

Arbeitspapier der AG Nichttumorpatienten: Palliative Versorgung bei Frailty

Frailty¹ ist ein geriatrisches Syndrom. Es zeichnet sich durch eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber externen Stressoren und durch Einbußen an physiologischen Reserven aus. Die Kompensationsfähigkeit gegenüber Störungen der Homöostase (z.B. durch Erkrankungen, Trauma) ist aufgrund des altersassoziierten physiologischen Abbaus eingeschränkt. Dies führt zu vermehrten körperlichen Einschränkungen sowie besonderen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen. Der Verlauf ist chronisch progredient und geht mit Verlust von Selbständigkeit, zunehmender Pflegebedürftigkeit und erhöhter Mortalität einher. Die Summe physiologischer Alterungsprozesse bedingt die primäre Frailty. Liegen chronische oder chronifizierende Erkrankungen vor, spricht man von sekundärer Frailty.

Aufgrund der eingeschränkten Reserven, der reduzierten Lebenserwartung und der hohen Empfindlichkeit gegen Noxen muss der gesamte Versorgungsplan individuell erstellt und kontinuierlich angepasst werden. Es handelt es sich um eine Patientengruppe, die im Verlauf einen unterschiedlich hohen, tendenziell steigenden palliativen Versorgungsbedarf aufweist. Das Spektrum der Betreuung reicht von der Aufklärung über den Zustand bis hin zur Sterbebegleitung.

Zur Diagnosestellung der Frailty ist das „Phänotyp-Modell“ nach Fried (2001) verbreitet. Es umfasst folgende Kriterien:

1. Ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 10% pro Jahr oder 5% pro 6 Monate
2. Subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch)
3. Objektivierbare Muskelschwäche, Abnahme der groben Kraft
4. Langsame Gehgeschwindigkeit (Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung)
5. Niedriger physischer Aktivitätslevel (basaler u./o. instrumentelle Alltagsaktivitäten)
 - 1 oder 2 Kriterien: Pre-Frailty
 - 3 oder mehr Kriterien: Frailty

Mittels geriatrischem Assessment werden diese Kriterien und physische, psychische und sozioökonomische altersabhängige Probleme bzw. Ressourcen erfasst.

Frailty als Altersfolge

¹ Frailty geht nach Meinung der meisten Geriater über bloße Gebrechlichkeit hinaus und wird damit als umfassenderer Begriff in dieser Arbeit verwendet.

Der Begriff Frailty kennzeichnet einen Alters assoziierten, physiologischen Prozess (Walston und Fried 2003; Bookvar und Meier 2006; Malaguarnera et al. 2013). Menschen mit Frailty zeigen in der Regel eine reduzierte Muskelmasse mit entsprechenden Auswirkungen auf Organismus und Wohlbefinden (Sarkopenie). Typische Folgen von Frailty sind Stürze, raschere Ermüdung, verzögerte Erholung nach akuten Krankheiten, längere stationäre Aufenthalte, steigendes Risiko der Institutionalisierung, Verlust der Selbstständigkeit und sinkende Lebensqualität.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass das gleichzeitige Vorliegen einer Demenz den Weg zur fortgeschrittenen Frailty maßgeblich beschleunigt. Dieser Tatsache wurde in Studien noch viel zu wenig Beachtung geschenkt, obwohl bis zu 60% der Hochbetagten mit Demenz sterben (Förstl et al. 2010).

Frailty als Krankheitsfolge

Frailty ist für viele chronische Erkrankungen des hohen Alters eine häufige gemeinsame funktionelle Endstrecke. Akute und chronische Erkrankungen sowie deren Behandlung beeinflussen sich oft gegenseitig. Das begünstigt das Entstehen von typischen Krankheitsketten (Böhmer 2001), die den Organismus schwächen und zur selbstständigen Ursache für die Entwicklung von Frailty werden können (sekundäre Frailty; Fried et al., 2001). Infolge laufender Interaktionen von pathologischen und physiologischen Veränderungen findet sich beim alten Menschen oft ein Übergang von der primären zur sekundären Frailty.

