

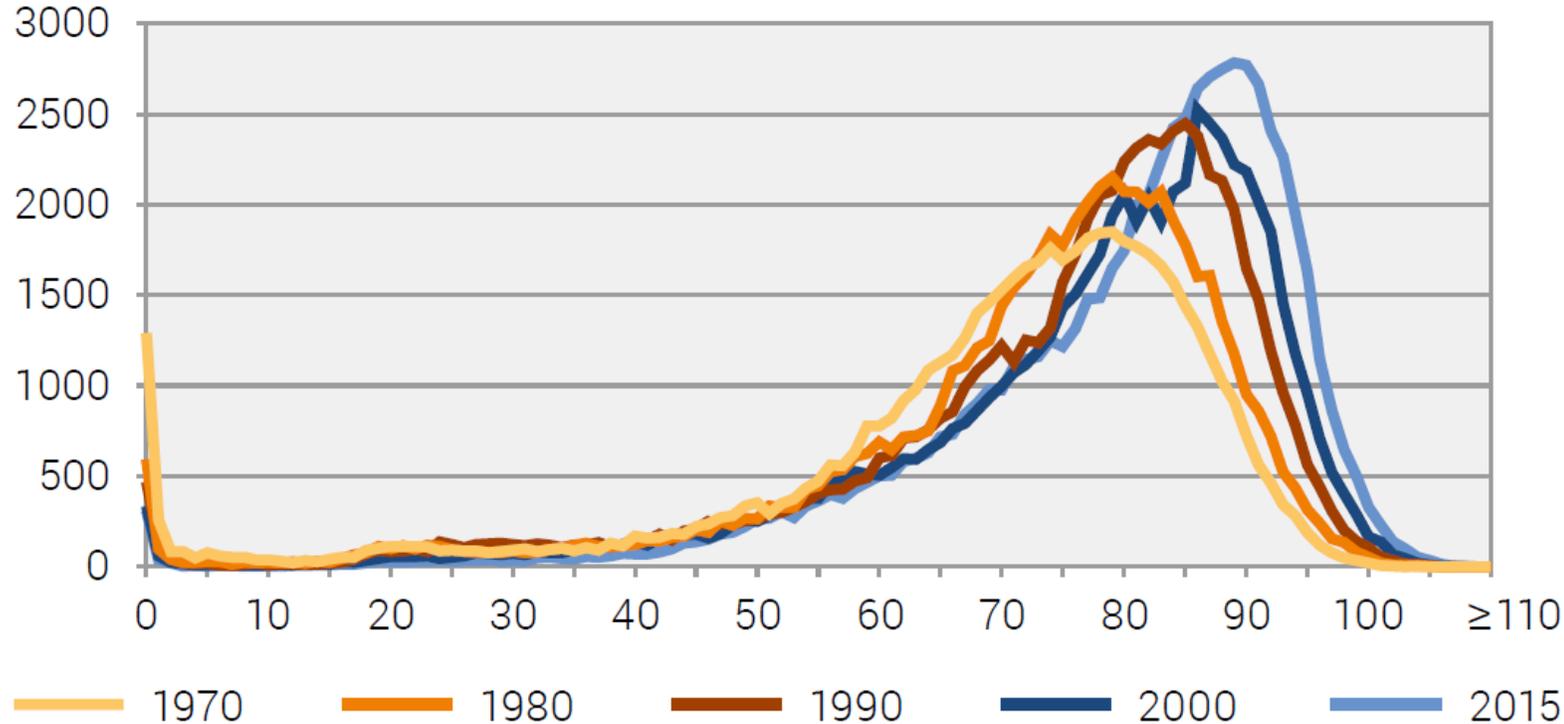
Erwartungen und Grenzen in der Medizin

Dr. med. Roland Kunz
Chefarzt universitäre Klinik
für Akutgeriatrie und
Zentrum für Palliative Care

Wir werden immer älter, das Lebensende verschiebt sich nach hinten

Todesfälle nach Alter

G 6



Die moderne Medizin kann die meisten Krankheiten soweit behandeln, dass wir mit ihnen noch lange leben können.

→ Das weckt irrationale Erwartungen...

Früher der Jungbrunnen als Traum

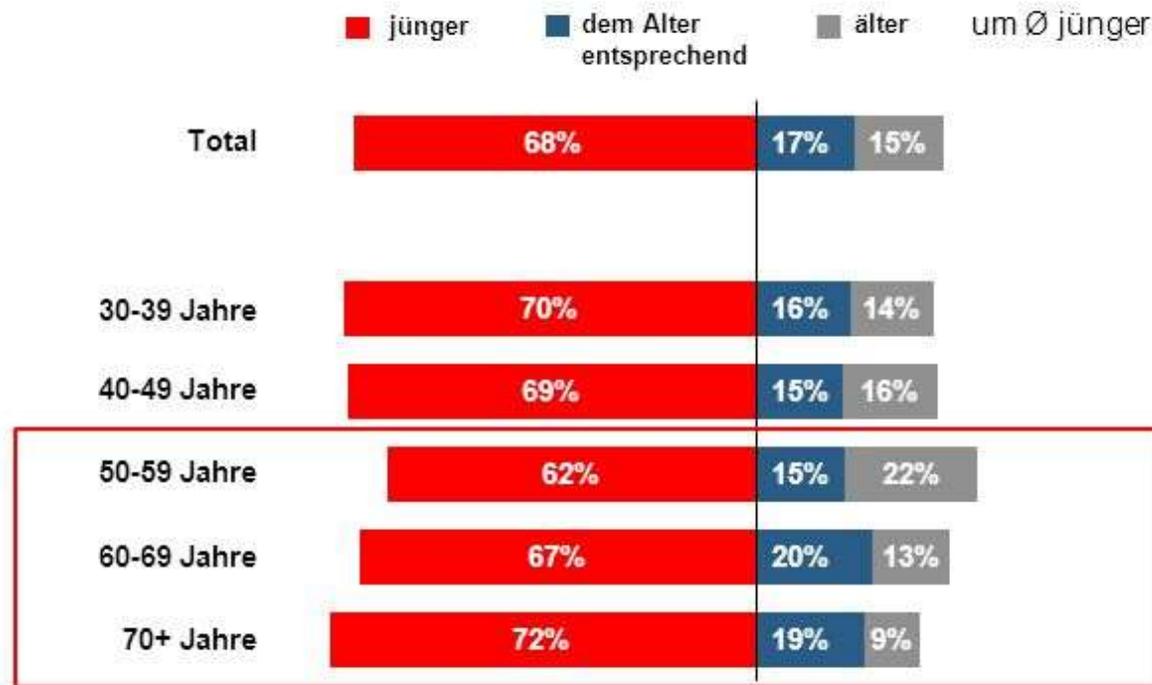




Heute versuchen wir
unser Altwerden,
unsere Endlichkeit, das
Sterben mit einem
Leistungswahn zu
verdrängen...

„Jeder will alt werden, keiner will alt sein.“

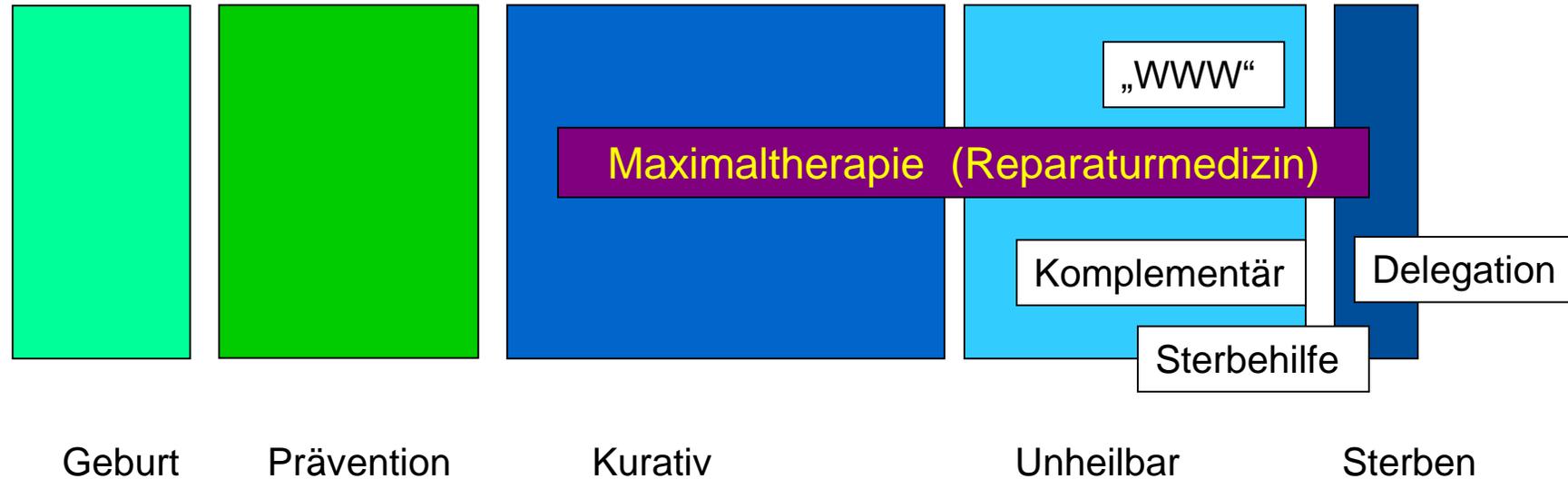
Gefühltes Alter – Befragter fühlt sich...



