
JOSUA
Palliativzentrum

Geriatrie meets PalliativeCare

Gemeinsames und Befremdliches

Dr. med. Barbara Schubert

FÄ für Innere Medizin, Alters- und Palliativmedizin

Klinische Ethikberatung

JOSUA Palliativzentrum

Geriatrie

- **Geriatrie** (**Altersmedizin** oder **Altersheilkunde:**

  medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Gesundheit,

  den Erkrankungen sowie der **Prävention, Therapie und**

  Rehabilitation alter und älterer Menschen befasst

  (DGG)

- präventiv – kurativ – rehabilitativ UND palliativ!!!

- **palliative Geriatrie**

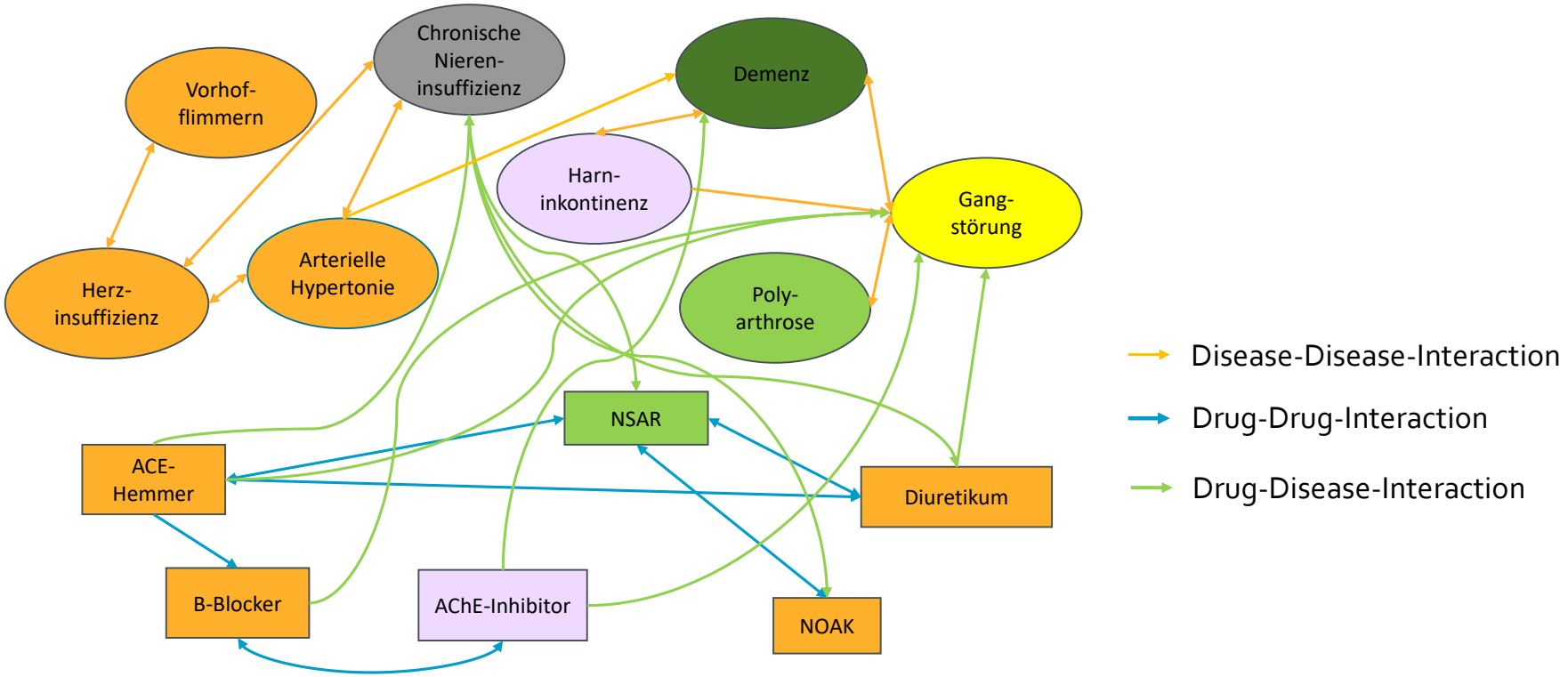


Der geriatrische Patient

- höheres **Lebensalter** (>70. LJ) (?)
- geriatrietypische **Multimorbidität**
- gehäuft **Komplikationen** und Folgeerkrankungen
- Gefahr der **Chronifizierung** von Akutproblemen
- **atypische Symptomatik**, „atypische“ Diagnostik
- durch Akuterkrankung drohen **Verlust von Autonomie** und Verschlechterung der Funktionalität
- **Beeinträchtigung in den ADL**
- **Polypharmazie** und deren negative Folgen
- **Sturzneigung**
- **Rehabilitationspotenzial**
- „unbehandelbare“ **Risikofaktoren** für erneute Akutkomplikationen
- Ernährungsstörungen, Dysphagie, …
- …



Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität



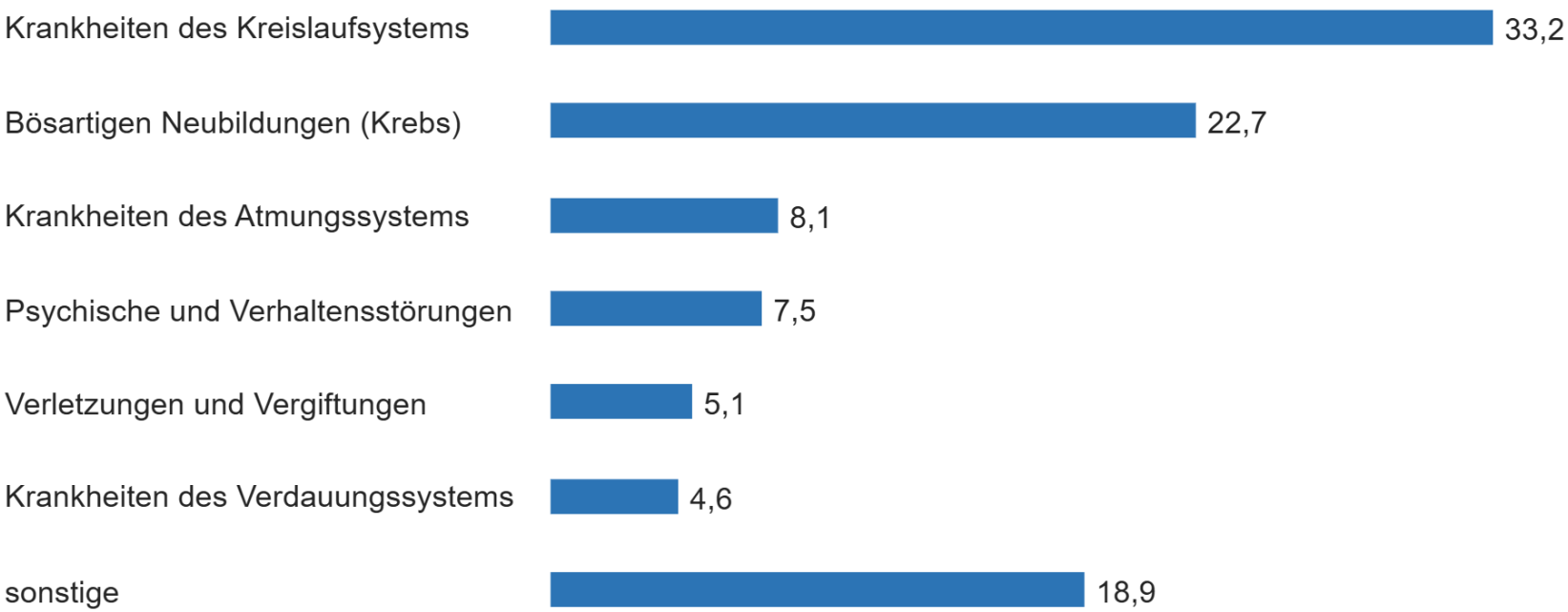
Quelle: Prof. Dr. med. Matthias Denkinger

