

Leben können. Sterben dürfen.

Wie gelingt das im praktischen Versorgungsalltag?

20. Fachtagung Palliative Geriatrie

Sebastian Schiel



Es war einmal in Fulda...

Werner S.

* 1950

Demenz vom Alzheimer-Typ

Lebt im Pflegeheim

Pflegegrad 4

Wegen nicht beherrschbarem aggressiven Verhalten Aufnahme auf die beschützte gerontopsychiatrische Station

Unterbringung in einem Flurbett hinter einem Paravant



Im Verlauf nicht mehr Kontaktfähig
Stellt Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ein

Auf Grund der vorliegenden Patientenverfügung Verlegung auf die Palliativstation zu

Anderes Setting
Intensive Zuwendung

Patient sitzt am Tisch und Rückverlegung ins Pflegeheim

Was kann ich hieraus lernen?



Was ist wichtig für den praktischen Versorgungsalltag?



Leben können. Sterben dürfen.

Aspekte mit hoher Relevanz für die Praxis:

- Lebens- und Therapieziel kennen
- Schaden abwenden
- Haltung und Fachwissen dort wo die Menschen leben
- Strukturelle Bedingungen schaffen, die eine Umsetzung ermöglichen





Articles

A European Association for Palliative Care White Paper defining an integrative palliative, geriatric, and rehabilitative approach to care and support for older people living with frailty and their family carers: a 28-country Delphi study and recommendations



Lieve Van den Block,^{a,b,} Kim de Nooijer,^{a,b} Sophie Pautex,^c Lara Pivodic,^{a,b} Nele Van Den Noortgate,^d Caroline Nicholson,^e Katarzyna Szczerbińska,^{f,g} Sandra Martins Pereira,^h Rebecca Tiberini,ⁱ Barbara Hanratty,^j and Rose Miranda^{a,b}*



www.thelancet.com Vol 87 September, 2025



FGPG
FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE



RETTEN

LÖSCHEN



BERGEN

SCHÜTZEN



Was ist wichtig für den praktischen Versorgungsalltag?

BEHANDELN

BESCHÜTZEN



LEHREN

FORDERN



Lebens- und Therapieziel

Lebensziel:

„Was ist mir wichtig?“

„Was möchte ich, was möchte ich nicht?“

- Übergeordnet
- Individuell
- Autonomiesensitiv
- Ressourcenorientiert



Quelle: <https://www.businessinsider.de/tech/warum-auch-fahrzeuge-mit-autopilot-leitplanken-brauchen-2016-9/>



