



UNIKLINIK
KÖLN



DAS HERAUSFORDERNDE DREIECK – GERIATRIE – NEPHROLOGIE - PALLIATIVMEDIZIN

PRIV.-DOZ. DR. MED LINUS VÖLKER

UNIKLINIK KÖLN – KLINIK II FÜR INNERE MEDIZIN, NEPHROLOGIE, RHEUMATOLOGIE, DIABETOLOGIE UND ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN



INTERESSENSKONFLIKTE

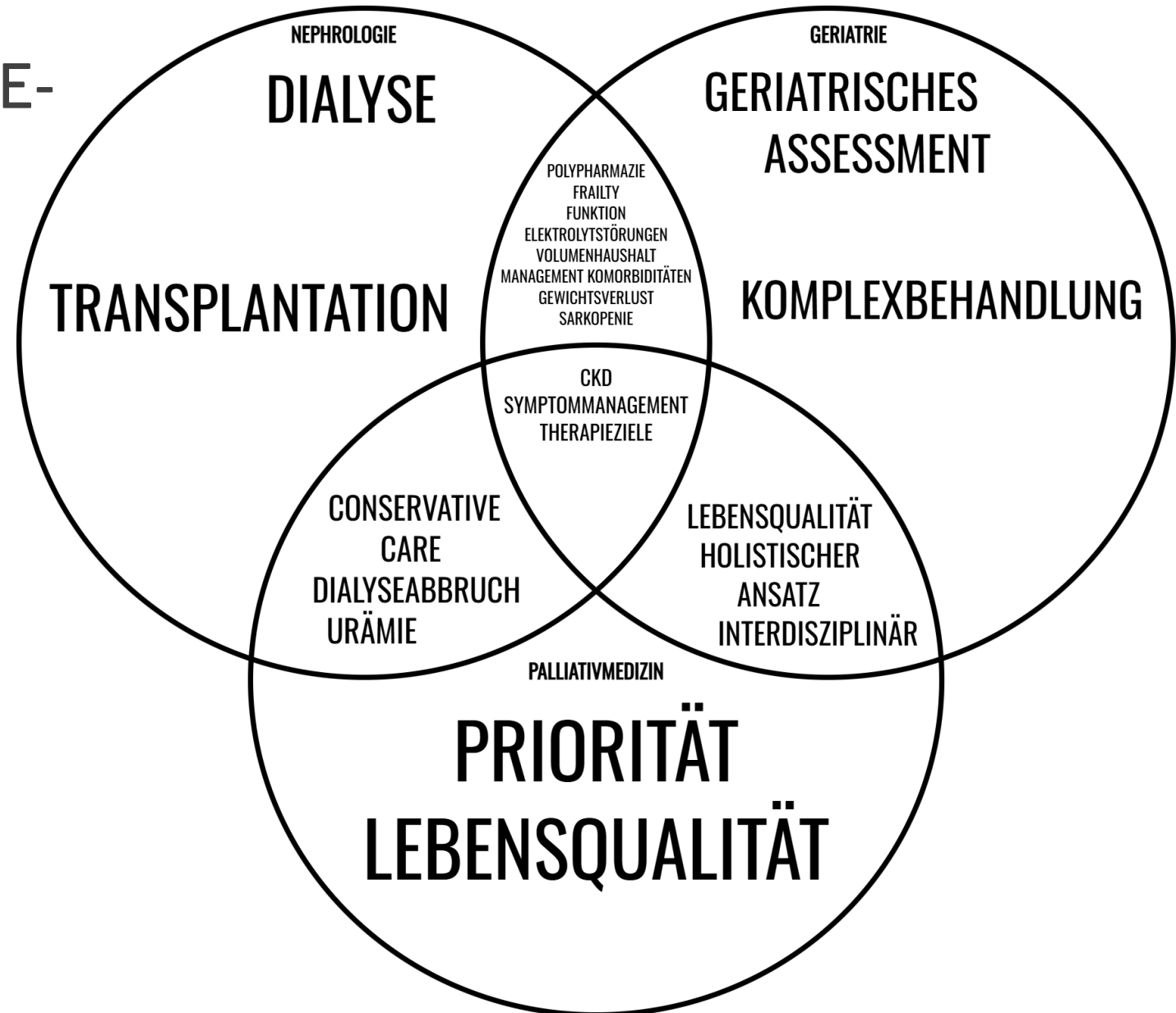
- Vortrags- und Beratertätigkeiten:
 - Sanofi, AstraZeneca, Bayer, GC Biopharm
- Forschungsmittel:
 - Sanofi
- Reiseunterstützung:
 - Alexion, Sanofi



