



Gesund älter werden

Dr. med. Marion Baumann, Chefärztin Geriatrie

Dr. med. Sivan Schipper, Leitender Arzt Innere Medizin und Leiter Palliative Care

Andrea Habegger, Mitarbeiterin Ernährungsberatung

Marcel Ambass, Leiter Physiotherapie

- > Altersmedizin: Gesundheitsdefinition, Veränderungen im Alter, Auswirkungen, Angebot Spital Uster
- > Therapieangebote im Alter
- > Ernährung im Alter
- > Patientenverfügung



”

“Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“

WHO (1946)

„Gesundheit ist Wohlbefinden
und
nicht (nur) Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“

„Gesundheit ist Wohlbefinden

und

nicht (nur) Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“

Im letzten Lebensdrittel gehäuft:

- > primär chronische Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Arteriosklerose, Rheuma, Arthrose, ...)
- > Krebserkrankungen

Vorwiegend im Alter:

- > Osteoporose, Sarkopenie, Herzinsuffizienz,
- > Inkontinenz, Demenz, ...

Frailty-Syndrom

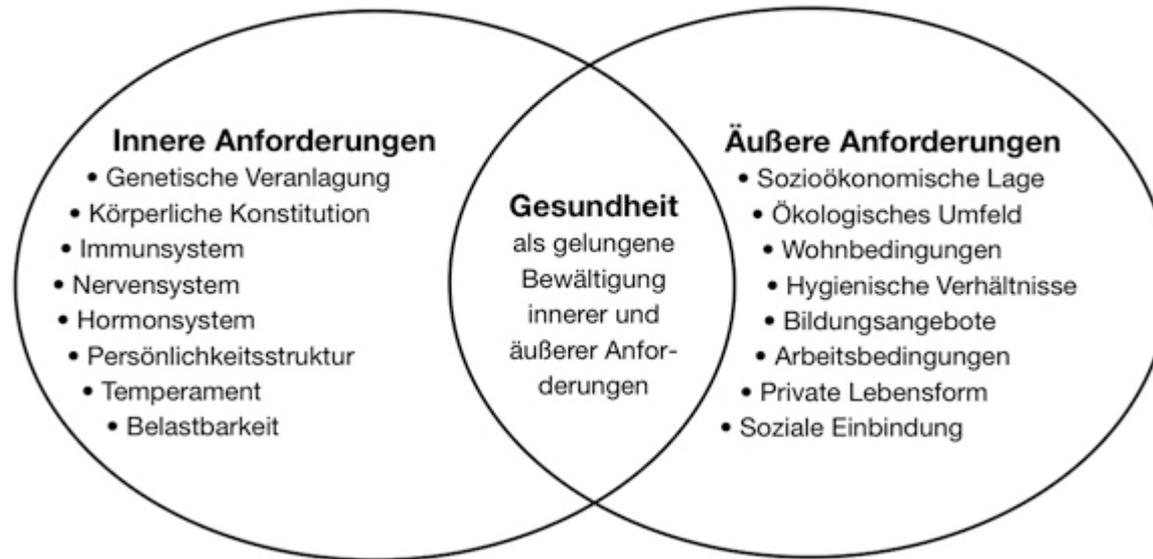


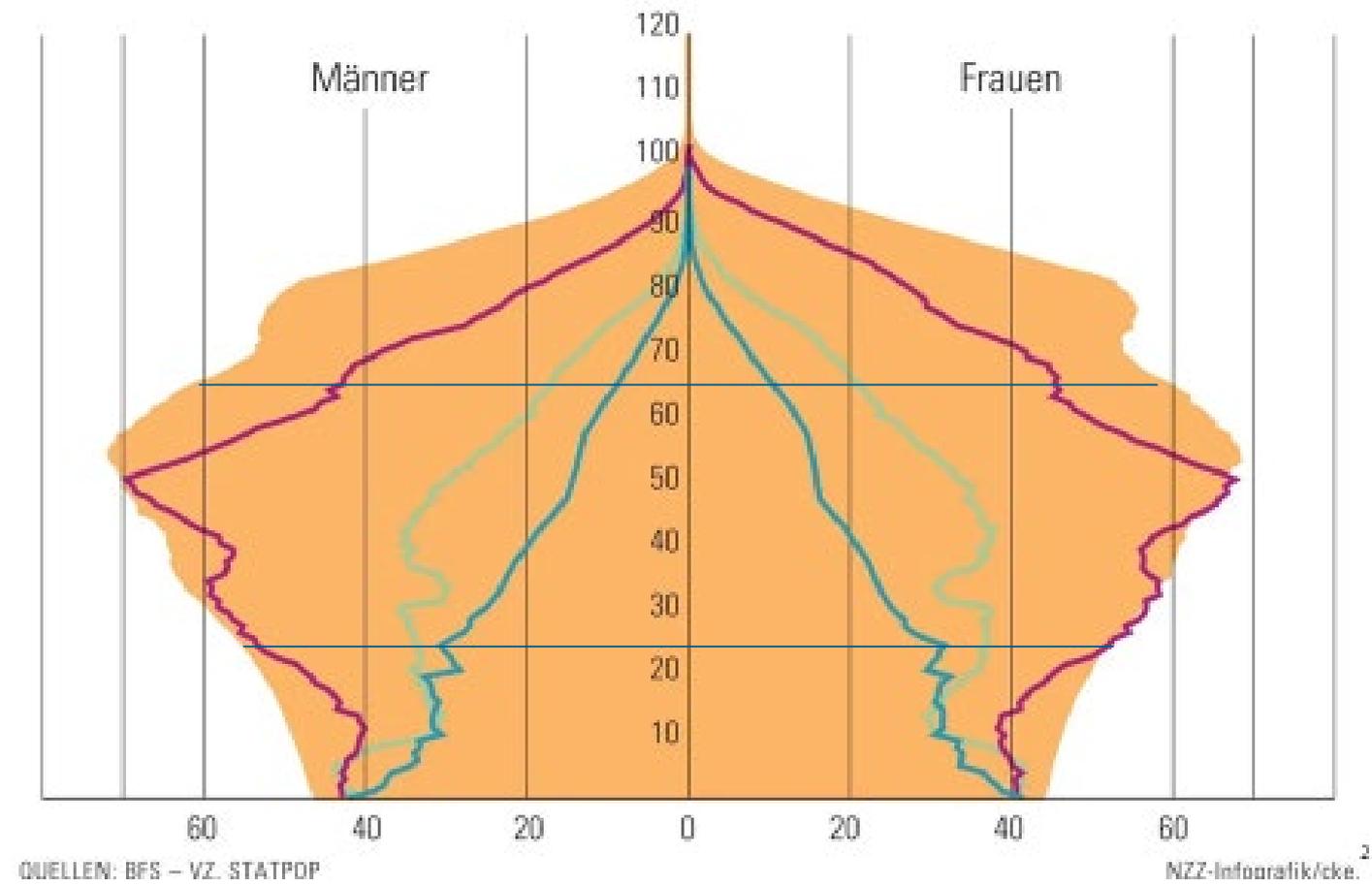
Abb. 2: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen (aus: Hurrelmann 2000, 88 - analog für Krankheit in: Hurrelmann/Richter 2013, 143)

- > Schweiz mit einer der weltweit höchsten Lebenserwartungen
- > Überwiegende Mehrheit der Bevölkerung bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, obschon mit zunehmendem Alter immer mehr Menschen an dauerhaften Gesundheitsproblemen leiden
- > Seit 1990 Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt:
 - bei Männern um 7,7 Jahre
 - bei Frauen um 4,6 Jahre
- > Die Lebenserwartung variiert je nach sozialem Status, der beispielsweise am Bildungsniveau gemessen wird
- > Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit, die den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand mitberücksichtigt, hat sich ebenfalls erhöht

Altersaufbau der Bevölkerung

Anzahl Personen in 1000

■ 1900 ■ 1950 ■ 2014 ■ 2045 (mittleres Szenario)



QUELLEN: BFS – VZ. STATPOP

NZZ-Infoformatik/cke.²

Chronologisches versus biologisches Alter





Physische Funktionsfähigkeit gleich Gesundheit?