Deutschland ist ein glückliches Land – gut zwei Drittel fühlen sich jünger, als sie tatsächlich sind.

Im Durchschnitt 7 Jahre – dies hat erheblichen Einfluss auf eine adäquate Ansprache der jeweiligen Zielperson!

Medizin und Gesellschaft tun sich schwer im Umgang mit Krankheit, Unheilbarkeit, Sterben



Anti-Aging Werbung und Spitzenmedizin schüren Erwartungen



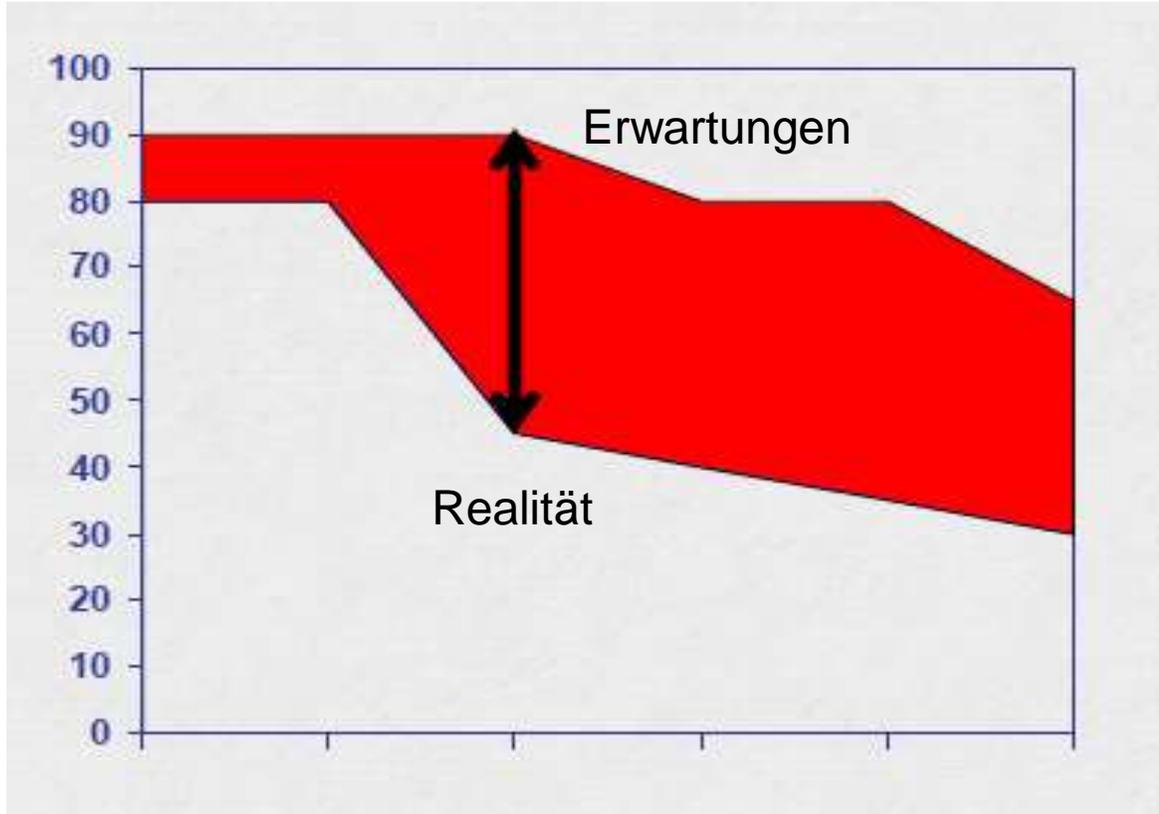
Mit 101 Jahren zum Marathon

LONDON. Im Alter von 30 wird ein Athlet in der Sportjournalistensprache zum Routinier, mit 35 zum Oldie und mit 40 zum Dinosaurier. Für den Briten Buster Martin lässt sich nach diesem Schema keine passende Bezeichnung finden: Der frühere Sportinstruktor der britischen Armee, der am 13. April zum London-Marathon starten will, ist 101 Jahre alt. «Im Ziel werde ich mich mit einem grossen Bier und einer Zigarette belohnen», sagt Martin. Das kann aber dauern. Für seinen letzten Halbmarathon benötigte er 5:13 Stunden. **AK.**



Senior auf Langstrecke:
Buster Martin. Foto: RTR

Unsere Lebensqualität hängt von unseren Erwartungen ab

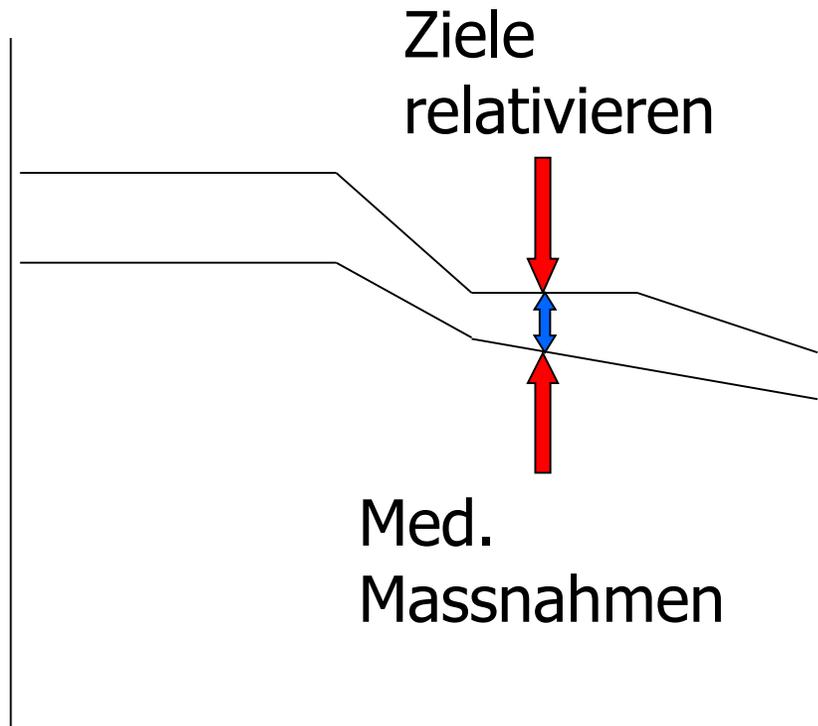


Calman Gap

(K.C. Calman 1984)

Die Einschränkung der Lebensqualität entspricht der Differenz zwischen Erwartungen und Realität

