

Was alte, multimorbide Menschen brauchen:

Das Beste aus Palliativmedizin und Geriatrie

→ **Palliative Geriatrie**

Dr. med. Roland Kunz

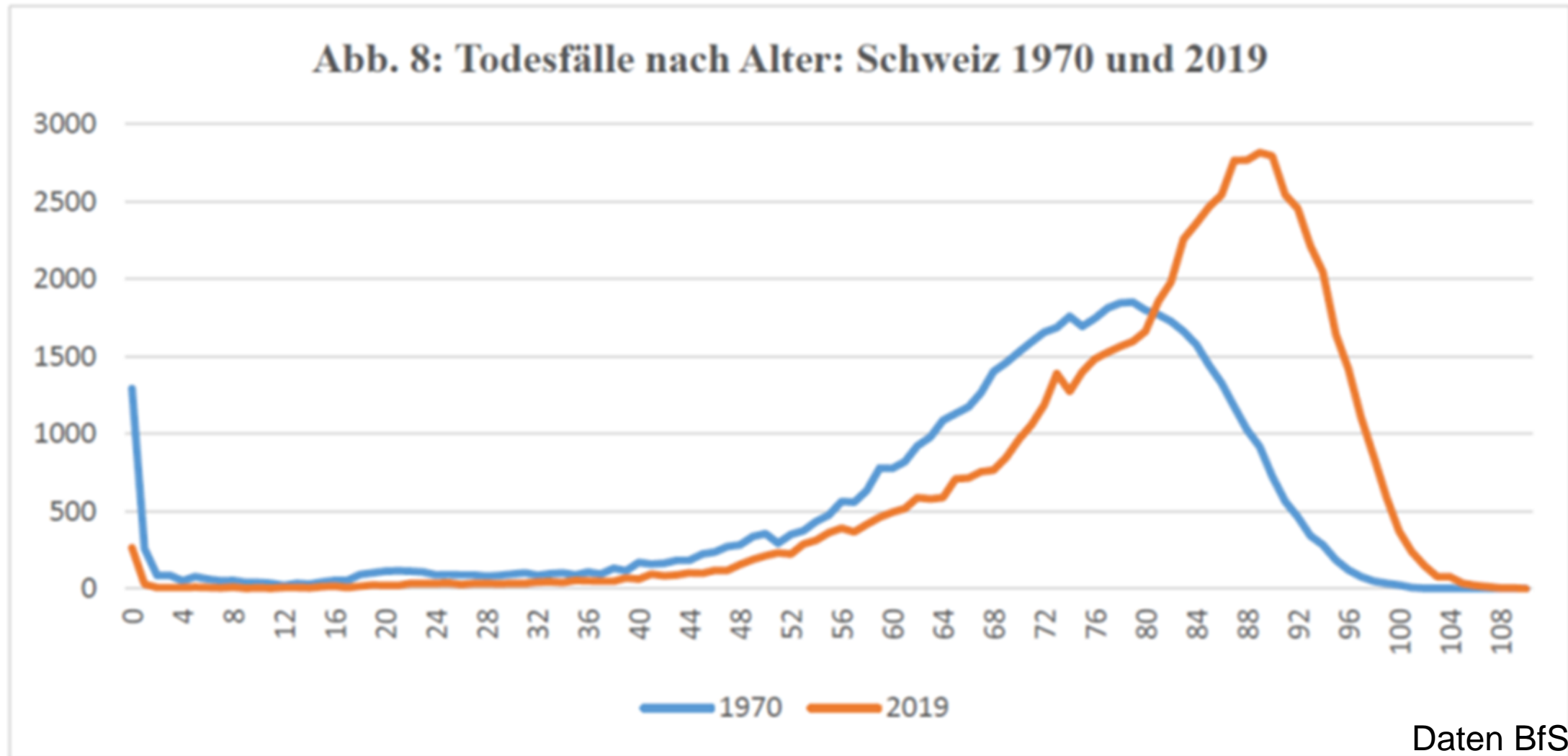


Is Palliative Care the “New” Geriatrics?

James T. Pacala, MD, MS

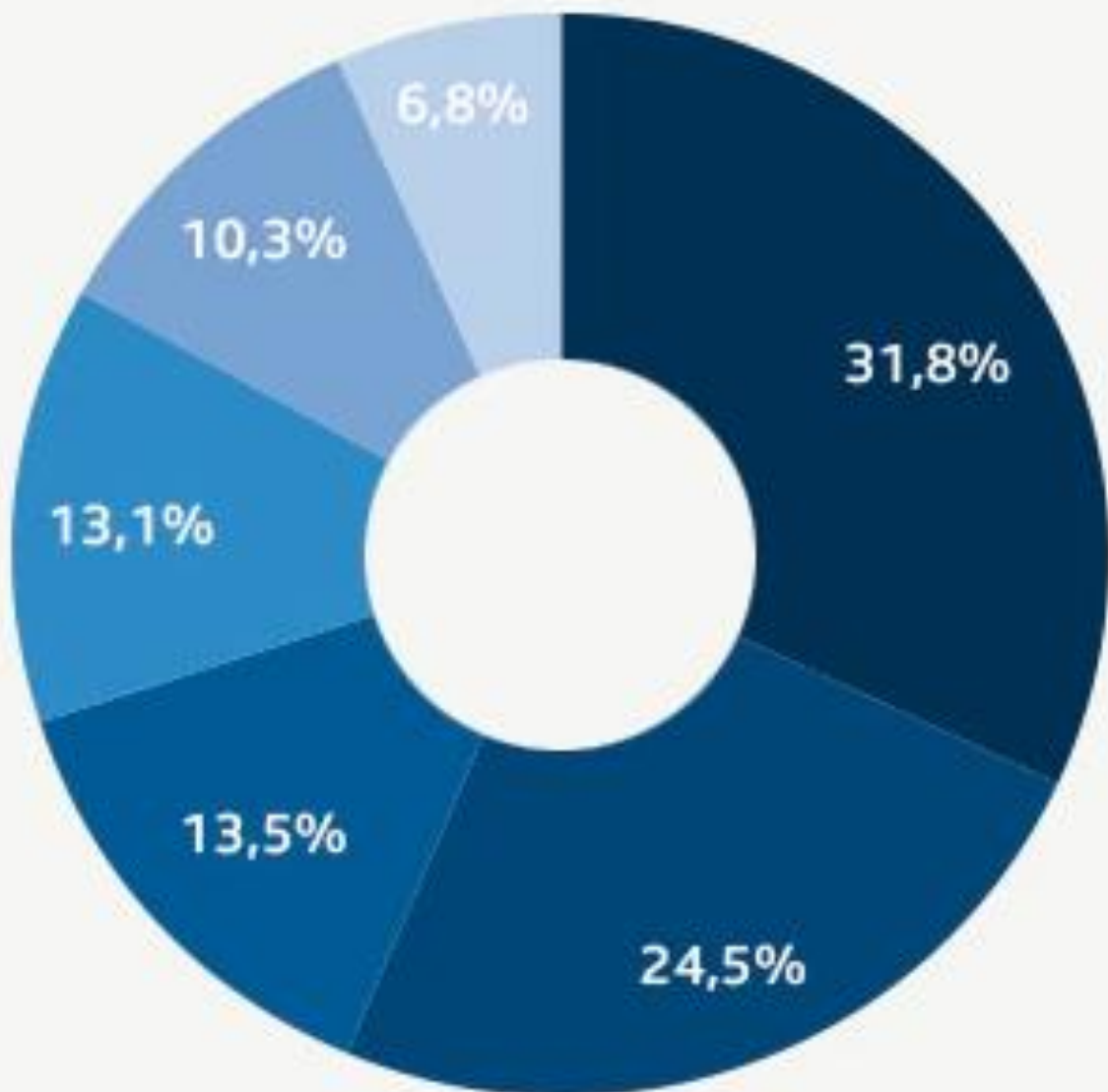
JAGS 2014

Patienten am Lebensende sind immer älter...



Patienten am Lebensende

- Sind immer älter
- **Sie sterben am häufigsten im Pflegeheim**
 - Im Jahr 2016 starben von den Menschen im Alter 65+ in der Schweiz:
 - 44% in einem Heim,
 - 37% in Spitälern
 - 19% zu Hause oder anderswo.



