

Palliative Geriatrie – mehr als Palliative Care und Geriatrie

Die Menschen werden immer älter. Jede/-r zweite Deutsche wird pflegebedürftig. Sie eint der Wunsch nach einem Leben und Sterben in Würde und Selbstbestimmung, bestenfalls in vertrauter häuslicher Umgebung. Die Wirklichkeit sieht meist anders aus – die meisten Menschen sterben im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

VON DIRK MÜLLER

In Pflegeheimen leben immer mehr hochbetagte, schwer pflegebedürftige, multimorbide und/oder an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Ein Forschungsprojekt in Berliner Pflegeheimen macht dies deutlich:

Die alten Menschen litten hauptsächlich an Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes) und degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates. Über die Hälfte waren dement. Psychische Erkrankungen, wie Angststörungen und Depression, fanden sich bei jeder fünften Person. Im Durchschnitt litten die Bewohnerinnen und Bewohner an Krankheiten aus über drei verschiedenen Diagnoseklassen.

Wenn das Sterben näher rückte, nahm die Häufigkeit von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen deutlich zu. Fast alle Bewohnerinnen bedurften einer kontinuierlichen medizinischen Betreuung. Das Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt betrug 88 Jahre. Das Forschungsprojekt ergab weiterhin, dass Pflegenden der Begleitung der alten Menschen bis zum Tod einen hohen Stellenwert beimessen. Jedoch fühlt sich ein Großteil der Mitarbeitenden nicht ausreichend auf die Betreuung demenzkranker und sterbender Menschen vorbereitet (Müller, 2011: 175).

Tendenziell sinkt die Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner, was dazu führt, dass der Sterbezeitraum einen immer größeren Anteil des Aufenthalts einnimmt und der Auftrag der Heime zunehmend in der Pflege und Begleitung Sterbender besteht. Diese Erkenntnisse dürften allgemein bekannt sein. Die Praxis in der Altenpflege ist jedoch nach wie vor von konsequenter Bewohneraktivierung geprägt. Sterben und Tod spielen eine Nebenrolle, wenngleich sie nicht mehr tabuisiert werden. So muss es nicht verwundern, dass sich viele Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte bis heute nicht bewusst sind, dass es sich bei den von ihnen versorgten Bewohnern häufig um palliativbedürftige Menschen handelt.

Eine andere Form von Hospiz- und Palliativversorgung

Doch wie kann – mit Blick auf die bestehende Realität – das Bedürfnis der Hochbetagten nach einer guten Lebensqualität in den letzten Monaten, Wochen und Tagen, ein Sterben



© Klaus Rose

Palliative Geriatrie ermöglicht Lebensqualität bis zuletzt

Aspekte einer gelingenden palliativen, geriatrischen Betreuung

Es gilt, das Selbstwertgefühl der häufig an Demenz erkrankten Menschen zu betonen.

Maßnahmen zur Förderung sozialer Aktivitäten und zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit tragen hierzu bei, wie auch eine Milieugestaltung und geeignete Ernährung. Betreuungsangebote sind vielfältig und auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt.

Es wird erörtert, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen die Lebensqualität des hochbetagten Menschen ermöglichen und welche nicht.

Handlungsleitend ist deren Wille. Kann dieser nicht mehr bekundet werden, gilt der in einer Patientenverfügung vorausverfügte Wille, der anderenfalls als mutmaßlicher Wille zu ermitteln ist.

Angehörige und Nahestehende sind wichtige Partner in der Betreuung der Hochbetagten.

Sie brauchen Trost und Unterstützung. Gemeinsame Gespräche und Beteiligung helfen, die mitunter als schwierig erlebte Situation nachzuvollziehen und zu verarbeiten. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende begleiten im Abschiednehmen.

Qualifizierte und reflektierte Pflegekräfte stehen zur Verfügung.

Sie verfügen über ausreichende Kenntnisse in der palliativen Pflege sowie im Umgang mit demenzkranken Menschen. Sie beziehen Angehörige und Nahestehende in die Betreuung ein.

Mit dem Anspruch einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung werden Schmerzen und belastende Symptome gelindert oder beseitigt.

Die Beobachtung und Erfassung von Schmerzen ist bei den Hochbetagten und/oder an Demenz erkrankten Menschen besonders wichtig.

Seelische Nöte, wie z. B. Einsamkeit und Angst, erfordern Zuwendung und Verständnis.

Den Betroffenen steht ein begleitendes Angebot, z. B. unter Einbeziehung von Seelsorgern oder Psychologen, zur Verfügung.

Sterbebegleitung beginnt weit vor dem unmittelbaren Sterben eines Menschen.

Der Übergang vom Sterben in den Tod geschieht würdevoll. Ehrenamtliche Mitarbeitende eines Hospizdienstes werden ggf. einbezogen.

Interdisziplinäre Teamarbeit wird praktiziert.

Hier sind gemeinsame Ziele und die Teamidentität wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit, die Rangordnung oder die Ziele einzelner Berufsgruppen.

Nicht alles kann von einer MitarbeiterIn oder einer Institution erbracht werden.

Deshalb ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Partnern (z. B. Demenzbesuchsdienst, Fachärzten, Beratungsstelle, Seelsorgern) wichtig. Alle lernen voneinander und tragen ihre Kompetenzen im Interesse des betroffenen Menschen zusammen.

Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende werden vorbereitet und regelmäßig fortgebildet.

Schwerpunktt Themen sind: Pflege, Medizin, Demenz, Angehörigenarbeit, Kommunikation und Reflexion. Ein geeignetes Bildungsangebot ist das 40-stündige Curriculum „Palliative Praxis“ (→ Beitrag Robert Bosch Stiftung, S. 34).

in Würde auch außerhalb eigener vier Wände gewährleistet werden? Hospizarbeit und Palliative Care sowie die sich hieraus ableitende Palliative Geriatrie bieten Antworten.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass hochbetagte Menschen eine „andere Form“ von Hospizarbeit und/oder Palliative Care brauchen als Tumorkranken. Die Hochbetagten leiden häufig unter ihrem körperlichen und/oder geistigen Verfall. Die Sehkraft lässt nach oder das Gehör, sie fühlen sich einsam und warten, dass der Tag vergeht. Das wird auch bei Frau Mayer* deutlich, einer Berliner Heimbewohnerin: „Ich sitze hier und träume und weine. Ich weine, weil ich mich erinnere, wie schön das Leben war. Ich bin traurig, weil ich jetzt nichts mehr machen kann mit meinem Körper. Aber innerlich, da könnte ich noch tanzen!“ Charakteristikum palliativgeriatrischer Bewohnerinnen oder Patientinnen sind deren Multimorbidität, chronische Erkran-

kungen und die Todesnähe. Von den chronisch erkrankten Menschen fordern insbesondere jene mit fortgeschrittener Demenz die ehrenamtlich und professionell Betreuenden besonders heraus. Denn durch den geistigen Abbau verliert sich deren Sprache bis auf wenige Wörter oder versiegt. Ein brisanter Umstand, da die alten Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre Leiden allgemeinverständlich zu beschreiben, was deren Behandlung erschwert. Schmerzen und belastende Symptome werden so leichter übersehen und nicht behandelt.

Menschen mit Demenz erhalten keine ausreichende Palliativversorgung

Fest steht: Geriatrische Patientinnen und Patienten mit Demenz werden, im Vergleich zu Tumorkranken bei ähnlichen physischen und psychosozialen Symptomen, selten

im Sinne der Palliative Care versorgt (Deutscher Bundestag, 2010: 178). Wenn diese spezielle Betreuung überhaupt einsetzt, dann am unmittelbaren Lebensende. Wird Palliative Care aber auf das Lebensende reduziert, kommt sie für die Hochbetagten zu spät. Auch diese Menschen sind palliativbedürftig, nämlich dann, wenn ihre Schmerzen und Symptome aufgrund der Multimorbidität zur Belastung werden

Palliative Geriatrie heißt auch: Heute Liederabend morgen Sterbebegleitung

und/oder wenn sie von einer schweren Demenz betroffen sind. Dann steht eine „umfassende, körperliche, seelische, soziale und spirituelle Begleitung, Pflege und Behandlung“ im Vordergrund (Heimerl, 2011: 16).

Lebensqualität bis zuletzt

Die Pflege von hochbetagten Menschen erfordert ein erweitertes Verständnis der Palliative Care sowie einen „Spagat“ zwischen Leben und Tod, zwischen Geburtstagsfeier und Liederabend einerseits, und Pflegebedürftigkeit und Sterbebegleitung andererseits.

Palliative Care für alte Menschen muss hierauf eigene Antworten finden. Das gelingt durch einen Betreuungsansatz, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint und sich immer mehr zugunsten palliativer Maßnahmen verschiebt. Leitlinie ist der Erhalt von Lebensqualität.

Kompetenz ermöglicht Lebensqualität

Voraussetzung dafür ist das aktive Mitwirken und eine offene Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten. Das „Sich-einlassen“ auf die hochbetagten und an Demenz erkrankten Menschen bildet deren Basis. Es geht darum, „die Welt der Alten zu respektieren, ihre Sprache (zu) sprechen“ (Kojer, 2007: 75), da andernfalls „fast alle anderen Bemühungen zum Scheitern verurteilt“ sind (Kojer & Pirker, 2009: 41). Kompetente Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie Palliativpflege sind wesentliche Eckpfeiler des palliativ-geriatriischen Ansatzes. Therapeutische Maßnahmen, wie Musik-, Ergo-, Physio-, Garten- und/oder Tiertherapie, ergänzen die Betreuung der betroffenen Menschen. Kenntnisse und Fähigkeiten in Basaler Stimulation und Validation sowie konsequente Angehörigenarbeit sind elementare Voraussetzungen für die gelungene Begleitung der Hochbetagten bis zum Tod (Kojer, 2009: 42–45).

Wenn eine solche Betreuung die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der hochbetagten Menschen bis zum Lebensende erfüllen soll, setzt das voraus, dass diese den versorgenden Personen bekannt sind: Schmerz- und Symptomkontrolle, über den Tod sprechen können, angemessene Aufklärung, das Ausmaß der medizinischen Intervention mitbestimmen können, Sterbebegleitung sowie

die Sterbezeit und den Sterberaum mit gestalten können (Heimerl, 2007: 133ff.), (→ **KASTEN**, S. 43).

Palliative Geriatrie muss Teil der Hochbetagtenversorgung werden

Nicht nur auf Altenpflegeheime kommt die große Herausforderung zu, die Palliative Geriatrie zu etablieren und langfristig zu bewahren. Das Konzept der konsequenten Orientierung auf den individuellen Menschen beschreibt einen geeigneten Weg, um die Bedürfnisse der Betroffenen individuell zu erfassen und eine von Ethik und Kompetenz getragene Pflege und Betreuung zu instituieren.

Dieser Paradigmenwechsel hin zu einer neuen „Altenpflegekultur“ geschieht nicht aus sich selbst heraus, sondern bedarf vor Ort gesteuerter Organisations-Entwicklungsprozesse und enormer Bildungs- und Reflexionsanstrengungen aller Beteiligten. Insbesondere die medizinische Versorgung muss zum Teil grundlegend neu gestaltet werden und geriatriische sowie palliativmedizinische Aspekte müssen stärker Anwendung finden. Die Umsetzung von Palliativer Geriatrie ist ein komplexes Unterfangen, das einer ausgeprägten Veränderungsbereitschaft aller Beteiligten bedarf.

Es gilt zu berücksichtigen, dass es sich bei der Palliativen Geriatrie nicht um ein exklusives Angebot für Einzelne am unmittelbaren Lebensende handeln darf, sondern die Palliative Geriatrie allen hochbetagten Menschen immer individuell gestaltet zur Verfügung stehen muss. ■

* Name von der Redaktion geändert

Literatur

- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. 17. Wahlperiode. Berlin: Drucksache 17/3815
- Heimerl, K. (2007): *Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende*. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care: 131–138, Bern: Hans Huber Verlag
- Heimerl, K. (2011): *Palliative Care und Dementia Care im Pflegeheim. Die Hospizzeitschrift*. Fachforum Palliative Care 13 (47): 16–20.
- Kojer, M. (2007): *Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen ... Was ist Palliative Geriatrie*. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus: 75–88.
- Kojer, M.; Pirker, S. (2009): *Palliative Care*. In: Kojer, M. (Hrsg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg: Lambertus: 36–46.
- Müller, D. (2011): *Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen*. In: Kojer, M.; Schmidl, M.: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien/New York: Springer: 173–184.



DIRK MÜLLER
Altenpfleger, Palliative Care
Fundraising-Manager (FH)
Projektleiter Kompetenzzentrum
Palliative Geriatrie, Berlin
post@palliative-geriatrie.de