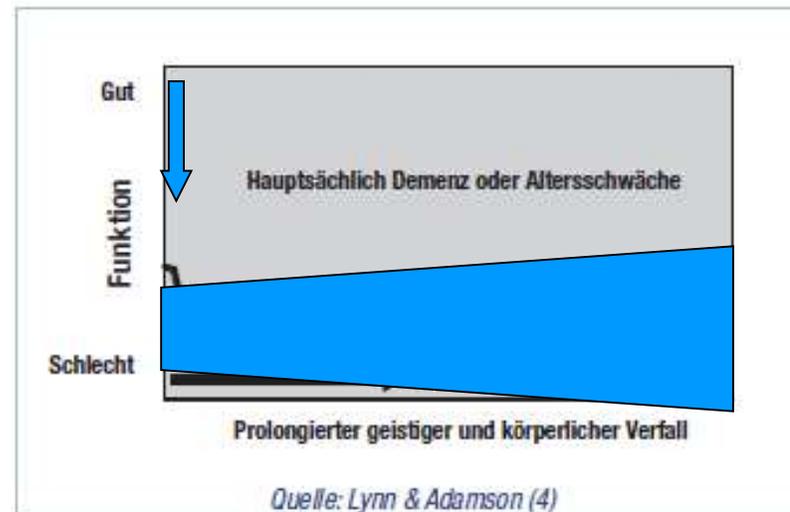
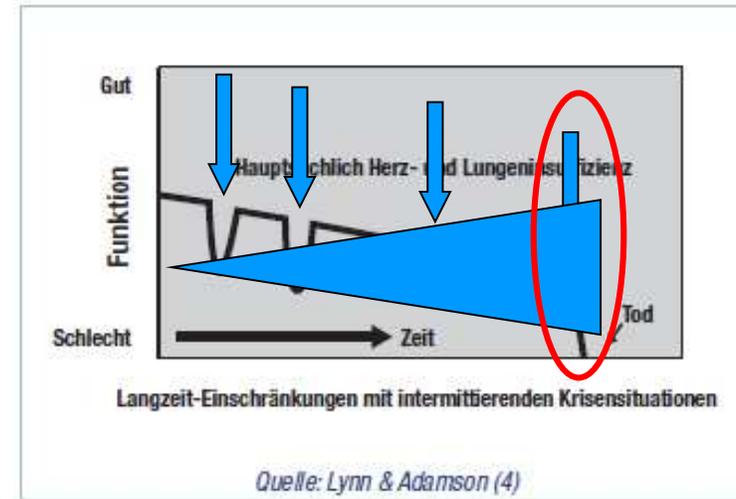
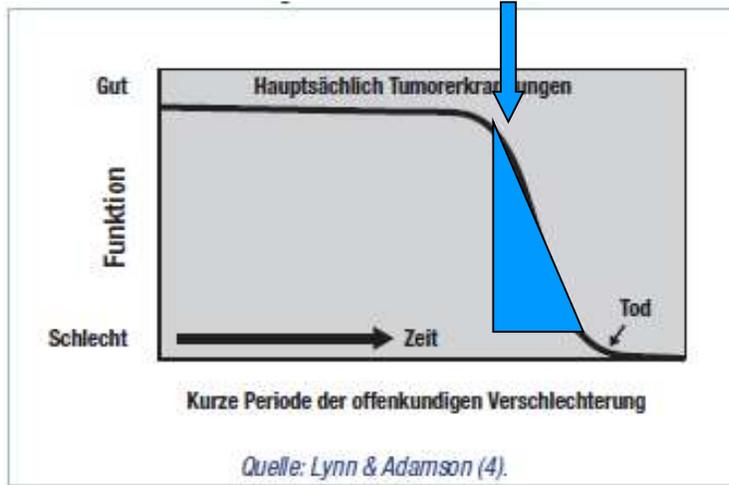
Geriatrischer Ansatz: Mehr Lebensqualität durch Hilfe zur Akzeptanz + zielgerichtete Behandlung



**Interdisz. Behandlungsteam
zusammen mit dem
Patienten, «Gesellschaft»**

**Rehabilitation (Geriatric)
+ Palliative Care**

Wann beginnt Palliative Care?





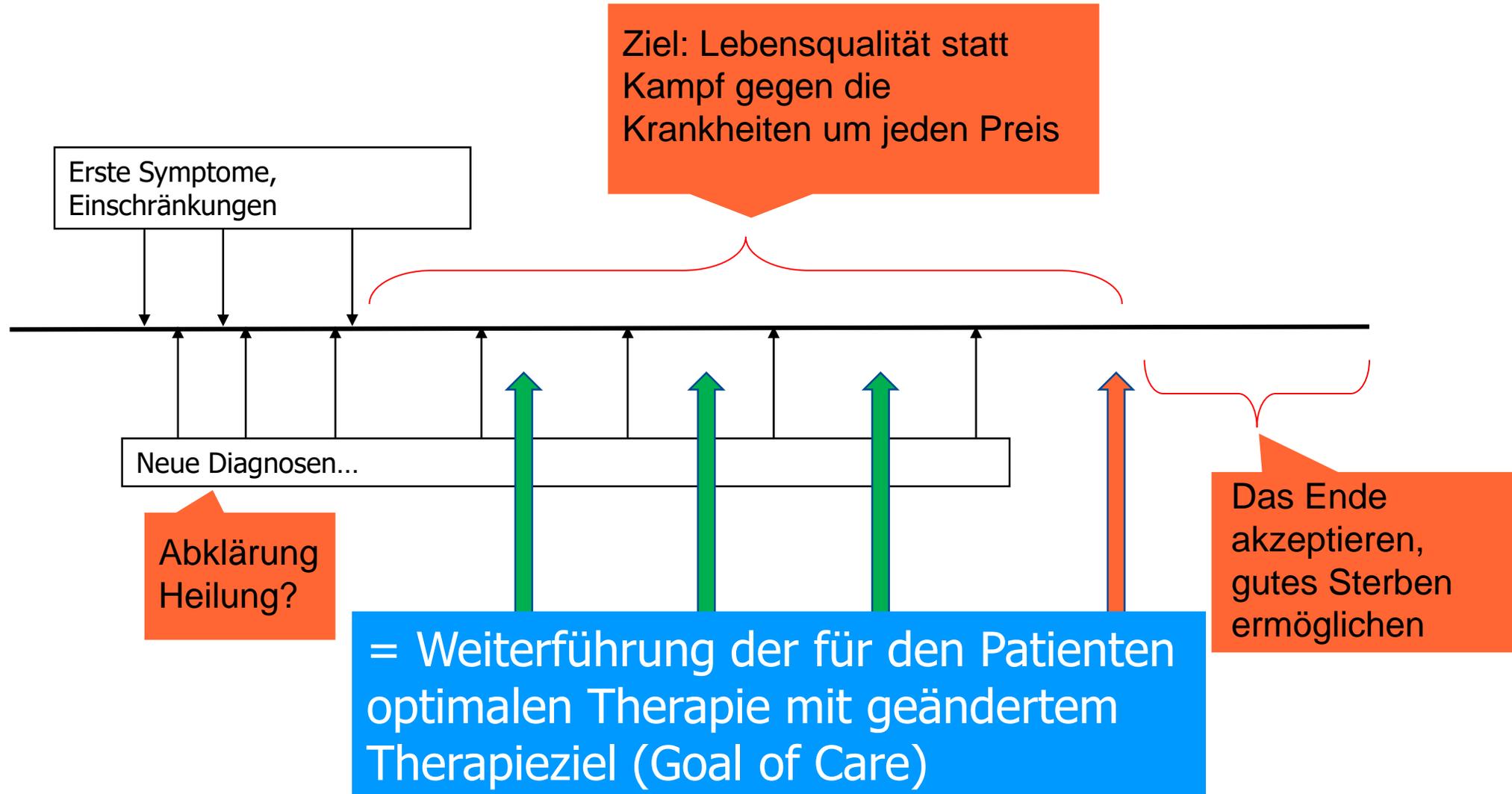
Altersmedizin, die Haute Couture der Medizin

Massgeschneidert (Das Kleid der Figur anpassen, nicht umgekehrt)

Individuell

Auf die Bedürfnisse und Ziele, die subjektiven Probleme der Patienten ausgerichtet