Lebens- und Therapieziel

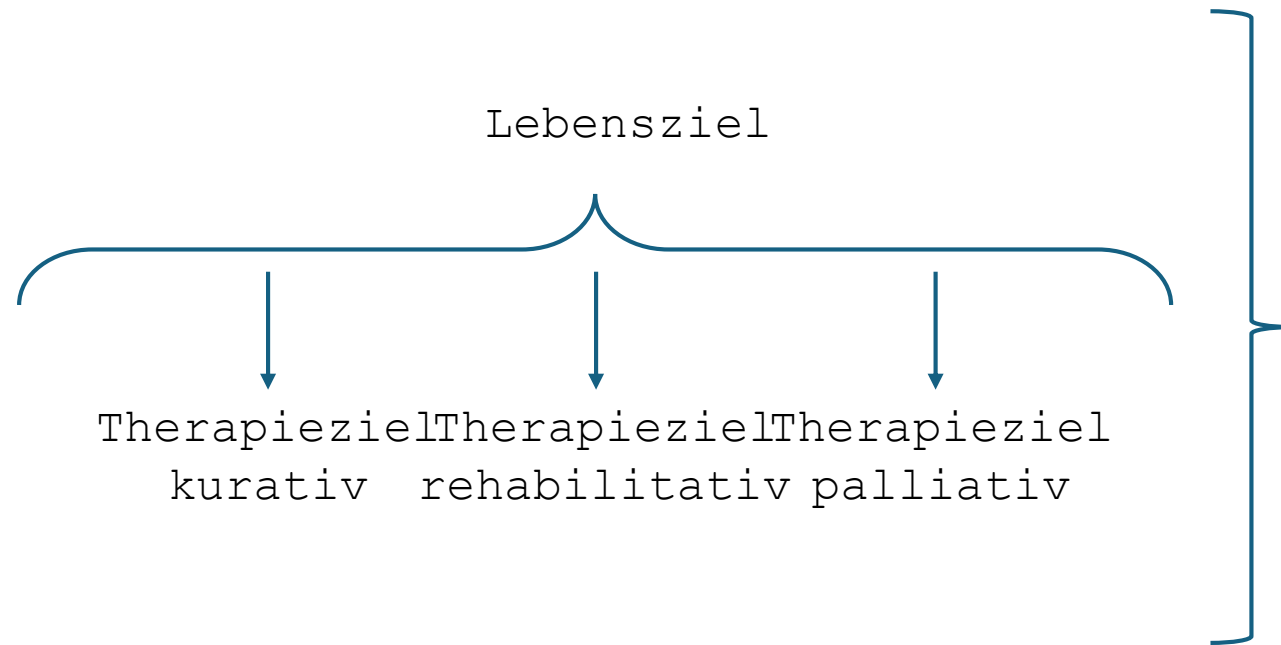
Therapieziele



- „Leiden am Leben“ minimieren
- Lebensqualität steigern



Lebens- und Therapieziel



- Kommunikation
- Kommunikation
- Kommunikation
- GVP/ACP



Lebens- und Therapieziel

Total Pain in der Palliativen Geriatrie

Körperliches Leiden
Psychische Not
Soziale Nöte
Spirituelles Leid

Versorgungsbedarf

Interdisziplinärer Auftrag



Lebens- und Therapieziel

Total Pain in der Palliativen Geriatrie

Körperliches Leiden
Psychische Not
Soziale Nöte
Spirituelles Leid

Studienskizze in Kooperation mit der
Universität Marburg und der Hochschulde Fulda
im Rahmen des Forschungs-Förderfonds „3F“



Unnützes abwenden



Fragile Patient*innen

unnütz = schädlich

Quelle:
<http://www.heyfish.de/fensterbilder/seiltänzerin>



Unnützes abwenden

8. Grundsatzpapier



Futility in der palliativen Geriatrie

Über das richtige Entscheiden

Ein Grundsatzpapier der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG)



Unnützes abwenden

FUtility Risiko REDuzieren

FURORE



Das Futility-Tool FURORE
(Futility – Falsch Falschieren)

Leitfrage: Gibt es Hinweise darauf, dass eine geplante oder laufende Maßnahme medizinisch, pflegerisch oder therapeutisch für die betroffene Person nicht (mehr) sinnvoll oder angemessen sein könnte?		
Zielklärung	Ist das Ziel der Maßnahme für die betroffene Person klar und realistisch definiert (z.B. Symptomlinderung, Lebensverlängerung, Verbesserung der Lebensqualität)?	
	Ja	Nein
	Konsequenz: Maßnahme zurückstellen, Fokus auf gemeinsame Zielentwicklung, ggf. Ziel bei Überprüfung.	
Erfolgsrisiko und Belastung	Gibt es ein realistisches Ausmaß an erwarteten Therapieerfolg bei gleichzeitiger und akuter Belastung für die betroffene Person?	
	Ja	Nein
	Konsequenz: Therapie in Frage stellen, Alternativen erörtern, ethische Reflexion.	
Lebensqualität und Wertelösung	Würde die Maßnahme das Lebensziel der betroffenen Person in relevanter Weise verbessern in Bezug auf Autonomie, Würde, Lebensqualität?	
	Ja	Nein
	Konsequenz: Ethische Reflexion empfehlen, Einbeziehung von unterstützenden Personen, ggf. Verzicht auf Maßnahme.	
Team- und Umfeldperspektive	Gibt es im Team oder bei Angehörigen ein Unbehagen oder moralische Intuition („Das fühlt sich nicht richtig an“)?	
	Nein	Ja
	Konsequenz: Auch moralischer Stress ist ein Entscheidungsindikator.	
Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen	Sind die rechtlichen Voraussetzungen (z. B. Patientenverfügung, mutmaßlicher Wille, gesetzliche Vertretung) geklärt und institutionell unterstützt?	
	Ja	Nein
	Konsequenz: Juristische Beratung, ggf. Versagereklärungen (BSP) einholen.	

Ziel:
Frühe Wahrnehmung, strukturierte Reflexion und regelmäßige gemeinsame Kommunikation über mögliche Futility-Situationen im interprofessionellen Team.

Anwendung:
Das Tool kann das zugrundeliegende Problem nicht lösen, sondern soll den Dialog der Überforderung „Gibt es hier Anzeichen für eine möglicherweise nicht sinnvolle Maßnahme?“
Es kann **regelmäßig** in Fallbesprechungen, Teambesprechungen, Übergaben oder als Dokumentationshilfe genutzt werden.

