

Monique Weissenberger-Leduc

# Palliativpflege bei Demenz

Ein Handbuch für die Praxis



 SpringerWienNewYork

Monique Weissenberger-Leduc

Palliativpflege bei Demenz

Ein Handbuch für die Praxis

SpringerWienNewYork

Mag. DDr. Monique Weissenberger-Leduc  
Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin  
Philosophin, Soziologin, Universität Wien, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photo-mechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2009 Springer-Verlag/Wien · Printed in Germany  
SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media  
springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Satz und Druck: C.H. Beck, Nördlingen  
Umschlagbild: Anne de Haas/istockphoto.com  
Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF  
SPIN: 12206742

Bibliografische Informationen Der Deutschen Nationalbibliothek.  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-89351-7 SpringerWienNewYork

Danke  
an alle liebenswerten Menschen,  
die mich begleitet haben,  
und an alle großartigen, einzigartigen,  
wertvollen Menschen,  
die ich begleiten durfte.  
Jeder einzelne Stein hat dazu beigetragen,  
das Puzzle,  
das ich heute bin, zu bauen.  
In Ehrfurcht und Respekt,

Monique Weissenberger-Leduc

## Inhalt

<b>Einleitung</b>	1
<b>Was bedeutet Palliative Care in der Geriatrie?</b>	3
1. Definitionen	3
2. Grundüberlegungen	5
<b>Sind Personen mit Demenz palliativbedürftig?</b>	7
<b>Demenz</b>	10
1. Epidemiologie	10
2. Klassifikation und Begriffsklärung	11
3. Demenz aus medizinischer Sicht	12
4. Alzheimer-Demenz	13
5. Verhalten	40
6. Das Erleben von Demenz	50
7. Bedürfnisse	55
8. Grundlegendes zur Pflege	59
9. Demenz und Autonomie	61
<b>Schmerzkrankheit</b>	
<b>Der Umgang mit Schmerzzuständen der multimorbiden Person mit Demenz</b>	69
<b>Schmerzphysiologie</b>	70
1. Was ist Schmerz?	70
2. Schmerzerklärungen	71
3. System der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung	71
4. Die Schmerzkrankheit	73
5. Die häufigsten Schmerzformen bei multimorbiden Personen mit Demenz	76

---

<b>Schmerz – Was nun?</b>	79
1. Patienteninformation	79
2. Dem Schmerz vorbeugen	80
3. Die Ursachen suchen	82
4. Den Schmerz identifizieren	83
5. Den Schmerz einschätzen	84
<b>Schmerzmanagement</b>	96
1. Instrumentarium der palliativen Therapie	96
2. Medizinische Behandlungsmaßnahmen	97
3. Nichtmedizinische Behandlungsmaßnahmen	103
4. Zusammenfassung	112
<b>Pharmakologische Methode</b>	114
1. Notwendige Kompetenzen	114
2. Therapiegrundlagen	117
3. Therapieverlauf nach dem WHO-Stufenplan	124
4. Opioide	128
5. Pharmakologische Methode – andere Schmerzursachen	139
<b>Pflege</b>	
<b>Ziel der geriatrischen Palliativpflege</b>	143
1. Entscheidungen	144
2. Pflegerische Anamnese	145
<b>ANÄMIE – Blutarmut</b>	150
1. Ursache	150
2. Mögliche Begleitsymptome	150
3. Therapie	150
<b>Angst und Depression</b>	152
1. Ursache	153
2. Begleitsymptome	154
3. Therapie	155
<b>Appetitlosigkeit und Mangelernährung</b>	157
1. Prinzipien der Ernährungslehre im Alter	157
2. Ursachen für Anorexie und Mangelernährung	159
3. Kennzeichen der Mangelernährung	160
4. Feststellung des Ernährungszustandes	160
5. Epigastrisches Syndrom	161
6. Nichtmedikamentöse Therapie	161
7. FÜR und WIDER PEG-Sonde	164

---

<b>ASTHENIE – chronische Müdigkeit – GRANDE FATIGUE</b>	<b>168</b>
1. Beschreibung	168
2. Ursachen	168
3. Symptome	169
4. Einschätzung	169
5. Nichtmedikamentöse Therapie	170
<b>„DEATH RATTLE“ – Todesrasseln</b>	<b>172</b>
1. Ursache	172
2. Symptomatische Therapie	172
3. Medikamentöse Therapie	172
<b>DEKUBITUS – Wundliegen</b>	<b>174</b>
1. Planung der Dekubitusprophylaxe	175
2. Grundsätzliches Vorgehen bei Dekubituspflege	177
<b>DELIRIUM – akute Verwirrtheit</b>	<b>179</b>
1. Definition	179
2. Epidemiologie	179
3. Ursachen	180
4. Diagnostik	180
5. Delirmanagement	181
<b>DIARRHOE – Durchfall – Stuhlinkontinenz</b>	<b>184</b>
1. Ursachen für Stuhlinkontinenz	184
2. Ursachen für Durchfall	184
3. Stuhlanamnese	185
4. Nicht-medikamentöse Therapie	186
5. Medikamentöse Therapie bei akutem Durchfall	187
<b>DYSPHAGIE – Schluckstörung</b>	<b>188</b>
1. Häufigkeit	188
2. Hinweise auf Dysphagie	189
3. Therapie	190
4. Im Notfall bei Bolusobstruktion in den Luftwegen	191
<b>DYSPNOE – Atemnot</b>	<b>193</b>
1. Symptome	193
2. Ursachen	194
3. Therapie	194
4. Todesrasseln	197

---

<b>EXSIKKOSE – Dehydratation</b>	198
1. Ursachen	199
2. Symptome der Dehydratation	199
3. Die Vorteile der Dehydratation in der Sterbephase sind	199
4. Mögliche Folgen der Dehydratation	200
5. Pflege	201
6. Entscheidungshilfe: die W-Fragen von Dr. Vogel, Luzern	202
<b>Harnwegssymptome</b>	203
1. Physiologie der Miktion (des Harnlassens)	203
2. Harninkontinenz	203
3. Harnretention	205
<b>HYPERHIDROSE – übermäßige Schweißbildung</b>	207
1. Ursachen	207
2. Pflege	207
<b>INSOMNIA – Schlaflosigkeit</b>	209
1. Fragen im Zusammenhang mit Schlaflosigkeit	209
2. Ursachen	210
3. Therapien	211
<b>KACHEXIE – Kräfteverfall</b>	212
1. Definition	212
2. Physiologie	212
3. Psychologie	212
4. Ursachen	213
5. Therapie	213
<b>Mund- und Zahnpflege</b>	215
1. Einschätzung des Mundzustandes	215
2. Ziel einer guten Mundpflege	216
3. Durchführung	216
<b>NAUSEA und VOMITIO – Übelkeit und Erbrechen</b>	219
1. Physiologie	219
2. Symptomatik	219
3. Ursachenforschung	220
4. Ursachen	220
5. Nichtmedikamentöse Therapie	221

---

<b>OBSTIPATION – Verstopfung</b>	<b>223</b>
1. Ursachen	223
2. Begleitsymptome	224
3. Betreuungsziel	225
4. Medikamentöse Therapie	226
5. Ileus – Darmverschluss	227
6. Tenesmus Alvi – Schmerzhafter Stuhlgang	229
<b>Schreien</b>	<b>230</b>
1. Ätiologie	230
2. Korrelationen	230
3. Zeitpunkt	231
4. Behandlungsansätze	231
<b>Sexualität</b>	<b>232</b>
1. Auswirkung von Alter auf die Sexualität	232
2. Auswirkung von Erkrankungen auf die Sexualität	232
3. Wo liegen die Probleme?	233
4. Pflege	234
<b>Die Subkutantherapie</b>	<b>235</b>
1. Indikationen	235
2. Kontraindikationen	236
3. Die Vorteile	237
4. Mögliche Probleme	237
5. Informationen für den Patienten und seine Familie	238
<b>Schmerzbekämpfung vor schmerzhafter Pflege</b>	<b>239</b>
<b>Verwirrtheit – Unruhe</b>	<b>240</b>
1. Auslöser	240
2. Therapien	241
<b>Zum Abschluss</b>	<b>243</b>
<b>Verzeichnis der Fachbegriffe</b>	<b>245</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>247</b>

## Einleitung

*Palliative care can take place in any setting and has been defined as: the total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families. Palliative care is concerned both with patients and their families and with the enhancement of quality of life from an early stage in a life-threatening illness.*

*What are the palliative care needs of older people and how might they be met?*  
 WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)  
 August 2004, S 5

Palliative Care, so der englische Ausdruck, hat gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO zum Ziel, dem Patienten eine möglichst gute **Lebensqualität** bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll **Leiden** optimal gelindert, ein Sterben in Würde ermöglicht werden und es sollen, entsprechend den Wünschen des Patienten, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden.

Für das Palliativzentrum in St. Gallen kann Palliative Care auf Deutsch am ehesten mit „integrativer Behandlung und Betreuung bei schwerer Erkrankung am Lebensende“ übersetzt werden.

Eine der wichtigsten Besonderheiten des geriatrischen Patienten ist die Multimorbidität.

*„Darunter verstehen wir das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer signifikanter Erkrankungen, wobei die Multimorbidität sich nicht nur auf somatische, sondern auch auf psychische und psychosoziale Krankheiten bezieht.“ (Böhmer 2007, S 6).*

Beide Definitionen führen zu der Frage: Wie könnte Palliative Care in der Behandlung und Betreuung von hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz aussehen? Eine grundlegende Antwort ist, dass dies nur interdisziplinär und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen und ihren Familien zu erreichen ist. Ziele dieses Buches sind einerseits das Wohlbefinden der Personen mit Demenz und ihrer betreuenden Angehörigen so weit wie nur möglich zumindest zu erhalten, andererseits beruflich engagierte Personen in ihrem Umgang mit hochbetagten multimorbiden Patienten zu unterstützen.

# Was bedeutet Palliative Care in der Geriatrie?

*Pflege heißt:  
Dem anderen das Gesicht zuwenden.  
(Juchli 1994, S 74)*

## 1. Definitionen

Die Teilbereiche von Palliative Care, geriatrische palliative Medizin und palliative Pflege, setzen lindernde Maßnahmen ein, die gegen einzelne Symptome, aber nicht gegen die Ursache der Krankheit selbst wirken. Ziel ist es, den hochbetagten multimorbiden geriatrischen Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen.

Was steht hinter der demografischen Entwicklung der erhöhten Lebenserwartung?

- Die Anti-Aging-Industrie, die den Menschen verpflichtet,
  - ein „erfolgreiches Altern“ zu erreichen,
  - die angebotenen Maßnahmen, „um jung und fit“ zu bleiben, zu konsumieren,
  - die Selbstständigkeit, Alltagsaktivitäten, Selbstbestimmung, Kontrolle und Autonomie zu erhalten.
- Die Hochleistungsmedizin
  - muss jede Krankheit bekämpfen und heilungsorientiert denken,
  - verlängert das Leben, wodurch die letzten Lebenswochen die teuersten sind. Warum eigentlich? Die Mediziner möchten oft den Beginn des Lebensendes nicht wahrhaben. 20 bis 25 % der Tumorkranken bekommen noch in den letzten zwei Lebenswochen eine Chemotherapie,
  - verschiebt die Grenze der Möglichkeiten. „Was kann getan werden“ deckt sich mit „Was soll getan werden“,
  - verlangt mehr und mehr Untersuchungen, die zu immer mehr medizinischen Diagnosen führen. Sind sie aber auch alle behandlungsbedürftig?

Was sind aber die Folgen der Hochleistungsmedizin?

- Hochbetagte multimorbide Patienten werden mit 10, 15 medizinischen Diagnosen entlassen. Keine dieser medizinischen Diagnosen

erklärt aber, warum dieser hochbetagte multimorbide Patient in eine Langzeiteinrichtung eintreten soll.

- Es gibt eine Verschiebung der Todesursachen vom plötzlichen Tod hin zum langsamen Tod.
- Jede Fachrichtung in der Medizin hat ihre Guidelines-basierten Aktivitäten, die bei hochbetagten multimorbiden Patienten oft zu unnötigen, belastenden Maßnahmen führen.
- Sie hat auch ökonomische Folgen: Die leistungsorientierte Diagnose führt zum Drehtüreffekt. Der hochbetagte multimorbide Patient soll die kürzest mögliche Krankenhausaufenthaltsdauer aufweisen. Er wird oft ohne Entlassungsmanagement entlassen. Die Kontinuität der Pflege und Betreuung ist damit nicht gewährleistet.
- Verweigert der hochbetagte multimorbide Mensch zum Beispiel eine Operation, hat er keine Berechtigung mehr, im Krankenhaus zu bleiben und wird entlassen. Meiner Meinung nach kann man hier nicht von Wahlmöglichkeiten sprechen bzw. wo bleibt dann das Recht auf Selbstbestimmung des hochbetagten multimorbiden Patienten?

Die Hochleitungsmedizin in der Geriatrie erfordert den bewussten Einsatz von Abklärung und Therapie: Was bringt die Untersuchung und für wen im Sinne der Angemessenheit, der Sinnhaftigkeit? Hier setzt die geriatrische Palliative Care ein.

Die palliative Therapie ist in fast allen Gebieten der Geriatrie, von den Infektionskrankheiten abgesehen, das übliche Therapieziel. Weder Hypertonie noch Diabetes mellitus noch Rheumatismus sind heilbar. Sie können aber durch adäquate Therapien langfristig kontrolliert werden. Die Geriatrie ist ein Lebenskontinuum mit vielen Überschneidungen zwischen *Cure* (kausale Therapie, Rehabilitation) und *Care* (palliative Betreuung). Oft laufen beide parallel. Im Lauf der letzten Lebensphase kommt es oft zu einem kritischen Punkt der Entscheidungsfindung: Sollte man noch eine kurative Strategie starten? Ja/Nein. Hier beginnt bei einem Nein eindeutig die End-of-life Care als Teil der Palliative Care.

Eine geriatrische palliative Therapie kann für den hochbetagten multimorbiden Menschen existenziell eine der Heilung vergleichbare Lebensqualität bedeuten.

Besonders in der geriatrischen palliativen Betreuung muss uns bewusst werden, dass der Palliative-Care-Bedarf von Migranten in Zukunft stark zunehmen wird (31 % der Wiener sind 2007 Migranten; Statistik Austria) Es ist heute wie auch in Zukunft eine kultursensible geriatrische Palliativpflege gefragt, die sowohl die kulturellen, spirituellen, sozialen und biografischen Bedürfnisse als auch die Ressourcen ausländischer hochbetagter multimorbider Mitbürger mit und ohne Demenz angemessen berücksichtigt. Das geriatrische Behandlungs- und Betreuungsteam muss lernen, familiäre Unterstützungspotenziale recht-

zeitig wahrzunehmen und zu fördern, damit sprachliche und kulturelle Barrieren so gering wie möglich gehalten werden. Die Pflegeschulen müssen auch muslimische Migrantinnen, die z.B. ein Kopftuch tragen, bewusst anwerben. Nur so können wir unser Leistungsangebot in der geriatrischen Pflege auch in Zukunft gewährleisten. Nur so kann geriatrische Pflege, insbesondere geriatrische palliative Pflege, die individuellen Bedürfnisse, Wünsche, Verhaltensweisen und Ressourcen von hochbetagten multimorbiden Migranten mit und ohne Demenz stärker und effektiver berücksichtigen. Die Pflegepersonen sollen offen sein z.B. für die Besonderheiten in der Pflege von muslimischen hochbetagten multimorbiden Patienten, etc. Sind Pflegepersonen im geriatrischen Palliativbereich bereit, sich mit Ess- und Lebensgewohnheiten, mit religiösen Bräuchen und Ritualen von hochbetagten multimorbiden Migranten mit Demenz auseinanderzusetzen? Ich hoffe: ja. Es wird eine der größten Herausforderung der nächsten Jahrzehnte sein.

In diesem Buch wird von Palliative Care in der letzten „Lebens-Sterbens-Phase“ einer hochbetagten chronisch multimorbiden Person mit Demenz gesprochen.

## 2. Grundüberlegungen

Die verschiedenen geriatrischen palliativen Maßnahmen müssen immer in einem geriatrischen Gesamttherapiekonzept eingebunden sein. Die Behandlungsziele müssen mit der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz auf ihren Wunsch hin und mit allen am Behandlungskonzept Beteiligten gemeinsam besprochen, akkordiert und festgelegt werden. Die Einbeziehung der Vertrauenspersonen der Person mit Demenz darf nur stattfinden, wenn diese hierfür ihr Einverständnis gibt. Nicht vertretbar ist jedenfalls der Weg, zuerst mit den Angehörigen die Behandlungsziele zu fixieren und erst danach auch mit der Person mit Demenz (oder gar die Person mit Demenz überhaupt nicht einzubinden). Das gesamte geriatrische therapeutische Team soll sich eine Meinung bilden, miteinander ein Konzept ausarbeiten und dieses dann einheitlich der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz und ihrer Vertrauensperson gegenüber vertreten. Verschiedene Ansätze, Standpunkte, Meinungen verwirren und beängstigen nur. Das Arbeiten in einem geriatrischen Palliativteam verlangt viel Teamgeist, Bereitschaft zur Kommunikation und Kooperation.

Bevor man eine Therapiemethode vorschlägt, soll immer zuerst überprüft werden, ob die Therapie überhaupt für diese hochbetagte multimorbide Person mit Demenz in dieser Situation und in diesem Kontext infrage kommt:

- Erlaubt ihr Allgemeinzustand eine palliative Strahlentherapie, Chirurgie, etc.?
- Was sind für diese hochbetagte multimorbide Person mit Demenz die Nutzen/Vorteile, aber auch die Risiken/Nachteile und Nebenwirkungen dieser Therapie: Nutzen-Risiko-Analyse?
- Gibt es eine andere Therapiemethode, die möglicherweise genauso viel Nutzen für diese hochbetagte multimorbide Person mit Demenz bringt bei weniger Lebensqualitätsverlust?
- Wie ist die Ausgangslage?
  - Biologische Eigenschaften, Anzahl der chronischen Erkrankungen: Herz-, Nieren-, Leberinsuffizienz, degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, Parkinson, Demenz, Kachexie, Depression, Dekubitus, Ulcus cruris, etc.
  - Was bedeuten die Multimorbiditätsbeschwerden für die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz? Einsamkeit, Isolation, Verluste, Inkontinenz, „Total Pain“, Blindheit, Taubheit, Schwindel

Erst wenn all diese Fragen beantwortet sind, kann ein geriatrisches Gesamtbetreuungs- und Behandlungskonzept erstellt werden. Erst wenn das Therapieangebot begründbar und sinnvoll erscheint, kann über die Therapiemethode mit dem Patienten gesprochen werden.

Diese Beurteilung von Therapiemaßnahmen soll immer sehr kritisch erfolgen. Es bleibt eine Entscheidung im Einzelfall, die immer wieder reflektiert werden muss. Was heute gilt, muss in zwei Monaten nicht mehr gelten. Aber wer soll die Verantwortung für diese Entscheidungen übernehmen: der Patient als autonom handelnde Person; die Angehörigen des Patienten; die Trägerorganisationen; die Politik mittels Gesetze; die Gesellschaft? Die Trägerorganisationen müssen sich die Frage stellen, wofür sie stehen und die Gesellschaft, welchen Platz sie Personen mit Demenz einräumen möchte: Sollen sie als Teilhaber der Gesellschaft oder als Aussätzige betrachtet werden?

## Sind Personen mit Demenz palliativbedürftig?

Ja, Personen mit Demenz sind palliativbedürftig. Die von der WHO vorgegebenen Kriterien für Palliative Care sind:

- Progrediente nicht heilbare chronische Erkrankung: Es kommt nur selten vor, dass eine Person ausschließlich an Demenz leidet. Sie ist multimorbid. Dies bedeutet, die Person hat nicht nur eine chronische Krankheit, sondern es sind gleichzeitig mehrere, nicht heilbare, chronische Erkrankungen vorhanden. Dies ist ein wesentliches Charakteristikum vieler geriatrischer Patienten.
- Begrenzte Lebenserwartung: Viele Personen mit Demenz sind hochbetagt. Aus diesem Grund ist ihre Lebenserwartung begrenzt. Sie haben die letzte Lebensphase angetreten. Wie lang diese dauern wird, können wir im Voraus nicht wissen. Die Todesnähe ist ein Faktum in der Geriatrie. Das Sterben ist ein natürlicher Teil des Lebens – und so soll es auch als Bestandteil eines normalen Angebots für hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz einen Platz ohne Tabus im Gesundheitssystem haben. Der Tod als Teil des Lebens soll akzeptiert werden, wenn er da ist. Gleichzeitig sind Sterbende Lebende, die ein Recht auf Würde, Respekt, Empathie, Autonomie, Selbstbestimmung und Lebensqualität haben.
- Kurative Maßnahmen sind oft nicht mehr möglich oder sinnvoll (Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetesfolgen, Abnützungserkrankungen im Stütz-Bewegungsapparat, arterielle Durchblutungsstörungen, Erkrankungen des Hormonhaushalts, des Nervensystems, etc.). Die Therapie der Einzelerkrankungen verlangt, dass die Folgen für die anderen Erkrankungen beurteilt werden und eine fundierte Prioritätenaufstellung stattfindet.

Zwei zentrale Momente der Palliative Care sind

- Lebensqualität hat Priorität vor Lebensquantität: Das Ziel, das angepeilt werden soll, ist hier eine Optimierung der selbst definierten Lebensqualität und nicht wie bei jüngeren Patienten die Heilung, die Wiedererlangung der Normalität der Alltagsfunktionen oder die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt.
- Schmerz ist das, was der Patient verbal oder nonverbal ausdrückt und existiert jedes Mal, wenn er es ausdrückt, egal wie jung oder wie alt der Patient ist.

Selbstverständlich werden überall hochbetagte multimorbide Patienten sehr kompetent und umfassend betreut. Nimmt allerdings die Anzahl

und Stärke der einzelnen Probleme zu, dann übersteigt dies oft die Möglichkeiten der zuständigen Fachpersonen. Das zarte Mobile der Multimorbidität bei hochbetagten Patienten ist sehr labil, kommt eine Demenzerkrankung hinzu, ist das Betreuungsteam oft überfordert. Hochbetagte multimorbide Patienten mit und ohne Demenz passen nicht in die Welt der modernen Medizin mit ihrem Machbarkeitsanspruch. Die Behandlungs- und Betreuungsqualität in der Geriatrie liegt in dem Unterschied zwischen den zwei Perspektiven: „Was kann aus medizinischer und pflegerischer Sicht getan werden?“ und „Was soll getan werden?“. Dieser Unterschied verlangt vom Behandlungs- und Betreuungsteam einen ethischen Prozess der Auseinandersetzung mit Fragen wie:

- Was sind die Ziele, Wünsche, Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Gefühle, Bedürfnisse, Einstellungen des Patienten und was weiß er?
- Wer ist betroffen von der Situation? Die Betroffenen müssen in den ethischen Prozess einbezogen werden. Von welcher Art ist die Betroffenheit?
- Was sind die Ziele des Teams? Ist-Zustands-/Soll-Zustandsbewertung
- Nach welchen Prinzipien wollen wir arbeiten und entscheiden?
- Wer ist kompetent? Andreas Heller (2008) meint, Ethik braucht „die Kompetenz geteilter Inkompetenz“. Was will er damit sagen? Eine Person allein kann nie den Blick über die gesamte Situation haben. Es bedarf des Austausches mit Anderen. Ein ethischer Entscheidungsfindungsprozess fängt an, weil eine Person oder mehrere sich unsicher fühlen, weil sie nicht wissen, wie sie jetzt handeln sollen. Wie soll es weitergehen? Würde alles klar und eindeutig sein, würde sich die Person kompetent und sicher in ihrem Handeln fühlen.

„Palliare“ heißt, den Mantel um jemanden legen. Solch ein Mantel hat aber nur Sinn, wenn er einerseits den Bedürfnissen der Betroffenen, hier der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz, entspricht und andererseits sich an dem Ort entfaltet, wo die Betroffenen leben und sterben. Das Ziel eines interdisziplinären Behandlungs- und Betreuungsteams muss sein, mit Fachwissen, menschlichen Kompetenzen und Können diesen „Mantel“ zu bilden. Palliative Care ist ein fester Bestandteil der Geriatrie, so wie die Rehabilitation und die kurative Therapie. Palliative Care setzt man oft auch in Ergänzung zu kurativen Maßnahmen ein. In der Geriatrie kann es nur „cure and care“ heißen und nicht „cure or care“ und Palliative Care ist mehr als nur End-of-life-Care. Dies erfordert eine bestmögliche organisatorische Vernetzung und die Unterstützung der Angehörigen. Palliative Care bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit oder ohne Demenz ist nicht allein eine Sterbegleitungshilfe, sondern eigentlich viel mehr eine Lebenshilfe in solch schwierigen Situationen. Und es geht nicht so sehr um das Ster-

ben selbst, als vielmehr um die Phase vor dem Sterben. Letztere umfasst auch den Support in der Trauerphase, die für Angehörige von Personen mit Demenz sehr lang dauern kann. Die Demenzerkrankung führt Stück für Stück zu einer Veränderung der erlebten Wahrnehmung der Person mit Demenz.

Als theoretische Grundlage von Palliative Care gilt das bio-psycho-soziale und spirituelle Modell. Alle diese Aspekte sollen ihren Platz in einer interdisziplinären, ganzheitlichen Betrachtungs-, Betreuungs- und Behandlungsweise von hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz finden. Dies würde bedeuten, dass jede Person mit Demenz das Recht auf ein an individuellen Zielsetzungen orientiertes, würdevolles und möglichst leidloses Lebensende hat, das sie im Kreise ihrer Bezugspersonen verbringen kann. Jeder hochbetagten multimorbiden Person mit und ohne Demenz, die Palliative Care braucht, soll Palliative Care als Option mit entsprechenden Strukturen in der letzten Lebensphase zur Verfügung stehen. Der frühzeitige Einbezug von Palliative Care erlaubt eine bessere Vorausplanung unter Berücksichtigung der individuellen Ziele der Personen mit Demenz und die Erhaltung ihrer bestmöglichen Lebensqualität. Palliative Care als Teil der Geriatrie erlaubt auch den Angehörigen, die eigenen Kräfte einzuteilen und frühzeitig Unterstützung zu organisieren. Palliative Care muss deshalb bekannt, akzeptiert und als Regelangebot der Geriatrie im vorhandenen Gesundheitswesen finanziert werden.

Der Mensch besteht nicht nur aus verschiedenen Funktionsebenen und Teilen. Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz ist mehr als die Summe von einzelnen Organstörungen, sie ist selbst Teil eines Systems. Der Paradigmenwechsel von der biomechanischen zur bio-psycho-sozialen und spirituellen Medizin und Pflege ist zwingend notwendig. Da Palliative Care sowohl körperliche wie psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt, ist die Kooperation von Pflege, Medizin, Psychologie, Seelsorge und anderen Fachdisziplinen unentbehrlich. Die Anzahl und Art der Probleme, die individuellen Prioritäten, Wünsche, Wertskalen und die Beeinflussbarkeit können nur aus einer ganzheitlichen Betrachtungsweise erfasst, behandelt und beurteilt werden. Es ist sehr wichtig, die gesunden Körperfunktionen der Person als Ressourcen wahrzunehmen und sie in die weitere Planung mit einzubeziehen. Das Auffinden dieser Ressourcen muss als Grundlage für die weitere Entscheidungsfindung dienen. Dabei gestaltet das Behandlungs- und Betreuungsteam auch den Raum für das Reden über das Sterben und den Tod, für Erinnerungen und „Aufräumarbeiten“. Aber die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz entscheidet, wann, wie, wo und wieviel sie davon Gebrauch machen will.

# Demenz

*By 2025 one million people in the UK will have dementia  
Dementia costs the UK £ 17 billion per year  
Dementia UK The Full Report 2007*

Das Wort Demenz kommt von „de mens“, was so viel bedeutet wie „ohne Geist“.

## 1. Epidemiologie

Die Häufigkeit der Demenz (nicht als eine spezielle Krankheit, sondern als ein Syndrom, eine Reihe von Symptomen, die von mehreren Gehirn-erkrankungen verursacht werden können) steigt mit zunehmendem Alter. Das Alter ist sozusagen der wichtigste Risikofaktor, der zu Demenz führen kann. Aufgrund der noch uneinheitlichen Anwendung der diagnostischen Kriterien fehlen exakte Inzidenz- und Prävalenzraten.

Bei etwa fünf Prozent der über 65-jährigen findet sich eine Demenz, bei den über 90-jährigen sind es ca. 30 %. Diese Tatsache kann auch anders – optimistischer – betrachtet werden: Zwei Drittel der Menschen, die dieses hohe Alter erreichen, sind von Demenz nicht betroffen. Trotzdem wird die Gesamtzahl der von Demenz Betroffenen ansteigen. Es werden hauptsächlich alleinstehende Frauen sein, deren soziale Betreuung rein quantitativ eine noch nie da gewesene Aufgabe und Belastung für die Gesellschaft darstellen wird. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass schon jetzt die Hälfte der pflegenden Angehörigen mehr als 65 Jahre alt ist und selbst an einer Krankheit leidet. Nur etwa 20–30 % der Demenzkranken sind in institutioneller Betreuung. Aber 60 bis 70 % der Heimbewohner haben Demenz (BMFSFJ 2002). Die Demenz im fortgeschrittenen Stadium, besonders wenn die Person mit Demenz Stuhl- und Harninkontinenz hat, scheint ein Hauptgrund für den Heimeintritt zu sein.

Die Gründe für die Heimaufnahme in Österreich sind Demenzen (48 %, eher höher), Insult (16 %) und Oberschenkelhalsfraktur (11 %). Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass Demenzen hauptverantwortlich für den Pflegebedarf im Alter sind. Dies bedeutet auch, dass Demenzen Ursache für den größten Zeitaufwand für Pflegepersonen und die größte psychische Belastung sind.

Die eventuell behandelbaren Ursachen der Demenz machen lediglich 5 % aller Demenzerkrankungen aus. Der überwiegende Teil der Demenzerkrankungen ist hingegen durch ein langsames Fortschreiten der Symptome gekennzeichnet. Diese Entwicklung lässt sich derzeit noch nicht aufhalten. Eine Korrektur des negativen Altersbildes ist insofern notwendig, als die psychologische Grundlagenforschung nachweisen konnte, dass unter bestimmten Bedingungen (durch Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und lebenslanges Training derselben, durch Anregungen und eine stimulierende Umwelt) Altern nicht den Verlust von Fähigkeiten bedeuten muss.

## 2. Klassifikation und Begriffsklärung

Die derzeit gebräuchlichen Klassifikationssysteme sind:

- DSM-IV, herausgegeben (1996) von der American Psychiatric Association unter dem Kapitel „Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen“.
- ICD-10, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Kapitel F00-F09 „organische einschließlich symptomatischen psychischen Störungen“. Dieses Klassifikationssystem dient als Verrechnungssystem für die Krankenkassen in Österreich.

Die WHO unterscheidet zwischen Beeinträchtigung („impairment“), Behinderung („disability“) und Handicap („handicap“). Weiters unterteilt die WHO in ICD-10 vier Gruppen von Demenz:

- F0: organische, einschließlich symptomatischer, psychischer Störungen, unter anderem zählt dazu die Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- F01: die vaskuläre Demenz
- F02: Demenz bei sonstigen, andersorts klassifizierten Krankheiten
- F03: nicht näher bezeichnete Demenz (WHO 2000).

Die Demenzen unterteilen sich in primär degenerative Demenzen:

- 50 % Demenz vom Alzheimer-Typ
- 15 % reine vaskuläre Demenz
- 15 % gemischte Formen wie Alzheimer und vaskuläre Demenz
- 10 % Lewy-Body-Demenz
- Rest 10 %: Parkinson-Demenz, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick); Demenz bei Chorea Huntington und Creutzfeld-Jakob-Krankheit.

und in sekundäre (symptomatische) Demenzen:

- Metabolische Störungen oder Endokrinopathien wie zum Beispiel Schilddrüsenunterfunktion
- Chronische Intoxikationen
- Infektionen wie Lues oder HIV
- Vaskuläre Erkrankungen wie Morbus Biswanger, Riesenzellerteritis
- Vitaminmangelkrankungen wie perniziöse Anämie oder Folsäuremangel
- Elektrolytstörungen
- Hirntumore und Enzephalitis
- Normaldruckhydrozephalus
- Medikamentenüberdosierung

Eine weitere Unterscheidung wird gemacht:

- Die präsenilen Demenzen treten vor einem Alter von 65 Jahren auf.
- Die senilen Demenzen treten ab einem Alter von 65 Jahren auf.

### 3. Demenz aus medizinischer Sicht

Es gibt mindestens 50 verschiedene Formen von Demenzerkrankungen.

Die Demenz ist ein Syndrom, das progressiv verläuft und durch vielfache Störungen der höheren Gehirnfunktionen wie Rechnen, Sprechen und Denken gekennzeichnet ist.

*„Dementia is a clinical diagnosis, the core description of which is ‘the acquired global impairment of cognition which has significant effects on occupational, social and functional ability’. It includes impairments in capacity to solve problems of day-to-day living, perceptual skills, language and communication and frequently involves disturbances of emotional reactions. It occurs in the absence of gross clouding of consciousness which is usually associated with acute confusional states, such as delirium. Although cognitive decline is inevitable, the rate of progression is unpredictable and very much dependent on the type of dementia (for example, dementia with Lewy bodies runs a fluctuating course, Alzheimer’s disease is associated with a progressive relentless decline while vascular dementia is associated with a stepwise decline). Depending on the degree of dementia, the observed impairment is variable, ranging from relatively isolated cognitive disturbances which may be undetectable in usual social circumstances to severe forgetfulness and global intellectual disturbance with loss of psychological and social functioning.” (WHO 2001, S 46)*

Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Vor oder gleichzeitig mit den kognitiven Beeinträchtigungen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Verständnis, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsfähigkeit) treten meist Verschlechterungen der emotionalen Steuerung, des Sozialverhaltens und der Motivation auf.

Hier sind zwei Hirnleistungen zu unterscheiden:

- Die Thymopsychie betrifft die Befindlichkeit, die Steuerung des Vegetativums wie der Affekte, des Antriebes, der Triebe, der Psychomotorik (Mimik und Gestik).
- Die Noopsychie hat mit Bewusstsein, Orientierung, Intelligenz, Gedächtnis und Denken (Geschwindigkeit, Ablauf, Konzentration) zu tun.

Bei Demenz dekompensieren langsam aber stetig die Thymo- und die Noopsychie. Im Gegensatz dazu dekompensiert bei Depression allmählich primär die Thymopsychie. Es findet eine heftige und relativ plötzliche Dekompensation der Thymo- und der Noopsychie bei einem Delirium statt.

## 4. Alzheimer-Demenz

Auf der „37. Versammlung der deutschen Irrenärzte“ im November 1906 in Tübingen berichtete der deutsche Psychiater und Histopathologe Alois Alzheimer (1864–1915) über „eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ bei der Patientin „Auguste D.“. Es war der erste dokumentierte Fall der Demenz, die heute Alzheimers Namen trägt.

Die Alzheimer-Demenz ist eine alterskorrelierte, progressive und neurodegenerative Erkrankung mit einer Hirnatrophie (Untergang von Nervenzellen in Temporal- und Parietallappen und Hippokampus). Die Alzheimer-Demenz nimmt aufgrund der verlängerten Lebenserwartung exponentiell zum Alter (bis zirka 80 Jahren) zu. Typisch sind eine frühe Schädigung cholinergischer Neuronen und eine verminderte Verfügbarkeit von Acetylcholin. Es ist die vierthäufigste Todesursache und der häufigste Grund für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit in den Industrienationen. Bei dieser multifaktoriell bedingten Erkrankung handelt es sich um eine Alterskrankheit und nicht um einen „normalen“ Alterungsprozess (in dem die Dekompensation der Thymo- und der Noopsychie aufgrund von Erfahrung ausgeglichen wird). Die Alzheimer-Demenz ist durch einen schleichenden Beginn ohne neurologische Zeichen im Frühstadium, durch eine typische klinische Symptomatik und pathologische Merkmale gekennzeichnet, wenn auch individuelle Schwankungen bestehen.

## 4.1 Anatomie und Physiologie des Gehirns

Das Leitsymptom einer Demenz ist die Gedächtnisstörung. Das Gehirn hat zunehmend Probleme bei der Aufnahme, der Speicherung und dem Abrufen von Informationen. Für das Gedächtnis, das Bewusstsein, die Emotionen, die Intelligenz und die Kreativität ist das Gehirn zuständig. Das Nervengewebe nimmt Informationen auf, verarbeitet und speichert sie. Aber nur ein geringer Anteil der Informationen wird gespeichert. Die rechte Gehirnhälfte ist zuständig für Rhythmen, Musik, Dimensionen, Farben und Wachträume, die linke für Logik, Sprache, Zahlen, Folgerungen und Linearität.

Das Zentralnervensystem bearbeitet zwei Informationsarten: die genetische und die kontinuierliche Input-Information. Die Synapsen übermitteln die Signale (über Botenstoffe wie z.B. Acetylcholin) und steuern die Kodierung der Gedächtnisinhalte als Engramme (Gedächtnisspuren). Die Aufklärung der pathophysiologischen Kette bzw. der chromosomalen und morphologischen Veränderungen ist Gegenstand der aktuellen Forschung (Amyloid-Hypothese).

Im Rahmen der Amyloid-Hypothese wird davon ausgegangen, dass ein reduzierter Acetylcholinspiegel die Spaltung des Amyloid-Prekursor-Proteins APP (Amyloid-Vorläuferprotein, Chromosom 21) an den falschen Stellen begünstigt. Diese falsche Spaltung des so genannten Beta-A4-Proteins hat neurotoxische Wirkung und kann unter anderem durch Mitwirkung freier Sauerstoffradikaler zu der Nervenzellenzerstörung führen. Der niedrige Acetylcholinspiegel wirkt negativ

- auf das räumliche Vorstellungsvermögen in den Scheitellappen
- auf das Gedächtnis- und Sprachvermögen in den Schläfenlappen
- und auf die Schaltstellen der Erinnerung im Nucleus basalis Meynert.

Durch welche Mechanismen die Neurodegeneration stattfindet und worin die Ursache für die neurofibrillären Tangles (NFT) besteht, ist noch nicht genau geklärt. Im Inneren der Nervenzellen treten Eiweißverklumpungen, die intrazellulären NFT, auf. Diese zerbrechen die Mikrotubuli. Die Mikrotubuli dienen aber dem Transport von Neurotransmittern vom Zellkern zu den Synapsen. Dadurch bricht die Nährstoffversorgung der Nervenzellen zusammen. Die Nervenzellen sterben ab und die Neurofibrillenbündel bleiben übrig.

Sowohl die amyloiden Plaques als auch die neurofibrillären Tangles treten unabhängig voneinander bei normalem Altern auf. Die entscheidende und noch nicht ganz aufgeklärte Frage ist einerseits die Grenzziehung zwischen normalen und pathologischen Ablagerungen und Ver-

teilungen und andererseits, wie krankheitsspezifisch diese Tangles und Plaques für die Alzheimer-Demenz sind. Da die Forschung über die Entstehung der Alzheimer-Krankheit noch voll im Gang ist, gehen die Meinungen hierzu unter Neuropathologen auseinander.

Das Gedächtnis setzt sich aus vielen Subsystemen zusammen. Es gibt kein einheitliches Klassifikationssystem, sondern mehrere: nach Dauerhaftigkeit (Kurzzeit, Langzeit), nach Art der Informationsverarbeitung, z.B. autobiographisches (oder episodisches), prozedurales, semantisches Gedächtnis oder Priming. Grundsätzlich wird von einer Interaktion von netzwerkartigen Gedächtnissystemen ausgegangen. Trotzdem arbeiten die verschiedenen Systeme relativ unabhängig voneinander. Ein Defizit in einem kognitiven Bereich wirkt sich nicht zwangsläufig auf einen anderen Bereich aus.

Sowohl bei Speicherungs- als auch bei Abrufprozessen spielt das limbische System durch die emotionale Bewertung der jeweiligen Information eine wesentliche Rolle. Was bedeutet es zum Beispiel für eine bestimmte Person, wenn sie über ein schlechtes Gedächtnis klagt? Die Bewertung ist abhängig von:

- der Einschätzung der eigenen Erinnerungseffizienz (Überzeugung)
- den erinnerungsbezüglichen Ängsten (Aufregung)
- der erinnerungsbezüglichen Haltung (Bewertung)
- den erinnerungsbezüglichen sozialen Normierungen (Einschätzung) (Mol et al. 2008)
- einer etwaigen Depression dieser Person: Die Depression und nur die Depression korreliert mit selbstberichteten Gedächtniseinbußen (Mendes et al. 2008; Sachs-Ericsson et al. 2008).

## 4.2 Diagnostische Leitlinien

Sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV betrachten eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung als Pflicht- und Hauptsymptom der Alzheimer-Demenz. Die Definitionen unterscheiden sich vor allem durch die zusätzlichen kognitiven Störungen, die für die Diagnose notwendig sind, und dadurch, dass ICD-10 einen Zeitrahmen für die Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung von mindestens sechs Monaten nennt.

Die Alzheimer-Demenz bleibt oft lange unbemerkt und dadurch unbehandelt. Die Patienten versuchen solange wie möglich, ihre beginnenden Defizite zu kompensieren (Fassade). Sie entwickeln oft Rückzugstendenzen und depressive Symptome, um diese beginnenden, zunehmenden Beeinträchtigungen zu verbergen. Die Diagnose wird im Durchschnitt erst vier Jahre nach Auftreten der ersten Symptome gestellt. Die Durchschnittsdauer einer Alzheimer-Demenz liegt bei neun Jahren.

Die moderne Demenzdiagnostik umfasst medizinische Untersuchungen und eine ausführliche, psychologische Testung. Bei der Diagnosestellung und bei der Differentialdiagnosestellung spielen psychologische Tests und Testbatterien eine große Rolle.

Auf die moderne Diagnosestellung und auf diese Testverfahren wird nicht weiter eingegangen, da sie nicht zur Kernaufgabe dieses Buches gehören.

### **4.3 Krankheitsverlauf**

Obwohl die Alzheimer-Demenz eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, beginnt der Prozess der Amyloid-Proteinablagerung schon 20 bis 30 Jahre bevor die ersten massiven Gedächtnisstörungen sichtbar werden. Es ist eine progrediente Erkrankung. Abrupte Verschlechterungen im Verlauf sind untypisch und müssen an andere Erkrankungen denken lassen. Die Gedächtnisproblematik korreliert mit dem fortschreitenden Verlust von Nervenzellen und Synapsen, der durch die Eiweißablagerungen hervorgerufen wird. Sowohl der Verlust von Nervenzellen als auch die Schrumpfung einzelner Zellen und ihrer Dendriten führen zu einer Hirnatrophie, besonders im Bereich des Kortex (Hirnrinde). Als räumliche Kompensation finden sich erweiterte Ventrikel (Hirnkammern) und vergrößerte Liquorräume. Die Kernsymptomatik ist durch Defizite in neuropsychologischen Teilleistungsbereichen geprägt.

Die Symptome der Demenz, die erst nach einer weitgehenden Zerstörung verschiedener Gehirnbereiche klinisch manifest werden, können in drei großen Störungsgruppen dargestellt werden:

#### **4.3.1 Die kognitiven Störungen**

Zuerst zeigen sich Gedächtnisstörungen mit schlechter Konzentration, einer herabgesetzten Fähigkeit, Prioritäten zu setzen, komplexe Zusammenhänge nachzuvollziehen, wodurch eine Reduktion des Urteilsvermögens stattfindet. Dazu kommen zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme durch ein verändertes Zeitempfinden, Wortfindungsstörungen und Probleme, sich neue Inhalte zu merken. Im weiteren Verlauf treten Sprachstörungen wie zunehmende Inhaltsarmut, Unfähigkeit, Gegenstände oder Situationen präzise zu benennen bis zu Aphasie, Apraxie und Agnosie auf.

Probleme bei der bewussten Wiedergabe von einzelnen Zellinformationen und ihrer Dendriten führen zu einer Hirnatrophie. Schwierigkeiten, Informationen aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen, Zusammenhänge zwischen Ereignissen zu erfassen und exekutive Funktionseinschränkungen wie Schwierigkeiten beim Einparken, bei der Koordina-

tion von Hand/Auge treten auf. In späteren Stadien kommt es zusätzlich zur kognitiven Symptomatik, zu Verhaltensänderungen und emotionalen Störungen als Antwort auf die existentielle Bedrohung des Selbst.

### 4.3.2 Die Verhaltensstörungen

BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) treten bei ungefähr 80 bis 90 % aller Personen mit Demenz auf. Sie sind u. a.:

- Aktivitätsstörungen wie Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit aber genauso Hyperaktivität
- Affektstörungen wie leichte Euphorie oder Depression
- Aggressivität, Ängste und Phobien, Unausgeglichenheit
- Tagesrhythmus-Schlaf-Störungen, „Sundowning“, Tag-Nacht-Umkehr
- Halluzinationen, Paranoia und Wahnvorstellungen (z. B. verlegte Gegenstände wurden „gestohlen“), Panikattacken oft aufgrund von Fehlidentifikation von Situationen und Personen (TV-Sign; Mirror-Sign, Capgas-Syndrom, Phantom-Border-Syndrom)
- motorische Unruhe wie Agitation und „Wandering“, Umherirren oder ständiges Suchen aufgrund von örtlicher Orientierungslosigkeit, Schreien, Enthemmungssphänomene mit und ohne Störung der Impulskontrolle
- Horten und „Verstecken“, das nie ein bewusstes, bösartiges Verstecken sein kann

Fast alle (97 %) Personen mit Demenz weisen mindestens ein neuropsychiatrisches Symptom auf (Apathie, Angst, Depression, Irritierbarkeit, Schlafstörung, etc.). Apathie weist bei Menschen mit Demenz einen hohen Verbreitungsgrad auf (40–50 %) und geht mit größeren Einbrüchen in kognitiven und alltagsbezogenen Funktionen einher (Benoit et al. 2008). Die Apathie war über einen 5-Jahres-Beobachtungszeitraum das Symptom mit dem höchsten Schweregrad (Steinberg et al. 2008). Das besondere Problem der Apathie ist, dass Apathie nicht wahrgenommen wird, da Passivität nicht als herausforderndes Verhalten gesehen wird. Zusätzlich ist noch nicht klar, ob Apathie ein „abnormales“ Verhaltensmuster der Demenz oder ein bedürfnisorientiertes Verhalten ist.

### 4.3.3 Die somatischen Störungen

Fast 60 % der Personen mit Demenz, die im betreuten Wohnen leben, leiden unter Schlafstörungen, unabhängig von Depressivität (Rao et al. 2008); bekannte Begleitsymptome von Demenz sind Appetitlosigkeit und Malnutrition, Inkontinenz und Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts.

Das Konzept der Kompetenz in der Gerontopsychologie als Resultat aus lebensgeschichtlich gewachsenen, persönlichen Ressourcen und aktuellen Umwelthanforderungen wird benützt, um die Möglichkeiten einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung des älteren Menschen zu beschreiben. Die Kompetenz bezieht sich auf verschiedene Fähigkeiten.

Komponenten von Kompetenz, die sich bei Demenz langsam verschlechtern, sind:

- Psychische Kompetenz:
  - Herstellen von Kontinuität (zeitlicher Zusammenhang)
  - Kongruenz (Übereinstimmung mit anderen in der Deutung der Realität)
  - Kommunikation (sprachliche Ausdrucksfähigkeit)
- Soziale Kompetenz
  - internal: Selbstsicherheit
  - external: je nach Situation z.B. Fähigkeit, emotional auf andere zuzugehen oder sich von anderen abzugrenzen.

Soziale Kompetenz inkludiert die Fähigkeit, Verhaltensregeln einzuhalten.