- > Verlangsamung Stoffwechsel
- > Geringere Regenerationsfähigkeit des Gewebes
- > Verlust Gewebeelastizität
- > Progredienter Knochenabbau
- > Hormonelle Veränderungen (Sexualhormone mit anaboler Wirkung)
- > Veränderung Schlafqualität
- > Abnützung und Ausdünnung der Gelenkknorpelschicht (Arthrose!)
- > Abnahme der Sehschärfe und des Hörempfindens
- > Abnahme des Geschmackssinnes, Appetitminderung
- > Geringere Speichelproduktion
- > Abnutzung Zähne, Parodontose
- > Abnahme des Kurzzeitgedächtnisses; Vergesslichkeit
- >

=> Wahrnehmung als physiologischer Prozess oder als Krankheit?

- > Gewichtsabnahme (Muskelabbau!) wegen Appetitverlust
- > Fehlernährung bei Kau- und Schluckstörungen
- > Verdauungsstörungen, Verstopfung
- > Nierenfunktionsstörung bei herabgesetztem Durstempfinden
- > Immobilität, Dekonditionierung wegen Gelenkschmerzen
- > Rückzug und soziale Isolation wegen Sinnesorganstörungen
- > Depressive Verstimmung wegen Vergesslichkeit, Schmerz, Isolation
- > Blasenentzündungen bei Inkontinenz, Restharn, geringer Trinkmenge
- > Demenz ...
- > ...

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group



“...a state of increased vulnerability to stressors due to age-related declines in physiologic reserve...”

5 Frailty « Kriterien »:

- Gewichtsverlust
- Empfundene Erschöpfung
- Körperliche Aktivität
- Ganggeschwindigkeit
- Handschlusskraft (grip)

≥ 3/5 Kriterien = Frailty-Syndrom

Die „Geriatrischen Riesen“ (Bernard Isaacs 1975)

- > Immobilität
- > Instabilität / Stürze
- > Inkontinenz
- > Demenz
- > Depression
- > Fehlernährung
- > Sinnesorganstörung
- > Selbstversorgungsdefizit
- > Kommunikationsstörung
- > Schmerzsyndrom



"Ungleichgewicht der Ernährung"

Im Alter:

Inappetenz und Gewichtsverlust

Eiweiss- und Nährstoffmangel

Kalorien- und Proteinmangel -> Verstärkung der Gebrechlichkeit:

Verminderte Regenerationsfähigkeit

Reduzierte Abwehrlage

Wundheilungsstörung

Verlust an Muskelmasse oft irreversibel

Immobilität -> Sarkopenie -> Sturz -> Circulus vitiosus

Warum ist die Muskelschwäche ein Problem?

- > Muskelschwäche als treibende Kraft für Gebrechlichkeit
- > wichtige Rolle in der Entwicklung von Stürzen und Hüftfrakturen



Appetitfördernde Massnahmen! Bewegung, frische Luft, Gesellschaft, Abwechslung ...

- > Nach Möglichkeit nicht alleine essen. Angenehme Essatmosphäre und appetitliches Anrichten.
- > Selber einkaufen und kochen (Physio- und Ergotherapie; Gedächtnistraining!)
- > Vermehrter Einsatz von Kräutern und Gewürzen bei Abnahme des Geschmacksempfindens.
- > Wegen schnellerem Sättigungsgefühl auch Zwischenimbisse einplanen statt "schnöigge".
- > Bei eingeschränktem Sehvermögen: Angemessene Beleuchtung beim Essplatz und
- > Entfernung nicht essbarer Teile aus dem Essen (z.B. Knochen, Gräten).

Lieblingsspeisen variieren und optimieren (Verwendung nährstoffreicher Zutaten)

Polypharmazie vermeiden ... Medikamente kritisch hinterfragen und stoppen.

Freude am Essen erhalten und fördern

- > Knochen ein sehr dynamisches Gewebe im dauernden Umbau
- > Kalziumgleichgewicht im Blut, Anpassung an physikalische Anforderungen
- > Individuelles Maximum der Knochendichte zwischen 20 – 30 jährig erreicht

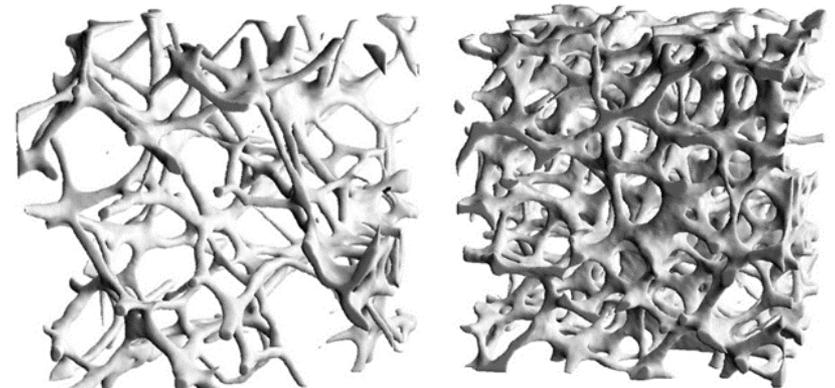
=>danach ist der Knochenabbau grösser als der -aufbau!

„Knochenschwund“ ist ein physiologischer Prozess

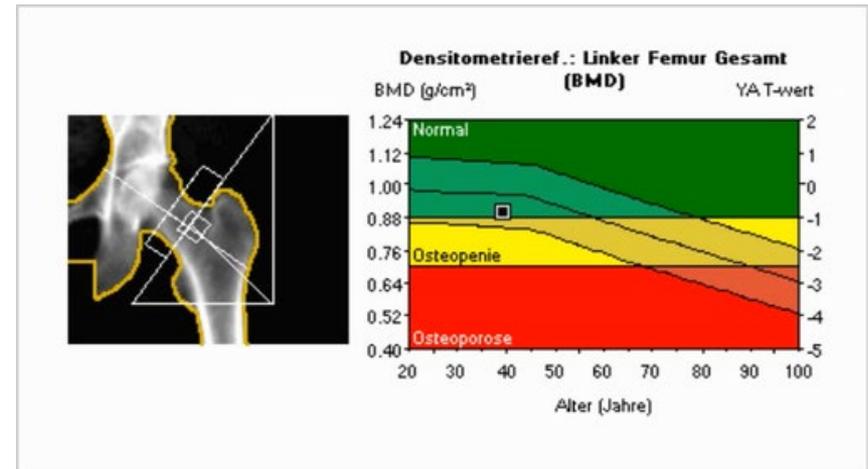
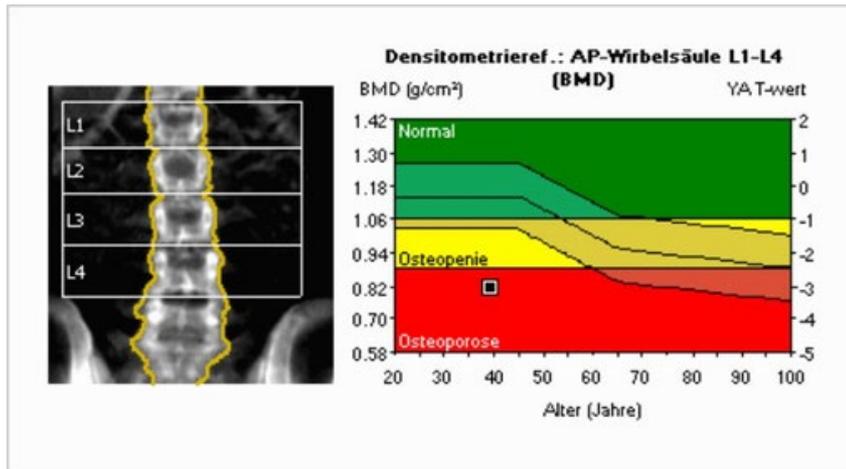
Risikofaktoren für beschleunigten Knochenabbau:

- > Fehlende Belastung (Inaktivität, Schwerelosigkeit)
- > Mangelernährung, insbes. Calcium- und Vitamin D-Mangel
- > Hormonmangel (postklimakterisch, antihormonelle Therapie bei Prostatakrebs)
- > Medikamente (Cortison)
- > genetisch

- > Ab dem 50. Lebensjahr erleidet jede 2. Frau und jeder 5. Mann einen (osteoporoseassoziierten) Knochenbruch
- > 80% der Knochenbrüche finden im Alter 75+ statt
- > Der Hüft-/ Oberschenkelhalsbruch ist der häufigste und schwerwiegendste Osteoporose bedingte Bruch im Alter 75
- > Sinterungsbrüche der (Lenden-)Wirbelkörper spontan durch das Körpergewicht



Die Diagnose einer Osteoporose oder deren Vorstufe erfolgt durch eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie).