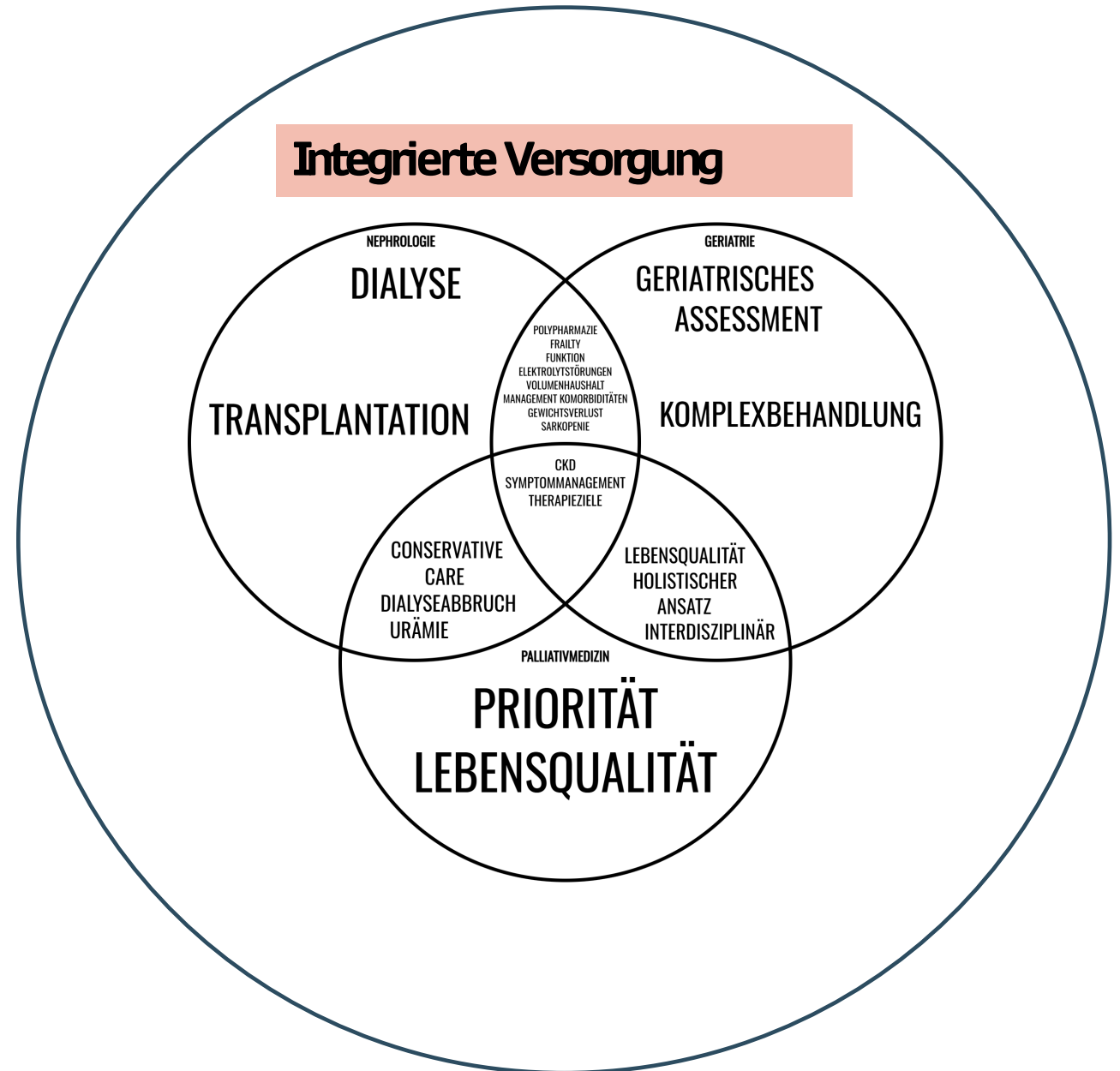
AGENDA

- Spannungsfeld Nephrologie / Geriatrie / Palliativmedizin: IST Zustand
- Wann braucht es die Dialyse?
- Wann braucht es die Geriatrie?
- Wann braucht es die Palliativmedizin?
- Advance Care planning als Lösungsstrategie

SPANNUNGSFELD
GERIATRIE-NEPHROLOGIE-
PALLIATIVMEDIZIN



SPANNUNGSFELD GERIATRIE-NEPHROLOGIE- PALLIATIVMEDIZIN





Original Investigation | Health Policy

Comparison of the Complexity of Patients Seen by Different Medical Subspecialists in a Universal Health Care System

Marcello Tonelli, MD, SM, MSc; Natasha Wiebe, MMath, PStat; Braden J. Manns, MD, MSc; Scott W. Klarenbach, MD, MSc; Matthew T. James, MD, PhD; Pietro Ravani, MD, PhD; Neesh Pannu, MD, SM; Jonathan Himmelfarb, MD; Brenda R. Hemmelgarn, MD, PhD

Table 2. Complexity Outcomes by Physician Type^a

Physician Type	Comorbidities, Mean (95% CI), No.	Risk of Mental Health Condition (95% CI)	Prescribed Medications, Mean (95% CI), No.	Physician Types, Mean (95% CI), No.	Physicians, Mean (95% CI), No.	Days Spent in Hospital, Mean (95% CI), No.	Emergency Department Visits, Mean (95% CI), No.	Likelihood of Long-term Care Placement	Risk of Mortality
Nephrologist	4.2 (4.2-4.3) ^b	0.22 (0.22-0.23) ^b	14.2 (14.2-14.3) ^b	5.1 (5.1-5.1) ^b	11.0 (11.0-11.0) ^b	11.1 (11.0-11.1) ^b	1.7 (1.7-1.7) ^b	0.020 (0.018-0.022) ^b	0.066 (0.063-0.069) ^b
Infectious disease specialist	2.7 (2.7-2.8)	0.29 (0.28-0.29) ^b	12.0 (12.0-12.1) ^b	5.5 (5.5-5.6) ^b	13.0 (12.9-13.1) ^b	15.0 (14.9-15.0) ^b	2.6 (2.6-2.6) ^b	0.014 (0.012-0.016) ^b	0.043 (0.040-0.046) ^b
Neurologist	2.8 (2.8-2.8)	0.27 (0.26-0.27) ^b	9.6 (9.6-9.7)	4.2 (4.2-4.3)	7.9 (7.9-8.0)	5.6 (5.6-5.6)	1.3 (1.3-1.3)	0.011 (0.011-0.012) ^b	0.022 (0.021-0.023)
Respirologist	2.8 (2.8-2.8)	0.21 (0.21-0.22)	10.6 (10.6-10.6)	4.4 (4.3-4.4)	8.0 (8.0-8.0)	4.5 (4.4-4.5)	1.1 (1.1-1.1)	0.009 (0.008-0.010)	0.037 (0.036-0.039)
Hematologist	2.9 (2.8-2.9) ^b	0.20 (0.19-0.21)	10.3 (10.2-10.3)	5.0 (4.9-5.0) ^b	9.7 (9.7-9.8) ^b	8.2 (8.2-8.3) ^b	1.5 (1.5-1.6) ^b	0.010 (0.009-0.013)	0.050 (0.046-0.054) ^b
Rheumatologist	3.1 (3.0-3.1) ^b	0.19 (0.18-0.19)	10.7 (10.7-10.8) ^b	4.2 (4.1-4.2)	7.0 (7.0-7.0)	2.7 (2.7-2.7)	0.9 (0.9-0.9)	0.004 (0.003-0.005)	0.014 (0.012-0.016)
Gastroenterologist	2.3 (2.3-2.3)	0.21 (0.20-0.21)	8.6 (8.6-8.6)	4.1 (4.1-4.1)	7.5 (7.5-7.5)	4.1 (4.1-4.1)	1.0 (1.0-1.1)	0.006 (0.005-0.006)	0.023 (0.022-0.024)
Cardiologist	2.6 (2.6-2.6)	0.16 (0.16-0.16)	8.7 (8.7-8.7)	4.0 (4.0-4.0)	7.2 (7.2-7.2)	3.1 (3.1-3.1)	0.9 (0.9-0.9)	0.006 (0.006-0.007)	0.021 (0.020-0.021)
General internist	2.2 (2.2-2.2)	0.18 (0.18-0.18)	8.1 (8.0-8.1)	3.6 (3.6-3.6)	6.6 (6.6-6.6)	3.1 (3.1-3.1)	0.8 (0.8-0.8)	0.006 (0.006-0.007)	0.019 (0.018-0.019)
Endocrinologist	2.4 (2.4-2.4)	0.18 (0.17-0.19)	8.7 (8.7-8.8)	4.3 (4.2-4.3)	7.4 (7.4-7.5)	2.8 (2.8-2.9)	0.7 (0.7-0.7)	0.003 (0.002-0.004)	0.013 (0.011-0.015)
Allergist/immunologist	1.1 (1.0-1.1)	0.15 (0.14-0.15)	6.4 (6.4-6.4)	3.5 (3.5-3.6)	5.8 (5.8-5.8)	0.4 (0.4-0.4)	0.6 (0.6-0.7)	0.000 (0.000-0.001)	0.001 (0.000-0.002)
Dermatologist	1.6 (1.6-1.6)	0.14 (0.14-0.14)	6.6 (6.6-6.6)	3.4 (3.4-3.4)	5.4 (5.4-5.4)	1.0 (0.9-1.0)	0.5 (0.5-0.5)	0.003 (0.003-0.003)	0.009 (0.009-0.009)
Family physician	1.3 (1.3-1.3)	0.14 (0.14-0.14)	4.9 (4.9-4.9)	2.1 (2.1-2.1)	3.8 (3.8-3.8)	1.0 (0.9-1.0)	0.6 (0.6-0.6)	0.003 (0.003-0.003)	0.008 (0.008-0.009)