- Kompetenz zum Ausführen von ATLS
  - Telefonieren, Besuche machen und empfangen, Einhalten von Terminen
  - Verkehrsmittel benutzen und Medikamente vorbereiten
  - Finanzdisposition und Nachgehen von Hobbys
  - Leistungen am Arbeitsplatz erbringen wie Erledigung von Korrespondenz
  - Essen und kochen
  - Körperpflege, Anziehen und Auswählen von angemessener Kleidung
  - Toilette benutzen, Urin- und Stuhlkontinenz

Der Verlust der verschiedenen Kompetenzen führt zu einer Verminderung an Selbstvertrauen, Selbstbestimmung und Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung. Bei fortschreitender Erkrankung durch zunehmende Einschränkung der komplexen Motorik braucht der Alzheimerpatient mehr und mehr Unterstützung von außen.

Interessanterweise schätzen Personen mit Demenz ihre Lebensqualität besser ein als pflegende Angehörige. Gleichzeitig unterschätzen sie ihre kognitiven Einbußen (Artl/Hornung 2008).

Möglicherweise ist dies ein Grund, warum Personen mit Demenz oft Opfer des „Höflichkeitsstigmas/Stigmas durch Assoziation; courtesy

stigma/stigma by association“ sind: Pflegenden Angehörige verhalten sich freundlich und vermeiden den Kontakt. Personen mit Demenz werden von ihren pflegenden Angehörigen vor dem sozialen Umfeld verborgen. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die pflegenden Angehörigen die Auffassung vertreten, dass Freunde, Nachbarn und sogar die eigene Familie sich gegenüber der Person mit Demenz nach Bekanntwerden der Diagnose deutlich anders verhalten. Es findet auch eine strukturelle Stigmatisierung statt. Die pflegenden Angehörigen verbergen die Erkrankung „Demenz“ und mit ihr die betroffene Person, da sie Scham, Angst und peinliche Verlegenheit verspüren. Sie identifizieren sich mit der Stigmatisierung, welche die Person mit Demenz erfährt. Dadurch darf die Person mit Demenz nicht mehr teilhaben und teilnehmen an der Gesellschaft. Personen mit Demenz werden im 21. Jahrhundert zu „Aussätzigen“ der Gesellschaft im wahrsten, etymologischen Sinn des Wortes – „einer, der von der Gesellschaft ausgesetzt ist“, wie früher die Personen mit Lepra oder HIV (Werner/Heinik 2008).

Folgende Skala der Retrogenesen Theorie von Reisberg zur globalen Verschlechterung zeigt den Symptomverlauf im Zeitablauf (Reisberg 1982):

<b>GDS Stadium</b>	<b>Klinische Merkmale/Beschreibung</b>
1	Normal, keine Beschwerden
2	Nur subjektive Vergesslichkeit bei normalem Untersuchungsbefund
3 MCI	Vom familiären Umfeld wahrgenommene Schwierigkeiten bei der Arbeit, beim Sprechen, bei Fahrten in ungewohnter Umgebung; subtiler Gedächtnisverlust bei der Untersuchung.
4	Vermindertes Fahr-, Zähl- und aktuelles Erinnerungsvermögen.
5	Hilfe bei der Auswahl der Kleidung erforderlich; zeitliche oder räumliche Orientierungslosigkeit, Patient hat zunehmend Schwierigkeiten, sich die Namen (z. B. seiner Enkel) ins Gedächtnis zu rufen.
6 a-e	Überwachung beim Essen und bei der Körperpflege erforderlich, evtl. Inkontinenz; zeitliche und räumliche Orientierungslosigkeit und möglicherweise Orientierungslosigkeit bezüglich Personen.
7 a-f	Schwerer Sprachverlust; Inkontinenz und motorische Steifheit.

Im Endstadium zeigen sich schwerste Beeinträchtigungen in allen Bereichen des täglichen Lebens mit Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und ein rascher körperlicher Verfall mit Gewichtsverlust. Der Tod tritt infolge von Infektionskrankheiten wie Pneumonie oder Urosepsis und allgemeiner Schwäche auf.

Der Verlauf der Demenz kann auch ganz einfach in drei Stadien unterteilt werden:

- Stadium I: Frühstadium
- Stadium II: mittleres Stadium
- Stadium III: fortgeschrittenes Stadium

#### 4.4 Therapieansätze

Es besteht noch ein großer Bedarf an der Entwicklung von wirksamen, pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten und an kontrolliertem Einsatz nicht-medikamentöser Interventionen.

Das Ziel jeder Krankheitsbehandlung ist eine Heilung oder Besserung. Sollte dies aus heutigem Wissensstand wie bei Morbus Alzheimer nicht möglich sein, muss das Ziel „Cure and Care“ sein. Aber auch wenn ein Patient als „austherapiert“ – das Fortschreiten dieser Erkrankung wurde so lang wie möglich verzögert – gilt, muss man noch immer versuchen, eine bestmögliche Lebensqualität zu schaffen. Als Grundsatz soll für das Betreuungsteam und für die Entscheidungsträger immer gelten: „nihil nocere“ – „nicht schaden“.

Die allgemeinen Behandlungsziele einer Demenzbehandlung sollten sein:

- Lebensqualität und Wohlbefinden zu steigern
- Den Schmerz und die Verzweiflung der Person mit Demenz wahr- und ernstzunehmen
- Eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten
- Eine soziale Umgebung zu schaffen, die den individuellen Werten und Lebensstilen der Person mit Demenz entspricht
- Die Person mit Demenz darf als Bürger und hochbetagter multimorbider Patient teilhaben und teilnehmen an der Gesellschaft: soziale Integration
- Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln
- Auf Wunsch Aktivierung ohne Überforderung
- Stabilisierung oder Verbesserung der kognitiven Leistungen und der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)
- Verbesserung der Lebensqualität der Gesamtfamilie durch Verringerung der subjektiven und objektiven Belastungen
- Verbesserung der affektiven Steuerungsfähigkeiten des Patienten
- Freisetzung von Kräften zur Bewältigung einfacher Alltagsanforderungen
- Stabilisierung des Selbstwertgefühls
- Verlangsamung der Progression
- Unterstützung des Verbleibs zuhause, wenn erwünscht.

Heilende (Cure) und lindernde (Care) Medizin und Pflege können gemeinsam mit grundlegenden Kenntnissen Antworten auf Detailfragen anbieten. Für die Einschätzung des Ausmaßes der Demenz ist eine gute, interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich.

#### 4.5 Medikamentöse Therapieansätze

Die Alzheimer-Demenz ist eine progrediente, chronisch verlaufende Erkrankung, deren Ursachenbehandlung und damit Heilung derzeit nicht möglich ist. Deswegen ist Palliative Care eine klare Zielsetzung in der Demenzbetreuung.

Klare, medikamentöse Therapieansätze können nur dazu dienen,

- das Fortschreiten der Krankheit zu verzögern und zu lindern
- das Leistungsvermögen des Patienten zu steigern.

Meistens handelt es sich um ältere Patienten, die unter Multimorbidität (Hypertonie, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.) leiden, und daher zusätzliche Behandlungen benötigen.

Antidementiva sind:

- Azetylcholinesterase-Inhibitoren wie Arizept<sup>®</sup>, Exelon<sup>®</sup> oder Reminyl Retard<sup>®</sup>. Sie wirken bei beginnender Demenz. Die Wirkungen sind ähnlich bei unterschiedlichen, chemischen Zusammensetzungen. Sie bremsen den Demenzverlauf um 1 bis 1,5 Jahre. Sie verbessern die Verhaltensstörungen (BPSD – Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) und die Kognition.
- Memantine wie Axura<sup>®</sup> und Ebixa<sup>®</sup>. Die positive Wirkung auf die BPSD und die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) bei fortgeschrittener Demenz ist wissenschaftlich bewiesen.
- Verhaltensstörungen wie paranoide Ideen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Depression, Agitation oder Apathie können medikamentös positiv beeinflusst werden, *aber nur* in Kombination mit nicht-medikamentösen Therapieansätzen. In der Behandlung von Personen mit Demenz hat sich seit einigen Jahren die Meinung durchgesetzt, dass klassische Neuroleptika *nicht* die Medikamente der ersten Wahl sind. Haloperidol als typisches, klassisches Neuroleptikum sollte, wenn überhaupt, nur kurzfristig eingesetzt werden. Alle typischen Neuroleptika verursachen extrapyramidale, schwer wiegende Nebenwirkungen wie Dyskinesien, erhöhte Sturz- und Aspirationsgefahr. Bei Personen mit Demenz sollten, wenn notwendig, atypische Antipsychotika zur Anwendung kommen: Risperidon, Olanzapin, Zotepin, Quetiapin, Clozapin, Ziprasidon. Dabei ist es die schwierige Aufgabe der Pflegenden, dafür zu sorgen, dass die Person mit Demenz genug trinkt. Da eine Hypotonie auftreten kann, sollte der Blutdruck im Auge behalten werden.

- Symptome wie Wandering, Rufen, Sammeln, Schreien, Stereotypie und Persönlichkeitsänderungen können medikamentös kaum beeinflusst werden.

Neben der medikamentösen Therapie haben nichtmedikamentöse Ansätze einen zentralen Stellenwert, da sie im Extremfall rund um die Uhr Betreuung gewährleisten müssen.

#### 4.6 Nichtmedikamentöse Betreuungsansätze

Die Alzheimer-Demenz scheint kein natürlicher Endpunkt des normalen Alterungsprozesses zu sein, da die Prävalenz der Alzheimer-Demenz bei sehr alten Menschen wieder absinkt. Eine möglichst frühzeitige Aktivierung des Patienten scheint die kompensatorischen Wachstumsprozesse im Gehirn zu unterstützen und ermöglicht eine geschickte Nutzung vorhandener Leistungspotentiale, die die Alltagskompetenzen verbessern. Allgemein gilt, dass die Wirksamkeit kognitiver Therapiemöglichkeiten mit dem Schweregrad der Demenz abnimmt, besonders bei schweren Formen sind kognitive Interventionsstrategien nur mehr äußerst begrenzt wirksam. Daraus resultiert: Welche kognitiven Interventionen sinnvoll sind oder wie ein kognitives Therapieprogramm gestaltet werden soll, hängt hauptsächlich vom Schweregrad der dementiellen Erkrankung ab.

Unabhängig davon, welches therapeutische Prozedere gewählt wird, sind folgende grundlegenden Leitlinien zu berücksichtigen:

- Gleichermaßen Berücksichtigung der Leistungs- wie der emotionalen Ebene: Personen mit leichten Demenzformen registrieren ihre Defizite häufig noch sehr klar und reagieren darauf mit depressiven Verstimmungen, die ihrerseits die Leistungsebene stark behindern, und mit „Flucht vor Konkretheit“, Überfreundlichkeit und Ungeduld. Diese Personen wollen sich nichts anmerken lassen. Bei Personen, die unter mittleren und schweren Demenzformen leiden, wird der Aspekt der emotionalen Geborgenheit vorrangig.
- Die ständige, behutsame Reflexion der emotionalen Komponente, das Verstehen des Patienten in *seiner* Welt, die Toleranz, die Empathie und die vertrauensvolle Beziehung sind Voraussetzung für den Erfolg einer Intervention.

Die Hauptziele der nichtmedikamentösen Betreuung **im Frühstadium** der Demenz lauten:

- Ressourcen gezielt zu suchen und als Kompensation für zunehmende Schwäche einzusetzen.
- Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.
- Wortfindungs- oder Benennungsstörungen und/oder die Generalisierung nicht zu korrigieren.

- Wertschätzung vorzuleben, Misserfolge im Voraus so weit wie nur möglich zu vermeiden und die aufgebaute Schutzfassade zu respektieren.
- Gleichbehandlung: Die Person mit Demenz bleibt ein gleichberechtigter Partner.
- Gewohnte Tagesrhythmen und -strukturen beizubehalten. Einfach mehr Zeit berechnen und eine Adaptationszeit einbauen.
- Eskalation einer Problemsituation und/oder Konfliktsituation zu vermeiden und es später noch einmal zu versuchen.
- Sinnestäuschungen durch klare, helle und gut beleuchtete Umgebung vorzubeugen.
- Vermeidung von Defizitbetonung, die nur zur Frustration, Scham, Konflikten und Verlust des Selbstwertgefühles führen.
- Vermeidung von destruktiver Kritik, permanenter Fehlerkorrektur und Testfragen, die nur zu verstärkter Depression, Stimmungslabilität und Aggressivität führen können.
- Ruhe zu bewahren, denn Ruhe fördert Ruhe; Hektik fördert Unruhe und Ungeduld.
- Hilfe nur dort anzubieten, wo sie notwendig ist, keine Aufgabe zu übernehmen, die die Person mit Demenz noch gerne und selbst gestalten kann.
- Nicht zu verkindlichen und nicht zu bevormunden: Die Person mit Demenz wird sehr feinfühlig und spürt sofort eine Missachtung ihrer Persönlichkeit, eine Verletzung ihrer Selbstbestimmung und eine Nicht-Beachtung ihrer Biografie, ihrer Erfahrungen und ihrer Expertise.

Die Hauptziele der nichtmedikamentösen Betreuung **im mittleren Stadium** der Demenz lauten:

- Die Reduzierung des tiefgreifenden und existentiellen Leidensdrucks. Die Person mit mittlerer Demenz spürt genau, dass sie ihrer Umwelt nicht mehr gewachsen ist. Sie kennt sich immer weniger aus. Sie kann die Logik, da sie nur in unmittelbarer Gegenwart lebt (Verlust des Kurzzeitgedächtnisses), nicht mehr verstehen. Dies alles erzeugt eine ungeheure Angst und einen enormen Belastungsdruck. Die Umwelt wird zur Bedrohung, deswegen möchten sie oft diese räumliche Welt verlassen („Wandering, Flucht tendenz“). Genau dem gilt es entgegenzuwirken durch Sicherheit und Geborgenheit.
- Die Art der verbalen Kommunikation: langsamer Rhythmus, klare, kurze und eindeutige Sätze, warmer, beruhigender und vertrauens-erweckender Tonfall, keine Begründungsfragen: „Wieso, weshalb, weswegen, warum, wozu, ...?“ Diese Fragen können Personen mit einer mittleren Demenz nicht mehr beantworten und fühlen sich dadurch bedroht. Die Gefühlsebene ist hier wichtiger als die Inhaltsebene.

- Die Art der nonverbalen Kommunikation: aktives Zuhören: „Du bist es mir wert, dass ich Dir Zeit schenke“, zugewandte, offene Körperhaltung: „Ich bin jetzt ganz bei Dir“, Augenkontakt anbieten, ohne zu starren. Die Person mit Demenz muss die Möglichkeit erhalten, ihren Blick abzuwenden.
- Das Distanz-Nähe-Verhältnis: Keine Machtdemonstration, zum Beispiel durch ein geschlossenes Dienstzimmer, von oben herab befehlen oder durch Dienstkleidung, etc.; versuchen, die Aufmerksamkeit der Person mit Demenz durch gezielte Berührung, zum Beispiel am Oberarm, zu erlangen (Validation nach Naomi Feil®).
- Die Sinn- und Milieusprache der Person mit Demenz benützen, um eine Brücke zur inneren Welt der Person mit Demenz zu bauen.
- Die Person mit mittlerer Demenz benötigt Akzeptanz ihrer subjektiven Realität und nicht eine permanente Korrektur. Sie lebt im Hier und Jetzt ihrer inneren Welt. Möglicherweise weil unsere „logische“ Welt nur Angst und Unbehagen erzeugt.

Die Hauptziele der nichtmedikamentösen Betreuung **im fortgeschrittenen Stadium** der Demenz lauten:

- Die Art der verbalen Kommunikation: Die Person mit fortgeschrittener Demenz nimmt nur mehr die Gefühlsebene der verbalen Kommunikation wahr. Ihre verbale Kommunikation wird für uns immer schwieriger zu verstehen sein: Sie basiert auf einer disruptiven Kommunikation wie Weinen, Jammern, leise Stöhnen, etc.
- Die Art der nonverbalen Kommunikation: beobachten, beobachten und noch einmal beobachten: Was könnte das Verhalten der Person mit fortgeschrittener Demenz mir mitteilen wollen?
- Die Basale Stimulation® als Grundelement der Pflege zu nehmen: klare Begrüßungs- und Abschiedsrituale verwenden, auf konstante und eindeutige Berührungen achten, eine Atmosphäre der Geborgenheit, Sicherheit und Wärme aufbauen und klare Körperkonturen vermitteln.
- Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz weisen Personen oft eine Hyperoralität auf im dem Sinne, dass alles mit dem Mund erfasst werden muss. Diese Hyperoralität soll ausgenützt werden, um die Ernährung gewährleisten zu können. Die Basale Stimulation® als Grundelement der Ernährung einbauen: alle Sinne vor dem Essen ansprechen, um den Speichelfluss zu beeinflussen. Das Essen soll eine genussvolle Angelegenheit sein und hier ist sowohl die Biografiearbeit als auch die Kreativität gefragt: Womit könnten wir der Person im fortgeschrittenen Stadium der Demenz eine Freude machen? Viele kleine Mahlzeiten ermöglichen meistens eine den Bedürfnissen entsprechende Ernährung.

Unter nichtmedikamentöse Therapien fallen unter anderem:

- die Validation nach Naomi Feil®
- die Basale Stimulation®
- die psychologische Betreuung
- die Musiktherapie
- die Aktivierungstherapie
- die Soziotherapie und Milieuthherapie
- die Tiertherapie
- die heilende Erzählweise
- die Reminiszenz-Gruppen
- die Verhaltenstherapie
- Snoezelen

#### 4.6.1 Die Validation nach Naomi Feil®

Naomi Feil definiert Validation so:

*„Validation ist eine Kommunikationsmethode, mittels derer man lernen kann, mit solchen sehr alten Personen, die an der Alzheimer-Krankheit bzw. damit verwandten Formen von geistiger Verwirrtheit leiden, in Verbindung zu treten und zu bleiben.“ (Feil 2007, S 44)*

- Validation, „Wertschätzung“, ist eine Kommunikationsmethode, die den Schwerpunkt auf die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse des hochbetagten Menschen legt. Validation trägt wesentlich dazu bei, jedem bis zuletzt ein Leben in Würde zu ermöglichen.

Naomi Feil nennt 8 Prinzipien der Validation:

- „Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einem vertrauten Zuhörer validiert werden, verringern sich.“
- „Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden immer stärker und können ‚vergiftend‘ wirken.“
- „Frühe, bewährte und emotionale Erinnerungen bleiben auf einer bestimmten Stufe im hohen Alter übrig.“
- „Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen.“
- „Wenn die Sehstärke nachlässt, sehen sie mit dem ‚Inneren Auge‘. Wenn das Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.“
- „Menschen haben mehrere Bewusstseinsebenen.“
- „Wenn die reale Gegenwart zu schmerzlich wird, helfen sich einige sehr alte Menschen selbst, indem sie sich in sich zurückziehen und Erinnerungen aus der Vergangenheit wiederbeleben.“
- „Gefühle aus der Gegenwart können ähnliche Gefühle aus der Vergangenheit hervorrufen.“ (Feil 2007, S 47).

Validation wurde für Personen mit primär seniler Demenz entwickelt. Wobei Naomi Feil selber nicht von Demenz spricht (außer sie wird von der Außenwelt dazu gezwungen), sondern von Personen mit Verwirrtheit. Validation wurde ursprünglich nicht für Personen mit präseniler Demenz, Personen mit Geisteskrankheiten in ihrer Krankheitsgeschichte, Personen mit geistiger Behinderung oder für Personen, die Alkoholprobleme haben, gedacht. Da kann Validation, wenn überhaupt, nur kurzfristige Besserung ermöglichen.

Validation eignet sich als Begegnungsmethode für alle unglücklichen Menschen, die, aufgrund ihres hohen Alters, die Kontrolle über ihr Leben schwinden fühlen. Wenn eine Pflegeperson validiert, holt sie die Personen mit Demenz dort ab, wo sie zuhause sind, nämlich auf der Gefühlsebene. Die Pflegeperson respektiert die Person mit Demenz so, wie sie ist und will sie weder ändern noch eines Besseren belehren, dadurch kann die Person mit Demenz ihr Selbstbewusstsein langsam zurückgewinnen. Die Person mit Demenz kann ihre Gefühle zeigen und Schmerzhaftes loslassen, wieder Fuß fassen und ihren Platz im Leben finden. Die Pflegeperson kann durch Validation die Grundlage für eine tragfähige Beziehung aufbauen, Bedürfnisse, Wünsche, Ängste und Gefühle der Person mit Demenz besser verstehen. Sie wird zur Ansprech- und Gesprächspartnerin, ohne ihr ständig ihre Wahrheit und ihre Wirklichkeit aufdrängen zu wollen.

Validation basiert auf drei Grundhaltungen:

- Akzeptanz („Ich akzeptiere und respektiere Dich wie Du eben bist.“)
- Empathie („Ich fühle mit Dir.“)
- und Kongruenz („Ich begegne Dir aus der Wahrheit meines eigenen Herzens.“)

Naomi Feil unterscheidet vier Validationsstadien:

- *Mangelhafte oder unglückliche Orientierung*: Die Person mit Demenz will die Realität, die Kluft zwischen ihrem Selbstbild und der Realität nicht wahrnehmen und akzeptieren. Niemand darf ahnen, dass sie die Kontrolle über körperliche und geistige Funktionen verliert. Die Betroffenen spüren genau, dass „etwas mit ihnen nicht mehr stimmt“, und wehren sich mit untauglichen Mitteln. Die Pflegeperson wiederholt die Kernaussagen mit eigenen Worten, stellt W-Fragen (wie, wo, was, wann, wer), spricht im gleichen Tempo, gleichen Tonfall, benützt ihre Körpersprache und behält Distanz.
- *Zeitverwirrtheit*: Die Person mit Demenz zieht sich zurück und verliert die Gegenwart aus den Augen. Sie taucht immer tiefer in die eigene Vergangenheit ein, die wieder gegenwärtig wird. Die Konzentration und die Sprache lassen nach, neue Wortschöpfungen entstehen, die Zeit hat ihre Bedeutung verloren, Schritte und Bewegungen

sind nicht mehr zielgerichtet. Die Handtasche, der Hut, die Geldbörse werden zu Symbolen für Sehnsüchte. Die Pflegeperson soll der Person mit Demenz in die Augen schauen, den Blickkontakt bewusst suchen. Sie reagiert auf die Nähe/Distanz, die die Person mit Demenz signalisiert. Die Pflegeperson wiederholt die wesentliche Aussage wörtlich und mit dem gleichen Tonfall. Die Pflegeperson verabschiedet sich und sagt, wann sie wiederkommt.

- *Sich wiederholende Bewegungen*: Die Person mit Demenz zieht sich noch mehr zurück und hört mit der Zeit ganz auf zu sprechen, da sie sich unverstanden, einsam und unglücklich fühlt.
  - Das Verhalten scheint oft völlig unbegreiflich und frustrierend („Man kann mit ihm überhaupt nichts mehr anfangen.“).
  - Sie reagiert mit Abwehr auf Pflegemaßnahmen („... Ich verstehe nur Dusche und weiß, dass das jetzt dran ist, .... wo ich doch gar nicht duschen will, nie habe ich früher geduscht, immer nur gebadet und das auch nur einmal pro Woche.“) (Flemming 1995).
  - Die Inkontinenzeinlagen werden zerstückelt („Ich ziehe die ganzen Hosen schon mal runter, dann geht es schneller, wenn die Nachtschwester kommt.“) (Flemming 1995).
  - Die Person mit Demenz neigt scheinbar grundlos zu Aggressionsausbrüchen („... diese [Schwester, M.W.-L.] hier, die mich an der Hand hält, hat genauso blonde lange Haare wie Elfriede, [meine Schwester, M.W.-L.] komm, lass mich mal fühlen, wie weich die sind ...“) (Flemming 1995).
  - Stereotype Bewegungsfolgen kommen mehr und mehr zum Vorschein wie sorgfältig Wäsche glätten und falten (sie hat in einer Wäscherei gearbeitet). Diese bekannten Bewegungen geben Halt in einer fremd gewordenen Welt, die Angst, Unsicherheit und Langeweile verursacht. Die Pflegeperson soll sich langsam und möglichst von vorne annähern. Sie soll den Blickkontakt suchen, Kontakt durch Berührung aufnehmen und sich dem Rhythmus der Person mit Demenz anpassen.
- *Vegetieren oder Vor-sich-hin-Dämmern*: Die Person mit Demenz hat sich vollständig in ihr Inneres zurückgezogen, da sie im vorigen Stadium unverstanden geblieben ist. Die Person mit Demenz liegt oft in Embryonalstellung im Bett. Sie scheint teilnahmslos, blicklos und reagiert kaum mehr auf Ansprache oder Berührung. Sie ist noch am Leben und die Pflegeperson soll unbedingt weiterhin Wärme, Sicherheit und Nähe vermitteln.

Je nach Stadium werden verschiedene Validationstechniken verwendet:

- *Zentrieren*: Die Pflegeperson muss mit sich selbst im Gleichgewicht sein, nur so kann sie der Person mit Demenz einführend aktiv zuhören. Konkret bedeutet dies: kurz durchatmen, die vorherige Patientin, Bewohnerin hinter sich lassen und sich ganz auf die neue Person einstellen.

- Vertrauen herstellen und Verwendung von klaren, neutralen, nicht wertenden Wörtern; mit wärmendem/r Tonfall und Stimme sprechen. Konkret bedeutet dies: keine Wieso-, Warum-, Weswegen-, Weshalb-Fragen stellen, die die Person mit Demenz mit ihren Gefühlen konfrontiert.
- Umformulieren: Die Validationsanwenderin wiederholt den Sinn eines Satzes und verwendet die gleichen Schlüsselwörter, den gleichen Tonfall und Sprachrhythmus wie die Person mit Demenz.
- Extreme einsetzen: Durch das Vorstellen des Schlimmstmöglichen kann die Person mit Demenz ihren Ärger ausdrücken und loslassen.
- Sich das Gegenteil vorzustellen und sich zu erinnern: ermöglichen der Person mit Demenz sich daran zu erinnern, welche Lösungsstrategien sie früher benutzte, um in ähnlich schwierigen Lagen zurecht zu kommen. Die Angst und das Unbehagen vor Unbekanntem werden dadurch reduziert.
- Augenkontakt suchen, anbieten und halten bei Personen im fortgeschrittenen Stadium: Der Augenkontakt soll Wärme, Interesse, Geborgenheit und Sicherheit vermitteln.
- Mehrdeutigkeit benützen bei Personen, die nur mehr mit Worterfindungen, „Wortsalat“ verbal kommunizieren. Der Einsatz von Wörtern wie „er“, „sie“, „es“, „jemand“, lässt ihnen die Möglichkeit, weiterzuerzählen.
- Spiegeln bedeutet, die wiederholenden Bewegungen und Gefühle der Person im Stadium II oder III genau zu beobachten und wahrzunehmen. Gleichzeitig macht die Pflegeperson mit der Person mit Demenz diese wiederholenden Bewegungen respektvoll nach. Herausfordernden Verhaltensweisen sollte zunehmend mit nonverbalen Mitteln begegnet werden. Zehn Minuten konzentrierte körperliche Zuwendung kann die Agitiertheit für eine Stunde oder länger unterbrechen (Hicks-Moore/Robinson 2008).
- Das Verhalten der Person mit Demenz drückt ein Grundbedürfnis, das nicht erfüllt wird, aus. Naomi Feil nennt hier drei Bedürfnisse: Bedürfnis nach Liebe, Bedürfnis, nützlich zu sein und Bedürfnis, persönliche Gefühle auszudrücken. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, dieses Bedürfnis wahrzunehmen und versuchen zu decken.
- Das bevorzugte Sinnesorgan (sehen, hören, tasten, schmecken, riechen oder spüren) erkennen und benützen: berühren, Klang und Musik einsetzen, etc.

Dies verlangt sehr viel von den Validationsanwendern. Nicht jede Pflegende fühlt sich wohl dabei. Dann gilt hier – wie überall in der Betreuung und Pflege von Personen mit Demenz – der Grundsatz: Nur wenn ich wirklich bereit bin, der Person mit Demenz wertschätzend zu begegnen, handle ich *für* und *mit* der Person mit Demenz. Dies ist eine Grundhaltung, die notwendig ist, um überhaupt mit Personen mit Demenz und ihren Angehörigen zu arbeiten.

#### 4.6.2 Die Basale Stimulation®

Christel Bienstein und Andreas Fröhlich sind die Begründer des konzeptuellen Modells der Basalen Stimulation. Für sie bedeutet basal, „dass wir uns der einfachsten und elementarsten Möglichkeiten bedienen wollen, um einen anderen Menschen zu erreichen und mit ihm in Kontakt zu treten“ und Stimulation steht für „Angebot“. Für sie ist „jeder Mensch Subjekt und die bestimmende Größe seiner persönlichen Entwicklung.“ (Bienstein/Fröhlich 2007, S 9 und 17f). Kern der Basalen Stimulation ist eine respektvolle Begegnung im gemeinsamen Handeln. Das erste, ausdrückliche Ziel dieses konzeptuellen Modells ist das Leben zu erhalten. Weitere Ziele sind die Anregung und Begleitung von Menschen mit Einschränkung in den kognitiven Fähigkeiten wie Wahrnehmung und Kommunikation in besonderen Lebenssituationen. Basale Stimulation ist immer interaktiv. Die Pflegeperson muss die Person mit Demenz immer gut beobachten, ihre Aktivitäten berücksichtigen und sehr genau zuhören. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, die Selbstheilungskräfte, die in der Person mit Demenz selbst stecken, zu suchen und eine Umwelt zu schaffen, in der die Person mit Demenz ihre vorhandenen Ressourcen und Kräfte einsetzen kann. Nur so hat die Person mit Demenz eine Chance, das Gleichgewicht in ihrer Integrität zu finden. Nur wenn die Person mit Demenz sich wahrgenommen und verstanden fühlt, wird sie vertrauen können und motiviert sein, aktiv und selbständig zu werden. Die folgenden Ziele der Basalen Stimulation sind aus der Sicht der Person mit Demenz zu verstehen:

- Das eigene Leben spüren und gestalten
- Sicherheit erleben und vertrauen können
- Achtung, Würde, Respekt und das Streben nach Autonomie werden erlebt
- Als ganzer Mensch mit allen Gefühlen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Eigenarten, Charakterzügen, Verwirrtheiten wahr- und ernstgenommen werden
- Den eigenen Rhythmus entwickeln
- Die Außenwelt erfahren
- Beziehung aufnehmen und begegnen
- Autonomie und Verantwortung wieder entdecken
- Dem Leben einen Sinn geben.

Die Person mit Demenz – wie jede andere Person – übernimmt auch in der Sterbephase den wesentlichsten Anteil. Als Begleiter können wir nur Angebote zur Erleichterung des Weges anbieten und eben begleiten und sollen nie führen oder befehlen. Wir wissen nicht, wohin die Reise geht.

Basale Stimulation ist ein körperorientiertes, konzeptuelles Modell, das versucht, den Kontakt zu sich selbst und zur Umwelt zu erhalten. Ohne

eigene Bewegungsfähigkeit kann sich die Person mit Demenz nicht mehr selbst spüren. Wenn sie sich nicht mehr körperlich spürt, dann kann sie sich nicht mehr erfahren und wahrnehmen. Mit dem Körperbild verschwinden die Wahrnehmung und der Wissensverlust im Hier und Jetzt. Da setzt die Basale Stimulation ein. Sie bietet durch Sinnangebote Körperwahrnehmung an. Die verlorene eigene Bewegungsfähigkeit wird durch be-rührt und be-tastet werden, lauschen, riechen, sehen und spüren ersetzt. Die Person mit Demenz bleibt als Subjekt der Pflege eigenaktiv, so selbstständig und so selbstbestimmt wie nur möglich. Sie bedarf in ihrer sehr individuellen Jetztsituation der Hilfe, um ihre Ziele zu erreichen. Die zentrale Perspektive ist die der Person mit Demenz, ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden und nicht die pflegerische Aktivität aus dem Berufsleben der Pflegenden.

Hier ist wieder sehr ersichtlich, wie Validation nach Naomi Feil<sup>®</sup>, Basale Stimulation<sup>®</sup>, Palliative Care, Palliativpflege, geriatrische Pflege, Betreuung und Begleitung von Personen mit Demenz auf einem gemeinsamen, unabdingbaren Menschenbild basieren: der Achtung der Würde jedes Menschen und dem Respekt vor jedem Individuum. Diese Grundhaltung ist das Fundament jeder Arbeit mit Personen mit besonderen Bedürfnissen wie hier exemplarisch die Person mit Demenz.

#### ***4.6.3 Die psychologische Betreuung***

Als Parameter gelten das subjektive Wohlbefinden des Patienten, die Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung und die Unterstützung aller Beteiligten.

Die psychologische Betreuung orientiert sich am jeweiligen Stadium der Alzheimer-Demenz, den Ressourcen und Fähigkeiten, der Tagesverfassung und der Biografie des Patienten, am Betreuer und am Ort der Betreuung. Die Maßnahmen sollen in den Alltag eingebaut sein und dürfen zu keiner Überforderung oder Unterforderung bzw. zu keiner Zwangsbeglückung des Patienten führen. Sie sollten, besonders bei häuslicher Betreuung, mit den Angehörigen abgesprochen werden (Familienkonferenz).

Im Frühstadium führt die Beeinträchtigung kognitiver Leistungen wie Gedächtnis, Intelligenz und Sprache zu einer existentiellen Bedrohung des Selbst mit tiefgreifenden psychischen Folgen für den Alzheimerpatienten. Es entsteht ein Teufelskreis:

Der Kompetenzverlust führt zu einer Abnahme von Selbstbestimmung und Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung. Der Patient kann Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nicht miteinander in Bezug setzen, was zu einer Umdeutung der Realität führt. Diese Umdeutung steht nicht mehr im Einklang mit der Sichtweise seiner Mitmenschen. Dies

erschüttert sein Selbstvertrauen und sein Selbstwertgefühl. Zusätzlich erschwerend ist ein Fortschreiten der Sprachstörungen, die die verbale Kommunikation fast unmöglich macht. Der Patient zieht sich zurück, lebt isoliert, wird noch unsicherer und vermeidet mehr und mehr unangenehme Situationen. Dieses Vermeidungsverhalten führt zu Passivität. Vorhandene Ressourcen werden nicht genutzt. Der Nicht-Gebrauch von Fähigkeiten begünstigt weitere Kompetenzverluste („use it or lose it“).

Im Frühstadium ist eine verbale Psychobetreuung zur Problembewältigung möglich, aber je mehr die Demenz voranschreitet, um so mehr gewinnt eine nonverbale Therapie an Bedeutung.

Unter Krankheitsbewältigung oder Coping ist die Gesamtheit der Prozesse zu verstehen, die dazu dienen, bestehende oder erwartete Belastungen – hier im Zusammenhang mit der Alzheimer-Demenz – emotional, kognitiv oder aktiv aufzufangen, auszugleichen und zu meistern.

Andreas Kruse (1987) spricht von vier kognitiven Reaktionsmöglichkeiten nach einem Schlaganfall:

- Einen leistungsbezogenen, auf Veränderung in der Umwelt zielenden Reaktionsstil: aktive Auseinandersetzung mit veränderten Lebensbedingungen. Die Zukunft wird als veränderbar und gestaltbar erlebt.
- Einen akzeptierenden, auf innere Veränderung zielenden Reaktionsstil: Akzeptanz steht im Vordergrund. Die Zukunft wird neutral betrachtet.
- Einen resignativen, geringes inneres Engagement aufweisenden Reaktionsstil: Niedergeschlagenheit und Resignation stehen im Vordergrund. Zukunft wird negativ betrachtet.
- Einen von Enttäuschungen und Verbitterung bestimmten Reaktionsstil: ausgeprägte Niedergeschlagenheit und „Sich-Zurückziehen“ stehen im Vordergrund. Die Zukunft wird negativ betrachtet.

Diese vier kognitiven Reaktionsstile können auf alte Menschen und auf Menschen mit chronischen Erkrankungen übertragen werden. Es handelt sich um die ihrer Biografie entsprechenden Bewältigungsstrategien von Krisen und diese dürften die Folge einer lebenslangen Entwicklung sein.

Havighurst (1963) spricht von „developmental tasks“. Er meint, dass der Mensch im Lauf seines Lebens immer wieder mit Krisensituationen konfrontiert wird. Setzt er sich mit ihnen auseinander und lernt sie dadurch zu bewältigen, dann können sie einen Beitrag zur Zufriedenheit und zum erfolgreichen Lösen späterer Aufgaben leisten. „Falschlösungen“ führen zu Unzufriedenheit, möglicherweise zu Gesellschaftskritik und -ablehnung und erschweren das Lösen von Aufgaben im Alter.

Das Nicht-Lösen von Aufgaben kann zu Problemen in der Sterbephase führen. Der Sterbende hat noch Aufgaben zu lösen, die er aber jetzt nicht mehr lösen kann. Dies ist vergleichbar mit dem Validationsprinzip von Naomi Feil (<sup>5</sup>2007).

#### 4.6.4 Die Musiktherapie als Pflegeangebot

Musik kann eine starke Wirkung im positiven wie im negativen Sinn haben. Die potentiell schädliche Wirkung der musiktherapeutisch orientierten Pflegehandlung soll nicht unterschätzt werden, weshalb Musiktherapie in die Hände ausgebildeter Personen gehört. In der Palliativpflege von Personen mit Demenz wäre die Musik überflüssig, wenn Pflegenden und Betroffene mit Worten sagen könnten, was sie mit Musik so leicht ausdrücken können. Musiktherapie ist die gezielte und wissenschaftliche Anwendung der Musik zum Zweck therapeutischer und Schmerz lindernder Ziele (Strobel/Huppmann <sup>3</sup>1997). Musiktherapie vermittelt über das Gehörorgan die Ganzheit von Körper, Geist und Seele und versucht ein stabiles Gleichgewicht wiederherzustellen. Hier zeigen sich auch die ersten Grenzen der Musiktherapie: die Schwerhörigkeit bzw. die Taubheit.

Die Musiktherapie unterscheidet sich:

- in passiv rezeptive Musiktherapie: Die Person mit Demenz musiziert nicht aktiv oder singt nicht;
- in aktive Musiktherapie: die Person mit Demenz musiziert selbst;
- in gerichtete Musiktherapie: Es besteht eine genaue Indikationsstellung wie Unruhe für das therapeutische Vorgehen. Die Musiktherapie ist hier sehr situations- und persönlichkeitsorientiert;
- in ungerichtete Musiktherapie: Hier wird die Musiktherapie eher für eine größere Anzahl von Personen mit Demenz in einer Gruppe angewendet.

Mehrere Faktoren sind bei der Anwendung zu berücksichtigen:

- Das Tempo bestimmt, ob eine Musik als anregend, aufheiternd, aktivierend, stimulierend oder entspannend erlebt wird.
- Die Dynamik oder Lautstärke reicht von der Reizüberflutung bis zur Stille. Stille kann sowohl Angst erzeugen als auch eine besondere Art von gemeinsamen Erleben emotionaler Resonanz ergeben.
- Die Phrasierung oder Akzentuierung entspringt aus dem momentanen Gefühlsleben des Interpreten, dadurch entfaltet sie ihre unmittelbare, persönliche Wirkung.
- Die Tonlage und Oktavierung: Zu Mozarts Zeiten stand die Tonart g-moll für Traurigkeit und Kummer, die Tonart E-dur galt als strahlend, F-dur als pastoral und c-moll als tragisch.
- Die Registrierung als Wahl der Spielweise betrifft die improvisierte Musik.

- Die Fülle des Klanges.
- Die Klanggestaltung, die Klangfarbe des Instruments, der Stimme im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie sie genützt, gespielt werden.
- Die Wahl des Interpreten in Bezug auf Musik, die bereits auf Tonträger gespeichert wurde.
- Die musikalische Biografie der Person mit Demenz: Eine musikalische Anamnese sollte gezielt im Pflegeprozess eingebaut werden. Die Anamnese ist die Grundlage für eine Erfolg versprechende Musikintervention. Die Musiktherapie verlangt vom Anwender sehr viel Sensibilität, Empathie und Flexibilität, um gezielt, individuell, situations- und stimmungsentsprechend agieren zu können. Die positiven wie negativen Gefühle und Stimmungen, die beim Anhören von Musik geweckt werden, sollten als Anknüpfungspunkt für verbale und nonverbale Kommunikation dienen.

Wer sich mehr mit Musiktherapie auseinandersetzen möchte, sollte die Arbeiten des HNO-Arzes und Chirurgen Alfred Tomatis lesen. Die Tomatis-Methode zeigt die zentrale Bedeutung des Gehörorgans als direkte Verbindung zwischen der Außenwelt und dem Innersten, der Seele des Menschen. Diese direkte Verbindung wird in der Musiktherapie, in der Klangschalentherapie bzw. in der Klangmassage benützt. Sie dient als „Türöffner“ oder wie Naomi Feil sagen würde als „Fahrkarte“ zur inneren Welt der Person mit Demenz.

#### **4.6.5 Die Soziotherapie und Milieuthérapie**

Fast 79 % aller Alzheimerpatienten werden von ihren Angehörigen zuhause betreut. Die primären und sekundären Symptome der Demenz belasten die pflegenden Angehörigen sehr stark. Man darf nicht vergessen, dass pflegende Angehörige mehr als zehn (zwischen 10 und 14) Stunden am Tag mit Pflege und Beaufsichtigung verbringen (Georges et al. 2008).

Dies führt zu einer erheblichen Belastung der pflegenden Angehörigen. Die Pflege und Versorgung von Angehörigen mit einer Demenzerkrankung gehört zu den belastendsten Situationen, denen Familienmitglieder ausgesetzt sein können. Durch gemeinsames Besprechen und Bearbeiten von Problemen, die sich aus der Demenz ergeben, soll die Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner Umgebung gefördert und verbessert werden, da in der Praxis die Angehörigen von Alzheimerpatienten oft stärker unter den Auswirkungen der Verhaltensstörungen leiden als der Patient selbst.

Die Anforderungen an die Angehörigen übersteigen oft deren psychische und physische Kapazitäten (Burn-out-Syndrom). Auf diese Über-

forderung können Angehörige mit reaktiven, depressiven Zustandsbildern und quälenden Schuldgefühlen reagieren. Zusätzlich müssen soziale Beziehungen, die normalerweise über Belastungssituationen hinweghelfen und das Selbstwertgefühl und die eigene Identität sichern, aus Zeitmangel reduziert werden.

Eine sehr verbreitete Annahme ist, dass pflegende Angehörige Entlastung von Stress wünschen. Im Vordergrund steht oft aber nicht die Krankheit oder die Auswirkungen des Krankseins, sondern das gemeinsame Leben. Pflegende Angehörige wünschen sich oft „nur“ eine andere Qualität des Zusammenseins und nicht eine Entlastung als Trennung (Tageszentrum, stationäre Aufnahme). Hier ist genau zu schauen, was sich pflegende Angehörigen wünschen und warum sie glauben, dass die vorgeschlagenen Interventionen ihnen dabei hilfreich sein könnten (Zarit/Femia 2008).

Bei Ehepaaren wird durch die Erkrankung eines Partners das entstandene Gleichgewicht einer jahrzehntelang gelebten Beziehung gestört. Die Wünsche nach Sicherheit bleiben, müssen aber der neuen Situation angepasst werden. Eine intensive, prolongierte Trauerarbeit beginnt, die dadurch erschwert wird, dass der Partner noch am Leben ist. Es heißt Abschied nehmen in Etappen und neue Orientierungen in der Beziehung zum Kranken zu finden. Der Verlust der Beziehung zur Person mit Demenz wird von den Ehepartnern als sehr belastend erlebt (Searson et al. 2008). Diese Phasen verlaufen parallel zu den Sterbephasen nach Kübler-Ross (1971).

Elisabeth Kübler-Ross (1971, S 10) beschreibt folgende fünf Sterbephasen:

- Nicht-wahrhaben-Wollen
- Zorn, Wut
- Verhandeln
- Depression
- Resignation – Zustimmung

Diese Phasen bewegen sich in einer seelischen Dynamik, die im Hin und Her und Auf und Ab verläuft (nicht geradlinig). Jeder hat seinen eigenen, individuellen Trauerprozess zu leisten. Das Überspringen einzelner Schritte und/oder das Zurückpendeln auf eine frühere Stufe sind dabei die Regel.

Ziel der kognitiven Milieuthherapie soll sowohl die Vermeidung von Überforderung (und damit „Frustration“) als auch von Unterforderung (und damit „Langeweile“) sein. Sowohl Über- als auch Unterforderung verstärken Verhaltensstörungen bei Personen mit Demenz. Die Umweltge-

staltung soll auf die krankheitsbedingten Veränderungen eingehen und nicht versuchen, die Person mit Demenz an allgemein anerkannte Umweltnormen anzupassen. Der Rückzug des Alzheimerpatienten wird von den Angehörigen – besonders am Anfang – oft unbewusst verstärkt. Häufig bevormunden sie ihn, indem sie ihm mehr abnehmen als nötig. Da der Alzheimerpatient von sich aus ein Vermeidungsverhalten einer Blamage vorzieht, delegiert er gern. Beides führt zur Verstärkung der Inaktivität und damit zu einem unselbständigen Verhalten. Das gemeinsame Tun wird aber von pflegenden Angehörigen oft als Überlebensstrategie genützt. Ganz wichtig ist dabei für den pflegenden Angehörigen, dass die Person mit Demenz Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten wahrnehmen kann und dadurch das Gefühl hat, etwas Sinn- und Wertvolles dazu beizutragen (Vikström et al. 2008).

Die geistige Leistungsfähigkeit einer Person mit Demenz wird von ihrer Umwelt oft falsch eingeschätzt. Die Angehörigen und Betreuer verfälschen das „Nicht-mehr-Können“ in ein „Nicht-mehr-Wollen“ oder „Nicht-mehr-Dürfen“.

#### **4.6.6 Die Tiertherapie**

Tiere als Therapie könnten für tierliebende hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz eine geeignete Interventionsmaßnahme zur Förderung der Motivation und der Aktivierung sein. Die Anwesenheit des Therapiehundes könnte helfen, frühere Erinnerungen des Bewohners auszulösen und ermöglicht dadurch eine gemeinsame Verarbeitung der Vergangenheit. Die gezielte Tiertherapie könnte auch manche schwierige Eingewöhnungsphasen bei der Aufnahme in eine Langzeiteinrichtung erleichtern. Darüber hinaus könnte die beruhigende sensorische, emotionale und non-verbale Stimulierung durch den Einsatz des Therapietieres die innere Unruhe von hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz reduzieren (Weissenberger-Leduc 2001).

#### **4.6.7 Die Aktivierungstherapie**

Die Aktivierungstherapie ist die systematische Nutzung handwerklicher und künstlerischer Fähigkeiten eines Patienten unter starker Berücksichtigung biografischer Daten mit dem Ziel einer sinnvollen Alltagsbewältigung. Weiteres Ziel ist eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit. Schlafstörungen sind zum Beispiel ein bekanntes Begleitsymptom der Demenz. Geringe, vorstrukturierte und nicht zu intensive Aktivitäten können einige Aspekte des Schlafverhaltens ändern. Leichte, aber wiederholende Aktivitäten weisen einen positiveren Effekt auf kognitive Funktionen auf als leistungsorientierte und alle Kräfte beanspruchende Aktivitäten (Lindwall et al. 2008).

Jede natürliche Gelegenheit zum Gespräch (während der Essensausgabe, dem Wecken, dem Ankleiden, etc.) sollte genutzt werden. Bedeu-

tungsvolle Aktivitäten reduzieren Langeweile, Unruhe und negative Affekte wie Angst und Ärger. Bei den Aufgaben steht immer der Prozess und nie das Ergebnis im Mittelpunkt. Ziel ist es, die noch vorhandenen Fähigkeiten effektiver ins Spiel zu bringen (Jarrott et al. 2008).