Konkurrierende Todesursachen

- mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit für altersassoziierte Erkrankungen:
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Komplikationen trotz adäquater Therapie
  - Neurodegenerative Erkrankungen (z. Bsp. Demenzen, Parkinson-Syndrom)
  - viele Krebserkrankungen (Kolorektale Karzinome, Bronchialkarzinome, Mammakarzinome, Prostatakarzinome, Hautkrebserkrankungen)
  - muskuloskelettale Erkrtankungen (Arthrosen, Osteoporose, Sarkopenie)
  - Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus) und hormonelle Störungen (Hypothyreose)
  - Erkrankungen der Sinnesorgane (Katarakt, Makuladegeneration)
  - Psychische Erkrankungen (Depression, Insomnie)
  - Infektionen (Immunsenium)
- bei Erstdiagnose einer Krebserkrankung > 85. LJ sterben weit mehr Patienten an einer altersassoziierten Erkrankung als am Malignom

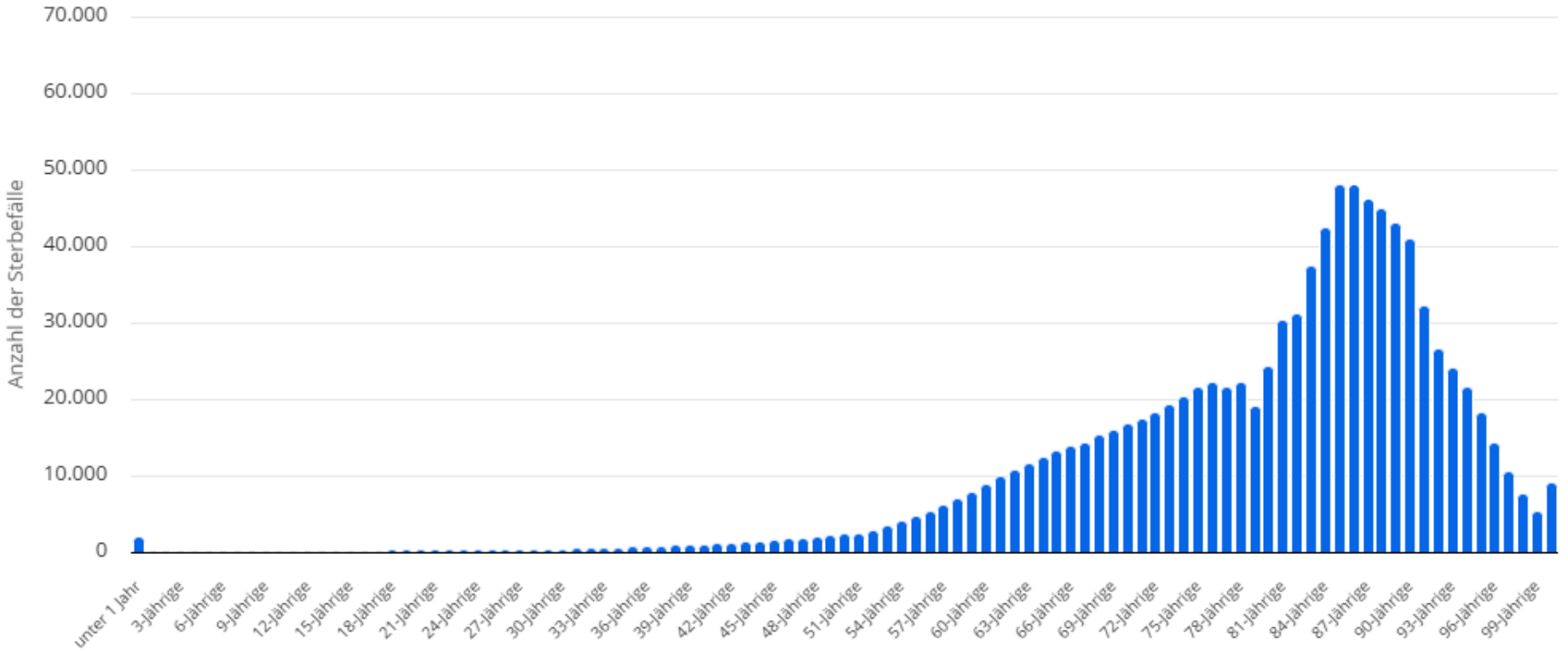
Todesursachen nach Krankheitsarten 2025

in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Anzahl der Sterbefälle in Deutschland nach Alter im Jahr 2025



Quelle:
Statistisches Bundesamt
@ Statista 2026

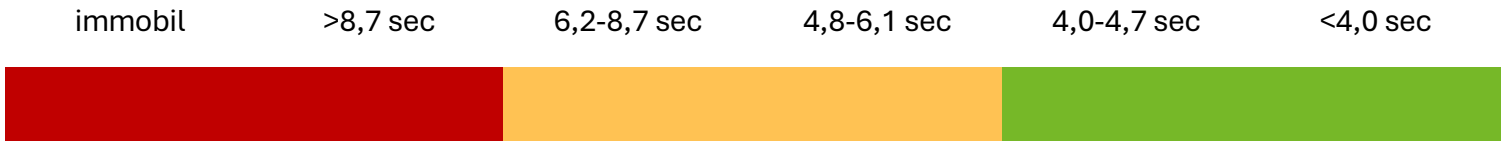
Zusätzliche Informationen:
Deutschland; 2025

statista

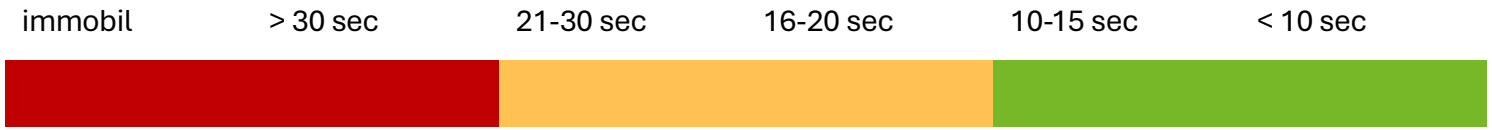
FUNKTIONELLE BEURTEILUNG – GERIATRISCHES ASSESSMENT: NO GO, SLOW GO , GO GO



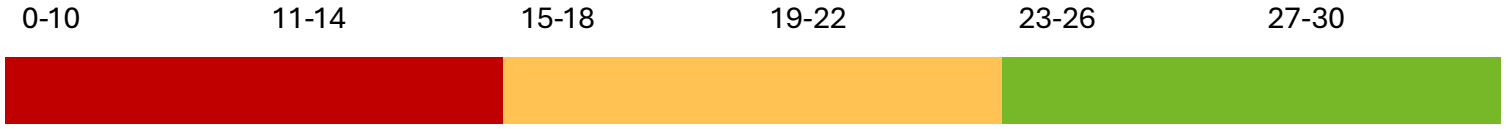
Barthel-Index



Gehgeschwindigkeit



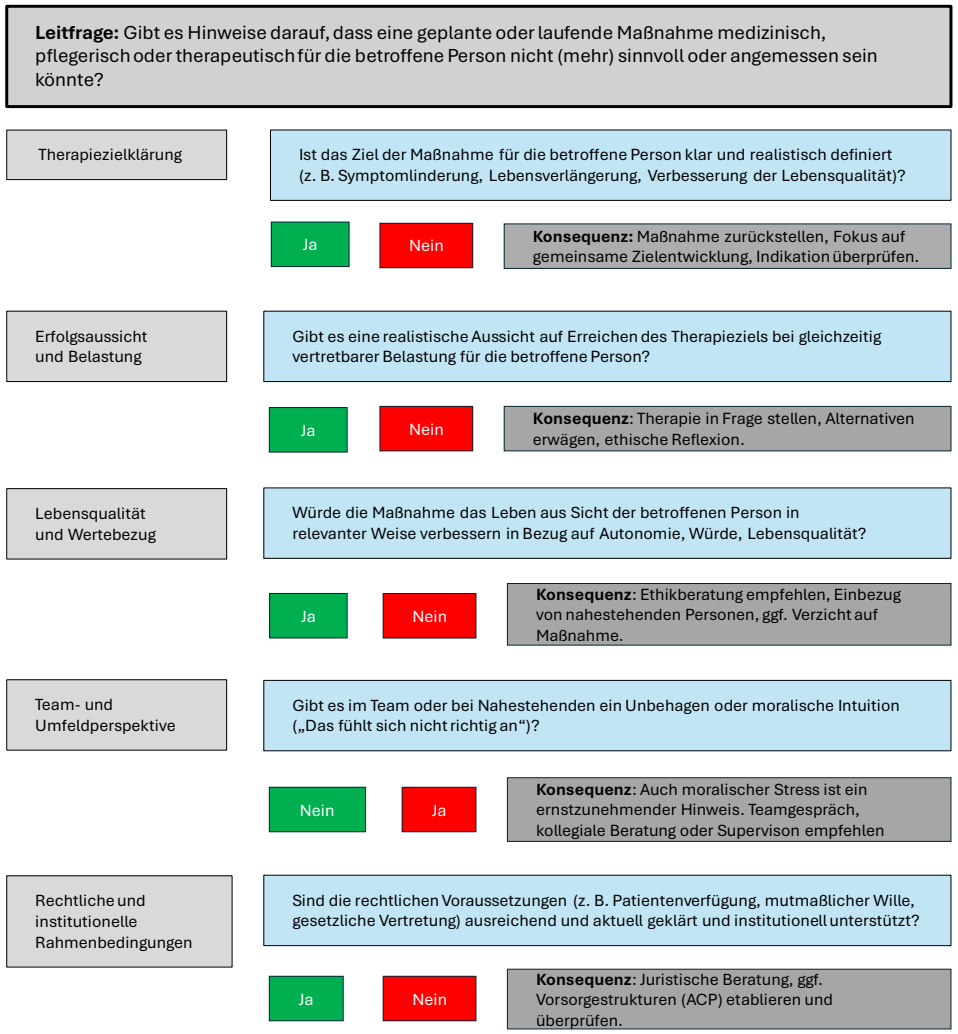
Timed up and go



MMSE

Futility (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie)

- Gibt es Hinweise darauf, dass eine geplante oder laufende Maßnahme medizinisch, pflegerisch oder therapeutisch für die betroffene Person nicht (mehr) sinnvoll oder angemessen sein könnte?



Futility (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie)

- Therapieziel
- Erfolgsaussichten und Belastung
- Lebensqualität und Wertebezug
- Team- und Umfeldperspektive
- Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen



FURORE – Futility-Ampel
(Fachgesellschaft Palliative Geriatrie)

Das Tool ersetzt keine ärztliche Indikationsstellung oder individuelle Zielklärung.
Es dient als Frühwarnsystem und Gesprächsanstoß.
Es soll alle Berufsgruppen einbeziehen.
Dokumentation und Nachverfolgung fördern institutionelle Lernprozesse.

GRÜN – kein Hinweis auf Futility

- Die Maßnahme dient einem klaren, mit der betroffenen Person abgestimmten Ziel.
- Die Intervention verbessert nachweislich Lebensqualität oder Alltagsfunktion.
- Der Zustand der Person verbessert sich oder stabilisiert sich nachvollziehbar.
- Es besteht ein belastbarer Konsens im Team und mit Angehörigen.
- Die Maßnahme ist im Kontext der Gesamtprognose plausibel.

➡️ **Weiterführung sinnvoll – regelmäßig überprüfen.**

GELB – mögliche Hinweise auf Futility

- Unklarheit über Ziel und Nutzen der Maßnahme.
- Die Maßnahme basiert mehr auf Routine als auf aktueller Zielklärung.
- Kein funktioneller Gewinn trotz intensiver Therapie.
- Widersprüchliche Wahrnehmungen im Team oder mit Angehörigen.
- Wiederholte Interventionen ohne nachhaltige Veränderung.
- Patient*innenwille ist nicht bekannt oder unklar.
- „Unbehagen“ im Team: „Das fühlt sich nicht mehr richtig an.“

➡️ **Anlass für Teamgespräch oder ethische Reflexion.**

ROT – dringender Handlungsbedarf

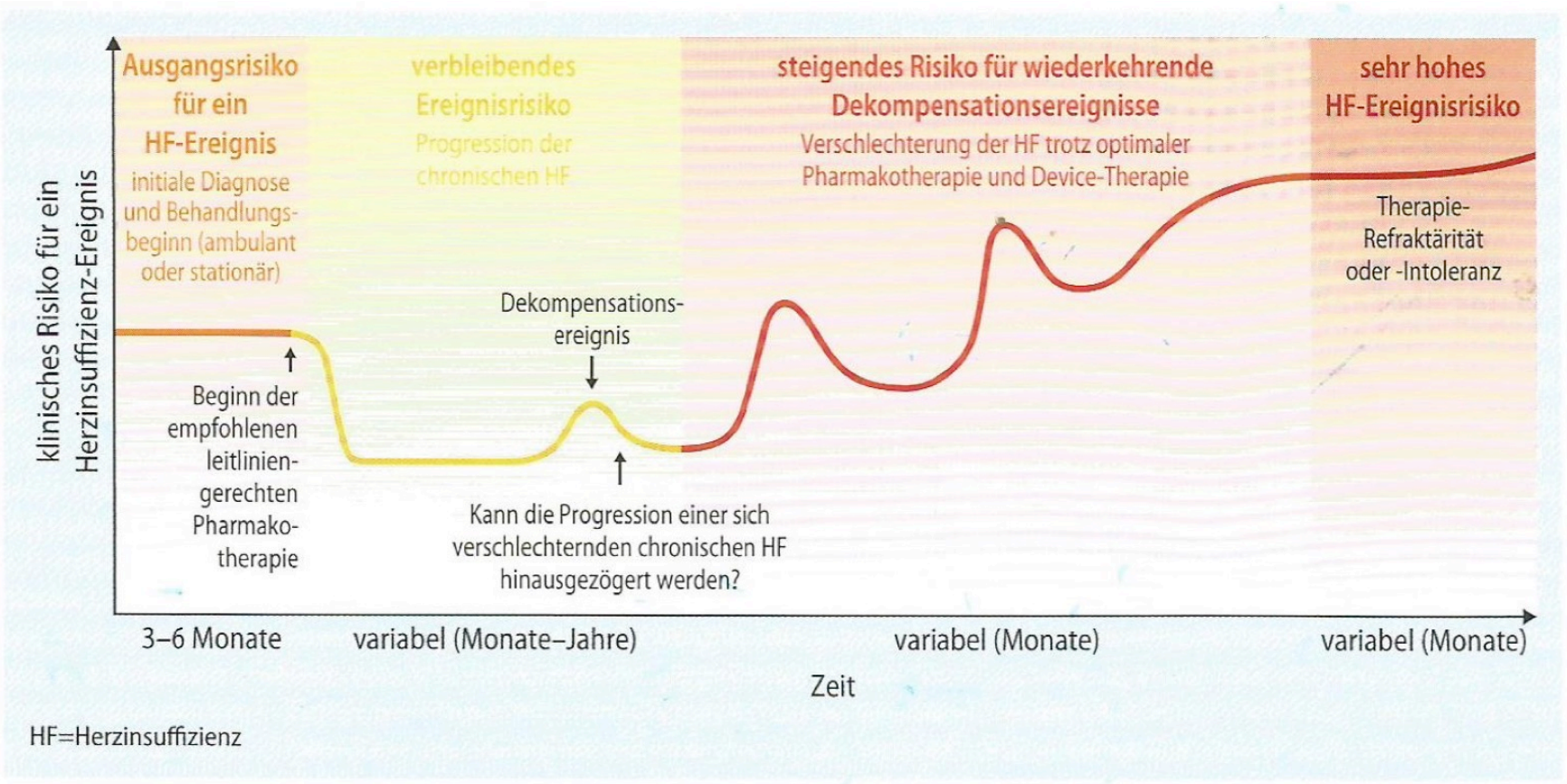
- Maßnahme führt zu erkennbarer Belastung ohne Nutzen.
- Es liegt ein klarer Widerspruch zwischen Maßnahme und Patientenwunsch vor.
- Die Maßnahme verlängert den Sterbeprozess ohne Lebensqualität.
- Es gibt Zeichen von moralischem Stress im Team.
- Wiederholte Krankenhausaufnahmen bei infauster Prognose.
- Die Maßnahme erscheint „alternativlos“, weil keine anderen Strukturen vorhanden sind.

➡️ **Unverzügliche interprofessionelle Fallbesprechung / ethische Konsultation erforderlich.**

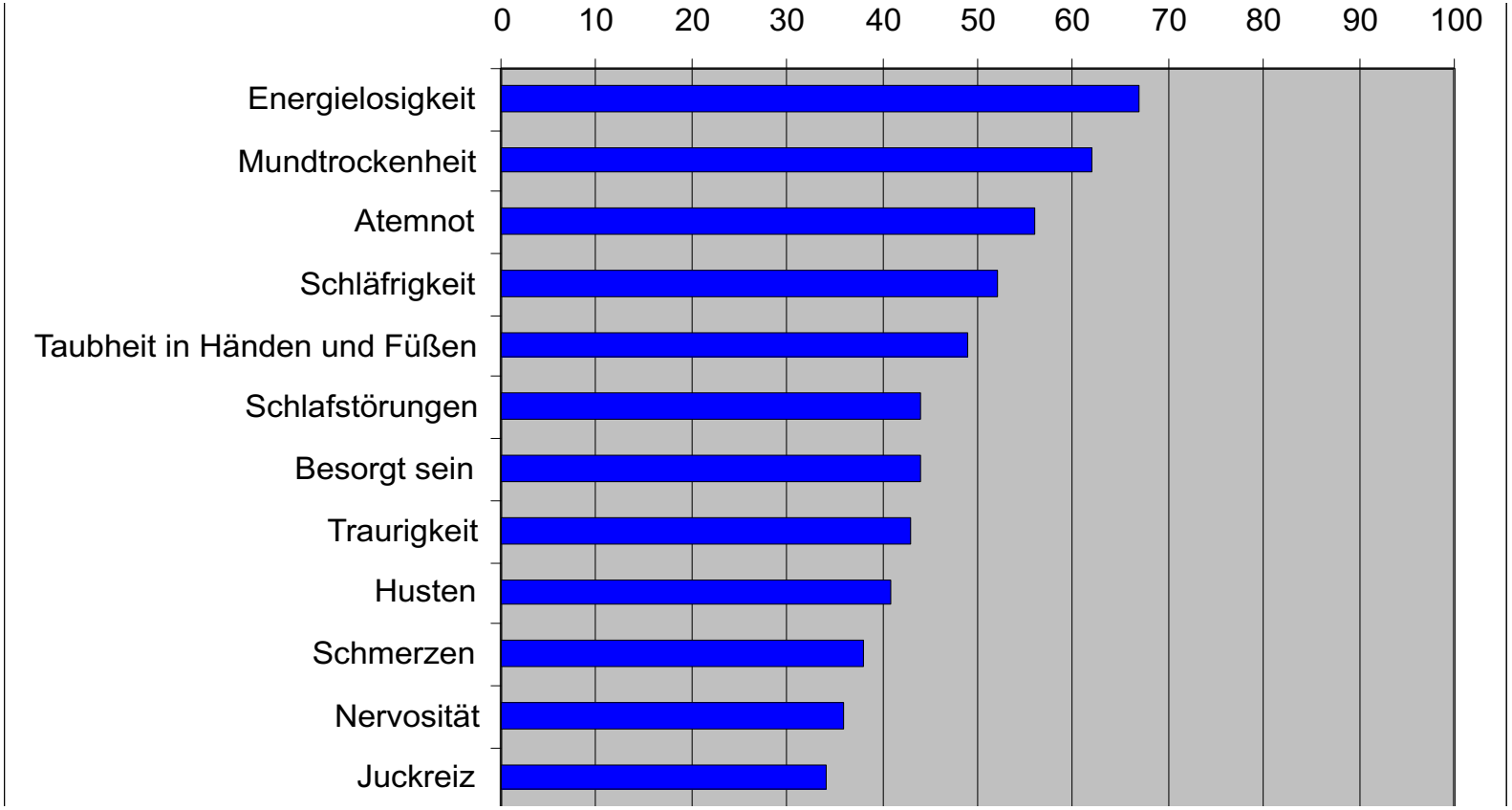
JOSUA Palliativzentrum

Chronische Herzinsuffizienz

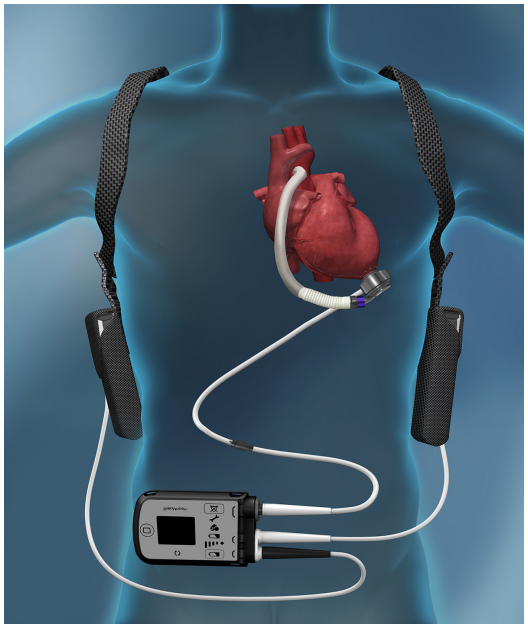
Greene SJ et al., Circ Heart Fail 2020, 13:e007132



Chronische Herzinsuffizienz - Symptome



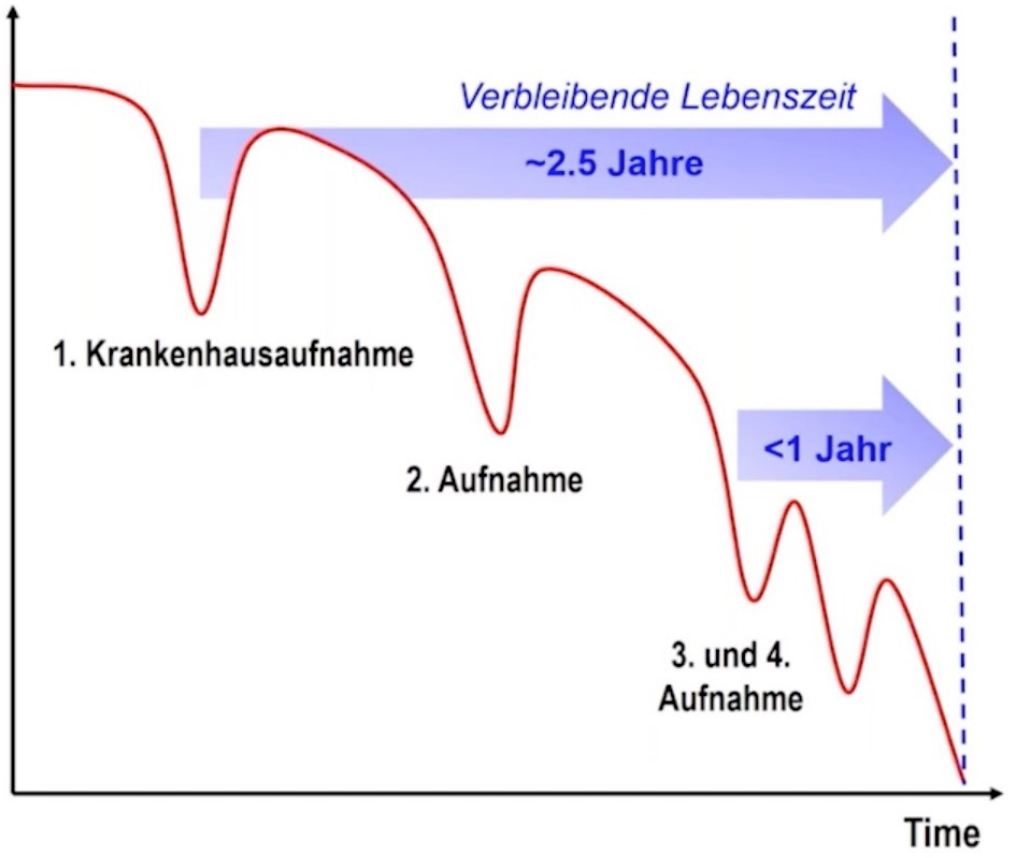
Chronische Herzinsuffizienz - palliativ



Kardiorenales Syndrom
Stauungsleber
Stauungspneumonie
Stauungsdermatitis
Sterben mit dem Herzschrittmacher
Sterben mit dem kardialen Unterstützungssystem
Sterben mit dem ICD

Verlauf chronische Herzinsuffizienz





Nationale VersorgungsLeitlinie Herzinsuffizienz:
auch: Palliativversorgung, aktuell in Überarbeitung

Gheorghiade et al. *Am J Cardiol*. 2005; 96:11-17

Chronische Herzinsuffizienz – Empfehlungen PalliativeCare

- Sterberisiko im folgenden Jahr bei NYHA IV höher als bei den meisten soliden Tumorerkrankungen
- mit dem Erkrankungsstadium steigt die Zahl der Patienten, die am Pumpversagen, nicht am plötzlichen Herztod sterben
- resultierende Symptomlast somatisch und psychosozial ist derjenigen bei Krebserkrankung vergleichbar
- nur ein Bruchteil der Patienten ist in Palliativversorgung einbezogen

Thema	Empfehlung / Statement	Empfehlungsstärke
Informationen und Vorausverfügungen	Frühzeitige Beratung zum Krankheitsverlauf und zu Krisenszenarien; Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	+ +
Assessment von Symptomen und Belastungen	Erfassung von Palliativindikatoren	+ +
Einbezug spezialisierter palliativmedizinischer Angebote	bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz und komplexen Belastungen	+ +
Therapiebegrenzung	in der Sterbephase	+ +

Symptomlinderung bei Chronischer HI

- **Luftnot**: beruhigende Verhaltensanpassung; niedrig dosiertes Opiat, ggf. Benzodiazepin, Diuretika und Betablocker belassen, bei Hypotonie: zunächst Beendigung „reiner“ Antihypertensiva, kardioprotektive Medikation längstmöglich belassen
- ggf. Anämie, Eisenmangel korrigieren, ggf. O2-Indikation prüfen
- **Schmerzen**: Metamizol 4 x 1 g, ggf. Opiat
- **Juckreiz**: Antihistaminikum, Haloperidol, Hautpflege
- **Reizhusten**: Opiat, evtl. Codein
- **Depression**: ggf. Antidepressivum, Intensivierung sozialer Kontakte
- **Schlafstörungen**: ggf. Eszopiclon 1-3 mg, Schlafanstoß, antidepressiv, kein erhöhtes Sturzrisiko, kein Überhang

Demenz ICD-11

- erworbenes Syndrom
- Verschlechterung kognitiver Funktionen gegenüber dem früheren Leistungsniveau
- betroffen sind Bereiche wie
  - Gedächtnis
  - Aufmerksamkeit
  - Sprache
  - Exekutivfunktionen
  - soziale Kognition
  - visuell-räumliche Fähigkeiten
- führt zur Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen
- Schweregradeinteilung:
  - leichte neurokognitive Störung
  - leichte, mittelgradige, schwere Demenz
- Altersdifferenzierung:
  - früher oder später Beginn (<65. LJ / >65.LJ)



Nicht Demenz, sondern Demenzen

• Alzheimer-Demenz	ca. 60% mit Alzheimerkomponente
• Vaskuläre Demenz	<25%
• Lewy-Body-Demenz	<15 %, stark schwankende kognitive Leistung, Neuroleptika-Empfindlichkeit, Synkopen, Stürze
• Parkinson-Demenz	bei 30% der Parkinson-Patienten
• Toxisch bedingte Demenz	Alkohol, Aluminium, Formaldehyd, Lösungsmittel, …
• Traumatisch bedingte Demenz	SHT, Faustkampf, Hirnblutung, …
• Reversible Formen	Vitamin-B12-Mangel, Hypothyreose, Normaldruckhydrozephalus, Meningeom…
• Mischformen	

Demenz – zunehmende Bedeutung, starke Vernachlässigung

- weltweit:
  - 24,3 Mio. Menschen (Ferri CP, Lancet 2005)
  - 4,6 Mio. Neuerkrankungen / Jahr
- Europa: 10 Mio. Menschen
  - 2% der Bevölkerung
  - 4% in 2040
- China, Asien, Lateinamerika:
  - 350% Anstieg bis 2040
- BRD:

Jahr	Häufigkeit
2000	900 000
2020	1,4 Mio
2050	2,3 Mio



Quelle: Weyerer, 2005

Demenzen - Altersbezug

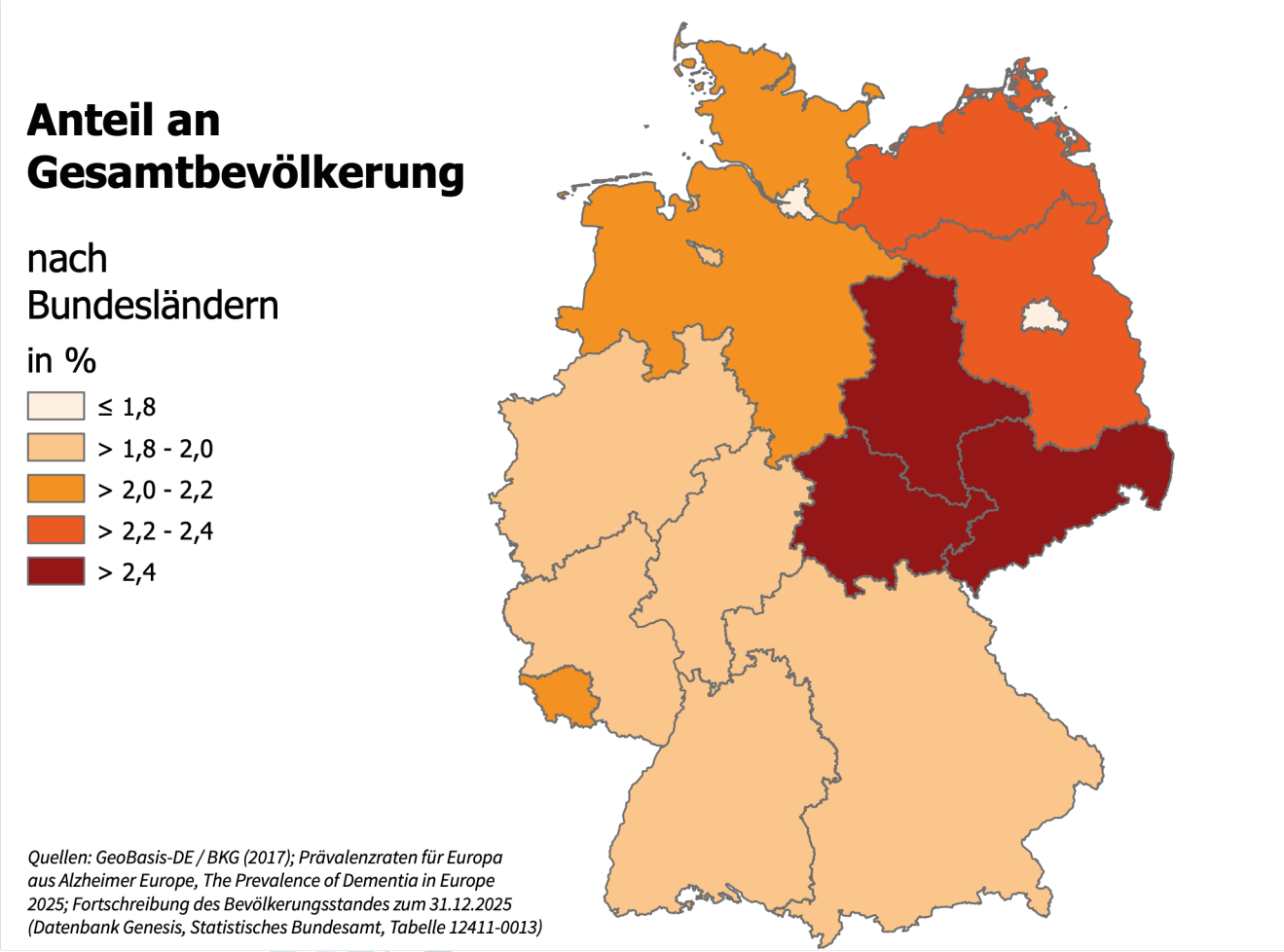
Tabelle 1. Prävalenz von Demenz für Europa und geschätzte Zahl Demenzerkrankter in Deutschland zum 31.12.2025

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate		Geschätzte Zahl Demenzerkrankter		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt
30-59	0,2%	0,1%	33.000	16.000	49.000
60-64	0,2%	0,9%	6.000	30.000	36.000
65-69	1,1%	1,4%	29.000	40.000	69.000
70-74	3,7%	3,7%	77.000	89.000	166.000
75-79	7,2%	8,0%	111.000	152.000	263.000
80-84	11,1%	13,2%	127.000	207.000	334.000
85-89	16,9%	24,4%	144.000	342.000	486.000
90+	30,8%	44,7%	87.000	293.000	380.000
65+			**575.000**	**1.123.000**	**1.698.000**
Insgesamt			**614.000**	**1.169.000**	**1.783.000**

Datenbasis: Prävalenzraten für Europa aus Alzheimer Europe, The Prevalence of Dementia in Europe 2025; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2025 (Datenbank Genesis, Statistisches Bundesamt, Tabelle 12411-0013). Fallzahlen wurden auf 1.000 Personen gerundet; Summen wurden aus den gerundeten Einzelwerten gebildet.

Demenz in Deutschland

Abbildung 1. Anteil Demenzerkrankter im Alter 65+ an der Gesamtbevölkerung in Deutschland zum 31.12.2025



Quellen: GeoBasis-DE / BKG (2017); Prävalenzraten für Europa aus Alzheimer Europe, The Prevalence of Dementia in Europe 2025; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2025 (Datenbank Genesis, Statistisches Bundesamt, Tabelle 12411-0013)

Leben mit Demenz

- Nationale Demenzstrategie, initiiert 2022: Ziel ist es, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland zu verbessern und tragfähige Strukturen für die Zukunft zu schaffen
- 4 Handlungsfelder, 27 Ziele,160 Maßnahmen
  - Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen
  - Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen
  - Medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln
  - Exzellente Forschung zu Demenz fördern

Nationale Demenzstrategie

Leben mit Demenz - Diagnostik

- klinisch-syndromale Diagnose mit Schweregrad:
  - klinische Untersuchung
  - Anamnese
  - Psychopathologie
  - kognitive Funktionstestung
- ätiologische Zuordnung:
  - Biomarker bei Alzheimer-Krankheit (Amyloid-positiv, Tau-positiv)
  - Bildgebung (cCT, cMRT, Amyloid-PET, falls Alzheimer-Diagnose nicht sicher zu stellen - ENABLE-Studie)

- kognitive Funktionstestung:
  - MMSE
  - Uhren-Test (Watson, Ploenes)
  - MOCA
  - …



Alzheimer – Phänotypen

Tabelle 5: Häufige und seltene Phänotypen der Alzheimer-Krankheit, modifiziert nach (91)

Häufige Phänotypen		
Amnestische (häufigste) Variante	**Posteriore kortikale Atrophie**	**Logopenische Variante primär progrediente Aphasie (lvPPA)**
Phänotyp	Phänotyp	Phänotyp
Fortschreitendes amnestisches Syndrom vom „Hippocampus-Typ“	Fortschreitende Störung der visuellen ± anderen posterioren kognitiven Funktionen	Fortschreitende Beeinträchtigung beim Abruf von Einzelwörtern und der Wiederholung von Sätzen
Seltene Phänotypen		
Behavioral-dysexekutive Variante	**Kortikobasales Syndrom**	**Andere Varianten der primär progredienten Aphasie**
Phänotyp	Phänotyp	Phänotyp
Fortschreitende Apathie oder Verhaltensenthemmung und stereotypisches Verhalten oder fortschreitende vorherrschende exekutive Dysfunktionen	Fortschreitende asymmetrische klinische Erscheinung, einschließlich Gliedersteifigkeit oder -akinesie, Dystonie, Myoklonie, orobukkale oder Gliedmaßenapraxie, kortikales sensorisches Defizit, Alien-Limb-Phänomen	Semantische oder nicht flüssige PPA-Varianten

Leben mit Demenz - Therapie

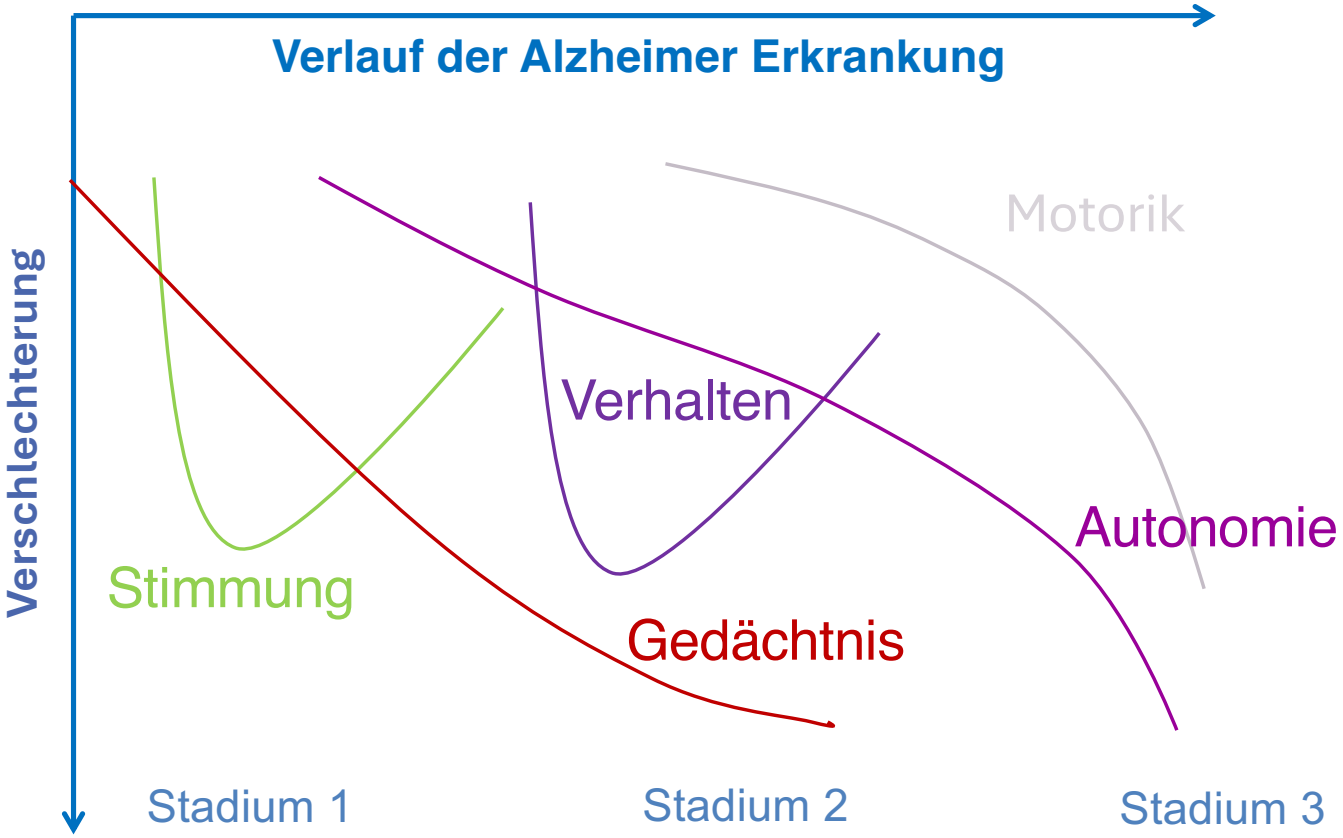
- Demetia Care Management:
  - reduziert Häufigkeit der Klinikeinweisungen
  - fokussiert die Arztkontakte
  - reduziert die Zeit bis zur Heimeinweisung, verlängert die Zeit, zu Hause leben zu können
  - reduziert neuropsychische Symptome
  - kontrolliert den Medikationsverbrauch (Antidementiva, Antipsychotika
  - verbessert die Zufriedenheit der informell Pflegenden
- Psychosoziale nicht-pharmakologische Maßnahmen:
  - kognitives Training, kognitive Stimulation, Reminiszenztherapie, Realitätsorientierung, kognitive Rehabilitation
- Antidementiva:
  - Acetylcholinesterasehemmer bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz
  - Memantin bei mittelschwerer und schwerer Alzheimer-Demenz, evtl. auch Donepezil oder Rivastigmin
  - Anti-Amyloidtherapien bei MCI und leichter Alzheimer-Demenz (Lecanemab, Donanemab) mit moderaten, aber konsistenten klinischen Effekten

Demenz und Prognose

Demenzform	Lebenserwartung
Alzheimer Demenz	1,5 – 8,5 Jahre
Vaskuläre Demenz	1,4 – 6 Jahre
Lewy-Body-Demenz	6 – 12 Jahre
Frontotemporale Demenz	8 Jahre

- oft keine oder späte Diagnose
- cave! oft Diagnose im Zusammenhang mit einem Delir
- oft „unspezifische“ Diagnose
- oft Palliativphase nicht oder zu spät erkannt

Demenz und Palliativindikatoren



Demenz und Palliativindikation

- Menschen mit Demenz sollen, solange **Freiverantwortlichkeit** besteht, zu allen medizinischen Maßnahmen in für sie verständlicher Form **aufgeklärt** und ihre **Entscheidung respektiert** werden
- Menschen mit Demenz sollen in frühem Erkrankungsstadium zu **Vorsorgeinstrumenten** beraten werden
- Demenzen sind **unheilbare** Erkrankungen mit **begrenzter Lebenserwartung** und **leidvollen Symptomen**. Die Beschwerden betreffen **körperliche, seelische, soziale und spirituelle Dimensionen** von Leid und immer auch die **unit of care**.
- Demenzen mit schwerer motorisch-funktioneller und kognitiver Einschränkung erfordern die **systematische Erfassung von Symptomen** und **adäquate Linderung** trotz erschwerter Überprüfbarkeit von Therapieeffekten

Sterben mit Demenz

- Menschen mit Demenz sterben an **somatischen** Erkrankungen
- oft **Multimorbidität und Akuterkrankung**
- **längere Dauer** der Phase mit **palliativmedizinischem Behandlungsbedarf**
- im somatisch orientierten Setting **oft die Linderung psychiatrischer Symptome oder der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten eingeschränkt**
- im psychiatrischen Setting oft **somatische Symptomkontrolle und das Sterben nicht ausreichend etabliert**
- Dominanz der Probleme wechselt, meist **komplexe Behandlungssituationen**
- für die Probleme dieser Patienten **oft unzureichend ausgestattete Strukturen**
- **Überforderungsempfinden** der MitarbeiterInnen
- **palliativmedizinische Konzepte in der Gerontopsychiatrie sind selten** (AGIPE, Charité Berlin, St. Hedwigs Krankenhaus)



DER STERBENDE PATIENT MIT DEMENZ (HANSON, ERSEK; JAMA 2006)

- Schmerzen (40 – 86 %)
- Luftnot (11–75%)
- Probleme mit der Ernährung (28–70%)
- Delir (29–47%)
- Inkontinenz für Harn und Stuhl (59 %)
- laute, geräuschvolle Atmung (39 – 59 %)



Delir ICD-11

- akute neurokognitive Störung
- Störung der Aufmerksamkeit, der Orientierung und des Bewusstseins, die sich akut innerhalb kurzer Zeit (Stunden bis Tage) entwickelt
- fluktuierende Symptome im Tagesverlauf
- deutliche Abweichung vom vorherigen Funktionsniveau
- erhebliche Verwirrung
- vielfältige Ursachen und Ätiologien
- erhöhte Morbidität, Mortalität und Risiko für kognitiven Abbau

Delir - Pathophysiologie

- prädisponierende Vulnerabilität + akuter Auslöser
- Mechanismen:
  - Neuroinflammation (IL-2, IL-6, TNF-Alpha, ...)
  - Neurotransmitterungleichgewicht (Acetylcholin, Dopamin, Serotonin, Histamin, Noradrenalin)
  - Neurodegeneration (ptau-217, Hirnvolumen)
  - metabolische Störungen (Gluk, Elektrolyte, Noxen, ...)
  - Funktionsstörungen der Blut-Hirn-Schranke
- Risikostratifizierung:
  - inflammatorische, neurodegenerative, stressassoziierte Biomarker wie Metanephrine
  - bisher keine klinische Routine



www.med-etraining.de

Delir – auslösende Ursachen

- D rugs
- E lectrolyte abnormalities
- L ack of drugs
- I nfection
- R educed sensory input
- I intracranelle Störung
- U rinal and faecal disorder
- M yocardial und pulmonal disorder



Demenz – Delir - Orientierung

	Delir im Alter	Demenz
Symptombeginn	subakut	schleichend
kurzfristiger Symptomverlauf, Symptome:	fluktuierend	stabil
Bewusstsein	verändert	klar
Aufmerksamkeitsstörung	häufig	anfänglich nicht
Orientierungs-/Gedächtnisstörung	häufig	je nach Schweregrad
Wahrnehmungsstörung/Halluzinationen	häufig	möglich
Schlafstörung	häufig	möglich
Störung der Psychomotorik	agiert oder hypoaktiv	möglich

Delir - Formen

Hyperdynames Delir	Hypodynames Delir
psychomotorische Unruhe	„stilles Delir“
erhöhte Reizempfindlichkeit	Passivität
verbal und/oder motorisch aggressive Reaktionen, gesteigerter Redefluss	starke/stärkere Verwirrtheit als sonst
stereotype Bewegungen, nesteln	Antriebsminderung
Halluzinationen	reduzierter Redefluss
Hinlauftendenz	Adynamie
vegetative Begleitreaktionen: tachykard, tachypnoeisch, schwitzend, zitternd, Schlafstörung)	oft hypoton

Delir - Prävention

- Risikopatienten identifizieren, Screening (Delirium Rating Scale, Confusion Assessment Method, Nursing Delirium Screening Scale, Delirium Observation Scale)
- Ursachensuche, kausale Therapie
- Re-Orientierungsmaßnahmen: Förderung der Eigenständigkeit, Bereitstellung von Re-Orientierungshilfen (Uhr, Kalender, Foto)
- Angehörige einbeziehen
- sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- gute Beleuchtung (Tag-Nacht-Rhythmus)
- validierender Umgang, vertraute Bezugsperson
- klar strukturierter Tagesablauf
- Überwachung der Hydratation, Ernährung
- Förderung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- bei Wahnvorstellungen evtl. Reizabschirmung

Delir - Screening

- Risikopatienten identifizieren, Screening (4AT, Delirium Rating Scale, Confusion Assessment Method, Nursing Delirium Screening Scale, Delirium Observation Scale)
- CAM Confusion Assessment Method (Hasemann W, Kressing R et al. 2007)

	ja	nein
Ia) akuter Beginn		
Ib) fluktuierender Verlauf		
II) Aufmerksamkeitsstörung		
III) Formale Denkstörung		
IV) Verändertes Bewußtsein		

Sind I a, I b und II vorhanden und zusätzlich mindestens III oder IV oder III und IV, kann auf ein Delir geschlossen werden.

4AT

Test zur Bewertung von Delir und kognitiver Einschränkung

Patientenname:

Geburtsdatum:

Patientenetikett:

Datum: **Uhrzeit:**

Untersucher:

Bitte Ankreuzen

[1] Wachheit

Dieser Punkt soll auch bei schwer erweckbaren, schläfrigen oder agitierten/hyperaktiven Patienten angewendet werden. Beobachten Sie den Patienten. Wenn sie/er schläft, versuchen Sie sie/ihn durch Ansprache oder durch eine Berührung an der Schulter aufzuwecken. Fragen Sie etwa nach dem Namen und der Adresse, um die Beurteilung zu erleichtern.

Normale Reaktion (komplett aufmerksam, nicht agitiert).	**0**
Weniger als 10 Sekunden schläfrig, dann normal.	**0**
Deutlich unnormale Reaktion.	**4**

[2] Orientierung (4AMT)

Korrekte Nennung von Alter, Geburtsdatum, aktuellem Ort (Name der Klinik, des Gebäudes), aktuellem Kalenderjahr.

Fehlerfrei.	**0**
1 Fehler.	**1**
2 oder mehr Fehler.	**2**

[3] Aufmerksamkeit

Fordern Sie den Patienten auf: „Nennen Sie mir die Monate eines Jahres rückwärts, beginnend mit Dezember."
Zum Verständnis der Aufgabe ist als Hilfestellung die Frage „Welcher Monat kommt vor dem Dezember?", etc., erlaubt.

Nennung von sieben oder mehr Monaten in korrekter Reihe.	**0**
Beginnt, erreicht aber nicht sieben Monate, keine Compliance.	**1**
Nicht durchführbar (sediert/fehlende Wachheit, Unwohlsein).	**2**

[4] Fluktuierende Symptomatik

Hinweis auf deutliche Änderung oder wechselnde Symptome bezüglich Aufmerksamkeit oder Wahrnehmung, (z.B. auch Halluzinationen) die innerhalb der zwei Wochen begannen und in den vergangenen 24 Stunden noch bestanden.

Nein.	**0**
Ja.	**4**

4 oder mehr Punkte: Delir möglich
+/- kognitive Beeinträchtigung
1-3: mögliche kognitive Beeinträchtigung
0: Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung
unwahrscheinlich, aber möglich, wenn [4] unvollständig

4AT SCORE ☐

JOSUA Palliativzentrum

Delir - Therapie

- kausale Therapie
- nichtmedikamentöse Maßnahmen: Multikomponentenprogramme zur delirsensiblen Versorgung: Reduktion der Delir-Inzidenz 44%, Verkürzung der Delirdauer
  - Mobilisierung
  - (Re-)Orientierung
  - Schlafhygiene
  - Schmerzmanagement
  - Optimierung von Ernährung und Hydratation
- Pharmakotherapie:
  - Cholinesterasehemmer in Risikosituationen nicht absetzen
  - Melatonin zur Schlafförderung
  - Dexmedetomidin zur Prävention des postoperativen Delirs unter kontinuierlichem Monitoring
  - Antipsychotika

Delirtherapie

- bei Wahn, Halluzinationen, massiver Agitation:

Substanz	Startdosis in mg	Tagesdosis in mg (maximal)	Applikation/Anmerkungen
Haloperidol	0,2-1,0	0,1-0,5 alle 4-6 h (4 mg)	p.o., i.m., (s.c.) / cave EPMS
Risperidon	0,25-0,5	0,25-0,5, 4 x /Tag (2 mg)	p.o. / cave EPMS
Quetiapin	12,5 – 25 mg	25-50 4 x /Tag (200 mg)	p.o. / cave orthostatische Hypotonie

- bei Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr:

Substanz	Startdosis in mg	Tagesdosis in mg (maximal)	Applikation/Anmerkungen
Pipamperon	10-40	10-80 (1-2 Dosen abends/zur Nacht (120 mg)	p.o.
Melperon	12,5-50	12,5-50-100; 1-2 Dosen abends / zur Nacht (150 mg)	p.o.
Quetiapin	12,5	12,5-50 (1-2 Dosen abends/zur Nacht (200 mg)	p.o. / cave orthostatische Hypotonie

Geriatrie meets PalliativeCare – Gemeinsames und Befremdliches?

- Patienten mit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen und leidvollen Symptomen
- vulnerable, oft fehlende unit of care
- Wir haben wirksame Maßnahmen zur Beschwerdelinderung!

- andere Verläufe am Lebensende
- längerer, oft intermittierender Bedarf an (spezialisierter) Palliativversorgung
- erschwerte Symptomerfassung und Beurteilung von Therapieeffekten bei Menschen mit Demenz



DAS LEBEN NICHT ALLEIN AUSHAUCHEN



Kloster Memleben