Nephrologische Patienten:

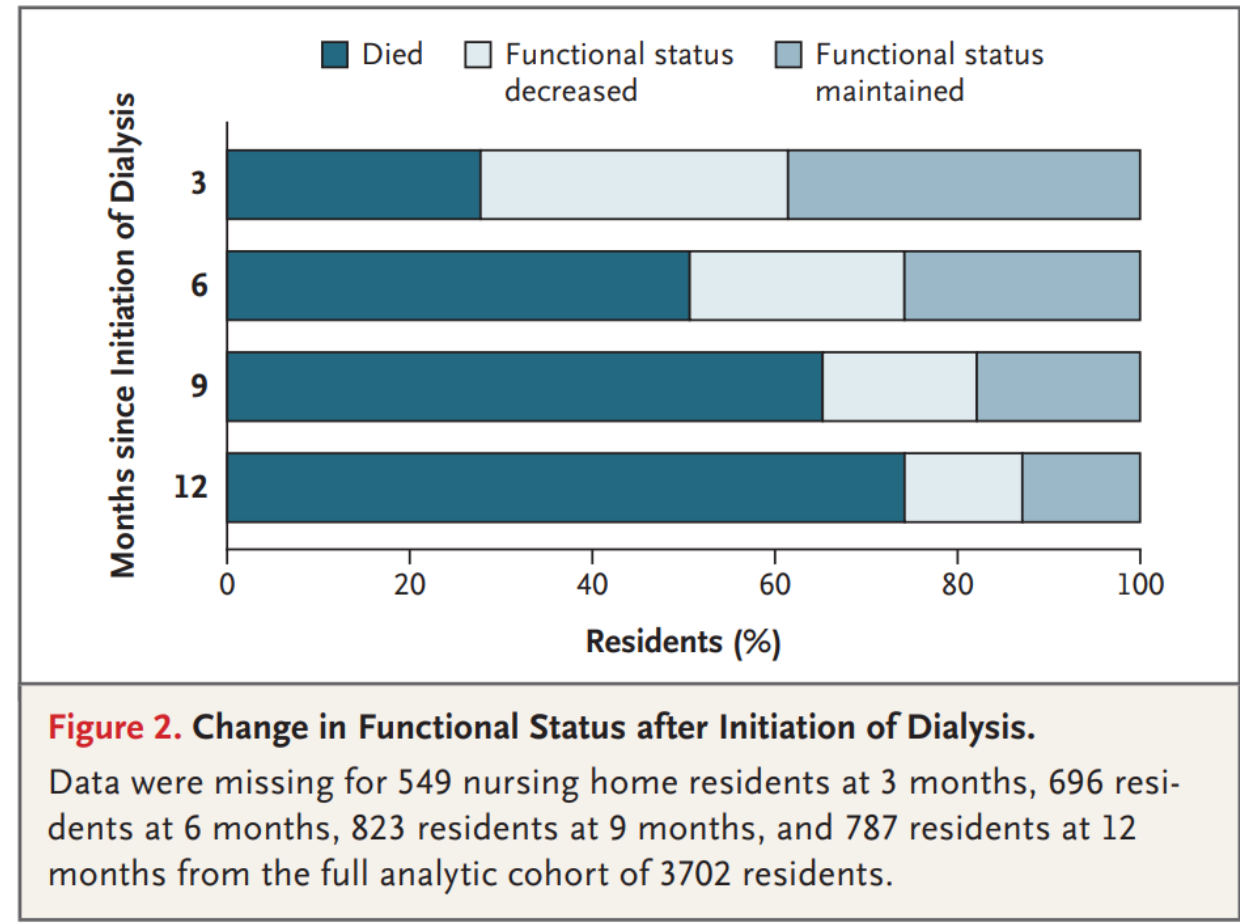
- Die meisten Komorbiditäten
- Die meisten Medikationen
- Höchstes Risiko für Heimpflege
- Höchstes Mortalitätsrisiko



DIALYSEEINLEITUNG BEI HEIMBEWOHNERN

Table 1. Characteristics of the Subjects at the Initiation of Dialysis.*

Characteristic	Subjects [†]
Age (yr)	73.4±10.9
Estimated glomerular filtration rate (ml/min/1.73 m ² of body-surface area)	10.7±4.9
Albumin (g/dl)	2.9±0.6
Female sex (%)	60
Race (%) [‡]	
White	64
Black	32
Other	4
Coexisting condition (%)	
Diabetes	68
Congestive heart failure	66
Coronary artery disease	44
Peripheral vascular disease	37
Cerebrovascular disease	39
Chronic obstructive pulmonary disease	24
Cancer	12
Dementia	22
Depression	35
Hemodialysis (vs. peritoneal dialysis) (%)	95
Hospitalized at initiation of dialysis (%)	69



THE NEW OLD AGE

Dialysis May Prolong Life for Older Patients. But Not by Much.

In one recent study, the challenging regimen added 77 days of life after three years. Often, kidney disease can be managed in other ways.

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Effect of Starting Dialysis Versus Continuing Medical Management on Survival and Home Time in Older Adults With Kidney Failure

A Target Trial Emulation Study

Maria E. Montez-Rath, MS, PhD; I-Chun Thomas, MS; Vivek Charu, MD, PhD; Michelle C. Odden, MS, PhD; Carolyn D. Seib, MD, MAS; Shipra Arya, MD; Enrica Fung, MD, MPH; Ann M. O'Hare, MD, MA; Susan P.Y. Wong, MD, MS; and Manjula Kurella Tamura, MD, MPH

