

PALLIATIVE GERIATRIE

GRUNDSATZPAPIER

Zusammenfassung

Palliative Geriatrie ist ein ganzheitlicher, interprofessioneller Betreuungsansatz mit dem Ziel, multimorbiden hochbetagten Menschen mit und ohne Demenz bis zuletzt ein gutes Leben zu ermöglichen und ihren Angehörigen in schweren Zeiten beizustehen. Der Bedarf dafür besteht, wenn fortschreitende chronische Erkrankungen zu so schwerwiegenden Leistungseinbußen und körperlich-seelischer Vulnerabilität geführt haben, dass die Betroffenen vermehrt auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen sind. Der Ansatz der Palliativen Geriatrie basiert auf einer Haltung empathischer Zuwendung und bedingungsloser Wertschätzung sowie auf dem Willen, Leid zu lindern und ist in jedem Betreuungssetting umsetzbar.

Gelingende Kommunikation und das Herstellen tragfähiger Beziehungen sind die unabdingbaren Prämissen um herauszufinden, was multimorbide Hochbetagte schmerzt und belastet. Dazu ist es erforderlich, genau zu beobachten, empathisch zuzuhören, zu antworten und nachzufragen. Im Fokus steht der ganze Mensch. Behandlung und Betreuung orientieren sich nicht an seinen Diagnosen, sondern an den psychischen und physischen Beschwerden und Bedürfnissen. Dazu braucht es ein fachlich und menschlich kompetentes interprofessionelles Team.

In einer Zeit, in der wirtschaftliche Überlegungen häufig für bedeutsamer gehalten werden, als das Wohl von Personen, ist Palliative Geriatrie aufgerufen, gleichermaßen für die Rechte vulnerabler hochbetagter Menschen auf ein gutes Leben bis zuletzt einzutreten, wie die angemessene Würdigung und Entlohnung aller in der Altenhilfe Tätigen einzufordern.

Einleitung

Die deutschsprachige Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) vereint Personen und Institutionen in Deutschland, Österreich, in der Schweiz, Luxemburg und Südtirol. Ziel aller Beteiligten ist die Etablierung und nachhaltige Umsetzung von Palliativer Geriatrie in diesen Ländern mit ihren unterschiedlich ausgeprägten Versorgungssettings.

Im Rahmen einer Mitgliederversammlung im Oktober 2017 in Berlin, des Interdisziplinären Lehrgangs für Palliative Geriatrie 2017-2018 sowie einer Akademie im März 2018 in Wien beteiligten sich zahlreiche TeilnehmerInnen an der Entwicklung eines gemeinsamen, länderübergreifenden Verständnisses von Palliativer Geriatrie.

Der Vorstand der FGPG diskutierte die hieraus entwickelten Papiere und verabschiedete das vorliegende Papier im August 2018 in Hamburg.

Was ist Palliative Geriatrie?

Palliative Geriatrie ist ein umfassender, multiprofessioneller Betreuungsansatz für hochbetagte Menschen in ihrer oft langen letzten Lebensphase. Dabei stehen sowohl die Betroffenen als auch ihre An- und Zugehörigen im Zentrum. Ziel ist es, den Betroffenen bis zu ihrem Tod ein gutes, ihren körperlichen und psychischen Bedürfnissen entsprechendes Leben zu ermöglichen und die An- und Zugehörigen in dieser schweren Zeit zu unterstützen. Dies gelingt durch das Zusammenführen der Prinzipien der Geriatrie mit jenen von Palliative Care. Es kommen sowohl kurative als auch rehabilitative und palliative Maßnahmen zum Einsatz. Je näher das Lebensende rückt, desto deutlicher verschiebt sich das Angebot zugunsten hospizlich-palliativer Maßnahmen. Palliative Geriatrie soll in allen Versorgungssettings verwirklicht werden, beispielsweise zu Hause, in der Wohngemeinschaft, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz. Darüber hinaus bemüht sich Palliative Geriatrie um eine verlässliche kommunale, stadtteilbezogene Versorgung. Sie fordert gesellschaftliche Anerkennung für alte Menschen und für die großen Leistungen der Altenhilfe. Darüber hinaus fordert sie Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, angemessen für alte Menschen und deren Nahestehenden zu sorgen.

Ziele

Zielgruppe der Palliativen Geriatrie sind hochbetagte Menschen mit und ohne Demenz, ihre Angehörigen und Nahestehenden.

Palliative Geriatrie will die Selbstbestimmung alter Menschen stärken (Empowerment) und ihnen ermöglichen, „das zu sein und zu tun, was sie für wertvoll halten“ (WHO 2015, Seite 28).

Ein wesentliches Ziel ist es, die soziale Teilhabe zu fördern und zu versuchen auch Menschen, die sich verletzt und enttäuscht weitgehend in ihr Inneres zurückgezogen haben zurück „ins Leben zu verlocken“.

Palliative Geriatrie respektiert die Individualität hochbetagter Menschen, presst sie nicht in ein (Versorgungs)Schema und bringt ihrer individuellen Lebensbiographie ausdrückliche Wertschätzung entgegen. Im Zentrum stehen nicht einzelne körperliche Aspekte, sondern der ganze Mensch mit seinem Umfeld, seinen Werten und Zielen, seinen Ressourcen und Bedürfnissen und seinem Recht auf empathische Zuwendung.

Kommunikation ist Kernkompetenz

Kommunikation und Beziehungsarbeit sind Kernkompetenzen; hinzukommen adäquate pflegerische, medizinische und therapeutische Versorgung, sowie – falls erforderlich – psychosoziale Begleitung.

Zu verstehen und verstanden zu werden ist ein Grundbedürfnis jedes Menschen und eine wesentliche Voraussetzung für Selbstachtung und Wohlbefinden.

Der Kommunikation mit Menschen mit Demenz kommt ein besonders hoher Stellenwert zu. Menschen mit Demenz kommunizieren zum großen Teil über ihren Körper und ihr Verhalten. Aufgabe der Betreuenden ist es, diese „Sprache“ verstehen zu lernen. Werden Medikamente verwendet, um Menschen mit Demenz ruhigzustellen, so beraubt das die Betroffenen ihrer Kommunikationsmöglichkeit und ihre quälenden Beschwerden, Nöte und Bedürfnisse können nicht erkannt werden.

Lebensbegleitung bis zuletzt

Palliative Geriatrie ist Lebensbegleitung bis zuletzt. Sie beginnt frühzeitig

- wenn chronische Beschwerden, zunehmende Hilflosigkeit und psychische Nöte den Bedarf nach Care erhöhen
- ab dem Zeitpunkt, an dem mehrere Menschen (Profis, Familie und/oder Ehrenamtliche) vor der Frage stehen: „Wie kann es jetzt weitergehen?“
- wenn der alte Mensch sich in einer Krise der Begrenztheit seiner Lebenserwartung bewusst wird. Ein solcher Moment ist z. B. der Einzug ins Pflegeheim, in dem klar wird – „Von jetzt an muss ich ‚bis zuletzt‘ denken“.

Das Leben eines anderen begleiten heißt individuelle Bedürfnisse zu erkennen und dessen Willen zu respektieren. Soweit dies möglich ist entscheiden die alten Menschen für sich selbst. Ist das nicht mehr möglich, treffen Professionelle und Angehörige die Entscheidungen nicht *für*, sondern *mit* den Betroffenen. Das kann auch einmal bedeuten, die selbstgewählte Einsamkeit im eigenen Zuhause zuzulassen. Im Pflegeheim zählt in erster Linie, was der Bewohner oder die Bewohnerin will. Beispielsweise muss nicht um jeden Preis mobilisiert werden, auch wenn möglichst wenig Bettlägerigkeit wünschenswert ist. Alte Menschen müssen nicht im Sitzen sterben, sie dürfen liegen, wenn sie müde sind, oder nicht – bzw. nicht zu diesem Zeitpunkt – mobilisiert werden wollen.

Das Lebensende respektieren

Im Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit des Sterbens zu. Alte Menschen haben oft weniger Angst vor dem Tod als vor der Zeit bis dahin. Palliative Geriatrie stellt sich gemeinsam mit Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Sie anerkennt, dass Sterben für alte Menschen eine erwünschte Perspektive sein und etwas Heilsames haben kann. Wir akzeptieren das Lebensende, sind bereit Sterben zuzulassen und nicht unnötig zu verlängern. Wir unterstützen Lebensqualität bis zuletzt.

Total Pain und komplexe Bedürfnisse

Das Total Pain Konzept ist eine Grundsäule der Palliativen Geriatrie. Über die körperliche und psychische Behandlung und Begleitung hinaus berücksichtigt es auch die durch den Tod der Nahestehenden entstandene Einsamkeit alter Menschen und hilft den sozialen Tod zu verhindern. Das Konzept umfasst das Eingehen auf existentielle und spirituelle Nöte und Bedürfnisse und bietet Unterstützung an.

Hochbetagte Menschen sind besonders vulnerabel, ihre Situation und der sich hieraus ableitende Versorgungsbedarf sind somit häufig komplex. Sie befinden sich körperlich und psychisch in einem labilen, vom Kippen bedrohten Gleichgewicht. Ihre Bedürfnisse unterscheiden sich von denen jüngerer Menschen.

Das hohe Alter zeichnet sich durch besondere Verläufe aus. Daher sind in der Palliativen Geriatrie von Beginn an alle drei Säulen – kurativ, rehabilitativ und palliativ – gleichzeitig und/oder nebeneinander von Bedeutung. Die Zielsetzungen können in der Begleitung hochbetagter Menschen oft und schnell wechseln.

Die „sprechende“ und „hörende“ Medizin und Pflege nimmt sich Zeit für die Bedürfnisse der alten Menschen. Dies gilt ebenso für alle anderen, in die Begleitung eingebundenen Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter*innen oder Seelsorger*innen). Die medizinische Betreuung ist problem-basiert und nicht diagnose-basiert. Der Pflegeprozess orientiert sich an Lebensqualität. Alte Menschen interessiert nicht in erster Linie wie eine Diagnose lautet, sondern was diese für sie bedeutet. Es geht nicht ausschließlich um Symptomlinderung, sondern auch um den Erhalt von Funktionalität. Instrumente zur Reduktion von Medikamenten (Polypharmazie) müssen angewandt, auf die passende Form der Medikamentengabe muss – z. B. bei Schluckstörungen – geachtet werden.

Interprofessionell und versorgungsübergreifend

Interprofessionalität ist Grundkonsens in der Versorgung und Begleitung alter Menschen. Alte, von Multimorbidität betroffene Menschen brauchen individuelle Begleitung, gute Pflege und Medizin und – wenn erforderlich – die Einbeziehung von Vertreter*innen anderer Berufsgruppen wie Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen. ÄrztInnen sind oft nur kurz bei den alten Menschen, Pflegenden und Betreuenden verbringen mehr Zeit bei/mit ihnen. Ehrenamtliche sind mitunter noch länger im Kontakt. Ziel ist es, dass das

interprofessionelle Team in *einer* Sprache und auf Augenhöhe miteinander spricht. Die Vorstellung von „ärztlicher Letztverantwortung“ greift zu kurz, es braucht vielmehr ein gemeinsames Problemverständnis, Therapieziel und Versorgungsangebot. Im interprofessionellen Team trägt jede/r seinen/ihren Teil bei; die hochbetagten Menschen selbst tragen am meisten bei.

Palliative Geriatrie soll in allen Versorgungssettings verwirklicht werden, zu Hause, in der Wohngemeinschaft, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz. Sie achtet auf Kontinuität in der pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Begleitung sowie auf ein gutes Schnittstellenmanagement.

Darüber hinaus bemüht sich Palliative Geriatrie um eine verlässliche kommunale, stadtteilbezogene Versorgung. Vorrang hat die Wohnraumnähe vor dem „Verschickungsmodus“ in andere Versorgungssettings. Alten Menschen soll es ermöglicht werden, in ihrem gewohnten Umfeld bis zuletzt zu leben.

Gesellschaftspolitische Relevanz

Das Handeln in der Altenhilfe steht zunehmend unter ökonomischem Druck. Unter anderem werden durch den Druck der DRGs¹ vermehrt alte Menschen in noch instabilem Zustand und mit Rehabilitationspotenzial in die Pflegeheime verlegt. Dies prägt das Handeln in der Alten- und Krankenpflege. Trotz dieser Herausforderungen ist es von hoher Bedeutung, dass alle Versorgungs- und Betreuungsangebote für alte und hochbetagte Menschen in erster Linie den Menschen dienen und nicht ausschließlich der Finanzierung von Versorgungsstrukturen, schon gar nicht einer Gewinnmaximierung. Alte Menschen brauchen keine „Leistungen“, sondern Beziehungsangebote.

Palliative Geriatrie hat zudem eine politische Dimension. Sie fordert gesellschaftliche Anerkennung für den alten Menschen und für die großen Leistungen der Altenhilfe. Sie fordert Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, angemessen für alte Menschen und deren Nahestehenden zu sorgen – allen voran ausreichend Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen der Altenhilfe.

Alte und sterbende Menschen sind ein wesentlicher Teil unserer Gesellschaft. Sie haben ein Recht auf Teilhabe am sozialen Leben. Palliative Geriatrie denkt den Sozialraum neu und sieht einen gesellschaftspolitischen Auftrag zur Förderung von Nachbarschaftlichkeit und Ehrenamt. Das erfordert, dass die neuen sozialen Gegebenheiten, wie zum Beispiel die multifokale Familie, mitgedacht werden. Es braucht Begegnungsorte für alte Menschen in den Stadtteilen; Kommunen sollen lernen verständnisvoller mit Menschen mit Demenz umzugehen. Palliative Geriatrie unterstützt und fördert daher ein soziales Umfeld, das für alte

¹ In Österreich entspricht den DRGs die (etwas weniger rigide) „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“.

Menschen sorgt. Dazu braucht es die Bereitschaft der Gesellschaft und eine große gemeinschaftliche Anstrengung.

Vielfältiger kultureller Kontext

Der kulturelle Kontext in der Pflege und Begleitung wird in den nächsten Jahren auch bei den alten Menschen immer vielfältiger werden.

Die Vielfalt betrifft nicht nur die Herkunftsländer, sondern auch die religiösen Hintergründe. Das bedingt zum Teil auch unterschiedliche Versorgungsorte, beispielsweise betreuen türkische Familien alte Menschen (noch) überwiegend zu Hause, und vermeiden Aufnahmen in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Sprache und interkulturelles Hintergrundwissen werden an Bedeutung zunehmen. Es gilt zudem, den Diskriminierungen auf beiden Seiten – in der Pflege und gegenüber alten Menschen – Haltung und Fachlichkeit entgegen zu setzen.

Orte der ethischen Reflexion

Aufmerksamkeit für ethische Fragestellungen und für eine Ethik der Sorge in allen Versorgungssettings ist eine der Aufgaben der Palliativen Geriatrie. Gebraucht werden Orte der Reflexion und Bildung, an denen ein Umgang mit Widersprüchen und Konflikten erarbeitet werden kann, der den Bedürfnissen *aller* Beteiligten gerecht wird. Eine BewohnerInnen- bzw. PatientInnenbesprechung ist ein solcher Reflexionsort, aus dem die Mitarbeitenden mit einer anderen Sichtweise hervorgehen sollen. Leitfaden für ethische Reflexionen ist die Frage „Was ist gut für die alten Menschen und für uns?“.

Palliative Geriatrie setzt sich für die Sorgenden ein

Die Frage „wer sorgt für die Pflegenden und die Betreuenden?“ ist ein zentrales Anliegen der Palliativen Geriatrie. Nur wenn es den BetreuerInnen gut geht, kann es auch den alten Menschen in ihrer Obhut gutgehen.

Alle, die alten und hochbetagten Menschen zur Seite stehen brauchen Bedingungen, Orte und Menschen, die helfen, ihre Ressourcen zu erhalten und aufzufüllen. Sie brauchen Wertschätzung und die Stärkung ihrer Fähigkeiten.

Fachlichkeit und die Fähigkeit zur Selbstreflexion sind wichtige Ressourcen und verdienen konsequente Förderung.

In der Ausbildung braucht es einen unbedingten Wechsel der inhaltlich-fachlichen Ausrichtung. Die Vermittlung von Haltung und Wissen in der „generalistischen“ Ausbildung muss sich vor allem auf Kommunikation und Beziehung konzentrieren. Auf die Qualität in der Ausbildung besonders in palliativgeriatrischer Pflege und Medizin ist zu achten und diese ist weiterzuentwickeln.

Fazit

Auch wenn die Palliative Geriatrie noch nicht ausreichend in der Praxis angekommen ist: Es hat sich schon viel bewegt, die Menschen in der Altenhilfe sind auf einem guten Weg, wir wollen sie weiterhin ermutigen!

AutorInnen

Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl (Wien), Hon. Prof.in DDr.in Marina Kojer (Wien),
Dr. med. Roland Kunz (Zürich), Dirk Müller (Berlin)

Mitwirkende in der FGPG-Frühlingsakademie 2018 in Wien

Karin Böck (Österreich)
Peter Brall (Deutschland)
Karin Caro (Deutschland)
Marie-France Liefgen (Luxemburg)
Katharina Heimerl (Österreich)
Marina Kojer (Österreich)
Roland Kunz (Schweiz)
Amöna Landrichter (Deutschland)
Dirk Müller (Deutschland)
Norbert Schmelter (Deutschland)
Gerda Schmidt (Österreich)
Johanna Stefsky (Österreich)
Hans-Jürgen Wilhelm (Deutschland)

Verabschiedet im Vorstand der FGPG, Hamburg, 31. August 2018

Für den Vorstand
Assoz. Prof.Dr. Katharina Heimerl | Wien
Dirk Müller MAS (Palliative Care) | Berlin
Dr. med. Roland Kunz | Zürich