

Palliative Medizin für ältere Menschen

R. Kunz

Zusammenfassung

Viele Geriatrische Patienten leiden an unheilbaren, chronisch-progredienten Erkrankungen mit teilweise massiver Einschränkung der Lebensqualität. Bei fehlender kausaler Therapiemöglichkeit kommt den palliativen Massnahmen eine zentrale Bedeutung zu.

Die Schmerzerfassung ist besonders bei kommunikationsunfähigen Patienten auf geeignete Instrumente angewiesen, die Schmerztherapie muss an die veränderte Reaktionsweise des älteren Organismus angepasst werden. Alle diagnostischen und therapeutischen Schritte sollen den Gewinn an Lebensqualität und nicht die reine Lebensverlängerung zum Ziel haben.

Einleitung

Palliative Medizin und Pflege sind bekannt geworden als symptomlindernde Behandlung und Betreuung für Menschen, die an terminalen Krebserkrankungen leiden. Für diese Patienten wurden spezielle Palliativstationen und Hospize geschaffen, und die Krebsliga hat sich vorbildlich um die Verbreitung des Wissens über Schmerztherapie und Linderung übriger Symptome bemüht.

Gemäss der Definition der WHO ist «palliative care»: «Lindern eines weit fortgeschrittenen, unheilbaren Leidens mit begrenzter Lebenserwartung durch ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel einer hohen Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen ...» [1].

Unter den älteren Menschen gibt es wohl eine beträchtliche Anzahl, die an einer fortgeschrittenen Krebskrankheit leiden und die von den Erkenntnissen bei jüngeren Erwachsenen profitieren, die in ihrer letzten Lebensphase adäquate palliative Betreuung erhalten. Der grössere Teil der betagten Patienten, v.a. in Institutionen wie Kranken- und Pflegeheimen, leidet aber an nicht malignen, chronischen und meist weit fortgeschrittenen Krankheiten. Typisch für den geriatrischen Patienten ist das Nebeneinander von verschiedenen chronischen Erkrankungen, die Multimorbidität, was oft auch eine komplexe medikamentöse Therapie erfordert. Damit steigt auch die Möglichkeit des Auftretens von unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen, wodurch oft zusätzliche Probleme den Patienten belasten.

Häufige chronisch progrediente, nicht mehr kurativ zugängliche Krankheiten des älteren Menschen sind:

- schwere degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates;
- chronisches Herzversagen;
- chronische Lungenkrankheiten;
- chronische Neurologische Krankheiten (Parkinson, Folgen von Apoplexien);
- progrediente Demenzerkrankungen.

Gemäss der WHO-Definition sind auch diese Patienten Zielgruppe für eine adäquate palliative Betreuung.

Bei Krebspatienten kann der Übergang von kurativer zu palliativer Therapie zeitlich definiert werden. Das Überschreiten dieser Schwelle kann durch klar erhebbare Befunde, die keiner kurativen Behandlung mehr zugänglich sind, festgestellt werden.

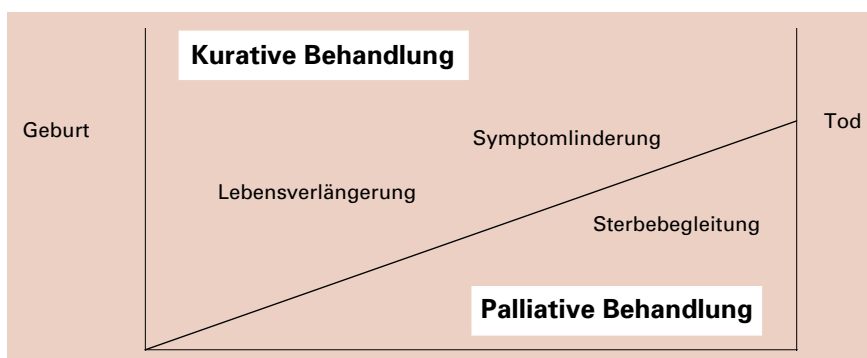
Ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen zeigen eine meist kontinuierliche Krankheitsentwicklung, es gibt keine scharfe Trennung zwischen kurativen Bemühungen und dem Übergang zu rein palliativen Massnahmen (Abb. 1). Sehr oft bestehen kausal behandelbare Störungen neben chronischen Symptomen. Die Schwierigkeit in diesen Fällen liegt darin, dass durch die Konzentration auf die behandelbaren Probleme die Symptomlinderung des chronischen Leidens gern in den Hintergrund rückt. Umgekehrt werden bei Konzentration auf die palliative Therapie neu aufgetretene, kausal behandelbare Störungen übersehen.