ZEIT ZUHAUSE UND MORTALITÄT IN DER ABWÄGUNG

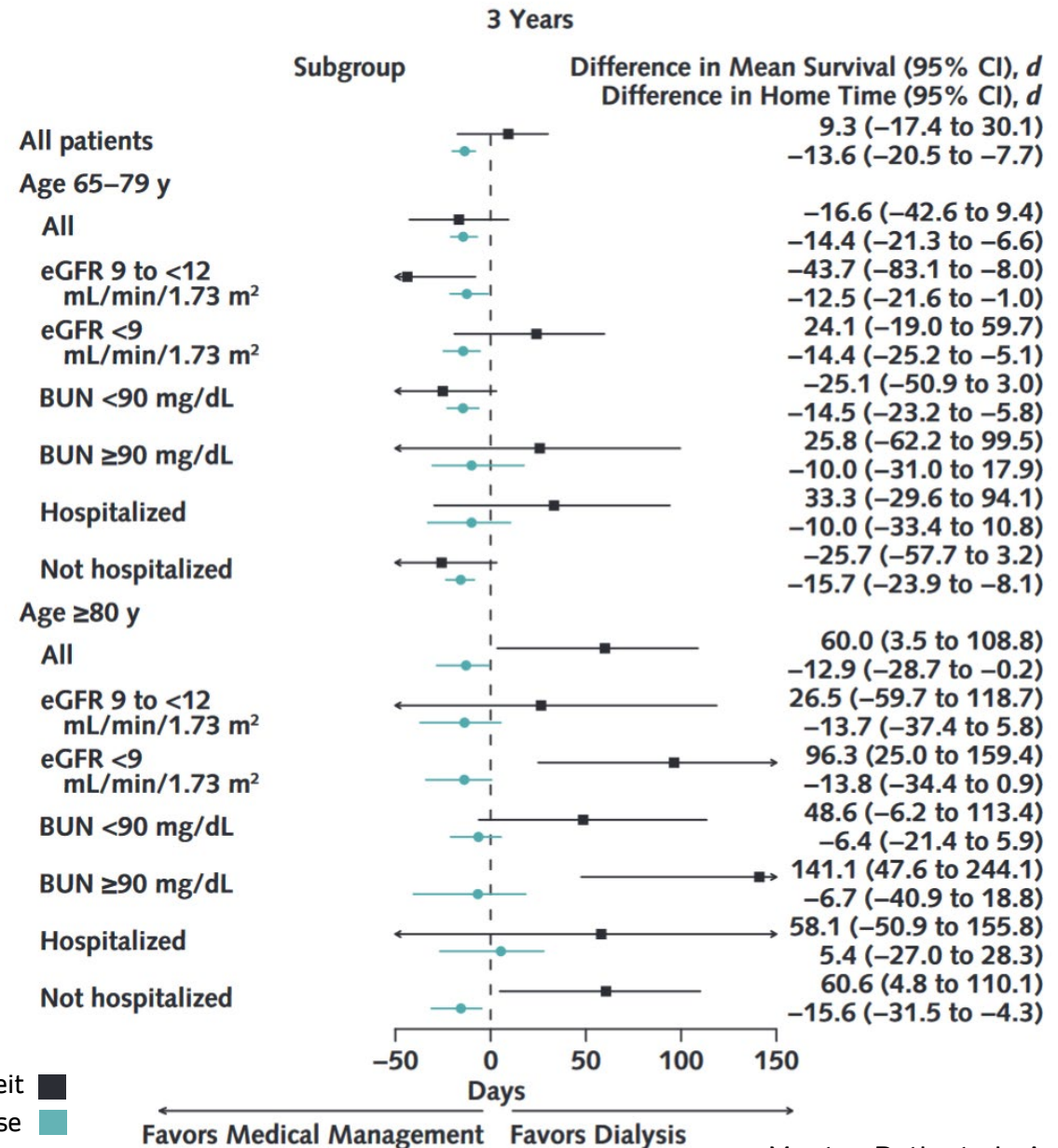
Einschlusskriterien und Methodik

- Alter > 65 Jahre (VA-Daten)
- eGFR < 12 ml/min/1,73 m²
- Nicht transplantgelistet
- Prospektive Kohortenstudie mit *target trial emulation über drei Jahre*
 - Gruppe 1: Dialysestart innerhalb 30 d
 - Gruppe 2: kein Dialysestart innerhalb 30 d
- *Outcome*: Überleben und Tage zuhause

Ergebnisse

- Rekrutierungszeitraum 2010-2018
- Alter: ~78 Jahre
- Dialysestart nach 8 Tagen vs nach 3 Jahren
- Überleben: 770 vs 761 Tage
- Zeit zuhause: 14 Tage weniger
- Im Vergleich zu Patienten, die nie dialysierten:
 - 77 Tage Überlebensbenefit
 - 15 Tage weniger zuhause

SUBGRUPPENANALYSE



EINSCHRÄNKUNGEN UND DISKUSSION

Limitationen

- Analysen beschränkt auf USA, Männer, Veteranen, Hämodialyse (nicht PD)
- Symptomlast konnte nicht erfasst werden (eGFR-basierte Analyse)
- Confounding möglich (Hochrisikopatienten erhielten möglicherweise eher Dialyse)
- “Medical Management” nicht systematisch erfolgt, d.h. ggfs. bessere Outcomes möglich.

Diskussionspunkte

- 77 Tage wahrscheinlich weniger Zeit als Patienten für das Inkaufnehmen einer belastenden, invasiven Prozedur fordern würden. [Rubin et al. JAMA Intern Med, 2020]

BESTIMMUNG NEPHROLOGISCHE PROGNOSE

- Mortalität: Prädiktion vor und an Dialyse (Empfehlungen: European Renal Best Practice Group 2017)
 - Charlson-Comorbidity-Index und ESRD-Comorbidity-Index **nicht valide für Dialysepatienten¹**
 - REINS-Score²: **3-Monats-Mortalität nach Dialyseeinleitung**
 - Niedrigrisiko: 0-20 % Mortalität
 - Intermediärrisiko: 20-40 % Mortalität
 - Hochrisiko: > 40 % Mortalität
 - Bansal-Score³: **5-Jahres-Mortalität OHNE Dialyseeinleitung**
 - Kidney-Failure-Risk Equation (KFRE)⁴: **2- und 5-Jahres Wahrscheinlichkeit eines terminalen Nierenversagens (CKD 3-5)**

Geschlecht, Alter, Ethnie, Diabetes, Rauchen, Albuminurie, Herzinsuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Herzrhythmusstörungen, Malignome, psychiatrische Störung, Mobilitätseinschränkungen, Hypalbuminämie

¹Gomez, A. T. et al. *Can J Kidney Health Dis* **2**, 34 (2015). ²Couchoud CG, Beuscart J-BR, Aldigier J-C et al. *Kidney Int* 2015; **88**: 1178–1186.

³Bansal N, Katz R, de Boer IH et al., *Clin J Am Soc Nephrol* 2015; **10**: 363–371. ⁴Tangri N, Stevens LA, Griffith J, et al. *JAMA*. 2011;305(15).