Fehl- und Mangelernährung im Alter begünstigen Frailty. Insbesondere Vitamin-Mangel (Vit. B₁₂/Vit. D₃) und proteinarme Ernährung sind im hohen Alter weit verbreitet.

Epidemiologische Studien bestätigen, dass reichliche Proteinzufuhr und körperliche Aktivität den Erhalt der Muskelmasse positiv beeinflussen (z.B. Lord et al, 2007; Hazell et al., 2007).

Frailty – zusätzliche Einflussfaktoren

Negative Altersbilder (Ageismus) in der Gesellschaft tragen zur Ausgrenzung und Vereinsamung hochbetagter Menschen bei, schränken Aktionsradius, Kommunikation und geistige Anregung immer stärker ein („social frailty“). Sie können eine Identitätskrise auslösen und auf diese Weise vorzeitig den Weg in die Frailty bahnen (Woo et al, 2005; Fillit und Butler, 2009). Dagegen steigern soziale Akzeptanz und ein erfülltes Leben die Resilienz und können so mithelfen, physische Abbauprozesse hinauszuzögern.

Die Entwicklung des Syndroms wird von diesen psychischen, sozialen und spirituellen Faktoren maßgeblich mitbeeinflusst (Rodríguez-Manas L et al, 2013), die sich stark auf Motivation und Lebensmut auswirken.

Frailty – Symptome

Das Fortschreiten von Frailty kann verzögert werden. Reduzierte Kraft und Mobilität können durch gezielte, angepasste Therapiemaßnahmen einschließlich Ernährung und Training der funktionellen Ressourcen verbessert werden. Dennoch kommt es bei Menschen mit Frailty unter Umständen zu sehr leidvollen Symptomen (z.B. Schmerzen, Luftnot, Fatigue, Depression, Inkontinenz, Obstipation, etc.) und psychosozialer Belastung, die eine Palliativversorgung erforderlich machen.

Aus dem Kraftverlust resultiert durch verminderte muskuläre Führung eine Fehlbelastung der Gelenke und des Bandapparates. Folge sind somatisch nozizeptive Schmerzen, die vor allem bei körperlicher Belastung auftreten (incident pain). Zur Schmerztherapie eignen sich am besten Stufe 1 Analgetika und Opioide. Besonders aber NSAR sind im hohen Alter ungünstig oder kontraindiziert. Auch kann bei belastungsabhängigen Schmerzen die Opioiddauertherapie problematisch sein. So kann die Dosis bei Belastung mit akuten Schmerzspitzen zu gering und unzureichend sein, um dann jedoch bei fehlender Belastung zu Symptomen der Überdosierung zu führen. Kurzwirksame Opioide können hier eine Lösung darstellen, wobei eine Beachtung des UAW-Spektrum nötig ist. Gute Schmerztherapie (z.B. antizipatorische Analgetikagabe) muss immer teambasiert erfolgen.

Im Rahmen der muskulären Schwäche kann es auch zu Luftnot kommen. Ursache kann die verminderte Atemexkursion und Unfähigkeit abzuhusten sein. Atemnot lässt sich gut mittels Opioiden behandeln. Handventilatoren sowie das Benutzen eines Rollators sind unterstützende nichtmedikamentöse Strategien (Simon et al. 2012, Simon et al. 2014), während Sauerstoff gegen Luftnot wirkungslos ist.

Frailty – Ort der Versorgung

Es ist wünschenswert, dass möglichst viele Menschen mit Frailty entsprechend ihrem Wunsch zu Hause versorgt werden können. Jedoch erfordern Single-Haushalte etc. eventuell stationäre Versorgungsangebote bzw. eine Vernetzung ambulanter und stationärer Strukturen. Dabei ist die Verknüpfung mit palliativen Angeboten hilfreich. Der Anteil von Menschen mit Frailty in der älteren Bevölkerung liegt bei ca. 10% (Clegg et al. 2013).

Um die Patienten so lange wie möglich zuhause zu versorgen ist die bestmögliche Stabilisierung der körperlichen Funktion wichtig (Rogers et al. 2014, Clegg et al. 2013). Dies kann dazu beitragen, die Heimaufnahme von Patienten mit Frailty zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern (Pande et al. 2007).