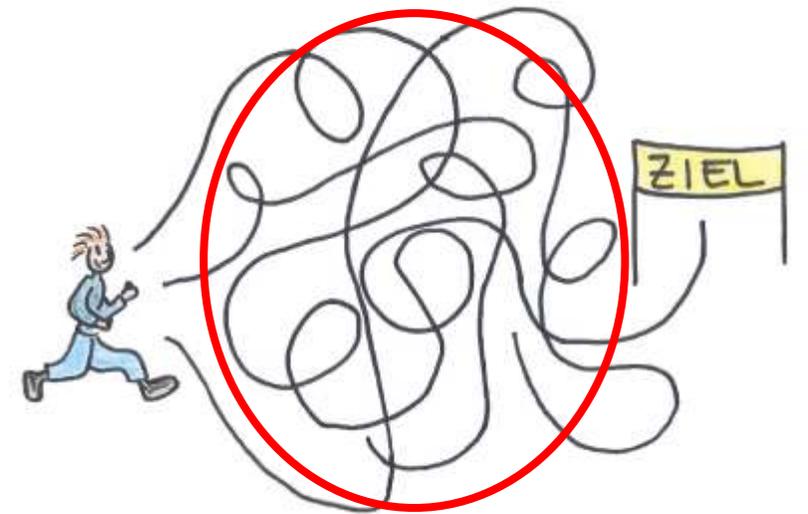
Ziele anpassen im Verlauf



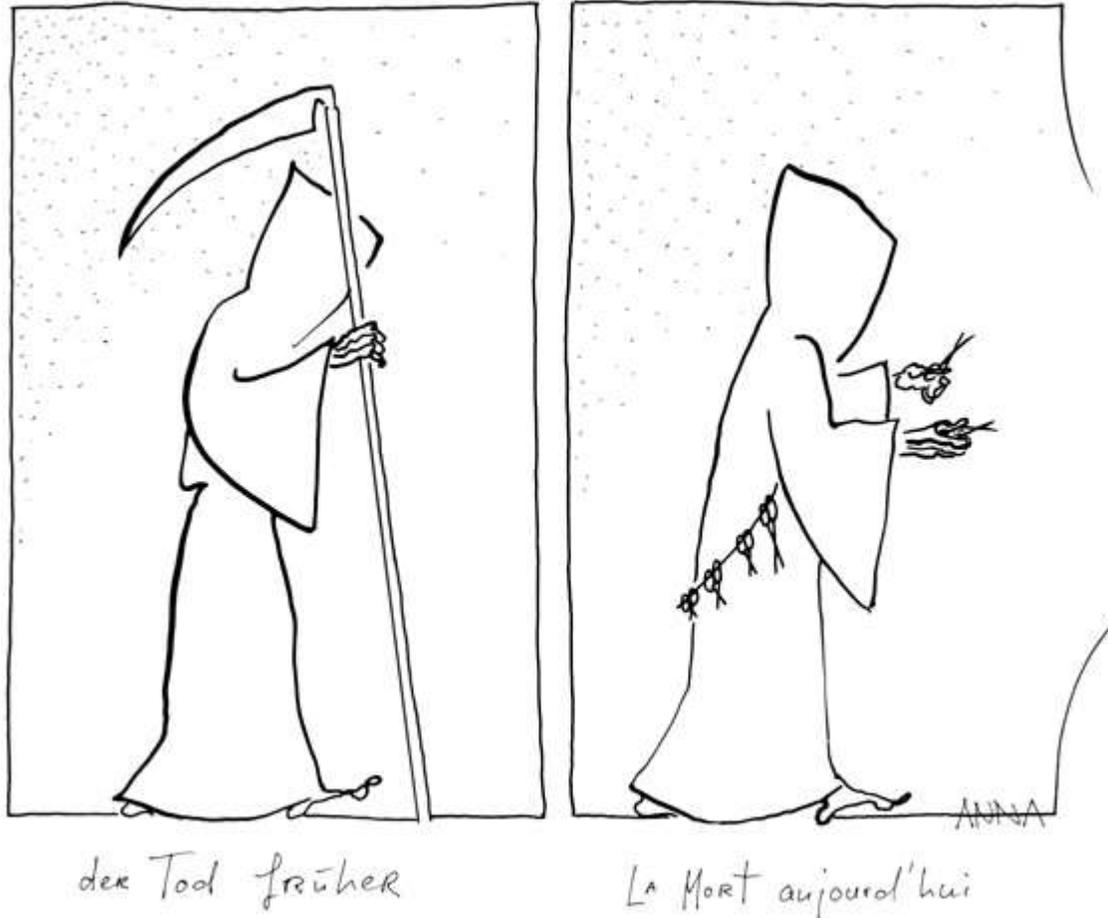
Goal of Care ≠ Einzelentscheidungen

- Alte Menschen bevorzugen das Formulieren von Prioritäten und Zielen (und wünschen nur eine passive Rolle im konkreten Entscheid!)

Romo RD et al. Sense of control in end-of-life decision-making.
J Am Geriatr Soc 2017;65: E70-E75

