

# Leben können. Sterben dürfen.

## Palliative Geriatrie (in Pflegeheimen)

Dirk Müller

MAS (Palliative Care) | Exam. Altenpfleger | Fundraising Manager (FH)  
Vorsitzender HPV Berlin | Beisitzender im DHPV

[palliative-geriatrie.de](http://palliative-geriatrie.de)



## Institutionalisiertes Sterben

- 66% der Menschen wollen zu Hause sterben. (DHPV 2012)
- De facto sterben 75% der Menschen im Krankenhaus und in Pflegeheimen. (DHPV 2012)
- Menschen sterben in einer Umgebung, die sie häufig für sich nicht wollen.
- Sterben findet in Institutionen statt, in denen organisatorische Regeln/ Zwänge gelten, denen sich die alten Menschen und ihre Angehörigen unterwerfen (müssen).
- Ein Zurück in die eigene Häuslichkeit zum Sterben ist i. d. R. nicht möglich/ vorgesehen.
- Die Angst vor institutioneller Kälte und Anonymität im Versorgungsapparat ist groß.

Bundesinteressensvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von  
Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e. V.: 2012

Dirk Müller | 2013

[palliative-geriatrie.de](http://palliative-geriatrie.de)



## **Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004)**

*Das Sterben wurde in den letzten Jahrzehnten aus den Abstellkammern und Badezimmern der Krankenhäuser und Altenpflegeheime in die Öffentlichkeit geholt.*

## **Was bleibt?!**

*„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!“*

Burkowski, zitiert in Pfister 2011: 12

## Alte Menschen in Berlin/ Pflegeheime und –plätze (12/2009)

	Deutschland	Berlin
Anzahl der Pflegebedürftigen (absolut)	2.338.252	101.351
Pflegequote* in %	2,86	2,94
davon 75 bis unter 85 Jahre in %	32,8	29,1
davon 85 bis unter 90 Jahre in %	21,8	18,3
davon 90 Jahre und mehr Jahre in %	13,4	14,7
Betreuung im Pflegeheim in %	30,7	25,7
Anzahl der Pflegeheime	11.643 (2009)	317 (2012)
Anzahl der Pflegeheimplätze	845.007 (2009)	32.000 (2012)

Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Berlin per Dezember 2009. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2011b: 6, 8, 13).

\*Die Pflegequote bezeichnet den Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt.

## Spannungsfeld Pflegeheim

*Altenpflegeeinrichtungen nehmen in der Betreuung hochaltriger Sterbender einen zentralen Stellenwert ein. Sie werden aufgrund der Veränderungen der Bewohnerinnenstruktur künftig noch stärker Orte höchster Pflege- und Versorgungsintensität.* Heller, A. et al. 2007: 221

*Die Betreuung von hochbetagten Menschen entwickelt sich immer stärker zu einer der Hauptaufgaben von Palliative Care.* Kojer und Heimerl 2009: 154

*Hochbetagte brauchen Palliative Care – aber sie brauchen nicht nur Palliative Care!* Kojer und Pirker 2009: 37

*Industrialisierung der Pflege* Kistler: 2011

*Verbetriebswirtschaftlichung der Pflegeheime* Heller: 2009: 14

*Altenpflege = Betreuung + Begleitung am Lebensende* Müller: 2004

## Zentrale Widersprüche, die es zu bearbeiten gilt

1. Autonomie und Fürsorglichkeit
  - Freiheit und Sicherheit
  - Selbstbestimmtheit und Abhängigkeit
2. Leben und Sterben
  - Rehabilitation und Hospizkultur/ Palliative Care
  - Wohnen und behandelt werden
3. Qualität und Ökonomie
  - Zeitintensive Pflege und knappe Ressource Zeit
  - BewohnerInnenorientierter Tagesablauf und Notwendigkeit von Dienstplänen

## Problemhintergründe in Pflegeheimen

1. Nur **einzelne Pflegeheime** entwickeln eine Hospizkultur und ihre Palliative Care-Kompetenz. Nötig ist jedoch ein flächendeckendes Angebot.
2. Pflegeheime brauchen **Unterstützung** bei der Fortentwicklung ihrer hospizlichen und palliativen Kompetenzen sowie eine ausreichende Ressourcenausstattung.
3. Die **medizinische Versorgung** von PflegeheimbewohnerInnen ist häufig defizitär.
4. Regelmäßige und verbindliche **Kooperationsbeziehungen** zwischen Pflegeheimen und Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie Verständigungsplattformen sind selten.
5. Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (**AAPV**) ist unterentwickelt.
6. Die Auswirkungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (**SAPV**) sind unklar.
7. Wird Palliative Care erbracht, dann in der Regel nur für **onkologische PatientInnen**.