Damit Personen mit Demenz von ihrer Umgebung profitieren können, sollte diese so anregend, angenehm und überschaubar wie möglich sein, dem Prinzip der Normalität entsprechen. Orientierung wird somit erleichtert und Verwirrung reduziert. Zum Beispiel: verschiedene Farbschwerpunkte in den verschiedenen Stockwerken, große Tageskalender, Geburtstagskalender, große, gut sichtbare Wanduhren, Namensschilder und Fotos an den Zimmertüren, etc.

Der Aufenthaltsraum sollte hell, freundlich, behaglich, nicht zu warm im Sommer, nicht zu kalt im Winter sein. Bequeme Sitzgelegenheiten sollten so gestellt sein, dass eine Interaktion gefördert wird. Helles Licht im Toilettenbereich, besonders in der Nacht.

#### **4.6.8 Die heilende Erzählweise**

Die Demenz wird begleitet von einem fortschreitenden Verschwinden der eigenen Identität. Die Erhaltung der eigenen Identität, die einem dynamischen Prozess unterworfen ist, kann in fortlaufenden Interaktionen, zum Beispiel des Erzählens, mit der sozialen Umgebung unterstützt werden (Ricoeur: Identität als narrative Identität). Hier übernimmt ein soziales Netzwerk anstelle der Person mit Demenz das Erzählen einer kohärenten Geschichte von sich selbst. Die Erzählenden streben nach einer möglichst positiven, kümmernden und heilenden Erzählform, die sich bemüht, stellvertretend die Identität der Person mit Demenz herzustellen. Diese Art der Kommunikation trägt zum Wohlbefinden der Person mit Demenz bei. Sie verpflichtet die Pflegenden, sich mit der Identität der Person mit Demenz auseinanderzusetzen, sie anzuerkennen und aktiv zu fördern (Crichton/Koch 2007). Eine Frage darf gestellt werden: Was bedeuten diese Erkenntnisse für Personen mit Demenz, die kein positives, soziales Netzwerk haben?

#### **4.6.9 Die Reminiszenz-Gruppen**

Das Wort „Reminiszenz“ kommt von *reminiscentia* und bedeutet Rück Erinnerung. Die Reminiszenzarbeit oder Erinnerungsarbeit zeigt bei Personen im Frühstadium der Demenz kurzfristige, positive Effekte wie eine Besserung der kognitiven Funktionen und eine leichte Verbesserung der Depressivität. Es wird vermutet, dass das Gefühl der Zugehörigkeit und die wechselseitige Unterstützung in der Gruppe diese positiven Effekte auslösen. Diese Reminiszenz-Gruppen müssen aber sehr sorgfältig geplant werden. Um eine kontinuierlich fortlaufende Wirkung erzielen zu können, müsste die Erinnerungsarbeit in den normalen Tagesablauf eingebaut werden (Wang 2007).

#### 4.6.10 Die Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist die Anwendung von Erkenntnissen der experimentellen und allgemeinen Psychologie, vor allem der Lerntheorie. Die Verhaltenstherapie beinhaltet Veränderungen der Umwelt und der sozialen Interaktion und weniger eine direkte Veränderung körperlicher Prozesse. Ziel ist die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten. Die Verhaltenstherapie soll menschliches Leiden und die Einschränkung menschlicher Handlungsfähigkeiten vermindern. Durch die Verhaltenstherapie werden bestehende, falsche (hemmende, blockierende) Verhaltensprogramme durch neue ersetzt, positiv erlebbare Aktivitäten aufgebaut und soziale Fähigkeiten verbessert. Leider wird in psychosozialen Studien selten untersucht, wie lange und in welcher Intensität eine Maßnahme durchgeführt werden muss, um einen Effekt zu erzielen.

Das zweite Problem ist, dass verhaltenstherapeutisch orientierte Schulungen von professionellen Pflegenden wenig Aussicht auf Erfolg haben, das herausfordernde Verhalten zu ändern und die Lebensqualität zu verbessern, wenn die Schulungen nicht mit dem soziokulturellen Kontext der Organisation und den Führungsfragen abgestimmt sind (Visser et al. 2008).

#### 4.6.11 Snoezelen

Beim Wort „Snoezelen“ handelt es sich um eine Kontamination aus der niederländischen Sprache. Das Wort setzt sich aus „snuffelen“ (schnüffeln, schnuppern) und „doezelen“ (dösen, schlummern) zusammen. Snoezelen wurde erstmalig in den 60er Jahren von Therapeuten in der Arbeit mit Personen mit schwerer geistiger Behinderung geprägt. Die Sinne sollen ganz gezielt, auf das Bedürfnis des Einzelnen abgestimmt, stimuliert werden. Beim Snoezelen erfolgt die Ansprache über die Sinne mit Hilfe von optischen, akustischen, olfaktorischen und haptischen Reizen sowie über die Gefühle. Hierzu sind eine angenehme Atmosphäre und ein Abgeschiedensein von Außenreizen nötig. Für die heutige Generation der hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz scheint Snoezelen nicht geeignet zu sein. Sie sind aufgrund ihrer Biografie die optischen, akustischen, olfaktorischen und haptischen Reize nicht gewöhnt. Snoezelen-Räume dienen derzeit vorrangig den Pflegenden, damit sie sich erholen und zurückziehen können. Die Umweltgestaltung muss sich an die Welt der Personen mit Demenz anpassen und nicht umgekehrt.

Wie aus den angeführten Beispielen ersichtlich, gibt es keine kognitive Standardtherapie. Bei allen diesen Ansätzen darf nicht vergessen werden, dass im Mittelpunkt immer die Person mit Demenz stehen muss

mit ihrem Wohlbefinden und ihrer Lebensqualität und nie die Wünsche der Pflegenden oder Betreuenden („Ich weiß, was für dich gut ist.“).

Die Behandlung *muss* individuell den Gegebenheiten des „Einzelfalles“ angepasst werden. Eine erste Maßnahme der Umfeldstrukturierung ist die Pflegeplanung, die schon zu Beginn der Krankheit erarbeitet werden muss. Möglichst alle beteiligten Personen sollen ihre Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Therapie und Pflege einbringen.

Damit individuelle Pflege von Personen mit Demenz stattfinden kann, ist ein hohes Maß an ethischer Verantwortung notwendig. Aber Pflegenden weisen erstaunliche Übereinstimmungen im Belastungserleben auf: Kern ist der „moralische Stress“, das nicht tun zu können/zu dürfen, was sachlich und fachlich erforderlich ist. Der Stress wächst mit dem Umfang des Wissens und dem Grad der Qualifikation. Je höher die Pflegenden ihre eigene Kompetenz einschätzen, desto geringer bewerten sie die Möglichkeiten, diese Kompetenzen auch einsetzen und Veränderungen umsetzen zu können. Dies würde bedeuten, dass ohne eine Organisationskultur – im Sinne von Empowerment und Gesundheitsförderung –, die den Blick auf die Autonomie und den Eigensinn der Lebenspraxis der Mitarbeiter richtet und ihnen bei der Suche nach einem Maß an Selbstbefriedigung und Selbstbestimmung, auch jenseits der Verwertungslogik des Arbeitsmarktes, ein unterstützender Wegbegleiter ist, die Pflegenden ihre Ressourcen, Fähigkeiten, Kreativität und Kompetenzen nicht einsetzen können.

#### 4.7 Demenz und Interaktion

*Dementia results from a number of physical causes but it cannot be fully explained by them. (...)*

*Rather, dementia is the result of the ways in which some older people are treated by those who care for them and by society at large, and also of the unique ways that dementing individuals deal with their damaged world. (Redfern/Ross 2004, S 525).*

Betrachtet man die Definition von Redfern und Ross, sieht man, dass Demenz sehr viel mit Interaktion zu tun hat, nicht nur in der Mikrowelt der Betreuung und Pflege, sondern auch auf der Ebene der Gesellschaft: Wie geht die Gesellschaft mit Personen um, die Demenz haben? Welche sozialen oder gesellschaftlichen Faktoren haben einen Einfluss darauf, ob eine Person mit Demenz noch in der Lage ist, Beziehungen zu unterhalten?

Trachtet man nach einer Erklärung für das Handeln der Person mit Demenz, dann müssen die Hintergründe, die zum Handeln führen, verstanden werden. Das traditionelle Paradigma ignoriert die Gehirn-

struktur, die entwicklungsbedingt ist und die mit den Erfahrungen und Copingstrategien der Person zusammenhängt. Möglicherweise ist die Demenz der einzig gangbare Weg, um Gefühle von Verlust und Bestürzung zu verarbeiten. Möglicherweise ist dies der einzige Weg, um in Beziehung zu bleiben.

*Der Mensch mit Demenz in einer stationären Einrichtung ist besonders gefährdet, die Kontrolle über sein Leben und seine Ich-Identität zu verlieren. (...)*

*Die Organisationsbedingungen der stationären Einrichtung können zusätzlich bewirken, dass noch bestehende Fähigkeiten eines selbstbestimmten Lebens nicht erkannt und nicht genutzt werden. Der Kontrollverlust verstärkt sich dann in der stationären Pflege durch organisationsbedingte Orientierungslosigkeit, durch Übernahme von Handlungen, die noch selbst vollzogen werden können und durch organisationsbedingte Fremdbestimmung. (BMG 2006, S 27 f).*

Zusätzlich darf nicht vergessen werden, dass jede Form von Beeinträchtigung der Sinne (z.B. schlecht sehen oder hören), eine Person daran hindert, Kontakt zu ihrem Umfeld „normal“ aufzunehmen. Sie wird dadurch auch weniger mit anderen kommunizieren. Neben den kognitiven Beeinträchtigungen verschlechtern sich auch die emotionale Steuerung und das Sozialverhalten.

Es muss für eine Person, die nicht mehr so leicht verbal kommunizieren kann, extrem schwierig sein, mit Schmerzen zurechtzukommen, besonders wenn sie die Ursachen nicht verstehen und die Schmerzen nicht mitteilen kann. Ein Harnwegsinfekt zum Beispiel ist nicht nur unangenehm, sondern auch schmerzhaft und bedeutet für die Person mit Demenz dadurch einen massiven Lebensqualitätsverlust. Oft werden die Harnwegsinfekte aber von dem Betreuungsteam nicht wahrgenommen. Nur das ungewöhnliche Verhalten wird gesehen und infrage gestellt. Die Suche nach dem Sinn dieses Verhaltens wird nicht oft genug aufgenommen: Welche Botschaft will die Person mit Demenz mit diesem konkreten Verhalten im Hier und Jetzt vermitteln? Was soll einen Ausdruck finden?

Diese Verhaltensprobleme werden oft mit einer Absprache des Person-Seins gekoppelt. Erstens ist das Bewusstsein von Personen mit Demenz nicht getrübt. Zweitens darf das Recht auf Person-Sein nicht durch wissenschaftliche Ergebnisse der Gehirnforschung (Das Manifest 2004, S 30ff) oder durch utilitaristische philosophische Meinungen untergraben werden. Leider bleiben derzeit die Ansätze, die sich beharrlich einer Biologisierung menschlichen Verhaltens entgegensetzen, noch in der Minderheit. Wird das Person-Sein abgesprochen, dann besteht die Gefahr, dass die Betreuung und Pflege der Person mit Demenz folgendermaßen aussieht:

*“Keeping people with dementia clean and comfortable. Meeting basic needs (food, clothing, toileting), providing a safe environment and giving physical care competently.” (Kitwood 1995, S 23).*

Im deutschen Sprachraum wurde dafür lange Zeit der Ausdruck „warm-satt-sauber“ verwendet. Die Person mit Demenz wird verobjektiviert.

Diese physische Pflege muss durch einen Versuch ergänzt werden, die Gefühle, Emotionen, Erfahrungen und Perzeptionen, welche die Person mit Demenz in ihrer inneren Realität erfährt, zu verstehen.

Die WHO denkt in die gleiche Richtung:

*„Wie sich die Beeinträchtigung äußert, hängt stark von den sozialen und kulturellen Gegebenheiten ab, in denen die betroffene Person lebt.“ (WHO 2000, S 60).*

Die Untersuchungen in einer psychiatrischen Klinik von Goffman (1978) machen aufmerksam auf den Prozess der „Dekulturation“ und die Notwendigkeit, für die „Insassen“ eigene Bereiche von Identität zu schaffen. Dies ist die Voraussetzung für ein Überleben unter den Bedingungen der Anstalt. Eine Flucht wie beispielweise die Depression, die Schizophrenie oder die Anpassung („paternalistische Unterwerfung“) an die Kultur der Anstalt mit vollkommener Zurücknahme eigener Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse wird als herausforderndes Verhalten klassifiziert. Dieses Verhalten wäre ein unmittelbares Resultat der Reaktionen auf eine Welt, deren Verlässlichkeit sich dauernd ändert.

*„In der Regel ist es eher der Kontext, der Verhalten erzeugt, weniger eine Überlegung oder Entscheidung der Bewohnerin oder des Bewohners oder die Eigendynamik der Erkrankungen.“ (BMG 2006, S 17).*

Gibt es Parallelen zwischen Goffmans Untersuchung in der Psychiatrie und der Kultur in Altersheimen? Der Mikroaspekt sozial ungesunder Umgebung kann durch bedrohte Sicherheit mit vielen Konflikten, mit Missbrauch und Gewalt gekennzeichnet werden. Diese bedrohte Sicherheit verhindert die Entwicklung sozialer Beziehungen.

## 5. Verhalten

Personen mit Demenz sind und bleiben soziale Wesen. Ihr Verhalten im Rahmen eines komplexen Prozesses versucht eine gemeinsame Wirklichkeit zu erzeugen, wo ein soziales Miteinander möglich ist. Wie wir gesehen haben, kann eine Person mit fortschreitender Demenz sich immer weniger an veränderte Umgebungsbedingungen anpassen, ihre Sprach- und Kulturressourcen versagen Stück für Stück. Die gemein-

same Wirklichkeit kann nicht mehr entstehen. Die Reihenfolge der Handlungen in der Interaktion stimmt nicht mehr. Die Konsequenz ist, dass die Umwelt sich auf die Bedürfnisse der Person mit Demenz einstellen soll. Geschieht dies nicht, dann treten Verhaltens-„Störungen“ auf als Ausdruck von Angst und Unsicherheit, als Reaktion auf die Fremdbestimmung und Abhängigkeit, aber auch als natürliches und angemessenes Verhalten ohne Unwohlbefinden.

Eine Differenzialdiagnostik ist unbedingt notwendig, da es Demenzformen als Begleiterkrankung einer behandelbaren Depression gibt. Die kognitiven Störungen nehmen bei erfolgreicher medikamentöser Therapie ab.

Diese vielen Ansätze zeigen,

- dass es keine allgemein gültige Klassifizierung von Verhaltensformen gibt
- dass die verschiedenen Aspekte auch gemeinsam auftreten können
- dass es nicht *einen* Weg der Beschreibung, der Erfassung geben kann
- dass jede Person mit Demenz unter dem Gesichtspunkt der Ursachenfindung ein Einzelfall ist.

## 5.1 Bestimmung von Begriffen

Im Zentrum der Verhaltensstörungen/Verhaltensauffälligkeiten stehen Phänomene wie Aggressivität, Agitation oder Apathie, Isolation oder Rückzugstendenzen, rastlose Unruhe und verbale Manifestationen.

In der Literatur gibt es keine einheitliche Definition oder Beschreibung für ein und dasselbe Verhalten.

*„Dies ist nicht unbedeutend für die weitere Arbeit und Diskussion, da die Wahl des Begriffs, des ‚Labels‘ für die Symptomatik den Umgang damit beeinflusst.“* (Halek/Bartholomeyczik 2006, S 22).

Halek/Bartholomeyczik haben eine Analyse der Begriffe durchgeführt. Die Beschreibungen im englischsprachigen Raum basieren auf einem intrinsischen Ursprung des Verhaltens:

*„Difficult, inappropriate, disruptive behaviour, problematic behaviour, behavioural disturbance, maladaptive, dysfunctional behaviour, aberrant, disordered behaviour and non-cognitive symptoms ...“* (Dies. 2006, S 22).

Souder spricht 1999 von störendem Verhalten („disruptive behaviour“) durch das intrinsische Verhalten des Bewohners als

einer beobachtbaren Aktivität, die von den Pflegenden wahrgenommen wird als entweder potenziell oder tatsächlich:

- selbst- oder fremd-gefährdend
- stressvoll, beängstigend oder frustrierend für sich selbst oder andere
- sozial nicht akzeptabel oder zur Selbst-Isolation führend (Souder et al. zitiert nach Halek/Bartholomeyczik 2006, S 22).

Wüllenweber spricht von Verhaltensauffälligkeiten, die zur Störung von Person-Umwelt-Beziehungen führen. Die Ursachen sind zu finden in einer Störung der sozialen Lernprozesse, in nicht angepassten Lebens- und Betreuungsbedingungen, in Beziehungsstörungen, in Verletzung von Selbstbestimmung, in psychosozialer Deprivation, in Isolation und Einsamkeit, in mangelnden sozialen Kompetenzen, in dem Bedürfnis, an die Umwelt zu appellieren, um auf die eigenen Bedürfnisse, auf die eigene Wirklichkeit aufmerksam zu machen und in dem Versuch der Gefühlsregulation (Wüllenweber 2001).

Pflegehelfer stufen Bewohner allgemein als schwierig ein, wenn sie den Tagesablauf stören und dadurch mehr Arbeit verursachen, wenn sie nicht kooperativ sind oder wenn sie für andere Bewohner unerträglich werden (Innes 1998 zitiert nach Halek/Bartholomeyczik 2006, 22).

1996 einigten sich 660 Experten der International Psychogeriatric Association (IPA) auf den Begriff „behavioural and psychological symptoms of dementia“ (BPSD):

*„Symptome gestörter Wahrnehmung, Denkinhalte, Stimmung oder Verhalten, die häufig bei Patienten mit Demenz auftreten.“* (Zitiert nach Halek/Bartholomeyczik 2006, 22).

Im Rahmen meiner Pflegephilosophie und meines Menschenbildes erscheint mir folgender Begriff des herausfordernden Verhaltens kongruent: „Challenging behaviour“ umfasst sowohl die intrinsischen als auch die extrinsischen Aspekte der Ursachen. Zusätzlich ist er im Prinzip wertneutral.

*Er verlagert die Ursache eher in einen interpersonellen Kontext, der ständigen Veränderungen unterliegt (Moniz-Cook 1998). Darüber hinaus macht diese Bezeichnung deutlich, dass es an der Interpretation des Partners einer Demenzkranken liegt, ob ein Verhalten als herausfordernd empfunden wird, und nicht primär an der Demenzkranken selbst.* (Halek/Bartholomeyczik 2006, S 22).

Es hängt sehr viel von der Interpretation des Interaktionspartners ab, ob und in welchem Ausmaß ein Verhalten als herausfordernd betrachtet und erlebt wird. Zum Beispiel erleben einige Pflegepersonen das „Um-

herlaufen“ als herausfordernd. Ein vermeintlich zielloses Gehen kann für die Person mit Demenz durchaus mit einem für sie sehr wichtigen Ziel verbunden sein. Je nach Absicht kann unterschieden werden, z. B. in zielgerichtetes Suchen mit dem Wunsch, eine Bezugsperson (Vertrautheit und Geborgenheit) aufzusuchen („Was suchen Sie in ihrer Tasche? Meine Schwester.“). Eine andere Absicht könnte darin bestehen, das Bedürfnis nach Beschäftigung und das Bedürfnis nach taktiler Reizempfindung zu stillen. Pflegepersonen sollen von der Beobachterperspektive hin zur Betroffenenperspektive wechseln. Nur so haben sie eine Chance, ein scheinbar herausforderndes Verhalten der Person mit Demenz verstehen zu können. Wird ein Verhalten als herausfordernd erlebt, dann kann eine Distanzierung zu der Person mit Demenz stattfinden. Diese Distanzierung und das Unverständnis seitens der pflegenden Person können zu einer negativen Verstärkung der Verhaltensweisen führen. Der Kreis ist geschlossen.

*Die Expertengruppe einigte sich auf den Begriff ‚herausfordernd‘, weil dieser Begriff Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a-priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch. (BMG 2006, S 14).*

Wann ist ein Verhalten aber herausfordernd?

- Wenn es eine Selbst- oder Fremdgefährdung gibt
- Wenn die Person mit Demenz als zu auffällig gilt. Sie respektiert nicht die „Spielregeln“ der sozialen Standards und Normen. Das Verhalten entspricht nicht der Norm und „fällt auf“
- Wenn das Verhalten beleidigend oder aggressiv wirkt
- Wenn die Interaktionspartner innerlich Frustration, Angst oder Ärger spüren
- Wenn die Interaktionspartner sich hilflos fühlen, da die auffällige Verhaltensweise unvorhersehbar und dadurch unkontrollierbar ist.

Es ist auch eine Frage der Dauer, der Intensität und der Häufigkeit.

Die Zahlen über verschiedenes herausforderndes Verhalten sind genauso wie die Zahlen über Demenz sehr uneinheitlich in der Literatur und kaum vergleichbar. So zum Beispiel variiert die Häufigkeit des Herumwanderns je nach Population zwischen 3 % und 53 %. Die Häufigkeit mindestens einer Verhaltensauffälligkeit liegt zwischen 46 % und 72 %, je nach Erhebungsinstrument. Die Prävalenz von körperlicher Aggression liegt zwischen 31 % und 42 %. (BMG 2006, S 9f).

Verhalten überhaupt, insbesondere auch herausforderndes Verhalten, ist eine soziale Konstruktion, die aus dem Interaktionsprozess zwischen den sozialen Normen der Gesellschaft einerseits und dem Subjekt mit seiner eigenen Persönlichkeit, seinen Voraussetzungen, seiner Ge-

schichte und seinen Selbstorganisationsmöglichkeiten andererseits entsteht.

*„Wir gehen daher davon aus, dass Verhalten immer sinnvoll und systemhaft ist, weil es der Ausdruck sinnhafter und systemhafter Prozesse des Psychischen ist.“ (Jantzen 2001, S 40).*

Was meint Jantzen damit? Jantzen knüpft an Wittgenstein an und meint, dass u. a. die interne Logik der Person mit Demenz von der externen Logik des Umfelds bewertet wird. Das Umfeld, die Gemeinschaft kann die Logik der Person mit Demenz, die sich in der verbalen und non-verbalen Sprache ausdrückt, negieren oder ignorieren. Sie kann ihr die Anerkennung verweigern. Sie kann sie als sinnlos einstufen oder als barbarisches<sup>1</sup> Verhalten betrachten. Sie kann ihr die Anerkennung bewilligen oder sie kann versuchen, sie zu verstehen. Jeder Mensch ist aber auf Anerkennung durch die umgebende Welt angewiesen. Findet diese Anerkennung nicht statt, muss er sein Verhalten ändern.

Die Person mit Demenz flüchtet umso mehr in ihre eigene Welt, je weniger ihre umgebende Welt bereit ist, ihr Verhalten (das für sie immer einen Sinn hat) als sinnhaften Ausdruck ihrer menschlichen Psyche wahrzunehmen. Diese Welt ist für die Person mit Demenz nicht mehr vertrauensvoll und verlässlich. Wie soll die Person mit Demenz auf sich aufmerksam machen, wenn ihre sinnvolle Kommunikation über Probleme, Bedürfnisse, Gefühle nicht verstanden wird? Sie muss ihr Verhalten ändern, um auf sich aufmerksam zu machen. Das Problem dabei ist, dass das Umfeld oft nicht in der Lage ist, diese Signale richtig zu deuten. Das Umfeld sieht nicht oder versteht nicht, was die Ursachen bzw. Auslöser für diese logische Verhaltensänderung sind. Die Logik der inneren Welt der Person mit Demenz findet „keine Koppelung mehr an die Logik in der Welt und damit an den Sinn in der Welt.“ (Jantzen 2001, S 41).

Die Vernunftfähigkeit wird dadurch der Person mit Demenz abgesprochen, da ihr Verhalten weder logisch noch sinnvoll ist. Um auf diese komplexen Probleme menschlich zu reagieren, ist es nötig, den Prozess ihrer Entwicklung zu rekonstruieren. Die Pflegenden sind einerseits aufgefordert, genau und präzise das Verhalten zu beobachten, und andererseits müssen sie die Biografie des Patienten kennen und verstehen.

Fragen, die zu stellen sind:

- Was waren die Bedingungen, die die Person mit Demenz in ein völlig anderes Verhältnis zur Umgebung, zum gegebenen Umfeld gesetzt haben?

---

<sup>1</sup> Barbarisch im griechischen Ursprungssinn „barbaroi“: Barbaroi waren diejenigen, deren Sprache die Griechen nicht zu verstehen in der Lage waren, da sie nicht der griechischen Sprache mächtig waren.

- Welche Gewalt erfahren die Personen mit Demenz?
- Gewalt im Sinne von: Was erlebt die Person mit Demenz dadurch, dass die Gemeinschaft ihre innere Logik nicht anerkennt (Identität wird abgesprochen)?
- Welche Denk- und Handlungsstrukturen legen Pflegepersonen an den Tag?

Stellen sich Pflegepersonen diese Fragen nicht, dann ist eine konkrete Hilfe bei herausforderndem Verhalten nicht möglich. Das herausfordernde Verhalten kann zunehmend zum Problem werden, rückt als Störfaktor in den Mittelpunkt der Betrachtung und kann ohne Medikamente (als Prophylaxe) nicht mehr bewältigt werden bzw. die Person mit Demenz wird mehr und mehr in ihrer eigenen Welt leben mit eigenen Gedanken und eigener Sprache (Rückzug). Es wird immer schwerer werden, mit ihr Kontakt aufzunehmen (Isolation).

*„Je weniger ein Mensch über sozial anerkannte Formen sozialer Kompetenz verfügt, umso eher wird er versuchen, unter Einbeziehung sozial abweichender oder stigmatisierter Formen, seine Selbstbestimmung wiederherzustellen.“ (BMG 2006, S 14).*

In dieser Phase ist es vor allem wichtig, dass die Pflegepersonen ihre Angst vor dem herausfordernden Verhalten verlieren und angeregt werden, sich von Zeit zu Zeit über die Kompetenzen bzw. Ressourcen der Person mit Demenz (Fallbesprechungen) auszutauschen. Die Stärkung der Kompetenz muss für die Person mit Demenz und ihre nächste Umgebung gelten.

Da jedes Verhalten Ursachen hat, muss die Suche nach diesen Gründen die erste Handlungsmaxime sein.

*“It is important to understand the meaning of such [challenging, M.W.-L.] behaviour and to address the need which is unfulfilled.” (Redfern/Ross 2004, S 526).*

Die Experten der Rahmenempfehlungen schlagen vor, sich das amerikanische NDB-Modell (**n**eed **d**riven **d**ementia **c**ompromised **b**ehaviour model; bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz) näher anzuschauen.

*„Das Modell dient als Hilfsmittel für eine verstehende Diagnostik“ ...  
„Es handelt sich um ein Modell, das den gegenwärtigen Stand des Wissens zu bündeln versucht.“ (BMG 2006, S 15).*

Das Modell, das in den 1990er Jahren entwickelt wurde, ist nicht abgeschlossen und nicht vollständig aber es versucht systematisch das herausfordernde Verhalten zu verstehen.

Die Hintergrundfaktoren helfen, Risiken zu erfassen, können aber kaum durch Eingreifen beeinflusst werden. Die proximalen Faktoren lösen

das herausfordernde Verhalten aus und sind eher beeinflussbar. Die Konsequenz dieses NDB-Modells wäre, dass Pflegepersonen herausforderndes Verhalten immer auch unter der Perspektive eines Anpassungsversuchs genau beleuchten. Dabei soll der Beitrag von Pflegebeziehung, Pflegeumwelt zu dem Verhalten der Person mit Demenz betrachtet werden, um zu vermeiden, dass Symptomzuschreibungen individualisiert werden.

*Bestimmte Verhaltensweisen, wie Leben in der Vergangenheit, anklammerndes (Bindungs-)Verhalten, Apathie und vollständiger Rückzug dienen dem Verlangen, mächtige Gefühle wie Angst, Trauer, Verzweiflung zu bewältigen und sich zu schützen. (BMG 2006, S 16f).*

Das NDB-Modell basiert auf zwei Arten von Faktoren:

### **Hintergrundfaktoren**

Neurologischer Status

- Tag-Nacht-Rhythmus
- Motorische Fähigkeiten
- Gedächtnis, Sprache
- Sensorische Fähigkeiten

Gesundheitsstatus, demographische Variablen

- Allgemeinzustand
- ATLS/AEDL
- Gemütsstimmung
- Geschlecht, Volksgruppe, Familienstand, Schulbildung, Beruf

Psychosoziale Variablen

- Persönlichkeit
- Verhaltensreaktion auf Stress

### **Proximale/Nahe Faktoren**

Physiologische Bedürfnisse

- Hunger und Durst
- Diskomfort und Unwohlsein
- Ausscheidung
- Schmerz
- Schlafstörungen

### **Funktionale Performance**

Psychosoziale Bedürfnisse

- Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten
- Emotionen: Angst, Langeweile
- Gemütsstimmung

### Physikalische Umgebung

- Licht-, Wärmelevel und Geräuschpegel
- Gestaltung, Design
- Routine, Stationsalltag

### Soziale Umgebung

- Personalausstattung und -stabilität
- Umgebungsatmosphäre
- Präsenz anderer (Das NDB-Modell, Kolanowski 1999 zitiert in BMG 2006, S 16)

Aber genauso bedarf eine verstehende Diagnostik der Fachkenntnisse über die Demenzerkrankung, ihrer Ätiologie und ihrer Symptome. Beide – Diagnostik und Fachkenntnisse – sollen Hand in Hand gehen. Beide sollen in Balance zueinander stehen.

Das „Innovative demenzorientierte Assessmentsystem“ (IdA), welches noch in der Entwicklungs- und Testphase steht, versucht, die von den Rahmenempfehlungen nahegelegte, verstehende Diagnostik in die Praxis umzusetzen. IdA ist ein strukturierter Gesprächsleitfaden für Fall- bzw. Teambesprechungen und soll das Verstehen des herausfordernden Verhaltens unterstützen und das Handeln (Tun oder Unterlassen) der Pflegenden begründen. Das konkrete Ziel von IdA ist das herausfordernde Verhalten im individuellen Kontext genau zu analysieren und dieses Verhalten als Kommunikations- und Ausdrucksform der Person mit Demenz zu begreifen.

## 5.2 Unruhe und Verhaltensstörungen

Unruhe und Verhaltensstörungen bei hochbetagten multimorbiden Menschen mit Demenz:

Was könnte los sein?

### 5.2.1 Warnsymptome schwerer Erkrankungen

- Beginnende Hirnhautentzündung
- Drohender Darmverschluss
- Drohender Herzinfarkt
- Halluzination, Delirium
- Nierenversagen
- Lebersversagen

### 5.2.2 Ausdrucksformen:

- „Ich will nicht duschen!“
- „Ich fühle mich gedemütigt!“
- „Komm endlich zu mir!“

- „Ich kenne mich nicht aus!“
- „Ich weiß nicht was ich tun soll!“
- „Ich will nicht hier bleiben!“
- „Ich muss auf die Toilette!“

### **5.2.3 Mögliche Ursachen: Unwohlsein**

- Hunger, Durst
- Schlechte, unbequeme Lage
- Unbequeme Kleidung
- Schlecht sitzende Netzhose
- Nasse Inkontinenzeinlage

### **5.2.4 Mögliche Ursachen: physiologische Ursachen**

- Schmerzen
- Atemnot
- Juckreiz
- Beginnender Infekt
- Fieber
- Harnwegsinfekt
- Schlechte Sauerstoffversorgung im Gehirn
- Blutdruck, Blutzucker zu hoch oder zu tief

### **5.2.5 Mögliche medikamentöse Ursachen**

- Unerwünschte Wirkung
- Überdosierung
- Paradoxe Reaktion
- Wechselwirkung
- Polypragmasie
- Wechselwirkung mit Nahrungsmitteln

### **5.2.6 Mögliche kommunikative Ursachen**

- Fehlende Kommunikation
- Misslingende Kommunikation
- Menschenverachtende Kommunikation
- Fehlendes Vertrauen
- Mangel an Zuwendung
- Mangel an Körperkontakt
- Mangel an Geborgenheit und Sicherheit

### **5.2.7 Mögliche emotionale Ursachen**

- Angst vor Kontrollverlust, Pflegebedürftigkeit, „Wertlosigkeit“ und vor dem Tod
- Gefühl, eingesperrt zu sein

- Sehnsucht nach zuhause
- Sehnsucht nach Bezugsperson
- Zorn über eigene Hilflosigkeit
- Gefühl der Einsamkeit
- Gefühl der Verlassenheit
- Gefühl des Nicht-verstanden-Werdens
- Gefühl des Nicht-ernst-genommen-Werdens
- Enttäuschung
- Trauer über Verluste

Das Symptom der Unruhe wurde bewusst ausgesucht, um zu zeigen, wie schwierig es ist, den richtigen Auslöser zu finden. Das gesamte geriatrische palliative therapeutische Team soll sich durch eine sehr systematische, gezielte Beobachtung, die kleinste Details wahrnimmt, eine Meinung bilden und sich dann untereinander austauschen. Nur so kann ein Konzept, das die Person und ihr Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellt, ausgearbeitet werden. Dieses Konzept soll einheitlich der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz und ihrer Vertrauensperson gegenüber im Alltag gelebt und vertreten werden.

Das geriatrische palliative therapeutische Team könnte nach folgendem Schema vorgehen:

- Vorgeschichte/Antecedents
  - Was ging der Unruhe unmittelbar voraus?
  - Was unternahm die Person mit Demenz unmittelbar vor Auftreten der Unruhe?
  - Was geschah in ihrer Umgebung?
- Verhalten/Behaviour
  - Welches herausfordernde Verhalten zeigt die Person genau?
  - Warum bzw. wie stört sie?
- Folgen/Consequences
  - Welche Folgen hatte das herausfordernde Verhalten für die Betreuer, die Mitpatienten/Mitbewohner und die Person mit Demenz selbst?

Dieses Vorgehen ermöglicht ein rationales, wertfreies Abklären der Situation.

### **5.2.8 Algorithmus zur Therapie von herausfordernden Verhaltenstörungen**

Eine mögliche Vorgangsweise bei herausforderndem Verhalten könnte sein:

Behandelbare medizinische Ursache wie Delir, Schmerz, Infekt → dann Therapie



NEIN



Erhebbarer Ursache: → JA ausschalten der Auslöser wie freiheits-einschränkender Maßnahme, Kontakt mit bestimmten Personen, Hunger, Harndrang, Stuhlgang, etc.



NEIN



Demenz behandeln: → JA kausale Therapie sinnvoll  
→ JA symptomatische Therapie



NEIN

Die optimale Dosis ist schon angewendet und eine Erhöhung ist nicht induziert



Nichtmedikamentöse Therapie auswählen und systematisch, konstant, regelmäßig im Alltag einbauen.



## 6. Das Erleben von Demenz

Wir können nur so weit wie möglich versuchen, die Erfahrungs- und Erlebenswelt eines anderen Menschen zu verstehen. Ganz werden wir es nie können, da jeder Mensch einzigartig ist, deswegen werden in diesem Kapitel die Wörter: „oft, möglicherweise, könnte sein“ benützt.

*„The dilemma for researchers and carers is how to gain access to the subjective experiences of dementing people, when their capacity to communicate them is so disrupted by failing mental powers.“ (Redfern and Ross 2004, S 532).*

Bei der Krankheit Demenz haben wir zusätzlich zwei Probleme. Das erste Problem ist, dass noch niemand in das Leben ohne Demenz zurückgekehrt ist. So konnte uns bis jetzt niemand sagen, ob unsere Annahmen über das Erfahren und das Erleben richtig sind. Wir können uns

nur an unserem Eindruck von mehr oder weniger großem Wohlbefinden orientieren. Das zweite Problem ist, dass wir nicht außerhalb unserer Logik denken können, sondern auch – um Erfahren und Erleben auszudrücken – nur unsere logisch aufgebaute Sprache benutzen können und die ist bekanntlich nicht reichhaltig genug.

Jacques (1988) beschreibt sechs Haupttypen der Persönlichkeit: den Abhängigen, den Unabhängigen, den mit paranoiden Tendenzen, den Zwanghaften, den Hysterischen und den Psychopathen (zitiert in Kitwood 2000, S 109). Wobei jede Persönlichkeit Ansätze von einem oder mehreren dieser Typen hat.

Buckland (1995) hat in einer deskriptiven Studie an 132 Personen mit Demenz sechs Hauptgruppen an Persönlichkeiten herausgefiltert:

- *ängstlich-passiv/anxious-passive (30 %). Das In-Beziehung-Treten ist schwierig.*
- *stabil-verträglich-routineliebed/stable-amiable-routine-loving (28 %). Sie verlangen keine besondere Aufmerksamkeit und passen sich an. Sie würden aber keine Initiative ergreifen.*
- *emotional-sozial-aktiv/emotional-social-active (26 %). Sie sind offen für Neues, leicht zufrieden zu stellen und nehmen gern von sich aus Kontakt auf.*
- *emotional-zurückgezogen-passiv/emotional-withdrawn-passive (8 %). Sie gehen ihren Weg, zeigen kaum Interesse für die Außenwelt und werden oft von Pflegepersonen vergessen.*
- *stabil-extrovertiert-umtriebig/stable-outgoing-industrious (4 %). Sie sind immer unterwegs, verlangen sehr viel Aufmerksamkeit und sind für das gesamte Umfeld sehr anstrengend.*
- *emotional-extrovertiert-kontrollierend/emotional-outgoing-controlling (4 %). (Zitiert in Redfern and Ross 2004, S 535 und in Kitwood 2000, S 109f).*

Diese Persönlichkeitstypen sollen als Anregungen gesehen werden und können nie eins zu eins übernommen werden, da eben jede Person einzigartig ist. Sie können aber hilfreich sein, um grobe Beschreibungen und ihre Folgen aufzuzeigen: Der Abhängige wird eher ängstlich und passiv sein, möglicherweise eher anfällig für Apathie und Verzweiflung als für Aggressionen. Er wird möglicherweise Hilfe bereitwillig akzeptieren, aber dafür nicht gern Initiativen ergreifen.

Das Abwehren von Pflegehilfen birgt oft ein großes Konfliktpotenzial für die Pflegepersonen. Pflegepersonen müssen lernen, diese Abwehr als eine Bewältigungsstrategie der Person mit Demenz zu interpretieren. Die Person mit Demenz versucht durch Abwehr, Bedrohungen abzuwenden und ihr Selbstwertgefühl zu erhalten.

## 6.1 Handeln

Harré und Secord gehen davon aus, dass jede Person zwei verschiedene Quellen des Handelns hat: eine bedeutungsschaffende und eine originäre Quelle des Handelns.

*Gesellschaftliches Leben kann als aus einer Reihe von Episoden bestehend gedacht werden, von denen eine jede [sic] gewisse hervorstechende Merkmale hat (der Kauf einer Topfpflanze, eine gemeinsame Mahlzeit usw.). In jeder Episode setzen die Teilnehmer ihre ‚Situationsdefinitionen‘, gewöhnlich auf einer Ebene knapp unterhalb der bewussten Wahrnehmung, und bringen dann mehr oder weniger vorgefertigte Handlungsschemata ins Spiel. (Zitiert in Kitwood 2000, S 35f).*

Wenn hier die Pflegeperson anfängt, die Bedeutung der Handlungen der Person mit Demenz zu interpretieren, dann tritt Interaktion ein. Jede Person verfügt über ein reiches Spektrum an erlernten Handlungsressourcen, die Bestandteil ihrer Persönlichkeit sind.

Die originäre Quelle des Handelns besteht aus Handlungsweisen, die erlernt wurden, um angemessen auf Forderungen Dritter, auf soziale Situationen oder auf gegebene Rollen zu reagieren. Das Erlernen fand im Lauf der Zeit durch Imitation, Identifikation und Internalisierung statt. Dies zu entdecken und zu verstehen, ist für eine Beziehungspflege grundlegend. Hier ist Biografiearbeit angebracht: Wo hat die Person mit Demenz gewohnt, in welcher sozialen Schicht, auf dem Land oder in der Stadt, in einer großen oder kleinen Familie, etc.? Welchen Beruf hat sie ausgeübt (freiwillig oder gezwungenermaßen)? Welche prägnanten sozialen Ereignisse gab es im Lauf ihres Lebens und wie wurden sie von der Gesellschaft interpretiert und bewertet? Welche Normen galten in ihrer Kindheit?

Diese Interpretation ist für viele junge Pflegepersonen sehr schwer, besonders wenn sie aus einer anderen Kultur kommen. Ich sehe einen Lösungsansatz darin, wenn die 60+-Generation, die diese Zeit zum Teil selbst erlebt hat, auf der Grundlage eines konkreten „Falls“ einer Person mit Demenz mit der Pflegeperson über diese Zeit und die spezielle Eigenart der Region diskutiert. Diese Generation könnte eine Vermittlerrolle übernehmen. Es müsste möglich sein, ehemalige Geschichtes- und/oder Soziologielehrer einzusetzen, die diese Zeit erklären können. So könnte die Pflegeperson mit der Zeit lernen, die Handlungsweisen der Person mit Demenz zu verstehen. Wichtig dabei ist, dass ein Zusammenhang zwischen einer konkreten Person mit Demenz und der Zeitgeschichte besteht.

Die auf Erfahrung beruhende Handlungsweise ist für eine Person, die eine Demenz hat, viel schwieriger. Hier geht es um die Fähigkeit zur

Wahrnehmung dessen, was gerade geschieht, was ihr als Person gerade widerfährt. Jung würde von Selbst, Erfahrungsselbst sprechen. Diese auf Erfahrung beruhende Handlungsweise braucht, um sich entwickeln zu können, Sicherheit, Freiheit, Kongruenz zwischen dem, was sie gerade erlebt, und dem, was andere ihr mitteilen.

## 6.2 Gefühl der Trauer

Beim Verlust von Handlungsressourcen treten normalerweise Trauerreaktionen auf. Trauerreaktionen sind nicht nur komplex, sondern sie sind auch mit intensiven Emotionen, mit gesellschaftlichen Normen und sozio-kulturell geprägten Handlungsreaktionen gekoppelt. Personen mit Demenz erleben vielfältige Verluste: Autonomie, Gesundheit als Wohlbefinden und Lebensqualität, Fähigkeiten und soziale Rollen, Vergangenheit und Zukunft, Hoffnungen und Ziele. Personen mit Demenz müssen sich besonders im Anfangsstadium auf Abschied von allem, was sie lieben und ihnen wichtig ist, einstellen. Trauerbegleitung bei Personen mit Demenz geschieht – im Gegensatz zur Trauerbegleitung bei Personen im Sterben – mit einer sehr langen Zeitperspektive, Interventionen müssen sich auf diese oft Monate oder Jahre zählenden Zeitperspektiven einstellen. Für die Angehörigen ist es ein Abschied nehmen in Etappen. Sie müssen lernen, loszulassen und sollen unterstützt werden in wiederholtem Aushandeln der Bedeutung des Verlusts über die Zeit (Klass et al. 2001). Die Trauer über Verluste kann sich bei der Person mit Demenz auf der somatischen Ebene ausdrücken. Es können Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Depression, Unruhe und/oder ein Bedürfnis nach Ablenkung, vermehrte Konzentrationsstörungen, heftiges Weinen, Wut oder ein Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug entstehen.

Kitwood setzt das Erfahrungsselbst auf ein Kontinuum:

*Am äußersten Punkt der einen Seite stehen Männer und Frauen, die mit nur sehr geringer Einsicht in die Demenz gehen. ... Am anderen Ende des Spektrums stehen diejenigen, die sich dessen, was ihnen widerfährt, ohne Ausweichverhalten und Vorwürfe intensiv und klar bewusst sind. (Kitwood 2000, S 110).*

Für die Pflegeperson bedeutet das, dass herausforderndes Verhalten als Puffer, als Schutz für die Person mit Demenz dient und sie die Ausbrüche entsprechend zulassen und mit Ruhe begleiten soll.

Hier sind Pflegepersonen in ihrer Urpersönlichkeit herausgefordert: Sie sollen sich, so weit es nur denkbar ist, vorstellen, was das Einsetzen einer Demenz für sie bedeuten würde. Welche Gefühle, welche Ängste werden hier widerspiegelt? Ihre, die der Person mit Demenz, die der Angehörigen? Die wenigsten von uns können dem Einsetzen der eigenen

Demenz, dem Verlust über die Kontrolle des eigenen Lebens ohne starke Abwehr ins Auge blicken.

### 6.3 Gefühl des Verlorenseins

Wiederholende Verhaltensweisen können als Entwicklung von einer Strategie angesehen werden, um sich sicher zu fühlen. Personen mit Demenz brauchen in diesen Phasen besonders die Rückversicherung durch die Gesellschaft, vertreten u. a. durch die Pflegepersonen: Ich anerkenne sie mit ihrer Persönlichkeit und ich unterstütze sie, so weit es mir möglich ist, innerhalb einer Beziehungspflege.

Dem Gefühl des Verlorenseins wird von einigen Personen mit Demenz durch Eigenstimulation begegnet, u. a. durch wiederholte mechanische Bewegungen wie schaukeln, reiben, gehen, Daumen lutschen, Selbstbefriedigung. Dieser Raum, der eine Spur größer als ihr eigener Körper ist, könnte ein letzter Versuch sein, sich psychisch am Leben zu erhalten, sich zu spüren.

Einige Personen mit Demenz versuchen mit „boxen, kneifen, zwicken“ ihr Gefühl des Verlorenseins zu stoppen: „Ich hinterlasse außerhalb meines eigenen Körpers Spuren.“ Für die Pflegeperson bedeutet dies, dass das äußere Umfeld weitgehend nicht auf die Bedürfnisse der Person mit Demenz nach Sicherheit und Beschäftigung geantwortet hat.

Rowe beschreibt 1983 auf sehr beeindruckende Weise, wie sie sich gefühlt hat:

*Ich fürchte mich den ganzen Tag über [sic] vor der kommenden Nacht, weil ich weiß, dass ich ruhelos und angespannt sein werde und weder atmen noch schlucken kann, dass ich beginnen werde, mich dumpf und versteinert zu fühlen – die ganze Zeit über hämmere ich mir ein, dass ich da rauskommen muss. Es passiert viel mehr in meinem Kopf, als auf dem Papier steht. Ich habe einfach die ganze Zeit über das Gefühl, dass es einen Weg gibt, um all das zu entwirren, bitte hilft mir jemand, ihn zu finden. (Zitiert nach Kitwood 2000, S 115).*

Besser kann man kaum die unendliche Verzweiflung und Panik beschreiben.

Personen mit Demenz benützen manchmal Metaphern, indem sie Ereignisse aus der Vergangenheit erzählen, um ihre gegenwärtige Situation zu erklären. Das Erkennen dieser Metapher benötigt viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung seitens der Pflegepersonen. Die benutzte Sprache von der Person mit Demenz zeigt möglicherweise einen Weg, um der Pflegeperson von sich, ihren Gefühlen, ihrer Welt und ihren Gedächtnisverlusten zu erzählen. Die Erzählungen und Verschönerungen der Erinnerung von gemeinsamen Ausflügen mit der Mutter könnten z. B. eine Sehnsucht nach Schutz und Geborgenheit ausdrücken.

Kitwood, in Anlehnung an Cheston und Bender, skizziert in einer Tabelle „Domäne des ‚negativen‘ Erlebens“ drei Hauptbereiche:

### **Gefühle (feelings)**

- Angst vor dem Verlassensein
- Angst vor dem Kontrolliertwerden
- Gefühle des Verfolgtseins
- Angst vor Erniedrigung
- Gefühle der Bedrohung
- Gefühl der Absonderlichkeit
- Gefühl des Gefangenseins und der Panik
- Gefühl des Ausgeschlossenenseins
- Trauer, Trauer über den Verlust des Familienlebens
- Frustration über Schwächen und Ängste, eine Last zu sein
- Frustration über den Verlust von Fähigkeiten
- Wut über die Demenz und Wut über die Reaktion anderer
- Gefühl der Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit
- Gefühl der Bestürzung

### **Allgemeiner Zustand (Global states)**

- Schrecken
- Elend und Leid
- Wut
- Chaos

### **Stadien des „Ausgebranntseins“ (Burnt-out-states)**

- Verzweiflung
- Depression
- Vegetieren
- Erschöpfung
- Apathie (Kitwood 2000, S 119).