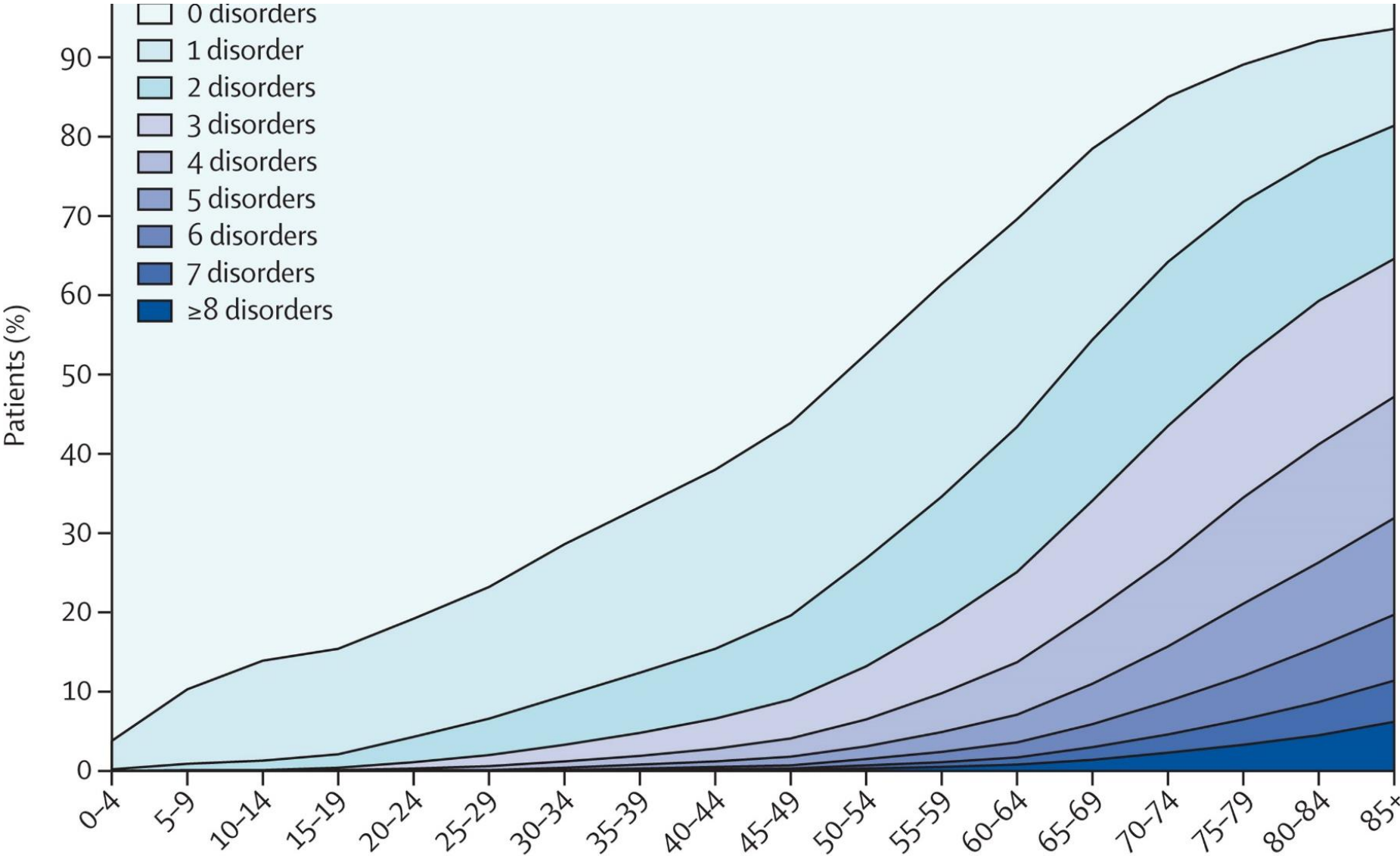
- nur Alters- und Pflegeheim
- mehrmalige Hospitalisierung
- einmalige Hospitalisierung
- zuerst Alters- und Pflegeheim
- zuerst Spital, danach Alters- und Pflegeheim
- zuerst Spital, danach abwechselnd Alters- und Pflegeheim/Spital

Patienten am Lebensende

- Sind immer älter
- Sie sterben am häufigsten im Pflegeheim
- **Sie sind multimorbid**

Multimorbidität

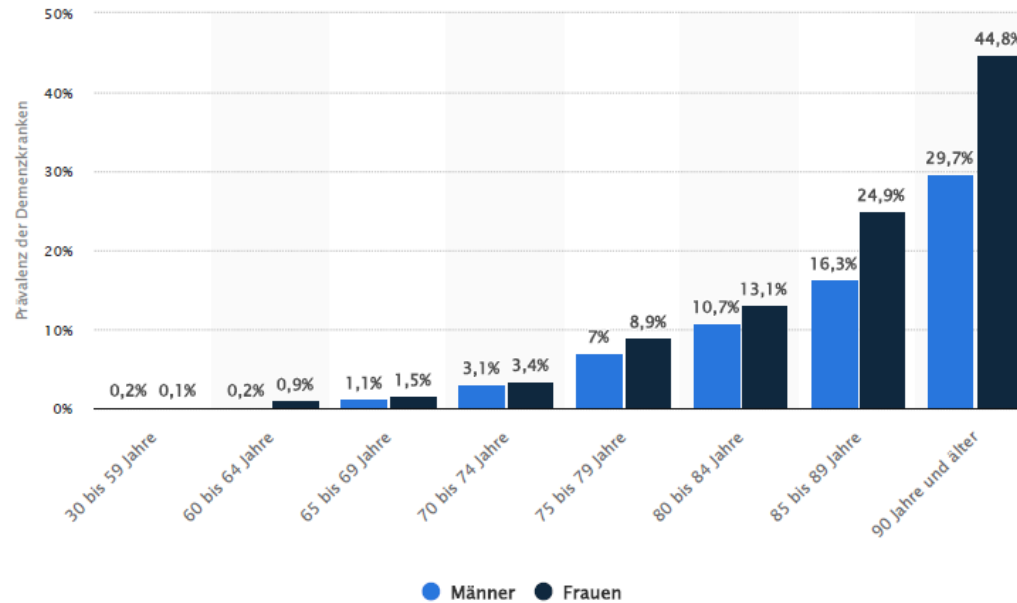
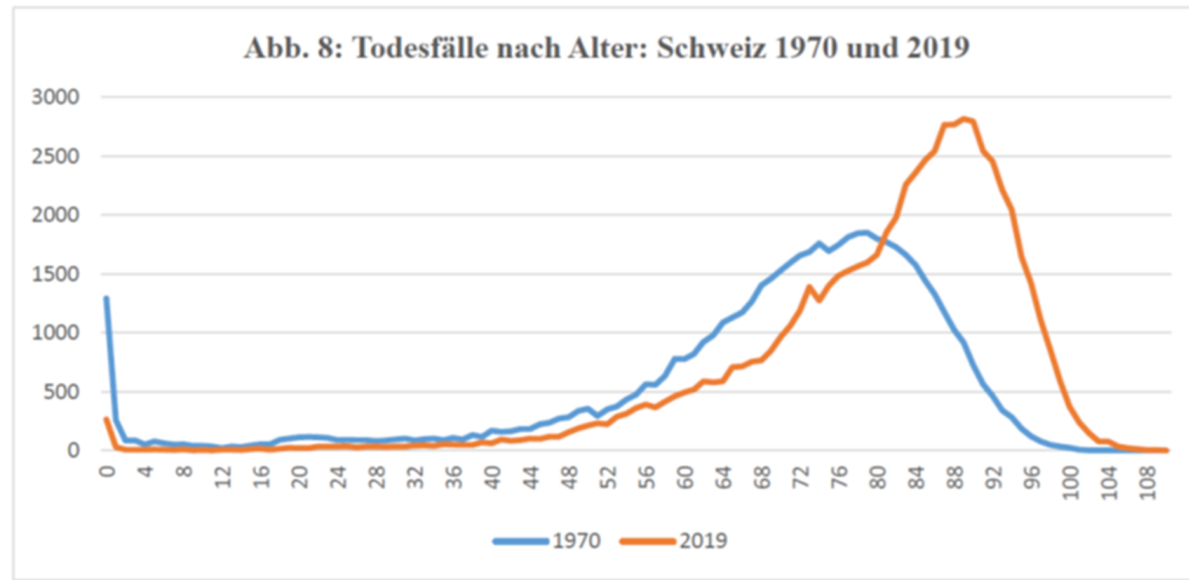
Barnett K et al. Lancet 2012