Pflegezentrum,
Spital Limmattal

Korrespondenz:
Dr. med. Roland Kunz
Pflegezentrum
Spital Limmattal
8952 Schlieren

roland.kunz@spital-limmattal.ch

Abbildung 1.



Palliative Betreuung

Der Entscheid, wann welche palliativen Massnahmen für ältere Patienten angezeigt sind, muss laufend neu erwogen werden. Durch die meist langsame Entwicklung der Symptome kommt es oft zu einer Gewöhnung bei den Betreuern und damit zu einer Unterschätzung des Ausmasses der Symptome. Der Patient hat das Gefühl, er müsse das Leiden akzeptieren und damit leben. Die Betreuenden (Ärzte und Pflegenden) beobachten bei den meisten ihrer Patienten (v.a. in Institutionen) Symptome wie Schmerzen, Appetitlosigkeit, Adynamie, Atemnot usw., was dazu führt, dass man unbewusst das Gefühl erhält, dies gehöre zum alten Menschen wie die grauen Haare. Was häufig ist, wird zur Normalität. Damit steigt die Gefahr, dass diese Symptome nicht ausreichend beachtet werden und somit auch nicht genügend behandelt werden.

Wir müssen uns bei der palliativen Betreuung von älteren Menschen vor allem mit zwei Problembereichen auseinandersetzen:

1. der Erfassung und Behandlung von Symptomen, welche die Lebensqualität einschränken;
2. der sorgfältigen Indikationsstellung für Abklärungen und Therapien unter dem Gesichtspunkt: was bringt es dem Patienten an Benefit im Vergleich zur Belastung durch die getroffenen Massnahmen.

Chronische Schmerzen

Wenden wir uns zuerst der Symptomerfassung und -behandlung zu: Das häufigste Symptom, unter dem ältere Menschen leiden, sind die Schmerzen.

In Pflegeheimen leiden 45–80% der Bewohner unter chronischen Schmerzen [2, 3]. Nur ein kleiner Teil von ihnen erhält eine suffiziente kontinuierliche Schmerztherapie, die meisten werden ungenügend oder gar nicht behandelt.

Die häufigsten chronischen Schmerzursachen sind:

- degenerative Veränderungen der Gelenke und der Wirbelsäule;
- Osteoporose;
- neuropathische Schmerzen (Postzoster, bei Hemiplegie);
- Krebsschmerzen.

Warum werden Schmerzen bei älteren Menschen so oft ungenügend behandelt?

1. Vorurteil «Schmerz gehört zum alten Menschen»;
2. ungenügende Schmerzerfassung, v.a. bei Kommunikationsstörungen;

3. Angst vor adäquater Therapie wegen Nebenwirkungen oder Suchtgefahr;
4. Folgestörungen des chronischen Schmerzes werden als unabhängige Störungen verkannt und behandelt (Depressionen, Schlafstörungen, Rückzug und Apathie, Appetitlosigkeit, Aggressionen usw.).

Das Vorurteil «Schmerz gehört zum alten Menschen» muss in der Ausbildung und in den Institutionen revidiert werden und ist eine Frage der genügenden Information und Sensibilisierung. Ebenso gilt es, das Vorurteil auszuräumen, ältere Menschen würden Schmerzen weniger stark empfinden.

Dass Schmerzen systematisch erfasst werden sollten, dürfte heute vorausgesetzt werden. Meistens geschieht dies mit der VAS (Visuellen Analog Skala), die das Erstellen eines Schmerzprotokolls erlaubt. Dies setzt aber eine entsprechende Kooperation und Kommunikationsfähigkeit des Patienten voraus. Am häufigsten werden Schmerzen deshalb bei Patienten ungenügend erkannt und behandelt, die in ihrer Urteilsfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit behindert sind:

- bei Demenzkranken;
- bei aphasischen Patienten.

Vor allem die Sprachverständnisstörungen können einschränkend wirken. Wenn der Patient nicht mehr versteht, was das Wort Schmerz bedeutet, kann er uns auch keine verlässliche Antwort geben.

Wenn wir in den grossen Geriatrielehrbüchern nachschlagen, so finden wir wenig bis nichts über palliative Medizin und Pflege. Unter dem Kapitel Schmerz finden sich meistens Hinweise auf die Richtlinien der WHO und es wird eine Schmerzerfassung mit der VAS empfohlen. In keinem Lehrbuch fand ich Hinweise zur Schmerzerfassung bei kommunikationsgestörten Patienten, obwohl eine wachsende Zahl älterer Menschen an Demenzkrankheiten leidet. In den Institutionen sind es meistens über 50% der Bewohner.

Schmerztherapie

Eine Literaturrecherche ergibt zwar einige Arbeiten über die Schmerztherapie bei kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen. Alle enden mit der gleichen Schlussfolgerung, dass die Schmerztherapie bei dieser Patientengruppe noch ungenügend ist und dass für die Schmerzerfassung noch keine befriedigenden Instrumente zur Verfügung stehen [4, 5].

Zwei Schmerzerfassungsinstrumente für kommunikationsgestörte ältere Menschen sind auf Französisch publiziert worden: Doloplus [6] und ECPA [7], vgl. Tab.1.

Tabelle 1. ECPA. Nach [7], deutsche Version Kunz R. 2000.

Datum:	Patient:	
vis.:	Geb.:	Zimmer:

Dimension 1. Beobachtungen ausserhalb der Pflege.**ITEM 1 – verbale Äusserungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien**

- | | |
|---|--|
| 0 | Patient macht keine Äusserungen |
| 1 | Schmerzäusserungen, wenn Patient angesprochen wird |
| 2 | Schmerzäusserungen, sobald jemand beim Patienten ist |
| 3 | spontane Schmerzäusserungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen |
| 4 | spontanes Schreien bzw. qualvolle Äusserungen |

ITEM 2 – Gesichtsausdruck: Blick und Mimik

- | | |
|---|---|
| 0 | entspannter Gesichtsausdruck |
| 1 | besorgter, gespannter Blick |
| 2 | ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen |
| 3 | verkrampfter u./o. ängstlicher Blick |
| 4 | vollständig starrer Blick / Ausdruck |

ITEM 3 – spontane Ruuehaltung

- | | |
|---|--|
| 0 | keinerlei Schonhaltung |
| 1 | Vermeidung einer bestimmten Position, Haltung |
| 2 | Patient wählt eine Schonhaltung (aber kann sich bewegen) |
| 3 | Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung |
| 4 | Patient bleibt vollständig immobil |

Dimension 2. Beobachtungen während der Pflege.**ITEM 4 – ängstliche Abwehr bei Pflege**

- | | |
|---|---|
| 0 | Patient zeigt keine Angst |
| 1 | ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck |
| 2 | Patient reagiert mit Unruhe |
| 3 | Patient reagiert aggressiv |
| 4 | Patient schreit, stöhnt, jammert |

ITEM 5 – Reaktionen bei der Mobilisation

- | | |
|---|--|
| 0 | Patient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung |
| 1 | Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten |
| 2 | Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden während Mobilisation und Pflege |
| 3 | Patient nimmt während Mobilisation / Pflege Schonhaltung ein |
| 4 | Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege |

ITEM 6 – Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen

- | | |
|---|--|
| 0 | keinerlei negative Reaktionen während Pflege |
| 1 | Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung |
| 2 | Reaktion beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen |
| 3 | Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen |
| 4 | Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zone zu nähern |

ITEM 7 – verbale Äusserungen während der Pflege

- | | |
|---|--|
| 0 | keine Äusserungen während der Pflege |
| 1 | Schmerzäusserung, wenn man sich an den Patienten wendet |
| 2 | Schmerzäusserung, sobald Pflegenden beim Patienten ist |
| 3 | spontane Schmerzäusserung oder spontanes leises Weinen, Schluchzen |
| 4 | spontanes Schreien bzw. qualvolle Äusserungen |

Dimension 3. Auswirkungen auf Aktivitäten.

ITEM 8 – Auswirkungen auf den Appetit

- | | |
|---|--|
| 0 | keine Veränderungen bezüglich Appetit |
| 1 | leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeiten |
| 2 | muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen |
| 3 | isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen |
| 4 | verweigert jegliche Nahrung |

ITEM 9 – Auswirkungen auf den Schlaf

- | | |
|---|--|
| 0 | guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Patient ausgeruht |
| 1 | Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen |
| 2 | Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen |
| 3 | zusätzliches nächtliches Erwachen |
| 4 | seltener oder fehlender Schlaf |

ITEM 10 – Auswirkungen auf Bewegungen

- | | |
|---|--|
| 0 | Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt |
| 1 | Patient bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen |
| 2 | seltener / verlangsamte Bewegungen |
| 3 | Immobilität |
| 4 | Apathie oder Unruhe |

ITEM 11 – Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 0 | üblicher Kontakt |
| 1 | Herstellen von Kontakt erschwert |
| 2 | Patient vermeidet Kontaktaufnahme |
| 3 | Fehlen jeglichen Kontaktes |
| 4 | totale Indifferenz |

Total Punkte (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)

Zur Schmerztherapie bei älteren Menschen möchte ich folgende Bemerkungen in Ergänzung zu den allgemein gültigen Richtlinien für die Therapie chronischer Schmerzen machen:

Die Berücksichtigung der häufigen Begleiterkrankungen im Rahmen der Multimorbidität erfordert eine sorgfältige Auswahl der Präparate. Ich denke v.a. an folgende Störungen:

- Einschränkungen der Nierenfunktion;
- Einschränkungen der Leberfunktion;
- Störungen im Bereich des Magen-Darmtraktes:
 - Ulkusanamnese;
 - Refluxkrankheit;
 - chronische Obstipation;
 - entzündliche Darmerkrankungen.

Häufig verwendet und in ihrer Gefährlichkeit unterschätzt werden die nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR). Ihre Anwendung sollte v.a. auf entzündliche schmerzhafte Erkrankungen des Bewegungsapparates beschränkt bleiben. Für die chronisch-degenera-

tiven Schmerzen besser geeignet sind Paracetamol oder Metamicol als Vertreter der WHO-Stufe-1.

Unter den Stufe-2-Präparaten sind bei uns v.a. Tramadol und Codein im Gebrauch. Sie eignen sich für Langzeittherapien, auch in der Kombination mit den Stufe-1-Präparaten. Nausea und v.a. Obstipation sind häufig, zusätzlich muss daran gedacht werden, dass das zur Metabolisierung in der Leber notwendige Enzym Zytocrom P450 2D6 bei rund 10% der Bevölkerung fehlt und die analgetische Wirkung dadurch weitgehend ausbleibt.

Für starke Schmerzen stehen die Stufe-3-Präparate zur Verfügung. Vergleicht man Wirkung und mögliche gefährliche Nebenwirkungen dieser Präparate, so handelt es sich bei korrekter Anwendung um sehr sichere Substanzen gerade auch für ältere Menschen. Es sollte deshalb nicht gezögert werden, diese Präparate auch bei alten und sehr alten Menschen anzuwenden. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass die Opiate nicht nur ihren Platz in der terminalen Schmerztherapie haben, sondern auch in der Langzeittherapie chronischer

Schmerzzustände unbedingt zur Anwendung kommen sollten.

Die wichtigsten Grundsätze bei der Behandlung älterer Patienten mit Opiaten sind folgende:

- Start low – go slow! Dadurch treten weniger Nebenwirkungen auf, die zu Therapieabbrüchen führen wie Delirien, Somnolenz, Nausea.
- Der verlangsamte Metabolismus erfordert eher tiefere Dosierungen als bei jüngeren Erwachsenen.
- Die Toleranzentwicklung ist im allgemeinen langsamer.
- Nebenwirkungen sind von Beginn der Therapie an mitzubehandeln!
- Harnverhaltungen sind gehäuft möglich.
- Information der Angehörigen und des Patienten über mögliche initiale Nebenwirkungen und dass Opiattherapie nicht bedeutet, dass der Tod unmittelbar bevorsteht. Dadurch kann die Compliance verbessert werden.

Nur am Rande möchte ich erinnern, dass chronische Schmerzen nicht nur aus der somatischen Komponente bestehen, sondern, dass der Schmerz ein globales subjektives Erlebnis ist. Der Verlust der eigenen Integrität, der geliebten Umgebung, des Gebrauchtwerdens verstärken Schmerzen ebenso wie eine negative Lebensbilanz oder das Gefühl der Todesnähe. Eine gute Schmerztherapie darf sich deshalb nicht allein auf die pharmakologische Therapie der somatischen Schmerzen beschränken, sondern muss auch die andern Dimensionen des globalen Schmerzes mitbehandeln.

Bezüglich der palliativen Behandlung anderer Symptome gelten die gleichen Grundsätze wie bei jüngeren Menschen. Ich möchte deshalb nicht weiter darauf eingehen.

Ziel der palliativen Medizin

Gestatten Sie mir nun noch einige Überlegungen zu der am Anfang erwähnten Frage, welche Therapie, welche Abklärung, welche Betreuungsmassnahme für den älteren Menschen angezeigt ist.

Die Geriatrie ist immer eine Gratwanderung zwischen dem therapeutischen Nihilismus und der bedingungslosen Verwirklichung jeder heute zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Option. Sowohl unsere vermeintliche Hilfe wie auch verweigerter Hilfe können für den Betagten zur sinnlosen Tortur werden.

Vor jedem diagnostischen und therapeutischen Schritt sind deshalb folgende Fragen zu klären:

- Wie ist der Patientenwille? Dies erfordert Information des Patienten über Diagnose und Prognose, Erklärung der möglichen Abklärungen und Konsequenzen.
- Ist die geplante Untersuchung oder Therapie dem Patienten überhaupt zumutbar?
- Wie sind die Erfolgsaussichten aus der Sicht des Patienten? Verbessern wir nur einen Laborwert oder verbessern wir die Lebensqualität des Patienten durch unsere Massnahmen?

In der Geriatrie wird heute der rehabilitative Aspekt grossgeschrieben. Wenn wir Abklärungen und Therapien verordnen mit dem Ziel der Wiederherstellung, so müssen wir uns bewusst sein, dass viele unserer älteren Patienten nie mehr gesund, selbständig werden können, nie mehr nach Hause können. Unter diesem Blickwinkel können wir verstehen, dass diese Menschen oft keinen Sinn in unseren Bemühungen erkennen können, weil sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen.

Palliative care für ältere Menschen heisst deshalb nicht nur Symptomlinderung, sondern auch dem Leben bis zuletzt versuchen Sinn zu geben. Und dazu ist eine umfassende interdisziplinäre Betreuung unter Einbezug der Angehörigen notwendig. Dass dies mit dem heutigen Entschädigungsmodell in der Langzeitpflege oft nur ungenügend möglich ist, ist leider eine Tatsache.

Das Ziel der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung älterer Menschen, ist somit nicht nur die adäquate Symptomlinderung, sondern eine umfassende Therapie und Betreuung. Ich möchte deshalb schliessen mit dem Credo von Cicely Saunders, das sie für ihre Patienten formulierte:

«Sie sind wichtig, weil Sie eben sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch leben können bis zuletzt.»

Ich weiss, dass es manchmal schwierig ist, dieses Ziel nicht aus den Augen zu verlieren bei schwerkranken alten Menschen. Aber manchmal liegt der Weg zu diesem Ziel näher, als wir ihn suchen. Leben heisst z.B. oft eher, von Angehörigen gereicht einen Bissen des Lieblingsessens zu riechen und zu schmecken trotz Schluckschwierigkeiten als eine optimale Kalorienzufuhr über eine PEG-Sonde zu erhalten aus einer tropfenden Flasche am Ständer. Leben heisst für alte Menschen nicht in erster Linie Lebensverlängerung.

Literatur

- 1 Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Informationsbroschüre modifiz. Auflage 2001.
- 2 Ferrell BA. Pain Management in Elderly People. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39:64–73.
- 3 Groux-Frehner D, Rapin CH. Les douleurs chroniques dans un home de personnes âgées. *Infokara* 1996; 41:16–25.
- 4 Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:591–8.
- 5 Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1079–85.
- 6 Wary B. Ce vieillard a-t-il mal? Collection Amarylles-Les annales de Soins Palliatifs 1993;2:89–98.
- 7 Morello R, Jean A, Alix M. L'ECPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. *Infokara* 1998;51: 22–9.