Hinweise zur Anwendung

- Das Tool ersetzt keine ärztliche Indikationsstellung oder individuelle Zielklärung.
- Es dient als **Frühwarnsystem** und Gesprächsanstoß.
- Es soll **alle Berufsgruppen** einbeziehen – besonders ärztlicher Dienst, Pflege, Alltagsbegleitung, Seelsorge, Sozialdienst.
- Dokumentation und Nachverfolgung fördern institutionelle Lernprozesse.

Die Futility-Ampel

GRÜN – kein Hinweis auf Futility

- Die Maßnahme dient einem klaren, mit der betroffenen Person abgestimmten Ziel.
- Die Intervention verbessert nachweislich Lebensqualität oder Alltagsfunktion.
- Der Zustand der Person verbessert sich oder stabilisiert sich nachvollziehbar.
- Es besteht ein belastbarer Konsens im Team und mit Angehörigen.
- Die Maßnahme ist im Kontext der Gesamtprognose plausibel.

➔ Weiterführung sinnvoll – regelmäßig überprüfen.

GELB – mögliche Hinweise auf Futility

- Unklarheit über Ziel und Nutzen der Maßnahme.
- Die Maßnahme basiert mehr auf Routine als auf aktueller Zielklärung.
- Kein funktioneller Gewinn trotz intensiver Therapie.
- Widersprüchliche Wahrnehmungen im Team oder mit Angehörigen.
- Wiederholte Interventionen ohne nachhaltige Veränderung.
- Patient*innenwille ist nicht bekannt oder unklar.

• „Unbehagen“ im Team: „Das fühlt sich nicht mehr richtig an.“

➔ Anlass für Teamgespräch oder ethische Reflexion.

ROT – dringender Handlungsbedarf

- Maßnahme führt zu erkennbarer Belastung ohne Nutzen.
- Es liegt ein klarer Widerspruch zwischen Maßnahme und Patientenwunsch vor.
- Die Maßnahme verlängert den Sterbeprozess ohne Lebensqualität.
- Es gibt Zeichen von moralischem Stress im Team.
- Wiederholte Krankenhausaufnahmen bei infauster Prognose.
- Die Maßnahme erscheint „alternativlos“, weil keine anderen Strukturen vorhanden sind.

➔ Unverzügliche interprofessionelle Fallbesprechung / ethische Konsultation erforderlich.



Haltung und Fachwissen in der Breite

Palliativ-geriatisches Grundwissen in der Pri
Kommunikative Fertigkeiten lehren



Quelle: <https://www.posterlounge.de/p/633928.html>

Nicht erst als freiwilliges „Goodie“ für Intere
Verpflichtender Bestandteil für alle Gesundheit



Quelle:
<https://www.faszinationchemie.de/wissen-und-fakten/news/wie-leuchten-gluehwuermerchen>



FGPG
FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE

Haltung und Fachwissen in der Breite

Best Practice Beispiele

- Interprofessioneller Lehrgang für Palliative Geriatrie
- Kurse 1 x 1 der Heimmedizin
- Curriculum Palliative Geriatrie der FGPG
- Tagescurriculum Palliative Geriatrie

- Projekt zur Etablierung von Validation® des Unionhilfswerks Berlin

- Interprofessionelles Lehrprojekt „Palliative Geriatrie“ am Campus Fulda



Strukturelle Bedingungen schaffen, die eine
Umsetzung ermöglichen

Bsp. Pflegeheim

- Vorhalten einer palliativmedizinischen „Notfallapotheke“
- Personelle Ressourcen schaffen
- Räume für Kommunikation schaffen
- Fehlanreize beseitigen
- Auskömmliche Finanzierung

Entscheidungsträger müssen endlich die Relevanz erkennen!



Dann kann es gelingen, dass wir...

...im Sinne der Patient*innen unter Wahrung von Autonomie und Würde

...Übertherapie vermeidend

...medizinisch adäquat (kurativ - rehabilitativ - palliativ)

...ressourcenschonend

...ein erfülltes Leben und das Sterben als Teil des Lebens





Quelle:

<https://www.laborjournal.de/blog/?p=65>

04

Vielen Dank!

Dr. med. Sebastian Schiel
Direktor des Zentrums für Palliativmedizin
Klinikum Fulda gAG
D-36043 Fulda, Pacelliallee 4
sebastian.schiel@klinikum-fulda.de