Patienten am Lebensende

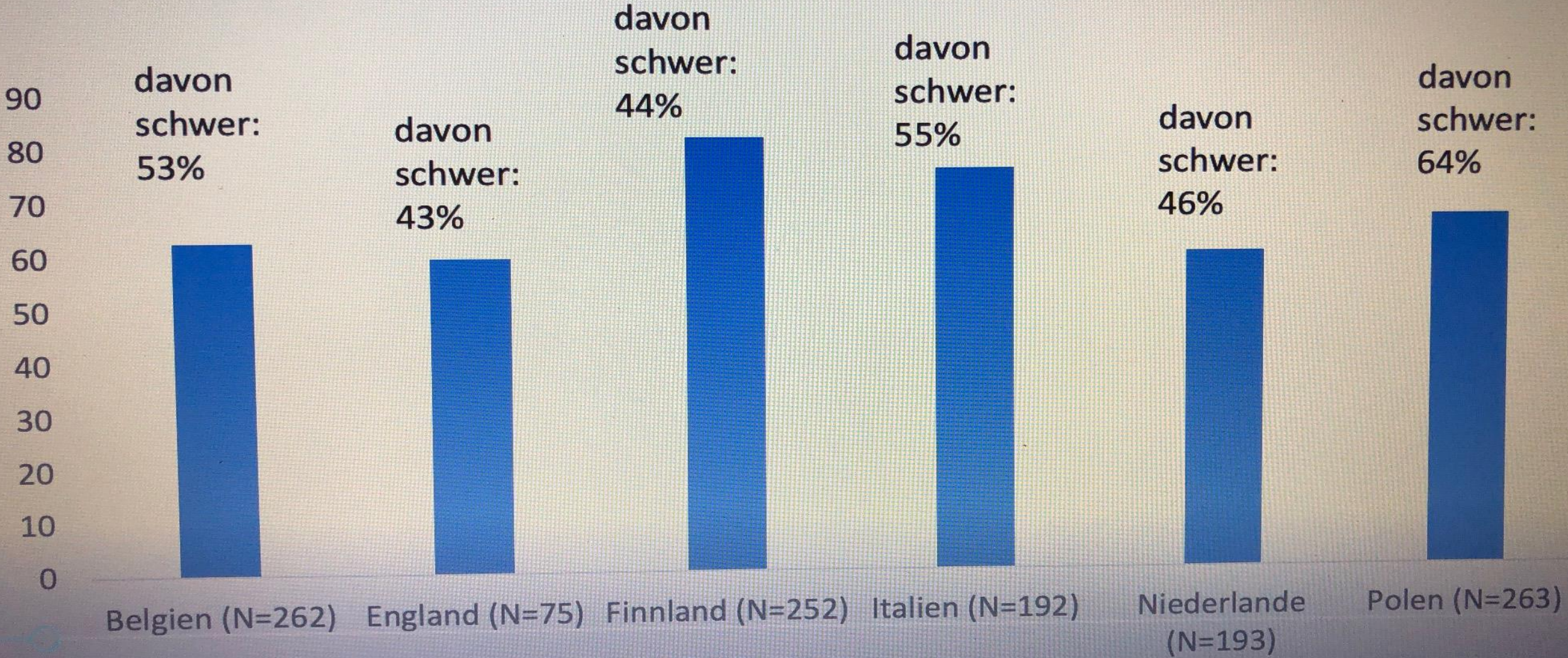
- Sind immer älter
- Sie sterben am häufigsten im Pflegeheim
- Sie sind multimorbid
- Sie leiden häufig auch an Demenzkrankheiten

Steigende Demenz-Prävalenz mit dem Alter



Prävalenzraten
Demenz Schweiz
(Daten statista
2022)

Der Großteil der BewohnerInnen hat am Lebensende Demenz



Was zeichnet multimorbide alte Menschen mit und ohne Demenz aus?

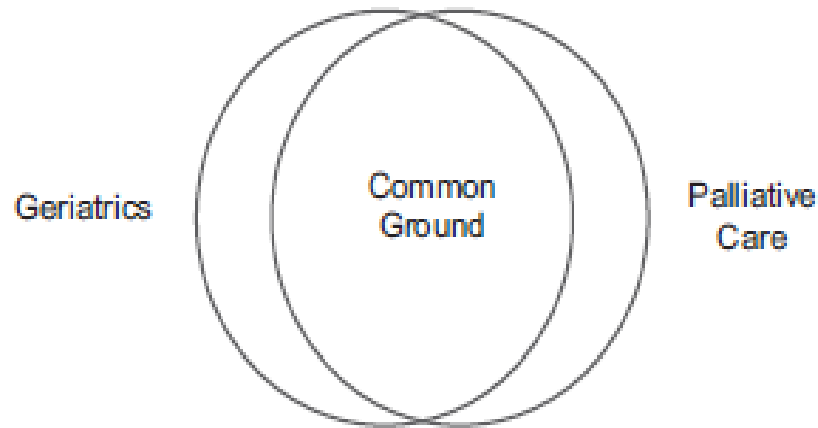
- Oft jahrelanger Verlauf
- Häufige Verschlechterungen
- Wiederholte Hospitalisationen
- Schwierige Prognose, schwierige Entscheidungen
- Das Ende ist «latent» und doch nicht sicher voraussehbar
- Welches medizinische und pflegerische Betreuungskonzept wird diesen Menschen gerecht?

Is Palliative Care the “New” Geriatrics? Wrong Question—We’re Better Together

**Geriatrische Patienten
brauchen das Beste von
beiden = Palliative Geriatrie**

James T. Pacala, MD, MS

JAGS 2014



Geriatric:
Kurative und
rehabilitative
Massnahmen

Palliative Care:
Symptomlinderung
Selbstbestimmung↑
Verstanden werden

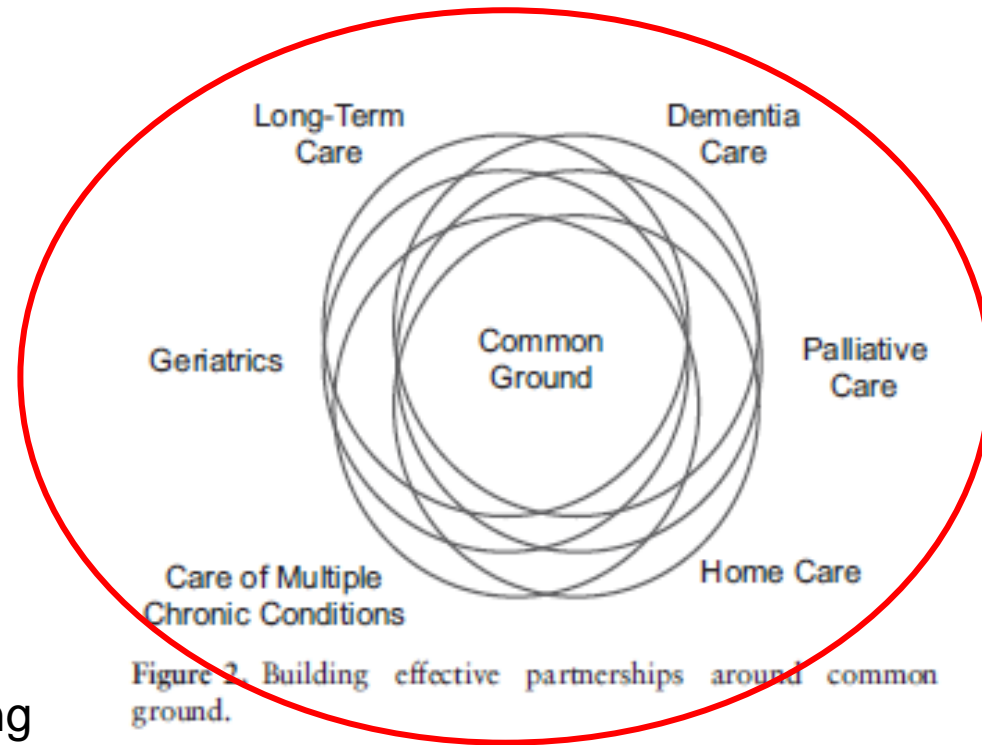


Figure 2. Building effective partnerships around common ground.

Bericht des Bundesrates „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende“ (09/2020)

- Es braucht also eine geriatrische Palliative Care, verstanden als Ansatz mit dem Ziel, die Lebensqualität von älteren Menschen mit schweren und lebensbedrohlichen Krankheiten gegen Ende des Lebens zu verbessern. Geriatrie definiert sich über die Lebensphase ihrer Patienten, Palliative Care über ihre spezifischen Behandlungsziele. **Geriatrische Palliative Care ist damit keine neue Fachrichtung, sondern eher eine interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schnittstelle der Geriatrie und Palliative Care.** Die Synergien, die sich daraus ergeben, können für andere Bereiche vorbildlich sein. (S. 37)