In der Tabelle spricht Kitwood von „burnt-out‘ states“, die Redfern und Ross so erklären:

*„These burnt-out states involve a sense of peace but also depletion. Vegetation is the most extreme of the burnt-out states and marks a point from which there is no return.“* (Ebd. 2004, S 533).

## 7. Bedürfnisse

Sowohl die Expertenrunde der Rahmenempfehlungen als auch Redfern und Ross oder Kitwood nennen besondere Bedürfnisse<sup>2</sup> der Personen

<sup>2</sup> Bedürfnis in dem Sinne, dass eine Person ohne die Deckung dieser Bedürfnisse nicht einmal als Person funktionieren kann. Bedürfnisse sind kulturabhängig und von den Werten der jeweiligen Gesellschaft durchdrungen.

mit Demenz, die nicht in einer Hierarchie postuliert werden, sondern eng miteinander verbunden sind.

Die besonderen Bedürfnisse der Personen mit Demenz sind:

- Bedürfnis nach Trost/comfort,
- Bedürfnis nach Identität/identity,
- Bedürfnis nach Beschäftigung/occupation,
- Bedürfnis nach Einbeziehung/inclusion und
- Bedürfnis nach Bindung/attachment (BMG 2006; Redfern and Ross 2004; Kitwood 2000)

Die Grenzen zwischen den Bedürfnissen sind überlappend und die Deckung eines dieser Bedürfnisse bedeutet die teilweise Erfüllung der anderen Bedürfnisse. Diese Bedürfnisse haben alle Menschen. Der Unterschied ist, dass sie bei den meisten Menschen nicht sichtbar sind. Durch die Demenzerkrankung kommen die Bedürfnisse zum Vorschein. Die Lebensgeschichte und die Persönlichkeitszüge prägen die Bedürfnisse sowohl in ihrer Intensität als auch in ihren unterschiedlichen Kombinationen. Die manifeste Intensität kann sich im Verlauf der Erkrankung verändern.

### **7.1 Das Bedürfnis nach Trost**

Der Verlust der Selbstbestimmung des eigenen Lebens erzeugt ein Bedürfnis nach Trost in Form von Nähe, Geborgenheit, Sicher- und Aufgehobensein, das Bedürfnis nach einem DU, das einem beisteht. Folgender Definition kann ich nur zustimmen:

*„Jemand anderen zu trösten bedeutet, ihm eine Art Wärme und Stärke zu geben, die es ihm ermöglicht, intakt zu bleiben, wenn er zu zerfallen droht.“* (Kitwood 2000, S 123).

Da die Personen mit Demenz permanent mit mehreren Verlusten konfrontiert werden, kann man dieses erhöhte Bedürfnis nach Trost gut nachvollziehen. Trost als Halt in einem unverständlichen, nicht nachvollziehbaren Umfeld.

### **7.2 Das Bedürfnis nach Identität**

Dem Gefühl des Verlorenenseins, das mit dem Bedürfnis nach Identität einhergeht, kann einerseits nur durch Kongruenz begegnet werden. Dies bedeutet, dass Handeln und körperliche Aussagen stimmig sind. Andererseits durch Vertrauen: Versprochen wird nur, was auch eingehalten werden kann von der Person, die es verspricht. Eine Pflegeperson kann zum Beispiel nie ein Versprechen anstelle eines Arztes geben. Sie ist nicht der Arzt oder die Kollegin oder der Sohn, etc. Dies wird leider im Pflegealltag oft vergessen, da es bequemer ist, etwas zu versprechen,

als sich die wiederholten Fragen nach dem Sohn, nach dem „Daheim“ anzuhören. Es kann nur ein Gefühl des Betrogenseins und des Verlassenwerdens verursachen.

Die Person mit Demenz braucht eine Pflegeperson, die den Erhalt ihrer Identität unterstützt durch Empathie, aktives Zuhören und Respekt vor ihrer unverwechselbaren Identität, vor ihrer eigenen Geschichte. Konkrete Pflegeansätze, welche die einmalige Identität des Anderen anerkennen sind u. a.: die heilende Erzählweise, die Validation nach Naomi Feil®, die Mäeutik.

McGowin schreibt als betroffene Person am Anfang ihrer Demenzerkrankung folgende bewegende Worte, die klar die Aufgabe der Pflegepersonen im stationären Bereich beleuchten:

*„Jedes Molekül in mir scheint zu schreien, dass es mich wirklich gibt, und dass diese Existenz von irgendjemandem gewürdigt werden muss! Wie kann ich den Rest dieser Reise ins Ungebahte ertragen ohne jemanden, der dieses Labyrinth an meiner Seite durchwandert, ohne die Berührung eines Mitreisenden, der mein Bedürfnis nach Selbstwert versteht?“* (Zitiert in Kitwood 2000, S 111f).

### 7.3 Das Bedürfnis nach Beschäftigung

Das Bedürfnis nach Beschäftigung geht einher mit dem Bestreben, dem Leben einen eigenen Sinn zu geben und Kräfte, Ressourcen und Fähigkeiten im Lebensprozess benutzen zu dürfen. In der Kindheit haben alle Menschen gelernt, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Handlung und Wirkung: Durch meine Handlung kann ich eine Reaktion bei Dritten auslösen und/oder es geschieht etwas in der Umgebung

Es darf aber dabei nicht vergessen werden, dass Personen mit Demenz nicht mehr in der Lage sind, eine hohe Reizdichte des Umfeldes zu verarbeiten.

*„Move the radio to the nurses' lounge or staff room because it is really for the nurses' enjoyment, not the patients'.“* (Lott 1989, S 24).

Dieser Gedanke war zwar ursprünglich für die Neonatologie gedacht, gilt aber genauso auf Stationen, wo Personen mit Demenz leben. Ganz schlimm ist es, wenn eine Person mit Demenz bettlägerig ist und sich nicht mehr wehren kann, die Pflegepersonen bei der Körperpflege im Zimmer Ö3 oder FM4 laut aufdrehen, die Pflege durchführen und anschließend das Zimmer verlassen ohne das Radio abzdrehen. Das ist keine Pflichtberieselung, sondern subtile Gewalt. Die Person mit Demenz kann nur mit Stress reagieren und sich durch Unruhe wehren.

Jede Beschäftigung muss so gedacht und angeboten werden, dass sie der Aufnahmegeschwindigkeit und der Kapazität der Reizaufnahme der jeweiligen Person mit Demenz entspricht.

Fest steht, dass der mit der Beschäftigung gegebene, positive soziale Kontakt einen wichtigen Faktor für den Effekt der Beschäftigung darstellt.

#### **7.4 Das Bedürfnis nach Einbeziehung**

Der Mensch ist für ein Leben in Gruppen „angelegt“. Das Bedürfnis nach Einbeziehung wird bei Demenz im Verhalten wie Anklammern, Neigung zur Körperberührung, aber auch Umhergehen sichtbar. In den meisten stationären Einrichtungen kann man beobachten, wie Personen mit Demenz zwar im gleichen Raum gemeinsam sitzen, gleichzeitig sind sie aber alleingelassen. Wird die Person mit Demenz nicht im Alltag miteinbezogen, wird sie sich mehr und mehr zurückziehen in eine innere, vertraute Welt. Sie wird sich so weit zurückziehen, bis sie für die Außenwelt nicht mehr erreichbar ist. Perrin spricht von Leben in einer „Isolationsblase“. Wird die Person mit Demenz im Alltag miteinbezogen, dann fühlt sie sich anerkannt und kann einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben einnehmen. Hier muss von den Pflegepersonen ein Spagat zwischen Unter- und Überforderung vollzogen werden.

#### **7.5 Das Bedürfnis nach primärer Bindung**

In der Kindheit haben primäre Bindungen, „attachments“, ein Sicherheitsnetz um das Kind gebildet, da die Welt noch voller Ungewissheit und Überraschungen war. Ohne diese primären Bindungen kann auch der erwachsene Mensch nur schwer funktionieren. Verliert der Mensch seine primäre Bindung, fühlt er sich in der Trauerphase um diesen Verlust unsicher, möglicherweise ängstlich, da neue Funktionen und Rollen auf ihn zukommen. Die Person mit Demenz erlebt permanent den Verlust von primären Bindungen.

*Miesen „vermutet, dass sich Menschen mit Demenz ständig in Situationen wiederfinden, die sie als ‚seltsam‘ wahrnehmen, und dass dadurch das Bedürfnis nach Sicherheit sehr stark angeregt wird.“ (Zitiert in Kitwood 2000, S 123).*

Interessant ist eine Studie von Sloane, der einen Zusammenhang zwischen Einschränkung des Hörvermögens und Schreien sieht. Schreien ist eine Form der Kommunikation, ein Aufmerksammachen auf unbefriedigte Bedürfnisse. Aber auch auf unangenehme Umgebungsreize (Sloane 1999).

Wird bis zu einem gewissen Grad die Befriedigung der gesamten Gruppe von Bedürfnissen erreicht, findet eine Verstärkung des globalen Selbst-

wertgefühls mit Anerkennung der Einzigartigkeit des Seins in einer Ich-Du-Beziehung statt.

Pflegepersonen, die mit Personen mit Demenz arbeiten, müssen lernen, dass es mehrere Wirklichkeiten gibt (Wirklichkeitspluralität). Ihre Aufgabe ist es, die gelebte Wirklichkeitsrealität der Person mit Demenz nicht nur wahrzunehmen, sondern auch anerkennend zu begleiten. Das soziale Umfeld muss den Bedürfnissen angepasst sein und nicht umgekehrt. Eine kleine, überschaubare soziale Gemeinschaft, die so aufgebaut ist, dass man mit ihr arbeiten kann, ermöglicht es, das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Personen mit Demenz zu steigern und das herausfordernde Verhalten zu vermindern.

## 8. Grundlegendes zur Pflege

Da die Terminalphase bei Personen mit Demenz nicht vorhersehbar ist, steht nicht so sehr die Frage, wann sie sterben werden, sondern wie sie leben im Vordergrund. Deswegen gehören die Fragen nach dem Wohlbefinden und der Lebensqualität mit zur Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz von Beginn der Diagnose an. Personen mit Demenz können mit fortschreitender Demenz zunehmend weniger sichtbare Signale von sich geben über das, was sie wahrnehmen. Kurative und palliative Anliegen müssen von Anfang an verbunden werden, um je nach Situation die eine oder andere Strategie wählen zu können. Auch im Kontext von „Zeitnot, Personalnot“ darf die Palliativpflege nicht nur auf Schmerz- und Symptomkontrolle reduziert werden. Ohne die psychosozialen und spirituellen Anliegen der Personen mit Demenz, ihrer Angehörigen und des Personals können effiziente Pflege und Betreuung nicht stattfinden (Powers/Watson 2008). Die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz erfordert die Einbeziehung der Angehörigen als wertvolle Partner. Gleichzeitig brauchen die Familien von Personen mit Demenz oft sehr viel Unterstützung, teilweise sogar mehr als die Person mit Demenz selbst (Edberg/Bird et al. 2008).

Die Grundlage der Pflege ist die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten. Diese Interaktion lebt von der Kommunikation zwischen Pflegeperson und Person mit Demenz. Grundpfeiler der Pflege ist das verbale und nonverbale Zwiegespräch mit der Person mit Demenz zum Zweck der Motivation, zur Vermittlung von Trost, zum Verständnis der Wirklichkeitsvielfalt und der Biografie.

*Die Pflege demenzkranker Menschen in Altenpflegeheimen stellt große Herausforderungen an alle, die sich um einen menschengerechten Umgang mit diesem Personenkreis bemühen. Insbesondere werden hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen gefordert, wenn die*

*zu betreuenden Menschen ein Verhalten zeigen, welches sich im Zuge ihres Krankheitsverlaufs so stark verändert, dass es als störend und problematisch empfunden wird. (BMG 2006, S 8).*

In der Fähigkeit der Bezugsperson zu kommunizieren, dass sie die inneren Zustände der Person mit Demenz versteht, liegt der Schlüssel für die Entwicklung einer Vertrauensbasis.

*„Carers have a responsibility too to improve their own verbal and non-verbal communication skills and to become good listeners.“ (Redfern und Cross 2004, S 551).*

Die Pflegeperson muss einen Spiegel ihrer eigenen inneren psychischen Situation der Person mit Demenz im kommunikativen Austausch anbieten. Auf dieser Kommunikationsbasis, welche immer die Möglichkeit, ja/nein zu sagen, beinhaltet, können Sicherheit, Vertrauen und Reflexion wachsen. So kann eine Situation entstehen, in der die Person mit Demenz eine Orientierung, eine Möglichkeit findet, innerhalb derer sie ihre eigenen inneren Gefühle wahrnehmen und mit anderen kommunizieren kann. So findet ein Anerkennungsprozess statt, in dem Bindung und Sicherheit vorhanden sind. Durch die prinzipielle Anerkennung der Person mit Demenz kann diese ihr Erleben reorganisieren.

*„Aber zugleich wird er [der Mensch, M.W.-L.] immer wieder mit den eigenen Möglichkeiten und Konsequenzen seiner Tätigkeiten konfrontiert und unterstützt, in einem sicheren Raum von Möglichkeiten das zu finden, was ihm wichtig sein könnte.“ (Jantzen 2001, S 60).*

Die Mikroethik des Pflegealltags widmet sich der Frage, wie alltägliche Entscheidungen in konflikthaften Situationen getroffen werden. Mikroethische Themen sind zum Beispiel:

- Ob und wann man eingreift: Nicht-Eingreifen, abwarten, vorbeugen, intervenieren
- „die Wahrheit sagen“
- die Wirklichkeit der Person mit Demenz
- die Aufrechterhaltung eines möglichst störungsfreien Ablaufs
- die Kontrolle über eine Situation behalten wollen
- und insgesamt „Ordnung“ halten
- die Balance bewahren; es geht oft nicht nur um die Würde einer Person, sondern um die mehrerer Personen.

Die Position, die die Pflegenden einnimmt, hängt davon ab, welche Werte für sie Priorität haben. Diese Prioritäten müssen die Pflegenden unbedingt regelmäßig reflektieren und auf ihre Gültigkeit überprüfen; nur so können sie das Wohl und die Sicht der Person mit Demenz im Vordergrund behalten (Ärnlv/Nikku 2007).

## 9. Demenz und Autonomie

Im Gesundheitssystem werden Autonomie und Selbstbestimmung synonym verwendet.

Das Wort Autonomie ist abgeleitet vom griechischen autós „selbst, eigen“ und nómos „Brauch, Sitte, Ordnung, Gesetz“, also wörtlich „eigenes Gesetz habend“ bzw. „das Recht, die Möglichkeit (innerhalb eines Staatsverbandes) nach eigenen Gesetzen zu leben“ (Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 41999, 83).

Autonomie/Selbstgesetzlichkeit der Person bedeutet für Kant „dass eine Person keinen anderen Gesetzen, als denen, die sie (entweder allein oder wenigstens zugleich mit anderen) sich selbst gibt, unterworfen ist.“ (Kant 2000, S 58 [223]).

Für die Person mit Demenz kann Selbstbestimmung in konkreten Pflegesituationen definiert werden als das Äußern von Wünschen, Treffen von eigenen Entscheidungen und Aushandeln von Entscheidungen im Alltag. Ich entscheide selbst, was ich tue oder unterlasse. Das Gegenteil wäre die Fremdbestimmung, jemand anderer entscheidet in meinen Selbstbereich hinein, bestimmt über mein eigenes Handeln.

Das Selbstbestimmungskonzept im Gesundheitssystem ist mit Voraussetzungen verknüpft, die als Kompetenzen betrachtet werden:

1. Der Patient ist in der Lage, die wesentlichen Informationen zu verstehen.
2. Der Patient kann diese Informationen mit seinem eigenen Wertesystem verknüpfen und dadurch Entscheidungen treffen.
3. Der Patient kann auf der Grundlage dieser Informationen autonom eine Lebensplanung entwerfen und antizipieren.
4. Der Patient ist in der Lage, seine eigene Entscheidung gegenüber Dritten frei zu äußern.

Die Frage, die sich dann stellt, ist: Kann aufgrund der fortschreitenden, eingeschränkten Willens- und Entscheidungsfähigkeit, die die Krankheit Demenz begleitet, von einer begrenzten Selbstbestimmung, einer Teilselfbestimmung der Person mit Demenz gesprochen werden? Welche Selbstbestimmungsmöglichkeiten und welche Mitwirkungsmöglichkeiten könnte es geben? Da die Demenz eine chronische fortschreitende Erkrankung ist, müssten die Möglichkeiten auf einem Kontinuum gesehen werden. Dieses setzt aber voraus, dass die Pflegepersonen

- Fachwissen über die Äußerungsformen des Willens der Person mit Demenz haben
- mit Sensibilität und ihrem Erfahrungsschatz an die Beobachtung und der Wahrnehmung der möglichen Willensbekundungen herangehen.

„Wenn wir mit dem Herzen horchen, so geht es uns letztlich darum, Sinn zu finden.“ (Steindl-Rast 1988, S 8). Aber gleichzeitig ist es sinnlos, nach den möglichen Willensbekundungen zu suchen, wenn die Sinne nicht verwendet werden. Erst wenn die Sinne aufblühen und den Gefühlen, dem Leid und dem Schmerz genügend Platz lassen, können Augen als Fenster zur Seele und zum Herz wieder aufleuchten und funkeln.

Die Kunst der Achtsamkeit in der Pflege ist die Fähigkeit, seine Sinne so zu benutzen, dass positive und negative winzige Kleinigkeiten des Pflegealltags mit allen Sinnen wahr- und ernst genommen werden: sehen, beobachten, hören, riechen, schmecken, er-tasten, spüren, be-greifen, erfassen. Nur so haben Pflegepersonen überhaupt die Chance, die Willensbekundungen von Personen mit Demenz zu entdecken.

Es ist eine tägliche, sehr lohnende Herausforderung für Pflegepersonen, durch ihre Sinne Sinn im Leben von hochbetagten multimorbiden Personen mit und ohne Demenz zu finden.

Das Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeitenkontinuum müsste der Schwere der Demenzerkrankung angepasst sein. Das Kontinuum reicht:

1. von der vollen Entscheidungs-, Einwilligungs- und Mitwirkungsfähigkeit
2. über eine eingeschränkte Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit mit einer sehr breiten Mitwirkungsmöglichkeitenpalette
3. bis zu zunehmend schwerer entschlüsselbaren Selbstäußerungen der wachsenden eingeschränkten Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit bei immer kleiner werdender Mitwirkungsfähigkeit.

## 9.1 Was bedeutet dies konkret für die Praxis?

Der Blick muss weg von der reinen Defizitorientierung hin zur Konzentration auf die jeweils individuellen Kompetenzen, Ressourcen, Defizite und Potenziale der Person mit Demenz gehen.

Eine Aufgabe der Pflege ist es, Rahmenbedingungen herzustellen, die ermöglichen, dass sich die Ressourcen und Potenziale der Person mit Demenz entfalten können:

- Eine Beziehung aufbauen, die auf der Grundlage von Wahrhaftigkeit und Kongruenz basiert.

- Ohne Vertrauen kann es keinen fruchtbaren, konstruktiven Meinungsaustausch geben.
- Die Gleichwertigkeit der Person mit Demenz anerkennen. Sie ist eine Partnerin und Expertin für ihr Kranksein, für ihre innere Welt und ihre emotionszentrierten Handlungsansätze.
- Eine wohlwollende Atmosphäre der Toleranz aufbauen und erleben lassen: Die Person mit Demenz darf die sein, die sie ist, ohne Wenn und Aber.
- Adaptationszeit einplanen, die genügend Zeit für eine Willensbildung lässt.
- Komplexe Zusammenhänge müssen so erläutert werden, dass die Person mit Demenz sie verstehen kann und bei Bedarf müssen lange Handlungsabläufe segmentiert werden.
- Die Milieusprache der Person mit Demenz benützen.
- Die Tagesverfassung wahrnehmen. Könnte es sein, dass eine Willensäußerung durch eine besondere Schutzbedürftigkeit der Person mit Demenz in der aktuellen Situation überlagert wird?
- Psychische Beeinträchtigungen wie Angst oder Einsamkeit ansprechen.
- Auf überangepasste Entscheidungen („um keinem zur Last zu fallen“), Verweigerungshaltungen und/oder starre Vorstellungen behutsam hinweisen.
- Der unmittelbare Bereich soll sichtbar, erfahrbar und vorstellbar sein.
- Ohne überschaubare, nachvollziehbare und echte Alternativen anbieten zu können, gibt es keine Wahlfreiheit.

Im Pflegealltag gibt es sehr viele Möglichkeiten, um die Person mit Demenz in die Entscheidung miteinzubeziehen, um damit einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität zu leisten (Menne/Whitlatch 2007).

### 9.1.1 *Erstkontakt*

Das Miteinbeziehen der zu pflegenden Person fängt beim ersten Kontakt mit der Person mit Demenz an:

- Weiß sie, warum eine Pflegeperson mit ihr Kontakt aufnimmt?
- Darf sie Probleme, Wünsche aus ihrer Sicht beschreiben ohne Anwesenheit von Angehörigen? Wo meint sie, dass sie Hilfe bei der Bewältigung von komplexen Tätigkeiten bräuchte? Welche Bewältigungsstrategien haben ihr im Leben bis jetzt geholfen?
- Wird über sie gesprochen oder wird mit ihr gesprochen?
- Darf sie ihren Ängsten über die zunehmenden Verluste Ausdruck verleihen?
- Darf sie selbst ihre Biografie herstellen? Wird sie gefragt, was in der Biografie geschrieben werden darf?
- Darf sie nach dem Normalitätsprinzip ihren Alltag beschreiben?

- Lassen wir ihr Zeit, ihre Wertskalen, Einstellungen zu erläutern?
- Passen wir unsere Fragen der Schwere der kognitiven Problematik an, ohne zu werten? Die Demenzerkrankung beeinflusst die kognitiven Fähigkeiten, aber nicht die Intelligenz.
- Werden Angehörige als Ressourcenpotenzial gesehen oder als Störfaktor?

### 9.1.2 Pflegeplanung

- Was hat Priorität in der Pflegeplanung:
  - Die Deckung von „Pflegebedürfnissen“: Ich weiß, was für dich gut ist?
  - Oder die Pflegediagnosen aus Sicht der Person mit Demenz? Was ist für sie ein Problem? Wo benötigt sie Hilfe? Welche Prioritätensetzung möchte sie haben?
- Was bedeutet konkret für die Person mit Demenz Lebensqualität und Wohlbefinden? Erst wenn die Person mit Demenz die Möglichkeit erhält, im Alltag darüber zu sprechen, können Pflegepersonen eine individuelle, nachvollziehbare und argumentierbare Pflege anbieten. Die Lebensqualität und das Wohlbefinden sind stets individuell aus der Lebensperspektive der Person mit Demenz heraus bestimmbar.
- Konflikte können auf der Grundlage
  - von extrinsischen Gründen wie der Gesetzeslage entstehen: Es ist ein Konflikt zwischen Individualwohl und Gemeinschaftswohl
  - oder auf Grundlage von intrinsischen Gründen entstehen wie die allgemeine Berufsauffassung der Mitarbeiterin. Es ist ein Konflikt zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht.
- Diese Konflikte sollten innerhalb von z. B. hermeneutischen interdisziplinären Fallbesprechungen, validierenden Pflegevisiten oder Supervisionen besprochen werden. Nur so können Wege gefunden werden, die von allen Mitarbeitern getragen werden und eine Einbindung in die Struktur der Organisation ermöglichen.

### 9.1.3 Pflege und Betreuung

- Pflegepersonen müssen der Person mit Demenz eine Pflege anbieten, die einen Weg zeigt zwischen den noch vorhandenen Willensäußerungen und dem Prinzip des Nichtschadens im Sinne einer Willenwohl-Abwägung. Es wird ein individueller Weg für eine spezielle Situation zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht sein.
- Die Person mit Demenz darf affektgeleitete Entscheidungen im Bereich des unmittelbar Erlebbar treffen.
- Der Ausdruck von Unwohlsein wie Aggression, Angst, Schreien, Weinen oder Unruhe wird nicht nur wahrgenommen, sondern auch als Ausdruck von Willensäußerungen anerkannt. Diese Affekte können als intuitionsbezogene Ad-hoc-Entscheidungsfindung und Willensbildung gesehen werden.

In der Wahrnehmung von Autonomierechten, Selbstbestimmungswünschen oder Willensäußerungen spielt die Subjektivität derjenigen, die wahrnehmen, eine große Rolle.

- Bin ich als Wahrnehmende bereit, das Expertentum der Person mit Demenz anzunehmen?
- Ist die Person mit Demenz für die Wahrnehmende eine gleichberechtigte Partnerin?
- Ist die nonverbale Kommunikation mindestens genauso eine Willensäußerung wie die verbale?
- Anerkennt die Wahrnehmende andere Wertskalen, Prioritätensetzungen?
- Lässt die Wahrnehmende andere Normalitätsprinzipien, andere „Welten“, „Wahrheiten“ gelten?
- Was bedeutet für die Wahrnehmende Demenz, Alter, Lebensende und Tod?
- Ist die Wahrnehmende bereit, einen fall- und situationsbezogenen Weg zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht auszuhandeln? Dies bedeutet auch: Ist die Wahrnehmende bereit, die Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen?

#### 9.1.4 Das Problem der früheren Willensäußerungen

Eine andere Problematik, die in ganz speziellen Situationen in der Betreuung von Personen mit Demenz im Zusammenhang mit Autonomie und Selbstbestimmung auftauchen kann, ist das Problem der früheren Willensäußerungen.

Hier werden zwei Positionen vertreten: Bleiben frühere Einstellungen bei voranschreitender Demenz gültig? Ja oder Nein?

1. Der ausgedrückte Wille, der im Zustand klarer Entscheidungsfähigkeit geäußert wird, ist **vorrangig** gegenüber einem ausgedrückten Willen, der im Zustand fortgeschrittener Demenz artikuliert wird. Begründung: Wie oben angesprochen ist das Selbstbestimmungskonzept mit Voraussetzungen verknüpft, die als Kompetenzen betrachtet werden. Diese Kompetenzen gehen mit Fortschreiten der Demenz verloren.
2. Ein früher geäußertes Wille kann nicht in einem späteren Erkrankungsstadium ungültig werden, aber der früher geäußerte Wille soll mit der aktuellen Willensäußerung, der Lebensqualität und dem Wohlbefinden der Person mit Demenz abgewogen werden. Begründung: Der ausgedrückte Wille, der im Zustand klarer Entscheidungsfähigkeit geäußert wurde, ist **nachrangig** gegenüber einem ausgedrückten Willen, der im Zustand fortgeschrittener Demenz artikuliert wird. Die aktuelle Persönlichkeit der Person mit Demenz hat Vorrang. Es hat ein Persönlichkeitswandel durch die Erkrankung stattgefunden.

## 9.2 Persönliche Stellungnahme

Eine Grundhaltung des Respekts vor der Einmaligkeit der jeweiligen Person mit Demenz kombiniert mit ausgezeichnetem Fachwissen, mit Verantwortungsbereitschaft, Toleranz, Geradlinigkeit, Feinfühligkeit für minimale, nonverbale Willensäußerungen sollte es im Alltag ermöglichen, auf jeder Stufe der Demenzerkrankung die Autonomie und Würde der Person mit Demenz anzuerkennen und sie mit dem Wohlergehen dieser Person abzuwägen. Ich bin fest davon überzeugt, dass die tägliche offene, genaue und behutsame Beschäftigung mit der Person mit Demenz zu einem guten, befriedigenden, argumentierbaren, verantwortbaren und vertretbaren Ergebnis kommt. In jedem Stadium der Krankheit sind immer noch Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens, des Sichäußerns vorhanden. Man muss sie nur entdecken und wahrnehmen wollen. Pflegepersonen sollten bei der Alltagsgestaltung hellhörig für angedeutete (durch eine Fingerbewegung, durch Lippenbewegungen oder ein eindeutiges Blinzeln) und geäußerte Wünsche der Person mit Demenz sein. Sie sollten entsprechende Äußerungen aufgreifen und nachfragen.

Ohne diese Grundhaltung können die verschiedenen Techniken der Validation nach Naomi Feil<sup>®</sup>, Basale Stimulation<sup>®</sup>, Palliative Care, Palliativpflege, geriatrische Pflege, Betreuung und Begleitung von Personen mit Demenz nicht effizient und sinnvoll im Sinne des Wohlergehens der Person mit Demenz und ihrer Angehörigen angewendet werden.

Diese Grundhaltung entspricht sowohl dem Palliative-Care-Gedanken als auch der Grundhaltung, die notwendig ist, um Personen mit Demenz begleiten zu können. Ziel ist es, die Würde und Lebensqualität von Personen mit Demenz aufrechtzuerhalten.

## Schmerzkrankheit

*Das heimliche Leid*

*Es gibt geheime Schmerzen,  
Sie klaget nie der Mund,  
Getragen tief im Herzen  
Sind sie der Welt nicht kund.*

*Es gibt ein heimlich Sehnen,  
Das scheuet stets das Licht,  
Es gibt verborgne Tränen,  
Der Fremde sieht sie nicht.*

*Es gibt ein still Versinken  
In eine innre Welt,  
Wo Friedensauen winken,  
Von Sternenglanz erhellt, ...*

Ernst Koch  
(Quelle unbekannt)

## Der Umgang mit Schmerzzuständen der multimorbiden Person mit Demenz

„Sie kann doch keinen Schmerz haben. Sie ist zu alt dafür. Ihre Schmerzempfindlichkeit ist aufgrund ihres Alters weit gesunken ...“

versus

„Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr!“

„Ich bin des Kampfes müde, keiner glaubt mir!“

„Des Kampfes müde sein“, was für ein starker Ausdruck! Seine Bedeutung wird uns klar, wenn wir lernen, den Patienten zu verstehen.

„Ich werde von Schmerz beherrscht. Das Leben an sich verursacht mir Schmerzen.“

Selten können hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz so direkt die Fülle ihres Schmerzes ausdrücken: physisches, soziales, familiäres, spirituelles und psychisches Leid, in dessen Tiefe sich die Suche nach dem Sinn, nach dem, was den Menschen lebendig macht, verbirgt. Und genau hier liegt das Problem. Die Mehrheit der hochbetagten multimorbiden Personen mit und ohne Demenz leidet unter chronischen Schmerzen. Gleichzeitig wird die Schmerztherapie bei der Hälfte der behandelten, hochbetagten multimorbiden Personen mit und ohne Demenz untertherapiert. Hochbetagte multimorbide Personen mit und ohne Demenz haben nicht weniger Schmerzen. Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz, mit Sprachstörung, reduzierter Körpersprache, Sehschwäche und Hördefizit kann ihren Anspruch auf Schmerztherapie nicht laut und verständlich genug artikulieren. Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz wird in ihrem globalen Schmerzerlebnis nicht ernst genommen und dadurch diskriminiert. Sie wird müde und kann nur resignieren. Wir nehmen sie nicht ernst und sie kann sich nicht ausdrücken. Wie sollen ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden?

Schmerz bedeutet – und ist an sich – für hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz doppelte Gefangenschaft. Einerseits schränkt Schmerz ihre Lebensqualität ein und sie können andererseits den Schmerz verbal nicht artikulieren.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf Schmerzzustände von hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz, jedoch trifft vieles auch auf Schmerzen von hochbetagten multimorbiden Personen ohne Demenz zu.

# Schmerzphysiologie

## 1. Was ist Schmerz?

Jeder kennt seine Wirkung, jeder weiß, wozu er uns bringen kann. Aber für die außergewöhnliche und facettenreiche Erfahrungsqualität „Schmerz“ gibt es noch keine befriedigende Begriffsbestimmung. Nur die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz selbst kann von ihrem Schmerz erzählen. Der Schmerz wird von ihr – wenn sie es verbal ausdrücken kann – als eine subjektive, unangenehme und gefühlsmäßige Erfahrung beschrieben. Warum sollten wir ihr nicht glauben und ihr Wort in Zweifel ziehen?

Schmerzen sind für das medizinische Sprachempfinden etwas, das eine bestimmte Lokalisation im Körper und eine klare Ursache hat. Aber sobald die Lokalisierung und Ursachenfindung nicht mehr möglich sind, wird aus Schmerz Leid. Cicely Saunders sprach von „Total Pain“. Hier findet ein Prozess statt von der Deutung des Schmerzes **durch** die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz zur Bedeutung des Schmerzes **für** die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz. Total Pain verstärkt den Gefühlverlust für Selbstidentität.

*WHO-Definition: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das als Folge einer Gewebsirritation oder Gewebsschädigung auftritt.“ (WHO 2000)*

Der Schmerz ist zunächst ein **Symptom**, ein Ausdruck dafür, dass etwas nicht stimmt. Schmerz macht auf eine Störung aufmerksam, die aus der Außenwelt kommt (exterozeptiver Schmerz) oder im Innern des Körpers abläuft (enterozeptiver Schmerz). Schmerz ist somit immer auch **Ausdruck** des Organismus in seiner Bedürftigkeit.

Der Schmerz hat im Unterschied zu anderen Bedürfnissen eine Sonderstellung: Es kann vorkommen, dass er seiner Bestimmung als Warner nicht entspricht. Er wird chronisch, wächst sich zur **Schmerzkrankheit** aus und nimmt dann eine sinnlos gewordene Stellung ein:

Schmerz ist die Folge einer Funktionsstörung oder einer Beeinträchtigung des Organismus – das ist die biologische Ebene: **Reaktion des Körpers**.

Schmerz ist das, was das Individuum wahrnimmt und ausdrückt – das ist die psychische Ebene: **das Erleben**.

Schmerz ist beeinflusst von Haltung, Einstellung und Sinnorientierung des Menschen – das ist die Verhaltensebene: **das Handeln und Erdulden**.

Die hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz haben u. a. durch ihre Multimorbidität eine Schmerzkrankheit, die sich in Leid ausdrückt. Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz leidet als ganzer Mensch. Deswegen muss der Behandlungs- und Betreuungsansatz unabhängig von Schmerzursache, Lebensalter und Lebenserwartung leidensbasiert und nicht diagnosebasiert sein.

## 2. Schmerzerklärungen

Der Schmerzimpuls verläuft vom Ort des Schmerzes über die Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) zum Rückenmark und von dort aus ins Gehirn. Ein Schmerzreiz kann mechanische, chemische, thermische, entzündliche oder bösartig-tumoröse Ursachen haben. Durch Gewebeschädigung werden spezifische Nozizeptoren („Schmerzföhler“) stimuliert und zwar durch Freisetzung so genannter Schmerzmediatoren. Die wichtigsten dieser Schmerzmediatoren (Bradykinin, 5-Hydroxytryptamin, Histamin und Prostaglandine E Nozizeptoren) finden wir in Haut, Muskeln, Bindegewebe, Periost, Gelenken sowie in den Eingeweiden.

Die Antwort auf diese Schmerzmediatoren ist die Freisetzung von Enkephalin. Die Peri-Aquaeductus-Substanz des IV. Ventrikels ist verantwortlich für die Enkephalinausschüttung. Bei chronischen, andauernden Schmerzen sind die Enkephalinreserven erschöpft. Die Morphingabe ermöglicht das Weiterarbeiten des Gate-Control-Systems.

## 3. System der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung

Im **Limbischen System** ist die direkte Verbindung von der körperlichen Schmerzwahrnehmung zum seelisch-geistigen Bereich zu sehen, welcher die individuelle Schmerzempfindung und Schmerzbewertung eines Menschen bestimmt.

Der Hypothalamus (neurovegetatives Regulationszentrum) ist verantwortlich für die Folgen von Hormonänderungen, die den Schmerz begleiten wie Glykämie, thermische Änderungen, u. a. Schmerzschwelle und Schmerztoleranz.

### 3.1 Die Schmerzschwelle

Die Schmerzschwelle ist eine physiologische Komponente. Sie ist bei allen Menschen nahezu gleich und umschreibt die Intensität eines Reizes, die nötig ist, um bei einem Menschen Schmerz zu erzeugen.

### 3.2 Die Schmerztoleranz

Die Schmerztoleranz ist eine psychologische Komponente. Darunter wird die Dauer und Intensität des empfundenen Schmerzes verstanden, welche eine Person erleiden kann oder will, bevor sie etwas dagegen unternimmt. Die Toleranzgrenze ist individuell verschieden. Ihr soll mit Respekt und Achtsamkeit begegnet werden und sie ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig:

Schmerz → Angst → Einsamkeit → Hoffnungslosigkeit → Depression  
→ Schmerz

Die Toleranzgrenze wird

abgesenkt durch	erhöht durch
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sich-nicht-wohl-Fühlen</li> <li>• Schlaflosigkeit</li> <li>• Müdigkeit</li> <li>• Angst</li> <li>• Trauer, Zorn, Stress</li> <li>• Verdruss, Hilflosigkeit, Passivität</li> <li>• Depression, Aggression</li> <li>• Einsamkeit, Introversion</li> <li>• Verlassensein, Ablehnung</li> <li>• Verspannung, Sorgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomkontrolle</li> <li>• Schlaf</li> <li>• Essen</li> <li>• freundliche Umgebung, Vertrauen</li> <li>• Freunde, Familie</li> <li>• Tätigkeiten, Abwechslung</li> <li>• Anxiolytika, Hoffnung</li> <li>• Antidepressiva, Verständnis</li> <li>• Aufnahme, Zuwendung, Zeit</li> <li>• Entspannung</li> </ul>

Es zeigt sich die große Beeinflussung der Toleranzgrenze durch soziale Faktoren; daher werden der hochbetagte multimorbide Patient und seine Angehörigen als gemeinsame Adressaten der Fürsorge durch das interdisziplinäre Team betrachtet.

Die biologische Komponente der Toleranzgrenze könnte mit einer Veränderung der Opioidrezeptoren oder des Opioidmetabolismus zu tun haben.

### 3.3 Das Schmerzgedächtnis

Die Schmerzempfindung entsteht im limbischen System. Langanhaltende Schmerzen senden starke und länger andauernde Impulse ans

Gehirn, die die Nervenzellen im Gehirn verändern: Das Gehirn nimmt dann Reize, die nichts mehr mit Schmerzen zu tun haben, weiterhin als Schmerzimpulse wahr (Schmerzgedächtnis). Es entsteht im Lauf der Zeit eine Fehlreaktion der Nervenzellen. Sie melden „Schmerz“, obwohl kein Schaden vorliegt. Diese Fehlreaktion führt zu einer Verselbstständigung des Schmerzes. Dies ist u. a. die Erklärung für die Phantomschmerzen. Phantomschmerzen sind qualitativ verschiedenartig projizierte Empfindungen wie Juckreiz oder Schmerzen, durch die der fehlende Körperteil vom Patienten als noch vorhanden erlebt wird. Die Schmerzen entstehen im Gehirn, nicht am „nicht mehr vorhandenen Ort des Geschehens“.

### 3.4 Die Gate-Control-Theorie

Wenn Nervenimpulse, die von beschädigtem Gewebe ausgehen, im Rückenmark ankommen, passieren sie gleichsam ein **Kontrollsystem**. Hier wird entschieden, ob und welche Signale wie rasch weitergeleitet werden sollen. Diese Gate-Control-Theorie geht grundsätzlich davon aus, dass das Nervensystem pro Zeiteinheit nur eine bestimmte Menge sensorischer Informationen verarbeitet. Werden zu viele Informationen gesendet, dann unterbrechen bestimmte Zellen im Rückenmark die Signalübertragung, so als ob sie ein Schleusentor zumachen. So kann es geschehen, dass Schmerz nicht mehr durch die Schleuse gelangt, wenn zu viele andere Empfindungen, etwa das Reiben der Schmerzstelle, den Andrang vergrößern.

Diese Theorie könnte erhellen, weshalb elektrophysikalische Therapiemaßnahmen oft Erfolg zeigen. Sie hat außerdem zur Klärung einiger rätselhafter psychologischer Aspekte des Schmerzes beigetragen: Denn in einem Überlebenskampf werden die Energien nicht dafür verwendet, den Schmerz der Verletzungen zu empfinden, sondern um den Kampf mit aller Kraft fortzusetzen.

## 4. Die Schmerzkrankheit

Schmerz ist kein isoliertes Geschehen, sondern beeinflusst in höchstem Maß die Lebensqualität des Betroffenen. Für den Patienten, der die Schmerzen erleidet, spielt die Ursache kaum eine Rolle, wohl aber die Auswirkung. Sowohl sein Verhalten als auch seine Persönlichkeit werden davon betroffen. Das Leben verändert sich. Gefühle der Hilflosigkeit und Entmutigung, Gedanken über die Ausweglosigkeit des Leidens sowie existenzielle Ängste vor Verlust der Leistungsfähigkeit, Unsicherheit bezüglich Beruf und Lebensplanung und nicht zuletzt die Angst vor Sterben und Tod können in der Folge zu sozialen und finanziellen

Problemen führen. Diese Begleiterscheinungen führen ihrerseits zu einer Intensivierung der Schmerzerfahrung.

Bei Personen mit Demenz ergibt sich aufgrund der Krankheit Demenz ein besonderes Problem: Die Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und die kognitiven Defizite führen dazu, dass die Person mit Demenz nicht mehr über den Schmerz von heute Früh erzählen kann, den Schmerz (Intensität, Art, Dauer etc.) nicht mehr benennen kann. Dies wird oft noch durch Schwerhörigkeit, Aphasie und Konzentrationsstörungen verstärkt.

#### **4.1 Unterscheidung von akutem, chronifiziertem und chronischem Schmerz**

Nicht immer ist die Unterscheidung einfach zu treffen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Schmerztherapeuten in der WHO hat 1982 eine allgemein gültige, differenzierte Übereinkunft getroffen:

##### **4.1.1 Akuter Schmerz**

**Akute Schmerzen** sind sinnvolle Schmerzen, die bis zu einer Woche dauern. In diese Zeit fällt die Diagnostik, die Therapie setzt ein und zeigt in der Regel Erfolg. Dieser Schmerz ist lebensnotwendig auch für hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz und hat eine Signalfunktion. Ohne Schmerzgefühl würden geriatrische Pflegepersonen Verletzungen und Infektionen bei hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz oft übersehen. Die Ursachen blieben unentdeckt und die geriatrischen Pflegepersonen würden nicht rechtzeitig den Arzt ansprechen (z.B. Oberschenkelhalsbruch, Harnwegsinfekt, Pneumonie). Hier ist der Therapieansatz kurativ: die Ausschaltung der akuten Schmerzursache. Der Sinn dieser akuten Schmerzen ist erkennbar: Er ist notwendig, beherrschbar, zeitlich begrenzt, dadurch akzeptierbar.

##### **4.1.2 Protrahierter Schmerz**

Der protrahierte Schmerz dauert einige Wochen bis zu einem Monat. Hierzu sind Schmerzen zu rechnen, deren Diagnostik und/oder Behandlung längere Zeit erfordert, sowie die Folgen von Verletzungen und Operationen, die eine längere Nachbehandlung verlangen.

##### **4.1.3 Chronifizierter und chronischer Schmerz**

Von **chronifizierten** Schmerzen sprechen wir dann, wenn die Schmerzen bis zu einem Jahr bestehen. Als Beispiele für Ursachen seien Bandscheibenoperationen und die Amputation von Gliedmaßen angeführt, die eine längere Phase der Rehabilitation erfordern können. In diese Zeit fällt die Phase der Entstehung von Medikamentenproblemen, die

Enttäuschung über den ausbleibenden Behandlungserfolg, die Gefährdung des Arbeitsplatzes, die Furcht vor der Unbeeinflussbarkeit der Schmerzen und die Einschränkung des Bewusstseins und der Empfindungen durch die Schmerzen. Chronifizierte Schmerzen sind kein statischer Zustand, sondern ein Prozess. Im Verlauf dieses Prozesses entstehen chronische Schmerzen.

Bestehen die Schmerzen länger als ein Jahr, ist ein **chronischer** Schmerz entstanden. Zu den primär chronischen Schmerzen zählen u. a.: Migräne, postzosterische Neuralgie, Stumpf- und Phantomschmerz, Cluster-Kopfschmerz. Alle bisherigen Therapieversuche sind ohne Erfolg geblieben. Zu den eigentlichen Schmerzen können weitere iatrogene Schäden hinzukommen. Die psychosozialen Auswirkungen haben den Patienten niedergedrückt. Der Schmerz ist lebensbestimmend geworden. Der chronische Schmerz ist mittlerweile eine eigenständige Pflegediagnose in dem internationalen Klassifikationssystem von Pflegediagnosen und -interventionen geworden (Doenges 2003).

Die chronischen Schmerzen haben keine Signalfunktion mehr. Sie beeinträchtigen oft das Leben und die Lebensqualität der hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz:

- Die Ursache ist nicht auffindbar.
- Die Ursache ist bekannt, aber es gibt keine kurative Therapie.

Beherrschen diese chronischen Schmerzen das Leben der hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz, dann ist der Schmerz die Krankheit an sich. Dieser sinnlose Schmerz **muss** in Angriff genommen werden.

Kriterien für Schmerzbedeutung und Schmerzbehandlung

Akuter Schmerz	Chronischer Schmerz
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hat in erster Linie physiologische Bedeutung</li> <li>• ist ein Warnsignal des Körpers</li> <li>• Hinweis auf Krankheit, Gewebeschädigung</li> <li>• kausale Behandlung möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hat immer psychische, geistige und soziale Komponenten</li> <li>• ist eine Krankheit (Schmerzkrankheit)</li> <li>• der Schmerz selbst ist das belastende Symptom</li> <li>• kausale Behandlung <i>nicht möglich</i></li> </ul>

Dem chronischen Schmerz gehen akute Schmerzphasen voraus. Der Übergang vom akuten zum chronischen Schmerz findet sehr oft in einer kritischen Lebensphase statt.

Fazit: Wo anstehende Lebensveränderungen nicht ernst genommen und Lebenskrisen nicht aktiv bearbeitet werden, entwickeln sie sich zum Ausbruch von Leiden oder zum Auslöser einer bleibenden Schmerzkrankheit – was unter Umständen verhütet werden könnte.

## 5. Die häufigsten Schmerzformen bei multimorbiden Personen mit Demenz

Es gibt einen fundamentalen, bewiesenen Unterschied zwischen der Gruppe der Erwachsenen und der hochbetagten multimorbiden Menschen. Oft fehlt in der Praxis das speziell gerontologische Wissen über die Korrelationen zwischen Alter und Schmerz.

Die Schmerzursachen sind unterschiedlich. Bei hochbetagten multimorbiden Personen mit und ohne Demenz überwiegen Schmerzen aufgrund von Gelenkdegenerationen, Osteoporosen und Tumorbildungen. Die daraus resultierenden Funktionsstörungen und der Verlust von Selbstständigkeit und sozialen Kontakten müssen bei älteren Menschen anders berücksichtigt werden als bei Jungen.

### 5.1 Altersschmerzen

Der Begriff „Altersschmerzen“ kann irreführend sein, denn das Alter als solches bewirkt keine Schmerzen, wohl aber die Abnutzungserscheinungen und Krankheitsprozesse, die mit zunehmendem Alter auftreten können.

Laut verschiedenen Studien leiden zirka 40 % der über 80-Jährigen und 29 % der 71–80-Jährigen unter Schmerzen – aber die Ärzte wissen nichts davon. Dabei haben ständige Schmerzen weitere Folgen, wie z.B. Depression, Schlafprobleme, eingeschränkte soziale Kontakte und, damit verbunden, Vereinsamung und Isolation.