Risikoabschätzung einer späteren Osteoporose

Rate des Knochenverlustes durch Verlaufs-/Kontrollmessungen

Dokumentation der Wirksamkeit oder auch Erfolglosigkeit der Behandlung

Bessere Abschätzung des Frakturrisikos anhand des «Trabecular Bone Score (TBS)», welcher seit Oktober 2017 bei jeder Knochendichtemessung ebenfalls bestimmt wird

- Vitamin D Mangel ist bei älteren Erwachsenen ist weitverbreitet (> 50% / > 80% bei Hüftbruchpatienten)
- Vitamin D Supplementation mit 800 IE/Tag reduziert Stürze und Hüftfrakturen evidenz-basiert um etwa 30%
- Vitamin D Supplementation mit 800 IE / Tag gleicht Mangel in > 97% älterer Erwachsener aus
- Kein Screening für Prophylaxe mit 800 IE Vitamin D notwendig
- Messung bei erhöhtem Risiko für schweren Vitamin D Mangel: Sturz/Hüftbruch/dunklere Hautfarbe/Adipositas/Malabsorption

Körperliche Aktivität

- => stimuliert den Knochenaufbau und verzögert den Abbau
- => begünstigt den Muskelaufbau als Voraussetzung physikalischer Belastung
- => stimuliert Appetit und wirkt protektiv gegen Mangelernährung
- => UV-Strahlung ermöglicht körpereigene Vitamin D-Produktion
- => innerhalb einer Gruppe Verbesserung der sozialen Kontakte



Zweitlinientherapien:

Kalzium

- => ausgewogene Ernährung; auch Eiweisse Teile der Knochensubstanz
- => Ergänzung durch Calciumpräparate (500mg/d)

Vitamin D

- => Sonne tanken an der frischen Luft.
- => Ergänzung ViDe3-Tropfen (800 IE/d, entspricht 1,4ml Lösung 1x/Woche)

Medikamentös

- => Bisphosphonate (z.B. Fosamax)
- => Monoklonale Antikörper (z.B. Denusomab/Prolia)
- => Forsteo (Neben-SD-Hormonfragment; Knochenaufbau)
 - => Langzeittherapien; Nebenwirkungen! Rebound.

- > Bei Multimorbidität (Hypertonie plus gastrointestinalen Beschwerden plus Arthrose plus Osteoporose plus) ausgebaute Medikation „gemäss Guidelines“
- > Physiologische Alterungsprozesse führen zu Änderungen in Aufnahme, Umbau und Ausscheidung von Medikamenten
- > Wechselwirkungen der Medikamente (Wirkungen, Nebenwirkungen)
 - => kontinuierliche Evaluation der Indikation / Dosierungen der Medikamente (insbes. bei präventiver Einnahme!); ggf. Reduktion der Tablettenzahl (Kombipräparate)

Was gestern richtig war, kann heute falsch sein....

reduce to the max

- > Gesunde Ernährung
- > Viel Bewegung
- > Hirntraining
 - Lebenslanges Lernen
 - Auch im Alter:
 - neugierig bleiben
 - neue Sprache erlernen
 - Musikinstrument erlernen
 - neuen Tanz erlernen
- > Behandlung der klassischen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren

Problem: Bettruhe/ Immobilisierung durch Erkrankung

Energiebedarf erhöht bei akuter Erkrankung, Aufnahme vermindert
Muskel- und Knochenabbau, Funktionsverlust
Dekonditionierung durch Bettruhe (Gleichgewicht, Blutdruck-
regulation, Bewegungsabläufe, Reaktionsvermögen,)

Ziel:

Funktionserhalt
Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität

Vorgehen:

Frühmobilisation und angepasste Physiotherapie
Ziele individuell formulieren

Ziel: Wiedererlangen von Lebensqualität, Autonomie und Selbständigkeit

Durchführung eines geriatrischen Assessments

Erarbeitung individueller Therapiepläne durch ein interprofessionelles Behandlungsteam (Ärzte, Pflegefachpersonen, Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungsberatern und Sozialarbeitern)

Angepasst an die Lebenssituation und Ziele des einzelnen Patienten

Einbezug der Diagnosen, des funktionellen Zustandsbilds, sowie der persönlichen Ressourcen, Bedürfnisse und des sozialen Umfeldes

Respekt vor der Lebensleistung und Lebenserfahrung unserer PatientInnen

Schwerpunkte der Behandlung

Kognitive, emotionale und soziale Beurteilung

Eruieren des pflegerischen Unterstützungsbedarfs

Aufbau von Kraft/Belastbarkeit für sichere Selbstversorgung, Transfers und Mobilität

Abbau Sturzgefahr, Verbesserung von Gleichgewicht und Gangsicherheit

Evaluation der Medikamente

Die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen müssen bei altersmedizinischen und alterstraumatologischen Patienten individuell und in einem grösseren Kontext betrachtet werden

„Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge
hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut,
Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die
Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden“

Gelassenheitsgebet von Reinhold Niebuhr, 1951
(1892 – 1971)

Aktiv sein geniessen

Marcel Ambass, Leiter Physiotherapie

THERAPIEANGEBOTE IM ALTER

**Hören Sie nie auf anzufangen und
fangen Sie nie an aufzuhören!!**

Weshalb soll man sich regelmässig bewegen und Sport ausüben?

- > Gute Muskuläre Kontrolle
- > Beweglichkeit erhalten
- > Herzkreislaufsystem wird trainiert
- > Knochen werden gestärkt
- > Gleichgewicht wird geschult
- > Sturzrisiko vermindern
- > Verringerung der Krankheitsanfälligkeit
- > Schmerzlinderung

- > Zufriedenheit wird gesteigert
- > Wohlbefinden wird gesteigert

Der Körper passt sich dem jeweiligen Aktivitätsgrad an:

> Zu niedrige Belastung

- Der Körper passt sich der niedrigen Belastung an und baut ab.



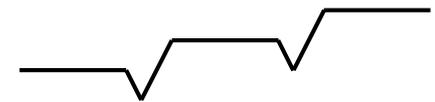
> Leichte Belastung

- Der Körper wird aktiviert.



> Mittel bis starke Belastung

- Der Körper passt sich der höheren Anforderung an.



> Zu Hohe Belastung

- Die Leistungsfähigkeit nimmt ab und der Körper baut ab.



> Die 3 S

- Schwitzen, schnaufen, spass haben

- > Man eignet sich Reserven an, von welchen man falls nötig gebrauch machen kann.
- > Man kann so den Aktivitätsradius so lange wie möglich gross halten.
- > Man bleibt länger selbständig.
- > Längeres verbleiben im gewohnten Umfeld

Wie oft sollte trainiert werden?

Empfehlung ca. 3mal pro Woche ein Training absolvieren.

Ein Training umfasst idealerweise:

Ausdauertraining

Krafttraining

Gleichgewicht/ Koordination

Möglichst den ganzen Körper trainieren.

Training:

- > **Zielgerichteter** und **planmässig** gerichteter Prozess zur Verbesserung und Erhaltung der leistungsbestimmenden Faktoren.
 - Reproduzierbar
 - Protokollierbar
 - Trainingserfolge sind Messbar

Beispiel:

- > Gartenarbeit
 - Obwohl körperlich anstrengend kann nicht überprüft werden ob Sie sich verbessern oder nicht.
- > Nordic Walking um den Lützelsee.
 - Definierte Strecke die genau so wiederholt werden kann.
 - Messbare Parameter sind z.B. Zeit, Anzahl Pausen, Anstrengungsempfinden.

Im Alltag soll nichts desto trotz darauf geachtet werden so aktiv wie möglich zu leben.

- > Treppe vs. Lift
- > Einkauf zu Fuss vs. Mit dem Auto
- > Gartenarbeit selbständig machen vs. machen lassen
- > Den Haushalt selber stemmen

Jegliche körperliche Arbeit hat einen positiven Einfluss.



Geeignete Sportarten

- > Nordic Walking
- > Langlauf
- > Velofahren
- > Fitness
- > Krafttraining
- > Turnverein
- > Schwimmen
- > Aquafit
- > Etc.



- > Wichtig ist, dass die Sportart gerne ausgeübt wird, nur dann wird man diese auch langfristig ausüben.



- > Wenn Physiotherapie notwendig wird sind wir vom Team der Physiotherapie Spital Uster gerne für Sie da.

Solange dies nicht notwendig ist gibt es etliche Angebote im Raum Uster:

- > Frauenverein
 - Nordic Walking Gruppe
- > Turnvereine
 - Damen- und Männerriegen
- > Aquafit Gruppen
 - Diverse im Raum Uster
- > Fitnesscenter
 - Diverse im Raum Uster
- > Rheumaliga
 - Diverse Angebote
- > Etc.

- > Regelmässige sportliche Aktivitäten beugt vielen Begleiterscheinungen des Alters vor.
- > Der menschliche Körper passt sich dem jeweiligen Aktivitätsgrad an.
- > Je besser der Körper trainiert ist, desto mehr Reserven hat man wenn man diese mal braucht.
- > Trainings sollten Kontrolliert und reproduzierbar sein.
- > Trainings sollten Spass machen.

**Hören Sie nie auf anzufangen und
fangen Sie nie an aufzuhören!!**

Ernährungsberatung Spital Uster
Andrea Habegger
BSc in Ernährung und Diätetik

ERNÄHRUNG IM ALTER

- > Energie
- > Protein
- > Knochengesundheit
- > Flüssigkeit
- > Mangelernährung

-  **Fakt:** Mit zunehmendem Alter verbrennt der Körper weniger Kalorien
-  **Ziel:** Das Körpergewicht möglichst stabil halten
-  **Zu beachten:** Mindestens drei Mahlzeiten pro Tag

Wichtig für die
Zellerneuerung, den
Muskelerhalt und
Muskelaufbau, das
Immunsystem und die
Knochengesundheit

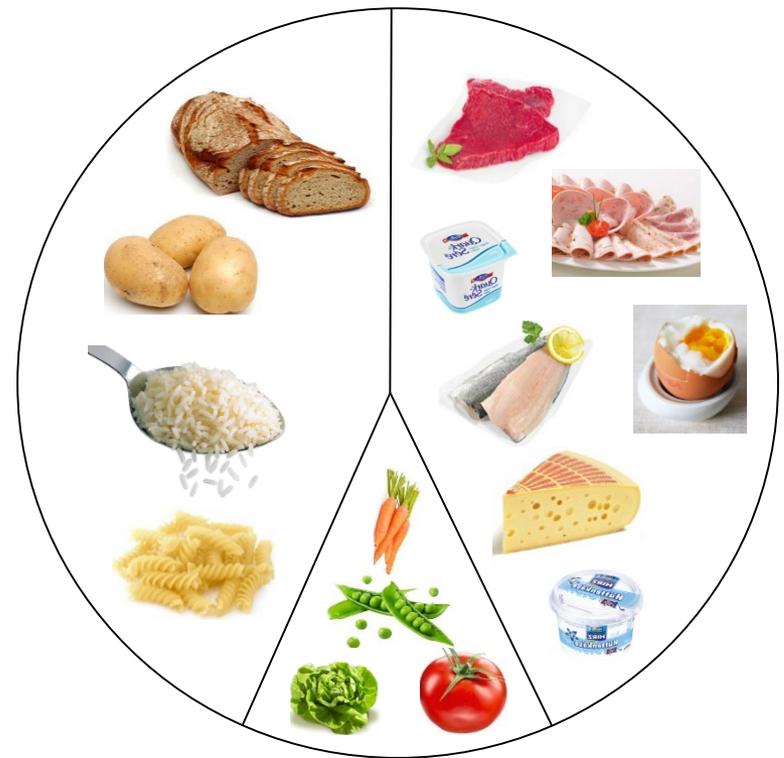
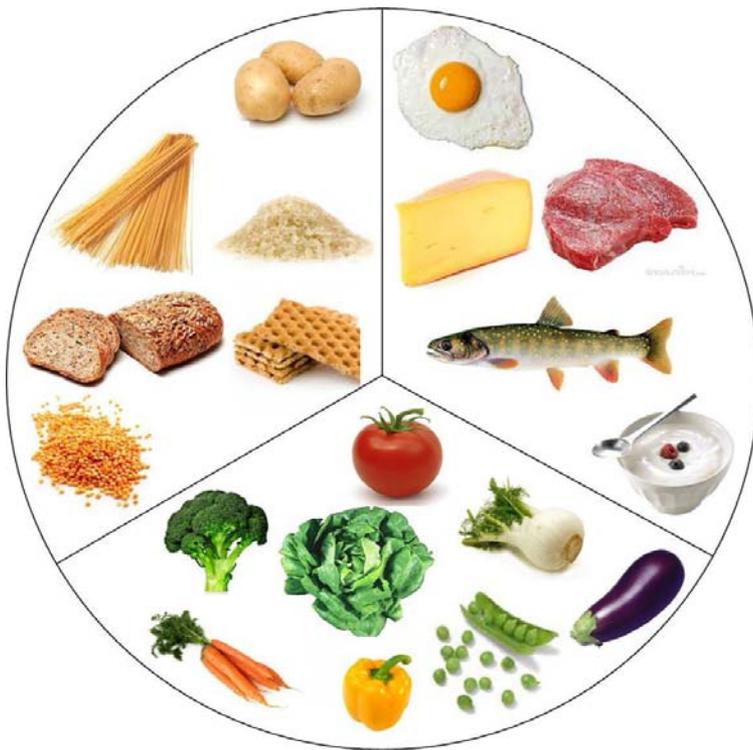


- 💡 Zu jeder Hauptmahlzeit ein proteinreiches Lebensmittel konsumieren
- 💡 Es muss nicht immer Fleisch sein...



20-30 g Protein ist enthalten in:

- > 100 g Fleisch oder Fisch
- > 150 g Tofu
- > 3 Eier
- > 200 g Hüttenkäse
- > 80 g Hartkäse
- > 100 g Weichkäse
- > 7 dl Milch
- > 500 g Joghurt



Beispiele Menüs normaler Appetit



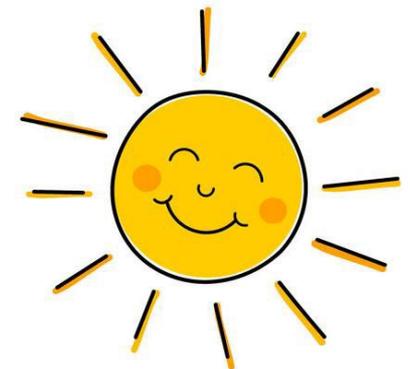
Was fehlt?



Vitamin D

Vorkommen: u.a. Fettreiche Fische (nur kleine Mengen in Lebensmitteln)

Vitamin D kann in der Haut durch die UV-Strahlen der Sonne gebildet werden. Da die körpereigene Produktion mit den Jahren abnimmt, wird eine ganzjährige Supplementierung empfohlen.



Calcium

Vorkommen:

Milch- und Milchprodukte (3 Portionen pro Tag)

Nüsse

Gemüse (z.B. Spinat, Dörrbohnen)

Calciumreiche Mineralwasser (z.B. Farmer, Eptinger, Adelbodner, Aproz, Valser, Contrex, Rhäzünser, Passuger)



- 💡 Trinken Sie mindestens 1.5 Liter über den Tag verteilt
 - > Teekrug/ Flasche auf den Küchentisch stellen → soll am Ende des Tages leer sein
 - > Wecker (Handy, Uhr) als Erinnerung stellen
 - > Fläschli für Unterwegs mitnehmen
 - > Vor dem Fernseher oder bei täglichen Aktivitäten immer 1 Glas dabei haben
 - > Kaffee oder Tee am Nachmittag in Gesellschaft geniessen
 - > Ungesüsste Getränke bevorzugen
 - > Bei einem verminderten Appetit z.B. mit Milch ergänzen

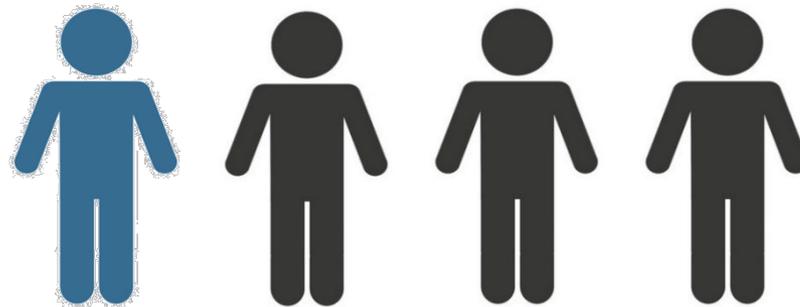
Eine Mangelernährung kann durch eine zu geringe Kalorienzufuhr, hohe Verluste oder einseitige Ernährung verursacht werden. Auch Personen mit Normal- oder Übergewicht sind davon betroffen.

Mögliche Folgen:

- Stürze durch Muskelverlust
- Erhöhte Infektanfälligkeit
- Wundheilungsstörungen
- Abnehmende Selbständigkeit
- Etc.

> Im Durchschnitt ist etwa ein Fünftel bis ein Viertel der ins Krankenhaus eintretenden Patientinnen und Patienten mangelernährt bzw. weist ein Risiko für Mangelernährung auf

> Am häufigsten betroffen sind ältere Personen



Treppensteigen
bereitet mir seit
Kurzem Mühe

Ich mag meine
Einkäufe nicht mehr
erledigen und nach
Hause tragen

Neuerdings muss ich
mich abstützen, um
vom Stuhl aufstehen
zu können



- > Regelmässige Hauptmahlzeiten sowie proteinreiche Zwischenmahlzeiten
- > Mahlzeitenzusammenstellung mit drei Komponenten
- > Rituale, wie Kaffeepausen mit einem kleinen Snack pflegen. Soziale Kontakte aufrecht erhalten.



- > Schweizer Ernährungsempfehlungen für ältere Erwachsene. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.
- > Ernährung im Alter. Management summary, Empfehlungen und Massnahmenvorschläge für das BLV aus dem Expertenbericht der EEK
- > Mangelerkrankung im Alter. Imoberdorf R., Rühlin M., Beerli A., Ballmer P. E. (2014). Schweiz Med Forum.

Dr. med. Sivan Schipper, Leitender Arzt Innere Medizin,
ärztlicher Leiter Palliative Care

«PATIENTENVERFÜGUNG UND VORAUS- SCHAUENDE PLANUNG: MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN»

1. Leben und Sterben heute
2. Die Patientenverfügung
3. Lebenserhaltende und palliative Massnahmen
4. ACP (Advance Care Planning)

1. **Leben und Sterben heute**
2. Die Patientenverfügung
3. Lebenserhaltende und palliative Massnahmen
4. ACP (Advance Care Planning)



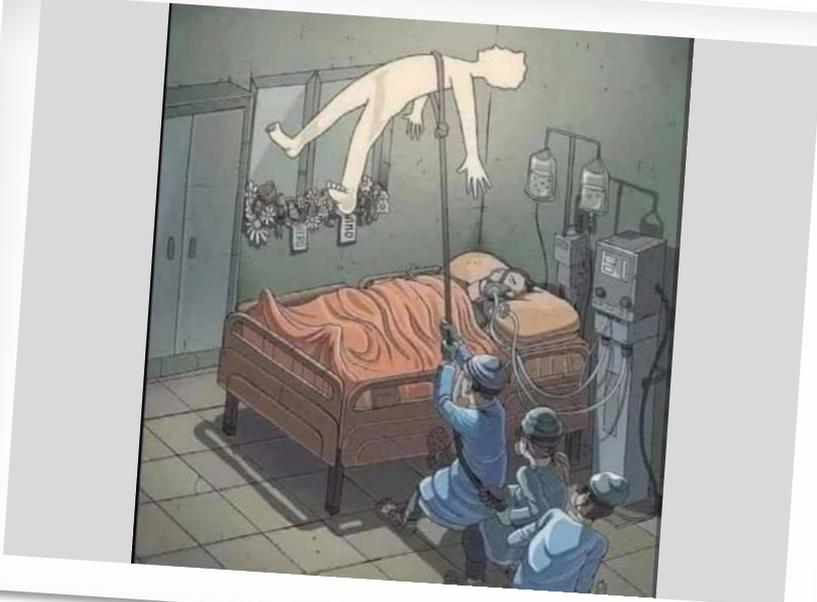
Therapieziel Heilung:

- > Belastende Therapien
- > Stress, Lärm
- > Abhängigkeit

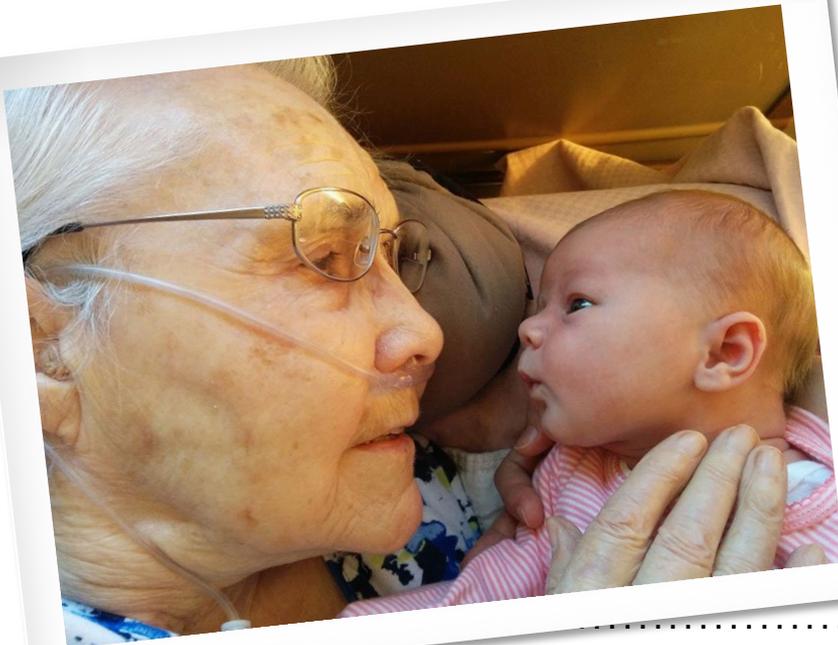


Therapieziel Lebensqualität:

- > Ruhe, Entschleunigung
- > Würde
- > Autonomie



Grauen des Todes

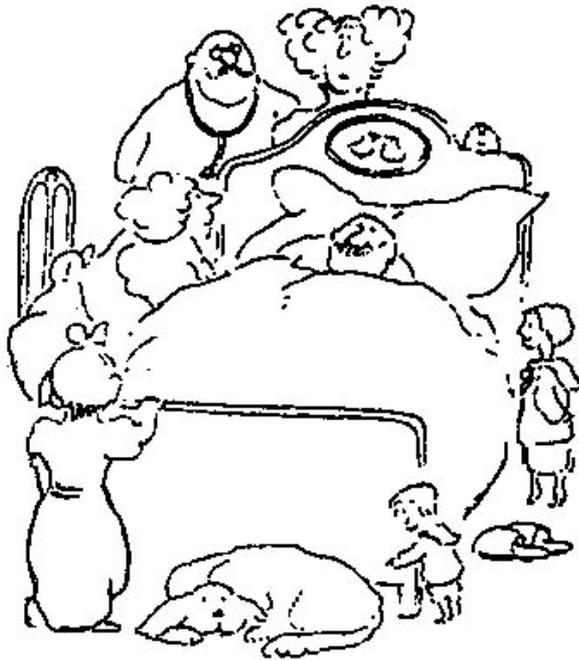


Begegnung mit dem Tod

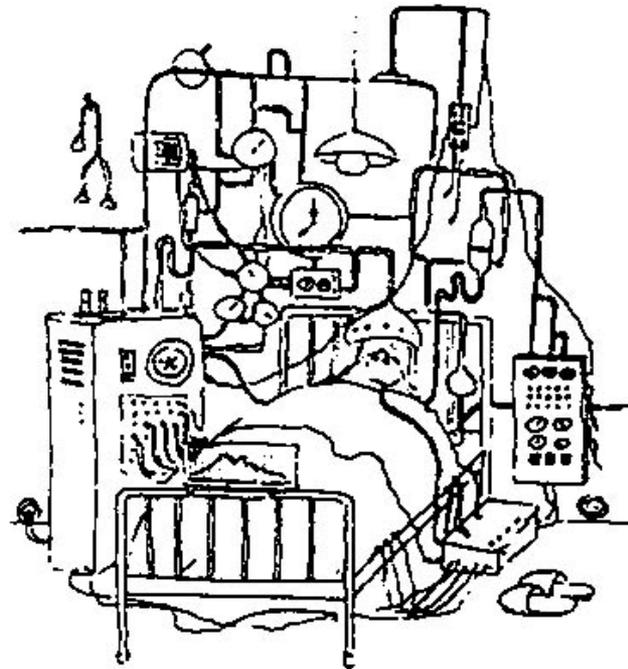
- > Die meisten Todesfälle treten nicht plötzlich ein
 - > In 80% der Todesfälle wurde mindestens eine „Lebensend-Entscheidung“ getroffen.
 - > >80% denken über das Lebensende nach
 - > 16% haben eine Patientenverfügung
- Tod nicht Schicksalsschlag sondern Folge individueller Entscheide

sterben

1900



2000



1. Allgemein akzeptierte Handlungen: Passive und indirekt aktive Sterbehilfe

- > Passive Sterbehilfe: Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch
- > Indirekt aktive Sterbehilfe: Palliative Sedierung

2. Kontrovers diskutierte Handlungen

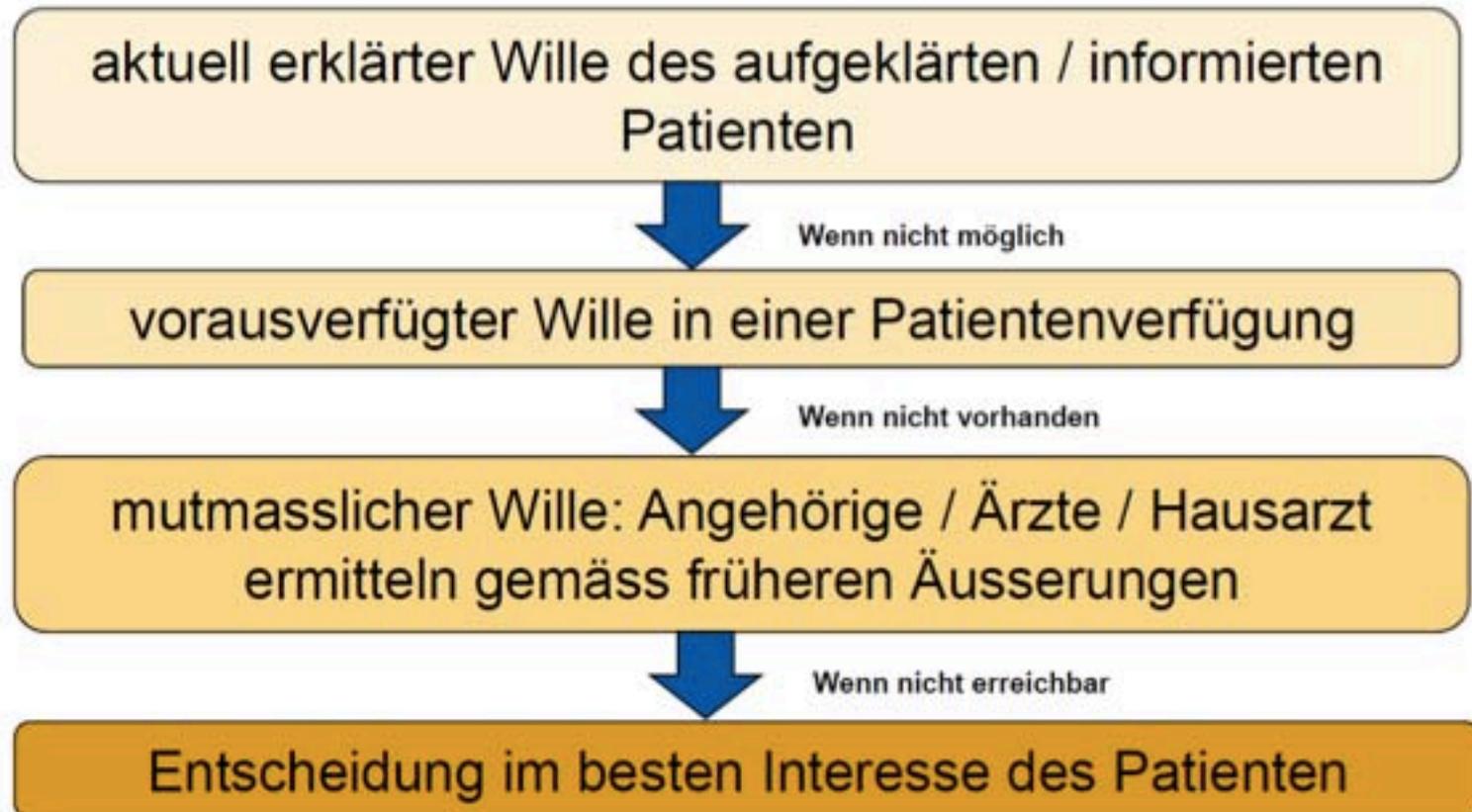
- > Beihilfe zum Suizid
- > «Sterbefasten»

3. In der CH verboten: Aktive Sterbehilfe

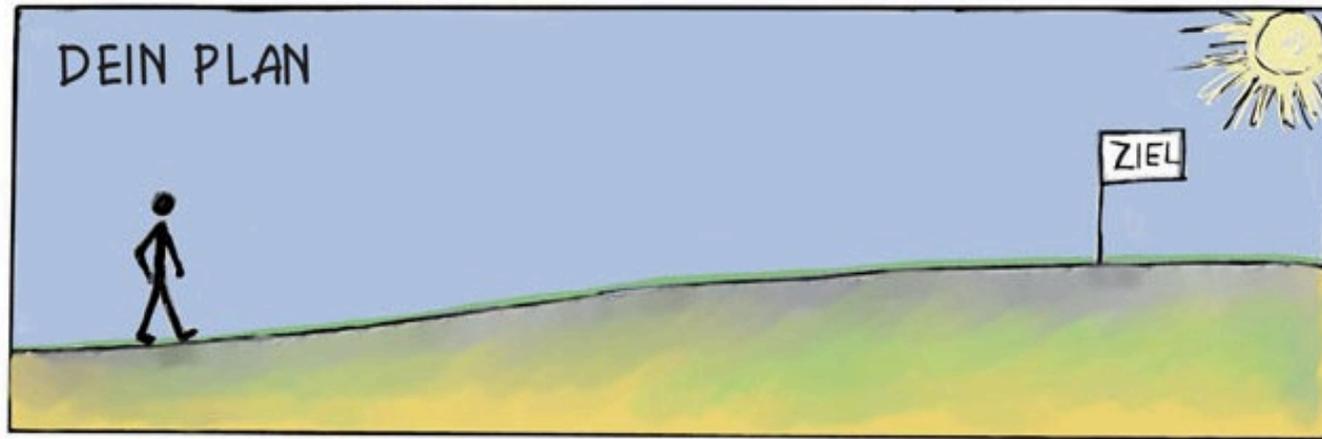
- > Tötung auf Verlangen
- > Tötung ohne Verlangen