Palliative Geriatrie



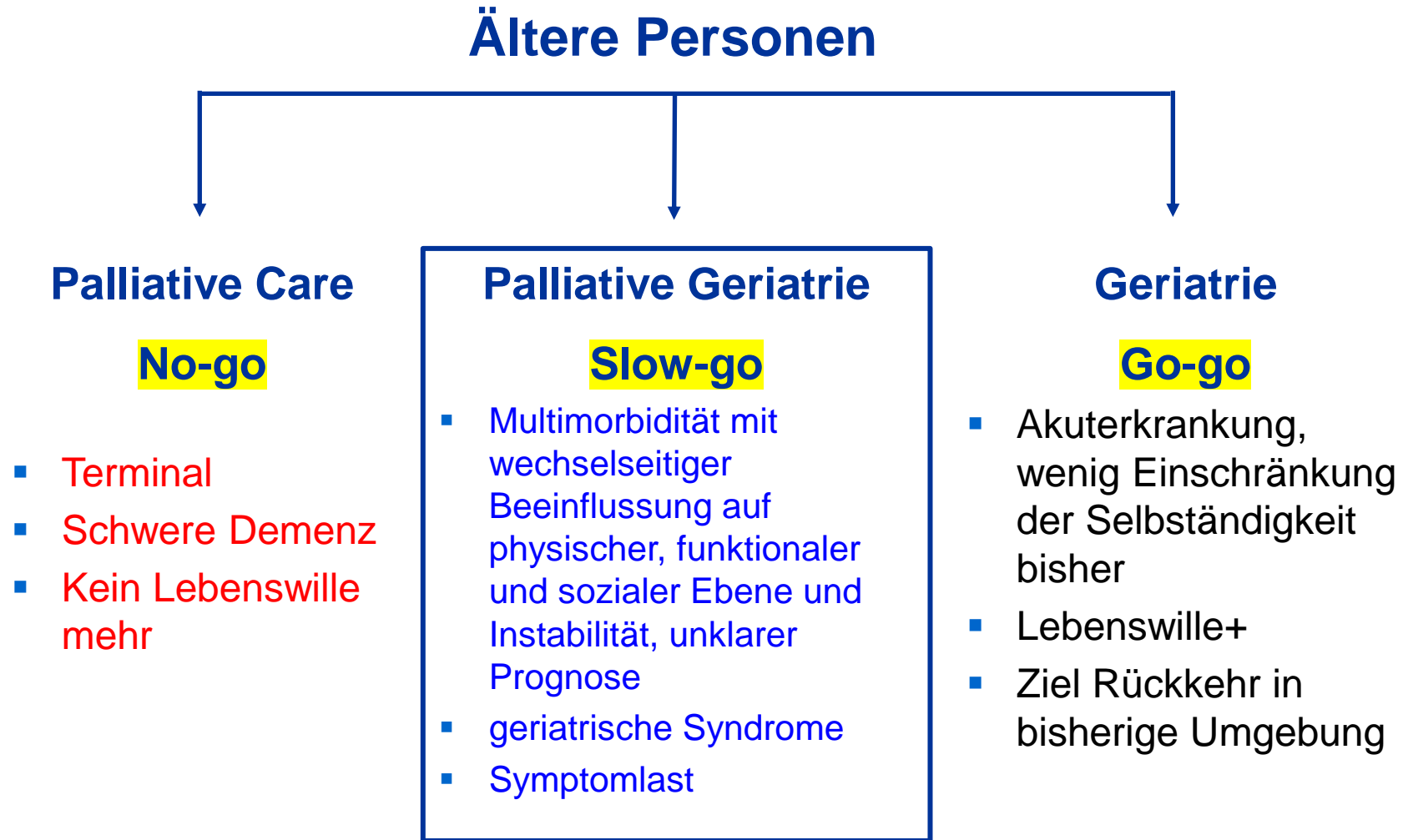
„Palliative Geriatrie ist ein umfassender, multiprofessioneller Betreuungsansatz für hochbetagte Menschen in ihrer oft langen letzten Lebensphase.

Ziel ist es, den Betroffenen bis zu ihrem Tod ein gutes, ihren körperlichen und psychischen Bedürfnissen entsprechendes Leben zu ermöglichen und die An- und Zugehörigen in dieser schweren Zeit zu unterstützen.

Dies gelingt durch das Zusammenführen der Prinzipien der Geriatrie mit jenen von Palliative Care. Es kommen sowohl kurative als auch rehabilitative und palliative Maßnahmen zum Einsatz. Je näher das Lebensende rückt, desto deutlicher verschiebt sich das Angebot zugunsten hospizlich-palliativer Maßnahmen.

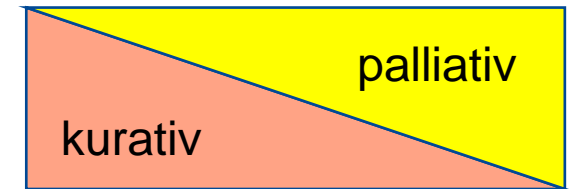
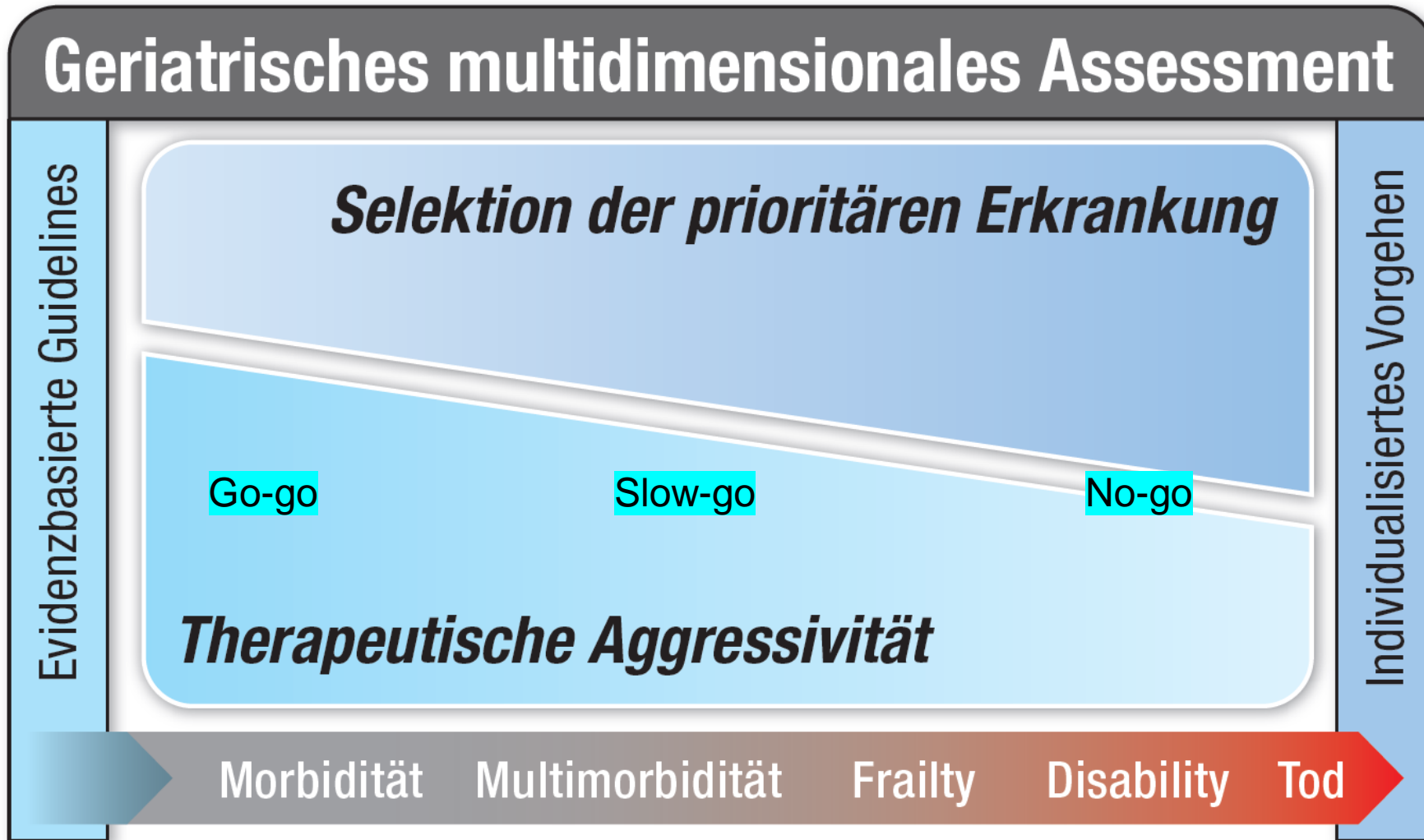
Palliative Geriatrie soll in allen Versorgungssettings verwirklicht werden, beispielsweise zu Hause, in der Wohngemeinschaft, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz.“

Alte Menschen im Spital: Brauchen sie mehr Geriatrie oder mehr Palliative Care?



→ Es braucht eine realistische Einschätzung

Therapieziel - Verschiebung



Adaptiert nach Sergi G.
Drugs Aging 2011



«Palliative Geriatrie respektiert die Individualität hochbetagter Menschen, presst sie nicht in ein (Versorgungs)Schema und bringt ihrer individuellen Lebensbiographie ausdrückliche Wertschätzung entgegen.
Im Zentrum stehen nicht einzelne körperliche Aspekte, sondern der ganze Mensch mit seinem Umfeld, seinen Werten und Zielen, seinen Ressourcen und Bedürfnissen und seinem Recht auf empathische Zuwendung.»