(Müller, Dirk 2011: Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur. Unveröffentlichte Master Thesis im Rahmen des Internationalen Universitätslehrgang Palliative Care/ MAS an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, IFF- Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik Wien.)

## Alte und hochbetagte Menschen brauchen eine andere Form der Palliative Care als TumorpatientInnen.

Nötig sind ein **erweitertes Verständnis von Palliative Care** und ein Spagat der Pflegeheime zwischen **Leben und Tod**, zwischen Geburtstagsfeier und Liederabend einerseits und Pflegebedürftigkeit und Sterbebegleitung andererseits. Palliative Care für alte Menschen muss hierauf **eigene Antworten** finden.

Müller, D. 2011: 150

Hochbetagte sind „*im hohen Maße palliativbedürftig*“, und zwar dann, „*wenn Schmerzen und Symptome aufgrund der vielfachen Krankheiten und Einschränkungen zur Belastung werden und/ oder wenn sie `unheilbar dement` werden. Dann brauchen sie umfassende, körperliche, seelische, soziale und spirituelle Begleitung, Pflege und Behandlung.*“

Heimerl 2011: 16

Palliative Care für Hochbetagte ist nicht „*End-of-Life Care*“, sondern „*Lebensbegleitung bis zuletzt*“.

Kojer, zitiert in Müller, D. 2010: 13

## Sterbeforschung in den Pflegewohnheimen des UNIONHILFSWERK (2010: n=170)

### • **Diagnoseklassen: 5,6**

Herz-Kreislauferkrankungen (80%), Demenz (55%), Stoffwechselerkrankungen (31%), Tumor (21%), KRH des Bewegungsapparates (21%)

### • **Symptome im letzten Lebensmonat:**

Schmerzen (57,1%)  
Desorientiertheit (36%),  
Übelkeit/Erbrechen (28,8%)  
Luftnot (24,7%)  
Unruhe (16,5%)

### • **Sterbeort:**

64,7 im Heim  
35,3% im Krankenhaus

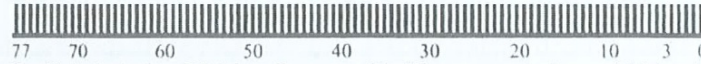
Lindena, Woskanjan und Müller, D. 2011

## Demenz

### Schematische Darstellung des Abbaus des Langzeitgedächtnisses bei der Alzheimer'schen Krankheit

1. Das Gedächtnis eines nicht-dementen 77jährigen alle Bücherbretter mit Tagebüchern, in denen die Erinnerungen des ganzen Lebens gespeichert sind, stehen noch

Jahre



2. Das Gedächtnis eines 77jährigen Dementen. Die Erinnerungen der letzten 17 Jahre sind weg. Die Bücherbretter fallen um, zuerst das letzte, dann das vorletzte usw.

Jahre



3. Das Gedächtnis eines 77jährigen mit fortgeschrittener Demenz: Nur die Erinnerungen der frühesten Lebensphase sind noch vorhanden.

Jahre

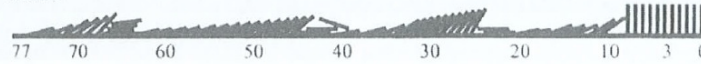


Abbildung 1: „Der Gedächtnisabbau“ aus Buijssen, 2003, S. 37

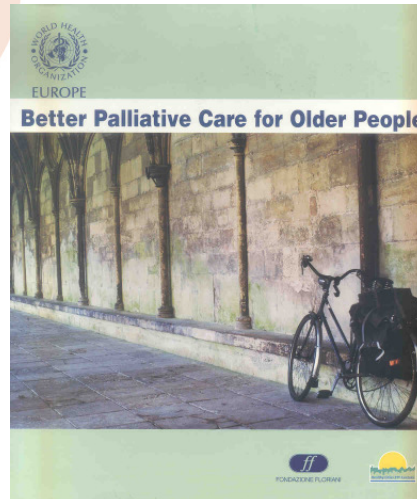
## Sterbende Menschen brauchen

- Schmerz- und Symptomkontrolle
- über den Tod sprechen können
- angemessene Aufklärung
- das Ausmaß der medizinischen Intervention mitbestimmen können
- Sterbebegleitung
- Sterbezeit und Sterberaum mitgestalten zu können

