

PALLIATIVVERSORGUNG IN DER GERIATRIE

Palliative Care Kurs
Zercur Geriatrie

SEBASTIAN GYSI
INTERNIST, GERIATER, LEITENDER OBERARZT



GLIEDERUNG

- **Palliativmedizin und Geriatrie**
Ein Gegensatz? Kernkompetenzen und Schnittmengen
- **Altersstruktur und Demographie**
- **Das Geriatriezentrum im PGS**
- **Sterben gestern und heute**
- **Grundsätze der Palliativmedizin**
- **Zeitpunkt der Reorganisation**
- **Ermittlung des Patientenwillens**
- **Sterbebegleitung**

Palliativmedizin und Geriatrie

Ein Gegensatz?



Palliativmedizin und Geriatrie

Kernkompetenzen und Schnittmengen

Die Palliativmedizin...

... widmet sich unheilbar kranken Menschen mit fortgeschrittenem Leiden unabhängig von der Diagnose. Sie trägt dazu bei, dem Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Sie unterstützt auch die Angehörigen der Schwerstkranken. Dies erfordert eine möglichst ganzheitliche, individuelle Behandlung, Pflege und Begleitung zur Linderung der körperlichen Beschwerden und Unterstützung auf psychischer, spiritueller und sozialer Ebene.

(Definition Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Die Geriatrie...

... ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt. Geriatriische Medizin berücksichtigt somit insbesondere die medizinischen und psychologischen sowie auch die sozialen Probleme des älteren Patienten. Diagnostik und Therapie werden im Wissen um körperliche und psychische Veränderungen des alternden Menschen auf diesen individuell zugeschnitten.

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie nach der WHO-Definition)

■ Ziele beider Fachrichtungen

- Das Ziel der **Palliativmedizin** ist die Schaffung von **Lebensqualität** bei Patienten in terminaler Erkrankungsphase. Dabei zielen die Maßnahmen ab auf physische Beschwerdelinderung, spirituell-psychische Unterstützung und Sterbebegleitung. Es soll Lebensqualität geschaffen werden in der letzten Phase des Lebens in unmittelbarer Nähe des Todes, der bei den meisten Patienten auch auf der Palliativstation eintritt.
- Das Ziel der **Geriatric** ist auch die Schaffung von **Lebensqualität** jedoch durch die Förderung von physischen, psychischen und sozialen Ressourcen zur Wiederherstellung einer weitest möglichen Alltagstauglichkeit bei multimorbiden Patienten in höherem Lebensalter. Die meisten Patienten verlassen die Geriatric wieder, um entweder zu Hause oder in einer Einrichtung pflegerisch versorgt zu werden.

“Geriatric and Palliative Medicine”

Gemeinsame Arbeitsgruppe von DGP und DGG

- Gründung März 2019
- Wissens- und Kompetenztransfer zwischen den Fachgesellschaften
 - Lebensqualität
 - Würde
 - Selbstbestimmung
 - Verbesserung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung
- Erfassung und Verzahnung multiprofessioneller Angebote
- Einführung neuer Spezial- bzw. Teilbereiche, z.B. „palliative Geriatric“

- Mit zunehmendem Alter steigt die Komplexität von Multimorbidität und psychosozialer Probleme
- Im letzten Lebensabschnitt alter Menschen kommt es zur Überlagerung von funktionellen Beeinträchtigungen mit gleichzeitiger Zunahme von Symptomlast
- Hieraus kann sowohl ein geriatrischer als auch ein palliativmedizinischer Behandlungsbedarf entstehen
- Im Idealfall lassen sich so Kompetenzen aus beiden Feldern bündeln

Altersstruktur und Demographie in Sachsen-Anhalt

- Anteil der über 65 -jährigen liegt bei derzeit **27,5%**
- In allen Alterskategorien übersteigt die Bevölkerungsstruktur in Sachsen-Anhalt den gesamtdeutschen Durchschnitt um ca. **4%**, Tendenz weiter steigend
- Prognose bis 2027 zeigt, dass das stärkste Wachstum mit **+15,3%** in der Altersgruppe über 80 Jahre erwartet wird (parallel zum Bundesdurchschnitt)

Das Geriatriezentrum des PGS in Lutherstadt Wittenberg

- 35 (+15) vollstationäre Betten in der Akutgeriatrie (§109 SGB)
- 10 teilstationäre Behandlungsplätze in der geriatrischen Tagesklinik
- Multiprofessionelles Team aus
 - 5 Physiotherapeutinnen (4,5)
 - 5 Ergotherapeutinnen (5,0)
 - 2 Neuropsycholog*innen (1,75)
 - 2 Logopädinnen (1,8)
 - Curriculär ausgebildetem Pflegepersonal (ca. 58%)
 - 4 Ärzt*innen (2 Internisten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie) (2,0)

(in VK)

Sterben gestern und heute

1912

versus

2023

- > 90% starben zu Hause
 - 40% davon waren jünger als 20
 - Lebenserwartung < 49
 - Alle Familien hatten private Erfahrungen mit Krankheit, Sterben und Tod
- > 70% sterben in Institutionen
 - Lebenserwartung > 80
 - Wir und unsere Kinder haben fast niemals den friedlichen Tod der Grossmutter zu Hause erlebt

Geriatrische Palliativbehandlung

Es fehlt häufig der adäquate **Indikator ihrer Einführung**,
ein objektiver Anzeiger
eines real bevorstehenden unabwendbaren Todes.

Es bleibt häufig nichts als nur eine **klinische Abschätzung**,
ein **Eindruck des erfahrenen Personals**,

*... was jedoch im Vergleich zum exakten Staging
einer z.B. generalisierten Karzinomerkrankung,
die auf eine Kausalbehandlung nicht reagiert,
eine unvergleichbar schwierige Situation ist.*

Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme auf die Palliativstation

Vorliegen einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenszeit, absehbarem Sterben

Der Betroffene und seine Zugehörigen sind über die Erkrankung und Prognose informiert und akzeptieren die Prinzipien der palliativen Medizin

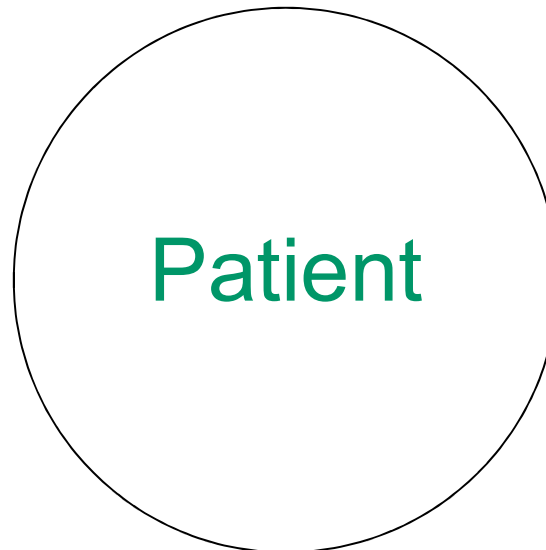
Ziel der Behandlung ist das Wohlbefinden des Patienten (Symptomkontrolle, Schmerzlinderung, emotionale Stabilisierung)

Wann kann die stationäre Aufnahme erfolgen?

- Wunsch des Patienten
- Erschöpfung der Pflegenden
- ambulant nicht beherrschbare Symptome
- psychomotorische Unruhe/Krisenintervention
- Verluste im pflegenden Umfeld

Palliatives Team

- Patient und Familie
- Pflegepersonal
- Arzt
- Therapeuten
- Psychologe
- Seelsorger
- Sozialarbeiter
- Ehrenamtliche Helfer



Zeitpunkt der Reorganisation

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können.

Dann tritt die palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.

Die Entscheidung darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004), Präambel

Gedanklicher Dreischritt

1. Welche Therapieziele wurden bisher verfolgt?
2. Wie realistisch sind diese Therapieziele noch?
3. Stimmen die Therapieziele mit dem Willen des Patienten überein?

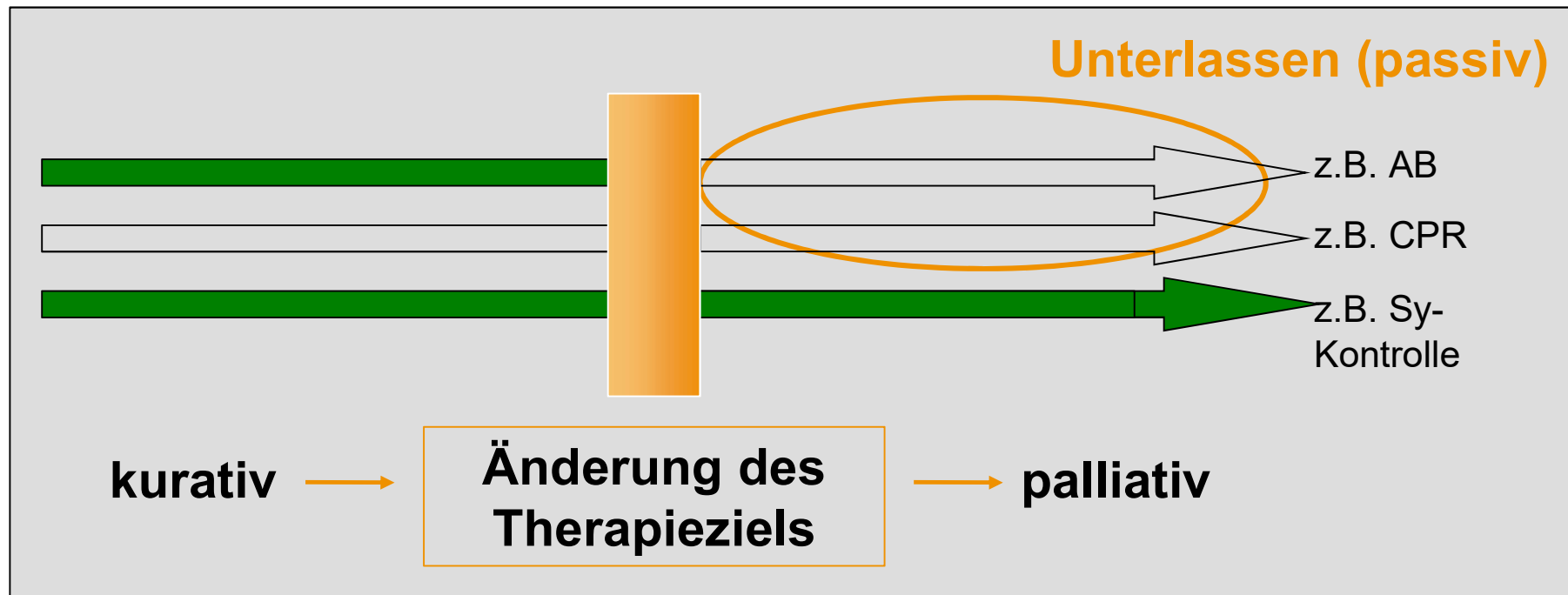
wenn nein: Neuordnung der Therapieziele
und Anpassung der Therapiemaßnahmen

Lore Hoffmann

1920 - 2012



Reorganisation des Therapieziels



Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen, weil sie entweder
(a) medizinisch nicht mehr indiziert sind oder
(b) trotz medizinischer Indikation vom Patienten abgelehnt werden

Ermittlung des Patientenwillens

nach den Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)

1) einwilligungsfähiger Patient –

Wille beachten und dabei helfen, die Entscheidung zu überdenken.

2) einwilligungsunfähiger Patient –

Patientenverfügung ist bindend;

- *sind Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar?*

3) **Vertreter** (z.B. Betreuer oder Bevollmächtigte)

Entscheidung der Vertreter ist bindend;

Vormundschaftsgericht, bis zur Entscheidung erfolgt Behandlung weiter

4) **Weder noch** -

der mutmaßliche Wille ist aus den Gesamtumständen zu ermitteln;

- im Zweifelsfall: lebenserhaltende Maßnahmen

- **Neu:** Ehegattennotvertretungsrecht

Sterbebegleitung

Klinisch im Vordergrund stehen:

- Respektvolles und wertschätzendes Verhalten
- Schmerzlinderung
- Linderung quälender Symptome
(Mundtrockenheit, Angst, Atemnot...)
- Begleitung
- Begleitung der Angehörigen

Sterbebegleitung

In den Hintergrund treten:

- Regelmäßiger Stuhlgang
- „Ausreichend“ Flüssigkeit
- Nahrung
- Prophylaxen (z.B. Heparin)
- Lagerung bei Dekubitus
- Transporte
- Blutentnahmen
- Diagnostische Finessen....

Sterbebegleitung

= Unterstützung totkranker Menschen während ihrer letzten Lebensphase, dem Sterben (Terminalstadium), daher ist sie auch *Lebensbegleitung*.



Wenn noch möglich kann der Begleitete selbst über seine nächsten Schritte entscheiden.

Bedürfnisse sterbender Menschen

Nach dem Arbeitskreis Pallitivmedizin (2003/2005)

- im Sterben nicht alleine sein
- Sterben am vertrauten Ort (zu Hause)
- Sterben inmitten vertrauter Menschen
- Sterben ohne Leiden zu müssen
- Regelung letzter Dinge
- Spirituelle Fragen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

„Wie Menschen sterben, bleibt im Gedächtnis derjenigen, die weiterleben.“

*Dame Cicely Saunders (1918-2005)
Begründerin der Palliativmedizin*

Sebastian Gysi
Ltd. Oberarzt KIM I

Paul-Gerhardt-Stift
Station 21 Geriatrie

Fon: 03491 / 50 29 47
Mail: s.gysi@pgdiakonie.de