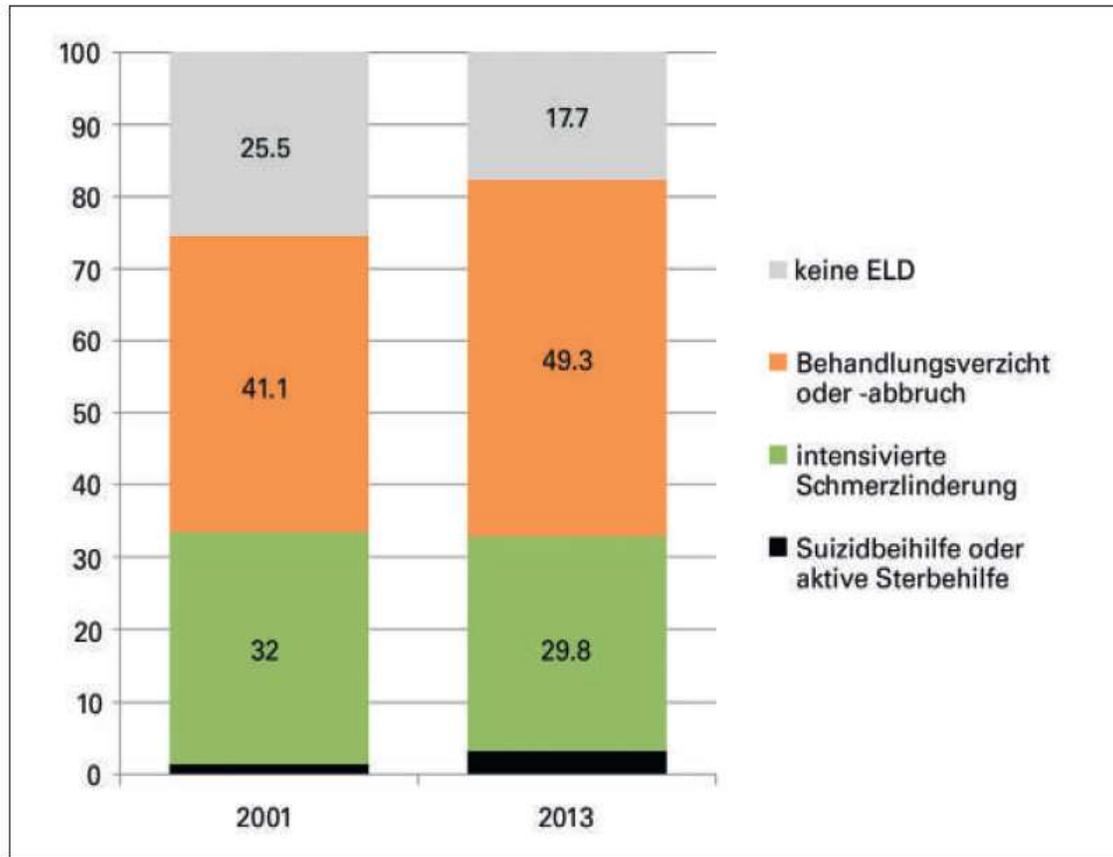


Vom Schicksal zur bewussten Entscheidung



Das Lebende
kommt
schrittweise und
als Folge von
Entscheidungen

Entscheidungen zum Lebensende

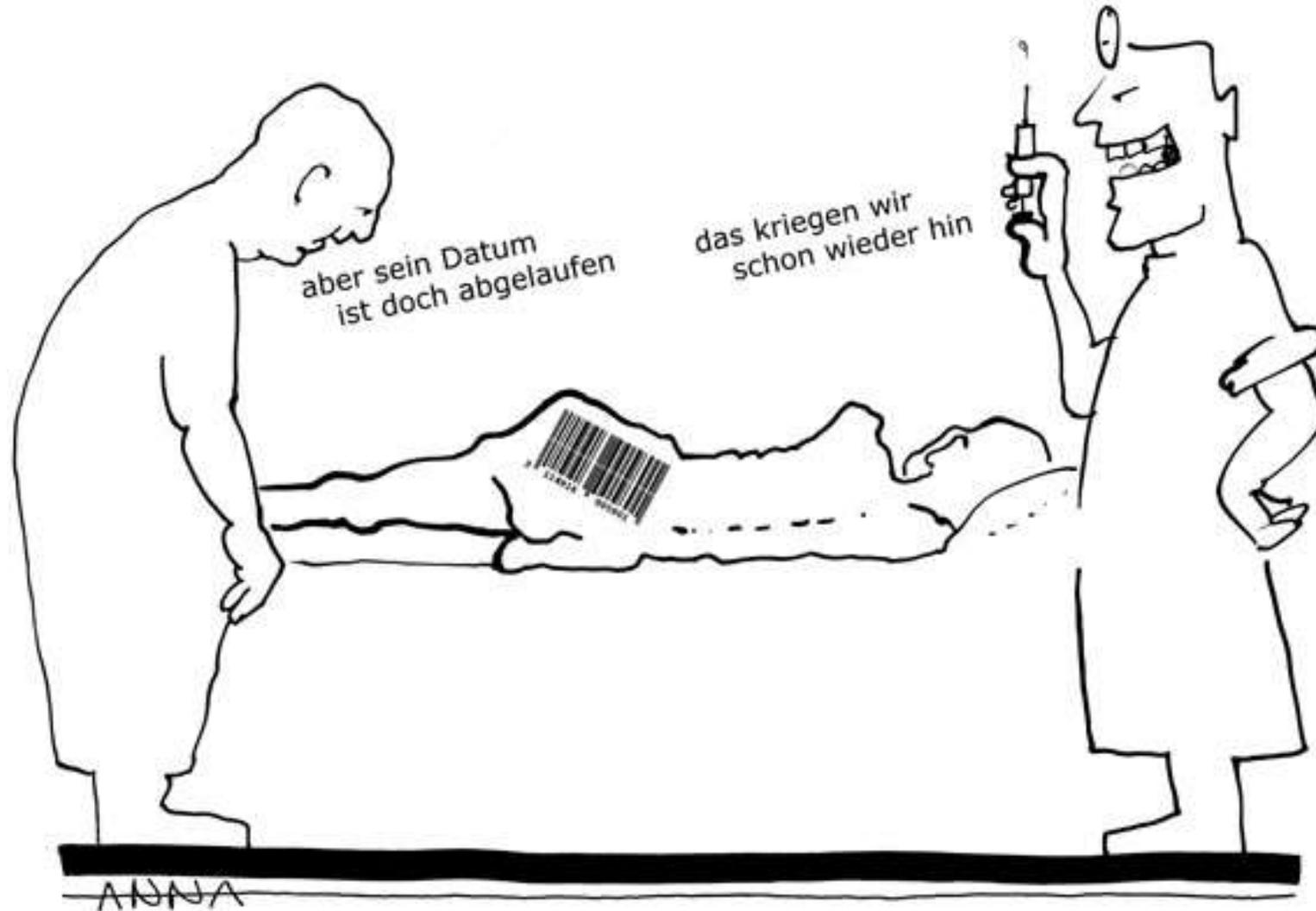


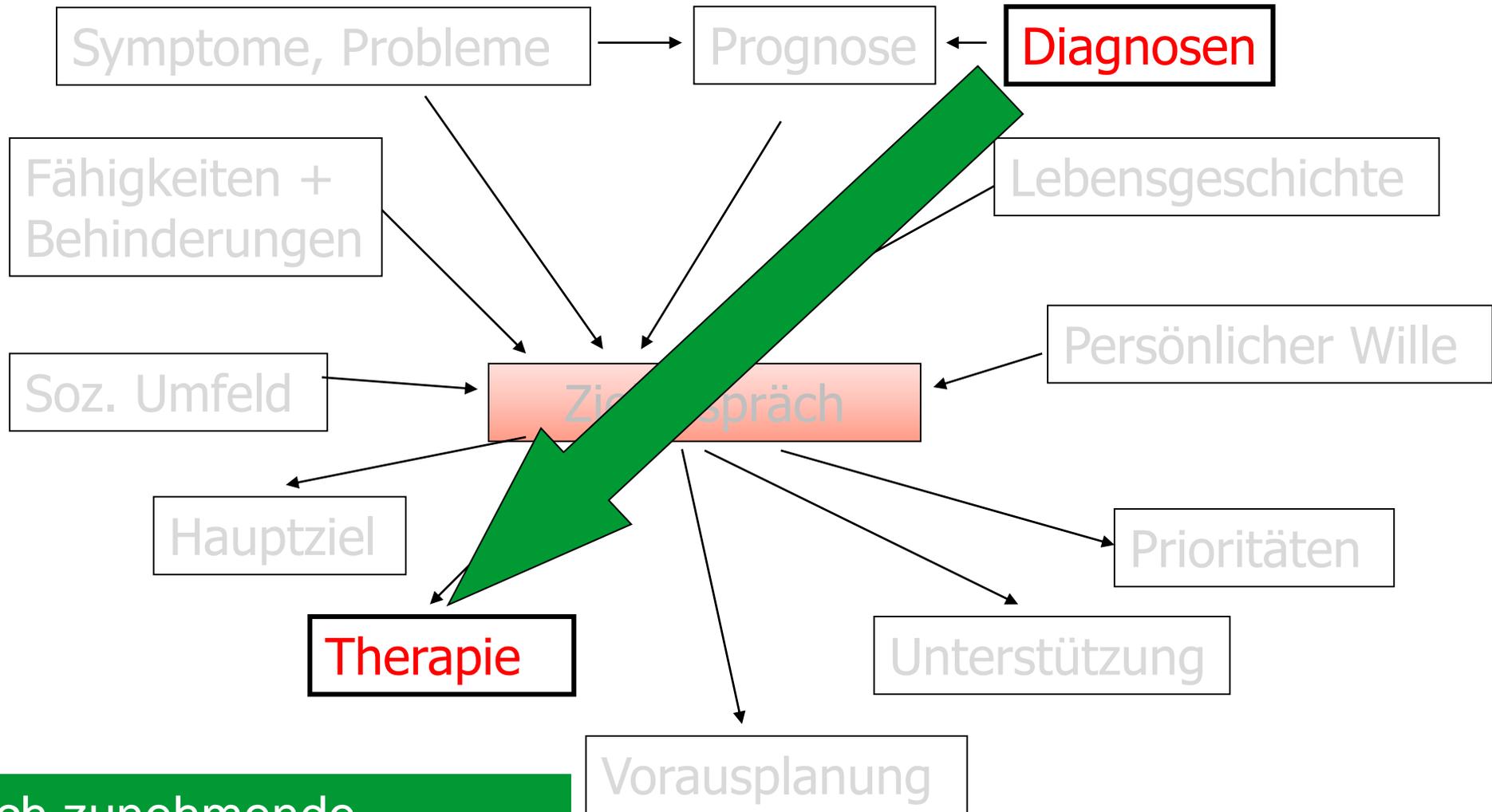
Die Hälfte der erwarteten Todesfälle ist Folge einer bewussten Entscheidung.

Das Ende ist nicht mehr Schicksal, sondern muss immer mehr geplant werden.

Das heisst, wir werden zu immer mehr Eigenverantwortung gedrängt (PV, ACP, konkrete Entscheidungen)