Die Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat sind jene Schmerzgruppe, die mit zunehmendem Alter am meisten anwächst. Ein großes Problem bei chronischen Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat ist der „Schmerzkreislauf“:

Schmerzen → Bewegungseinschränkung, um Schmerzen zu vermeiden → Fehlhaltungen und Dauerverspannungen, die das Liegen oder Sitzen zur Qual machen → Lebensqualitätsverlust, Schlaflosigkeit, Isolation, Depression, Einschränkungen in den AEDLs, Freudlosigkeit → Steigerung der Schmerzen.

Hier muss das multidisziplinäre, palliative, kurative, geriatrische Team gezielt nachfragen. Von vielen hochbetagten multimorbiden Patienten werden nämlich diese Schmerzen als alterskonforme Begleiterscheinung

nung gesehen. „Das gehört dazu“, „Ich bin eben alt“, der Schmerz wird als Preis für das hohe Alter empfunden. Zusätzlich sind die Beschreibungen durch den kognitiv beeinträchtigten Patienten oft vage und es gibt multifaktorielle Kommunikationsschwierigkeiten.

## 5.2 Schmerzen durch Multimorbidität

Hier ist der Schmerz als eines von vielen Symptomen zu betrachten. „Es geht mir nicht gut“, soll als ein Ausdruck von Schmerz anerkannt werden.

Schmerz kann hier als Sammelausdruck für Mangel an Wohlbefinden und der Lebensqualität verstanden werden.

Ilias bewies, dass in einer Schmerzambulanz bei 50 % der hochbetagten Personen mehr als zwei und bei 8 % mehr als drei Schmerzformen vorhanden waren (Ilias 2000). Dies bedeutet für die Praxis zum Beispiel, dass die Patientin Frau Müller in der Früh über Beinschmerzen klagt aufgrund von Polyarthritiden, zu Mittag aufgrund von Herzinsuffizienz/Ödem und in der Nacht aufgrund von Restless Legs. Sie antwortet auf die Frage nach der Lokalisation der Schmerzen immer mit „Bein“ oder zeigt auf dasselbe. Die Differenzierung ist für sie nicht mehr möglich. Die reaktive Vorgangsweise für die Pflegeperson ist aber jedes Mal eine andere.

## 5.3 Krebsschmerzen

Die Angst vor einer Krebserkrankung ist fast identisch mit der Angst vor Schmerzen, die der Krebs verursacht. Krebspatienten haben meist mehr als eine Schmerzlokalisierung. Ein Fünftel aller Krebspatienten hat nur eine Schmerzlokalisierung, jedoch vier Fünftel haben zwei oder mehr Lokalisationen.

Die Mehrheit der Patienten, die unter Krebs leiden, hat irgendwann im Verlauf der Erkrankung Schmerzen. Diese chronischen Schmerzen könnten in 90 % der Fälle unter Berücksichtigung einiger weniger Grundprinzipien mit einfacher medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie behandelt werden. Trotzdem bekommen noch immer rund 60 % der Patienten keine adäquate Schmerztherapie.

## 5.4 Kopfschmerzen

Laut Statistik leiden 20 bis 25 % aller Erwachsenen unter Kopfschmerzen. Die Folgen davon sind meist Leistungsverminderung, Beziehungsprobleme, Rückzugstendenzen mit wachsender Vereinsamung, Verlust von Lebensqualität und Lebensmotivation.

Trigeminusneuralgien sind selten, aber wo sie auftreten, werden sie als „unvorstellbar heftige, brennende und einseitige Gesichtsschmerzen“

beschrieben. Die Schmerzattacken werden durch einen taktilen Reiz ausgelöst. Sie können auch durch eine einfache Betätigung der Kau- und mimischen Muskulatur hervorgerufen werden.

## 5.5 Nervenschmerzen – Neuralgie

Nervenschmerzen können verschiedene Ursachen haben:

- Schädigung eines Nervs selbst, wie nach einer Verletzung. Änderungen der Außentemperatur oder der Luftfeuchtigkeit können dann Schmerzen hervorrufen.
- Schädigung von Nerven als Folge einer Infektionskrankheit wie Herpeszoster. Pflegepersonen dürfen nie vergessen, dass sie sowohl als Schmerzverursacher als auch Schmerzlinderer wirken können. Die kleinste Berührung der Haut kann zu unerträglichen Schmerzen führen.
- Schmerzen durch Herpes zoster können zum Teil sehr heftig und brennend sein. Sie können als Neuralgie das Exanthem für viele Jahre überdauern.
- Polyneuropathien, verursacht durch Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, führen oft zu Änderung der Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit. Sie können helle, scharfe, spitze, schneidende, brennende, dumpfe, drückende und ziehende Schmerzen verursachen (Kojer 2009).
- Verletzungen im Bereich des Rückenmarks oder des Gehirns können sehr störende Schmerz- und Missempfindungen verursachen.

Wo Neuralgien auftreten, zehren sie an der Lebensenergie. Sie werden als messerscharf und zermürend beschrieben. Viele entwickeln sich zu chronischen Schmerzen, die auch heute noch schwer beeinflussbar sind wie z.B. Herpes-zoster-Neuralgien.

## 5.6 Viszeraler Schmerz

Der viszerale Schmerz wird durch seinen Entstehungsort im Brust- und Bauchraum (Eingeweideschmerz) definiert. Eingeweideschmerzen sind oft schlecht lokalisierbar. Organschmerzen im Brust- und Bauchraum projizieren sich oft in andere Körperregionen (referred pain – übertragener Schmerz).

## Schmerz – Was nun?

*Wir sollten uns immer fragen,  
ob die Symptomkontrolle den Einsatz eines Arzneimittels rechtfertigt,  
oder ob es auch nicht-pharmakologische Interventionen gibt,  
die ebenso zum Erfolg führen könnten.*  
(Büche 2006, S 244)

### 1. Patienteninformation

Alle Patienten brauchen eine wahrhaftige, ausgewogene und vollständige Information, die nicht zwischen Tür und Angel stattfinden kann.

Der hochbetagte multimorbide Patient, der kognitiv nicht beeinträchtigt ist, benötigt, um Kontrolle über die Situation behalten zu können, Informationen. Auskunft soll u. a. gegeben werden über Schmerzursache, Therapiemöglichkeiten und die Zeit, die notwendig ist, um Linderung zu erzielen. Notwendige Fragen zur Information sind u. a.:

- Welche Ursachen werden vermutet?
- Können die Beschwerden ätiologisch oder nur symptomatisch behandelt werden?
- Welche Therapiemöglichkeiten gibt es und wie sehen sie konkret aus?
- Welche Pflegemaßnahmen werden getroffen?
- Welche Medikamente werden wofür eingesetzt? Welche Nebenwirkungen haben sie?
- (Sinn von Kombinationen erklären).
- Wo stehe ich als hochbetagter multimorbider Patient? Was sind meine Ressourcen, Chancen, Möglichkeiten und Wünsche?

Aber ebenso benötigt auch der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz Informationen. Diese müssen auf der Ebene der Emotionen gegeben werden – vor allem die nonverbale Kommunikation steht hier im Vordergrund. Der Inhalt der Botschaft ist nicht mehr so entscheidend. Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz muss spüren: „Ich werde ernst- und wahrgenommen“, „Ich werde geachtet und ich darf ICH sein“, „Es gibt ein Du, das mich begleitet, mir Sicherheit und Geborgenheit gibt“, „Meine unbegreifbaren Schmerzen werden verstanden und gelindert“, ... Auch bei einem bewusstlosen Patienten soll jeder Handgriff kommentiert werden. Nur so können Angst- und Panikattacken

vermieden werden. Bewusstlos heißt nicht emotions- und gefühllos. Nur so kann der hochbetagte multimorbide Patient „aktiv mitarbeiten“. Eine fortlaufende Einschätzung der Situation ermöglicht eine adäquate, d. h. effiziente, flexible und für den hochbetagten multimorbiden Patienten so wenig wie möglich belastende Therapie.

## 2. Dem Schmerz vorbeugen

Für jeden hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz sollten wir uns im Team fragen:

### Wie können wir dem Schmerz vorbeugen?

Tatsächlich ist es so, dass nicht jeder hochbetagte multimorbide Patient leidet, aber jeder hochbetagte multimorbide Patient kann durch unsere Unaufmerksamkeit zu leiden beginnen. Der hochbetagte multimorbide Patient ist durch seine Grunderkrankung Demenz viel empfindlicher geworden und verdient viel Aufmerksamkeit, man sollte ihm Gehör schenken.

- Das Liegen verursacht Rückenschmerzen, Durchblutungsstörungen, Krämpfe, Hautschädigungen. Jede Art von Mobilisation verlangt außerordentliche Behutsamkeit von Seiten der Pflegenden. Der hochbetagte multimorbide Patient soll sich in Sicherheit fühlen, indem man ihm nicht nur die Vorgangsweise erklärt, sondern indem man ihm eine Adaptationszeit lässt, um überhaupt die Möglichkeit zu haben, zu verstehen, was jetzt gerade mit ihm geschieht. Pflegende sollen solange und so weit es möglich ist, um Mithilfe bitten, nur so hat die hochbetagte multimorbide Person eine Chance, ihre Autonomie gestalten zu können.
- Manche Patienten machen sich viele Sorgen um ihre Verdauung. Dies kann zu einer fixen Idee werden. Wenn man weiß, wie schnell sich ein Fäkalom bildet und wie schmerzhaft es sein kann, ist es ihnen nicht zu verübeln, wenn sie sich vor Verstopfung fürchten. Hochbetagte multimorbide Patienten haben oft eine sehr lange und sehr individuelle „Stuhlgeschichte“. Diese „Stuhlgeschichte“ muss ihren Platz in der Pflegebiografie finden, denn nur so kann das Normalitätsprinzip gelebt werden.
- Inkontinente Patienten klagen über Schmerzen und Unwohlsein, wenn die Einlage nass ist oder wenn beim Wechsel Verunreinigungen hinterlassen wurden. Ist es wirklich notwendig, eine hochbetagte multimorbide Person mit Demenz durch unsere Unaufmerksamkeit zu zwingen, auf ihr Bedürfnis nach Wohlbehagen, nach trockener Einlage mit herausforderndem Verhalten hinzuweisen?

Die allgemeine Zustandsverschlechterung wird von trophischen Störungen begleitet. Die trockene Haut verursacht einen unangenehmen Juckreiz, der leicht mit fettender Salbe behoben werden kann. Der Mundzustand bedarf einer täglichen, pflegerischen Einschätzung. Eine einfache Trockenheit bringt Kommunikations- und Ernährungsschwierigkeiten mit sich. Heimtückisch kann sich eine Pilzkrankung einnisten. Oft ist sie bedingt durch die Medikamentengabe (Kortikoide, Antibiotika, Zytostatika, ...). Eine gute Beobachtung erlaubt ein frühzeitiges Erkennen und sofortige Maßnahmen, bevor Brennen und Dysphagien entstehen. Ist die behutsame Körperpflege nach Basaler Stimulation® nicht eine genuine Aufgabe der Pflege?

- Spritzen können von abgemagerten Patienten oder Patienten mit schlechtem Venenzugang als brutal erlebt werden. Um Schmerz zu verhindern, würde es genügen, den Arm vorzubereiten (warme Umschläge, Bad), beziehungsweise die i.m.- oder s.c.-Stelle zu massieren oder ein Lokalanästhetikum aufzutragen.
- Die klinische Untersuchung ist nicht immer schmerzfrei. Denken wir daran, Hände und Geräte vorzuwärmen (Stethoskop, ...), Hilfe zu holen, um den Patienten zu lagern, mit Vorsicht einen Verband zu entfernen, und lokale Anästhetika zu benutzen, bevor z. B. eine rektale Untersuchung gemacht wird?
- Eine Schmerzanalyse ist notwendig: Gibt es eine kausale Ursache? Wenn nein: Gibt es externe Faktoren wie falsches Schuhwerk, eine nicht geeignete Stuhlhöhe, nicht eingestellte Gehhilfen? Oder ein unbeachtetes neues Bewegungsmuster, weil die Einstellung der Betthöhe geändert wurde?

Oft treten Schmerzen infolge einer lang anhaltenden Schonhaltung auf, die eigentlich dazu dienen sollte, einen möglichen Schmerz zu vermeiden. Aber durch diese unnatürliche Körperhaltung kommt es oft zu Spannungen und Verspannungen im ganzen müden und durch degenerative Erkrankung verstellten Körper. Diese wiederum können zu Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Unwohlsein und noch anderen Schmerzen führen.

Der hochbetagte multimorbide Patient sollte möglichst bequem im Bett oder im Lehnstuhl „wohnen“. Wie oft werden wir dafür die Lage ändern, ihm sanft aber gezielt Abreibungen machen oder ihn massieren müssen? Pflege hilft einen müden und überforderten Körper zu entspannen und lindert Schmerzen. Ab dem Zeitpunkt, da wir einen hochbetagten multimorbiden Patienten berühren, können wir ihm jedoch auch wehtun. So sollten wir mit Fingerspitzengefühl, Wachsamkeit und Geduld arbeiten. Schmerzen sind so unnötig, dass man heute von Nachlässigkeit sprechen sollte, wenn sie auftreten. Der hochbetagte multimorbide Patient muss wissen:

- dass wir aufmerksam in unserer Vorgangsweise sind. Dadurch kann er angstfrei sein und es können seine Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit gedeckt werden.
- dass wir den Ablauf erklären werden und wir ihm Zeit lassen, sich zu adaptieren. So kann er sich eine Vorstellung davon machen, was auf ihn zukommt. Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz kann bei der Pflege mithelfen und muss sie nicht mit herausforderndem Verhalten bloß ertragen.
- Eventuell sollten vor Pflegehandlungen – rechtzeitig – schnelleinsetzende und kurzwirksame Schmerzmedikamente zur normalen Therapie gegeben werden. Dann soll deren volle Wirkung abgewartet werden, bevor die Pflegehandlung beginnt.

Eine sehr effektive, präventive Handlungsstrategie ist eine gezielte Patienten- und Angehörigenanleitung, -aufklärung, -beratung, -edukation und -information. Das Ziel ist Empowerment. Ja, Empowerment hat in der Palliativpflege und in der Geriatrie seinen Platz. Besonders in der letzten Lebensphase kommt einer Aktivierung der Selbstversorgungs- und Selbststeuerungspotenziale eine zentrale Bedeutung zu (Müller-Mundt 2005). Das Ziel ist die Unterstützung des Selbstmanagements der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz. Nur so können hochbetagte multimorbide Patienten und Angehörige effektive Entscheidungen treffen und Probleme voraussehen. Sie können agieren, anstatt nur zu reagieren.

### 3. Die Ursachen suchen

Der Schmerz kann mit der Krankheitsursache, mit den Therapiefolgen oder mit weitgehend unabhängigem Geschehen zusammenhängen. Alle Betreuenden (d. h. von der Putzfrau bis zum Pflegepersonal, inklusive Angehörige und Freunde) wirken bei der Aufnahme der Schmerzdaten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit. Der hochbetagte multimorbide Patient auch mit Demenz selbst soll motiviert werden, sich verbal und nonverbal mitzuteilen und aktiv mitzuarbeiten (Selbstwahrnehmung). Die Ätiologieerhebung verlangt eine genaue klinische Erfassung und manchmal Zusatzuntersuchungen. Bevor man eine Zusatzuntersuchung verordnet, sollte man – besonders wenn diese mit einem mühsamen Transport eines schmerzgeplagten und müden hochbetagten multimorbiden Patienten verbunden ist – genau die Vor- und Nachteile, die zu erwarten sind, abwägen und sich nur auf jene Untersuchungen beschränken, die die beste Auswirkung auf die Therapie mit sich bringen. Jeder Transport, jeder Ambulanzbesuch, jede Krankenhauseinweisung führt zur Verschlechterung des allgemeinen Zustandes eines hochbetagten multimorbiden Patienten mit oder ohne Demenz und birgt die Gefahr eines akuten Verwirrheitszustandes. Der hochbe-

tagte multimorbide Patient mit Demenz findet sich nicht zurecht und kann sich nicht mehr adaptieren. Die Folge ist eine Verschlechterung der schon vorhandenen Demenz. Der hochbetagte multimorbide Patient soll so weit wie möglich Linderung empfinden, auch wenn die Ursachen seiner Schmerzen noch nicht genau geklärt sind oder unbekannt bleiben.

## 4. Den Schmerz identifizieren

Was können wir angesichts eines schmerzgeplagten Patienten tun?

### Den Patienten anhören und ihn beachten

McCaffery definierte den Schmerz so:

*„Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“* (Ebd. 1997, S 12).

Jedes Symptom, das physisches Unbehagen bereitet, muss behandelt werden. Das Beobachten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz wird vorrangig, wenn sich der Patient nicht mehr ausdrücken kann, oder wenn er neurologische Störungen hat (Koma, Verwirrtheit, u. ä.). Allein das klinische Hinhören genügt nicht mehr.



Hochbetagte multimorbide Patienten mit Demenz haben physische, emotionale, soziale und spirituelle Schmerzanteile und daraus ergibt sich, dass Schmerzerleichterung nur möglich ist, wenn das Phänomen ganzheitlich gesehen und jede dieser Komponenten beachtet wird.

Zeichen von „Total Pain“ zeigen sich auf der Ebene:

- des affektiven Systems: Was fühlt der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz? Reizbarkeit, Aggression, Depression, Frustration, Suizidgedanken, ...

- des vegetativen Systems: Wirkung auf den Sympathikus und Parasympathikus, Blutdrucklabilität, Herzklopfen, Schweißausbrüche, ...
- des motorischen Systems: Verspannungen, Schonhaltung, Fehlhaltung, Überempfindlichkeit auf Reize.
- des kognitiven Systems: Der Schmerz beherrscht das Denken durch Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Interessensverlust, Sozialverlust.
- des hormonellen Systems: Hormonstörungen, Störung im Ernährungsverhalten, Sexualverhalten, Immundepression, ...
- des Soziallebens: Arbeits-, Rollen- und Sozialstatusverlust, Vermeidungsverhalten mit Isolation und Rückzug, Belastbarkeitsverlust, ... Gleichzeitig sehr großes Bedürfnis nach Geborgenheit, Sicherheit, Halt und Wertschätzung.
- der Spiritualität: Suche nach dem Sinn des Lebens im Alltag und als Lebensbilanz mit Gott hadern, ... Warum ich? Warum jetzt? ... die „Ich-Identität“ wird bedroht.

Daraus wird klar ersichtlich, dass Schmerz die vorhandenen Demenzsymptome verstärkt und das herausfordernde Verhalten unterstützt.

## 5. Den Schmerz einschätzen

Das Pflegeziel der Schmerzeinschätzung muss sein, wie bei jeder anderen Pflegediagnose, den konkreten Pflegebedarf und die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen zu erfassen und zu evaluieren.

Die Schmerzerfassung stützt sich auf die Einschätzung des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz. Nur er kann seinen Schmerz beschreiben und über seinen bisherigen Leidensweg berichten. Was bedeuten diese Schmerzen konkret für ihn im Rahmen seiner Biografie, Wertskala, Erziehung, Kultur, Grundhaltung, Spiritualität und seiner Einzigartigkeit? Es darf nicht vergessen werden, dass der Mensch eingebettet ist in einem sozialen Kontext, der auch (mit)leidet und unterstützungsbedürftig sein kann. Vertrauenspersonen und Angehörige können Veränderungen bemerken. Alle wirken bei der Aufnahme der Schmerzdaten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz mit. Die Beobachtungen und die Dokumentation des Personals sind besonders wichtig, da sich der Patient oft nicht mehr klar und deutlich verbal ausdrücken kann.

Bereits bei der Schmerzidentifizierung müssen salutogenetische Aspekte eingebaut werden. Hier sollen Pflegepersonen u. a. an die Wahrnehmung der protektiven Faktoren, Copingressourcen und Kohärenzgefühle des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz denken. Diese individuellen und einzigartigen Seins- und Handlungskompeten-

zen und die Selbstbestimmung des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz zu erkennen, ermöglicht es, sie zu unterstützen, einzusetzen und zu fördern (Müller-Mundt 2005).

Neben dem Schmerzassessment sollte eine Ressourcenanamnese stattfinden. In vielen Fällen wird sie nur unter der Unterstützung von Bezugspersonen erstellt werden können.

Hier kommen besonders infrage:

- emotionale Ressourcen wie positiver Affekt, Lebensbejahung, Selbstwertschätzung,
- motivationale Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartung, optimistischer Attributionsstil, Hoffnung, intrinsische Lebensziele,
- volitionale Ressourcen wie Aufmerksamkeits-, Selbst- und/oder Emotionsregulation,
- soziale Ressourcen wie soziales Netzwerk und soziale Unterstützung,
- interpersonale Ressourcen wie Altruismus, Vergebung, Humor.

Diese Ressourcen verschwinden nicht alle im Alter oder aufgrund von Demenz. Hier sollte wirklich ein Paradigmenwechsel in der Pflege stattfinden. Pflegende sollten in der Betreuung und Begleitung von hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz mehr ressourcenorientiert als defizitorientiert arbeiten. Nur so können sie die Schätze der Person, die unter vielen Eigenschaften eine Demenz und eine Multimorbidität hat, entdecken.

Die Schmerzbewertung betrifft:

- Schmerzarten
- Schmerzqualität
- Schmerzintensität
- Schmerzfrequenz und Schmerzdauer
- Schmerzauswirkung

## **5.1 Schmerzarten**

### **5.1.1 Nozizeptorenschmerzen**

Durch die Gewebsschädigung werden die peripheren Rezeptoren andauernd gereizt und leiten diese Reize über ein definiertes, afferentes (aufsteigendes) System in das ZNS weiter. Das sind jene Schmerzen, die am häufigsten vorkommen. Sie werden oft auf Dermatome übertragen.

### **5.1.2 Neuropathische Schmerzen**

Diese Schmerzen kommen durch eine Kompression oder Irritation peripherer Nerven (Neurom) eines Spinalganglions, des Rückenmarkes oder im Thalamus zustande. Neuropathische Schmerzen können begleitet

werden von typischen lokalen Erscheinungen wie Gefühlsstörungen (Anästhesie, Hyperästhesie, Allodynie, Hyperpathie, Dysästhesie) oder Temperaturempfindungsstörungen. Unter neuropathischen Schmerzen, die einen Altersbezug vorweisen, fallen u. a.:

- (Poly)Neuropathien, Postzosterneuralgie
- Neuroborreliose und andere Entzündungen
- Nervenkompression und periphere Ischämien
- Restless-Legs-Syndrom
- medikamentös induzierte und primäre Kopfschmerzen, Kopf- und Gesichtsneuralgien
- zentrale Schmerzen wie Thalamus-Syndrom oder Phantomschmerzen (Wessely 2002).

### 5.1.3 Schmerzattacken, Schmerzdurchbruch

„Breakthrough Pain, Episodic Pain“: Diese Schmerzattacken, die bei neuropathischen Schmerzen z.B. nur Sekunden dauern, können aber äußerst schmerzhaft und zermürend sein. Sie müssen genauso wie die chronischen Schmerzen eingeschätzt werden. Sie sind manchmal schwieriger zu behandeln, da sie plötzlich, sehr intensiv, extrem kurz und rasch auftreten. Sie können bestimmte Bewegungen unmöglich machen, was den Alltag massiv beeinträchtigen kann. Eine Schmerzattacke kann ein Gefühl der Fremdheit, der Wehrlosigkeit und sogar der Demütigung hervorrufen. Da der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz sich nicht mitteilen kann, weil ihm selbst die Erklärung fehlt, fühlt er sich hilflos. Der Eindruck kann hier entstehen, dass er in den Augen seiner Mitmenschen seine Individualität verliert. Durch die Tatsache, dass der hochbetagte multimorbide Patient oft nicht einmal dem empfundenen Schmerz einen adäquaten Ausdruck geben kann, fühlt er in sich eine Leere und kann depressiv werden sowie einen Selbstvertrauensverlust erleiden: „Niemand versteht mich. Was bin ich wert? ...“ Diese Schmerzattacken verstärken die vorhandene Verwirrtheit der Person mit Demenz. Sie verursachen sehr oft ein herausforderndes Verhalten, da die Person mit Demenz nicht weiß, wie sie auf diesen für sie vollkommen unerwarteten, unbegreifbaren Schmerz reagieren soll. Die Zusammenhänge sind für sie aufgrund des Verlustes des Kurzzeitgedächtnisses überhaupt nicht mehr nachvollziehbar. Pflegende müssen besonders daran denken, was sie tun, wenn sie Pflegehandlungen wie die Verabreichung von Abführmitteln durchführen. Denn die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz kann den Zusammenhang zwischen Abführmittelgabe und Bauchschmerzen als Vorboten des Stuhlgangs nicht mehr nachvollziehen. Sie wird von den Bauchschmerzen vollkommen unvorbereitet getroffen. Diese Bauchschmerzen tun dann nicht nur körperlich weh, sondern sie werden begleitet von Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust, ... Alle diese Gefühle verstärken den körperlichen Schmerz.

## 5.2 Schmerzqualität

Der hochbetagte multimorbide Patient soll angeregt werden, über seine Schmerzen verbal und nonverbal zu sprechen. Die Art und Weise, wie der hochbetagte multimorbide Patient seine Schmerzen beschreibt, gibt wertvolle Informationen für die Diagnostik der Schmerzen. Bei der Dokumentation ist der Wortlaut, die Gestik und Mimik genau zu übernehmen. Die Ursachen und Auslöser sind vielschichtig. Man kann auch verbale, beschreibende Skalen benutzen:

- Brennen, heiß-brennend, dumpf bis tief-bohrend, durchstoßend (Knochenschmerz), Juckreiz („Ich könnte mir die Haut vom Leibe reißen!“). Diese Schmerzen werden oft von Dys- und Hyperästhesien und/oder Hautatrophien begleitet.
- Wie elektrische Schläge oder Nadelstiche, als quälender, pochender, krampfartiger, einschießender, scharfer, reißender, hämmernder, schneidender, stechender Schmerz (Nervenschmerz) beschrieben.
- Hartnäckig, schwer, empfindlich, ermüdend, erschöpfend, lähmend, mörderisch, beängstigend, brutal, Übelkeit erregend.
- „Der Schmerz verschlägt mir die Sprache und lässt mich tanzen.“ „Ich bin durch den Schmerz entstellt.“ „Ich hadere mit dem Schmerz und er zerreißt mich.“ ...

## 5.3 Schmerzintensität

Ein Einfluss des Alters auf die Schmerzintensität konnte beim Ruheschmerz, beim Bewegungsschmerz und auch beim stärksten Schmerz in den letzten 24 Stunden nicht nachgewiesen werden (Bartholomeyczik/Nonn 2005).

## 5.4 Schmerzfrequenz und Schmerzdauer

In ein Verlaufsblatt kann das Pflegepersonal für die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz die Schmerzen eintragen:

- **Wann** treten die Schmerzen auf: Uhrzeit, Frequenz?
- **Wie lange** dauern sie?

## 5.5 Schmerzauswirkung

- Auswirkungen auf das tägliche Leben (Tätigkeiten, Kontaktfreudigkeit, Schlaf, ...)
- Auswirkung auf das Verhalten der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz

Notwendige Fragen zur Behebung sind u. a.:

- Was lindert den Schmerz? (Wärme, Kälte, Medikamente, Massage, Besuch, ...)

- Was verstärkt den Schmerz? (anstrengende Arbeit, körperliche Aktivität, Gehen, Sitzen, Stehen, Liegen, Feuchtigkeit, psychische Belastungen wie Angst, depressive Verstimmung, Konflikte, Alleinsein, ...)

Zur Objektivierung der Einschätzung gibt es geeichte Schmerzskalen. Die Schmerzeinschätzung soll systematisch, überlegt, effektiv und gezielt stattfinden, damit unnötige Belastungen für den hochbetagten multimorbiden Patienten vermieden werden. Die klinische Untersuchung liefert hier Zusatzdaten.

## 5.6 Schmerzerfassung – Algesimetrie

Die Selbstbeurteilung muss vor der Fremdbeurteilung stehen. Die Frage ist nur, wie lange können Personen mit Demenz ihre Schmerzen selbst beurteilen. Es geht hauptsächlich um drei Fragen:

- Erlaubt der Schwund des Kurzzeitgedächtnisses eine Beurteilung des Schmerzes? Dieses Problem wird sichtbar, wenn die Pflegeperson bei der Visite dem Arzt kommuniziert, dass Frau Wagner Schmerzen hat. Der Arzt geht hin und fragt: „Sie haben Schmerzen?“ – „Nein, warum sollte ich?“, da Frau Wagner gerade genüsslich Kaffee mit ihrer Tochter trinkt.
- Der Verlust der verbalen Sprache erschwert die klare Nennung der Art und Weise des Schmerzes. Oft findet der alte Mensch keine Worte mehr um mitzuteilen, dass ihm etwas weh tut.
- Bei weit fortgeschrittener Demenz beginnt sich das Körperbewusstsein zu verändern. Der alte Mensch kann seinen Schmerz dann nicht mehr orten (Kojer 2009).

### 5.6.1 Selbstbeurteilung

Viele Schmerzassessmentinstrumente werden derzeit „kreiert“. Man sollte deswegen vor der Anwendung eines Instrumentes kritisch hinterfragen: Erfüllt es die Qualitätskriterien: Validität (Gültigkeit), Rehabilität (Zuverlässigkeit) und Objektivität? Die im Folgenden Genannten erfüllen diese Qualitätskriterien (Müller-Mundt 2005).

Alle diese Assessmentinstrumente können *nie* eine einfühlsame vertrauensvolle Beziehung ersetzen, sie können *nur* unterstützend wirken.

#### 5.6.1.1 VAS, NAS, VRS

Für Büche (2006) ist es deutlich, dass ein alleiniges Messen des Schmerzes mit der VAS der Multidimensionalität des Schmerzgeschehens *nie* gerecht werden kann.

Für Kojer (2009) sind VAS, NAS und VRS *nur* bei beginnender Demenz sinnvoll.

Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz kann versuchen, die Stärke seiner Schmerzen auf Skalen einzutragen: visuelle Analogskala

(VAS), numerische Skalen (RS), Wortskalen (Verbale Rating Skala VRS). Dies setzt aber voraus, dass das Pflegepersonal über das notwendige Fachwissen und die Praxis verfügt, um den hochbetagten multimorbiden Patienten in der Handhabung schulen bzw. unterstützen zu können. Ob der hochbetagte multimorbide Patient die Skalen lieber vertikal (aufgestellt) oder horizontal (aufgelegt) benützt, soll ihm überlassen werden. Die erhaltenen Werte sind nur „Anhaltspunkte“ und dürfen nicht allein z.B. über die Entlassungsfähigkeit bestimmen („Nach drei Tagen unter dem Wert drei wird der Patient entlassen!“). Sie ermöglichen und erhöhen aber die Selbstkompetenzen des hochbetagten multimorbiden Patienten: Er kann Warnsignale für Schmerzdurchbrüche erkennen. Sie liefern eine Unterstützung beim Umgang mit Boli (Reserve-medikation). Er kann erzählen, wie die Schmerzen bisher verlaufen sind.

Für Knipping (2006) sind VAS und NRS schwieriger in der Handhabung für Patienten mit visuellen kognitiven oder motorischen Einschränkungen.

Für Kojer (2009) sind VAS mit Gesichtern bei sehr gut geschultem Personal bestenfalls bis zur mittleren Demenz sinnvoll einsetzbar. Dabei ist eine geübte Beobachtung der Mimik, besonders der Augen, unentbehrlich. Die Pflegenden müssen ausgezeichnet in der Benützung des Instruments geschult werden.

Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz kann die Lokalisation auf ein Körperschema zeichnen oder an sich selber zeigen. Er kann die Ausstrahlungen andeuten.

### **Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale**

Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale ist nur für kognitiv nicht beeinträchtigte hochbetagte multimorbide Personen geeignet. Die Erfassung von Schmerzen mittels Philadelphia Geriatric Center Pain Intensity Scale hat zum Ziel, die subjektive Sichtweise des Schmerzpatienten wahrzunehmen.

Hier werden Fragen gestellt wie:

1. Wie stark sind Sie in den letzten Wochen ganz allgemein durch Schmerzen beeinträchtigt worden?
2. Wie stark sind Sie im Moment durch Schmerzen beeinträchtigt?
3. Wie stark sind Sie von den Schmerzen beeinträchtigt, wenn sie am stärksten sind?
4. Wieviele Tage in der Woche werden die Schmerzen wirklich schlimm?
5. Wie stark werden Sie von den Schmerzen beeinträchtigt, wenn sie am schwächsten sind?
6. Wie stark haben die Schmerzen ihre Alltagsaktivitäten beeinträchtigt?

Mit Ausnahme von Punkt 4, bei dem die Anzahl der Tage verzeichnet wird, gilt folgende Skala:

1: überhaupt nicht, 2: ein wenig, 3: ziemlich stark, 4: sehr stark.

### 5.6.1.3 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Das Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) kann nur für kognitiv nicht beeinträchtigte hochbetagte multimorbide Personen zum Einsatz kommen. Gemeinsam mit der hochbetagten multimorbiden Person werden die subjektiven Symptome gesucht und beurteilt und in weiterer Folge jene Schmerzen gelindert, die den Patienten stören. Eine radikale Patientorientierung ist hier verlangt, besonders wenn die verbalen Kommunikationsfähigkeiten nachlassen. Auch die nonverbalen Willensäußerungen müssen wahrgenommen werden.

### 5.6.1.4 Schmerztagebuch

Sinn des Schmerztagebuches ist es, einen Überblick über den Schmerzverlauf zu bekommen: Wie hat sich der Patient gefühlt? Von welcher Qualität waren die Schmerzen? Gab es Probleme beim Essen, bei den Ausscheidungen, ... Welche Faktoren beeinflussen den Schmerz? ... Der Patient ist nicht nur Partner, sondern auch aktiver Experte seiner Schmerzen. Der Satz „Mich hat der Schmerz“ kann somit umgewandelt werden in „Ich setze mich aktiv mit meinem Schmerz auseinander.“ Der Patient braucht nicht mehr Angst vor dem Schmerz zu haben (Algophobie).

Alle Daten können vom hochbetagten multimorbiden Patienten in ein Schmerztagebuch eingetragen werden. Der Patient soll, solange er in der Lage ist, dieses Tagebuch selbst führen. Bei mittlerer und fortgeschrittener Demenz wird die Pflegenden die Dokumentation des Schmerzes in der Pflegedokumentation fortsetzen. Die Schmerzsituation des Patienten wird jedoch leicht durch eine Fremdeinschätzung des Pflegepersonals verfälscht.

## 5.6.2 Fremdbeurteilung

Da leider der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz seine Schmerzbeurteilung mit fortschreitender Demenz nicht mehr selbst durchführen kann, muss relativ schnell auf Fremdbeurteilung zurückgegriffen werden. Da sind sehr gut geschulte Pflegepersonen gefragt.

Kann der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz uns verbal nicht über seine Schmerzen informieren, muss das geriatrische palliative kurative Team genau beobachten und dokumentieren. Jedes Mitglied des geriatrischen palliativen kurativen Teams muss sich die Frage stellen: „Was könnte diese hochbetagte multimorbide Person quälen?“, bevor es fragt: „Was könnten wir tun, damit dieser Mensch nicht mehr stört?“ Änderungen im Verhalten der hochbetagten multimorbiden Per-

son müssen als Kommunikationsversuch verstanden werden. Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz hat keine andere Möglichkeit sich auszudrücken und auf sich aufmerksam zu machen, als ihr Verhaltensmuster zu ändern.

### **Könnte es sein, dass der hochbetagte multimorbide Mensch Schmerzen hat?**

Die indirekten Schmerzzeichen können in große Gruppen eingeteilt werden:

- Gesichtsausdruck
- Veränderungen der Körpersprache
- Verschlechterung des körperlichen Zustands
- Verhaltensänderungen
- Herausforderndes Verhalten
- Vegetative Zeichen (Kojer 2009)

Da Schmerz sich aber immer individuell und persönlich ausdrückt, können Schmerzzeichen nur exemplarisch und nicht taxativ aufgelistet werden.

#### **5.6.2.1 Gesichtsausdruck**

- Die Stirn ist gerunzelt
- Glasiger, starrer Blick
- Augen geschlossen
- Angstvolle Augen
- Starre Mimik
- Wirkt weinerlich
- Die Zähne sind zusammen gebissen, angespannt und verkrampft
- Verschlossener Gesichtsausdruck
- Das Gesicht drückt Angst und Unsicherheit aus

#### **5.6.2.2 Verschlechterung des körperlichen Zustands**

- Verschlechterung der Multimorbidität
- Rascherer Sprachzerfall
- Zunehmende Gangunsicherheit, schwankender Gang
- Hohes Sturzrisiko
- Schlafstörungen
- Verstärkte Müdigkeit, ...

#### **5.6.2.3 Veränderungen der Körpersprache**

- Schonhaltung
- Embryonalstellung
- Übernimmt bei Mobilisation das Gewicht nicht
- (verstärktes) Hinken

- Ballt die Hände zu Fäusten, drückt sie zusammen
- Hält die Hand auf die schmerzende Körperstelle
- Reibt mit der Hand stereotyp über die schmerzhafteste Körperstelle
- Vermeidet bestimmte Bewegungen
- Wirkt verkrampft, ...

#### 5.6.2.4 Verhaltensänderungen

- Wirkt ratlos, hilflos, suchend
- Desorientierter als sonst
- Wirkt aufgeregt, überfordert
- Keine Reaktion oder Überreaktion auf externe Reize
- Zieht sich zurück
- Reagiert nicht auf direkte Ansprache
- Unruhiger oder stiller als sonst
- Will nicht gehen, stehen, sitzen, liegen
- Ängstlich

#### 5.6.2.5 Herausforderndes Verhalten

- Zeigt „grundlos“ Zorn, Aggression (Um-sich-Schlagen)
- Unruhe, Gehen, „Wandering“
- Ruft laut, wiederkehrend und hört nicht sofort auf, wenn mit dem Patienten Kontakt aufgenommen wird
- Ruft eher leise – „jammern“, stöhnen
- Das Rufen und das Weinen können sich bei Berührung verstärken
- Läutet „ununterbrochen“
- Nahrungsverweigerung oder
- Appetitlosigkeit
- Angst bei Pflegehandlungen
- Tag-Nacht-Rhythmus-Umkehr → kann nicht schlafen und „stört“

#### 5.6.2.6 Vegetative Zeichen

- Tachykardie, Tachypnoe
- Blutdrucksteigerung, Hypertonie („Wie ist sein normaler Blutdruck?“)
- Blässe
- Schwitzen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Änderung des Atemrhythmus
- Pupillendilatation

Zur Fremdbeurteilung des Schmerzes von hochbetagten multimorbiden Patienten mit kognitiven Einschränkungen, die nicht mehr in der Lage sind, selbst Auskunft zu geben, kann das „Echelle comportementale de la douleur pour personne âgées non communicantes“ (ECPA) Unter-

stützung anbieten. Die Skala liegt als deutsche Übersetzung vom Schweizer Geriater und Palliativmediziner Kunz vor. Die deutsche Skala erfasst Verhaltensbeobachtungen der Bezugspersonen. Sie fragt in insgesamt zwei Dimensionen von je vier Items ab und zwar die

- Beobachtungen vor der Pflege
  - Gesichtsausdruck, Blick und Mimik
  - Spontane Ruuehaltung (Suche einer Schonhaltung)
  - Bewegungen und Mobilität (im und/oder außerhalb des Bettes)
  - Kontakt zur Umgebung (Blicke, Gesten, verbal)
- Beobachtungen während der Pflege
  - Ängstliche Erwartung bei der Pflege
  - Reaktionen bei der Mobilisation
  - Reaktionen während der Pflege von schmerzhaften Zonen
  - Verbale Äußerungen während der Pflege bzw. Schmerzlokalisierung

Jedes Item wird in einer fünfstufigen Skala von 0 = keine Äußerung bis 4 = höchster Schmerzgrad eingeschätzt. Die Anwendungsdauer beträgt maximal fünf Minuten, eingehende Einweisung und Schulung sind vorausgesetzt (Kunz 2007).

**Im Zweifelsfall immer probatorische Schmerztherapie  
zum Einsatz bringen!**

### 5.6.3 Wann und wie findet eine Schmerzerfassung statt?

#### 5.6.3.1 Ersterfassung

Diese erfolgt bei der Aufnahme der hochbetagten multimorbiden Person in die Betreuung und Behandlung parallel zur Gesamtanamnese des Patienten. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass in Studien nachgewiesen wurde, dass Patienten erstens oft im Erstgespräch nicht über ihre Schmerzen sprechen; zweitens, dass Patienten häufig nicht über ihre Schmerzen reden wollen (Strohbücker 2005); drittens, dass das geriatriische palliative kurative Team Zeit benötigt, um die individuelle persönliche Ausdruckweise dieser Person zu entdecken, wahrzunehmen und zu verstehen.

#### 5.6.3.2 In regelmäßigen Abständen

Sehr kurze Intervalle während der Titrierungsphase und in der Terminalphase: Stimmt die Schmerztherapie, so wie sie jetzt läuft? In der Sterbephase können schnelle Änderungen auftreten.

#### 5.6.3.3 Evaluation einer Boluswirkung

Wie viele Boli hat der Patient in den letzten 12 Stunden gebraucht?

#### 5.6.3.4 Jedes Mal, wenn der Patient über Schmerzen klagt

- Was hat sich geändert? Die Frequenz, die Qualität, die Intensität, die Lokalisation?
- Ist etwas Neues dazugekommen?

#### 5.6.3.5 Nach Therapieänderung

- Neue medikamentöse Therapie
- Nach palliativ-chirurgischem Eingriff wie z.B. Stabilisierung einer Spontanfraktur oder Anästhesie
- Nach palliativer Strahlentherapie zur Ödemreduzierung, zur Schmerzlinderung, zum Einschmelzen von Tumorgewebe
- Nach einer Chemotherapie
- Vor und nach einer neuen pflegerischen Maßnahme
- Nach Auftreten von Nebenwirkungen

Hier könnte die Schmerzreduktionsskala (Pain Relief Index PRI) nach der Schmerzreduktion (0 = keine Schmerzreduktion bis 10 = vollständige Schmerzfreiheit) zur Anwendung kommen.

#### 5.6.3.6 Nach einem akuten Geschehen

- Infektion
- Nach einem Sturz mit medizinischen Folgen
- Nierenfunktionsverschlechterung, um mögliche Kumulation von Medikamenten im Serum zu verhindern
- Nach einem Krankenhausaufenthalt

Die hochbetagte multimorbide Person soll nicht wegen einer Schmerzverlaufs-Dokumentation bedrängt werden. Die Schmerzmessungen sollen so oft wie nötig, so selten wie möglich durchgeführt werden.

### 5.7 Zusatzdaten

- Wie und welche Medikamente nimmt der Patient? Hier muss eine Prioritätssetzung stattfinden, um eine unnötige Polypragmasie zu verhindern. Diese Prioritätssetzung muss aus der Sicht des hochbetagten multimorbiden Patienten stattfinden: Was ist dem Patienten wichtig?
- Welche Co-Morbiditätsprobleme gibt es, die erschwerende Faktoren sind? (Stoffwechselerkrankung, COPD, Diabetes mellitus, Nierensuffizienz, ...)
- Was wurde schon alles probiert? Akupunktur, Homöopathie, Entspannungstechniken, Psychotherapie, ...: nicht bewerten, offen sein, sonst erzählen Patienten und Angehörige nicht alles.
- Gibt es Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabusus?
- Gibt es eine psychiatrische Vergangenheit?
- Wie ist das soziale Umfeld; gibt es ein soziales Netzwerk?

- Gibt es finanzielle Probleme?
- Was sind die Ressourcen des hochbetagten multimorbiden Patienten?
- Aus welchem Kulturkreis kommt der hochbetagte multimorbide Patient? Welche Religion, welche Werte hat er?

Trotz aller Notwendigkeit einer gründlichen Schmerzanamnese muss sie, um ethisch vertretbar zu bleiben, an den Zustand und die Ressourcen des hochbetagten multimorbiden Patienten angepasst sein und nicht umgekehrt. Als wertschätzender und respektvoller Grundsatz soll immer gelten, dass jede Datenerhebung zu therapeutischen und patientenbezogenen Folgen führen muss.

## Schmerzmanagement

Ziel der Schmerztherapie ist es, den Kreislauf zwischen Schmerzimpuls und Schmerzantwort zu unterbinden, um eine „Schmerzspirale“ zu vermeiden oder zu durchbrechen. Nur so gewinnt das Leben wieder an Qualität.

Bei der Aufnahme in ein Uniklinikum gaben 33 % der Patienten an, bestehende Schmerzen länger als sechs Monate zu haben. Das Risiko, länger als sechs Monate Schmerzen zu haben, nahm mit dem Alter zu. Ein erster Anstieg ist im Alter von 65 bis 74 zu bemerken, ein weiterer bei Patienten über 75 Jahren. Hier gaben 55 % der Patienten an, Schmerzen länger als sechs Monate zu haben.

Von den Patienten, die angaben, Schmerzen in den letzten 24 Stunden gehabt zu haben, erhielten nur 50 % Analgetika. Selbst in der Gruppe der Patienten, die mittels VAS starke Schmerzen angaben, erhielt nur 75 % Analgetika (Bartholomeyczik/Nonn 2005).

Obwohl diese Patienten in der Lage waren, über Schmerzen verbal zu klagen, erhielten sie keine adäquate Schmerztherapie. Die Frage darf gestellt werden: Warum? Wo wir doch alle im Gesundheitssystem verpflichtet sind, „state of the art“ zu arbeiten.

Was ist mit hochbetagten multimorbiden Patienten, die nicht mehr verbal über Schmerzen klagen können? Haben sie keine Schmerzen? Die Schmerzempfindlichkeit verschwindet nicht mit dem Alter, der Multimorbidität oder der Demenz.

### 1. Instrumentarium der palliativen Therapie

Die palliative Therapie bedeutet definitionsgemäß lindernde Maßnahmen zur Beseitigung bestimmter Symptome und dient nicht der Heilung der Grundkrankheit.

Die Palliativmedizin und die Palliativpflege schließen prinzipiell keine therapeutischen Ansatzpunkte aus. Voraussetzung für die Anwendung ist aber, dass die Vorteile bzw. der Nutzen größer sind als die potenziellen Nachteile bzw. Risiken: Eine Nutzen-Risiko-Analyse ist für diesen hochbetagten multimorbiden Patienten in dieser Situation und in diesem Kontext vonnöten.

Die Therapieansätze müssen begründbar und sinnvoll sein. Sie sollen vom gesamten geriatrischen palliativen kurativen Team getragen werden. Es sind immer Einzelfallentscheidungen auf der Basis von Kompromissen zwischen Machbarkeit, Vorstellungen und Wünschen des geriatrischen palliativen kurativen Teams und den Vorstellungen und Wünschen des hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz.

**Haftungsausschluss:** Der Benützer ist verpflichtet, die in diesem Buch gemachten Angaben zu überprüfen und die Verordnung in eigener Verantwortung vorzunehmen.

## 2. Medizinische Behandlungsmaßnahmen

Die Kunst der geriatrischen palliativen medikamentösen Schmerztherapie besteht darin, sich langsam vorwärts zu tasten bei gleichzeitiger und genauer Beobachtung der hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz.

### 2.1 Nutzen-Risiko-Analyse

Eine nichtmedikamentöse medizinische palliative Therapie kann sinnvoll und sogar die bevorzugte Methode sein, wenn sie im Rahmen einer übergeordneten Gesamttherapie hilft, quälende Symptome zu beseitigen. Es ist wie immer in der palliativen Therapie eine Einzelentscheidung, die alle Für und Wider abwägen muss:

- Was sind die Vorteile dieser Methode im Vergleich zu anderen?
- Welche Nebenwirkungen, Komplikationen kann diese Methode haben?
- Wie belastend ist sie? Darunter fallen die psychischen, physischen, finanziellen, sozialen und Zeitaufwandbelastungen.
- Welche Vortherapien hat der hochbetagte multimorbide Patient schon gehabt?
- Was ist das konkrete Ziel, die konkrete Erwartung des Behandlungsteams? Sind sie im Einklang mit den Zielen und Erwartungen des hochbetagten multimorbiden Patienten?
- Ist der hochbetagte multimorbide Patient bereit bzw. überhaupt in der Lage, sich einer solchen Therapie zu unterziehen? Was bedeutet dies für ihn?
- Welche diagnostischen Maßnahmen müssen getroffen werden, bevor diese Methode angewendet werden kann? Und wie belastend sind sie?
- etc.

