

Lebens- und Therapiezielfindung

Interprofessionelle Umsetzung bei und mit
hochbetagten Menschen

6. Grundsatzpapier der FGPG



Dr. med. Roland Kunz, Zürich

Vorgeschichte zum neuen Grundsatzpapier

- **1. Grundsatzpapier der FGPG: Palliative Geriatrie (2018)**
- Palliative Geriatrie will die **Selbstbestimmung** alter Menschen stärken (Empowerment) und ihnen ermöglichen, „das zu sein und zu tun, was sie für wertvoll halten“.
- **Zu verstehen und verstanden zu werden** ist ein Grundbedürfnis jedes Menschen und eine wesentliche Voraussetzung für Selbstachtung und Wohlbefinden.
- 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.

Vorgeschichte zum neuen Grundsatzpapier

- **2. Grundsatzpapier der FGPG: Selbstbestimmung und Autonomie in der Palliativen Geriatrie (2019)**

- Die Selbstbestimmung eines Menschen anzuerkennen bedeutet, ihn in seiner Würde zu achten.
- Die Ziele der Behandlung orientieren sich daher nicht vorrangig daran, was machbar ist, sondern vor allem daran, was den alten Patient*innen selbst wichtig ist.
- Hochbetagte Menschen brauchen verständliche, wiederholte und stufenweise präsentierte Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung. Viele sehr alte Menschen wollen nicht selbst entscheiden, sie wollen jedoch sehr wohl die grundsätzliche Richtung mitbestimmen.

Vorgeschichte zum neuen Grundsatzpapier

- **5. Grundsatzpapier der FGPG: Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie (2022)**

- Palliative Geriatrie setzt sich für einen verlässlichen, kompetenten und empathischen Umgang mit alten Menschen in der letzten Lebensphase ein und stellt sich gemeinsam mit den Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.
- Wenn kurative Ziele nicht mehr erreicht werden können, so ist eine Therapiezieländerung erforderlich. Diese geht mit der Entscheidung einher, bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen nicht einzuleiten oder zu beenden. Im Rahmen der lindernden Therapie am Lebensende können mögliche lebensverkürzende Nebenwirkungen in Kauf genommen werden.

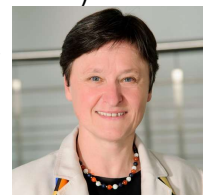
Die Absichten für das neue Grundsatzpapier

- Zu verdeutlichen und in interprofessionelle Empfehlungen aufzunehmen, was mit den genannten Formulierungen in den bisherigen GP gemeint ist.
 - Der Tatsache, dass Übertherapie bei betagten Menschen ein grosses und unbefriedigendes Problem ist, zu begegnen.
- Therapiebegrenzung, Therapiezieländerung als Thema?
- Therapiebegrenzung muss sich immer an den individuellen Zielen der betroffenen Personen orientieren
 - «Therapiezielfindung» als Arbeitstitel
 - Das Therapieziel kann nicht unabhängig von den individuellen Lebenszielen diskutiert werden
 - «**Lebens- und Therapiezielfindung**»



Die wichtigsten Inhalte und Aussagen des neuen Grundsatzpapiers (alles Zitate aus dem GP)

- *Frühjahrsakademie Fulda April und online Juni 2023. Formulierung der Gedanken und Empfehlungen: Katharina Heimerl. Danke!*
- Die oberste Prämisse ist daher, **das Behandlungsziel mit dem alten Menschen gemeinsam festzulegen**. Lebens- und Therapieziele **ergeben sich nicht aus den Diagnosen**, sondern aus dem Gespräch. Es lohnt sich, immer wieder die kritische Frage zu stellen:
- **Wessen Behandlungsziel verfolgen wir**: wirklich das der Patientin, oder doch das der Angehörigen oder der Ärztin, des Therapeuten, der Pflege?
- Lebens- und Therapiezielfindung ist eine **interprofessionelle Aufgabe**.



Beispiele von berufsabhängigen, zu hinterfragenden Behandlungszielen



- Es geht nicht nur um medizinische Behandlungsziele!
- *Medikamentöse Behandlungen (auch präventive wie ASS, Heparin), Abklärungen, Kontrollen, Interventionen, Überweisungen...*
- *Alle pflegerischen Massnahmen im engeren und weiteren Sinn: Mobilisation, Blutzucker-Messung und Diät, Selbsthilfetraining, Ernährung (Ergänzungsnahrung), Trinkmenge, Vitalwerte (O2-Sättigung!)...*
- *Therapien und Aktivierungsmassnahmen: Kraft- und Gehtraining, Gruppenaktivitäten, einfach im Bett bleiben?*

Der zentrale Unterschied zur aktuellen Maxime



Behandlungsmaxime: EBM (Doccheck.com)

«Unter Evidenzbasierter Medizin, kurz EBM, versteht man eine medizinische Versorgung, welche die Erkrankung eines Patienten auf der Grundlage der besten zur Verfügung stehenden Wissensquellen bzw. Daten behandelt.»

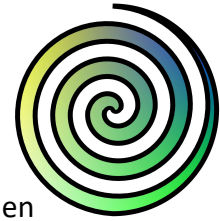
«die Erkrankung», nicht den Patienten!

auf der Basis von «Daten», nicht von individuellen Zielen

Es besteht die Gefahr, dass das behandelnde Team glaubt zu wissen, was für den hochbetagten Menschen wichtig ist. Oft wird die Situation von den alten Menschen selbst jedoch anders eingeschätzt.