Palliative Geriatrie

Behandlungsziel-orientiert
→ Selbstbestimmung

Holistisch

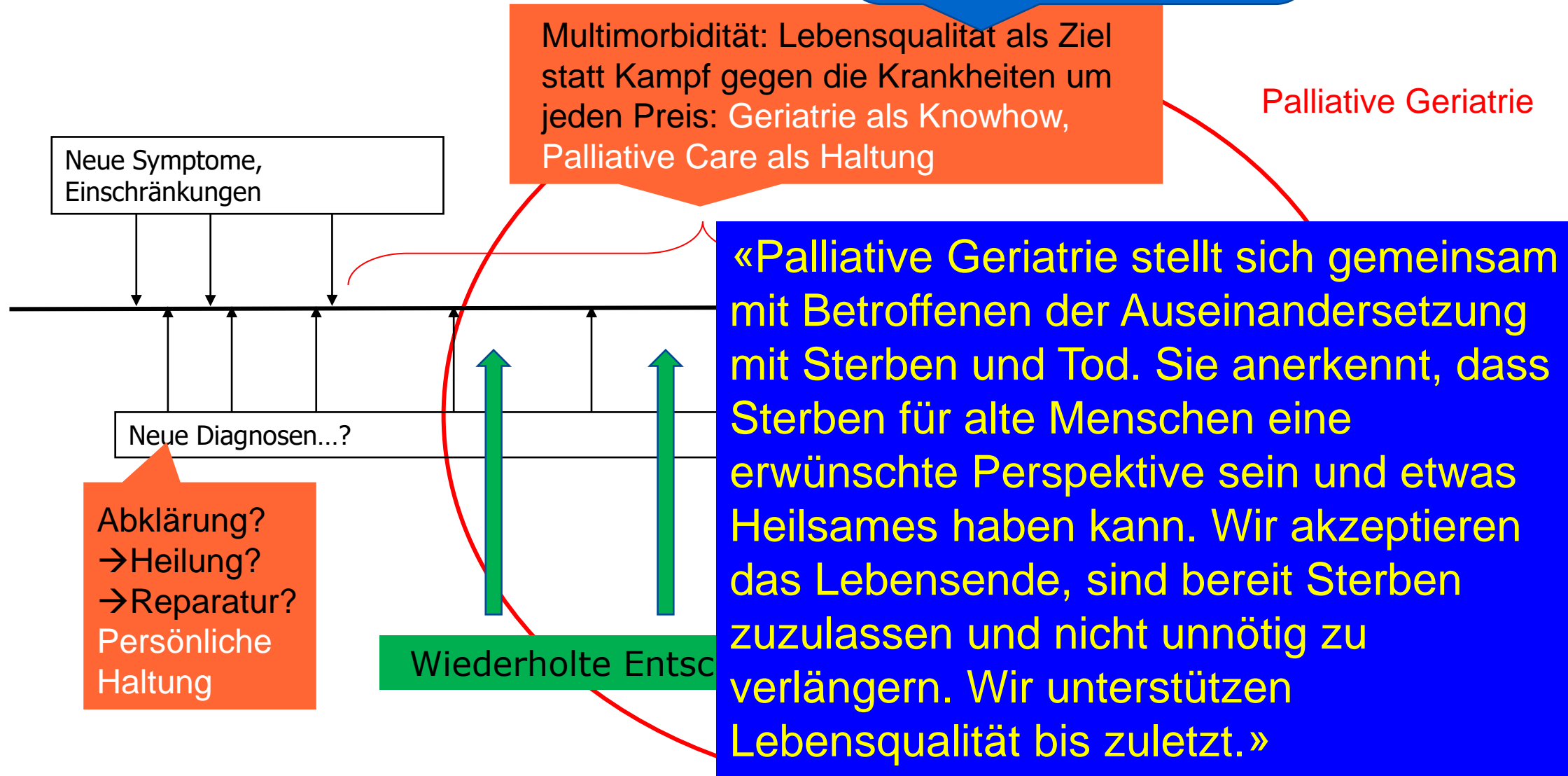
Individuell (Biographie, Werte, persönliche Situationseinschätzung)

„kurativ“

palliativ

Palliative Geriatrie: sorgfältige Ziel- und Entscheidungsfindung im ganzen Leben

„Sein und tun können was für mich wichtig und wertvoll ist“ (WHO) auf



→ Kommunikation als Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie

«Kommunikation und Beziehungsarbeit sind Kernkompetenzen; hinzu kommen adäquate pflegerische, medizinische und therapeutische Versorgung, sowie – falls erforderlich – psychosoziale Begleitung.

Zu verstehen und verstanden zu werden ist ein Grundbedürfnis jedes Menschen und eine wesentliche Voraussetzung für Selbstachtung und Wohlbefinden.»

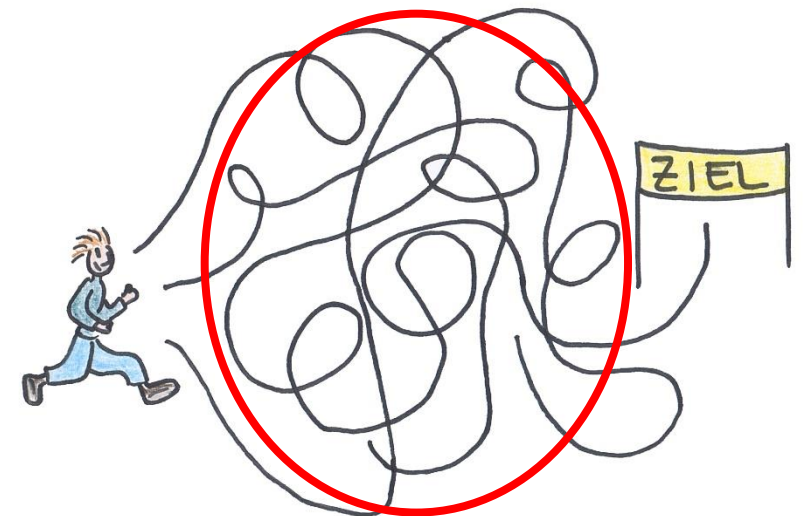
«Künstliche Intelligenz ist das Stethoskop des 21. Jahrhunderts»

Künstliche Intelligenz, die zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken herangezogen wird, könnte zumindest in Teilen ärztliche Kerndienstleistungen ersetzen. Unser Berufsbild wird sich also durch KI verändern.

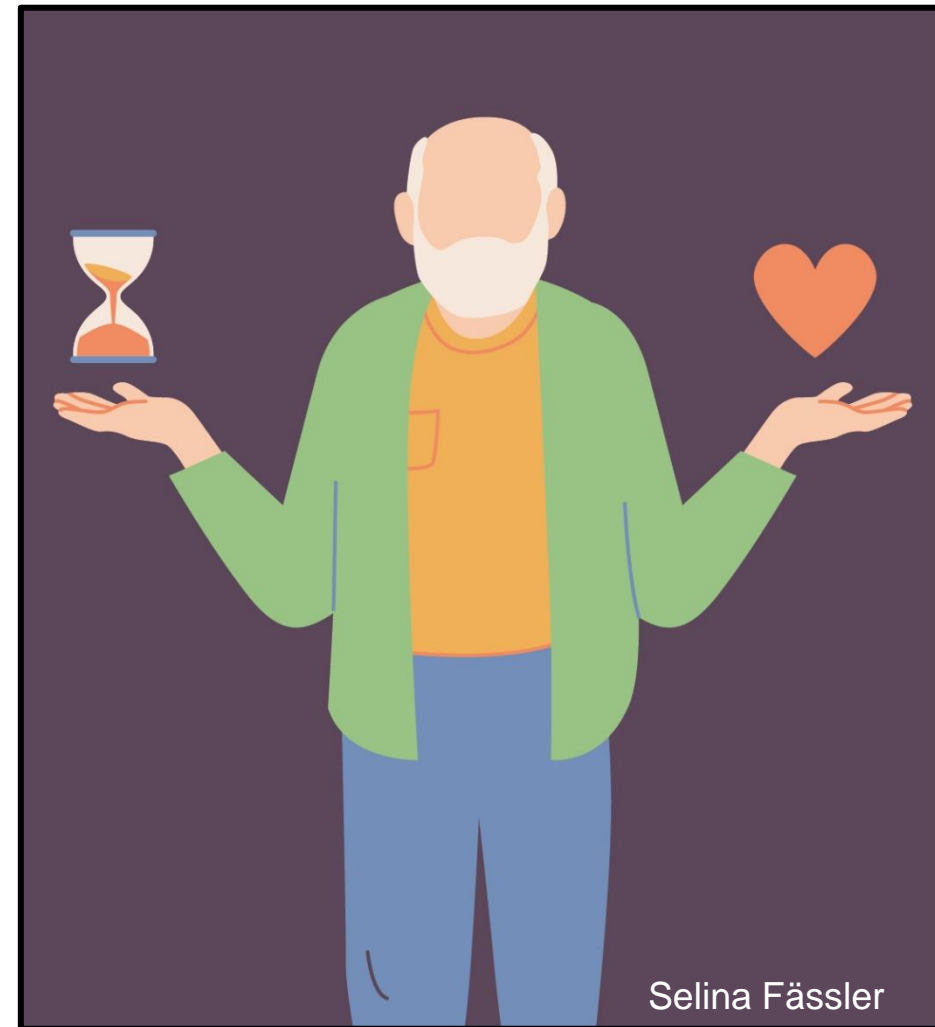
Kommunikation über «Goals of Care»

- Alte Menschen bevorzugen das Formulieren von Prioritäten und Zielen (und wünschen nur eine passive Rolle im konkreten Entscheid!)