Eine palliative Methode soll möglichst arm an Nebenwirkungen und Komplikationen sein. Die Nebenwirkungen oder Komplikationen einer Behandlung müssen durch den zu erwartenden Gewinn zu rechtfertigen sein.

Hierzu hat die WHO eine Toxizitätsbewertungsskala erarbeitet, die als grobe Entscheidungshilfe herangezogen werden kann: TWIST-Analyse (time without symptoms and toxicity).

## 2.2 Pharmakologische Methode

Analgetika, örtliche Betäubung, Psychopharmaka<sup>1</sup>

## 2.3 Palliative Chemotherapie

Eine palliative Chemotherapie hat je nach Tumortyp, Tumorlokalisierung oder Tumorstadium verschiedene Ziele. Eine Verbesserung der Lebensqualität ist oft nur möglich, wenn es gelingt, den Tumor zu verkleinern oder das Tumorwachstum zu verhindern.

*Die Verwendung einer Chemotherapie als Instrument der Palliation bei symptomatischen Patientinnen mit Ovarialkarzinomrezidiven entbehrt einer soliden Datengrundlage. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der Patientinnen unabhängig vom Ansprechen der Chemotherapie eine Verbesserung der Lebensqualität erfährt. Diese subjektive Verbesserung der Lebensqualität ist allerdings mit erheblichen Kosten verbunden, die mit etwa € 5000 pro Patientin zu veranschlagen sind. (Gitsch 2002, S 235)*

Hier zeigt sich das Dilemma.

Ziel einer palliativen Chemotherapie bei hochbetagten multimorbiden Patienten kann nur sein:

- Tumorbedingte Symptome zu lindern
- Tumorbedingte Komplikationen zu verhindern wie z. B.:
  - Wachstum eines Bronchialkarzinoms oder Lymphoms in die Vena cava superior
  - Querschnittlähmung bei prä- oder paravertebral lokalisierten Tumoren

Wenn die Entscheidung für eine palliative Chemotherapie fällt, gibt es noch weitere Entscheidungen zu treffen wie:

- Systemische oder regional begrenzte Chemotherapie wie intraperitoneale Chemotherapie bei malignem Aszites, Chemotherapie bei malignem Pleuraerguss.

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Pharmakologische Methode

- Welche Toxizität verträgt der hochbetagte multimorbide Patient? Wie ist sein Allgemeinzustand, seine Lebenserwartung, seine jetzige und voraussichtliche Lebensqualität? Diese Überlegungen spielen eine Rolle bei der Entscheidung über Einzel- und Gesamtdosis, Intervall.
- Wie lang muss die Chemotherapie fortgesetzt werden nach Verschwinden der Beschwerden (sobald die Beschwerden unter Kontrolle sind oder wenn das maximale Tumorsprechen erreicht ist oder solange die therapiebedingten Belastungen vertretbar sind)? 25 % der Krebspatienten bekommen noch eine Chemotherapie in den letzten 14 Tagen ihres Lebens. Ist das wirklich sinnvoll hinsichtlich des zu erwartenden Wohlbefindens und der Lebensqualität des Patienten?
- Es kommt sehr wahrscheinlich zu einem Kompromiss.

## 2.4 Palliative Hormontherapie

### 2.4.1 Mammakarzinom

Die palliative Hormontherapie bei rezeptorenpositiven Patienten kann als Schmerztherapie bei ossären Metastasen Linderung ermöglichen.

### 2.4.2 Eine Glukokortikoid-Therapie

Eine Glukokortikoid-Therapie kann unabhängig von der Tumorart einige Symptome lindern wie:

- Nausea und Übelkeit
- Schmerzen
- Appetitlosigkeit
- Atemnot
- Hyperkalzämie

Nicht zu vergessen ist, dass eine Erfolgsbeurteilung oft erst nach sechs bis zehn Wochen möglich bzw. sinnvoll ist.

Die Nebenwirkungen entsprechen der physiologischen Wirkung der Glukokortikoide als synthetisches Hormon, d. h., der Hemmung des Gegenspielers. Was bedeuten diese Nebenwirkungen für die Lebensqualität und das Wohlbefinden des hochbetagten multimorbiden Patienten?

## 2.5 Palliative Lasertherapie

Laser ist eigentlich ein Akronym, das sich aus den Anfangsbuchstaben von „light amplification by stimulated emission of radiation“ bildet.

Wie das Wort „Laser“ andeutet, handelt es sich um eine Verstärkung von Lichtstrahlen durch erzwungene Strahlungsemission. Die tumorzerstörende Wirkung des Lasers entsteht durch thermische Effekte.

Die Anwendung von Lasern unterliegt gesetzlichen Vorschriften (ähnlich wie das Röntgen) wegen Verletzungsgefahr des Personals (z.B. Retina). Ziel der Lasertherapie ist:

- Die Wiederherstellung der Passage bei Stenosen im Verdauungstrakt
  - Ösophagus
  - Kardie
  - Magen
  - Dickdarm
- Die Wiederherstellung der Passage im Tracheobronchialsystem
- Zur Blutstillung
- Mögliche Komplikationen der Lasertherapie sind Perforation und Nachblutung.

## **2.6 Palliative Chirurgie**

Die palliative Chirurgie kann nichts an der Irreversibilität des chronifizierten Schmerzes ändern. Sie verfolgt andere Ziele. Eine palliative Chirurgie ist sehr oft eine Metastasen Chirurgie.

### **2.6.1 Mammakarzinom**

Beim lokal fortgeschrittenen, nicht mehr kurativ entfernbaren Mammakarzinom entstehen häufig infizierte, übelriechende, exulzierende und manchmal blutende Tumore, die nicht immer physisch schmerzhaft, aber psychisch sehr belastend sind. Eine palliative Chirurgie kann den Tumor herausschneiden und den dabei entstehenden, ausgedehnten Gewebsdefekt zum Teil oder komplett decken. Verschiedene Techniken stehen zur Verfügung.

### **2.6.2 Knochenmetastasen**

Die Zielsetzung kann sein:

- Schmerzlinderung
- Erhaltung oder Wiedergewinnung der Bewegungs- und Belastungsfähigkeit
- Präventiv: die Verhinderung von Komplikationen wie Spontanfrakturen, Nerven- oder Rückenmarkskompression
- Kurativ: Stabilisierung von Komplikationen

### **2.6.3 HNO-Bereich**

Kann eine Linderung bringen bei Schluckstörung bei gutem Karnofsky-Index und guter Lebenserwartung.

### **2.6.4 Dekubitus**

Die palliative Chirurgie kann eine Linderung der Schmerzen und eine Reduzierung der Wundinfektion unterstützen.

### **2.6.5 Endoskopische Therapien**

Die palliative Chirurgie ermöglicht eine Drainage vom Abflussstau mit oder ohne Stent-Implantation.

### **2.6.6 Neurochirurgie**

Bei anders nicht einstellbaren Schmerzen kann möglicherweise eine Chordotomie Linderung verschaffen. Das ist eine Durchtrennung der entsprechenden Schmerzbahnen im Rückenmark.

### **2.6.7 Neuraltherapie**

Die Neuraltherapie nach Huneke beeinflusst das neurovegetative System. Für Huneke beruhen chronische Erkrankungen auf einem Störfeld im Organismus. Bei der Segmenttherapie wird ein Lokalanästhetikum gezielt in den Bereich der Erkrankung gespritzt. Bei der Sekundärphänomentherapie wird das Störfeld (das weit von der Schmerzstelle entfernt sein kann wie z. B. eine alte Narbe) unterspritzt (Stantejsky 2008).

## **2.7 Palliative Strahlentherapie**

### **2.7.1 Machbarkeitsstudie**

Ehe dem hochbetagten multimorbiden Patienten die Möglichkeit einer Strahlentherapie angeboten wird, muss die Machbarkeit geklärt werden:

- Was ist das Behandlungsziel?
- Sind die Symptome wirklich durch beeinflussbare Metastasen verursacht?
- Wo wohnt der hochbetagte multimorbide Patient und wie weit entfernt ist der Wohnort vom Therapieort?
- Ist der hochbetagte multimorbide Patient transportfähig?
- Wie viele Metastasen hat er? In welchen Bereichen sind sie?
- Wie ist der Allgemeinzustand des Patienten: Anämie, Hyperkalzämie, Ernährungszustand, Karnofsky-Index, Nierenfunktion?
- Kann der hochbetagte multimorbide Patient die notwendige Körperstellung verstehen, einnehmen und halten?
- Welche therapiebedingten Nebenwirkungen sind zu erwarten: Enteritis, Übelkeit, Pneumonie, Dermatose und Dermatitis, Durchfall, Zystitis bzw. Pollakisurie oder Dysurie?

### **2.7.2 Indikation**

Man soll frühzeitig an die Möglichkeit der palliativen Strahlentherapie denken, solange sich der hochbetagte multimorbide Patient in einem relativ guten Allgemeinzustand befindet. Zusätzlich darf man nicht vergessen, dass die positiven Auswirkungen der Bestrahlung erst mit Verzögerung einsetzen.

Die Indikationen für eine palliative Strahlentherapie sind:

- Schmerzlinderung
- Stabilisierung einer Spontanfraktur
- Reduktion von Tumorödem, Hirndruck
- Raumforderung mit Querschnittgefahr, Kompressionsgefahr
- Obstruktionsgefahr der Vena cava superior: Spätestens nach einer Woche muss eine deutliche Besserung der Beschwerden vorhanden sein, was in 90 % der Fälle eintritt. Ist die klinische Symptomatik nach einer Woche nicht deutlich besser, dann soll noch einmal eine Differenzialdiagnostik stattfinden, z.B. ob vielleicht eine Thrombose in der Vena cava superior übersehen worden ist?
- Bei Lebermetastasen ist das Ziel eine Verringerung der Organvergrößerung und Kapselspannung. Gleichzeitig sollten ein Rückgang des Ikterus und eine Senkung der Bilirubinwerte feststellbar sein. Die hochbetagten multimorbiden Patienten fühlen sich insgesamt wohler und können besser essen.
- Bei Lungenmetastasen mit therapieresistentem quälendem Reizhusten und diffusen Schmerzen ist die Strahlentherapie die letzte Therapiemöglichkeit.
- Beckenschmerzen, die oft quälend sind, werden häufig durch Knochenmetastasen im Becken verursacht, die in den Plexus lumbosacralis einwachsen. Die positive Beeinflussung durch Strahlentherapie ist nur möglich, wenn gezielt bestrahlt werden kann.
- Wenn die Entscheidung für eine palliative Strahlentherapie spricht, gibt es noch weitere Entscheidungen zu treffen, siehe palliative Chemotherapie.

## 2.8 Akupunktur

Die Akupunktur hat verschiedene Wirkungsmechanismen, die ihren bewährten Einsatz in der Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle erklären:

- Ausschüttung von Endorphinen und Neurotransmittern
- Anhebung der Schmerzschwelle (Gate-Control-Theorie)
- Sedierung
- Immunstimulation
- Besserung motorischer Bewegungsstörungen

Die Akupunktur setzt verschiedene Akupunkturpunkte ein, je nach Schmerz, Lokalisation (Meridian), Intensität, betroffenem Organ, usf.

## 2.9 Homöopathie

Die Homöopathie arbeitet nach der Lehre von Hahnemann. Kleine Dosen bestimmter Substanzen werden gezielt eingesetzt, um den Organismus zu stimulieren. Dadurch kann der Körper aus eigener Kraft Krankheiten

„behandeln“. Die klassische Homöopathie, eine „Personotrope Medizin“, erfordert ein intensives, zeitaufwändiges Eingehen auf den hochbetagten multimorbiden Patienten in seiner Ganzheitlichkeit als Einheit. Sie setzt maximal ein oder zwei Mittel ein, die nach der Ähnlichkeitsregel ausgesucht werden. Die neuere Homöopathie richtet sich oft nicht mehr nach der Einzigartigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten aus, sondern nach Symptomen und der Diagnose. In einem Komplexmittel sind oft verschiedene Einzelmittel zusammengefasst.

## 3. Nichtmedizinische Behandlungsmaßnahmen

### 3.1 Psychologie

Die Psychologie beschäftigt sich mit allen Faktoren, die bei der Entstehung und dem Verlauf von Erkrankungen wirksam sind. Ziel ist es unter Inanspruchnahme aller vorhandenen Ressourcen den Krankheitsverlauf positiver zu gestalten. Sie wirkt unterstützend und begleitend. An Multimorbidität, an Demenz zu erkranken oder hochbetagt zu werden, bedeutet für den Betroffenen und seine Umgebung immer eine massive Belastung, die in eine Krise ausarten kann.

Nur ein hochbetagter multimorbider Patient, der sorgfältig, verständlich, klar, ausgewogen mit Empathie und Wahrhaftigkeit informiert und begleitet wird, ist in der Lage, Therapiewünsche und Therapieziele auszudrücken und Therapieentscheidungen aktiv mitzutragen. Die Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen sollten – wenn möglich – nur mit ausdrücklichem Einverständnis des hochbetagten multimorbiden Patienten in die Gespräche einbezogen werden.

Die psychologische Hilfe teilt sich in verschiedene Aufgabenbereiche:

#### 3.1.1 Die Psychometrie

Die Psychometrie ist ein Instrument, um eine Differenzialdiagnose erstellen zu können. Die Psychometrie unterscheidet zwischen Angst, Depression, Ursache eines herausfordernden Verhaltens, etc. Sie hilft die Lebensqualität zu messen: „Was ist Lebensqualität für diesen hochbetagten multimorbiden Patienten im Hier und Jetzt?“

#### 3.1.2 Die Gesprächsführung

Aufrichtige Gesprächsführung besteht aus aktivem Zuhören, Offenheit für Andersdenkende, fordert auf, Gefühle wahrzunehmen und sich zu trauen, sie auszudrücken. Eine intensive unterstützte Auseinandersetzung mit der Krankheit bietet Bewältigungsstrategien an: Attributionsstil, Abwehrmechanismen, Coping u.a. Auf Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten sollen familientherapeutische Ge-

sprache stattfinden, um anstehende Konflikte, Ängste, Sorgen anzusprechen und gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten.

### **3.1.3 Die psychologische, seelische Betreuung**

Eine eingehende Betreuung, um den Einfluss der psychosozialen Belastungen abschätzen zu können, ist notwendig: Wie geht der hochbetagte multimorbide Patient mit der Situation um? Erhält er Unterstützung von seinen Angehörigen? Hat er ein soziales Netzwerk? Wie reagiert er auf die Belastungen? Wie hat er in der Vergangenheit reagiert? Kann er seine Gefühle wahrnehmen, ausdrücken? Wie ist sein Körperbild? Hat er noch ein Körperbild oder hat die lange Bettlägerigkeit zum Verlust des Körpergefühles geführt? Dies zu wissen, ermöglicht eine Einschätzung des (Un)Wohlbefindens des hochbetagten multimorbiden Patienten und eine adäquate Informationsweitergabe. Man soll immer daran denken, dass ein hochbetagter multimorbider Patient, der im Alltag kaum auffällt, der im Umgang als sehr angenehm und problemlos eingestuft wird, der kaum Fragen stellt, oft vergessen wird. Deswegen sollen wir ihm besondere Aufmerksamkeit schenken, uns immer wieder Zeit nehmen, um einfach da zu sein. Der hochbetagte multimorbide Patient spürt sehr genau, ob wir wirklich Zeit für ihn haben oder nicht, ob er Fragen stellen und Zweifel äußern kann. Hören wir aktiv zu und lassen wir ihm Zeit, uns sein Bild der Erkrankung und der Therapie in seiner Sprache mitzuteilen. Selten erwarten hochbetagte multimorbide Patienten, dass jedes Leiden beseitigt wird. Sie erwarten jedoch Interesse, Empathie und Erklärungen für das, was sie bewegt. Und hochbetagte multimorbide Patienten fürchten alles Unbekannte, Unverständliche mehr als das, was sie bereits erlebt haben.

### **3.1.4 Die Psychotherapie**

Je nach Schule des Psychotherapeuten kann er die eine oder andere Methode anbieten, um Ängste abzubauen, Entspannungstechniken zu vermitteln, die Schmerzwahrnehmung zu ändern, bei Sinnfindung behilflich zu sein, usw. Die Psychotherapie kann eine Einzel- oder Familientherapie sein. Hier sind die Ziele der Psychotherapie ganz klar definiert: Es geht um Wohlbefinden, Lebensqualität und Begleitung in dieser letzten Lebensphase, egal wie lang sie dauern mag.

### **3.1.5 Die Trauerbegleitung**

Hochbetagte multimorbide Menschen erleben Tag für Tag sehr viele Verluste: Kontrollverlust, Verlust der sozialen Rolle, Verlust der eigenen Wertigkeit: „Ich kann nichts mehr“, „Ich bin nutzlos und dadurch wertlos“, „Ich falle nur zur Last“, etc.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Trauer (der Blick des Patienten ist häufig in die unbekannte Zukunft gerichtet, ist wellenartig, und der Trauernde kann sich noch über Kleinigkeiten freuen) und Depression

(sein Blick ist eher rückwärts gerichtet und seine Stimmung bleibt konstant) ist unbedingt notwendig, da die Depression unbedingt einer professionellen Unterstützung bedarf. Zu diesem Thema gibt es sehr viel gute Literatur u. a. von Verena Kast, Doris Tropper, Monika Specht-Tomann.

Pflegepersonen haben eine wunderbare „Schmerzlinderungsmacht“, vor allem dann, wenn sie den Sinn für die Kostbarkeit des Lebens erlangen, mit allen Konsequenzen, die aus dieser Haltung entstehen. Das heißt, bewusst den schwierigen, unbequemen Weg zu wählen.

## **3.2 Unterstützende/komplementäre Methoden**

### **3.2.1 Bachblüten**

Das System der 38 Bachblüten dient dazu, der Persönlichkeit die Chance zu geben, vorübergehende, allgemein menschliche, negative Gemütsstimmungen wie Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit und Ängste selbst in den Griff zu bekommen. Die Bachblüten sollten nicht in direkten Zusammenhang mit körperlichen Symptomen gebracht werden. Sie sollten eher zur Unterstützung einer fachgerechten Behandlung dienen, diese aber nicht ersetzen. Weiterführende Literatur zum Thema Bachblüten findet sich bei Mechthild Scheffer.

### **3.2.2 Aromatherapie, Kräuter und Tees, Öle und Salben**

#### **3.2.2.1 Grundannahme**

Die Geschichte der Aromatherapie (therapeutische Verwendung von natürlichen Duftstoffen entsprechend den Prinzipien der Naturheilverfahren: ISAO-Definition) reicht Jahrtausende zurück. Der französische Arzt Jean Valnet setzte im Zweiten Weltkrieg verschiedene Öle zur Behandlung der verwundeten Soldaten ein. Die Duftstoffe der ätherischen Öle erreichen das limbische System über die Riechzellen. Die Inhalation findet durch Verdunstung statt. Durch das geringe lipophile Molekulargewicht der ätherischen Öle können diese sehr leicht über die Haut in das Lymph- und Blutssystem gelangen. Dort werden sie in die Zellmembranen integriert. Bei zu starker Konzentration kommt es nur zu unspezifischen Reizen. Hier gilt: Weniger ist eher mehr. Bei der Verwendung von Ölen sollten verschiedene Qualitätskriterien erfüllt werden; u. a. sollten folgende Hinweise auf dem Etikett vorhanden sein: 100 % naturreines, ätherisches Öl, genaue botanische Bezeichnung, Herstellungsart, Herkunftsland und Hersteller. Die Flaschengröße soll der beinhaltenden Menge angemessen sein. Ganz wichtig ist die Lagerung der leicht verderblichen, extrem licht- und sauerstoffempfindlichen Öle. Die praktische Anwendung soll gut geplant sein, nur in gemeinsamer Absprache mit dem Patienten, nur unter Beobachtung des Patienten (besonders seines seelischen Befindens) und nur mit entsprechender

Sachkenntnis stattfinden. Die Klinik für Neurochirurgie und die Klinik für Neurologie des Klinikums Hannover/Nordstadt haben einen Pflegestandard für den Einsatz von ätherischen Ölen herausgearbeitet. Folgende klare Ziele wurden definiert:

- Unterstützung der medizinischen Therapien
- Förderung des Wohlbefindens, dadurch der Lebensqualität
- Erhöhung des Outputs von pflegerischen Maßnahmen
- Förderung der Selbstheilungskräfte der Patienten

Die Indikationen sind entsprechend den ATLS gegliedert. Ein Augenmerk ist dem „Wie“ der Anwendung gewidmet.

Beziehungsarbeit ist hier kombiniert mit hoher Fachkompetenz.

Hat man keine Aromalampen zur Verfügung, können ganz einfach feuchte Waschlappen über die Bettseiten gehängt werden.

Ungefähr acht Prozent der Bevölkerung reagieren allergisch auf diese Therapie. Weiterführende Literatur zum Thema Aromatherapie findet sich bei Jean Valnet und seinen Nachfolgern.

### 3.2.2.2 Aroma-Massage

Ziel der Aroma-Massage ist es, körperliche wie seelische Beschwerden zu lindern und somit die Lebensqualität zu fördern.

Berührung und sanftes Streichen können nonverbale Kommunikation, Zuneigung, Aufmerksamkeit und Respekt vermitteln. Fachkompetenz des Anwenders wie Fingerspitzengefühl, Einfühlungsvermögen und innere Ruhe müssen – neben professionellen Techniken – gegeben sein. Aroma-Massage wirkt u. a.:

- durch Reduzierung der Verspannungen
- durch Steigerung der Durchblutung in der Kutis, Subkutis und Muskulatur
- durch Linderung von neuralgischen, rheumatischen Schmerzen
- durch Vermittlung eines Körpergefühls
- durch Unterstützung der Darm-Nieren-Funktion
- durch Freisetzung von unterdrückten Gefühlen.

Durch ihren breiten Wirkungsbereich müssen Aroma-Massagen als komplementäre Behandlung betrachtet werden, die nur mit Einverständnis des behandelnden Arztes und nur durch ausgebildete Personen stattfinden sollen. Der Arzt muss entscheiden, ob die Nutzen höher sind als die möglichen Risiken und der hochbetagte multimorbide Patient muss klar seine Einwilligung geben. Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz, die ihre Einwilligung nicht mehr geben können, muss sehr genau auf die nonverbale Kommunikation geachtet werden. Jedes Zeichen von Unbehagen muss reflektiert werden: Kann die Massage der Auslöser dafür sein?

Die Rahmenbedingungen sind entscheidend für den Erfolg: warme Hände mit kurzen Fingernägeln, kein Schmuck, Raumtemperatur, angemessene Lichtverhältnisse, ungestörter Raum, richtige Auswahl der ätherischen Öle und der Basisöle, richtiges Mischverhältnis. Für schwache, kranke Personen, Kinder, Hochbetagte oder Sterbende genügen oft zwei maximal drei Tropfen ätherischer Öle in 10 ml Basisöl.

Weiterführende Literatur zum Thema Aroma-Massage findet man bei Wolfgang und Michaela Steflitsch oder Eliane Zimmermann.

### 3.2.2.3 Rhythmische Einreibung – Rhythmische Aroma-Massage

Die rhythmischen Einreibungen wurden von den Ärztinnen Wegmann und Hauschka in den 1990er Jahren entwickelt. Bei den Einreibungen kommt im Wesentlichen nur die Griffqualität der Effleurage/Streichung zum Einsatz. Diese Streichungen erfolgen hauptsächlich in Form von rhythmischen Kreisen oder Spiralen. In Studien wurde bewiesen, dass durch die rhythmische Einreibung

- die Schmerzintensität reduziert wird, besonders auf der emotionalen Ebene (individuelle Möglichkeiten der Schmerzbewältigung werden positiv beeinflusst; die Patienten erleben durch die rhythmische Einreibung den Schmerz differenzierter und fühlen sich nicht länger von ihm beherrscht),
- die Atem- und Herzfrequenz abnimmt,
- physische und psychische Spannungen gelöst werden: Befreit-sein-von-Etwas,
- eine Veränderung der Selbstwahrnehmung stattfindet: Wieder-eins-Sein mit seinem Körper und die Grenzen und Möglichkeiten des eigenen Lebens werden wieder entdeckt,
- sich die Möglichkeit eröffnet, seinen eigenen Weg fortzusetzen.

Weiterführende Literatur von Monika Layer.

### 3.2.3 Kinästhetik

Der Begriff Kinästhetik setzt sich eigentlich aus zwei Begriffen zusammen. Der Erste ist Kinästhesie, die Lehre von der Bewegungswahrnehmung. Der Zweite ist Ästhetik, die Wissenschaft des Schönen.

Das Konzept der Kinästhetik stammt von dem amerikanischen Tänzer Frank Hatch und von der Psychologin Lenny Maietta. Beide haben sehr viel mit Moshé Feldenkrais zusammengearbeitet. Christel Bienstein unterstützt die Auseinandersetzung mit der menschlichen Interaktion und so entstand der Einzug der Kinästhetik in die Pflege.

Die Kinästhetik studiert die Bewegung und die Wahrnehmung dieser Bewegung. Sie will den Leib als ganzheitliches Gefüge verstehen, das mit sich selbst in mannigfacher Beziehung steht.

Die Kinästhetik basiert auf sechs Konzepten:

- Menschliche Interaktion
- Funktionelle Anatomie
- Menschliche Bewegung
- Menschliche Funktionen
- Anstrengung (Druck und Zug) als Kommunikationsmittel
- Gestaltung der Umgebung

Die kinästhetische Interaktion findet zwischen Pflegeperson und hochbetagten multimorbiden Patienten statt. Sie beinhaltet verschiedene Möglichkeiten der Gestaltung von Austausch u. a. von Bewegung und Berührung. In der Interaktion sind Pflegende und der hochbetagte multimorbide Patient gleichberechtigte Partner. Dies ermöglicht die Pflegehandlungen an die Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche des hochbetagten multimorbiden Patienten anzupassen. Die verbliebene Bewegungsfähigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten wird genauso eingesetzt wie die Bewegungsfähigkeit der Pflegeperson. Dies setzt aber voraus, dass die Pflegeperson ihre Bewegungsfähigkeit erkennt, erfährt und wahrnimmt.

Ziel der Kinästhetik in der Pflege ist es u. a.:

- menschlich zu interagieren,
- dem hochbetagten multimorbiden Patienten zu erlauben, seinen Körper zu spüren und wahrzunehmen,
- einen ökonomischen Umgang mit dem eigenen Körper zu erreichen, z.B. sich mit geringem Kraftaufwand zu bewegen. Dies gilt sowohl für den hochbetagten multimorbiden Patienten als auch für die pflegende Person.
- Ressourcen besser zu nützen.

Das kinästhetische Handeln reduziert die Lagerungsschmerzen des hochbetagten multimorbiden Patienten. Die Muskeln sind entlastet und die Spannungen werden durch die Bewegung in kleinen Schritten reduziert. Diese Reduzierung der Bewegungsschmerzen bzw. des Lagerungs- und Transferierungsschmerzes hat einen Einfluss auf die Sauerstoffsättigung und auf die Atemfrequenz.

Weiterführende Literatur zum Thema Kinästhetik von Frank Hatch und Lenny Maietta, den Gründern der Kinästhetik.

### ***3.2.4 Wickel, Packungen und Auflagen***

Hierbei handelt es sich um anerkannte Anwendungen in Therapien von Heilbädern, Rehabilitationszentren und Sanatorien, die aber leider aus dem Spitalalltag und der Altenpflege oft verbannt wurden.

Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz *muss* die Anwenderin sehr vorsichtig vorgehen. Es kann sehr leicht zu Verbrennun-

gen kommen, da oft der kognitiv beeinträchtigte Patient sich oft verbal nicht artikulieren kann. Einem ungewöhnlichen Verhalten während einer Anwendung muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden: Kann es mit der Anwendung zu tun haben? Im Zweifelsfall muss die Anwendung abgebrochen werden.

- **Wickel** bestehen aus mehreren Tüchern, die um einen Körperteil gebunden werden. Das innerste Tuch enthält die Wirksubstanz und ist feucht. Warme Wickel werden zur Beruhigung, Entspannung, Krampflösung oder Entzündungshemmung verwendet. Kalte Kompressen dienen zur Schmerzlinderung und helfen bei Gelenkentzündung.
- **Auflagen und Kompressen** werden, wie der Name schon andeutet, auf einen Körperteil aufgelegt und mit Tüchern zugedeckt. Dampfkompressen regen den Stoffwechsel an, erwärmen und beruhigen. Indikationen für Dampfkompressen sind u. a. Unruhe, Stress und Nervosität. Kontraindikationen sind Sensibilitätsstörung, Gefäßschädigungen und Verwirrheitszustände.
- **Packungen** werden örtlich aufgelegt. Sie bestehen aus einer Wirksubstanz wie Lehm, Moor aber auch Brei, in dem Leinsamen oder Senfkörner enthalten sind.

Alle diese Methoden können kalt oder warm aufgelegt werden. Das Ziel ist es, die Heilkräfte des hochbetagten multimorbiden Patienten zu aktivieren. Die Wirkung des Wassers entsteht durch den Temperaturunterschied zur Körpertemperatur. Zusätze wie Heilkräuter, Leinsamen, Kartoffeln, Heublumen, Senf, Zwiebel, Öle und Heilerde können zusätzliche Linderung bewirken. So wie alle anderen Methoden sollen Wickel, Packungen und Auflagen erst nach ausführlicher pflegerischer Anamnese und durch für diese Methode ausgebildete Personen durchgeführt werden, denn sie können auch schädlich wirken.

Weiterführende Literatur zum Thema Wickel, Packungen und Auflagen findet sich bei Pfarrer Sebastian Kneipp.

### 3.3 Physikalische Methoden

#### 3.3.1 Wärme- und Kälteanwendungen

Grundsätzlich werden *akute* Schmerzen mit *Kälte* und elektrophysikalischen Maßnahmen behandelt. *Chronische* Schmerzen, sofern die Muskulatur beteiligt ist, werden mit *Wärme*, Massage, Gymnastik behandelt. Wärmeanwendungen sind z. B. Ölbäder, Wickel, Packungen, Umschläge und therapeutisches Berühren.

##### 3.3.1.1 Das Prinzip der Kryotherapie

Das Prinzip der Kryotherapie beruht auf Kälteerzeugung zur Hemmung entzündlicher Prozesse oder Hämatombildung. Rheumatische Schmer-

zen können sowohl von einer lokalen als von einer globalen Kryotherapie profitieren.

Die Kryochirurgie nützt die Anwendung der Kryotechnik und beruht auf der lokalen Zerstörung von Geweben durch Gefrieren. Die Kryochirurgie kann die Abwehrlage des Körpers verbessern. Die möglichen Komplikationen der Kryochirurgie sind u. a. die Perforation, die Nachblutung, die Narbenstenose und die Fistelbildung. Einsatzbereiche der Kryotherapie sind:

- **Mastdarmkrebs**

Ziel der Kryotherapie bei Mastdarmkrebs ist die Beseitigung von Tumorsymptomen wie Blutungen, Schmerzen, Darmverschluss, übel riechenden Tumoren und die Vermeidung eines künstlichen Darmausganges.

- **HNO-Bereich**

Im HNO-Bereich ist das palliative Ziel der Kryotherapie die Verhinderung von Atem- und Schluckbeschwerden, sowie die Geruchsminde- rung, die Schmerzlinderung und die Kontrolle diffuser Blutungen.

- **Dermatologie**

In der Dermatologie wird die Kältebehandlung lokal bei malignen Haut- tumoren verwendet.

### 3.3.1.2 Die Thermotherapie

Die Thermotherapie schaltet die schmerzenden Nervenfasern durch den Hitzereiz aus. Die Schmerzweiterleitung ist damit unterbrochen. Einsatzbereich der Thermotherapie ist z.B. die Therapie chronischer Schmerzen des Bewegungsapparates (Stantejsky 2008).

## 3.4 Aktive und passive Bewegungstherapie

Alle therapeutische Maßnahmen wie Dehnungstechniken, Mobilisation oder, im Gegenteil, Ruhigstellung, Traktion, isometrische Übungen, schmerzreduzierende Lagerungen, alle Massagearten, Unterwasser- therapien in der Badewanne, die durch gut geschulte Ergo-, Physio- und/oder Atemtherapeuten ausgeübt werden, besitzen eine sehr große schmerzlindernde Wirkung. Wobei hier nicht vergessen werden darf, dass fast alle hochbetagten multimorbiden Patienten degenerative Er- krankungen des Stütz- und Bewegungsapparats aufweisen. Hier wird sehr deutlich, wie individuell das Vorgehen der Therapeuten sein muss und auch wie der alte Körper seine Grenzen aufzeigt. Gleichzeitig kann hier die respektvolle Aufmerksamkeit und Zuwendung sehr viel Leid lindern (Stantejsky 2008).

### 3.4.1 Atemtherapie

Eine Atemtherapie wird angewendet, um die vorhandene Vitalkapazität auszuschöpfen, bewusst zu atmen und die verbliebene Kraft ökonomisch einzusetzen (Stantejsky 2008).

### 3.4.2 Elektrostimulationsverfahren

TENS, Galvanisation und Iontophorese beeinflussen die Schmerzrezeptoren. Ultraschall vermindert die Schmerzleitung. Dabei darf man nie vergessen, vorher zu fragen, ob der Patient Schrittmacher-, Prothesen- oder Splitterträger ist (Stantejsky 2008)!

### 3.4.3 Transkutane elektrische Nervenstimulation – TENS

Die transkutane Nervenstimulation führt zur Auslösung nervöser Reaktionen. Hauptziele der Therapie sind Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung, Muskelentspannung, sowie die reflektorische Einwirkung auf das viszerale Organsystem und die Hormondrüsen. Eine Anwendung mit TENS bei

- therapiebedingten Schmerzen wie Phantom- und Stumpfschmerzen
- chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen wie Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Schonhaltungsverspannungen oder umschriebenen Muskelschmerzen

kann Linderung bringen (Stantejsky 2008).

### 3.4.4 Hirnstimulation: DBS

Ein Versuch mit DBS (= deep brain stimulation) bei:

- Gesichtsschmerzen
- Deafferentierungsschmerzen

kann Linderung bringen (Stantejsky 2008).

### 3.4.5 Orthetische Versorgung

Orthesen sind Hilfsmittel, die keine Gliedmaßen ersetzen sollen, sondern deren krankheitsbedingten Funktionsverlust zu verbessern versuchen. Die Aufgabe ist zumeist Schmerzlinderung durch Stabilisierung, Immobilisation und Entlastung. Orthesen, besonders Rumpforthesen, werden oft von hochbetagten multimorbiden Patienten selbst als zu groß, bedrückend und zu schwer erlebt.

Man soll nicht vergessen, dass eine individuelle Anfertigung von kompletten oder partiellen Wirbelsäulenorthesen nur nach Gipsabdruck erfolgen kann. Dies bedeutet, dass der hochbetagte multimorbide Patient in der Lage sein muss, mindestens 20 Minuten zu stehen.

Neben den Orthesen gibt es verschiedene Alltagshilfen, die das tägliche Leben von Ortheseträgern erleichtern können, wie „helfende Hand“, verlängerte Schuhlöffel, Toilettensitzerhöhung, ... Die Ergotherapeuten können in Zusammenarbeit mit dem Patienten – besonders in der Hausbetreuung – vieles zur Erleichterung beitragen (Stantejsky 2008).

## 4. Zusammenfassung

Alle diese Methoden und alle nichtmedikamentösen Ansätze, die bei Personen mit Demenz praktiziert werden, sollten nicht hinter dem Rücken des behandelnden Arztes angewendet werden, sondern mit seinem Wissen und seinem Einverständnis und innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Die Gestaltung dieser Behandlungsstrukturen basiert auf einer Vertrauensbasis und wirkt unterstützend und begleitend.

Das breite Spektrum des „natürlichen Heilens“ ist mit diesen wenigen Beispielen noch lange nicht abgedeckt. Die bisherigen Ausführungen sollten gezeigt haben, dass viel Raum für Fantasie und Kreativität, für ein weitgehendes Einbeziehen der Angehörigen gegeben ist, solange alle Entscheidungen nachvollziehbar (und dokumentiert) sind und das Wohlbefinden des hochbetagten multimorbiden Patienten im Vordergrund bleibt. Warum muss z. B. Mundpflege besonders bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz immer mit abscheulich schmeckenden Mundspülmitteln stattfinden? Probieren Sie einmal das Lieblingsgetränk des Patienten, bzw. aromatisierte Eiswürfel (gefrorenes Coca Cola, Bier, Kaffee, Bouillon, ...)

Professionelle Pflege wird zu therapeutischer Pflege im Rahmen eines Gesamtkonzepts. Die Pflege muss gut überlegt und geplant sein, damit keine Unterbrechung der Pflege entsteht. Es darf kein Abbruch des Kontaktes zum hochbetagten multimorbiden Patienten während einer Pfl egetätigkeit entstehen. Jede Pflegehandlung bedarf vieler Überlegungen und Planungen, da jeder hochbetagte multimorbide Patient Interaktionspartner ist und er selbst die konkrete Situation bestimmt: Es kann daher keine allgemeinen Pflegestandards oder vorgeschriebenen Handlungsabläufe geben.

Alle diese Methoden versuchen einerseits die Widerstandsfähigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten zu unterstützen und seine Selbstheilungsressourcen zu mobilisieren, andererseits geben sie den Pflegenden eine Handlungsorientierung in der Alltagssituation. Es gibt keine Patentreue. Je mehr sich die Pflegenden mit verschiedenen Methoden auseinandersetzen, umso kompetenter werden sie und können je nach hochbetagtem multimorbiden Patient, je nach Situation, die entsprechende Methode anwenden.

Um Menschen mit Multimorbidität und Demenz zu helfen, verlangt es mehr Fachkenntnisse als ein Individuum allein besitzen kann. Nirgendwo ist die interdisziplinäre Teamarbeit notwendiger als hier.

**Nicht eine Methode allein führt zum Ziel,  
sondern die sinnvolle Kombination der verschiedenen Möglichkeiten.**

Der Unterschied für den hochbetagten multimorbiden Patienten besteht nicht so sehr darin, welches „Zaubermittel“ verabreicht wird, sondern wie intelligent es eingesetzt wird.

Bei einer dem sterbenden hochbetagten multimorbiden Menschen gerecht werdenden Schmerztherapie muss laufend subtil zwischen Schmerzlinderung und Kommunikationsfähigkeit abgewogen werden. Optimale Schmerzlinderung bei hochbetagten multimorbiden Sterbenden ist dann erreicht, wenn der hochbetagte multimorbide Patient weitgehend schmerzfrei ist und über größtmögliche verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit verfügt, um seine Probleme verarbeiten zu können.

## Pharmakologische Methode

Leider werden in pharmakologischen Studien selten hochbetagte multimorbide Patienten einbezogen. Diese Nichtberücksichtigung von hochbetagten multimorbiden Patienten führt zu gezieltem Datenmangel über die Wirkungen, Nebenwirkungen, Interferenzen, ... der Medikamente bei Multimorbidität im Alter.

Deswegen müssen bei jeder Art der medikamentösen Therapie genau die physiologischen Veränderungen des jeweiligen hochbetagten multimorbiden Patienten und seine allfälligen Erkrankungen berücksichtigt und beachtet werden. Noch dazu handelt es sich selten um ein akutes Geschehen, sondern um chronifizierte Beschwerden mit Langzeittherapie und Langzeitnebenwirkungen.

Hier sind verschiedene Kompetenzen des geriatrischen palliativen kurativen Teams notwendig:

### 1. Notwendige Kompetenzen

#### 1.1 Kommunikation

Wie in der gesamten Betreuung von hochbetagten multimorbiden Patienten gilt hier: Zeit für Kommunikation anstatt Technik.

- Verbale aber besonders nonverbale Kommunikation mit dem hochbetagten multimorbiden Patienten: offene, klare, verständliche, kurze und wiederkehrende Informationen über die Situation, die geplante Therapie und Maßnahmen und vorhandene Möglichkeiten und Alternativen. Diese Informationen sollten so weit wie nur möglich neutral sein, um dem hochbetagten multimorbiden Patienten Wahlmöglichkeiten zu lassen: Respekt vor der Autonomie des hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz, besonders in kleinen Alltagsentscheidungen. Der Blickpunkt muss immer sein: Was ist für den hochbetagten multimorbiden Patienten vorrangig? Welche Art von Schmerzfreiheit möchte er erreichen?
- Verbale Kommunikation mit den Angehörigen: offene und verständliche Beschreibung der Situation, der Prognose, Möglichkeiten und Alternativen. Sind die Erwartungen realistisch? Wenn nein, warum

nicht und welche Ziele könnten realistisch erreicht werden? Hier muss das geriatrische palliative kurative Team auch bedenken, dass oft die Angehörigen bei der Frage – ob eine Behandlung gestartet werden soll oder nicht – den Eindruck haben, dass diese Frage nur gestellt wird, da die Mutter/der Vater eine Demenz hat. Sie vermuten eine gesellschaftliche Diskriminierung. Dies muss klar verneint werden.

- Die Kommunikation mit allen Beteiligten muss auf einer Vertrauensbasis stehen und die Willensbildung des hochbetagten multimorbiden Patienten respektieren und sie soll einheitlich verlaufen.
- Die Kommunikation muss genug Raum für spirituelle, existenzielle Fragen lassen. Das Thema Sterben und Tod soll auf Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten oder der Angehörigen thematisiert werden können. Wenn kein Platz dafür vorgesehen wird, wird das Total Pain Syndrom nicht gelindert werden können.
- Die Kommunikation zwischen allen involvierten Berufspersonen muss organisations-übergreifend fließen und transparent sein.

## 1.2 Die Entscheidungsfindung

- Was soll aktuell geschehen? Welche Medikamente sollen verschrieben werden? Auf welche soll verzichtet werden?
- Was soll in der Zukunft geschehen, wenn ...: Mögliche Szenarien durchdenken, um agieren zu können, anstatt zu reagieren wie zum Beispiel mit einer Spitaleinweisung.
- Die Entscheidungsfindung muss klar, verständlich und transparent transportiert werden, damit alle sie zumindest tragen, auch wenn sie sie nicht hundertprozentig befürworten. Sonst werden Spitaleinweisungen, Notarztanrufe durchgeführt. Und dies womöglich in der Nacht von Samstag auf Sonntag, wenn der zuständige Arzt nicht erreichbar ist.
- Kern der Entscheidungsfindung ist das Gleichgewicht zwischen Lasten und Nutzen **für** den hochbetagten multimorbiden Patienten. In diesem Rahmen zwischen Lasten und Nutzen befinden sich die Behandlungsoptionen. Ein Beispiel wäre: Was löst eine neuerliche Hospitalisation für diesen konkreten hochbetagten multimorbiden Patienten aus? Lasten oder Nutzen? Eine Frage könnte sein: Soll eine hochbetagte multimorbide Person mit Demenz einen Herzschrittmacher bekommen oder genügen Herzmedikamente?
  - Die Lasten wären: die Hospitalisation selbst (Umfeldänderung), die belastenden Abklärungen, die Nebenwirkungen von Untersuchungen, die Medikalisierung, die Narkose, die Operationskomplikationen, die mögliche Verletzung der Intimsphäre, die Autonomieeinschränkung, der möglichen Verlust von Geborgenheit, Sicherheit und dadurch der Verlust von Wohlbefinden und Le-

bensqualität. Aber auch die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz muss länger leben.

- Die Nutzen wären: eine Lebensverlängerung, ein möglicher Gewinn an Lebensqualität durch Gewinn an Sicherheit (kein plötzlicher Sturz mehr), das Gefühl „Ich bin nicht aufgegeben“, verbunden mit einem Gefühl der Hoffnung.
- In der Therapieentscheidung müssen altersrelevante Faktoren miteinbezogen werden wie:
  - Resorptionsverzögerung
  - Verminderte Eiweißbindungsfähigkeit
  - Veränderung der Pharmakokinetik (Halbwertszeit)
  - Veränderung des Nebenwirkungsspektrums
  - Veränderte Compliance, kognitive Adaptationszeit
  - Anticholinerge Reaktionen
  - Orthotase und dadurch Stürze
  - Verwirrtheit und Delirium
  - Extrapyramidales Syndrom
  - Inkontinenz, Harnverhalten, Obstipation, Prostatavergrößerung
  - Exsikkose, Mundtrockenheit und Appetitverlust u. a. durch Geschmackverlust
  - Beeinträchtigung der Hör-, Seh- und Gehfähigkeit

### 1.3 Die Planung und Organisation

Hier sind Fragen zu stellen wie:

- Ist mit dieser pharmakologischen Therapie eine Betreuung am Ort der Wahl des hochbetagten multimorbiden Patienten möglich?
- Bedeutet die pharmakologische Therapie eine Entlastung oder eine Belastung für die Angehörigen?
- Wenn mehrere Organisationen involviert sind: Wo sind die Schnittstellen? Wo können sie optimal ausgenutzt werden?
- Planung und Organisation eines Notfalldispositivs, um Dekompensation zu vermeiden. Eine neuerliche anonyme Notaufnahme soll verhindert werden.

**Haftungsausschluss:** Der Benutzer ist verpflichtet, die in diesem Buch gemachten Angaben zu überprüfen und die Verordnung in eigener Verantwortung vorzunehmen.



## 2. Therapiegrundlagen

Die Therapie beruht auf folgenden Grundlagen:

### 2.1 „By the Clock“

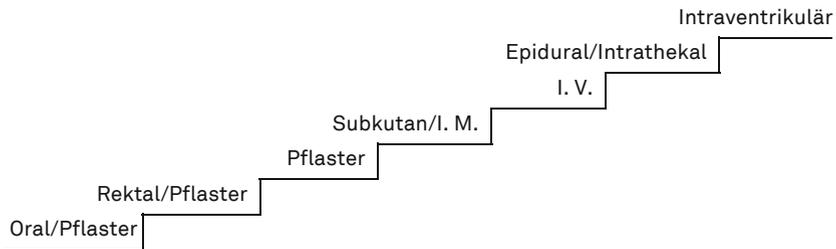
Die regelmäßige Einnahme ist eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Schmerztherapie. Schmerzmittel sollten regelmäßig, d. h. „rund um die Uhr“, „by the Clock“ (auch wenn der hochbetagte multimorbide Patient schläft) und nicht nach Bedarf verordnet werden, um so den hochbetagten multimorbiden Patienten dauerhaft schmerzfrei zu halten, indem man das Wiedereintreten der Schmerzen nach Wirkungsnachlass verhindert und die Schmerzerinnerung so weit wie möglich verschwinden lässt. Eine gleich bleibende Menge des Wirkstoffs ist im Blut verfügbar. Der Blutspiegel bleibt also konstant. Wenn Schmerzen richtig unter Kontrolle sind, wird der hochbetagte multimorbide Patient sie nie mehr fühlen. Es muss eine Präventivtherapie (Antizipation) sein. Eine Therapie auf Verlangen ist unmenschlich und erhöht die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen und von unwirksamer Bekämpfung.

