

## **Arbeitspapier der AG Nichttumorpatienten- Palliativversorgung bei Herzinsuffizienz**

Viele Herzerkrankungen münden, unabhängig von der Ursache, in das progrediente Syndrom Herzinsuffizienz. Herzkreislaufversagen ist in Deutschland die häufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt 2012). Erkrankte mit Herzinsuffizienz entwickeln ähnliche Symptome und haben eine ähnlich schlechte Prognose wie Tumorpatienten (Jaarsma et. al 2009). Daher haben Patienten mit Herzinsuffizienz im gesamten Verlauf ihrer Erkrankung in unterschiedlichem Ausmaß einen palliativen Versorgungsbedarf, entsprechend der aktuellen Definition der WHO von 2002<sup>1</sup>. Leitlinien internationaler Fachgesellschaften empfehlen eine palliative Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz (Dickstein et al. 2008 bzw. Jaarsma et al. 2009).

Die Palliativversorgung in Deutschland konzentriert sich bisher allerdings meist auf Tumorpatienten und erreicht nur sehr wenige Patienten mit Herzinsuffizienz (Lindena et.al., 2009).

Die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz nimmt zu. Verantwortlich dafür sind die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung sowie die verbesserten Therapiemöglichkeiten bei Herzinsuffizienz mit längerer Erkrankungsdauer. Dadurch steigt gerade bei älteren Patienten die Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten bis hin zur Multimorbidität.

### **1. Symptome**

Das Syndrom Herzinsuffizienz<sup>2</sup> ist durch ein breites Spektrum zum Teil schwerwiegender und wechselnder Symptome gekennzeichnet (Duncan et al. 2006):

- Dyspnoe (90%) – bei Belastung, in Ruhe, nachts, Orthopnoe
- Schmerzen (bis zu 75% in den letzten sechs Lebensmonaten)
- Fatigue (69%)
- Depression (48%)

Darüber hinaus werden auch zahlreiche andere Symptome in der Literatur (z. B. McGavigan 2004) angegeben:

- Angst, Panik
- Delir und chronische Verwirrtheit

---

<sup>1</sup>"Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art." WHO-Definition 2002

<sup>2</sup>Der Schweregrad der HI wird eingeteilt gemäß Stadieneinteilung I-IVa,b nach New York Heart-Association (NYHA).

- Ödeme (z.B. Beine, Lunge, Anasarca)
- Durst
- Gewichtsab- oder -zunahme
- Hirnleistungsstörungen
- Körperliche Schwäche
- Schläfrigkeit
- Sozialer Rückzug, Isolation

## 2. Krankheitsverlauf

Die Herzinsuffizienz verläuft chronisch progredient mit interkurrenten akuten Verschlechterungen. Dabei sind akute lebensbedrohliche Ereignisse möglich. Prognostisch ungünstige Faktoren einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz sind (Jaarsma et al. 2009):

- Progressive Niereninsuffizienz
- Kachexie
- persistierende Ödeme (bei ansteigenden Diuretikadosen)
- Stark reduzierte Pumpfunktion
- wiederholte Dekompensation (innerhalb von sechs Monaten)
- rezidivierende maligne Arrhythmien

Zusätzlich erschwerend und prognostisch ungünstig sind andere Faktoren, z.B. im Rahmen einer bestehenden Multimorbidität (Frohnhofen et al. 2011):

- Hypotonie
- Fatigue
- Tagesschläfrigkeit
- Verwirrtheit
- Bettlägerigkeit
- andauernde körperliche Schwäche.

Trotz aller Prognosescores ist die genaue Einschätzung der Prognose schwierig (Duncan et al. 2006). Deshalb gehört eine frühe Integration multiprofessioneller palliativer Versorgung in das umfassende Behandlungskonzept der Herzinsuffizienz, da palliative und Erkrankungsspezifische Maßnahmen lange gleichzeitig verlaufen müssen. Die enge Vernetzung mit allgemein-medizinischer oder kardiologischer Expertise ist erforderlich.

Auch wenn in den frühen Krankheitsstadien Rekompensationen möglich sind, beträgt die Einjahressterblichkeit nach der ersten Krankenhausaufnahme mit der Diagnose Herzinsuffizienz 25% (Duncan 2006).

Mit Fortschreiten der Herzinsuffizienz steigt das Risiko für einen plötzlichen Herztod. Die Hälfte der Patienten mit Herzinsuffizienz stirbt unerwartet (Lynn et al. 1997). Dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit frühzeitiger Achtsamkeit für palliative Bedürfnisse der Erkrankten.

Bei älteren Patienten ist die Herzinsuffizienz häufig nur das aktuell führende Syndrom einer komplexen Multimorbidität, die bei therapeutischen Entscheidungen zu beachten ist.

Die Empfehlung der Heart Failure Association der European Society of Cardiology (Jaarsma et al. 2009) sieht die palliative Versorgung der Herzinsuffizienz entsprechend der NYHA-Stadien vor. In Weiterentwicklung der Systematik des Thesenpapiers unserer Arbeitsgruppe zur Palliativversorgung von Menschen mit Demenz (vgl. Gerhard et al., 2009) ist es sinnvoller, die Palliativversorgung der Herzinsuffizienz entsprechend des Bedarfes der Betroffenen in drei Schwerpunkte einzuteilen.

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

- Diagnosestellung
- Optimierung der krankheitsbezogenen Therapie
- Erkennen einer Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Kommunikation mit Aufklärung<sup>3</sup>, Information zu palliativen Angeboten, Vorsorge und Verfügungen
- Entwickeln eines auf das Grundleiden und die individuelle Situation bezogenen Symptommanagements

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

- Symptomlinderung
- krankheitsspezifische Therapie
- Berücksichtigung und Behandlung assoziierter Erkrankungen
- Information über komplexe medizinische und ethische Sachverhalte
- Anpassung der Vorsorgeplanung
- Notfallplanung (z.B. Bereitstellung von Notfallmedikamenten und Schulung zum Symptommanagement, Lynn et al. 2007)
- kritische Überprüfung bei Polypharmazie

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

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

### **3. Palliativversorgung**

Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz und deren Angehörigen sind oft unzureichend über den Krankheitsverlauf informiert. Häufig besteht das Gefühl, eine Belastung für das Umfeld zu sein. Der wechselhafte und plötzlich sich ändernde Krankheitsverlauf überfordert viele Angehörige.

---

<sup>3</sup> SPIKES-Modell, vgl. Baile et al. 2000

Qualitative Studien zeigen, dass viele Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz über den Tod nachdenken, es aber schwierig finden, dies mit der Umgebung zu besprechen (Horne und Payne 2004).

Palliativversorgung umfasst neben der Symptomlinderung insbesondere auch die intensive, ausdauernde und wiederholte Kommunikation über Krankheit, Sorgen und die sich verändernden Lebensumstände. Hierzu gehören auch Gespräche über Diagnose, Verlauf, Prognose, Therapieziele und Vorsorgeplanung. Die Planung umfasst Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen (im Speziellen die Klärung von Fragen zu Herzschrittmacher/Defibrillator oder Wiederbelebensmaßnahmen/DNR<sup>4</sup>). Dies ermöglicht dem Patienten und seinen Angehörigen einen besseren Umgang mit der Krankheit, Lebensgestaltung und Sterben (Horne und Payne 2004).

Chronisch Herzinsuffiziente erhalten oft invasive Therapien am Lebensende wie Reanimation, Herzkatheter, Magensonde etc. (Lynn et al. 1997). Hier ist immer die ärztliche Indikation für die Maßnahme und der Patientenwille zu diesem Zeitpunkt zu prüfen. Ethische Fallbesprechungen helfen in Konfliktsituationen, die Maßnahmen individuell dem Patientenwillen und der Prognose entsprechend einzusetzen.

Maßnahmen der Symptomlinderung zeigt die folgende Tabelle:

| <b>Maßnahmen zur Symptomlinderung bei Herzinsuffizienz</b><br>(modifiziert nach McGavigan 2004) |   |
|---|---|
| <i>Atemnot</i>  |   |
| •   | <i>Kardiale Medikation optimieren</i>   |
| •   | <i>Opioide</i>  |
| •   | <i>Keine unkritische Sauerstoffgabe (Cave: Mundaustrocknung)</i>              |
| •   | <i>Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Lagerung (Luftballons), Ventilator etc.</i> |
| <i>Fatigue</i>  |   |
| •   | <i>Bewegung, angepasste körperl. Betätigung, Physiotherapie</i>               |
| •   | <i>Überprüfen der Medikation (NW)</i>   |
| <i>Übelkeit, Appetitlosigkeit</i>   |   |
| •   | <i>Berücksichtigung von Komorbiditäten</i>                                    |
| •   | <i>Medikation überprüfen (NW)</i>   |
| •   | <i>Prokinetika (MCP, Domperidon), Antiemetika</i>                             |
| •   | <i>Evtl. Appetitstimulantien</i>  |
| <i>Depression, Angst</i>  |   |
| •   | <i>Relaxation (z.B. progress. Muskelrelax.), Bewegung</i>                     |
| •   | <i>Antidepressiva (keine Trizyklika!)</i>                                     |
| •   | <i>Anxiolytika vor allem auch nachts gegen nächtliche Angstattacken</i>       |
| <i>Schmerz</i>  |   |
| •   | <i>Opioide</i>  |
| •   | <i>NSAID möglichst vermeiden</i>  |

<sup>4</sup> DNR=Do not resuscitate, d.h. eine Festlegung, wann reanimiert werden soll und wann nicht.

Grundsätzlich sind zur Symptomlinderung nicht-medikamentöse Maßnahmen und insbesondere die Begleitung sowie psychologische Betreuung als wesentlich und unverzichtbar anzusehen.

#### **4. Zusammenfassung**

Ziele der Palliativversorgung bei Herzinsuffizienz sind die Symptomlinderung und die Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. Palliativversorgung trägt zu einer frühzeitigen, individuellen Patientenaufklärung, einschließlich der Vorsorgeplanung bei und erleichtert die rechtzeitige Organisation von Unterstützungssystemen.

Durch Palliativversorgung lassen sich Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen verbessern. Daher sollte die Integration palliativer Konzepte in allen Bereichen der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz angestrebt werden und in zukünftigen Leitlinien berücksichtigt werden.

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

#### **Literatur:**

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al.: SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000, 5 (4), S. 302-311
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The taskforce of the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388-2442
- Duncan E et al. in Bruera et al.: *Textbook of Palliative Medicine* 2006
- Frohnhofer H et al.: The terminal phase of life as a team-based clinical global judgment. Prevalence and associations in an acute geriatric unit. *Z Gerontol Geriat* 2011 DOI 10.1007/s00391-011-0180-7.
- Gerhard C et al.: Thesen zur palliativen Versorgung von Patienten mit Demenz. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2009; 10: 74-76c;
- Horne G, Payne S: Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine* 2004 18 291-6
- Jaarsma T et al.: Palliative care in heart failure. A position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur. J Heart Fail* (2009) 11, 433-443
- Lindena G et al.: HOPE 2009.  
[https://www.hopeclara.de/download/GesamtberichtHOPE2009\\_allgemein.pdf](https://www.hopeclara.de/download/GesamtberichtHOPE2009_allgemein.pdf); Zugriff am 6.12.10
- Lynn J et al.: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Ann Intern Med* 1997; 126: 97-106
- Lynn et al. *The Common Sense Guide to Improving Palliative Care*, Oxford University Press New York 2007
- Mc Carthy M et al. Communication and choice in dying from heart disease. *Journal of Royal Society of Medicine* 1997; 90, 128-31
- McGavigan AD et al. In Doyle et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 2004
- Statistisches Bundesamt 2012 ([http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=99528203&nummer=516&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=83777324](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=99528203&nummer=516&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=83777324)) Zugriff am 10.1.2012