Romo RD et al. Sense of control in end-of-life decision-making.
J Am Geriatr Soc 2017;65: E70-E75



Do	Don't
Focus on getting to know the patient, their values, goals and quality of life.	Do not give patients or surrogates a menu of care options and ask them to choose
Ask patients how much they know and would like to know regarding their illness course.	Do not make assumptions about how much patients want to know regarding their illness course without asking.
Establish the right person to talk to- that may be the patient or their designated decision maker.	Do not make assumptions about who to talk to without explicit clarification.
Give time and space for patients and families to consider and articulate their values and goals (this may require multiple conversations).	Do not make “getting a goals of care” or resuscitation code status your objective.
Acknowledge patient and family emotions.	Do not ignore emotional struggle or project personal values onto patient and families.
Remember that Goals of Care orders only offer general guidance about what is important to a patient and don't replace consent at the time of treatments.	Do not assume that there is insufficient time for GOC conversations.
Communicate openly and admit prognostic uncertainty when it exists.	Do not force patients and surrogates to make GOC decisions when their stated goals do not align with your medical opinion.
Change a care path that has already been initiated if it does not align/no longer aligns with a patients' own goals.	Do not assume an established care path is “set in stone” rather than being flexible to changing circumstances and patient values
Use existing advance care planning documents and advance directives	Do not fail to identify the legal surrogate decision maker is when a patient has lost capacity.

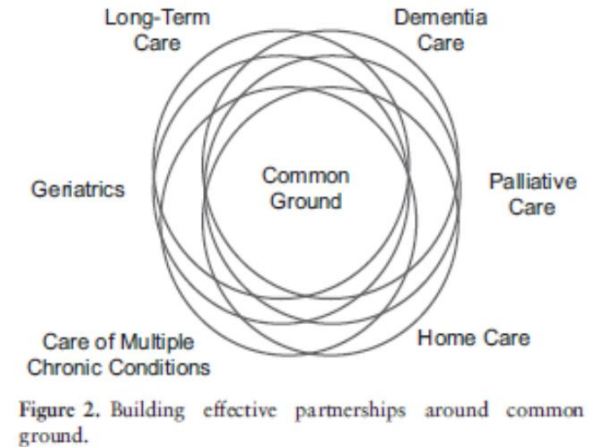
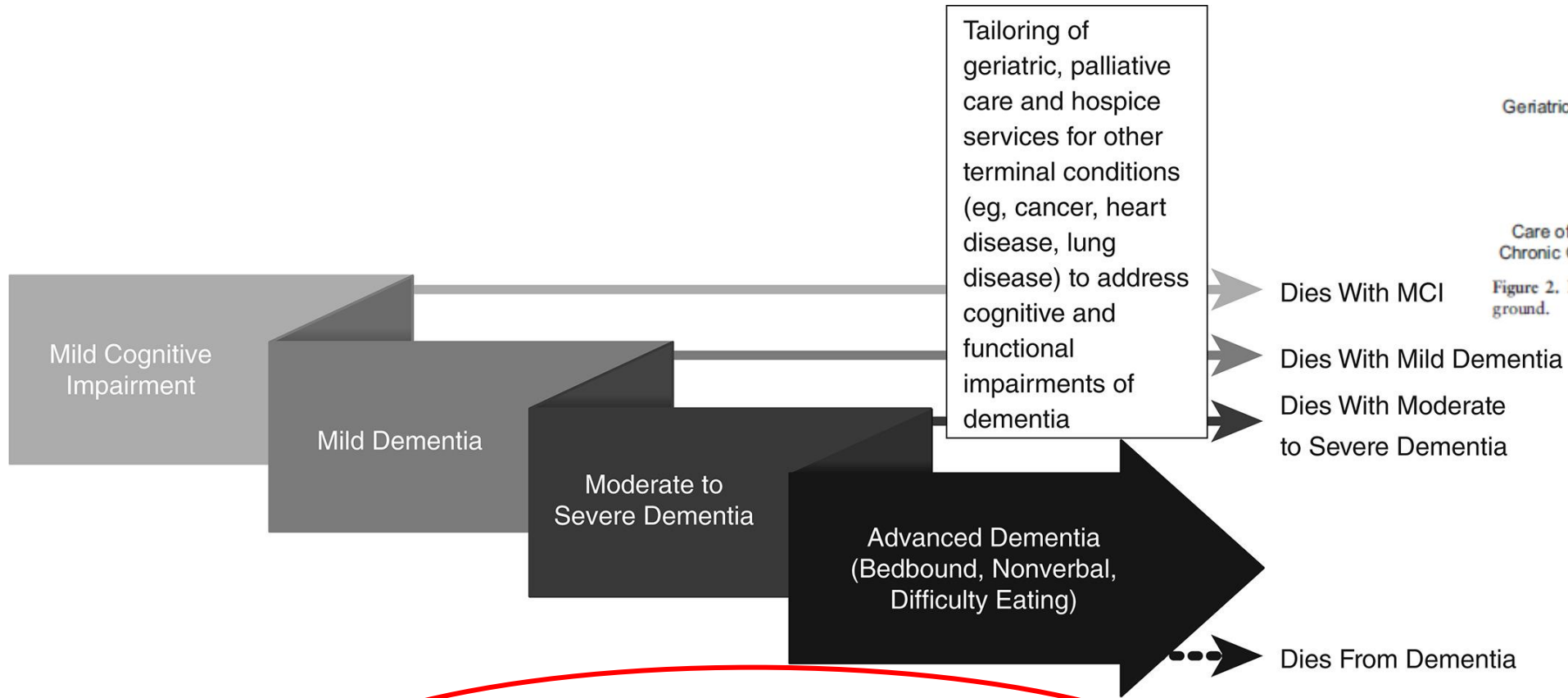


Lebensdauer oder Lebensqualität?

Palliative Geriatrie und Demenz

Sind demenzbetroffene Menschen palliativbedürftig?

Stirbt man mit oder an einer Demenz?



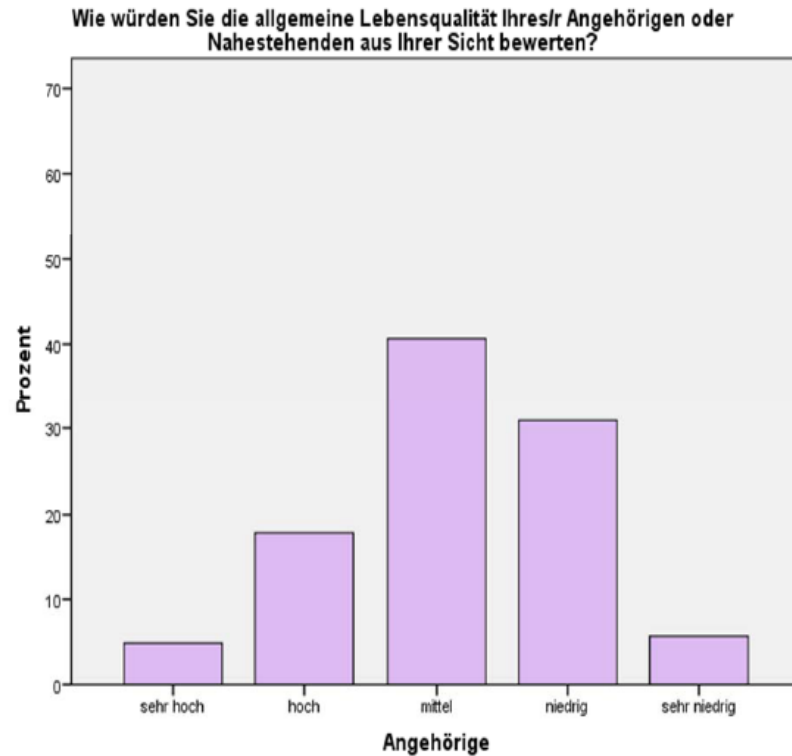
Palliative Geriatric

Dying With Dementia: Underrecognized and Stigmatized.
 Harrison KL¹, Hunt LJ^{2,3}, Ritchie CS^{1,4}, Yaffe K^{2,5}. JAGS 2019