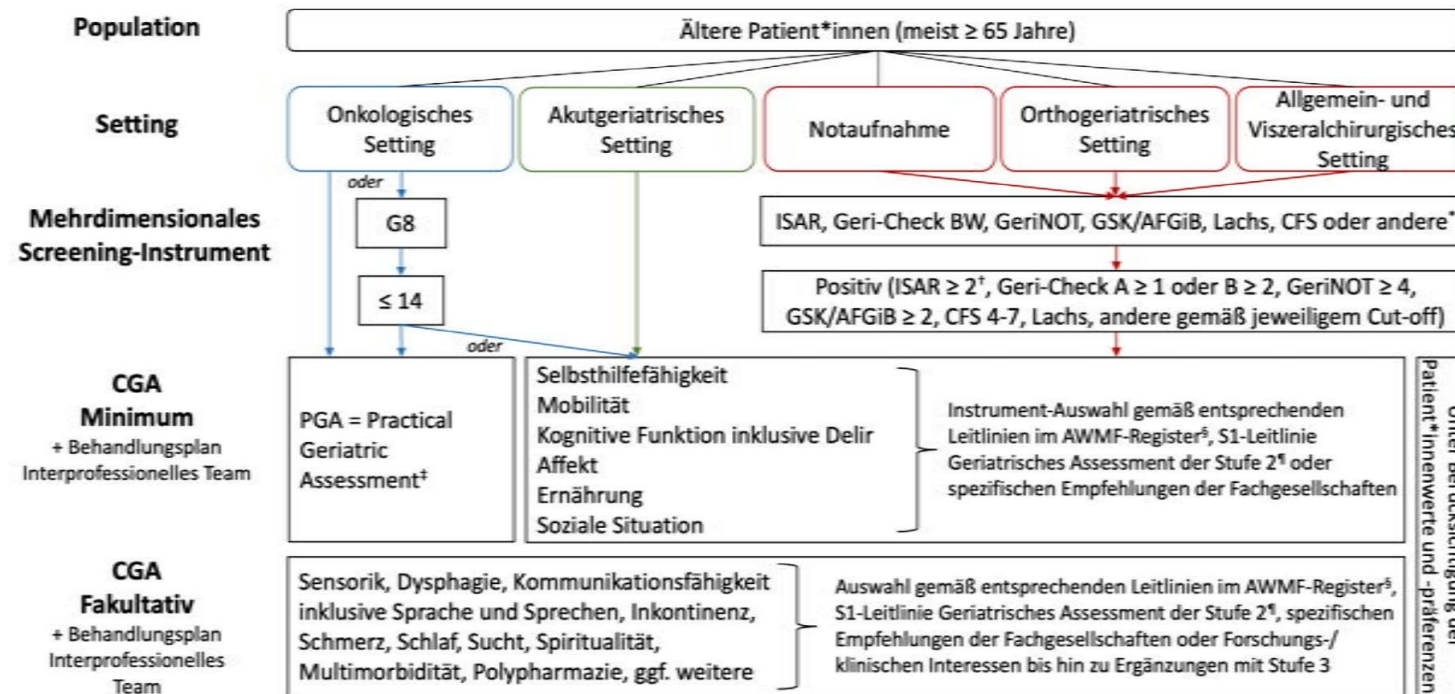


WANN BRAUCHT ES GERIATRIE?

- Alter \geq 65 Jahre
- Einnahme mehrerer Medikamente
- mehrere chronische Krankheiten
- Einschränkungen der Alltagsfähigkeiten
- und/oder Auffälligkeiten in validierten, multidimensionalen Screening-Instrumenten

IDENTIFIKATION VON GERIATRISCHEN PATIENTEN

Entscheidungsalgorithmus nach den verschiedenen Settings als Implementierungshilfe in der Klinik



COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA)

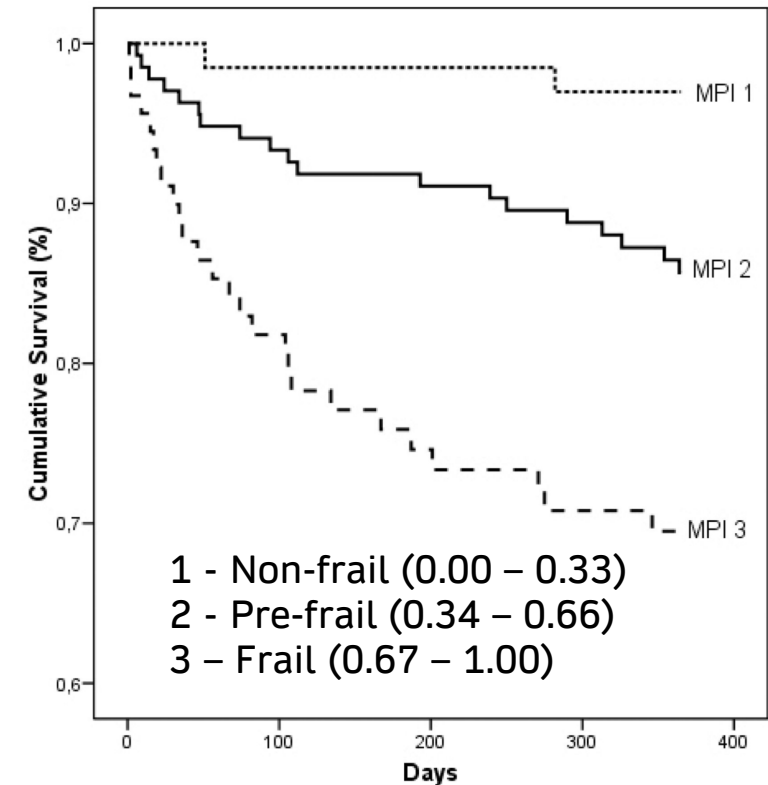
- Das **Ignorieren von Lebensqualität und Lebenserwartung** verringert den Benefit von Therapien und **erhöht möglicherweise die Therapie- und Symptomlast**.
- Geriatriische **Prognose** ganz maßgeblich von **Frailty / Gebrechlichkeit** getrieben
- **Frailty**
 - Erkrankungen / Multimorbidität / Polypharmazie
 - Soziales Umfeld (Familie, Wohnsituation, Finanzen, Persönliche und organisationale Gesundheitskompetenz)
 - Funktioneller Status (Kraft, Ernährung, Psyche)
- **Comprehensive geriatric assessment (CGA)** erhöht die **Wahrscheinlichkeit nach 12 Monaten noch zu leben und zuhause** zu sein. [Ellis et al. 2011, Cochrane Collaboration]

MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX (MPI)

- **Prämisse:** Ausschöpfung aller Dimensionen des CGAs zur Prognoseabschätzung älterer Patienten
- Umfassend in **vielen Settings und Varianten validiert** (auch CKD)
- **MPI prognostisch bedeutsamer als CKD-Stadium!**

1. ADL (Activities of Daily Living)
2. IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
3. ESS (Exton-Smith Scale, Dekubitus-Risiko)
4. SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)
5. MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment short form)
6. CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)
7. Comorbidity Index
8. Number of drugs
9. Cohabitation status: living in family, alone, or institution or nursing home