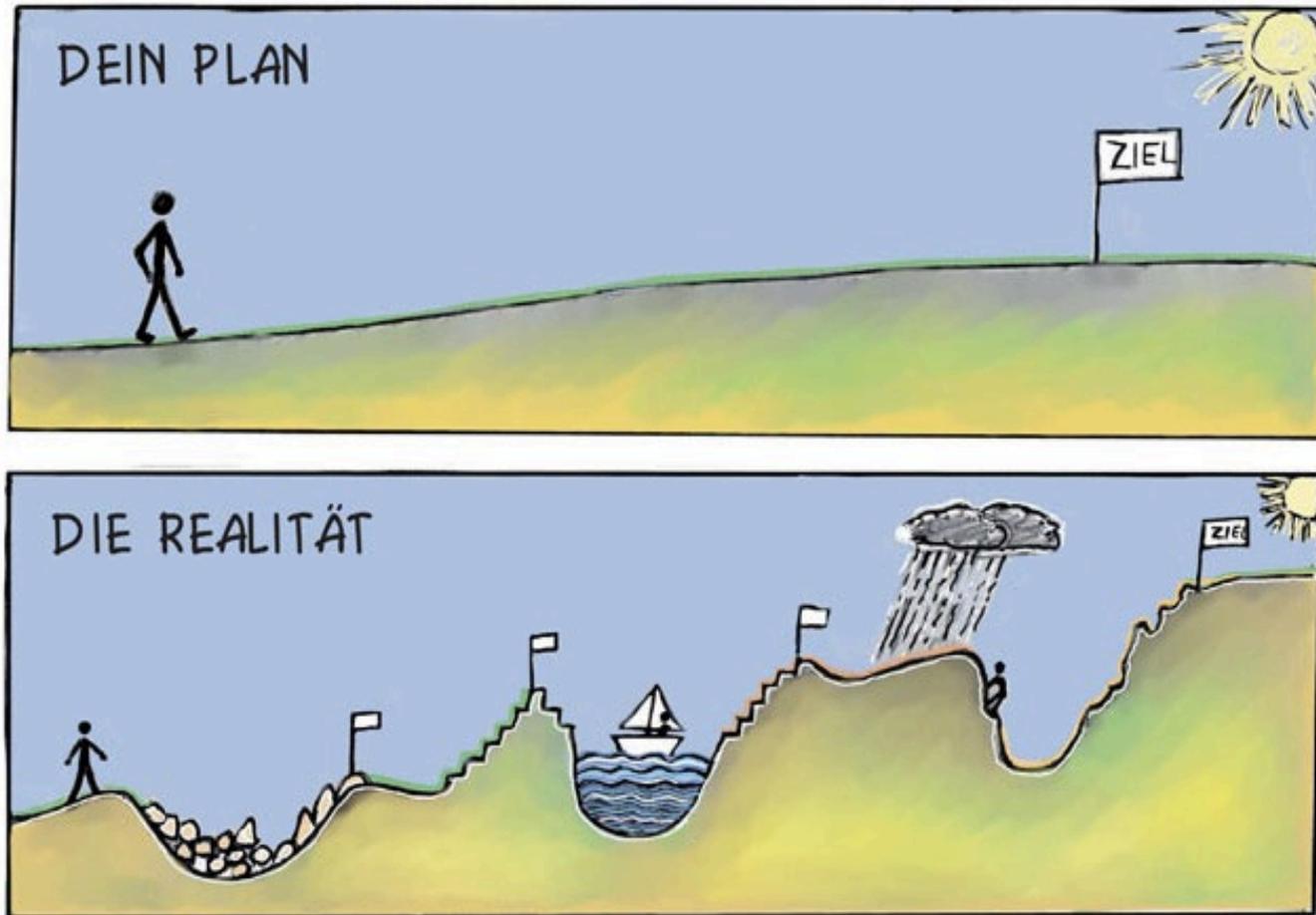
1. Leben und Sterben heute
2. Die Patientenverfügung
3. Lebenserhaltende und palliative Massnahmen
4. ACP (Advance Care Planning)

Umsetzung des Patientenwillens



1. Selbstbestimmung
2. Kommunikationsmittel
 - **Auseinandersetzung mit den Themen Krankheit, Sterben, Tod, Lebenshaltung, Wertvorstellungen**
3. Entscheidungshilfe
 - **Für Patient und Behandlungsteam**
 - **Für die Angehörigen**
4. Klärung der vertretungsberechtigten Person







Eine urteilsfähige Person kann in einer **Patientenverfügung** festhalten, welchen medizinischen Massnahmen sie im Falle einer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

Art. 370 Abs. 1 ZGB

Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, (ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.)

Art. 372, Abs. 2 ZGB



**Warum sollte eine Patientenverfügung
einen Abschnitt über allgemeine
Wertvorstellungen enthalten?**

- > **Informationen zu persönlichen Wertvorstellungen**
- > **Lebenshaltung**
- > **Religiöse Anschauungen**
- > **Hoffnungen, Erwartungen, Ängste, Grenzen**

1. Leben und Sterben heute
2. Die Patientenverfügung
3. Lebenserhaltende und palliative Massnahmen
4. ACP (Advance Care Planning)

Beispiel Reanimation

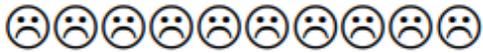
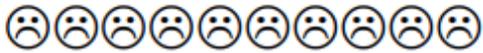
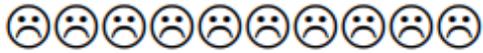
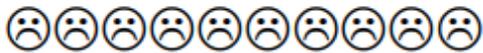
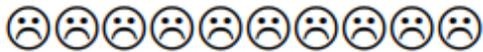
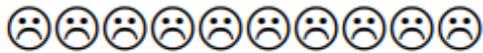
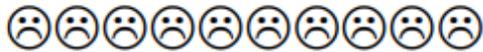
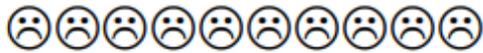
Die nachgeführten Daten und Zahlen beziehen sich nur auf die Reanimation in Spitälern, weil die Ergebnisse von Reanimationen zu Hause, auf der Strasse oder insgesamt im ambulanten Bereich nicht direkt vergleichbar sind.



Wenn man alle Patienten zusammennimmt, die im Spital einen Herz-Kreislaufstillstand erleiden, zeigen die Daten, dass von **100 Patienten**, die im Spital reanimiert werden, **17 Patienten** (gelbe Gesichter) das Spital wieder verlassen können. **83 Patienten** sterben trotz professioneller Reanimation.

Beispiel Reanimation

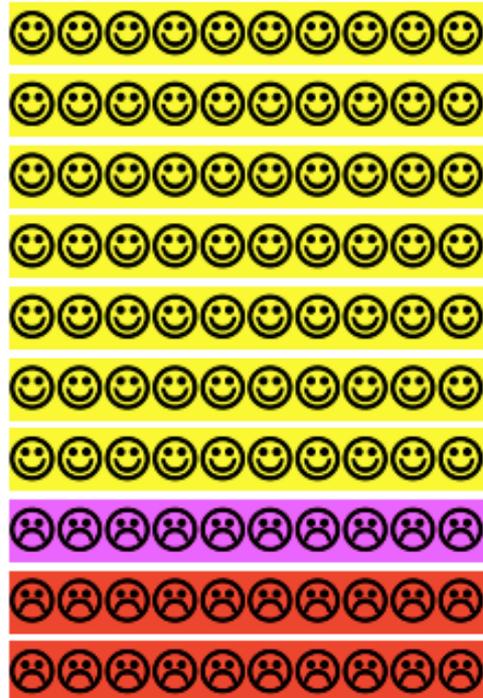
Auf die durchschnittlichen Zahlen des Reanimationserfolgs im Spital bezogen, sieht das Bild wie folgt aus:



Wissenschaftliche Daten zeigen, dass von den
17 Überlebenden,
13 Patienten (gelbe Gesichter) so gesund sind wie zuvor
oder lediglich leichtere Beeinträchtigungen aufweisen.
2 - 6 Patienten (rote Gesichter) einen schweren
Hirnschaden davontragen.

Beispiel Atemnot bei COPD

Stellen Sie sich vor, die Gesichter entsprechen 100 Patienten mit einer COPD in einer gesundheitlichen Krise mit schwerer Atemnot, die alle auf einer Intensivstation durch eine maschinelle Beatmung behandelt werden.



von 100 Patienten mit COPD schaffen es im Durchschnitt:

70 Patienten (gelb markiert), eine solche Krise zu überwinden.

30 Patienten sterben im Spital:

10 Patienten (pink markiert) nach der Intensivstation (IPS) auf der Abteilung

20 Patienten (rot markiert) sterben noch auf der IPS.

Beispiel Atemnot bei COPD

Von den 70 Patienten, die eine maschinelle Beatmung benötigt hatten, sterben 40 Patienten im Lauf der nächsten 12 Monate nach einer solchen schweren Krisensituation.