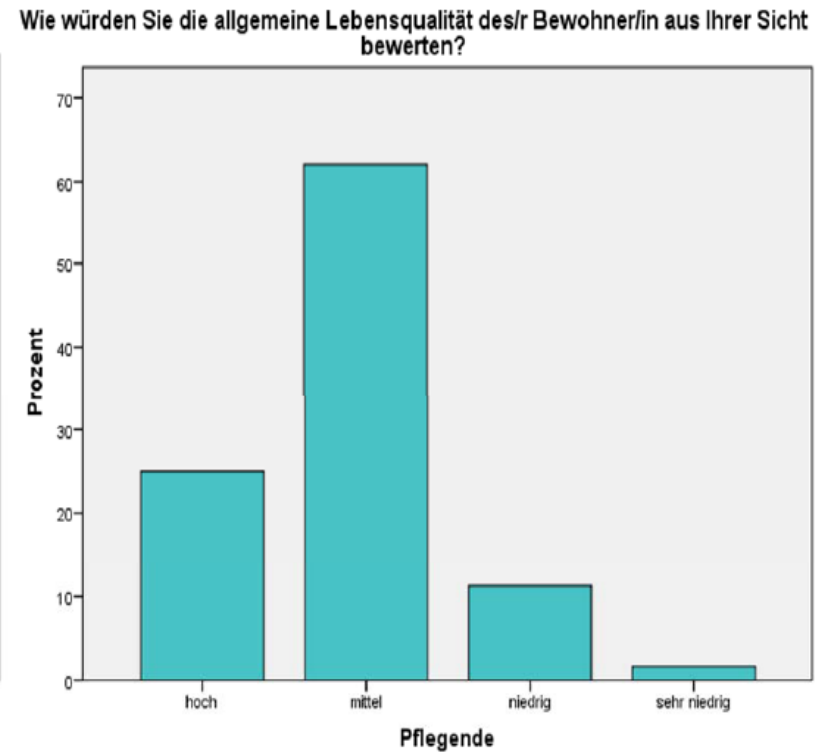
Was macht Lebensqualität aus bei einer Demenz?



Beurteilung der Lebensqualität



Wilcoxon-Test signifikant $p=.011$



Und wie würde der Patient seine LQ beurteilen??

Lebensqualität bei Demenz: eine Frage der Haltung und der Betreuungsprioritäten

- **Selbstwertgefühl:** ein zentrales menschliches Bedürfnis der Bestätigung. Auch der demente Mensch möchte das Gefühl erleben, nützlich und akzeptiert zu sein.
- **Autonomie:** Selbstwirksamkeit, eigene Gestaltungsmöglichkeiten, im Rahmen der Möglichkeiten mitbestimmen können.
- **Sicherheit:** Gewohnheiten, Rituale aus dem bisherigen Leben können Geborgenheit und Sicherheit vermitteln.
- **Positive Emotionen:** Humor, Freude, Lachen, Zufriedenheit sind wichtige Trigger für aktuelles Wohlbefinden.

Lebensqualität bei Demenz: eine Frage der Haltung und der Betreuungsprioritäten

- **Zugehörigkeit:** Teil des Familienlebens, des Freundeskreises und letztlich der Gesellschaft zu sein. Wenn die Heimat in Raum und Zeit verlorengegangen ist, wird die Heimat in vertrauten Beziehungen umso wichtiger.
- **Lieben und geliebt werden:** Nähe erleben zu anderen Menschen, Zuneigung erfahren und anderen Zuneigung zeigen können ist ein elementares Bedürfnis menschlichen Seins und gibt Lebenssinn.

Lebensqualität bei Demenz: eine Frage der Haltung und der Betreuungsprioritäten

- **Lust und Genuss, Sinnlichkeit:** Wenn wir uns etwas Gutes tun wollen, haben wir individuelle Vorlieben wie gutes Essen, Zärtlichkeit, Musik usw. Demenzkranken geht es nicht anders: Ein schöner Anblick, ein betörender Geruch, ein geliebtes Mahl, ein tolles Musikstück oder eine Umarmung bedeuten Lebensqualität.
- **Vermeidung negativer Emotionen:** Kein Mensch schätzt es, bloßgestellt zu werden. Angst, Scham, Versagensgefühle und Überforderung des dementen Menschen sind unbedingt zu vermeiden. Das ist in der Betreuung und Pflege zu berücksichtigen.

Lebensqualität bei Demenz: eine Frage der Haltung und der Betreuungsprioritäten

- **Vermeidung von Zwängen:** Niemand schätzt es, zu einer Handlung gezwungen zu werden. Bei Dementen ist dies in den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Duschen, Toilettengang unbedingt zu beachten.
- **Körperliches Wohlbefinden:** Palliative Care strebt eine möglichst gute Linderung aller Symptome an, unter denen der Patient leidet.



Are Chronic Pain Patients with Dementia Being

Undermedicated? Achterberg W. et al. Journal of Pain Research 2021:14 431–439

Schmerzbehandlung

- Die bis 2013 veröffentlichten Arbeiten hatten gezeigt, dass Demente allgemein unterbehandelt sind.
- Als Grund wird u.a. die ungenügende Implementation der Tools in die Praxis angenommen
- Wegen fehlender klinischer Evidenz existieren keine demenzspezifischen Behandlungs-Guidelines für starke Schmerzen.

Are Chronic Pain Patients with Dementia Being

Undermedicated? Achterberg W. et al. Journal of Pain Research 2021:14 431–439

Länderspezifische Unterschiede

- In Polen, weniger als 3% von Pflegeheimbewohner*innen mit MMS \leq 23 erhielten ein Opioid, die Mehrheit davon Tramadol.
- Im Gegensatz Österreich: Unter 425 Pflegeheimpatienten aus 12 Heimen hatten 50.2% eine fixe Opioid-Verordnung, ohne Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne Demenz.
- Norwegen: Opioidverordnung bei 23.8% Pflegeheimpatienten ohne Unterschied zwischen dementen und nicht dementen.
- USA: demente Personen erhielten signifikant weniger Opioide als nicht demente. Zwischen 2011 und 2017 war die Opiatverschreibung für alle alten Patienten deutlich rückläufig! Grund: “Opioid-epidemic” mit Missbrauch und steigenden Todesfällen.

Are Chronic Pain Patients with Dementia Being

Undermedicated? Achterberg W. et al. Journal of Pain Research 2021:14 431–439

Unterschiede von Gemeinde zu Gemeinde

- Dänemark: Unter Demenzpatienten zu Hause fand man Unterschiede im Faktor 4 von Gemeinde zu Gemeinde (zwischen 9.4% - 36.8%) bezüglich Opiatverordnung, bei nicht dementen Menschen betrug der Faktor nur 1.6!
- **Als Grund wurden die Hausärzte und Spitex postuliert, die Guidelines zur Schmerzerfassung und –therapie nicht kennen / umsetzen.**

Wichtige Konklusionen der Studie

- Vermehrter Opiateinsatz ist nicht gleichbedeutend mit angemessenem Opiateinsatz: diverse Studien haben gezeigt, dass Demenzpatienten viel häufiger Langzeitanwendungen von Opiaten erhalten (v.a. TTS), z.B. nach einer Hüftfraktur! Indikation wird nicht mehr überprüft → potentieller Schaden für die vulnerable Patientengruppe. Stoppen ist gleich schwierig wie starten!
 - In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass Massagen und Bewegungstherapie sich positiv auf Schmerzen auswirkten, bei dementen gleich wie bei nicht dementen Patienten!
 - Opiate sind nicht das Mittel der Wahl für alle Probleme bei Demenzpatienten → differenzierte Therapie ist notwendig!
- Es besteht Bedarf für einfache Guidelines der Palliativen Geriatrie!

Das 1x1 der Palliativen Geriatrie



Das 1x1 der Palliativen Geriatrie beleuchtet anhand der Phasen eines Heimaufenthaltes, wie der palliativgeriatriische Ansatz interprofessionell in einer Institution gelebt werden kann und worauf zu achten ist.

Konkrete Praxistipps für Pflegende und Ärzt*innen zu den häufigsten Fragestellungen und Symptomen wollen diesen Band zum hilfreichen Begleiter im Sorgealltag machen.

→ kurz, handlich, für's Stationszimmer oder die Arzttasche, zum schnellen Nachschlagen im Alltag

11....GRUNDLAGEN DER PALLIATIVEN GERIATRIE

13....PALLIATIVE GERIATRIE IM VERLAUF
DES HEIMAUFENTHALTES

....13 **Der Eintritt in die Institution**

....14 Assessment

....16 Standort- und Zielgespräch

....18 Vorausplanung der Behandlung und Pflege

....22 **Leben im Heim mit Lebensqualität**

....24 Umgang mit Schmerzen

....36 Total Pain

....38 Atemnot

....41 Übelkeit und Erbrechen

....44 Störungen des Verhaltens und der Psyche, Delir

....49 Notfallplan und Reservemedikamente

....52 **Lebensende**

....52 Umgang mit Sterbewünschen

....55 Entscheidungsfindung

....56 Nahrung und Flüssigkeit

....57 Medikamente am Lebensende

....59 Rasselatmung

....60 Sedation

....62 Tod

Slow-go oder no-go? Symptome?