Heimerl 2006:134

*„Alte Menschen haben eindeutig besondere Bedürfnisse, weil ihre Probleme anders und oft komplexer sind, als die junger Menschen“*

World Health Organisation: 2004

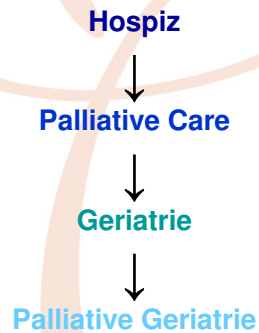


**Wird Palliative Care auf das unmittelbare Lebensende reduziert, kommt sie für alte und hochbetagte Menschen zu spät.**

*Während bei Tumorkranken und -patientinnen die letzte Lebensphase vergleichsweise klar abgrenzbar und der weitere zeitliche Verlauf weitgehend vorhersagbar ist, ist dieses bei chronischen Erkrankungen nicht der Fall. Hier wechseln sich Phasen der Verschlechterung und Phasen der Erholung ab. Der Versorgungsbedarf älterer Menschen wird deshalb häufig nicht adäquat erkannt, was die Zuweisung zur Palliativversorgung erschwert. So werden zum Beispiel geriatrische Patienten und Patientinnen mit Demenz bei ähnlichen physischen und psychosozialen Symptomen wie Tumorkranke nur selten palliativmedizinisch versorgt.*

Deutscher Bundestag 2010: 178

## Palliative Care und Hospiz. Die Basis von Palliativer Geriatrie.



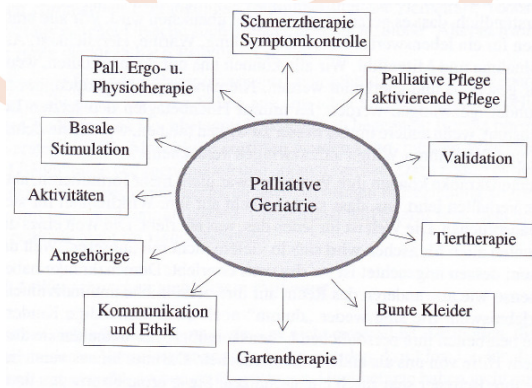
Stellt man die Begrifflichkeiten „Palliative Care“, „Hospizarbeit“, „Geriatrie“ und „Palliative Geriatrie“ nebeneinander, wird die vorhandene Wechselwirkung deutlich, wobei aber der Vergleich zu einer differenzierten Sicht- und Handlungsweise je nach Zielgruppe und Setting verpflichtet.

## Palliative Geriatrie: Eigenständiger Bereich der Palliative Care

*„Es genügt nicht zu versuchen das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatriische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vieler Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck `Palliative Geriatrie´ und nicht die von vielen bevorzugte Bezeichnung `Palliative Care in der Geriatrie´. Es handelt sich dabei um ein eigenständiges Teilgebiet der Palliative Care, das als solches gelehrt und gelernt werden muss.“* (Kojer 2010: 157).



## Palliative Geriatrie

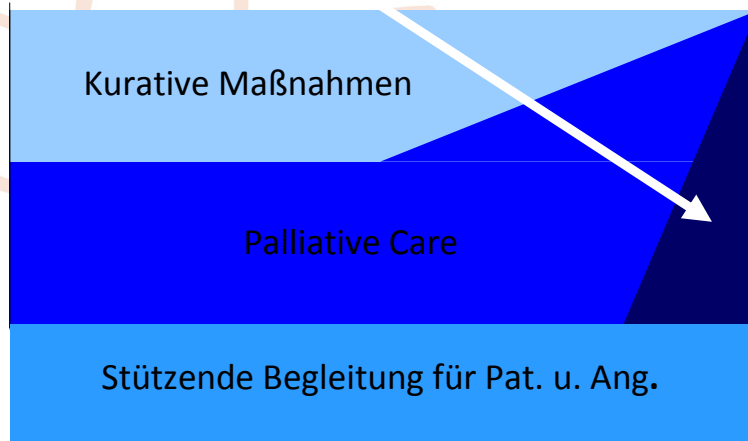


*„Wir dürfen uns niemals vorschnell und unkritisch damit begnügen, Symptome zuzudecken, solange andere Therapieformen sinnvoll und möglich sind.“*