Phasenmodell

Palliative Versorgung bei Frailty sollte in drei Schwerpunkte eingeteilt werden:

Schwerpunkt I (Diagnosestellung, Aufklärung, palliative Annäherung)

- Diagnosestellung unter Berücksichtigung des geriatrischen Assessments
- Stabilisierung und Kompensation bei Begleiterkrankungen
- Kommunikation² über begrenzte Lebenserwartung
- Information zu palliativen Angeboten, Vorsorge und Verfügungen
- Entwickeln eines auf die individuelle Situation bezogenen Symptommanagements

Schwerpunkt II (Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen)

- Symptomlinderung unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen
- kritische Überprüfung bei Polypharmazie
- Information über komplexe medizinische und ethische Sachverhalte
- Ggf. Aktualisierung der Vorsorgeplanung

Schwerpunkt III (Sterbephase)

- Therapiezieländerung: Vorrang der Symptomlinderung
- Sterbebegleitung (medizinisch-pflegerisch, psychosozial und spirituell)
- Angehörigenbetreuung, auch nach dem Tod des Betroffenen

Literatur:

- Böhmer F: Multimorbidität. Deimling Wiss. Monographien 2001
 - Bookvar KS, Meier DE: Palliative Care for Frail Older Adults. JAMA 2006; 296 (18), 2245-2251
 - Clegg A, Young J, Rikkert MO, Rockwood K: Frailty in elderly people. Lancet 2013;381:752-762.
 - Fillit H, Butler RN: The Frailty Identity Crisis. JAGS 2009; 57: 348-352
 - Förstl H, Bickel H, Kurz A, Borasio GD: Sterben mit Demenz - Versorgungssituation und palliativmedizinischer Ausblick. Fortschr Neurol Psychiat 2010; 78: 1-10
 - Fried LP, Tangen CM, Walston J et al.: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J.Gerontol. 2001; 56: 1-11
 - Hazell T, Kenno K, Jakobi J: Functional benefit of power training for older adults. J Aging Phys Act 2007; 15(3): 349-359
 - Lord C, Chaput JP, Aubertin-Leheure M, Labonté M, Dionne IJ: Dietary animal protein intake: association with muscle mass index in older women. J Nutr Health Aging 2007; 11: 383-3387
 - Malaguarnera M, Vacante M, Frazzetto MP, Motta M: What is the frailty in elderly? Value and significance of the multidimensional assessments. Arch Gerontol Geriatr 2013; 56(1):23-26
-

- Pande A, Laditka SB, Laditka JN, Davis D: Aging in place? Evidence that a state Medicaid waiver program helps frail older persons avoid institutionalization. *Home Health Care Serv Q* 2007;26(3):39-30.
- Rodríguez-Manas L, Féart C, Mann G et al.: Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013; 68(1): 62-67
- Rogers CE, Cordeiro M, Perryman E: Maintenance of physical function in frail older adults. *Nurs Clin North Am* 2014; 49(2):147-156.
- Simon ST, Köskeroglu P, Bausewein C: Medikamentöse Therapie der refraktären Atemnot. Eine systematische Literaturübersicht. *Der Schmerz* 2012; 26:515-522
- Simon ST, Bausewein C, Remi C: Dyspnoe. In: Schnell M, Schulz C (Hrsg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. Springer Heidelberg 2. Auflage 2014
- Walston JD, Fried LP: Frailty and Its Implications for Care. In: Morrison RS, Meier DE *Geriatric Palliative Care*. Oxford University Press 2003
- Woo J, Goggings W, Sham A, Ho SC: Social determinants of frailty. *Gerontology* 2005; 51(6): 402-408

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christoph Gerhard

Ltd. Arzt Palliativzentrum, Kath. Klinikum Oberhausen

Leiter QB 13, Universität Essen

Sprecher der AG Nichttumorpatienten (DGP)

Mülheimer Str. 83

46045 Oberhausen

c.gerhard@kk-ob.de