Von 100 Patienten mit COPD, die eine schwere Atemnot erlitten und maschinell auf einer Intensivstation beatmet werden mussten, sind nach einem Jahr

30 Patienten gelbe Gesichter am Leben,

70 Patienten gestorben:

30 direkt im Spital

40 nach Entlassung innerhalb des darauffolgenden Jahres

Methoden einer künstlichen Beatmung:

- > Nichtinvasive Beatmung
- > Beatmungsschlauch (Intubation)
- > Luftröhrenschnitt (Tracheotomie)



1. Therapieziel Lebensverlängerung

Künstliche Beatmung



2. Therapieziel Leidenslinderung

**Linderung der Atemnot
Palliative Sedationstherapie**



1. Leben und Sterben heute
2. Die Patientenverfügung
3. Lebenserhaltende und palliative Massnahmen
4. ACP (Advance Care Planning)

- > **Vorausschauende Gesundheitsplanung**
- > **Kontinuierlicher gemeinsamer Beratungsprozess unter Moderation ausgebildeter SpezialistInnen**
- > **Therapieziel wird festgelegt für verschiedene Situationen der Urteilsunfähigkeit**
 - Notfallsituation
 - Länger dauernde Urteilsunfähigkeit
 - Unumkehrbare Urteilsunfähigkeit
- > **Wichtig ist, dass solche Beratungen immer wieder stattfinden: bei jeder markanten Veränderung des Gesundheitszustandes oder sonst in gewisser Regelmässigkeit**
- > **Ergebnis: «Patientenverfügung Plus»**

Region Stadt Zürich

Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71, 8032 Zürich

Tel. 044 388 55 00, Mail: info@krebisligazuerich.ch

Palliative zh+sh – Beratung auch online möglich!

Schützengasse 31, 8001 Zürich

Tel. 044 240 16 20, Mail: info@pallnetz.ch

Esther Liem – Beratung auch online möglich

Curavadis GmbH, www.curavadis.ch, Stallikonstrasse 47, 8903 Birmensdorf

Tel. 079 261 37 38, Mail: esther.liem@curavadis.ch

Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation

Häringstrasse 20, 8001 Zürich

Tel. 044 252 54 22, Mail: zh@spo.ch

Spitex Zürich Limmat AG, Fachstelle Palliative Care (Angebot für Spitex-Kundinnen und Kunden)

Nordstr. 20, 8042 Zürich

Tel. 058 404 47 74, Mail: pall.care@spitex-zuerich.ch

UniversitätsSpital Zürich

ACP Patientenverfügung, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Tel. 044 255 34 70 Mail: acp@usz.ch

Lutz Frerksen

Waidfussweg 35, 8037 Zürich, Mail: ihrberater@bluewin.ch

Region Kanton Zürich

Andreas Weber Stiftung, Praxisgemeinschaft Bauma

Bliggenswilerstrasse 4, 8494 Bauma

Tel. 052 396 50 10, Mail: info@praxis-bauma.ch

Kantonsspital Winterthur

Zentrum für Palliative Care, Brauerstrasse 15, Postfach, 8401 Winterthur

Tel. 052 266 55 33 (Sprechstunde), Mail: ambulatorium.palliativecare@ksw.ch

GZO Partner AG (Angebot nur für eigene Patientinnen und Patienten)

Palliative Care, Spitalstrasse 66, 8620 Wetzikon

Tel. 044 934 23 92, Mail: Pal.care@gzo.ch

Palliativa – spezialisierte Palliative Care zu Hause (Angebot nur für eigene Patientinnen und Patienten)

Dörflistrasse 50, 8050 Zürich, Telefon 043 305 88 70, Mail: palliativa@hin.ch

Spital Affoltern am Albis

Palliativstation «Villa Sonnenberg», Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis

Tel. 044 714 38 20, Mail: palliative@spitalaffoltern.ch

Spital Männedorf AG

Asylstrasse 10, 8708 Männedorf, Tel. 044 922 30 00

Adina Frei-Kuster, Mail: a.frei@spitalmaennedorf.ch

Flurina Mährle-Pfister, Mail: f.maehrle@spitalmaennedorf.ch

Dorle Otto

ACP Beraterin auch für Menschen mit Beeinträchtigungen/Urteilsunfähigkeit

Tel. 076 451 35 77

Esther Liem – Beratung auch online möglich

Curavadis GmbH, www.curavadis.ch, Stallikonstrasse 47, 8903 Birmensdorf

Tel. 079 261 37 38, Mail: esther.liem@curavadis.ch

Martina Stöckli Hüppi

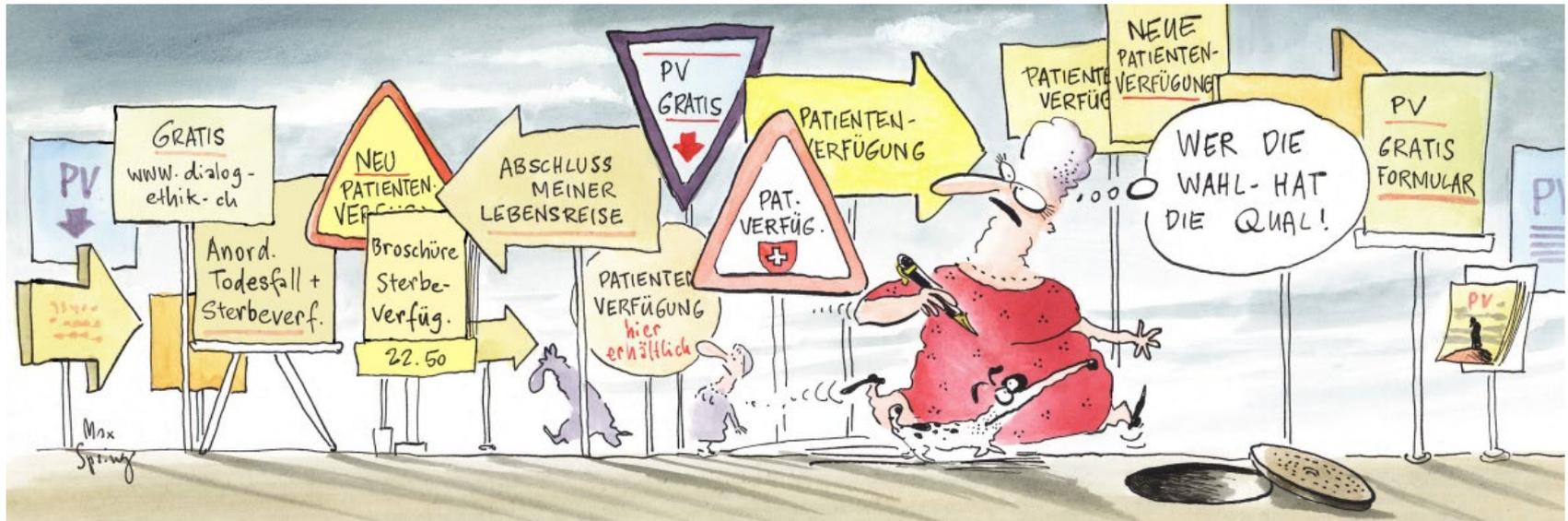
Weihweg 14, 8115 Hüttikon, Mail: Martina.stoekli@gmx.ch

Ruth Serafina Kohler

Steinmürlistr. 25, 8953 Dietikon, Mail: Serafina.kohler@bluewin.ch

- > Patientenverfügung ist verständlich
- > Widersprüche werden beseitigt
- > Dialog bei existentiellen und ethischen Fragen zu Leben und Tod

Alles in bester Unklarheit?



sivan.schipper@spitaluster.ch



Nächster Vortrag

22. Juni: «Blase- und Senkungsbeschwerden bei der Frau: (K)ein Tabuthema»

Weitere Vorträge 2022

21. September: «Palliative Care: Wenn Heilung nicht mehr möglich ist»

2. November: «Dickdarmkrebs: Vorsorge, Diagnose und moderne Therapie»

7. Dezember: «Moderne Fusschirurgie: Kleiner Schnitt, grosse Wirkung»

Alle Vorträge finden Sie unter **spitaluster.ch/vortrag**

Beginn um 19.30 bis circa 21.00 Uhr. Türöffnung 19.00 Uhr. Ohne Anmeldung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Vielen Dank für Ihren Besuch!

Gerne laden wir Sie zu einem kleinen Apéro ein.