Kojer und Pirker 2009: 37

Abbildung: Palliative Geriatrie. Kojer und Pirker 2009: 42

## Palliative Geriatrie Mehr als Sterbebegleitung



Fortschreitende Multimorbidität,  
 zunehmend gefährdete körperliche, seelische und geistige Balance

Kojer: 2010

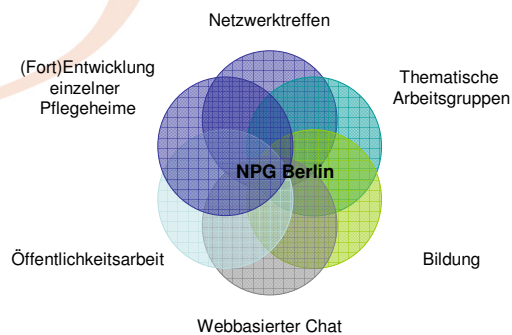


# Altenpflege = Betreuung + Begleitung am Lebensende



Hospizkultur  
und Palliative Care  
in der Altenpflege

NETZWERK  
PALLIATIVE GERIATRIE  
BERLIN



## Nutzen und Wirkung des NPG Berlin (Phase A) Was NetzwerkpartnerInnen sagen

### BEWOHNERINNENORIENTIERUNG

- *Sterben im Heim als letztes zu Hause ist alltäglich*
- *Offener Umgang mit Sterben und Tod*
- *Erweiterung des Biografiebogens um Palliative Care*
- *Betroffene werden in Entscheidungen eingebunden*
- *Angst und Zweifel werden wahr- und aufgenommen*
- *Positive Rückmeldungen der Angehörigen*
- *Abschiedsrituale werden gut angenommen*
- *Trauerarbeit findet statt*

### MITARBEITERINNENZUFRIEDENHEIT

- *Wir fühlen uns sicherer*
- *Wir werden einbezogen*
- *Wir entscheiden gemeinsam*
- *Wir sprechen uns ab*
- *Wir bekommen positive Rückmeldung von Hospizdiensten*
- *Wir entwickeln unsere Haltungen weiter*
- *Wir gewinnen Sicherheit durch ethische Fallbesprechungen*
- *Wir schätzen die Bedeutung der Palliativen Geriatrie*

### PALLIATIVE FACHKOMPETENZ

- *Verbesserte Kommunikation*
- *Größeres Selbstbewusstsein*
- *Mehr Fachwissen*
- *Ethische Fallbesprechungen etabliert*
- *Ansatz von kurativ nach palliativ ausgerichtet*
- *Literatur und Materialien werden genutzt*
- *Verstärkte Reflexion*
- *Fortbildungen zum Thema durchgeführt*
- *Palliative Behandlungspflege ausgebaut*

### VERNETZUNG UND ZUSAMMENARBEIT

- *Austausch und kollegiale Beratung miteinander*
- *Andere Strukturen und Modelle kennengelernt*
- *Viele Ideen und Denkanstöße mitgenommen*
- *Thema bleibt aktuell*
- *Einbeziehung ambulanter Hospizdienste intensiviert*
- *Von Fortbildung im Netzwerk profitiert*
- *Größere Nachfragen von Angehörigen und Diensten*
- *Palliatives Case-Management entwickelt*
- *Vernetzung im Bezirk verstärkt*

Müller, Dirk, Wegleitner, Klaus, Heimerl, Katharina (2013): 17 f.

Dirk Müller | 2013

palliative-geriatrie.de

## Gedanken zum Schluss:

**Palliative Geriatrie beugt Sterbehilfe vor.**

## Literatur

Kojer, Marina; Schmidl, Martina (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien/New York: Springer.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina, Husebø, Stein (2009): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Müller, Dirk; Zippel, Christian (2011): Palliative Geriatrie – ein junges Aufgabengebiet. In: Zippel, Christian; Kraus, Sibylle (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse, 249–258.

## Veranstaltungstipps



"Palliative Geriatrie als wahre Qualität: Leben können. Sterben dürfen."

**9. Fachtagung  
Palliative Geriatrie Berlin  
am 24. Oktober 2014**