

## **Palliative Geriatrie**

**„Weg von der Haltung kommen, dass alles, was machbar, auch automatisch richtig ist“**

**Roland Kunz, Chefarzt Universitäre Klinik für Akutgeriatrie und Ärztlicher Leiter des Zentrums für Palliative Care am Zürcher Stadtspital Waid und Triemli, ist Mitbegründer der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG). Im Gespräch mit „palliative ch“ erläutert er die Anliegen einer palliativ ausgerichteten Geriatrie.**

**palliative ch: Herr Dr. Kunz, zunächst eine etwas ketzerische Frage: Wozu braucht es eine Palliative Geriatrie? Müsste Geriatrie nicht immer palliativ sein? Schliesslich hat sie es mit höchst vulnerablen Personen zu tun.**

**Roland Kunz:** Das ist eine wichtige Grundsatzfrage. Wenn ich unsere geriatrische Abteilung hier im Waidspital betrachte, sind nur ein ganz kleiner Teil der Menschen, um die wir uns kümmern, Palliativpatienten. Der Grossteil hat zuvor selbständig zu Hause gelebt, hat beispielsweise einen Sturz erlitten, wurde operiert und will nun wieder auf die Beine kommen, um weiter selbständig daheim leben zu können. Das Ziel dieser Patienten ist es, die Funktionalität wieder zu erlangen, alles andere interessiert sie nicht. Das heisst, dass es auch schwierig ist, so etwas wie eine Vorausplanung mit ihnen zu machen. Diese Patienten wollen übrigens auch nicht unbedingt in die Geriatrie, sondern lieber in eine Sportklinik. Daher lautet die Frage: Was definieren wir überhaupt als Geriatrie? Ist das etwas für Menschen über 65 Jahre? Oder erst über 80? Geriatrie ist also etwas, das mehr über Inhalte definiert werden muss und nicht so sehr über eine Zielgruppe.

**Also hat die Geriatrie auch einen stark kurativen Ansatz.**

Ja. Wenn zu uns ein Patient kommt, stellt sich uns immer die Frage: Was ist das übergeordnete Ziel? Und in den meisten Fällen lautet die Antwort: kurativ-funktionell wiederhergestellt zu werden, um wieder nach Hause zu können. Ein kleinerer Teil hat sozusagen palliative Ziele, also zum Beispiel, dass ihre Schmerzen oder die Atemnot gelindert werden, vielleicht sagen diese Menschen sogar, „ich mag eigentlich gar nicht mehr“, also auch keine Therapien. In diesen Fällen suchen wir einen Weg für die letzte Lebensstrecke.

**Ist es vor allem ein Manko in den Pflegeheimen, dass es eine Palliative Geriatrie braucht?**

Die Pflegeheimbewohner sind die Kernzielgruppe der Palliativen Geriatrie. Man darf nämlich nicht vergessen: Das Pflegeheim ist bei uns in der Schweiz der Haupt-Sterbeort. Die grosse Herausforderung für die Palliative Geriatrie ist dabei die sehr unsichere Prognose. Palliative Care ist ja aus der Onkologie entstanden: Da gibt es eine Krankheit, die verlaufs führend ist und die Prognose bestimmt. Irgendwann hat der Patient oder die Patientin Metastasen in der Leber und in der Lunge und so weiss man, dass das Leben nun allmählich zu Ende geht. In den Pflegezentren leben dagegen hochgradig gebrechliche, multimorbide und pflegebedürftige Menschen, für die aber niemand eine einigermaßen verlässliche Prognose stellen kann.

**Sind die Pflegezentren auf diese Unsicherheit gut vorbereitet?**

Ich glaube, für Demenzerkrankte wurde viel in die Qualität der Pflege investiert und die Standards sind relativ hoch. Doch bei multimorbiden Menschen erschwert die Unsicherheit in Bezug auf den Verlauf die Entscheidungsfindung. Sie ist eines der Kernthemen der Palliativen Geriatrie. Es kann sein, dass der eine multimorbide Patient in zwei Wochen stirbt, ein anderer lebt noch zwei Jahre. Das ist die Herausforderung für die Patienten, aber auch die Pflegeteams: die Ambivalenz, einerseits auf das Leben fokussiert zu sein und andererseits das Ende nicht auszublenden. Also immer auf die Waagschale zu legen, was für einen Patienten wichtig ist. Das ist anspruchsvoll und verlangt nach einer guten Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Letztere nehmen sich leider oft zu wenig Zeit, um die wichtigen Gespräche zu führen. Meistens bleibt es auf ihrer Seite bei Feuerwehrrübungen, wie etwa schnell ein Schmerzmittel zu geben.

**Und dank der demografischen Entwicklung gewinnt diese Thematik an Bedeutung...**

Ja, die Fallzahlen werden sicher steigen, denn nun gehen die Baby-Boomer in Rente. Ausserdem nimmt der medizinische Fortschritt zu, d.h. dass Menschen, die früher vielleicht mit 82 an irgendetwas gestorben wären, nun weiter behandelt werden, beispielsweise eine neue Herzklappe bekommen und 90 werden, aber hochgradig instabil sind.

**Ist es also Aufgabe der palliativen Geriatrie, anderen Disziplinen wie der Kardiologie da etwas auf die Finger zu schauen?**

Das ist für mich zentral. Wir müssen weg von der Haltung kommen, dass alles, was machbar, auch automatisch richtig ist, sondern das in Frage stellen. Palliative Geriatrie ist für mich also keine neue Disziplin, sondern in erster Linie eine Haltung, die überall mit einfließen sollte. Machen wir ein Beispiel: Eine hochdemente Patientin, die aus dem Bett fällt und einen Schenkelhalsbruch erleidet, muss nicht automatisch operiert werden. Aber so läuft das heute – weil sich niemand darüber Gedanken macht. Stattdessen gilt: Da ist ein kaputter Knochen, also muss er zusammengeschaubt werden. Aber was das für einen Stress für die hochdemente Patientin bedeutet, die schon vorher nicht mehr gelaufen ist und auch nach der Operation nicht laufen wird, überlegt sich niemand. Da müsste man zu einer sorgfältigen Evaluation und beispielsweise zum Schluss kommen, ihr genügend Schmerzmittel zu geben statt zu operieren. Die diversen Disziplinen sehen nur, was sie anbieten können, und beziehen nicht den Kontext der Gesamtsituation ein.