### 2.2 „By the Mouth“

Die einfachste Verordnungsart ist zu benützen, um die Selbstständigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten zu gewährleisten: per Os so lange wie möglich. **Die meisten Patienten können fast bis 24 Stunden vor ihrem Tod schlucken.**

Wobei in der Schmerztherapie von hochbetagten multimorbiden Patienten zwei besondere Probleme dazu kommen – die Galenik und die Compliance: Kann die hochbetagte multimorbide Person die Tropfenflasche, die Tablettenpackung überhaupt aufmachen? Kann sie die Tabletten teilen, wie vorgeschrieben? Paracetamol Filmtabletten sind zum Beispiel zum Schlucken sehr groß. Die Anwendung von Generika erleichtert nicht die Compliance: Alte Menschen sind gewohnt ihre Tabletten, die kleine Weiße, die rote Runde, zu nehmen und verstehen nicht, dass die kleine Weiße auf einmal länglich geworden ist. Sicherheitshalber wird neben zum Beispiel Deflamat® – „die hat mir der Hausarzt gegeben“, Voltaren® – „die habe ich vom Internisten“ und Diclofenac® – „die ist vom Orthopäden“ genommen, ohne zu ahnen, dass alle die gleiche Substanz beinhalten.

Stufenleiter des Zufuhrweges in der Schmerztherapie nach Zdrahal und Werni (Wien)



- Die orale Gabe: Viele Medikamente werden vom Darm resorbiert und über die Pfortader der Leber zugeleitet. Bei der Leberpassage beginnt bereits der Abbau der Pharmaka (First-Pass-Effect). Krankenpflegepersonen sollten bedenken:
  - Die optimale Wirkung erfordert eine optimale Resorption zum richtigen Zeitpunkt.
  - Von größter Bedeutung ist die Körperhaltung bei der Medikamenteneinnahme. Nimmt ein hochbetagter multimorbider Patient ein Medikament in liegender Position ein, so kann es zu einem medikamentös bedingten Ösophagusgeschwür und dadurch zusätzlich zu starken nächtlichen retrosternalen Schmerzen kommen. Dies gilt besonders für Antibiotika und Analgetika. Prophylaxe:
    - Medikamente sollten, wenn möglich, in aufrechter Position eingenommen werden.
    - Bei bettlägerigen hochbetagten multimorbiden Patienten sollten Medikamente, wenn möglich, in Tropfenform anstatt als Tabletten/Kapseln gegeben werden.
    - Auf reichlich passende Flüssigkeitszufuhr zum Nachspülen ist zu achten.
    - Hochbetagte multimorbide Patienten und pflegende Angehörige unterrichten.
  - Die Medikamentenresorption ist durch die gleichzeitige Einnahme anderer Arzneimittel beeinflussbar. Beispiel: Cimetidin und Bisacodyl sollen nicht gleichzeitig mit Antazida eingenommen werden. Johanneskraut kann die Wirkung einiger Medikamente herabsetzen. Hochbetagte multimorbide Patienten nehmen selten nur ein Medikament.
  - Der Inhalt eines Säckchens Retard Granulat (wie zum Beispiel Mundidol Retard®) sollte mit mindestens 10 ml Wasser verrührt oder auf weiche Speisen wie Joghurt gestreut werden. Das Granulat soll innerhalb von 15 bis 20 Minuten getrunken oder durch eine Sonde fließen, um zu verhindern, dass der Retardeffekt verloren geht. (Knipping 2006)
  - Retardtabletten sollen nicht zerkleinert werden.
  - Pellets können immer auf weiche Speisen gestreut werden.

- Wenn die Magen-Darm-Peristaltik erhöht ist, verkürzt sich die Zeit, die dem Medikament zum Kontakt mit der Schleimhaut verbleibt. Eine vollständige Resorption ist dann nicht mehr möglich. Dagegen führt eine träge Darmtätigkeit, wie sie bei vielen hochbetagten multimorbiden Patienten zu finden ist, zu einer vollständigen, aber verzögerten Resorption.
- Nahrungs- und Genussmittel können:
  - Magenentleerung und Darmpassage verzögern,
  - Die Auflösungsgeschwindigkeit und Löslichkeit der Arzneimittel verändern,
  - Die Medikamentenaufnahme mindern, indem sie die Arzneimittel chemisch binden,
  - Den Metabolismus der Arzneistoffe in der Leber beeinflussen,
  - Die Gallensekretion stimulieren und die Zusammensetzung der Magen-Darm-Sekrete verändern.

Dazu einige konkrete Beispiele:

- Der Einfluss von Milch: Bisacodyl: Dulcolax® sollte nicht mit Milch eingenommen werden, da sich der magenresistente Überzug der Dragees unter dem Einfluss von Milch löst, sodass das Abführmittel nicht mehr den Dickdarm erreicht und deshalb ohne Effekt bleibt. Die Aufnahme von Griseofulvin – Griseomed® – Grisovin® dagegen wird durch Milch gefördert.
  - Der Einfluss von Alkohol: Die Magensäuresekretion und die Membranpermeabilität im Magen-Darm-Trakt werden gesteigert, dadurch ergibt sich eine Verbesserung der Medikamentenresorption durch Alkohol.
  - Auf Grapefruitsaft soll verzichtet werden. Grapefruitsaft steigert die orale Bioverfügbarkeit verschiedener Pharmaka.
- Die **sublinguale Gabe**: Diese Darreichungsform ist für hochbetagte multimorbide Patienten, die sehr oft unter einer Änderung der Mundschleimhaut leiden, nicht optimal. Die Resorptionsqualität ist genauso wie beim Depotpflaster mit Matrix nicht gewährleistet. Die sublinguale Anwendung umgeht den First-Pass-Effekt, da die Mundgefäße nicht in die Pfortader münden.
  - Ist **eine PEG-Sonde** vorhanden, gibt es mehrere Substanzen als Granulat wie Morphin-Retard Granulat. Die PEG-Sonde sollte einen Durchmesser von 15 Charr besitzen und zum Einschwemmen des Granulats sollte auf keinen Fall Wasser verwendet werden, sondern eine Sondernahrung. Ist der PEG-Sondendurchmesser unter 15 Charr sollen Morphintrinksuspensionen (wie Mundidol Retard®) in Betracht gezogen werden.
  - Die **perkutane/transdermale Gabe**: Depot-Pflaster setzen den Wirkstoff gleichmäßig über die Haut in den Körper frei. Der Wirkstoff wird perkutan resorbiert und eignet sich besonders gut zur Linderung der durch stabile Schmerzsyn-

drome verursachten Schmerzen. Substanzbeispiele sind Fentanyl und Buprenorphin als Matrixdepotpflaster.

Die perkutane Gabe, die in der palliativen Pflege jüngerer Patienten einen hohen Stellenwert hat und sehr gerne und sehr oft verwendet wird, hat für die palliative Pflege bei hochbetagten multimorbiden Patienten einen anderen Stellenwert.

Es gibt noch nicht genügend wissenschaftliche Daten über die Resorption der Wirksubstanzen bei hochbetagten Patienten. Erfahrungen sprechen dafür, dass die Resorption über die atrophe Haut (Papierhaut) vermindert (ungenügende Schmerzlinderung) erfolgt oder sogar ganz ausbleiben kann (keine Schmerzlinderung). Fentanyl ist eine fettlösliche Substanz, die langsam über das subkutane Fettgewebe aufgenommen werden soll. Dies ist im Falle einer Kachexie nicht möglich. Viele sehr alte Menschen sind sehr mager. Aus den angeführten und einigen anderen noch nicht genau untersuchten Gründen ist eine transdermale Schmerztherapie für hochbetagte multimorbide Patienten nicht besonders empfehlenswert.

Sollte doch eine transdermale Therapie stattfinden, müssen der hochbetagte multimorbide Patient und das Pflegepersonal wissen, dass eine Hauttemperaturerhöhung durch Warmtherapie, Fieber und Salben in und um das Hautareal die Resorption des Medikamentes beschleunigt und bis zu akuter Gefahr der Atemdepression führen kann. Ein typischer Fall aus der Praxis ist: Frau Mayer hat ein Depot-Pflaster am rechten Schulterblatt kleben. Sie geht zum Coiffeur. Sie wird dort unter die Haube gesetzt und ist auf einmal nicht mehr ansprechbar.

- Die **intranasale/transmukosale Gabe** kurz wirksamer, starker Opioide wird vielleicht eine Methode der Zukunft sein. Die Resultate von Studien sind gegensätzlich und erlauben es derzeit nicht, die Verabreichung vernebelter Opiate zu empfehlen. Die gute Durchblutung und die Resorptionsfähigkeit des Respirationssystems sollen die Wirkung ermöglichen.
- Die **rektale Gabe** kann als Alternative (auf Wunsch und/oder mit Einverständnis des hochbetagten multimorbiden Patienten) zu oral nicht mehr durchführbarer Medikamentengabe gesehen werden. Probleme:
  - Das Zäpfchen kann durch den After wieder verloren gehen
  - Die kleine Resorptionsfläche des Rektums
  - Das Vorhandensein von Stuhl im Rektum
  - Das Zäpfen wird unbemerkt mit dem Stuhl ausgeschieden
  - Medikamente, die Magenerkrankungen verursachen, zeigen oft auch nach rektaler Applikation ulzerogene Wirkungen.
  - Die Applikationsweise kann als besonders unangenehm empfunden werden, besonders wenn Analeiden wie Hämorrhoiden, Fissuren oder Wundsein bestehen.

Zahlreiche Medikamente können auch rektal appliziert werden. Tramadol und Morphin existieren als Suppositorium.

- Die **subkutane Gabe** ist ein einfaches und sicheres Verfahren, besonders gut geeignet für die Hauskrankenpflege und die Geriatrie. Sie ermöglicht sowohl eine kontinuierliche Gabe als auch die Bolus-Gabe bei Durchbruchschmerzen. Man soll aber daran denken, dass im Schockzustand das subkutane Fettgewebe fast nicht mehr durchblutet wird. In diesem Zustand ist die Wirkung einer subkutanen Arzneimittelgabe stark reduziert. In der Terminalphase eines hochbetagten multimorbiden Patienten, wo eine Zentrierung der Durchblutung stattfindet, sollte eine subkutane Therapie unter der Scapula am Oberarm angelegt werden. Besonders in der Terminalphase ist der Einsatz von günstigen Medikamentenpumpen sehr sinnvoll. Die subkutanen Butterflies können meistens über zwei bis drei Tage liegen bleiben, ohne viel zu stören und ermöglichen einerseits die gleichmäßige 24-stündige Gabe von Medikamenten und andererseits sehr gut Bolus-Gaben.
- Die **intravenöse Gabe** ist im Schmerznotfall die Therapie der Wahl. Morphin wird so lange titriert, bis eine eindeutige Schmerzlinderung eintritt. In dieser Phase muss der hochbetagte multimorbide Patient permanent und intensiv überwacht werden. Sonst ist eine intravenöse Schmerztherapie nur bei Patienten indiziert, die aus anderen Gründen bereits einen venösen Zugang liegen haben.
- Die **periphere Nervenblockade**, die **rückenmarknahe Opioidgabe** oder die **intraventrikuläre Opioidgabe** sind nur in Ausnahmefällen im Krankenhaussetting indiziert, wenn alle anderen Therapieversuche erfolglos sind. Die Nebenwirkungen sind relativ hoch.

### 2.3 „By the Ladder“

„Den WHO-Stufenplan hoch“: „Wenn ein Medikament versagt, geh die Treppe hinauf. Verweile nicht auf derselben Stufe. Bleibe nicht in derselben Wirkungsgruppe.“ Dieser WHO-Stufenplan dient als grobe Orientierungshilfe. Bei sehr starken Schmerzen zu Beginn kann es notwendig sein, die beiden ersten Stufen zu überspringen. Die Unterscheidung zwischen Stufe 2 und 3 ist sehr arbiträr.

### 2.4 „For the individual“

Es gibt keine Standarddosen für Opiode. Die „richtige“ Dosis ist die, die Schmerzen des Patienten lindert. Medikamente können aber aufgrund von Nebenwirkungen und Toxizität eine maximale Dosierung haben (WHO 2004).

## 2.5 „Attention to the detail“

Gewicht legen auf Kleinigkeiten wie zum Beispiel die Gabe eines Medikaments an den Tagesrhythmus des Patienten anpassen. Die erste und die letzte Dosengabe sollten mit dem Aufwachen und Schlafengehen korrelieren (WHO 2004).

## 2.6 „Je weniger desto besser“

Es ist besser, wenige Medikamente gut anzuwenden, als viele schlecht. Polypragmasie vermeiden. Die Polypragmasie ist leider in der Praxis eher die Regel, dadurch soll sehr viel Aufmerksamkeit auf die gegenseitigen Wirkungen gerichtet werden. Bei einer Studie 2006 in der Schweiz mit 14.154 multimorbiden Patienten erhielten mehr als 30 % mehr als neun verschiedene Medikamente, obwohl bekannt ist, dass ab drei verschiedenen Medikamenten sich die Nebenwirkungen potenzialisieren. (Kunz 2008)

Die Arzneimittelwechselwirkungen können erwünscht oder unerwünscht sein. Sie können durch gegenseitige Beeinflussung der Pharmakokinetik oder der Pharmakodynamik stattfinden und dadurch kommt es u. a. zu einer Änderung der Substanzkonzentration am Wirkort. Interaktionen von Medikamenten, die renal ausgeschieden werden, sind bei hochbetagten multimorbiden Patienten besonders ausgeprägt, da die Eliminationskapazität der Nieren schon von vornherein eingeschränkt ist.

## 2.7 OpioidEinstellung

Zwei Einstellungen sind übertrieben:

- „Morphinangst“: Morphin ist dazu da, in ausreichender Dosierung verschrieben zu werden.
- „Morphineuphorie“: Morphin ist in vielen Fällen ausgezeichnet, aber nicht das „allein seligmachende Wundermittel“ in der Schmerztherapie.

In der Schmerztherapie von hochbetagten multimorbiden Patienten sind Morphinpräparate NSAID/NSAR vorzuziehen.

**Morphin bleibt das Medikament der Wahl bei chronischen Schmerzen bei hochbetagten multimorbiden Menschen mit und ohne Demenz.**

Dr. Likar, Präsident der österreichischen Schmerzgesellschaft, meinte 2007:

*Bei chronischen Schmerzen haben sich die retardierten Opiode besonders bewährt. (...) Retardierte Opiode sind moderne Medikamen-*

*te, die nicht nur gut wirksam, sondern auch sicher sind. Vor allem: Entgegen allen Gerüchten und Vorurteilen machen diese modernen Opioide nicht süchtig!*

## 2.8 Wirkdauer

Die veränderten Stoffwechselbedingungen des hochbetagten multimorbiden Patienten können zu Schwankungen in der Wirkungsdauer führen, dies ist u. a. bei der Festlegung des Intervalls zu berücksichtigen.

**Kurz** wirksame Präparate:

- **Nachteil:** Eine oftmalige Anwendung ist notwendig. Schmerzhafter Phasen zwischen den Einnahmen sind kaum zu vermeiden. Besonderes Problem: die Nacht.
- **Vorteil:** Ermöglichen eine schnelle Titrierung und Adaptierung
  - Zur Beginn einer Schmerztherapie
  - Bei Schmerzspitzen oder Schmerzdurchbruch
  - Vor schmerzhaften Pflegemaßnahmen oder Behandlungen
  - Bei instabilen Schmerzen
  - Bei starker Niereninsuffizienz
  - Im Terminalstadium

**Zu lang** wirksame Präparate können gefährlich werden. Die Wirkungsdauer ist, vor allem beim hochbetagten multimorbiden Patienten, schwer abzuschätzen: Kumulationsgefahr.

**Retardierte Präparate:** Bei diesen Medikamenten wird der Wirkstoff verzögert freigesetzt. Sie haben eine Wirkdauer von acht bis zwölf Stunden, damit bleibt der Blutspiegel konstant. Voraussetzung ist, sie werden zu einem festgesetzten Zeitpunkt genommen, der aber auch die Bedürfnisse des hochbetagten multimorbiden Patienten berücksichtigt. Nur so kann eine gute Compliance gewährleistet werden. Die Betreuer sind hier besonders gefordert, da die hochbetagten multimorbiden Patienten, die Zeit-desorientiert sind, nicht mehr diese Einnahmekontinuität selber gewährleisten können. Dies kann in der Hauskrankenpflege ein Problem darstellen.

## 2.9 Dosierung und realistische Zielformulierung

Eine Dosisanpassung ist notwendig:

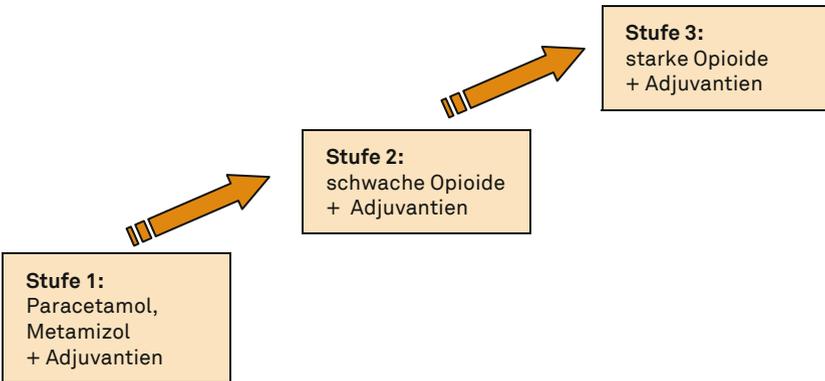
- **Nach oben** bei Nachlassen der Schmerzfähigkeit.
- **Nach unten** bei Nachlassen der Schmerzen infolge anderer Schmerztherapien wie z.B. Tumorbestrahlung, nervenzerstörender Schmerztherapie (chirurgisch oder chemisch) oder bei zunehmender Niereninsuffizienz.

- **Umso älter** der hochbetagte multimorbide Patient ist, desto vorsichtiger muss die Anfangsdosierung sein. Die Konsequenzen der Schmerztherapie einbeziehen in die Dosisanpassung: start low – go slow.

Das Ziel der Schmerzfremheit wird oft in mehreren Schritten erreicht:

- Nächtliche Schmerzfremheit.
- Schmerzfremheit in Ruhe bei Tag.
- Schmerzfremheit bei Bewegung (wird manchmal nicht erreicht)
- Verhinderung von Schmerzattacken, die für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz emotionell sehr belastend sind.
- Schmerzfremheit unter Verzicht auf bestimmte Aktivitäten: Wie kann ich den hochbetagten multimorbiden Patienten bewegen, damit er weniger Schmerzen bei der Mobilisierung spürt?
- Was heißt für diesen hochbetagten multimorbiden Patienten ein „erträglicher“ Schmerz?

### 3. Therapieverlauf nach dem WHO-Stufenplan



Der WHO-Stufenplan in der Geriatrie folgt anderen Regeln als die Therapie von jungen Krebspatienten.

#### 3.1 Erste Stufe

Die Schmerzsubstanzen der ersten Stufe bei hochbetagten multimorbiden Patienten sind:

##### 3.1.1 Paracetamol

Paracetamol ist ein Anilin-Derivat, ein antipyretisch wirkendes Analgetikum ohne antiphlogistische Wirkung. Paracetamol ist wie Azetylsali-

zylsäure ein Prostaglandin-E-Hemmer und wird über die Leber ausgeschieden (Achtung bei Leberschäden).

### 3.1.2 *Metamizol*

Metamizol ist ein Pyrazolinon-Derivat ohne antiphlogistische Wirkung. Aufgrund der guten allgemeinen, gastrointestinalen Verträglichkeit und der guten antipyretischen, spasmolytischen und analgetischen Wirksamkeit ist Metamizol ein wichtiges Nicht-Opioid in der Schmerztherapie bei hochbetagten multimorbiden Patienten.

Metamizol ist in Schweden, Großbritannien und USA wegen der Granulozytose-Gefahr nicht registriert.

### 3.1.3 *NSAR*

NSAR gehören zu den *gefährlichsten* Medikamenten für hochbetagte multimorbide Patienten (Kunz 2008; Kojer 2009). Das Gefahrpotenzial von NSAID (nicht-steroidale-anti-inflammatorische/rheumatische Drogen = NSARs) ist höher als das von Opiaten bei hochbetagten multimorbiden Patienten. Dies ist einer der größten medikamentösen Unterschiede zwischen Palliative Care bei jungen Tumorpatienten und Palliative Care in der Geriatrie. NSAID verursachen besonders bei hochbetagten multimorbiden Patienten u. a. schwer wiegende Dickdarmentzündungen und Magengeschwüre und -ulzera. Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Niereninsuffizienz führen NSAID sehr schnell zu Nierenversagen. Die Wasserretention führt zur Dekompensation einer Herzinsuffizienz. Die neuen Präparate der Gruppe der COX-II-Hemmer sind zwar Dickdarm und Magen schonender, aber sie begünstigen in Langzeitanwendungen das Auftreten von Schlaganfällen.

## 3.2 **Zweite Stufe**

Die mit dem Opium/Morphium verwandten Analgetika nennt man Opiode. Sie wirken über Opioidrezeptoren im Gehirn und im Rückenmark. Durch ihre analgetische Wirkung und die fehlende Organtoxizität sollten sie einen festen Platz in der Schmerztherapie bei hochbetagten multimorbiden Patienten haben. Opiate wirken analgetisch, aber nicht entzündungshemmend und nicht fiebersenkend. Da aber fast alle Schmerzzustände mit Entzündungen einhergehen, wird oft die Kombination mit Antiphlogistika notwendig sein. Opiate sind bei nahezu allen Schmerzzuständen wirksam.

Entsprechend ihrer Wirkung auf die verschiedenen Rezeptoren lassen sich Opiode wie folgt einteilen:

- Reine Agonisten wie Morphin und Morphin-ähnliche Wirkstoffe. Sie verbinden sich mit einem Rezeptor und verändern die zellulären Eigenschaften.

- Partielle Agonisten wie Buprenorphin
- Agonist/Antagonisten: Sie verbinden sich mit demselben Rezeptor wie ein Agonist, lösen aber keine Änderungen der zellulären Eigenschaften aus. Dadurch bleibt der Agonist wirkungslos.
- Partielle Agonisten und Agonist/Antagonisten besitzen einen Ceiling-Effekt, d.h., nach Erreichen eines Wirkungsmaximums führt eine Dosiserhöhung zu keiner zusätzlichen analgetischen Wirkung.
- Antagonisten wie Naloxon, die keine analgetische Wirkung entfalten und als Notfallmedikation bei morphininduzierter Atemnot verabreicht werden.

**Die Wirksamkeit der Opiode ist u. a. abhängig von der individuellen Zahl der Opiodrezeptoren, die von der Substanz besetzt sind. Dies erfordert eine dem Patienten angepasste Titrierung: „For the Individual“**

Schwache Opiode sind u. a. Tramadol, Kodein und Dihydrokodein in zunehmender Wirkungsstärke. Sie verursachen ausschließlich funktionelle Störungen wie Übelkeit, Erbrechen und Obstipation als Nebenwirkungen, aber führen nicht zu Organschäden.

### 3.2.1 Tramadol

Tramadol ist ein zentral wirksames Analgetikum. Es ist ein nicht selektiver reiner Agonist an  $\mu$ -,  $\delta$ - und  $\kappa$ -Opiodrezeptoren mit größerer Affinität an  $\mu$ -Rezeptoren. Tramadol wirkt nicht nur über die Opiodrezeptoren sondern auch über die Noradrenalin- und Serotoninrezeptoren. Tramadol kann mit jeglichem Medikament der ersten Stufe gegeben werden.

Bei gleichzeitiger Gabe von Carbamazepin (Antiepileptikum) kann eine Verringerung des analgetischen Effektes und eine Verkürzung der Wirkungsdauer eintreten.

Tramundal Retard® Filmtabletten können (im Gegensatz zu anderen Retardtabletten) an der Bruchrille halbiert werden – was für hochbetagte multimorbide Patienten sehr sinnvoll sein kann –, sollen aber unzerkaut mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen werden.

Tramadol in Retardform hat im Vergleich zu Tramadol einige Vorteile: sichere Wirkdauer von acht bis zwölf Stunden, seltener Übelkeit und Obstipation.

**Nachteil:** Tramadol verursacht schon bei niedrigen Dosen Nausea und Verwirrtheit. Die Maximaldosis bei hochbetagten multimorbiden Patienten sollte nicht 200 mg pro Tag überschreiten.

### 3.2.2 Kodein

Kodein: Opioid-Analgetikum. Zusatzwirkung: Antitussivum. Kodein wird normalerweise in der Leber umgewandelt in Morphin. Bei etwa 7 % der Bevölkerung findet aufgrund einer genetischen Disposition dieser Umbau nicht statt und Kodein zeigt bei ihnen keine analgetische Wirkung.

### 3.2.3 Dihydrokodein

Dihydrokodein: Opioid-Analgetikum. Zusatzwirkung: Antitussivum

Man kann die Stufen I und II kombinieren. Man sollte vermeiden, zwei verschiedene Medikamente der Stufe II parallel zu verabreichen.

Tritt keine Schmerzlinderung bei mittlerer Dosis ein, sollte auf Medikamente der dritten Stufe umgestiegen werden. Eine höhere Dosierung bringt nur mehr Nebenwirkungen ohne zusätzliche Schmerzlinderung.

## 3.3 Dritte Stufe

Die Medikamente der dritten Stufe sind starke Opioide. Die Stufe III soll mit der Stufe I (Paracetamol, Metamizol und Adjuvantien) kombiniert werden und nicht mit der Stufe II.

### 3.3.1 Adjuvantien

Adjuvantien (Latein *adjuvare*: unterstützen, helfen) sind Substanzen, die die Wirkung eines anderen Medikaments unterstützen. Ausgewählte Adjuvantien in der Schmerztherapie sind Medikamente, die ursprünglich nicht für die Schmerztherapie entwickelt worden sind, die jedoch eine analgetische Wirkung bei besonderen Schmerzarten haben. Die Wahl des Koanalgetikums richtet sich nach dem Schmerztyp und nicht unbedingt nach der Schmerzintensität. Koanalgetika sind u. a.:

- Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquillanzien
- Antikonvulsiva
- Kortikosteroide u. a. bei Tumorschmerzen, Nervenkompressionen, Lymphödem,
- Muskelrelaxantien bei Hypertonus der quer gestreiften Muskulatur,
- Spasmolytika bei Schmerzen, die von Krämpfen begleitet sind,
- Klonidin, Kalzitonin und Clodronate, etc.

#### 3.3.1.1 Antidepressiva

Antidepressiva werden eingesetzt bei neuropathischen Schmerzen, bei Polyneuropathien, bei Postzosterneuralgien, atypischen Gesichtschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Fibromyalgie und Gelenksbeschwerden. Antidepressiva hemmen die Wiederaufnahme von Noradre-

nalin und Serotonin. Ihre Wirkung wurde in mehreren Metaanalysen bewiesen; sie dürfte bei 60 bis 70 % liegen.

Die Hauptkontraindikationen sind: die Kombination mit MAO-Hemmern, akutes Delirium, frischer Herzinfarkt, Intoxikationen.

Die Initialdosis von Antidepressiva bei hochbetagten multimorbiden Patienten sollte niedrig sein, zirka 50 % der Dosis von jungen Erwachsenen. Start slow – go slow. Die Erhaltungsdosis liegt jedoch wie beim jungen Erwachsenen.

- **SNRI:** Serotonin und Noradrenalin sind Wiederaufnahmehemmer wie Venlafaxin, Cymbalta und Ilnacipran
- **NaSSA:** Noradrenalin und spezifisch serotonerges Antidepressivum wie Mirtazepin
- **SARI:** Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer wie Trazodon
- **SSRI:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Sertalin, Citalopram oder Escitalopram. Substanzen wie Paroxetin, Fluoxetin und Fluvoxamin sind weniger geeignet beim hochbetagten multimorbiden Patienten.

Die Vorteile der SSRI sind: die gute allgemeine Verträglichkeit, das Fehlen peripherer und zentraler anticholinergischer Nebenwirkungen, die leichte Handhabung durch Einmalgabe und leichte Aufdosierung und dadurch eine Erhöhung der Compliance.

Die Nebenwirkungen sind bei hochbetagten multimorbiden Menschen einerseits: Übelkeit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, sexuelle Funktionsstörungen und andererseits Hyponatriämie, Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion.

- **Tetrazyklische Antidepressiva** wie Mianserin. Weniger Amitriptylin und Clomipramin.

Etliche antipsychotische Substanzen besitzen ein delirogenes Potenzial. (Psota 2008)

### 3.3.1.2 Antikonvulsiva

Antikonvulsiva werden verwendet u. a. für Nerveninfiltrationen, Nervenkompressionen, Trigeminus- und alle Gesichtsneuralgien und einschließenden attackenförmigen Schmerzen. Der Wirkungsmechanismus von Antikonvulsiva ist noch nicht 100%ig geklärt.



## 4. Opioide

Zu den zentral wirkenden Analgetika zählen das Morphin und seine Abkömmlinge. Die mit dem Opium/Morphin verwandten Analgetika nennt man Opioide. Opioide sind Substanzen, die an Opioidrezeptoren wirk-

sam werden und keine Organschäden verursachen. Aus diesem Grund sind sie im Allgemeinen gut für hochbetagte multimorbide Patienten geeignet. Wobei fast alle Morphinpräparate – außer Buprenorphin und zum Teil Metadon – über die Nieren ausgeschieden werden. Besonders bei hochbetagten multimorbiden Patienten, die oft nicht genug trinken, soll die Wirkung von Morphin nicht unterschätzt werden. Besonders kritisch sind Morphine mit aktiven Metaboliten, welche kumulieren können; diese sollten bei einer GRF  $< 30$  ml vermieden werden. Start slow – go slow.

Hier gilt es das therapeutische Fenster zu finden, in dem die Schmerzen gelindert werden. Dieses therapeutische Fenster befindet sich auf einem Kontinuum zwischen obligaten Nebenwirkungen und Toxizität.

Allgemein ist *Vorsicht* geboten bei Patienten mit Myasthenia gravis, mit Arzneimittel- oder Alkoholabhängigkeit, mit Hypothyreose, mit Nebennierenrindeninsuffizienz oder mit Prostatahypertrophie.

*Kontraindikationen* bei allen starken Opioiden sind schwere Hypoxie, schwere obstruktive Atemwegserkrankungen, Koma, Begleittherapien mit Monoaminoxidase-Hemmern oder innerhalb von zwei Wochen nach deren Absetzen, paralytischer Ileus, akutes Abdomen.

Zentral wirksame Medikamente wie Antiemetika, Antidepressiva, Alkohol, Hypnotika, Tranquilizer, Sedativa, Neuroleptika, Antihistaminika und andere Opioide können mit starken Opioiden interagieren und zu einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung führen (z.B. in der Form von Sedierung, Atemdepression, etc.).

Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen sind Obstipation und Übelkeit. Obstipation soll präventiv mit einem Laxans behandelt werden. Wenn Übelkeit und Erbrechen beschwerlich sind, können Antiemetika verabreicht werden.

## 4.1 Die Medikamente der Dritten Stufe

Die gebräuchlichen Medikamente der dritten Stufe sind: Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Buprenorphin und Fentanyl. Starke Opiate können mit der Stufe I kombiniert werden, sollten aber nicht mit anderen starken Opiaten verschrieben werden. Eine Ausnahme sind starke Durchbruchschmerzen, falls eine kurzwirksame Form des Präparats erhältlich ist oder dieses zur Schmerzlinderung nicht ausreicht.

### 4.1.1 Hydromorphon-HCl

Hydromorphon ist *die erste Wahl* bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz. Hydromorphon ist ein stark wirksames Opioid mit einem fast nicht aktiven Metaboliten (Hydromorphon-3-Glukuronid). Daher besteht keine Kumulationsgefahr bei Niereninsuffizienz. Das Präparat kann deshalb auch noch bei einer GFR  $< 30$  ml vor-

sichtig eingesetzt werden. Es ist ein Agonist an den  $\mu$ -Rezeptoren. Hydromorphon wird aus dem Gastro-Intestinal-Trakt resorbiert, kann aber auch subkutan und intravenös verabreicht werden.

#### Vorteile:

- Keine Kumulationsgefahr
- Weniger orthostatische Probleme bei älteren Patienten
- Kein Ceiling-Effekt

Nach vielfältigen Erfahrungen hat sich gezeigt, dass auch weniger Obstipation, weniger Übelkeit verursacht, daher weniger Begleitmedikamente notwendig sind. (Kojer 2009)

#### 4.1.2 Morphinsulfat

Morphinsulfat ist ein reiner Opiat-Agonist vorwiegend der  $\mu$ -Rezeptoren im ZNS. Morphinsulfat hat auch eine antitussive Wirkung. Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz und eingeschränkter Nieren- bzw. stark eingeschränkter Leberfunktion, Hypothyreose und Herzinsuffizienz muss Morphinsulfat besonders vorsichtig dosiert werden (Dosisreduktion bzw. Verlängerung des Dosisintervalls).

- Oral verabreichtes Morphin wird normalerweise gut resorbiert. Der Anteil, der durch den First-Pass-Effect in der Leber metabolisiert wird, variiert interindividuell stark.
- Es gibt keinen Ceiling-Effekt.
- Die erste Therapie sollte, wenn möglich, mit einer oralen Lösung oder mit rasch wirkenden Filmpillen wie Morapid® begonnen werden; die Dosis wird alle 4 Stunden verabreicht. Erst wenn die Therapie ausgeglichen/titriert ist, sollte man zu Langzeit-Morphine übergehen. Die erste Langzeitdosis sollte zwei Stunden nach der letzten oralen Lösungsdosis genommen werden.

#### 4.1.3 Morphin-HCl

Morphin dient als Referenzsubstanz der WHO bei starken Schmerzen. Morphin hat den großen Vorteil, in fast allen Verabreichungsformen vorhanden zu sein. Bei einer Niereninsuffizienz kann es zu einer Kumulation der sechs aktiven Metaboliten kommen, deswegen ist Morphin-HCl bei hochbetagten multimorbiden Patienten *nicht* das Medikament der ersten Wahl.

#### 4.1.4 Nicomorphin

Nicomorphin ist ein Morphin-Derivat und ein stark wirksames Analgetikum.

Nicomorphin eignet sich besonders gut für alle kolikartigen Schmerzen (Gallenkolik, Nierenkolik, etc.) und verursacht im Gegensatz zu anderen starken Opioiden keinen Spasmus.

#### 4.1.5 Oxycodonhydrochlorid

Oxycodon ist ein Opioid-Agonist ohne antagonistische Eigenschaften mit nur einem aktiven Metabolit Oxymorphon (ca. 5 % der Oxycodon-Dosis), der bei GRF < 30 ml kumulieren kann, die Dosis muss möglicherweise angepasst werden. Die therapeutische Wirkung ist analgetisch, anxiolytisch und sedativ. Oxycodon hat keinen Ceiling-Effekt. Oxycodon kann wie Kodein von etwa 7 bis 10 % der europäischen Bevölkerung nur langsam oder gar nicht umgebaut werden.

Die Dosierung ist u. a. abhängig von dem Geschlecht des Patienten (bei Frauen wurde eine höhere Plasmakonzentration in Studien festgestellt).

Im Gegensatz zu Morphin-Präparaten kommt es unter Oxycodon zu keinen bedeutsamen Blutspiegel-Erhöhungen von aktiven Metaboliten.

#### 4.1.6 Fentanyl

Fentanyl ist ein Opioid-Analgetikum für stabile Situationen. Dieses Opioid gibt es als Durogesic-Polymer-Matrix-Depot-Pflaster und als Ampullen. Ampullen haben kaum Anwendung in der Langzeitpalliativmedizin. Über die Perkutane Gabe siehe „By the mouth“.

Zusätzlich darf nicht vergessen werden, dass hochbetagte Patienten mit Demenz an Multimorbidität leiden und Studien zeigen, dass bei fast allen Patienten eine Zusatzmedikation mit schnell wirksamen Schmerzmitteln notwendig ist, um Schmerzattacken oder Schmerzdurchbrüche abzufangen.

Die renale Fentanyl-Clearance von älteren oder stark geschwächten hochbetagten multimorbiden Patienten kann vermindert und die Halbwertszeit kann verlängert sein. Sie reagieren oft empfindlicher auf Fentanyl als jüngere Patienten. Pentazocin und Buprenorphin antagonisieren teilweise die Wirkung von Fentanyl.<sup>2</sup>

#### 4.1.7 Buprenorphin-HCl

Buprenorphin-HCl ist ein sehr wirksames Opioid-Analgetikum. Buprenorphin hat eine rein hepatische Elimination, dadurch ist es auch bei terminaler Niereninsuffizienz geeignet. Buprenorphin existiert sowohl als transdermales Depotpflaster mit Matrix als auch in sublingualer Applikationsform. Die sublinguale Darreichungsform ist für hochbetagte multimorbide Patienten, die sehr oft unter einer Änderung der Mundschleimhaut leiden, nicht optimal. Die Resorptionsqualität ist genauso wie beim Depotpflaster mit Matrix nicht gewährleistet. Zusätzlich wird bei versehentlichem Schlucken Buprenorphin inaktiv.

---

<sup>2</sup> Siehe Entscheidungsfindung und Subkutane Gabe

Der Nachteil hat mit seiner Morphinähnlichkeit zu tun. Es ist ein Agonist-Antagonist, besitzt dadurch einen Ceiling-Effekt und kann daher nicht zusammen mit Morphin, Kodein oder Dextropropoxyphen gegeben werden. Durch seine starke Rezeptoraffinität kann eine Antagonisierung durch Naloxon schwierig sein. Wenn man von Agonist-Antagonist zu einem reinen Morphinagonisten wechselt, besteht die Gefahr, dass der Patient zwei Tage lang starke Schmerzen hat.

## 4.2 Fortlaufende Einschätzung des Schmerzes

Am Anfang muss die Dosis titriert werden, bis die größtmögliche Schmerzlinderung eintritt bei möglichst geringen Nebenwirkungen. Es muss für jeden hochbetagten multimorbiden Patienten gesondert die geeignete Dosis ermittelt werden. Aufgrund der großen individuellen Unterschiede können die empfohlenen Dosen nur als Orientierungshilfe dienen. Die richtige Dosis, das therapeutische Fenster, ist jene, welche die Schmerzen kontrolliert und dabei gut vertragen wird. Nach dem Expertenstandard erscheint die Überprüfung der Schmerzintensität, je nach Wirkungseintritt des Analgetikums, nach 40 bis 60 Minuten sinnvoll (Strohbücker 2005).

### 4.2.1 Die Reevaluation basiert auf

- täglicher Grunddosis, die zu festgelegten Zeitpunkten gegeben wird
- der benötigten Reservedosis, die bei Schmerzdurchbruch gegeben wurde
- Aussagen des Patienten
- Schmerzerfassung
- Nebenwirkungen
- Organfunktionsänderung
- Therapeutischen Zusatzmaßnahmen
- einer engmaschigen Beobachtung des hochbetagten multimorbiden Patienten, da die individuell notwendige Dosis sich von den Richtwerten sehr unterscheiden kann.

### 4.2.2 Bis die optimale individuelle Dosis

gefunden ist, sollten möglichst keine Retard-Präparate benützt werden, die eine schnelle Titrierung verhindern. Die letzte Kurzzeitdosis wird parallel zu der ersten Retardform gegeben.

Eine Dosisreduzierung kann bei zunehmender Niereninsuffizienz notwendig sein. Eine Leberfunktionsstörung hat keinen Einfluss auf den Opioidmetabolismus.

Bei einer Umstellung von oraler auf eine subkutane Opioidtherapie sollte nicht mehr auf eine retardierte transdermale Gabe gewechselt werden (Knipping 2006).

### 4.2.3 Parallel

zur fortlaufenden Einschätzung des Schmerzes muss eine fortlaufende Kontrolle des Informationsstandes des hochbetagten multimorbiden Patienten, seiner Vertrauenspersonen und des Pflegeteams stattfinden. Eine gute Schmerztherapie kann nur in Zusammenarbeit stattfinden.

## 4.3 Opioidrotation

### 4.3.1 Kann notwendig werden

- Wenn keine optimale Schmerzkontrolle zu erzielen ist
- Bei Opioidtoxizität
- Bei inakzeptablen Nebenwirkungen wie Halluzinationen
- Schneller Toleranzentwicklung
- Wenn die Dosis sehr hoch wird: Verabreichung wird schwierig.

### 4.3.2 Es bedarf einer neuen Einstellung/neuer Maßnahmen

- Grunddosis
- Reservedosis
- Fortlaufende Schmerzerfassung
- Patienten-, Vertrauensperson- und Personalschulung
- Benützung einer Äquivalenztabelle. Mundipharma hat eine Umrechnungstabelle für Opioide erstellt.
- Als Grundsatz gilt, dass bei Wechseln von einem Opioid zu einem anderen die neue Dosis zuerst um zirka 30 % reduziert und dann wieder langsam gesteigert wird.

Da die Kreuztoleranzen zwischen zwei Opioiden anscheinend nicht immer vollständig sind, muss mit erneuten negativen Nebenwirkungen gerechnet werden.

## 4.4 Opioide – zentrale Wirkung

### 4.4.1 Dämpfend

- Wirkung auf den Thalamus und seine Projektionen zum Kortex:
  - Dämpfend
  - Analgetisch
- Wirkung auf das Stammhirn:
  - Sedativ, hypnotisch und narkotisch
- Wirkung auf die vegetativen Zentren in der Medulla oblongata:
  - Atemdepression
  - Antiemetisch (Späteeffekt)
  - Hemmung der sympathischen Reflexe
- Wirkung auf das Rückenmark:
  - Analgetisch
  - Hemmung von Fluchtreflexen
- Wirkung auf das limbische System: Linderung des Schmerzerlebens.

Die Gefahr einer Atem- und Kreislaufdepression ist bei oraler Morphingabe zu vernachlässigen (Bubler 2002).

#### 4.4.2 Erregend

- Wirkung auf Medulla oblongata, periaquäduktales Grau und Raphe-Kerne:
  - Analgetisch und Unterdrückung von Fluchtreflexen durch verminderte Hemmung
  - Wirkung auf Brechzentrum
  - Emetisch (Früheffekt)
- Wirkung auf Okulomotorius-Kern:
  - Miosis (Verkleinerung der Pupille)

Gewöhnung (Toleranz) entwickelt sich nur hinsichtlich der zentral dämpfenden Wirkungen.

#### 4.5 Morphin – periphere Wirkung

Steigerung des Tonus der glatten Muskulatur:

- Magen: Pyloruskonstriktion → verzögerte Magenentleerung
- Darm: segmentale Einschnürungen → Obstipation
- Ureter: Konstriktion
- Harnblase: Kontraktion, v. a. des Sphinkters vesicae → Harnverhalten
- Gallenblase: Konstriktion der Blasenmuskulatur und des Sphinkters *oldi*.

#### 4.6 Opioide und Toleranzentwicklung

Je länger die Behandlungsdauer desto

- kleiner die Steigerungsraten
- länger die Zeitspannen ohne notwendige Dosissteigerung
- größer die Wahrscheinlichkeit einer möglichen Dosisreduktion
- größer die Wahrscheinlichkeit, die Medikation überhaupt stoppen zu können
- erhöhter Opioiddosisbedarf bei laufender gut kontrollierter Schmerztherapie ist meistens auf eine Tumorprogression zurückzuführen.

**Probleme:**

- Erbrechen trotz Verschreibung gastrokinetischer Antiemetika: Metoclopramid, Domperidon
- Unüberwindbare Aversion des Patienten gegenüber dem Wort Morphin.

Eine Toleranz entwickelt sich schnell für Symptome wie Übelkeit und Schlaftrunkenheit. Dies erklärt den Rückgang dieser Nebenwirkungen innerhalb einiger Tage. Es entwickelt sich aber keine Toleranz für Obstipation, deswegen muss sie immer präventiv mitbehandelt werden. Dies sollte den hochbetagten multimorbiden Patienten, den Angehörigen und den Pflegenden gut erklärt werden, um eine Erhöhung der Compliance für die medikamentöse Therapie zu erzielen.

## 4.7 Zu vermeidende Opioid-Nebenwirkungen

Die hochbetagten multimorbiden Patienten, die Angehörigen und die Pflegenden müssen die Nebenwirkungen von Opioiden kennen und verstehen, um manchem vorbeugen zu können, um sich nicht unnötig Sorgen zu machen. Besonders, wenn der hochbetagte multimorbide Patient und seine Angehörigen wissen, dass viele Nebenwirkungen am Beginn der Behandlung auftreten und nach kurzer Zeit nachlassen, können sie agieren, anstatt nur zu reagieren. Sie haben damit eine Kontrollmöglichkeit in der Hand.

Bei richtiger Dosierung wird das Bewusstsein des hochbetagten multimorbiden Patienten nicht durch eine Opioidtherapie getrübt. Der hochbetagte multimorbide Patient kann genauso klar denken, wie er es vor der Therapie konnte. Er kann seine Umwelt gezielt wahrnehmen und selbst Entscheidungen treffen.

### 4.7.1 Obstipation – Verstopfung

Durch einen erhöhten Muskeltonus im Magen-Darm-Trakt, der mit einem Rückgang der Peristaltik einhergeht, entsteht eine Obstipation.

Eine Obstipation soll von Anfang an verhindert werden. Sie tritt bei Opioidgabe immer auf. Opiode hemmen die Sekretion und Absorption im Dün- und Dickdarm, dies verursacht eine Entnahme von Wasser im Darm. Sie ist die wichtigste und hartnäckigste Nebenwirkung von Opioiden. Die Opiode binden sich an die Opioidrezeptoren sowohl im Darm als auch im zentralen Nervensystem (ZNS).

Die Laxanzien<sup>3</sup> müssen so lange gegeben werden, so lange die Opioidtherapie notwendig ist.

Füll- und Quellmittel sowie Ballaststoffe erhöhen zwar das Stuhlvolumen, indem sie Wasser im Stuhl zurückhalten, aber sind bei meist reduzierter Trinkmenge, Appetitlosigkeit und Bewegungsmangel nur bedingt einsetzbar. Die Gefahr bei nicht ausreichender Flüssigkeitszufuhr ist ein Verklumpen der Quell- und Ballaststoffe. Dies führt zu einer Darmverschlussymptomatik.

---

<sup>3</sup> Siehe Kapitel über Obstipation

Eine Obstipation kann außerdem die optimale Resorption von Medikamenten verhindern.

#### 4.7.2 Erbrechen und Übelkeit

Erbrechen und Übelkeit kommen mit einer Inzidenz von 20 % bei einer Opioidtherapie vor. In 30 % der Fälle verschwinden Erbrechen und Übelkeit in den ersten acht Tagen von alleine. Die Mittel der Wahl<sup>4</sup> sind Metoclopramid und Haloperidol.

Vorbeugend wird benützt:

- **Metoclopramide:**

Metoclopramid ist ein Dopamin-Antagonist und ein Magen-Darmmotilitätsfördernder Stoff. Metoclopramid hilft bei Erbrechen oder Übelkeit, die in zeitlichem Zusammenhang mit Nahrungs- oder Medikamenteneinnahme auftreten.

- **Haloperidol:**

Haloperidol ist ein Butyrophenon-Derivat und Neuroleptikum. Als Neuroleptikum setzt es sich an den opioidaktivierten Dopaminrezeptoren an und dämpft das Brechzentrum.

- **Cyclizin:**

Cyclizin ist Antihistaminikum und Antiemetikum. Antihistaminika beeinflussen direkt das Brechzentrum im Gehirn. Ein Nebeneffekt von Antihistaminika ist u. a. die Mundtrockenheit. Mundtrockenheit ist unangenehm und kann zu Entzündungen führen bzw. Zahnprothesen werden schlechter getragen.

- **Triflupromazin:**

Triflupromazin ist ein Phenothiazin-Derivat und Neuroleptikum. Triflupromazin ist besonders geeignet, wenn der hochbetagte multimorbide Patient früher unter Reisekrankheit gelitten hat.

- **Ondansetron:**

Ondansetron ist ein Serotonin-Antagonist und Antiemetikum. Ondansetron wirkt einerseits peripher und beschleunigt die Magenentleerung. Andererseits wirkt Ondansetron zentral.

Wenn Übelkeit oder Erbrechen länger als zehn Tage anhalten, ist eine andere Ursache als Morphin zu suchen.