Goal of Care? Prioritäten und Wünsche

GVP (ACP), ÄNO

Häufige Symptome und Probleme bei
alten Menschen im Pflegeheim:

Praxistipps für Ärzt*innen und Pflegende

Bsp. Notfallplan

Reden über's Sterben, Entscheidungen

Begleitung im Sterben und Behandlung

von Symptomen am Lebensende

Standort- und Zielgespräch, Vorausplanung

TIPP FÜR PFLEGENDE UND ÄRZT*INNEN Gesprächsablauf und -inhalte des Standort- und Zielgespräches

- ▶ Beginn mit Vorstellung der Gesprächsteilnehmer*innen und Angaben zur geplanten Gesprächsdauer
- ▶ Zusammenfassung der Vorgeschichte und der aktuellen medizinischen Situation
- ▶ Erklärung der Befunde des geriatrischen Assessments, Besprechung der subjektiven Symptome und Probleme und des Pflegebedarfs
- ▶ Einschätzung der Prognose und Erläuterung der Behandlungsoptionen
- ▶ Gemeinsames Festlegen der primären Behandlungsziele und der sinnvollen Maßnahmen

Vorausplanung der Behandlung und Pflege³

Auf der Grundlage der besprochenen medizinischen Einschätzung, Prognose und der individuellen Ziele werden nicht nur die krankheitsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen, sondern auch die zu erwartenden Komplikationen erläutert, die zu Krisen und manchmal auch zu Urteilsunfähigkeit führen können. Die an einer unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheit (meistens Mehrfacherkrankung) leidende hochbetagte Person benötigt eine stufenweise und wiederholte Information über die Möglichkeiten und Grenzen sowohl von kurativen wie von palliativen Maßnahmen in den angesprochenen Situationen, um Entscheidungen treffen zu können.

Schmerzassessment

TIPP FÜR PFLEGENDE

Fragen zum Schmerz

- ▶ Wie stark fühlen Sie sich ganz allgemein durch die Schmerzen beeinträchtigt?
- ▶ Wie stark schränken die Schmerzen Sie in Ihren Alltagsaktivitäten ein?
- ▶ Wie stark sind die Schmerzen, wenn sie am stärksten sind? Wann ist das der Fall?
- ▶ Gibt es Momente, in denen Sie keine oder nur leichte Schmerzen haben? Wann ist das so?
- ▶ Können Sie sagen, was Ihre Schmerzen verstärkt oder lindert?

Schmerzerfassung bei Demenz

- 8 *BESD: https://ag-d.ch/fileadmin/user_upload/downloads/pdf/BESD_beurteilung_schmerzen_demenz.pdf*
- 9 *BISAD: https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/BISAD_1111.pdf*
- 10 *Doloplus-2: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/162727/Kognitive-Defizite-Wie-man-Schmerzen-auch-bel-Demenz-erkennen-kann>*

Schmerzbehandlung

SUBSTANZ	EMPFOHLENE EINZELDOSIS IM ALTER	MAX. DOSIS/TAG
Paracetamol	Tbl. 500mg	2000mg (-4000mg)
Metamizol	Tbl. 500mg Trpf: 20	2000mg (-4000mg)
Naproxen	250-500mg	1000mg
Diclofenac	25-50mg	150mg
Ibuprofen	200-400mg	1200mg
Morphin	Beginn: 3-5mg/4 h Langzeitbehandlung mit retard. Präparat	Keine obere Dosislimite
Oxycodon	Beginn: 2mg alle 4 h oder 5mg ret. 2x/d	Keine obere Dosislimite
Hydromorphon	1.3mg alle 4-6 h Langzeitbehandlung mit retard. Präparat	Keine obere Dosislimite

BEI EINGESCHRÄNKTER NIERENFUNKTION	BEI EINGESCHRÄNKTER LEBERFUNKTION	BEMERKUNGEN
Bei GFR < 30ml/min: Dosierintervall verlängern	Vermeiden, bei Leberinsuffizienz verboten	Große Tabletten, können zu Schluckproblem führen
Ungenügende Daten, bei schwerer Niereninsuffizienz vermeiden	Ungenügende Daten, bei schwerer Leberinsuffizienz vermeiden	Seltenes Risiko der Agranulozytose. Bei Infektzeichen Blutbildkontrolle
Vermeiden KI ab GFR < 30ml/min	Laborkontrollen, KI bei schwerer Lebererkrankung	Geringste kardiale NW aller NSAR. Nur kurzzeitig anwenden. KI: gastro-intestinale Blutung in Anamnese.
Vermeiden KI ab GFR < 30ml/min	Laborkontrollen, KI bei schwerer Lebererkrankung	Nur kurzzeitig anwenden. Vorsicht bei Herzinsuffizienz. KI: gastro-intestinale Blutung in Anamnese
Vermeiden KI ab GFR < 30ml/min	Laborkontrollen, KI bei schwerer Lebererkrankung	Nur kurzzeitig anwenden. Vorsicht bei Herzinsuffizienz. KI: gastro-intestinale Blutung in Anamnese
Kumulation aktiver Metaboliten. KI ab GFR < 30ml/min	bei schwerer Lebererkrankung nur unter Kontrolle, Dosis anpassen	Obligate NW (Nausea, Obstipation) mitbehandeln. Langsam auftitrieren.
Kumulation. Dosis und Intervall anpassen	Kumulationsgefahr, Dosis anpassen	In Kombination mit Naloxon weniger Obstipation, übriges vgl. Morphin
Verzögerte Elimination, Dosis und Intervall anpassen	Kumulationsgefahr, Dosis anpassen	Gute Verträglichkeit im Alter. Kps dürfen geöffnet werden.

TIPP FÜR PFLEGENDE

- ▶ Schmerzpflaster (TTS) auf fettfreie, unbehaarte (Haare wegschneiden, nicht rasieren!) Hautstellen kleben und 30 Sekunden anpressen.
- ▶ Wirkung und Nebenwirkungen sowie Probleme bei der Einnahme der Medikamente gut beobachten und rapportieren.
- ▶ Ziel der Medikamenteneinnahme erklären und Bewohner*in zur Einnahme motivieren.
- ▶ Bei Schwierigkeiten mit der Einnahme stellt sich die Frage, ob Medikamente aufgelöst oder gemörsert werden können. Auf folgender Internetadresse sind die Angaben zu den einzelnen Medikamenten zu finden: https://www.crit.cloud/uploads/2/7/6/1/27612891/zermoersbarkeit_tabletten.pdf

TIPP FÜR ÄRZT*INNEN

- ▶ NSAR: sinnvoll bei entzündlicher Schmerzkomponente, nur kurzfristig (7-10 Tage) einsetzen.
- ▶ Opiate: Plasmakonzentration ist bei alten Menschen allg. etwas höher als bei jüngeren, deshalb vorsichtiger dosieren. Obligate Nebenwirkungen von Anfang an mitbehandeln: Nausea (Haloperidol 3x3 Trpf. oder Metoclopramid 3x10 mg für 5 Tage bis zur Toleranz), Obstipation (Macrogol, Natrium-Picosulfat Trpf.)
- ▶ Bei Wechsel von peroraler auf parenterale Verabreichung beachten: Dosis per os: s. c. = 2:1
- ▶ Kombinationen von Nichtopiaten mit Opiaten sind selten sinnvoll wegen der Polypharmazie, lieber das Opiat etwas höher dosieren.

Sterbewünsche

Häufige Hintergründe von Sterbewünschen sind:

- ▶ Leiden an den Umständen, der eigenen Situation. Dazu gehört der Verlust von allen wichtigen Bezugspersonen oder die aktuelle Betreuungssituation, das Leiden an ungenügend behandelten psychischen und physischen Symptomen, aber auch finanzielle Sorgen.
- ▶ Verlust an Lebenssinn. Die Zeit des Wartens auf den Tod kann als sinnentleert und wertlos wahrgenommen werden. Die Betroffenen wünschen sich deshalb, den Prozess abzukürzen.
- ▶ Kontrolle behalten. Viele Menschen, die selbstbestimmt gelebt haben, wollen sich am Lebensende nicht dem Schicksal ausgeliefert fühlen und warten, sondern Einfluss nehmen.

Die Formulierung eines Sterbewunsches ist primär Ausdruck eines Gesprächsbedarfes. Je besser wir die Beweggründe kennen, umso eher können wir prüfen, ob, wo und wie wir auslösende Umstände und Motivationen beeinflussen können und sollen. Wichtig bleibt dabei, dass wir den/die Patient*in und Sterbewunsch stets ernst nehmen und versuchen zu verstehen.

DAS EINMALEINS DER PFLEGEHEIM-MEDIZIN

27./28. Oktober 2022
24./25. November 2022

Hausärztinnen und Hausärzte
Heimärztinnen und Heimärzte

32 Credits SFGG
32 Credits SGAIM

Eine Kooperation von:



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza



SFGG-SPSG

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

mfe

Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera



«Palliative Geriatrie», die Haute Couture der Medizin

Massgeschneidert (Das Kleid der Figur anpassen, nicht umgekehrt)

Individuell

Vielschichtig

Auf die Bedürfnisse und Ziele, die subjektiven Probleme der Patienten ausgerichtet

Eine Synthese von Geriatrie und Palliative Care: Palliative Geriatrie

Vielen Dank für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit!