



13. Kapitel: Palliative Geriatrie – ein junges Aufgabengebiet von Dirk Müller und Christian Zippel

aus: *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis*, Mabuse 2009

„Es soll alles getan werden, um den Sterbeprozess für Sie so würdevoll und erträglich wie möglich zu gestalten. Personen, die Sie in der letzten Phase Ihres Lebens behandeln und begleiten, sollen Ihre Wünsche beachten und so weit wie möglich berücksichtigen.“¹ Ein mitunter schwieriges Unterfangen im deutschen Medizin- und Pflegealltag. Ein Alltag, der in

einer Gesellschaft stattfindet, die Sterben und Tod häufig tabuisiert, in der die Unsicherheit im Umgang mit ethischen Fragestellungen am Lebensende groß ist und in der weite Teile der Medien, Politik und Lobbygruppen polarisierend wirken. Das oft gepriesene Bild eines agilen Alters verdeckt, dass es sich bei hochbetagten Menschen um eine Generation handelt, zu der neben Spaß auch Hilfebedürftigkeit und Gebrechlichkeit gehören.

Institutionen, denen die Pflege und Betreuung Hochbetagter und Sterbender überlassen wird, fehlen vielfach Kenntnisse über Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Dies führt dazu, dass das Leben häufig kaum noch würdevoll gestaltet wird.

1. Palliative Geriatrie

Das Konzept der Palliativen Medizin (lat. pallium: Mantel / palliare: mit einem Mantel bedecken, als Synonym für wärmen, lindern) leitet sich aus dem Konzept der „Palliative Care“ ab. Gemeint ist die aktive ganzheitliche Versorgung von Patienten, deren Krankheit auf eine kurative Behandlung nicht mehr anspricht. Im Vordergrund stehen das Schmerz- und Symptommanagement sowie die Begleitung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen.² Ziel ist die größtmögliche Lebensqualität für Patienten und ihre Angehörigen.³

Hochbetagte belasten und quälen auf Grund der vorliegenden Multimorbidität viele Erkrankungen und Krankheitssymptome gleichzeitig. Sie sind häufig dementiell erkrankt und leiden unter Schmerzen. Bedürfnisse können sie nicht mehr allgemein verständlich formulieren, denn sie sind zu krank, zu schwach, zu müde oder zu verwirrt, um sich verständlich mitteilen zu können.⁴ *Die Bedingungen von Multimorbidität bzw. Polypathie (siehe 2.Kapitel) häufig verbunden mit dementiellen Symptomen, berechtigen zur Spezialisierung in Form der Palliativen Geriatrie in Medizin, Pflege und Sozialarbeit innerhalb der Hospiz- und Palliativbewegung.*⁵

Die Palliative Geriatrie sieht es als ihre wichtigste Aufgabe an, alten Menschen bis zuletzt ein selbstbestimmtes, beschwerdearmes und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome und seelische Nöte sollen gelindert werden. Die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen stehen im Mittelpunkt allen Handelns. Dabei soll es sich nicht um ein exklusives Angebot am unmittelbaren Lebensende handeln, sondern allen und immer zur Verfügung stehen⁶. Das Angebot erfordert die konsequente Umsetzung eines ganzheitlichen Betreuungskonzepts, welches die folgenden Aspekte berücksichtigt:

¹ BMFSFJ / BMG „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ 2007, S.20

² Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter www.dgpalliativmedizin.de

³ WHO, 2002

⁴ vgl. Kunz, R. 2003

⁵ Zernikow, B. und Nauck, F (Kindern ein „gutes Sterben“ ermöglichen. Dt. Ärztebl. 105, Nr.25, 2008, S. 1189-93) vergleichen einem Beitrag über „Pädiatrische Palliativmedizin“ die Spezifik der Palliativversorgung bei älteren Menschen und der von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

⁶ vgl. UNIONHILFSWERK Broschüre Palliative Geriatrie, 2008

- **Ethisch handeln**

Unter Berücksichtigung ethischer Leitlinien wird erörtert, welche medizinischen Maßnahmen eine den individuellen Vorstellungen angepasste Lebensqualität ermöglichen und wer entscheidungsbefugt, z.B. bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht, sein soll. Handlungsleitend ist der Wille des aufgeklärten, einwilligungsfähigen Menschen. Ist der Mensch nicht mehr einwilligungsfähig, so ist der in einer Patientenverfügung vorausverfügte Wille verbindlich (siehe auch Kap....). Liegt diese nicht vor oder ist sie nicht auf den konkreten Einzelfall anwendbar, ist der mutmaßliche Wille des Betroffenen zu ermitteln und umzusetzen. Der Austausch über und die Dokumentation von Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen sowie die ehrliche Berücksichtigung der Lebenserwartung sind wichtig.

- **Pflege und Betreuung lebendig gestalten**

Alte Menschen haben häufig das Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug. Das bedeutet aber keinesfalls Eintönigkeit und gleichförmiger Alltag. Wichtig sind breitgefächerte individuelle Betreuungsangebote, die jeden in seiner aktuellen Verfassung ansprechen und einbinden. Alle Mitarbeiter, Ehrenamtliche, Therapeuten und Seelsorger sind hieran beteiligt.

- **Angehörige und Nahestehende einbeziehen und begleiten**

Nahestehende und Angehörige sind ein wichtiger Partner in der Pflege und Betreuung des Hochbetagten, besonders in der letzten Lebensphase. Aber auch Angehörige brauchen Trost und Unterstützung. Gemeinsame Gespräche helfen, die Situation nachzuvollziehen und zu verarbeiten.

- **Schmerzen und belastende Symptome lindern**

Mit dem Anspruch einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung werden Schmerzen und belastende Symptome gelindert oder beseitigt. Doch bis vor wenigen Jahren richteten sich palliative Behandlungswege fast ausschließlich an Tumorkranken. Jedoch steht der Wunsch nach Schmerzlinderung bei allen Betroffenen an oberster Stelle.

- **Psychologisch und seelsorgerisch begleiten**

Nicht jedes Leid oder jeder Schmerz hat ausschließlich körperliche Ursachen. Psychische und seelische Nöte wie z.B. Depressionen, Einsamkeit und Resignation erfordern Zuwendung und Verständnis.

- **Demenzkranke begleiten**

Eine Grundhaltung, die das Selbstwertgefühl betont, erhält trotz versiegender Fähigkeiten das „Ich“ der erkrankten Person. Hierzu tragen Maßnahmen zur Förderung sozialer Aktivitäten und zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit bei, wie auch die Milieugestaltung und eine geeignete Ernährung (möglichst ohne PEG-Sonde). In der Palliativen Geriatrie gibt es einen hohen Anteil von Demenzkranken. Auf diese Zielgruppe und die erforderlichen besonderen Versorgungserfordernisse gilt es sich einzustellen. So bedarf gerade die Beobachtung und Erfassung von Schmerzen bei Demenzkranken viel spezielles Wissen und Erfahrung. Auch haben gerade Demenzkranke immer geringer werdende Möglichkeiten, zusätzliche Belastungen zu kompensieren.

- **Sterbende begleiten**

Sterbebegleitung beginnt nicht erst, wenn der Tod an die Tür klopft.⁷ Es wird alles getan, dass der Übergang vom Sterben in den Tod würdevoll geschieht. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter begleiten den Sterbenden und die Nahestehenden im Abschiednehmen.

⁷ vgl. Kojer, Marina: Vortrag 2. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin, 2007

- **Interdisziplinäres Denken und Handeln**

Um die komplexen und sich rasch ändernden physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen zu begegnen, ist die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen mit entsprechenden Kompetenzen im interdisziplinären Team erforderlich. Hier sind gemeinsame Ziele und die Teamidentität wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit, die Rangordnung oder die Ziele einzelner Berufsgruppen.

- **Vernetzen, austauschen und lernen**

Nicht alle o. g. Maßnahmen können immer und jederzeit von einem Mitarbeiter oder einer Institution erbracht werden. Deshalb ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Partnern (z. B. Hospizdienst, Facharzt, Beratungsstelle, Seelsorger) wichtig. Alle lernen von einander und tragen ihre Kompetenzen im Interesse des Betroffenen zusammen. Es gibt nur wenige medizinische und pflegerische Aufgabenfelder, bei denen die Teamarbeit so wichtig ist und abgestimmt erfolgen muss wie in der Palliativen Geriatrie.

- **Mitarbeiter schulen und begleiten**

Die Umsetzung der Palliativen Geriatrie erfordert vom Betreuungsteam hohe Fachlichkeit und Reflexion des Handelns. Darum werden Mitarbeiter vorbereitet und fortgebildet. Schwerpunktthemen: Pflege, Medizin, Demenzbegleitung, Angehörigen- und Nahestehendenarbeit, Kommunikation und Reflexion.

2. Implementierung von Hospiz- und Palliativkultur in die Altenarbeit

Immer weniger Menschen sind bereit, sich struktureller Zwänge in Einrichtungen zu unterwerfen. Dies gilt für Betroffene und Nahestehende, sowie für Mitarbeiter, die eine besonders hohe Sensibilität für Veränderungserfordernisse haben. Sie leiden besonders unter der Skandalberichterstattung über Zustände in der Altenpflege und fühlen sich als Opfer systemimmanenter Dilemmata und fehlender Handlungsspielräume in der Versorgung. Sie müssen im Spannungsfeld zwischen vorgegebenen physiologieorientierten Pflegestandards, festen Tagesstrukturen und Dienstplänen einerseits und ihrem Selbstverständnis von Pflege, Versorgung und Betreuung andererseits bewegen.⁸

Vor wenigen Jahren waren es in Deutschland vereinzelt Initiativen, die wegweisend engagierte und entwickelte Konzepte umsetzten. Mittlerweile sind hierzu immer mehr Einrichtungen bereit, wenngleich sie immer noch Ausnahmen sind. Diese Projekte vernetzen sich regional oder überregional.⁹

Für die Implementierung der Palliativen Geriatrie gibt es kein Patentrezept. Das Thema muss grundsätzlich und gezielt angegangen werden. Der Implementierungsprozess muss auf allen Ebenen geschehen und die entscheidende Leitungsaufgabe sein. Eine besondere Ebene ist dafür die stationäre Langzeitpflege.¹⁰

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsreform 2007 (GKV – WSG) eine wichtige Hilfe gegeben. Nach § 37b SGB V ist es nun behandelnden Vertragsärzten möglich, eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) zu verordnen. Anspruchsberechtigt sind Menschen, die an einer nichtheilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und eine besonders aufwändige Versorgung erforderlich ist. Das können Versicherte sowohl in ambulanten, als auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen sein.

Nähere Festlegungen hat am 20. Dezember 2007 der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie; SAPV-RL)¹¹ getroffen, wo es unter anderem heißt, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V (SAPV) dem

⁸ vgl. 3. Fachkonsultation – Implementierung von Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe, 2007

⁹ vgl. www.palliative-geriatrie.de

¹⁰ vgl. Albrecht, C. und Schmidt, R., S. 41

¹¹ www.dgpalliativmedizin.de/pdf/downloads/G-BA071220SAPV-Richtlinie.pdf

Ziel dient, „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder *in stationären Pflegeeinrichtungen* (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) zu ermöglichen.“

In dieser Richtlinie werden auch zu Verordnungsmodalitäten, Qualifikationsfragen und inhaltliche Fragen geregelt.

Was und wie sich die Palliative Geriatrie in diesem Rahmen entwickeln wird, ist noch offen. Auch ist unklar, inwieweit sich vor dem Hintergrund der SAPV die dringend benötigte allgemeine Palliativversorgung entwickeln wird. In einer Analyse zum Forschungsstand der Palliative Care, das heißt vor allem im anglo-amerikanischen Raum, wird eingeschätzt, dass die Palliativversorgung in Pflegeheimen noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf hat.¹²

Aber es gibt Anlass, auf Grund der in dieser Richtung laufenden Aktivitäten und guten Ansätze vorsichtig optimistisch zu sein.

Dabei wird Zeit benötigt sowie finanzielle und personelle Ressourcen. Die Umsetzung der Palliativen Geriatrie erfordert ein Höchstmaß an Sensibilität und Einfühlungsvermögen bei allen Beteiligten und erfordert eine hohe Fort- und Qualifizierungsbereitschaft, die durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote u.a. durch „Palliative Geriatrie“¹³ im UHW, „Palliative Praxis“ in der Robert-Bosch-Stiftung¹⁴, zur Validation¹⁵ oder durch MIT-GEFÜHLT¹⁶ realisiert werden können.

Daraus leiten sich die Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz in Pflegeeinrichtungen¹⁷ deutlich ab, (siehe auch 18. Kapitel), auf die es im Implementierungsprozess ankommt: auf Leitungsverantwortung, Basisorientierung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und zeitliche Kontinuität. Der Prozess ist für alle bereichernd und herausfordernd. Auf allen Ebenen findet eine gelebte Qualitätsentwicklung statt. Ehrliches Hinterfragen und positive Veränderungen führen zur Mitarbeitermotivation. Haben diese Spaß an ihrer Tätigkeit, fühlen sie sich einbezogen und wertgeschätzt. Dies hat positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Bewohner und Nahestehenden.

Verwendete und weiterführende Literatur

Albrecht, A., Schmidt, R.: (2007): Spezifika der Integration palliativer Orientierung in die stationäre Langzeitpflege. Zusammenfassende Überlegungen. In: Heime als Sterbeorte (Hrsg. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e./bpa). Fachhochschule Erfurt, S. 40-43

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin, S.20

Kunz, R. (2003): Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. Z Gerontol Geriat 36; Ht. 5, S. 355-359

Pleschberger, S. (2006): Palliative Care in Pflegeheimen - Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. Z Gerontol Geriat 39; Ht. 5, S. 376-381

Siehe auch 18. Kapitel „Hospizarbeit“

Homepages

www.palliative-geriatrie.de

¹² Pleschberger, S. (2006)

¹³ UNIONHILFSWERK, 105-stündiges Curriculum Palliative Geriatrie, 2005

¹⁴ Robert-Bosch-Stiftung, 40-stündiges Basiscurriculum Palliative Praxis, 2006

¹⁵ European Validation Association

¹⁶ Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.; Deutsche Alzheimergesellschaft e. V.: Institut für Integrative Validation, 40-stündiges Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase, 2007

¹⁷ Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.: Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz, 2006