Verfahren außerordentlich wirksam (z.B. Schmerz, Luftnot).

### **Im vertrauten Umfeld sterben**

Der größte Teil der Bevölkerung hat den Wunsch, zu Hause zu sterben, daher auch in ihrem vertrauten Umfeld zu leben und versorgt zu werden [28]. Jedoch erfordert die Komplexität bei Multimorbidität mit der Gefahr häufig wechselnder Versorgungsorten eine gute Vernetzung aller Beteiligten, insbesondere Verknüpfung mit palliativen/hospizlichen Angeboten. Diese müssen sich jedoch den damit verbundenen Herausforderungen bei

Multimorbidität stellen und anpassen. Dafür sind reflexionale Organisationsprozesse (z.B. runder Tisch, ethische Fallbesprechung etc.) erforderlich [29, 30]

### **Fazit:**

Palliative Versorgung bei Multimorbidität sollte in drei Schwerpunkte eingeteilt werden:

#### **Schwerpunkt I** (Diagnosestellung, Aufklärung, palliative Annäherung, gesundheitliche Versorgungsplanung)

- Diagnosestellung unter Berücksichtigung des geriatrischen Assessments
- Stabilisierung und Kompensation bei Begleiterkrankungen
- Kommunikation über begrenzte Lebenserwartung
- Intensiver Gesprächsprozess (moderiert) zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (Information zu palliativen Angeboten, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügungen)
- Entwickeln eines auf die individuelle Situation bezogenen Symptommanagements

#### **Schwerpunkt II** (Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen)

- Symptomlinderung unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen
- kritische Überprüfung aller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen hinsichtlich Sinnhaftigkeit (z.B. bei Polypharmazie)
- Information über komplexe medizinische und ethische Sachverhalte
- Ggf. Aktualisierung der Versorgungsplanung, besondere Berücksichtigung der An-/Zugehörigen

#### **Schwerpunkt III** (Sterbephase)

- Therapiezieländerung: Vorrang der Symptomlinderung
- kultursensible Sterbebegleitung (medizinisch-pflegerisch, psychosozial, spirituell)
- An-/Zugehörigenbetreuung, auch nach dem Tod des Betroffenen

## Literatur

- 1 Yancik R, Ershler, William et al. Report of the National Institute on Aging Task Force on Comorbidity. *Journal of Gerontology* 2007; 62A (3): 275–280
- 2 Fortin M, Hudon C, Haggerty J et al. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 111

- 3 *Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. A cross-sectional study. *The Lancet* 2012; 380 (9836): 37–43
- 4 *Fortin M, Lapointe L, Hudon C et al.* Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51
- 5 *Lachs MS.* A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly Patients. *Ann Intern Med* 1990; 112 (9): 699
- 6 *Salvi F, Morichi V, Grilli A et al.* Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *J Nutr Health Aging* 2012; 16 (4): 313–318
- 7 *Warburton RN.* Identification of seniors at risk. Process evaluation of a screening and referral program for patients aged  $\geq 75$  in a community hospital emergency department. *International J Health Care QA* 2004; 17 (6): 339–348
- 8 *Afshar K, Müller-Mundt G, Schneider N.* Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist? *Palliativmedizin* 2016; 17 (03): 133–138
- 9 *Frohnhofen H, Hagen O, Heuer HC et al.* The terminal phase of life as a team-based clinical global judgment: prevalence and associations in an acute geriatric unit. *Z Gerontol Geriatr* 2011; 44 (5): 329–335
- 10 *Clark D.* 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* 1999; 49 (6): 727–736
- 11 *Davis E, Higginson I.* Better palliative care for older people. *Healthy cities 21st century.* Copenhagen; 2004
- 12 *Highet G, Crawford D, Murray SA et al.* Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 2014; 4 (3): 285–290
- 13 *Boyd CM, Darer J, Boulton C et al.* Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA* 2005; 294 (6): 716
- 14 *Kojer M, Heimerl K.* Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. *Palliativmedizin* 2009; 10 (03): 154–161
- 15 *Steinfath H, Wiesemann C.* *Autonomie und Vertrauen.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016
- 16 *Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM.* Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition—Multimorbidity. *JAMA* 2012; 307 (23): 2493–2494
- 17 *Tinetti ME, Esterson J, Ferris R et al.* Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clin Geriatr Med* 2016; 32 (2): 261–275
- 18 *Loewy EH, Springer Loewy, Roberta.* *The ethics of terminal care. Orchestrating the end of life.* New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Klüwer Academic Publishers; 2002
- 19 *Elliott M, Nicholson C.* A qualitative study exploring use of the surprise question in the care of older people: perceptions of general practitioners and challenges for practice. *BMJ Support Palliat Care* 2014; DOI: 10.1136/bmjspcare-2014-000679
- 20 *Schwermann M.* *Kompetenz in Palliative Care. Haltung - Wissen - Umsetzung.* Reihe PDL. Hannover: Vincentz Network; 2009
- 21 *Heller A, Heimerl K, Husebo S.* Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Bd. 2. *Palliative care und organisationales Lernen.* 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl.; 2007
- 22 *Schmitt J in der, Nauck F, Marckmann G.* *Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning).* Ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Palliativmedizin* 2016; 17 (04): 177–195

- 23 *Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. § 132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_5/\\_\\_\\_132g.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___132g.html); Stand: 09.07.2016*
- 24 *Fagerlin A, Schneider CE. Enough: The Failure of the Living Will. Hastings Center report 2004; 34 (2): 30–42*
- 25 *Schildmann J, Krones T. Advance Care Planning in der Onkologie. Onkologie 2015; 21 (9): 840–845*
- 26 *Leder N, Schwarzkopf D, Reinhart K et al. The Validity of Advance Directives in Acute Situations. Dtsch Arztebl Int 2015; 112 (43): 723–729*
- 27 *Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH. They know!-Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. Palliat Med 2016; 30 (5): 456–470*
- 28 *Escobar Pinzon LC, Claus M, Zepf KI et al. Dying in Rhineland-Palatinate (Germany): preferred and actual place of death. Gesundheitswesen 2013; 75 (12): 853–858*
- 29 *Krobath T, Heller A, Hrsg. Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Bd. 21. Palliative Care und OrganisationsEthik. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2010*
- 30 *Schwermann M, Graf G, Althoff I et al. Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Palliativmedizin 2012; 13 (06): 284–292*