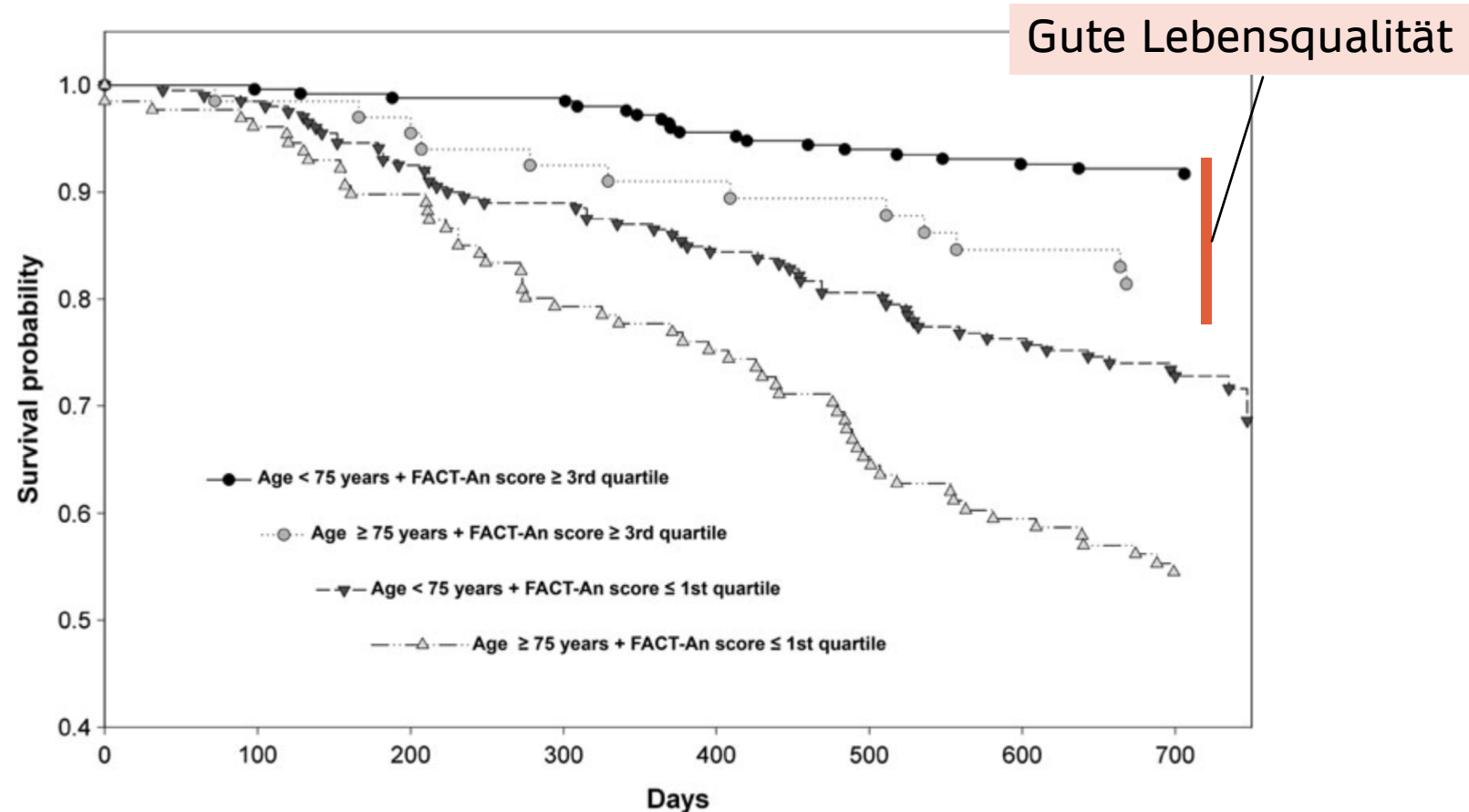
0.00 - 1.00
Stratifizierung



MORTALITÄT UND LEBENSQUALITÄT AN DER DIALYSE IN DEUTSCHLAND

Table 1. Baseline demographic data^a

	Age <75 years	Age ≥75 years
Age (years)		
Mean ± SD	62.5 ± 10.6	80.2 ± 3.9
95% CI for the mean	62.0–63.0	79.9–80.4
Sex, n (%)		
Male	1003 (58.6)	374 (47.0)
Female	708 (41.4)	422 (53.0)
BMI (kg/m ²)		
Mean ± SD	26.4 ± 5.3	25.5 ± 4.7
95% CI for the mean	26.2–26.7	25.2–25.8
Dialysis vintage (months)		
Median	20.9	15.9
95% CI for the median	18.9–23.7	14.0–18.7
Vascular access, %		
Arteriovenous fistula	86.4	81.2
Arteriovenous graft	11.4	14.7
Catheter	2.2	4.1
Underlying disease, %		
Diabetic nephropathy	31.6	32.7
Chronic glomerular nephritis	20.7	12.3
Vascular nephropathy	13.6	28.1
Interstitial nephritis	8.6	7.8
Congenital nephropathy	6.4	1.9
Other renal disease	1.6	1.4
Unknown aetiology	17.5	15.8
Concomitant diseases, %		
Hypertension	87.4	80.7
Diabetes	41.9	46.6
Chronic heart disease	40.5	55.3
Peripheral arterial disease	23.7	29.5
Retinopathy	20.7	20.1
Polyneuropathy	18.6	21.5
Cerebrovascular insufficiency	13.5	23.5
Pulmonary disease	8.5	7.3
Malignancy	7.4	9.2
Amputation	6.3	4.5



VERSORGUNGSLÜCKEN IN DER ALTERSMEDIZIN

Keimschranke



Multiresistente Erreger

**NUB/ZEs
Chemotherapien
Biologicals
Antikoagulation**



**Dialysepatienten
Dialyseeinleitung**

Organtransplantierte



**Komplexe interdisziplinäre
Versorgung**

DEFINITION PALLIATIVMEDIZIN

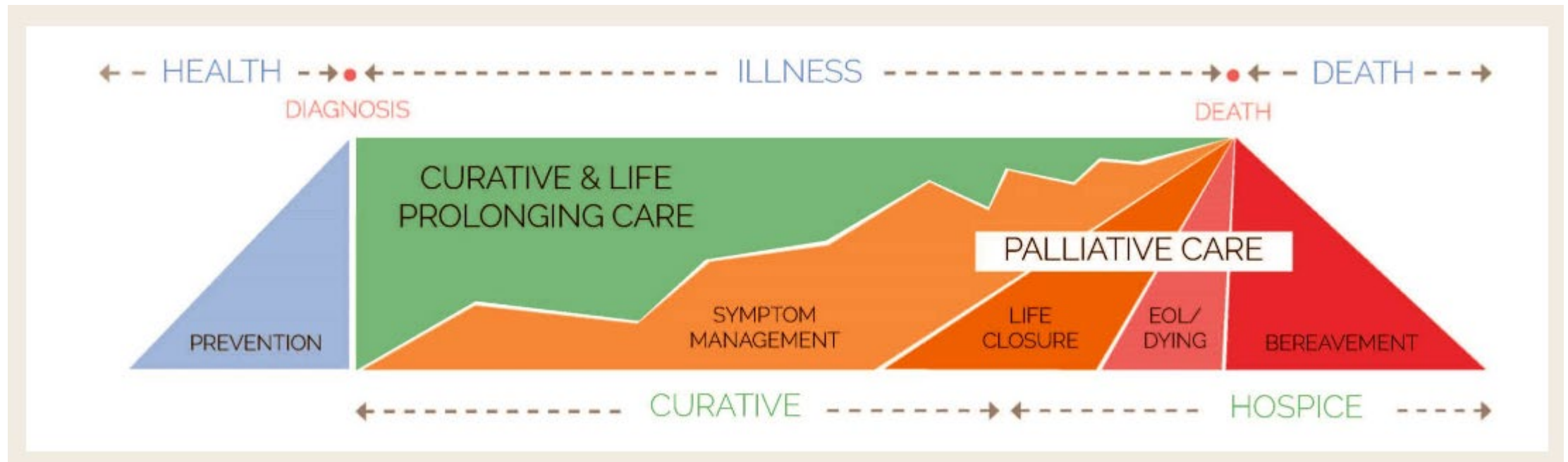
Palliativmedizin ist die Behandlung von Patient:innen mit einer **nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung** mit **begrenzter Lebenserwartung**, für die das **Hauptziel** der Begleitung die **Lebensqualität** ist.

(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Bereiche des palliativmedizinischen Assessments

- > Symptomintensität
- > Psychosoziale Belastetheit
- > Selbsthilfefähigkeit
- > Soziale Situation/Einbindung
- > Alltagskompetenz

WANN BRAUCHT ES PALLIATIVMEDIZIN?



IDENTIFIKATION VON PALLIATIVMEDIZINISCHEM BEDARF

Surprise Question

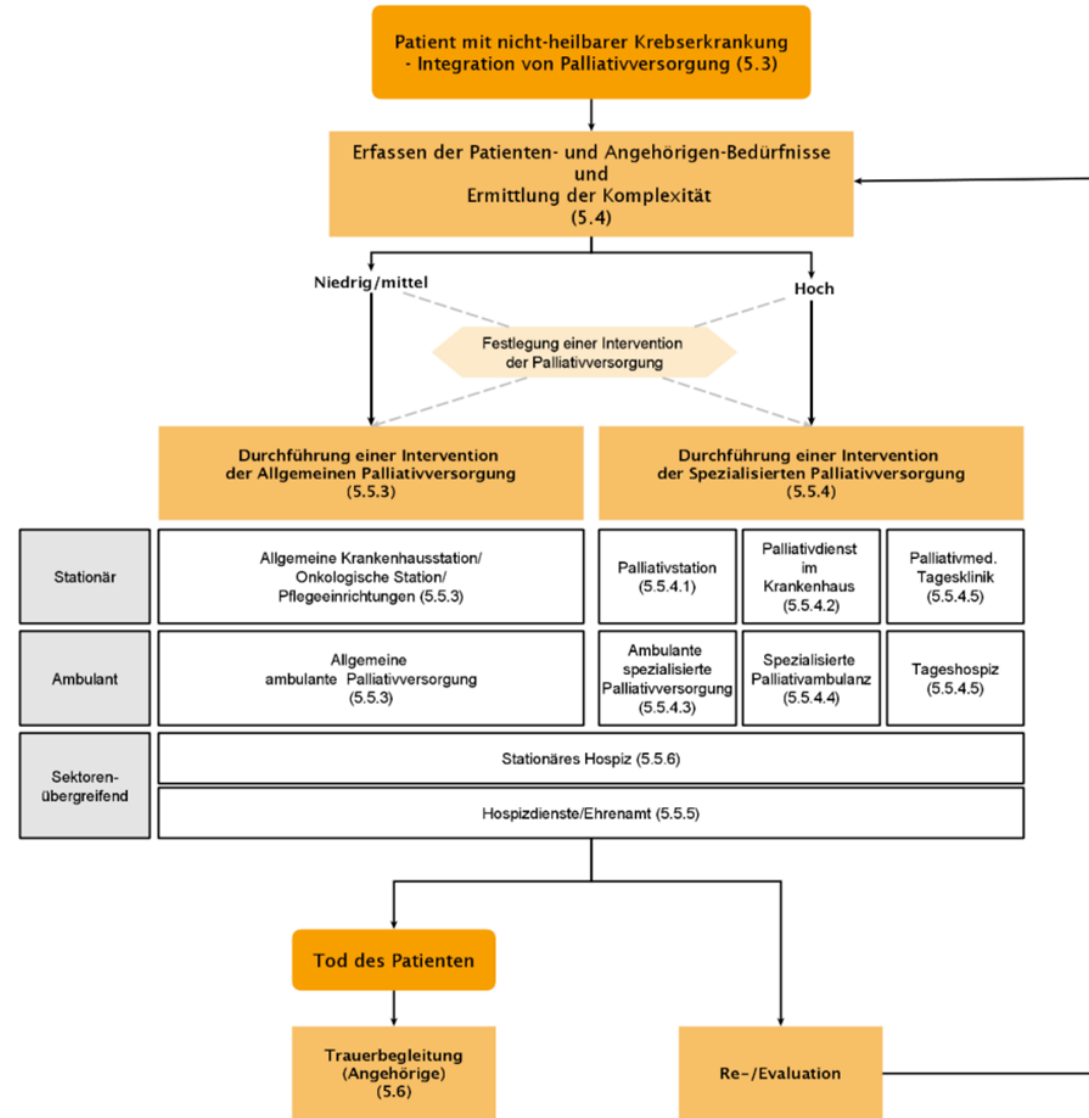
- Gerichtet an den Behandler
- “Wäre ich überrascht, wenn dieser Patient innerhalb der nächsten 6 (12) Monate versterben würde”
- JA vs NEIN: Mortalität: OR 3,5

IPOS / MIDOS / SPICT

- **IPOS:** Integrated Palliative Care Outcome Scale
 - <https://pos-pal.org/maix/>
 - weitreichend validiert und übersetzt
 - IPOS renal: auf Nierenkranke adaptiert
- **MIDOS:** Minimales Dokumentationssystem zu belastenden Symptomen
 - Fragebogen, mit 10 Kategorien
- **SPICT:** Klinisches Tool zur Identifikation von Patienten mit palliativmedizinischem Bedarf

STRUKTUREN DER PALLIATIVMEDIZIN

- **Kenntnis der lokalen Strukturen** und Ressourcen zur palliativmedizinischen Versorgung und *conservative kidney care* unabdingbar

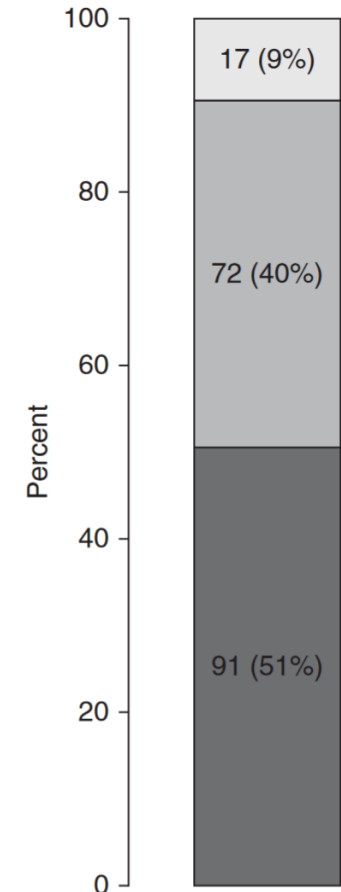


VORAUSSCHAUENDE THERAPIEPLANUNG – ADVANCE CARE PLANNING

- Fortlaufender Prozess
- Patienten sollen **persönliche Werte, Lebensziele und Präferenzen** in Hinblick auf zukünftige medizinische Entscheidungen besser verstehen und mitteilen können
- **Verbesserung der spontanen Entscheidungsfähigkeit** in Notfallsituationen
- Verbesserung der **Lebensqualität und End-of-Life-Care** sowie die **Reduktion von Angst, Stress und Trauer**.
- Anders als oft wahrgenommen, **wünschen auch hochbetagte eine aktive oder kollaborative Rolle** in der Entscheidungsfindung!

Control Preference

- Active
- Collaborative
- Passive



NOCH BESTEHENDE DEFIZITE IM SPANNUNGSFELD NEPHROLOGIE / GERIATRIE / PALLIATIVMEDIZIN

- Unscharfe Definitionen und uneinheitliches Vokabular
- Keine flächendeckende Verfügbarkeit von Strukturen zur Versorgung von CKD-Patienten am Lebensende
- Versorgungslücken für CKD/NTX-Patienten in der Geriatrie
- Systematische Fort- und Weiterbildung zu palliativmedizinischen und geriatrischen Inhalten in der Nephrologie
- Schaffung von Support-Systemen für das Advance Care Planning (Leitfäden, SOPs, DiGa)
- Systematische Erfassung von geriatrischem und palliativmedizinischem Bedarf bei CKD-Patienten sowie End-of-Life-Care (Todesursachen, Sterbeort)
- Abrechnungsfähigkeit palliativmedizinischer und geriatrischer Versorgung in der Nephrologie

ZUSAMMENFASSUNG

- **Nephrologie / Geriatrie / Palliativmedizin** haben **multimorbide, gebrechliche Patienten** als gemeinsamen Nenner und lassen sich nicht strikt voneinander trennen.
- Daten zur Dialysebehandlung aus den USA suggerieren, dass eine **individualisierte Entscheidung** zur **optimalen Versorgungsform (Dialyse +/- Komplexbehandlung, conservative kidney care, Palliativmedizin)** nötig ist
- Zur **Identifikation von geriatrischem und palliativmedizinischem Bedarf, zur Prognoseabschätzung und Therapiesteuerung** können verschiedene **Tools/Scores** wertvolle Beiträge liefern.
- **Kenntnisse der lokalen Versorgungsstrukturen** sind essenziell zur optimalen Patientenversorgung
- Auch **ältere Patienten** wünschen oft eine **aktive Rolle in der Therapiefindung**.
- **Advance care planning** hilft, die Versorgung nach Patientenwünschen auszurichten und die Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Entscheidungsfindungsprozess zu verbessern

MINI-NEPH STUDIE

VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT UND DER VERSORGUNG SCHWER NIERENKRANKER PATIENT:INNEN DURCH FRÜHZEITIGE ERKENNUNG PALLIATIVEN BEDARFES

Nephrologische Praxen

Schulungen + Fragebögen + Interviews

Surprise Question (SQ)

SPIC T Indikator

Gesprächsleitfaden

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC T-DE™)

SPIC T-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen.
- Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung; Verbesserung ist unwahrscheinlich (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag legend oder sitzend).
- Patient ist aufgrund körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigungen im Alltag auf Unterstützung angewiesen.
- Pflegende Angehörige benötigen (zusätzliche) Unterstützung/Entlastung.
- Prognostischer Zeitschmerz; persistierendes Untergewicht; geringe Muskelmasse.
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankungen).
- Patient/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/Therapieabänderung.

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

Krebserkrankung	Kardiovaskuläre Erkrankung	Nierenkrankung
<ul style="list-style-type: none"> • Progredienz mit zunehmender Symptomlast und/oder Funktions- und/oder Leistungsstörungen. • Patient ist zu schwach für eine Tumorthherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz oder ischämische koronare Herzkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung. • Schwere, inoperable periphere Gefäßkrankung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung. • Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/Behandlungen. • Bewältigung oder Wertschätzung der Erleichterung einer Dialyse wird erfragt.
Demenz/Sehverschmächtheit	Atemwegserkrankung	Lebererkrankung
<ul style="list-style-type: none"> • Multiple Beeinträchtigungen, z.B.: Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich. • Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen. • Harn- und Stuhlinkontinenz. • Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich. • Wiederholte Sturzereignisse, Frakturrisiko. • Wiederholte Infektionen; Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung. • Bedarf: Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie. • Zustand nach Lungenerkrankung; verminderte Belastung ist nicht erfolgversprechend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Diuretikum-resistenter Ascites • hepatoische Enzephalopathie • hepatorales Syndrom • bakterielle Peritonitis • rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen • Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend.
Neurologische Erkrankung	Andere lebenslimitierende Erkrankungen	Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:
<ul style="list-style-type: none"> • Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion. • Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien, Atemnot und/oder Lungenerkrankungen. • Anhaltende Lähmungen nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behandlung. 	<ul style="list-style-type: none"> • AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist. 	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der medikamentenbasierten/medikamentösen Therapie auf Versorgungsanforderungen und Vermeidung von Polypharmazie. • Überprüfung, ob ein palliatives Konsultationsgespräch/ Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen. • Klärung der Therapiemöglichkeiten/Verfügbarkeit mit dem Patienten und der Familie. • Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. • Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz. • Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans.

Ein Wegweiser für Gespräche zur Planung Ihrer Versorgung

Wichtige Fragestellungen für eine angemessene Versorgung bei schwerwiegenden Erkrankungen



- Priv.-Doz. Dr. Dr. Julia Strupp
- Bereichsleitung Forschung
- Versorgungsforschung und Palliative Care
Zentrum für Palliativmedizin Köln



- Priv.-Doz. Dr. Linus Völker
- Oberarzt & Stellvert.
Bereichsleiter
Universitäre Altersmedizin
Uniklinik Köln



Palliativzentrum-Mini-Neph@uk-koeln.de



0221-478-30746