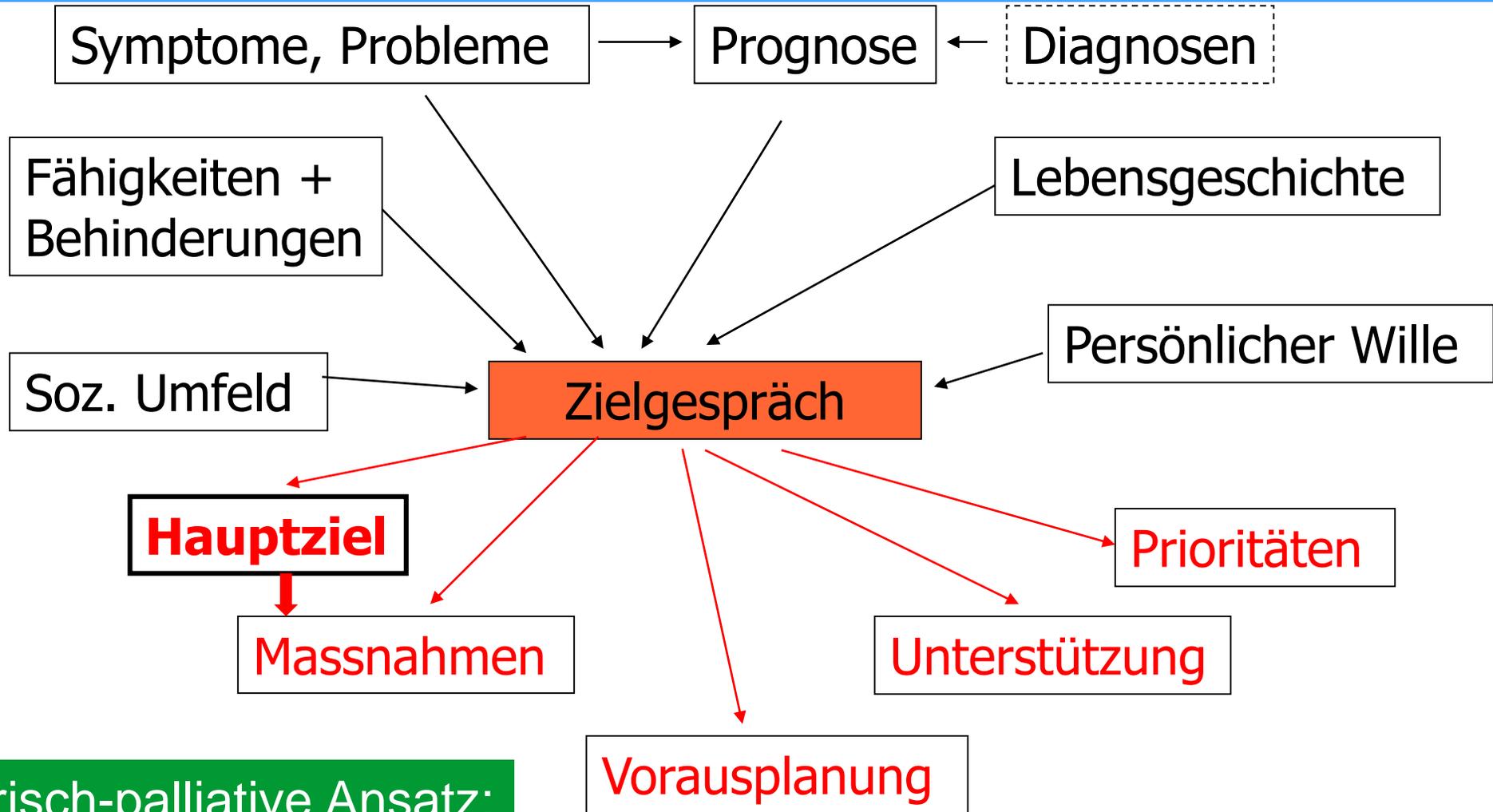
Und woran orientiert sich die Medizin? Diagnosebezogenes Vorgehen?





Gefahr durch zunehmende
Spezialisierung in der Medizin:
Orientierung an den Möglichkeiten

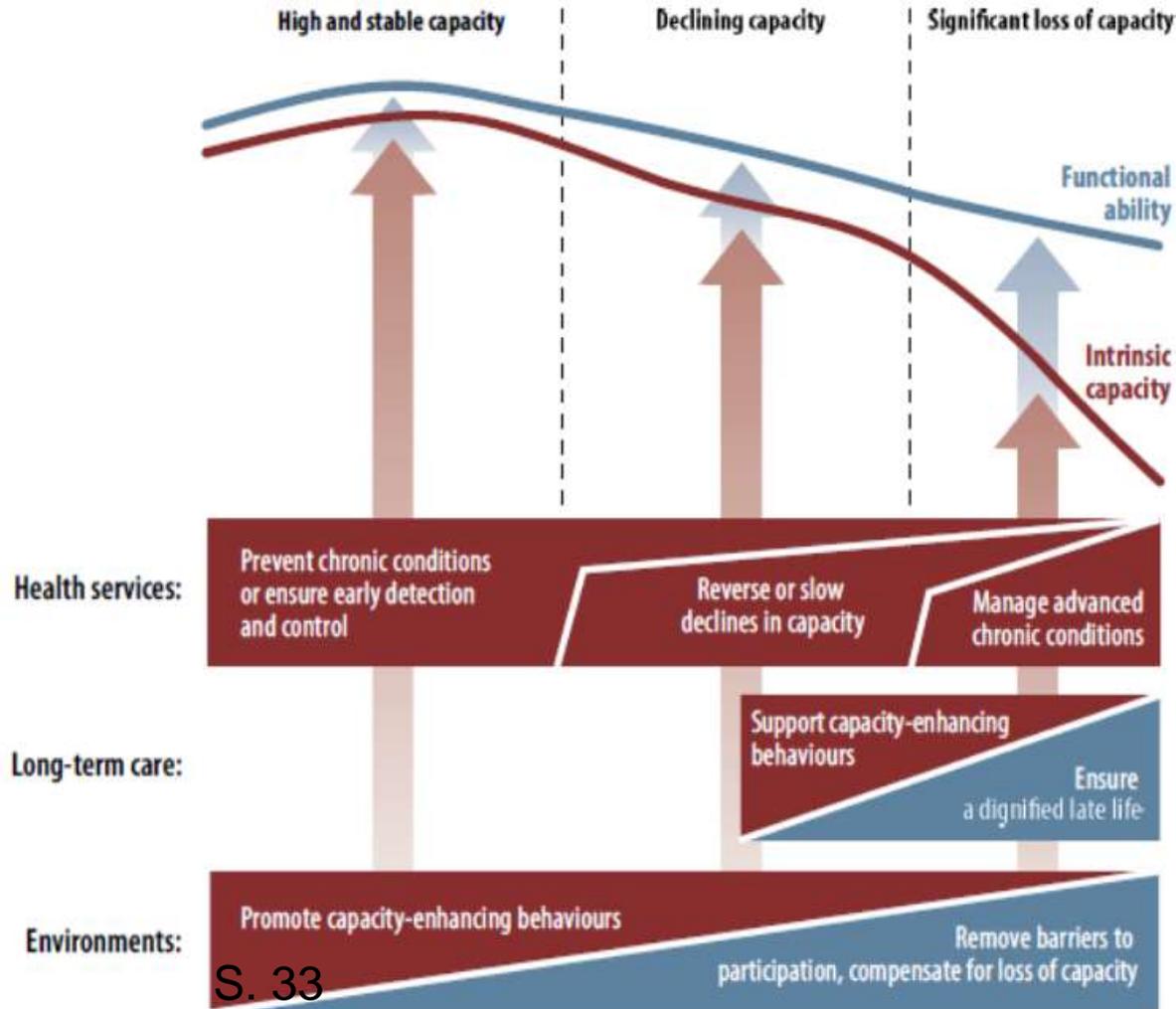
Zielorientierung statt Machbarkeitsorientierung



Der geriatrisch-palliative Ansatz:
Auf die individuellen Wünsche
und Ziele fokussiert

WHO Ageing and Health

Fig. 2.4. A public-health framework for *Healthy Ageing*: opportunities for public-health action across the life course



«functional ability» comprises the health related attributes that enable people **to be and to do what they have reason to value.**

«Intrinsic capacity» is the composite of all the physical and mental capacities of an individual.