**Und das vielleicht auch noch unter dem wirtschaftlichen Druck des Spitals...**

Genau! Alte Menschen sind eine Goldgrube, denn irgendetwas kann man immer machen.

**Sie sind Mitbegründer der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG). Warum braucht es dafür eine neue, zusätzliche Fachgesellschaft?**

In Deutschland und Österreich sind die Fachgesellschaften für Palliative Care stark auf die spezialisierte Palliative Care ausgerichtet. Da gibt es wenig Interesse für die Anliegen der Geriatrie. Das, was dort an Papieren erstellt wird, kommt kaum in den Pflegeheimen an. Die FGPG widmet sich dagegen der palliativen Grundversorgung für alte, multimorbide Menschen – und das in einer Sprache, die auch die Pflegeassistentin aus dem Kosovo versteht. Denn wer leistet heutzutage die Hauptarbeit an den Betten der alten Menschen? Das sind Pflegeassistentinnen und -hilfen mit Migrationshintergrund. Ihnen muss man kein hochwissenschaftliches, englischsprachiges Paper schicken. Deshalb bietet auch unsere Fachzeitschrift kurze, leicht verständliche Artikel, die Informationen, aber auch eine Haltung vermitteln.

**Wie muss man sich die FGPG vorstellen?**

Wir sind eine rein deutschsprachige Fachgesellschaft, die neben Deutschland, Österreich und der Schweiz auch Luxemburg und Südtirol abdeckt. So können wir alles auf Deutsch publizieren. Die Mitgliederentwicklung ist sehr erfreulich, denn viele sind schon woanders Mitglied, sei es bei palliative ch oder Curaviva, d.h. es muss sich für sie offensichtlich lohnen, auch noch bei uns einzutreten. Wir haben viele institutionelle Mitglieder wie Pflegeheimverbände und natürlich Einzelmitglieder, in der Schweiz etwa 100. Die Tagungen finden immer woanders statt. Zuerst gab es regelmässig eine Tagung in Berlin, dies auch schon vor Gründung der FGPG, aber eben: Unsere Zielgruppe von Pflegenden kann es sich nicht immer leisten, jedes Jahr nach Berlin zu reisen, also gibt es nun auch Tagungen in der Schweiz und Österreich. Diese Tagungen organisieren wir mit Partnerorganisationen, also z.B. Curaviva. Wir möchten mit ihnen Themen, die in der Luft liegen, aufgreifen.

**Und welche Themen liegen in der Luft?**

Letztes Jahr war das Thema Selbstbestimmung. Das war sehr spannend! Denn die Situation ist je nach Land ganz unterschiedlich: Luxemburg erlaubt Euthanasie, die Schweiz den assistierten Suizid, das schwarz-katholische Österreich dagegen gar nichts in dieser Richtung. Da einen gemeinsamen Nenner zu finden, ist eine grosse Herausforderung. Aber die Diskussionen waren sehr bereichernd: Die Österreicher haben

beispielsweise gemerkt, dass die Luxemburger nicht leichtfertig alte Leute umbringen, sondern auch mit viel Herzblut Palliative Care betreiben, obwohl die Möglichkeit der Euthanasie besteht. Insofern sind die unterschiedlichen Gesundheitssysteme für die Diskussion sehr befruchtend. Dieses Jahr widmen wir uns dem Thema „Total Pain beim geriatrischen Patienten“. Total Pain ist ein tolles Konstrukt von Cicely Saunders, und alle, die in der Palliative Care tätig sind, gebrauchen gern diesen Begriff, doch hat man dabei immer den onkologischen Patienten im Fokus. Was aber heisst Total Pain bei einem dementen Menschen? Vieles in der Kommunikation mit Demenzkranken ist Interpretation. Da muss man sich dann gegebenenfalls fragen: Was stimmt nicht an den Bedingungen, die wir ihm bieten? Diese Fragen wollen wir diskutieren und dann wieder so beantworten, dass auch und gerade diejenigen es verstehen, die tatsächlich am Krankenbett stehen.

**Der Ansatz der Palliativen Geriatrie ist aber auch interdisziplinär, oder?**

Ja. Schon deshalb weil unsere Mitglieder aus den verschiedensten Bereichen kommen, also Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter usw.

**Wo „brennt“ es aus Sicht der FGPG politisch?**

Da denke ich an die Frage, wie viel uns die Betreuung unserer alten, multimorbiden Menschen wert ist. Wie viel soll darin investiert werden, dass Menschen zu Hause bleiben können und wie schaffen wir vertretbare Qualitätsstandards in der Langzeitpflege? Der Trend geht dahin, dass Pflege selbsttragend wird, der Stellenschlüssel wird immer ungünstiger, das heisst man arbeitet mit immer mehr Hilfskräften und immer weniger qualifiziertem Personal, und das bedroht natürlich die Pflegequalität. Aus nationalen politischen Fragen wie etwa der Pflegeinitiative hier in der Schweiz halten wir uns allerdings heraus, dafür sind die Systeme wie gesagt zu unterschiedlich.

**Herzlichen Dank für das Gespräch!**

*Das Gespräch führte Christian Ruch.*