Die Vorstellungen über die Therapieziele können zwischen Betroffenen, Angehörigen und Begleitenden weit auseinanderklaffen. Es braucht Kommunikationsstrukturen, in denen diese Vorstellungen miteinander besprochen werden können. **Oberste Priorität hat der Wille der Patient*innen.**

Konkret



- Im Fokus steht die möglichst frühzeitige, den Bedürfnissen der Menschen entsprechende Lebens- und Therapiezielfindung, die ihre Wünsche und Ziele jederzeit respektiert und ihnen ermöglicht bis zuletzt dort zu leben, wo sie zu Hause sind. Sie enthält die **kontinuierliche medizinische Therapiezielfindung**, unter Berücksichtigung der Ziele in der täglichen Pflege und Unterstützung.
- Es orientiert sich vor allem daran, was der alte Mensch noch vom Leben erhofft und durch die Therapie zu gewinnen wünscht.
- Wir können und wollen niemanden zwingen, seine Therapieziele festzulegen, wir können nur ermutigen und unterstützen. Das ist auch eine Frage des kulturellen Hintergrunds und eine des Mann oder Frau Seins.
- Alte Menschen dürfen auch unrealistische Ziele haben. Die Hoffnung spielt dabei eine große Rolle, sie soll uns aber nicht zu sinnloser Übertherapie verleiten.

Lebens- und Therapieziel bei Demenz



- ...ist es geboten, die Gespräche so zu führen und die Fragen so zu stellen, dass auch Menschen mit mittelschwerer Demenz sie beantworten können. Wenn sich die Person selbst nicht mehr äußern kann, braucht es eine **sorgfältig erhobene Biographie und vor allem Gespräche mit An- und Zugehörigen**, um den mutmaßlichen Willen zu erheben.
- Besonders für Menschen mit Demenz gilt, dass die Lebens- und Therapieziele fortlaufend an sich ändernde Bedingungen angepasst werden müssen. Bereits ab der Erstdiagnose einer Demenz ist eine **vorausschauende Planung** notwendig. (wie lange lebenserhaltende Maßnahmen, Krankenseinweisung?)
- Im Behandlungsteam müssen daher (...) die bisherigen Therapieziele anhand des aktuellen Zustandes des Patienten oder der Patientin besprochen und überprüft werden. Es ist wichtig die Angehörigen einzubeziehen, damit sie den fortschreitenden Krankheitsprozess mitvollziehen können.

Umgang mit der Ambivalenz

- Menschen ändern im Laufe ihres Lebens generell immer wieder ihre Prioritäten, vor allem aber angesichts von schwerer Krankheit und hohem Alter. **Es geht also nicht darum, mit Hilfe eines Therapieziel- oder Therapiebegrenzungsbogens ein für alle Mal Lebens- und Therapieziel schriftlich festzuhalten.**
- Ähnlich wie in der Biographiearbeit, die im wahrsten Sinn des Wortes Arbeit, nämlich kommunikative Arbeit ist, geht es auch bei der Lebens- und Therapiezielfindung um einen **dynamischen Prozess. Das Therapieziel muss regelmäßig evaluiert werden.** Lebens- und Therapiezielfindung sind keine Momentaufnahmen, sondern Prozesse, die bis zum letzten Lebenstag andauern. **Die notwendige Kommunikation lässt sich nicht durch ein Papier ersetzen.**



Herausforderungen



- Die größte Herausforderung besteht nicht darin das Lebens- und Therapieziel zu finden, sondern darin wie es gelingt, die **Therapie entsprechend den Zielen umzusetzen** und dabei alle relevanten Beteiligten mitzunehmen. Unterschiedliche Interessenslagen und Konstellationen können in der Umsetzung zu Konflikten führen. (→ ethische Fallbesprechungen)
- Behandelnde bringen Haltungen und Vorstellungen von Therapiezielen basierend auf ihrem beruflichen, kulturellen, manchmal auch religiösen Hintergrund ein. Dieser kann sich deutlich von dem der Patientin und ihrer Angehörigen unterscheiden.

Therapiezielklärung beugt moral distress vor

- Für die Betreuenden ist es **belastend**, wenn sie erleben oder daran mitwirken müssen, **dass unnötige (futile) oder unerwünschte Behandlungen durchgeführt werden**. Das Gefühl, das entsteht, wenn Betreuende meinen zu wissen, was ein*e Patient*in sich wünscht, es aber nicht umsetzen können, wird als moral distress, moralischer Stress bezeichnet.
- **Therapiezielfindung und -umsetzung hilft, dem moralischen Stress der Betreuenden vorzubeugen**. 90% der Pflegenden haben Erfahrungen mit nutzlosen Therapien gemacht (Albisser Schleger 2008). Waren in der Vergangenheit Erkrankungen des Bewegungsapparats Hauptgrund für das Verlassen des Berufs in der Pflege, so rückt heute moralischer distress immer häufiger als Urs in den Fokus (Doppelfeld 2013).



CAVE: Missbrauch der Therapiezieldiskussion

- Es ist nicht die Aufgabe von Lebens- und Therapiezielfindung, Ressourcen zu sparen. (*Rationierung*)
- Dennoch möchten wir zu bedenken geben: Lebens- und Therapiezielfindung haben auch volkswirtschaftliche Aspekte. Übertherapie am Lebensende wird gegenwärtig in allen deutschsprachigen Gesundheitssystemen durch betriebswirtschaftliche Anreize gefördert.
- Wir haben ein paradoxes System der vollständigen A Über- und Fehltherapie am Lebensende. Das Ziel der Lebenserhaltung gilt als „normal“ in unserem Gesundheitssystem, unabhängig von der von betroffenen Menschen vielleicht geäußerten Zielsetzung und Lebenssituation.





zögern
später
verschieben
Zweifel
vertagen
Bedenken
abwarten

Machen!

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!