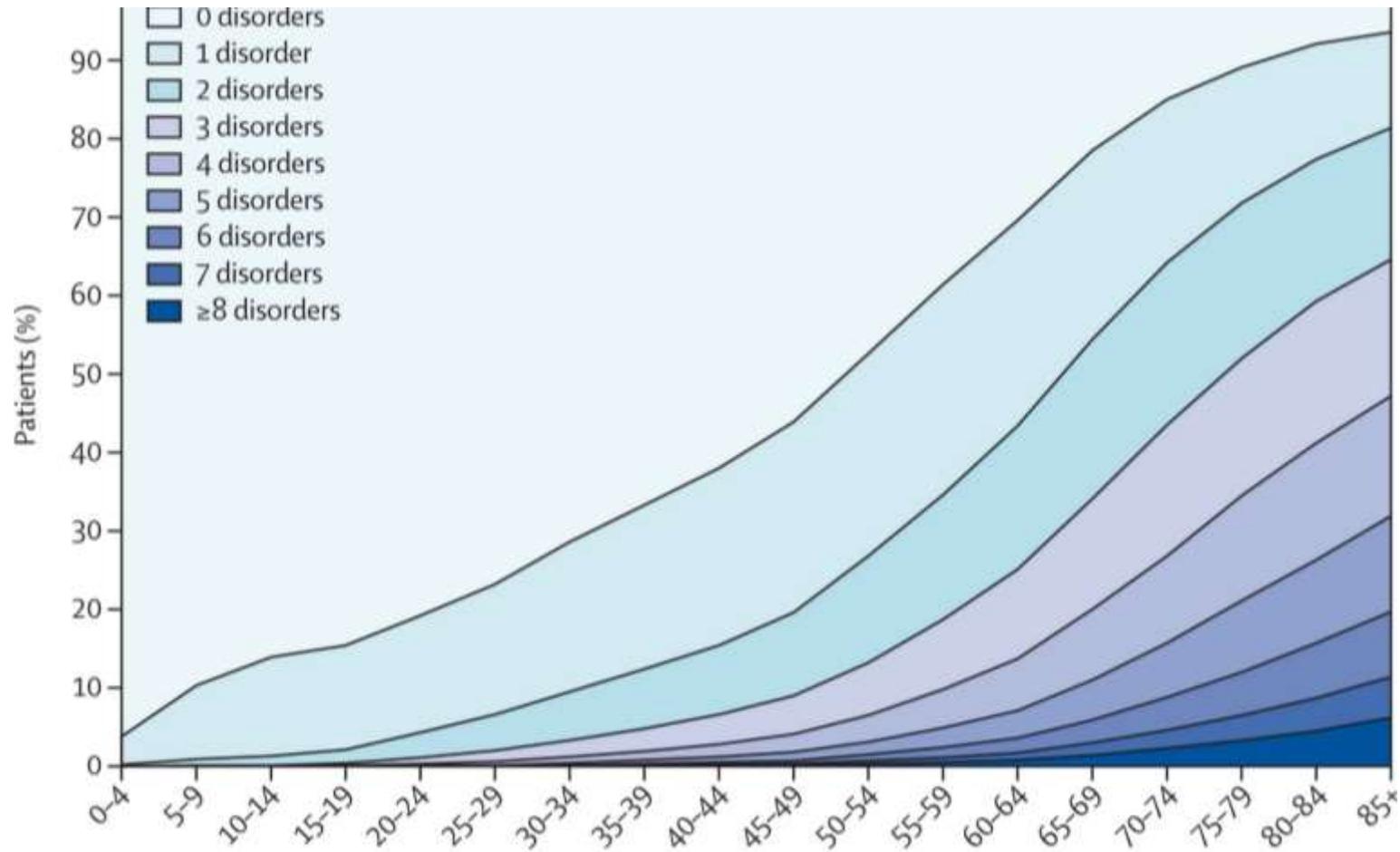


Ziele und Adaptationsfähigkeit

- Frage: besteht die Chance, dass durch den Eingriff, die Behandlung die «**alte Normalität**» wieder erreicht werden kann?
- Wenn nein: kann sich der Patient an eine «**neue Normalität**» adaptieren?
 - Lebensgeschichte, Werthaltungen des Betroffenen sind wichtige Entscheidungsgrundlagen
 - Prognose als Herausforderung

Multimorbidität im Alter

→ Herausforderung Prognose



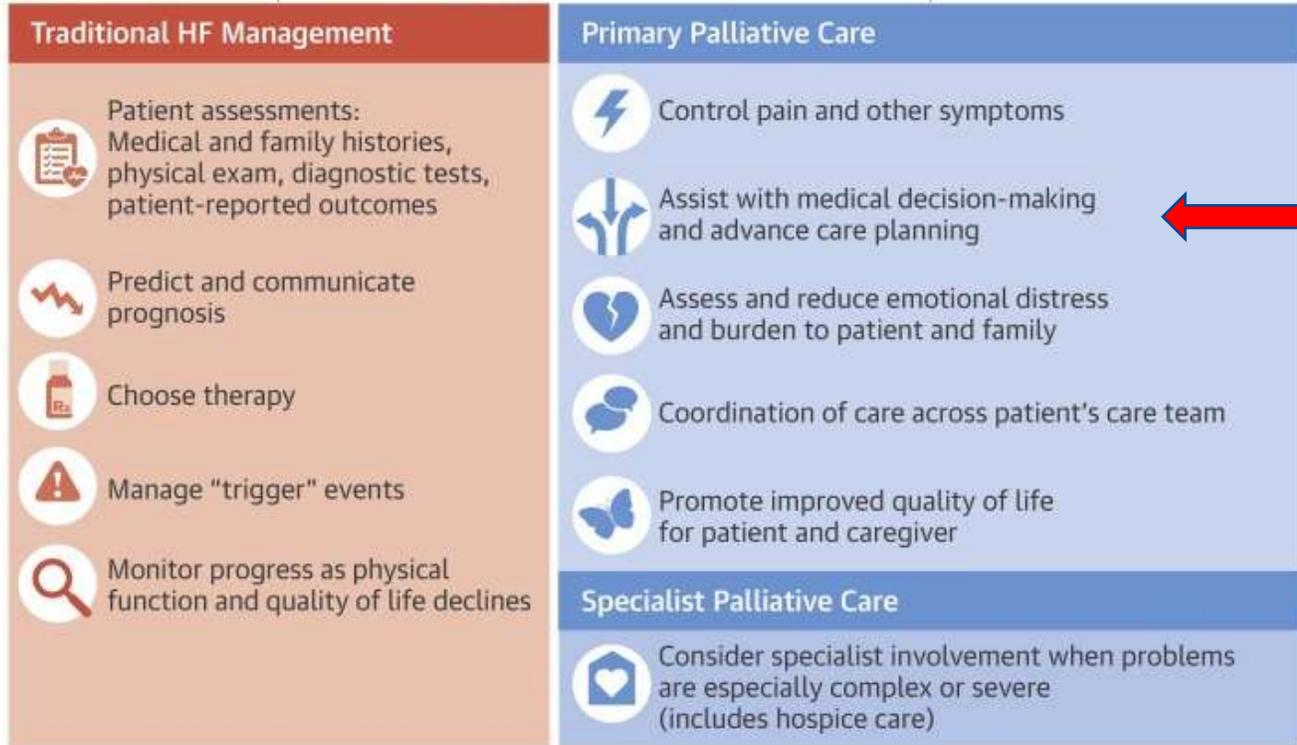
Barnett K et al. Lancet 2012

Prognose → wie «kurativ» oder palliativ?

- **«Surprise» Question (12 Monate)?**
 - Auf chirurg. Notfall: Sens. von 81%, Spez. 51%
Lilley EJ et al. J Pall Med 2017
 - Patienten mit Herzinsuffizienz: Sens. 85%, Spez. 59%
Straw S et al. Europ J of Heart Failure 2018
- Patienten mit geringer Lebenserwartung werden erkannt, aber knapp die Hälfte der Überlebenden wurde prognostisch zu schlecht eingeschätzt!

CENTRAL ILLUSTRATION: Integrating Palliative Care Across the HF Experience

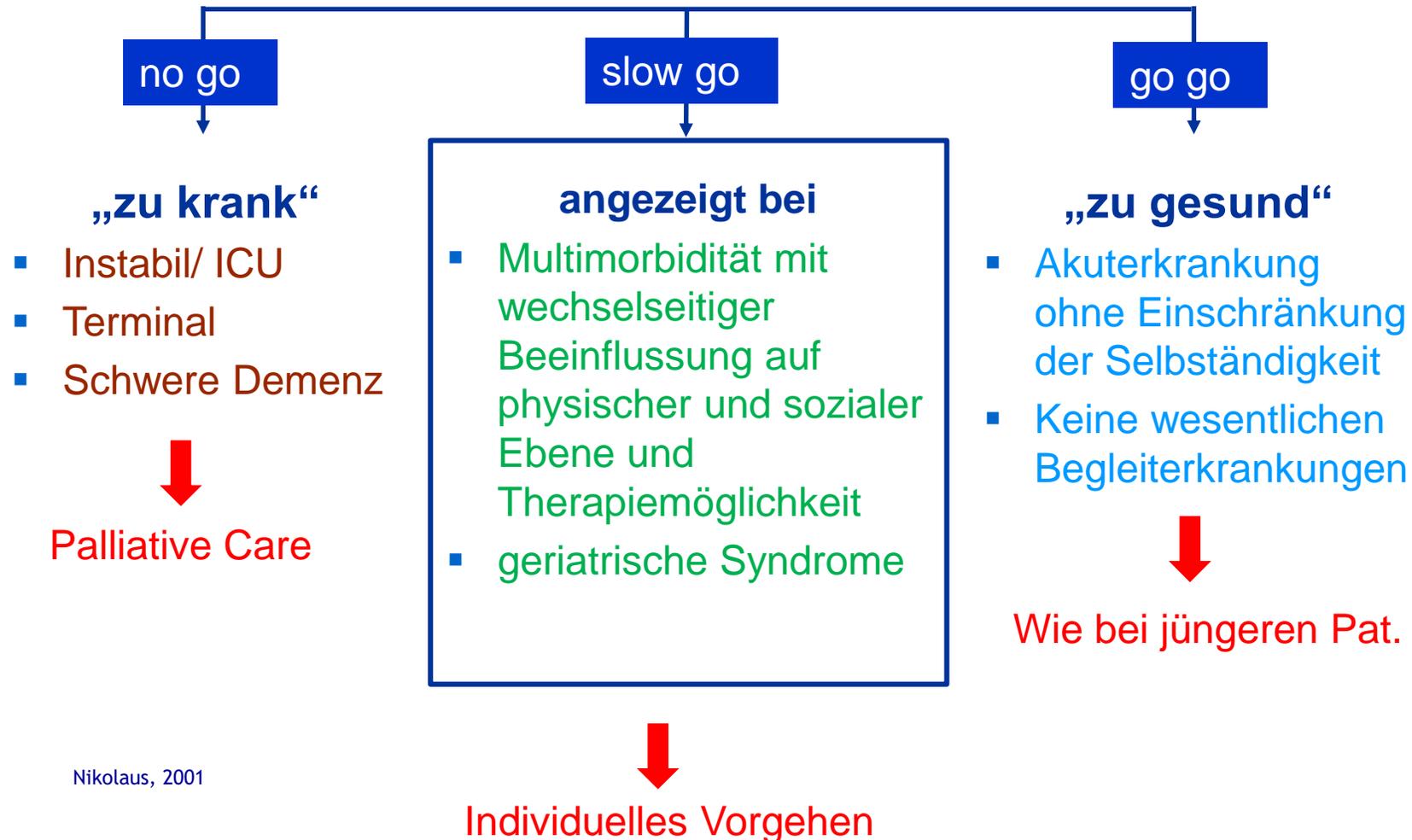
After heart failure (HF) diagnosis, initiate in tandem:



Kavalieratos, D. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(15):1919-30.

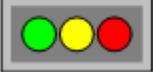
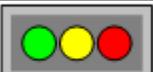
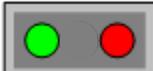
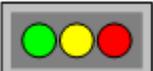
Geriatrisches Basis- Assessment als Entscheidungshilfe

Alle älteren Personen (> 65 jährig)



Multidimensionales geriatrisches Assessment zur Risikostratifizierung



Patientenname:		Testdatum:	
Zusammenfassende Beurteilung der geriatrischen Merkmalskomplexe			
Mobilität 		Ernährung 	
Kognition 		Selbständigkeit im Alltag (IADL) 	
Mental Health 		Alltagsaktivitäten (BADL) 	
Delirrisiko 		Frailty (Gebrechlichkeit) 	
Quality of Life 		Sensorium 	
Medikation 		Multimorbidität 	
Beurteilung:			
Empfehlungen:			

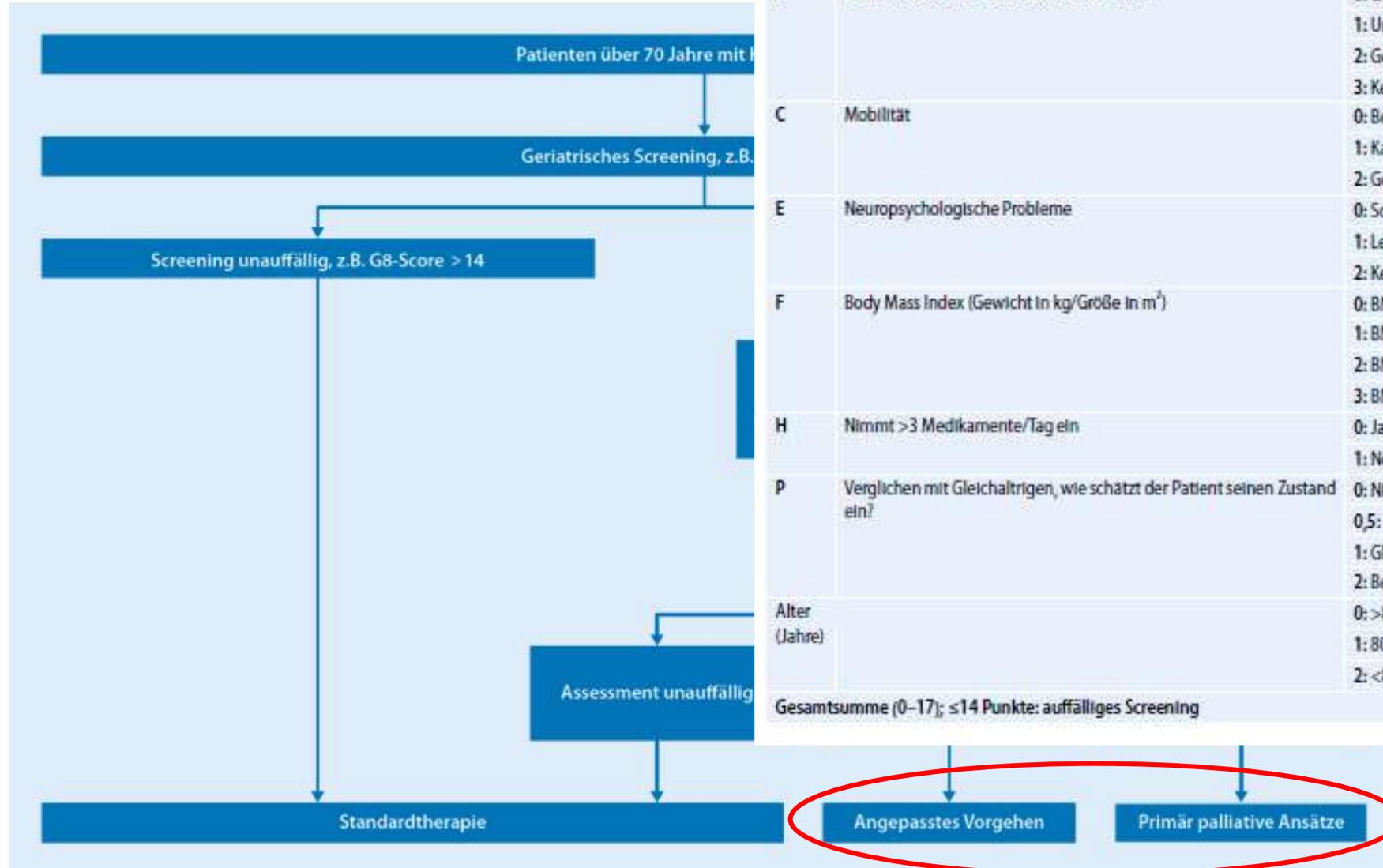
Frailty → onkologische Therapien

Kirkhus et al. Palliative Medicine 2019

- Frailty identified by geriatric assessment independently predicts a clinically significant decline in physical functioning.
- Frailty is associated with worse global quality of life, poorer functioning and a higher symptom burden throughout the cancer trajectory
- Including routine geriatric assessment for older cancer patients undergoing systemic medical cancer treatment will aid oncologists in identifying frail patients who need early supportive and palliative care.

Beispiel: Onkologie

Wedding U. Zeitschr für Gerontologie und Geriatrie



Tab. 5 G8-Screening-Fragebogen

G8-Fragebogen

Frage	Mögliche Antworten	Score
A Hat die Nahrungsaufnahme in den letzten 3 Monaten aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Kau- oder Schluckproblemen abgenommen?	0: Schwere Einschränkung der Nahrungsaufnahme 1: Mäßige Einschränkung der Nahrungsaufnahme 2: Normale Nahrungsaufnahme	
B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten?	0: Gewichtsverlust > 3 kg 1: Unbekannt 2: Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3: Kein Gewichtsverlust	
C Mobilität	0: Bett oder Stuhl 1: Kann aus Bett/Stuhl aufstehen, aber geht nicht raus 2: Geht raus	
E Neuropsychologische Probleme	0: Schwere Demenz oder Depression 1: Leichtgradige Demenz oder Depression 2: Keine psychologischen Probleme	
F Body Mass Index (Gewicht in kg/Größe in m ²)	0: BMI < 19 1: BMI 19–21 2: BMI 21 bis <23 3: BMI ≥ 23	
H Nimmt >3 Medikamente/Tag ein	0: Ja 1: Nein	
P Verglichen mit Gleichaltrigen, wie schätzt der Patient seinen Zustand ein?	0: Nicht so gut 0,5: Weiß nicht 1: Gleich gut 2: Besser	
Alter (Jahre)	0: >85 1: 80–85 2: <80	

Gesamtsumme (0–17); ≤14 Punkte: auffälliges Screening

„The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.“

Sir William Osler (1849 – 1919)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!