#### 4.7.3 Mundtrockenheit

Unter Opioidtherapie klagen generell bis zu 40 % der Patienten über Mundtrockenheit. Dies wird zum Problem besonders für hochbetagte multimorbide Patienten, die schon von vornherein unter einer Änderung der Mundschleimhaut leiden. Hier ist die Pflege gefordert, eine optimale individuelle Mundpflege durchzuführen<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Siehe Kapitel Nausea und Vomitio

<sup>5</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

#### **4.7.4 Sedierung – Schlaftrunkenheit**

Eine gesteigerte Schlafbereitschaft ist von vornherein da und kommt einerseits durch die zentrale Wirkung von Opioiden und andererseits von einem Nachholbedarf an Schlaf. Nach ein paar Tagen verschwindet sie für gewöhnlich. Der hochbetagte multimorbide Patient, seine Vertrauenspersonen und das Personal sollen gut informiert werden, um unnötige Ängste zu vermeiden. Wenn die Therapie gut eingestellt ist und die Schlaftrunkenheit wiederkommt, sollte man zuerst die Dosis reduzieren, alle eingesetzten Medikamente überprüfen und eine Nierenfunktionsstörung in Betracht ziehen.

Die opioidinduzierte Sedierung muss von der Sedierung durch Störung des Flüssigkeitshaushaltes, Hyperkalzämie, Niereninsuffizienz, Hirnmetastasen, Sepsis oder fortschreitenden Tumoren unterschieden werden.

#### **4.7.5 Miosis – Pupillenverengung**

Opioidgabe führt zu einer Pupillenverengung. Sollten die Pupillen nur mehr stecknadelgroß sein, muss eine Dosiserhöhung gut überlegt und vom Zustand des hochbetagten multimorbiden Patienten und Kontext abhängig gemacht werden: Was ist bei diesem hochbetagten multimorbiden Patienten die Zielsetzung der Therapie?

#### **4.7.6 Verwirrtheit, Halluzinationen und Albträume**

Sie kommen besonders bei hochbetagten multimorbiden Patienten vor. In diesen Fällen sollte die Morphindosis reduziert und bei Bedarf *Haloperidol* dazugegeben werden. Etwas mehr als 1 % der hochbetagten multimorbiden Patienten leiden unter diesen Nebenwirkungen. Alle möglichen anderen Ursachen sollten vorher mit einer Differenzialdiagnose ausgeschlossen werden. Wenn sie bei einem Opioid auftreten, wird es meistens auch bei den anderen Opioiden so sein. Was Halluzinationen, Albträume, Verwirrtheit und sogar Manien hervorgerufen hat, war Kokain, das früher üblicherweise in vielen schmerzlindernden Mixturen beigemischt wurde.

#### **4.7.7 Atemdepression**

Sie tritt nicht auf, wenn die Therapie gut eingestellt ist. Morphin verhindert die Polypnoe, die oft mit den Schmerzen einhergeht, führt aber klinisch zu keiner Atemdepression. Kommen zusätzlich andere schmerztherapeutische Verfahren wie eine Nervenblockade zum Einsatz, ist mit einem niedrigeren Opioidbedarf zu rechnen. Eine neue Titrierung ist notwendig. Sollte nach einer Nervenblockade eine opioidbedingte Atemdepression auftreten, ist der Einsatz von einem reinen Antagonisten, einem Antidot wie Naloxon überlegungswert.

Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit stark reduziertem Allgemeinzustand sollen die Einstiegsdosierung und Dosisanpassungen niedrig sein: „Start low – go slow“ (Krähenbühl 2004).

Bei erstmaliger Gabe von Opioiden bei gleichzeitiger Sedativumtherapie soll der hochbetagte multimorbide Patient mit besonderer Aufmerksamkeit beobachtet werden.

Müdigkeit und Konzentrationsstörungen treten vor einer Beeinträchtigung der Atemfunktion auf.

Bei einer Atemdepression kommt es zu Bradypnoe (unter zehn Atemzüge pro Minute) bei gleichzeitiger Beibehaltung oder Vertiefung des Atemzugvolumens.

Eine Maßnahme zur Erhöhung der Atemfrequenz ist das Ansprechen des hochbetagten multimorbiden Patienten mit der Aufforderung zum Einatmen (Klaschik 2005).

Wenn Naloxon gespritzt wird, muss daran gedacht werden, dass die analgetische Wirkung des zuvor verabreichten Opioids aufgehoben wird. Bekommt ein hochbetagter multimorbider Patient Naloxon, darf er niemals allein gelassen werden und benötigt eine engmaschige Überwachung.

#### **4.7.8 Schwitzen**

Schwitzen tritt oft vermehrt auf, ist multifaktoriell bedingt und störend. Schwitzen wird oft im Zusammenhang mit Lebermetastasen beobachtet. Vor einer medikamentösen Therapie auch mit geringster Dosis Glukokortikoid (Prednisolon) oder mit Anticholinergika oder Neuroleptika (Thioridazin) sollte eine schweißreduzierende Ganzkörperwaschung mit Salbei erfolgen.

#### **4.7.9 Gewohnheit, Sucht – psychische Abhängigkeit**

Sucht ist ein psychisches Phänomen, das sich aus dem krankhaften Verlangen nach einer Wiederholung des „High-Seins“ ergibt. Orale Verabreichung, s. c.- oder i. m.-Spritze von Opiaten (einschließlich Heroin) haben keine solche Wirkung. Wenn kein Gefühl des „High-Seins“ vorhanden ist, kann auch keine Abhängigkeit entstehen.

Sollte eine Opioidtherapie beendet werden, soll die Dosisreduzierung schrittweise erfolgen (ausschleichen).

### **4.8 Medikamentenkombination**

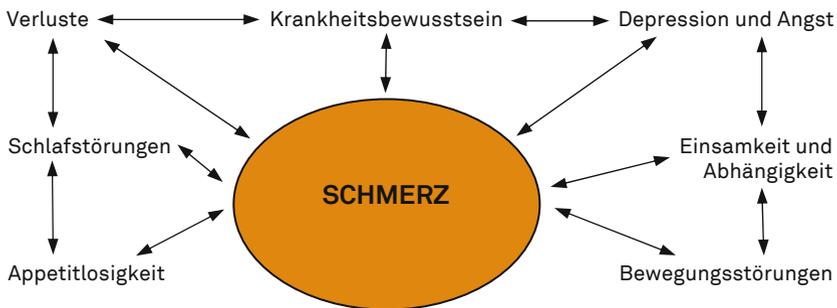
Bei richtiger Kombination von Opioiden mit Adjuvantien wird die Wirkung der einzelnen Medikamente verstärkt bzw. die gesamte schmerzlindernde Wirkung gesteigert und unvermeidbare Opioidnebenwirkungen

gen werden präventiv in Angriff genommen. Dies ist eine klinisch erwünschte und vorteilhafte Arzneimittelwechselwirkung.

## 5. Pharmakologische Methode – andere Schmerzursachen

### 5.1 Mischschmerzen

Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz sind die Schmerzen oft gemischt. Hier ist es notwendig, eine gut überlegte Problem- bzw. Leiden-orientierte anstatt einer Diagnose-basierten Therapie zu verordnen. Wobei darf nicht vergessen werden, dass Leiden eigentlich kein medizinischer Begriff ist. Leiden wie Pflegebedürftigkeit betrifft den ganzen Menschen und nicht nur den Körper.



### 5.2 Schwierige Schmerzen

In verschiedenen Fällen muss man Zusatztherapien, adjuvante Therapien, verordnen:

- Entzündungshemmer ohne Steroide
- Bisphosphonate wie Ibandronsäure und Clodronsäure lindern Knochenschmerzen, die durch Osteolysen verursacht werden. Kalzitonin als Gegenspieler des Parathormons hemmt den Knochenabbau und fördert die Knochenbildung durch Osteoblasten. Dadurch wirkt es sich günstig auf Knochenmetastasen und Osteoporose aus. Besonders vorteilhaft ist dabei der analgetische Effekt. Kalzitonin gibt es auch als Nasalspray.
- Ketamin ist ein Injektionsnarkotikum und Sympathikoton. Es kann bei neuropathischen Schmerzen helfen. Eine unerwünschte Nebenwirkung ist die Hypersalivation. Ketamin hat eine sehr gute parenterale, aber eine niedrige orale oder rektale Bioverfügbarkeit. Ketamin kann mit Nicht-Opioidanalgetika kombiniert werden. Ketamin hat einen Synergieeffekt mit Opioid der Stufe III. Dies bedeutet, dass

eine Dosisreduktion am Beginn der Therapie stattfinden soll. Bei subkutaner Gabe besteht die Gefahr einer Reizung an der Einstichstelle, deswegen soll Ketamin subkutan über eine Pumpe erfolgen.

- Baclofen ist ein zentrales Muskelrelaxans, das bei neuropathischen Schmerzen eine Linderung bringen kann.
- HNO-Erkrankungen brauchen oft eine Komedikation wie Morphin + Antiepileptika für die Deafferentierungsschmerzen (nach Strahlentherapie) + Kortikoide, um Ödeme zu verringern und Antibiotika gegen Infektionen.

Ein Grundsatz soll trotzdem bleiben: **Polypragmasie vermeiden.**

### 5.3 Hartnäckige Schmerzen

Wenn man die Schmerzen schlecht oder nicht einstellen kann, sollte man sich fragen:

- Nimmt der hochbetagte multimorbide Patient seine Medikamente?
- Sind alle Schmerzursachen bekannt? Welche könnten fehlen: Spontanfraktur, Darmverschluss, Harnretention, ...?
- Soll man eine Zusatztherapie verschreiben?
- Gibt es möglicherweise therapiebedingte Schmerzen nach Chirurgie, Bestrahlung oder Chemotherapie?
- Kann der hochbetagte multimorbide Patient von einer anderen Therapie profitieren: Chirurgie, Massage, Strahlen- oder Entspannungstherapie, usw.?
- Soll man, um die Lage besser zu verstehen, einen Kollegen konsultieren?
- Ist der physische Schmerz vielleicht ein Vorwand, um von anderen Komponenten des globalen Leids abzulenken? Sollte man mit dem hochbetagten multimorbiden Patienten darüber reden?
- Schlussendlich gibt es Fälle von hartnäckigen Schmerzen, die kompliziertere Therapien brauchen wie z.B. intrathekales oder intraventrikuläres Morphin oder Neuroblockade.

Wenn jemand über Schmerzen klagt, stellt sich zusätzlich die Frage, ob der Betroffene damit versucht, noch ein anderes Bedürfnis zum Ausdruck zu bringen wie z.B. ein nicht beachtetes spirituelles, finanzielles, familiäres oder soziales Problem.

Nauck beschreibt die Terminalphase als „den Zeitpunkt von einigen Wochen, manchmal Monaten vor dem Tod, in denen die Aktivität des Patienten durch die Erkrankung zunehmend eingeschränkt ist.“ (Nauck 2003). Schmerzen in der Terminalphase können sich aufgrund von Tumorwachstum, Organinsuffizienz, Angst, Liegeschmerz und Kachexie schnell verändern. Eine engmaschige Erfassung und Titrierung muss stattfinden, ohne den hochbetagten multimorbiden Patienten unnötig damit zu belasten.

## Pflege

*Hand in Hand mit der Therapie sollte eine  
hochqualifizierte Pflege einhergehen.  
Pflege ist zu verstehen als eine „menschliche  
Antwort“ auf ein menschliches Problem.  
Sr. Antonine Erharter  
(Quelle unbekannt)*

## Ziel der geriatrischen Palliativpflege

Geriatrische palliative kurative Pflege als Dienstleistung von Menschen für Menschen im Auftrag der Gesellschaft  **muss** in einen ethischen Rahmen eingebettet sein.

Care-Ethik in der Pflege findet auf verschiedene Ebenen statt:

- Ebene des Informationsinhalts: Wahrheitsproblematik: Wie reagiert eine Pflegeperson auf eine Aussage wie: „Ich muss sterben!“
- Ebene des Mitspracherechts des hochbetagten multimorbiden Patienten bei der Behandlungsplanung und Durchführung.
- Ebene der nonverbalen Aspekte: Stimme, Betonung und Aussprache, Mimik und Gestik, Körperkontakt, Kommunikation durch Objekte (Berufskleidung kann Macht bedeuten), Kommunikation durch räumliche Distanz (das Dienstzimmer ist abgesperrt). Passen verbale und nonverbale Kommunikation zusammen?
- „Cure and Care“ und nicht „entweder ... oder“
- Cure and Care ist nicht gleichbedeutend mit Behandlungsverzicht: Ein Harnwegsinfekt bei einem Menschen mit fortgeschrittener Demenz soll behandelt werden.
- Cure and Care ist nicht nur Schmerztherapie, sondern erfasst den hochbetagten multimorbiden Menschen mit Pflegebedarf ganzheitlich. Der Pflegebedarf selbst kann nie ganzheitlich erfasst werden.
- Cure and Care ist nicht nur Sterbebegleitung. Es ist vor allem Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens.

Pflegende sollen nie vergessen, dass ein Mensch nicht nur krank oder nur gesund ist. Jeder hat seine Defizite und seine Ressourcen.

Es soll Ziel der Pflege sein, eine Brücke zu dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz als Menschen zu bauen. Pflegende respektieren ihn so, wie er ist und begegnen ihm mit Empathie.

Ziel der Pflege ist es, den hochbetagten multimorbiden Menschen mit all seinen physischen, psychischen, sozialen und geistigen Bedürfnissen, Befindlichkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen (eigene und jene, die er in Anspruch nehmen kann) so zu unterstützen, dass er in seiner aktuellen Situation ein Höchstmaß an Lebensqualität, Wohlbefinden und Symptomkontrolle erfahren kann. Weiters soll dem Patienten Autonomie und Selbstbestimmung erhalten bleiben. Der Mensch soll im Mittelpunkt stehen. Pflege ist immer eine Interaktion zwischen zwei einzig-

artigen Individuen. Eine Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem hochbetagten multimorbiden Patienten ist nie reproduzierbar.

Zur Verstärkung der Salutogenese ist es notwendig, auf ein breites Spektrum an Methoden und auf ein profundes Wissen zurückgreifen zu können. Nur so bleibt genug Zeit und Platz:

- für die Anerkennung des Menschen im hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz.
- für Kreativität, um die Alltagsprobleme bewältigen zu können.
- für Reflexion über das Handeln. Eine Handlung ist sowohl ein Tun als auch ein Unterlassen. Jede Pflegeperson kann nur für **ihr** eigenes Handeln verantwortlich sein. Nie für das Handeln jemandes anderen.
- für Eigenständigkeit: therapeutische Pflege in einem therapeutischen Gesamtkonzept.
- für Professionalität: Kompetenz wird nur durch fundiertes Wissen, Reflexion und Eigenerfahrung erworben.

Das Ziel von pflegerischem Handeln ist es, die Qualität des Erfahrens und Erlebens der Person mit Demenz so zu unterstützen, dass sie ein subjektives Wohlergehen in der gemeinsamen Alltagsbewältigung erfährt. Die gemeinsame Alltagsbewältigung muss immer wieder von neuem entdeckt werden. Sie ist nur teilweise planbar, da die Pflegeperson angemessen auf konkrete Belange, auf das situative Verhalten der Person mit Demenz reagieren soll. Andererseits muss sich die Pflegeperson an funktionalen Vorgaben und Strukturen orientieren. Diese Unplanbarkeit, dieser Spagat zwischen Strukturiertheit und Situationsoffenheit macht die pflegerische Leistung so herausfordernd und nicht die Beherrschung von Handlungsabläufen. Alltagsgestaltung ist etwas sehr Individuelles und hier können sich zwei ganz unterschiedliche Wirklichkeiten begegnen. Die Wirklichkeit der Pflegeperson ist: Es ist Mittag, jetzt wird gegessen. Die Wirklichkeit der Person mit Demenz ist: Es ist Mittag, jetzt wird gekocht.

## 1. Entscheidungen

Die Entscheidungen in der geriatrischen kurativen palliativen Pflege müssen unter Berücksichtigung von verschiedenen Prinzipien der Bioethik getroffen werden:

- Prinzip des Wohl-Tuns und des Nicht-Schadens: nihil nocere
- Prinzip des Respekts vor der Person: Selbstbestimmung, Autonomie, Bedürfnisse, Ressourcen, Wünsche, Hoffnungen, Einzigartigkeit der Person und der Situation

- Berücksichtigung biologischer, psychischer, sozialer, spiritueller Aspekte
- Auswirkung auf die Lebensqualität
- Beurteilung der möglichen Komplikationen
- Ermittlung von Risiken/Nachteilen bzw. Vorteilen/Nutzen der Behandlung im Vergleich zum erwarteten Gewinn bzw. Verlust an Lebensqualität: Risiko-Nutzen-Analyse. Zum Beispiel, wenn eine bestimmte Behandlung mit einer Spitalweisung verbunden ist
- Was bedeutet hier Lebensqualität? Lebensqualität ist ein komplexer Begriff. Er berücksichtigt unterschiedliche Aspekte des menschlichen Befindens. Die Beurteilung der Lebensqualität liegt beim Patienten selbst (nie beim Betreuungsteam), denn Lebensqualität basiert auf Erleben und Bewerten. Es gibt verschiedene Fragebögen, die Lebensqualität aufgrund von Aussagen des Patienten erfassen lassen wie das Freiburger Persönlichkeitsinventar, die Eigenschaftswörterliste (EWL) und andere. Alle diese Fragebögen können aber *nie* ein Gespräch ersetzen.
- Dafür müssen die Pflegepersonen die Kunst des Innehaltens, der Achtsamkeit, der Kreativität und Professionalität leben. Zu pflegen bedeutet nicht nur, Fachkenntnisse zu besitzen, sondern auch eine Kunst auszuüben: die Kunst des In-Beziehung-Tretens, um eine Ich-Du-Beziehung zu ermöglichen (Martin Buber). „Ich möchte versuchen, deine Sprache zu lernen, um dein Erleben zu verstehen.“

## 2. Pflegerische Anamnese

Pflegepersonen sollten es sich angewöhnen und es für selbstverständlich erachten, eine pflegerische Anamnese durchzuführen.

Die pflegerische Anamnese besteht in der geriatrischen kurativen palliativen Pflege mindestens aus drei Komponenten:

- der Erhebung der Lebensgeschichte in groben Zügen
- der Erhebung der Gewohnheiten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz
- der Erhebung der körperlichen Situation

Diese drei Bereiche sind Voraussetzung für Ziele, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege.

### 2.1 Die Lebensgeschichte

- Die Biografie soll wichtige Ereignisse aus dem Leben des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz festhalten. Im Vordergrund stehen Fragen nach dem Umfeld, den Bezugspersonen, Schwerpunkten der Tätigkeiten und Interessen einer jeweiligen Le-

bensphase. Die Antworten sollen uns helfen, die derzeitige Lebenssituation, Lebenskonstellation und das Verhalten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz besser zu verstehen. Die Vergangenheit bestimmt u. a. Entscheidungen und Wünsche in der letzten Lebensphase des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz.

- Hierher gehört auch die Frage nach der Bedeutung des Wortes „Lebensqualität“. „Was bedeutet für Sie Lebensqualität?“ Daraus ergeben sich Wertskalen, Wünsche und Prioritäten für jetzt und für die Zukunft.
- Die Frage nach Beeinträchtigungen, die im Alltag einschränkend wirken können: Sehbeeinträchtigung, Schwerhörigkeit, usw.; vor allem die Frage nach der subjektiven Bedeutung dieser Beeinträchtigungen für den Patienten: „Was bedeutet es für Sie, gehbehindert zu sein?“

## **2.2. Die Erhebung der Gewohnheiten des hochbetagten multimorbiden Patienten**

Nur wenn wir die Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz kennen, können wir ihn – besonders dann, wenn er nicht mehr kommunizieren kann – in seinem Sinne pflegen.

Diese Erhebung enthält Fragen wie:

- Welche Berührung möchte er und welche nicht: Anhand von Körperschemata kann uns der Patient auch mit Demenz sehr gut zeigen, welche Zonen für ihn Tabuzonen, Partnerzonen, Vertrauenspersonenzonen oder offene Zonen sind. Dies kann uns auch sehr viel über das Körperbild des Patienten sagen.
- Welche Körperpflegegewohnheiten hat er:
  - In welcher Reihenfolge wäscht sich der hochbetagte multimorbide Patient?
  - Nimmt er gern ein Bad, duscht er, wäscht er sich lieber am Waschbecken?
  - Wann wäscht er sich: in der Früh, am Abend?
  - Wie oft wäscht er sich?
  - Womit wäscht er sich: nur mit Wasser, Wasser und Seife, Pflegemittel (welche?), Kosmetika? Gibt es Unterschiede zwischen Gesicht-Reinigen und Körper-Waschen?
  - Womit wäscht er sich die Haare, wie will er frisiert werden oder will er auf keinen Fall frisiert werden?!?
- Dasselbe gilt für das Putzen der Zähne:
  - Mit elektrischer Zahnbürste, Zahnseide, etc.
  - Verwendet er kaltes oder lauwarmes oder warmes Wasser?

- Wenn mit Zahnpasta, welche Marke? Möchte er gurgeln, etc.?
- Wann: vor oder nach dem Frühstück?
- Wie oft: ein-, zwei-, dreimal täglich?
- Welche Kleidungsgewohnheiten hat er? Kleidungsart, Farben, Material, etc.
- Wie schläft er? Position, Art des Zudeckens, Rituale, was hilft, wenn er nicht ein- oder durchschlafen kann, etc.
- Wie sind seine Ausscheidungs- insbesondere die Verdauungsgewohnheiten? Wann und wie oft? Benötigt er Hilfsmittel? Was hilft ihm, etc.?
- Welche Gerüche mag der hochbetagte multimorbide Patient und welche nicht? Die olfaktorischen Nerven sind die einzigen, die einen direkten Zugang zum limbischen System haben. Das limbische System ist zuständig für die emotionale Färbung von Eindrücken. Darum können durch bestimmte Gerüche positive oder negative Erinnerungen wachgerufen werden. Naomi Feil würde sagen: Gerüche sind Fahrkarten in die Vergangenheit. Dies ist besonders wichtig für die Aromatherapie.
- Welche Lieblingsgetränke und Speisen hat er? Wie möchte er sie zubereitet haben?
- Welche Musik hört er gern und in welchen Situationen? Was bedeutet Musik überhaupt für ihn?
- Welche Hobbys hat er gern ausgeübt, welche hätte er gern ausgeübt?
- Welche Menschen hat er auch in belastenden Situationen gern um sich? Gibt es überhaupt solche? Welche Personen möchte er lieber meiden?

Besonders wenn ich komplementäre Methoden anwenden will wie Basale Stimulation®, Validation® nach Naomi Feil, Aromatherapie, Massage oder wenn ich mit hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz arbeite, die sich im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung irgendwann nicht mehr mitteilen werden können, ist die genaue Kenntnis jeder kleinsten Gewohnheit wichtig. Nur der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz selbst kennt sich so gut, dass er uns dies mitteilen kann. Die Angehörigen wissen wahrscheinlich einen Teil davon, aber eben nur einen Teil. Diese Anamnese kann nicht sofort und auf einmal aufgenommen werden. Sie wird im Verlauf der Betreuung ergänzt. Sie sollte aber nicht vernachlässigt werden. Sie ist oft schwierig zu erheben, da es ungewohnt ist, über so intime Gewohnheiten zu reden. Hierzu könnte eine gute Übung sein zu probieren, dass jede Pflegeperson sich selbst bewusst macht, welche Gewohnheiten sie hat und diese dann gemeinsam im Team kommuniziert. Sie werden staunen, wie viele Unterschiede es geben kann.

### 2.3. Die pflegerische Untersuchung des Körpers

Nicht nur die Ärzte sollen sich ein Bild über das äußere Erscheinungsbild eines hochbetagten multimorbiden Patienten machen. Dieses Erscheinungsbild liefert sehr wichtige Informationen für die Pflege:

- Beschaffenheit und Färbung der Haut in verschiedenen Bereichen
- Mögliche Magen-Darm-Problematik
- Mögliche (ev. auch nur „leichte“) Inkontinenzproblematik
- Mögliche Schwierigkeiten beim Bewegen, etc.
- Dekubitus-gefährdete Zonen
- Mögliche Schmerzen: Wie geht er, wie liegt er? Könnte es sein, dass er Schmerzen hat?

Aber auch von dem seelischen, psychischen Zustand des hochbetagten multimorbiden Patienten soll man sich ein Bild machen: Wie spricht er? Könnte es sein, dass er sich Sorgen macht, die er nicht ausgesprochen hat?

### 2.4. Zielsetzung, Pflegeplanung, Dokumentation und Evaluation

Möglicherweise hat jede Station ihr eigenes Dokumentationssystem und ihre eigenen Gewohnheiten. Aber Dokumentation sollte selbstverständlich sein. Regelmäßig ist die Pflegephilosophie im Team zu reflektieren: Was bedeutet sie konkret für mich als Teammitglied, für uns als Team? Wie ist sie mit bestimmten, konkreten Entscheidungen zu vereinbaren? Eine Reflexion ist besonders wichtig, wenn man weiß, dass eine schwierige Situation auf das Team zukommen wird bzw. im Zusammenhang mit einer schwierigen Entscheidung. Nur so können die Entscheidungen von allen Teammitgliedern getragen werden. Diese Reflexion muss in einem Klima des Respekts, des Vertrauens und der Anerkennung von Andersdenkenden stattfinden.

Die Erhebung der Biografie des hochbetagten multimorbiden Patienten sollte möglicherweise in zwei Teilen stattfinden. Der erste, allgemeine Teil soll in der Pflegedokumentation seinen Platz haben und auch für Schüler, Praktikanten, Ämter und Bewohnervertretung zugänglich sein. Der zweite Teil sollte hingegen versperrt und nicht zugänglich sein. Ich würde meinen, es geht niemanden etwas an, ob die Patientin vergewaltigt worden ist, ob sie abtreiben musste, ob der Patient im Krieg auf Seiten der NS gekämpft hat, ein Inzestkind ist, etc. Diese emotional sehr belastenden Erlebnisse wurden von der Patientin oder dem Patienten einem bestimmten Teammitglied anvertraut in einem vertrauensvollen Moment einer besonderen Beziehung. Die Patientin oder der Patient hatte das Bedürfnis, mit dieser Person darüber zu reden, aber wollte sicher nicht, dass es an die große Glocke gehängt wird. Man soll nicht un-

terschätzen, wie schnell besondere Vorkommnisse einer Biografie im Heim die Runde machen und dann in die Dorföffentlichkeit gelangen. Gleichzeitig ist es klar, dass diese Vorkommnisse irgendwo niedergeschrieben werden müssen z.B. für das Gericht. Deswegen sollte das betroffene Teammitglied dieses Gespräch wertneutral mit den Worten des Patienten oder der Patientin niederschreiben. Dieser Teil der Biografie wird dann durch die Stationsleitung eingesperrt. Der Patient oder die Patientin hat ein Recht auf Schutz ihrer Intimsphäre. Das Personal hat die Pflicht, diese Intimsphäre gegen Dritte zu schützen. Dies wird leider viel zu oft vergessen. Dies kann aber als eine Art subtiler Gewalt aus Unachtsamkeit betrachtet werden.

# ANÄMIE – Blutarmut

## 1. Ursache

- Blutverlust
- Tumorbedingt? Deutlich mehr als 50 % der Patienten, die an einer Tumorerkrankung des blutbildenden Systems leiden (mit Ausnahme des Morbus Hodgkin), sind älter als 65. Die Anzahl der Komorbiditäten bei über 70-jährigen Tumorpatienten steigt: 20 % haben nur eine Komorbidität, 3 % haben vier.
- Therapiebedingt?
- Eisenmangelanämie

## 2. Mögliche Begleitsymptome

- Dyspnoe – Atemnot
- Extreme Schwäche: Asthenie, Grande Fatigue, Schläfrigkeit, Lethargie
- Thoraxschmerzen, Herzklopfen, thorakales Engegefühl
- Kälteempfindlichkeit, Blässe
- Verwirrtheitszustände

## 3. Therapie

Für eine korrekte Therapieentscheidung müssen die biologischen, allgemein psychischen, physischen und sozialen Aspekte des betroffenen, hochbetagten multimorbiden Patienten, die zur Verfügung stehenden, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen miteinbezogen werden. Eine rationale, nachvollziehbare und durch sorgfältige, interdisziplinäre Kooperation gesuchte Entscheidungsfindung verbunden mit einer klaren, strategischen Führung und Zieldefinition, ermöglicht die bestmögliche Lebensqualität für diesen individuellen, einzigartigen hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz.

Einige Fragen sind vorher abzuklären:

- Wie waren die Hämoglobin-Werte?
- In welchem Zeitraum ist der Hämoglobinabfall eingetreten?
- Wie werden die Begleitsymptome erlebt?
- Transfusion?
  - Hat der hochbetagte multimorbide Patient schon eine Transfusion bekommen? Wenn ja: Konnte dies die Symptome lindern und wie lange hat die Wirkung angehalten: den therapeutischen Nutzen abschätzen.
  - Hat der hochbetagte multimorbide Patient negative Nebenwirkungen gehabt wie Hitzegefühl, Herzklopfen, Albträume und wie haben sie ihn beeinträchtigt?
  - Ja, auf ausdrücklichem Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten, besonders bei Minimalaufwand der Transfusion: z.B. Patient möchte „fit“ sein für einen für ihn besonderes wichtigen Termin.
- Eisentherapie: sie hebt eine Tumoranämie nicht auf, verursacht aber zusätzlich eine Obstipation.
- Erythropoietin (körpereigenes Hormon) kann bei Anämie die Produktion roter Blutkörperchen ankurbeln. Erythropoietin wird subkutan verabreicht. Die Verbesserung der Lebensqualität ist proportional zum Anstieg von Hämoglobin.

## Angst und Depression

Eine Differentialdiagnose zwischen Depression und Demenz muss stattfinden.

Klinische Eigenschaften	Depression mit kognitiver Störung	Demenz
Eintritt	Rasch	Schleichend
Dauer	Relativ kurz (Wochen)	Lang (Monate – Jahre)
Stimmung	Tagesschwankungen, meistens gedrückte Stimmung	Wechsel von apathisch bis normal reizbar
Intellektuelle Funktion	Jammern: „ich weiß die Antwort nicht!“	Verharmlosen oder Rationalisieren der Fehler
Gedächtnisverlust	Kurz und länger Zurückliegendes	Eher kurz Zurückliegendes
Selbstbild	Schwach	Normal
Vergesellschaftete Symptome	Angst, Schlafstörung, Appetitlosigkeit	Manchmal Schlafstörung oder unkooperatives Verhalten
Veranlassung für den Arztbesuch	Eigeninitiative	Familie und Freunde
Vorgeschichte	Psychiatrische Anamnese und/oder Familienanamnese, persönliche Probleme	Vererbbar

(Psota 2008, S 31)

Angst und Depression werden hier besonders als Reaktionen auf den ungeheuer starken Stress angesehen, unter dem unheilbar kranke hochbetagte multimorbide Patienten mit und ohne Demenz leiden.

Ärzte und Pflegende müssen lernen, zwischen Angstzuständen, Depression, Betrübtsein und Traurigkeit zu differenzieren. Die Geriatric Depression Scale kann eine Differentialdiagnose unterstützen. Die Skala besteht aus 15 Fragen mit Ja/Nein. Eine leichte Depression wird durch einen Score von 6–10 Punkte diagnostiziert; eine schwere Depression bei 11–15 Punkte.

All diese Symptome **müssen** ernst genommen werden. Alle diese Symptome haben eine dem körperlichen Schmerz vergleichbare Signal- und Schutzfunktion und sind damit lebensnotwendig. Es gibt nichts Schlimmeres für einen hochbetagten multimorbiden Patienten als den Eindruck, dass ihm niemand glaubt. Er fühlt sich im Stich gelassen.

## 1. Ursache

### 1.1 Ursachen der Angst

Die Ursachen sind immer biopsychosoziale Stressoren:

- Angst vor dem Unbekannten
- Angst vor Diagnose, Schmerzen, vor Untersuchungen und Eingriffen, vor Nebenwirkungen, etc.
- Nicht gelinderte, chronische oder akute Schmerzen
- Einschränkung des Alltags durch Symptome, Sichtbarkeit und Frequenz der Symptome
- Isolation, Verdruss, Trauer über alle Verluste, die in Kauf genommen werden müssen, „sozialer Tod“
- Angst, verrückt zu werden, die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren, etc.
- Gefühl, in eine spirituelle Krise, eine existenzielle Bedrohung gezogen zu werden
- Finanzielle, berufliche Probleme. Angst um die Zukunft der Angehörigen, aber auch familiäre Konflikte
- Fehlende Gesprächsbasis. Jeder gibt andere oder sogar widersprüchliche Erklärungen, Ratschläge, Prognosen, etc.
- Der hochbetagte multimorbide Patient wird in seiner Unwissenheit und damit auch in seiner Ungewissheit belassen. Man darf dabei nicht vergessen, dass die individuelle Symptombewertung des hochbetagten multimorbiden Patienten von der des Arztes und des Pflegenden abweichen kann. Entscheidungen werden über seinen Kopf hinweg getroffen, er wird entmündigt, etc.
- Sein Selbstwertgefühl wird durch unsere Haltung und unsere Aussagen zerstört
- Medikamentöse Nebenwirkungen oder Entzug von Medikamenten, Alkohol, Drogen
- Hirnorganische Veränderungen, die zu Hypoxie, metabolischer Hypoglykämie, endokrinen Störungen führen
- Dyspnoe, Atemnot

### 1.2 Ursachen der Depression

- Schmerzen
- Persönliche Anamnese: psychische Störung, Alkoholproblematik

- Subjektiver Eindruck: keine Ressourcen mehr vorhanden, Aussichtslosigkeit
- Medikamentöse Nebenwirkungen und/oder kraniale Strahlentherapie
- Hirnmetastasen und hirnorganische Veränderungen
- Chronische, andauernde, nicht behandelte oder nicht behandelbare Symptome
- Konfrontation mit Verlusten: Tagtäglich muss die Person mit Demenz merken, dass sie ein Stück mehr Kontrolle über ihr Leben verliert.

## 2. Begleitsymptome

### 2.1 Begleitsymptome der Angst

Angst durchdringt und beherrscht den Alltag. Angst kann bis zu Panikattacken und Trübung des Bewusstseins sowie zu Wutanfällen gegen alle und die „ganze Welt“ führen.

- Schlafprobleme, besonders frühzeitiges Erwachen
- Appetitlosigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Rückzug, Schuldgefühle, Angst, den anderen zur Last zu fallen, usw.
- Psychomotorische Unruhe
- Vegetative Symptome wie Schwitzen, Tremor, oberflächliche Atmung
- Diffuse Klagen ohne organische Korrelation

### 2.2 Begleitsymptome der Depression

Die Symptome der Depression äußern sich in fünf Bereichen und sind eng mit der Lebensqualität verbunden.

- Bereich der Emotionen: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, manchmal Angst, Wut, Aggressivität, Nervosität, Zuneigungslosigkeit, kein Sinn für Humor
- Bereich der Motivation: Antriebslosigkeit (gezielt danach fragen, die Patienten teilen sich nicht aktiv mit), Lähmung des Willens. Suizid stellt die endgültige Flucht vor Aktivitäten und Belastungen des Lebens dar. Professor Sonneck (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Wien): „Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben, er könnte an Selbstmord denken, fragen Sie ihn danach.“ (Sonneck 2000, S 23). Darüber reden zu können, durchbricht die Isolation und die Einengung.
- Bereich des Verhaltens: langsame, zögernde, schwunglose Bewegungen, verlangsamte, leise und monotone Sprache

- Bereich der Kognition: ausgesprochen negatives Selbstbild, Konzentrationsschwäche, Schuldgefühle, das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, Selbstkritik, negativer Attributionsstil, negative Zukunftsantizipation, Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Somatischer Bereich: Hier gibt es oft keine zuverlässige Differenzialdiagnostik bei beginnender Demenz, Asthenie, Kachexie: Kopfschmerzen, Benommenheit, unangenehme Empfindungen in der Brust, allgemeine Schmerzen, ständige Müdigkeit durch Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, Appetitlosigkeit, etc.

### 3. Therapie

Wichtig sind eine offene, ehrliche Kommunikation und der Mut, den Ängsten ins Gesicht zu sehen, sie anzusprechen bzw. auszusprechen. Gemeinsam werden individuelle Lösungen gesucht, die für den Betroffenen die Situation erleichtern.

Angst lindernd sind z.B. ausführliche Gespräche, vertraute Personen, Ruhe und Licht in der Nacht.

Angst verstärkend sind z.B. Unsicherheit, fehlende Informationen, Allein-gelassen-Werden, Schmerzen, Lärm, Hektik, Dunkelheit, Anblick von hochbetagten multimorbiden Mitpatienten mit fortgeschrittener Demenz und Atemnot.

- Wesentliche Elemente der Therapie sind:
  - Aufbau einer tragfähigen Beziehung
  - Kurzfristige, entlastende Maßnahmen
  - Suche nach angenehmen Aktivitäten
  - Abbau von belastenden Aktivitäten, Strukturen und Symptomen
- Beziehungsfördernde Grundhaltung:
  - In erster Linie Zuwendung und Liebe
  - Geduld, Zeit nehmen (Qualität nicht Quantität!), Adaptationszeit lassen
  - Gespräch, aktives Zuhören, Respekt, Echtheit, Empathie, Kongruenz, aber auch offenes Ansprechen von Problemen
  - Hilfe zur Selbsthilfe: Situation erfassen und verstehen, anstatt zu bewerten
  - Partnerschaft: gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen
  - Verstärkung des Selbstwertgefühls: Ich nehme den Anderen an, wie er ist. Ich hole ihn dort ab, wo er steht.
  - Ermöglichen, eine positive Lebensbilanz zu ziehen
  - Ermutigen, Gefühle von Trauer, Schmerz, Zorn, Feindseligkeit und Aggression wahrzunehmen und zu zeigen. Das erleichtert.

Reden über unangenehme Erfahrungen kann nur aufgrund einer Vertrauensbasis stattfinden.

- Ermöglichen, eigene Ressourcen zu erkennen und zu nutzen
- Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger einschalten, wenn es soziale, finanzielle oder familiäre bzw. spirituelle oder religiöse Probleme gibt. Jeder hat seinen Platz und seine Rolle im interdisziplinären Team.
- Kausale Therapie: Schmerz- und Symptomkontrolle sind die besten „Anxiolytika“, wenn sie quälende Symptome beseitigen können. Wenn Schmerzen so stark sind, dass die Verordnung von Opiaten erwogen wird, sollte man daran denken, dass Morphin ein ausgezeichnetes Analgetikum *und* Anxiolytikum ist.
- Keine medikamentöse Therapie ist so wirksam wie die Zeit, die man mit dem Patienten im Gespräch über seine Probleme zubringt. Hier ist nicht so sehr entscheidend, wie viel Zeit man dem Patienten widmet, sondern ob die vorhandene Zeit optimal genutzt wird: Qualität anstatt Quantität. Die wichtigste Therapie bleibt die verständnisvolle Hinwendung und das Signalisieren der Bereitschaft, aktiv zuzuhören.
- Antidepressiva sollten erst verordnet werden, wenn alles andere erfolglos bleibt.<sup>1</sup> Die Initialdosis muss niedrig sein (50 % der Dosis junger Patienten) und sie muss langsam gesteigert werden „start low and go slow“.

Eines darf man aber in der medikamentösen Therapie nicht vergessen: Die volle Wirkung tritt oft erst nach zwei bis vier Wochen ein.

Eine Gefahr besteht: Das Suizidrisiko kann bei schwer depressiven Menschen steigen, wenn die Stimmung sich verbessert. Wenn sich ihre Stimmung zwar aufhellt, aber noch nicht der volle stimmungsaufhellende Effekt der Therapie eintritt, haben sie mehr Energie, um ihre Suizidabsichten in die Tat umzusetzen.

---

<sup>1</sup> Siehe Adjuvantien der Schmerztherapie

## Appetitlosigkeit und Mangelernährung

Die erste grundlegende Frage ist: Kann oder will der Patient nicht essen?

Die Anorexie (Appetitlosigkeit) ist ein Problem für den hochbetagten multimorbiden Patienten, für seine Familie und seine Betreuer.

### 1. Prinzipien der Ernährungslehre im Alter

Für die Einschätzung des Ernährungszustandes ist (neben Labordaten) das Körpergewicht ein zentraler Parameter. Die gültige WHO-Klassifikation des BMI (= Body Mass Index = Körpergewicht (kg) / [Körpergröße (m)]<sup>2</sup>) lautet:

Klassifikation	Männlich	Weiblich
Untergewicht	BMI unter 20	BMI unter 19
Normalgewicht	20-25	19-24
Übergewicht	25-30	24-30
Adipositas	30-40	30-40
Massive Adipositas	BMI über 40	BMI über 40

Für die AWMF<sup>1</sup> liefern

- BMI-Werte unter 20 kg/m<sup>2</sup>
- ein auffälliger unbeabsichtigter Gewichtsverlust > 5 % in drei Monaten bzw. > 10 % in sechs Monaten
- sowie Albuminwerte unter 35 g/L

wesentliche Hinweise auf Mangelernährung.

Verluste von fettfreier Körpermasse bzw. Körperzellmasse können im Alter nur schwer wieder ausgeglichen werden. Daher müssen bereits bei drohender Mangelernährung Maßnahmen gesetzt werden, die den Erhalt eines ausreichenden Ernährungszustands sichern. Entscheidend

<sup>1</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

ist das Verhindern des Katabolismus, d. h. des Abbaus von Körpermasse, vor allem aber von Protein. Risikofaktoren für Mangelernährung sind:

- Appetitverlust
- Reduktion der üblichen Nahrungsmenge
- und/oder stressbedingt erhöhter Bedarf an Energie

Eine Cochrane-Analyse (AWMF 2004) von 31 Studien mit insgesamt 2.464 randomisierten, älteren Personen mit Risiko für bzw. mit manifester Mangelernährung belegt die positiven Effekte oraler Trinknahrung: Steigerung der Energie- und Nährstoffaufnahme, Erhalt bzw. Verbesserung des Ernährungszustands, Verkürzung der Liegedauer und Reduktion der Mortalität. Flüssige Zusatznahrung ist deshalb bei Mangelernährung eindeutig zu empfehlen. Effekte auf Funktionalität und Lebensqualität sind dagegen aufgrund mangelhafter Datenlage nicht gesichert. Auch die diesbezüglichen Effekte der Sondenernährung bei Malnutrition sind aufgrund dürftiger Studienlage unklar.

Von der psychisch-geistigen Dimension der Ernährung weiß schon der Volksmund: „Essen und Trinken hält Leib und Seel' z'sam.“ Im Essen und Trinken drückt sich eben nicht nur der Nahrungsbedarf aus, sondern der ganze Mensch mit seinen Bedürfnissen. Die Interaktionen, die während der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit stattfinden, bedienen auch verschiedene Bedürfnisse, wie jene nach sozialer Wärme und Geborgenheit.

Personenbezogene Faktoren können in biologische, psychologische, seelische und soziale Faktoren unterteilt werden. Im intramuralen Langzeitpflegebereich sind hier einige Spannungsfelder auszumachen: Interessen der hochbetagten Menschen mit und ohne Demenz – das patientenorientierte Modell: Die Prioritäten sind Schmerzfreiheit, Wohlbefinden und Lebensqualität.

- Interessen der Angehörigen – das angehörigenorientierte Modell: Z.B. müssen Zahnprothesen beim Essen getragen werden oder das Personal hat dafür zu sorgen, dass Mutter genug isst und trinkt.
- Interessen des Betreuungsteams – das pflegeorientierte Modell: Priorität hat die ausreichende Nahrungsaufnahme und/oder – im Sinne des patientenorientierten Modells – das subjektive Wohlergehen der betreuten Personen.
- Interessen der Spezialisten: Die Diätassistentin bzw. die Ernährungswissenschaftlerin sieht ihre Aufgabe u. a. in der Erhaltung des BMI im Normbereich.

## 2. Ursachen für Anorexie und Mangelernährung

- Abnahme der Organleistung mit reduzierter exokriner Pankreasfunktion
- Zunehmender Vitamin-D-Mangel mit fortschreitendem Alter
- Kognitions-, Visusstörungen
- Asthenie, Müdigkeit: Die fortschreitende Krankheit wird oft von Müdigkeit und Kraftlosigkeit (die Muskelmasse baut sich kontinuierlich ab) begleitet. Das Essen wird zur Anstrengung. Die Abhängigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten wird sehr deutlich
- Physische und psychische Atemnot
- Nicht beherrschte Schmerzen
- Mundproblematik: schmerzhafte, schlecht riechende, ausgetrocknete Mundschleimhaut, gefühllose, borkige Zunge, Schluckstörungen, nicht passende Zahnprothesen, Soor, vernachlässigter Zahnstatus
- Schluckstörungen, Schluckapraxie, Kauprobleme, Unfähigkeit, die Nahrung zum Mund zu führen
- Magenentleerungsprobleme wie Verstopfung, Nausea, Sättigungsgefühl, ausgeprägtes Völlegefühl, Fett- und/oder Proteinverdauung, Darmmotilität, Blähungen, Defäkationsstörung
- Stoffwechselstörungen wie Hyperkalzämie, Hyperglykämie oder Hyponatriämie, signifikanter Eiweißverlust. Bei Katabolismus kann die Nahrung nicht mehr in Muskel- und Fettmasse umgewandelt werden: anabole Stoffwechsellage
- Niereninsuffizienz
- Laktoseintoleranz ist eigentlich sehr häufig im hohen Alter und wird oft übersehen. Sie ist ein Zusatzrisiko für Osteoporose
- Gerüche durch Wunden, Inkontinenz, unangenehme Gerüche in der Umgebung
- Nahrungsangebot: stark riechendes, fantasieloses, nicht gesalzenes, nicht dem Geschmack des Patienten entsprechendes „Platsch-Platsch-Essen“ (Ausdruck des verstorbenen Dr. Rabin, Genf) in großen Portionen, nur zu bestimmten Zeiten angeboten
- Durch Geschmacksveränderungen bzw. durch Verlust des Geschmacksempfindens oder des Geruchsinns
- Psychologische Faktoren: Sorgen, Isolation, Depression, Abneigung gegen das Essen, Sich-nicht-füttern-lassen-Wollen, Angst vor Erbrechen und Übelkeit, Angst vor dem Sterben, Nicht-los-lassen-Können, Nicht-Wohlfühlen, finanzielle Situation, Einsamkeit
- Medikamentennebenwirkungen und Polypragmasie
- Senile oder altersabhängige Anorexie, die oftmals ohne ersichtlichen Grund entstanden ist

- Unfähigkeit, sich selbstständig mit Lebensmitteln zu versorgen, sie zu kochen und zu servieren, etc. (zum Beispiel durch Bewegungseinschränkungen)

### 3. Kennzeichen der Mangelernährung

- Erschöpfung mit Verlangsamung des Denkvermögens und der Koordinationsfähigkeit
- Blasse Augenbindehaut und Mundschleimhaut
- Starker Haarausfall
- Schwacher Muskeltonus verbunden mit Gleichgewichtstörungen
- Verringerung der Knochendichte verbunden mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche
- Übermäßige Darmgeräusche
- Bauchkrämpfe, Diarrhöen und/oder Fettstühle
- Schmerzen
- Früher einsetzende Pflegebedürftigkeit
- Wundheilungsstörungen, erhöhtes Risiko für Dekubitalgeschwür
- Schwächung des Immunsystems bis zu deutlich erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten

### 4. Feststellung des Ernährungszustandes

Ein Schnellverfahren ist das **Mini Nutritional Assessment (MNA)**

Aber warum sollte ein Mensch, der sein Leben lang einen BMI von maximal 19 hatte, im höheren Alter plötzlich einen höheren Fettanteil (der lean body mass wird nicht höher) aufweisen?

Fallbeispiel: Eine Frau ist jetzt 85 Jahre alt; seit sie das Erwachsenenalter erreicht hat, schwankt ihr BMI zwischen 18 und 19. Muss sie nun mit 85 Jahren zunehmen, um gesund zu bleiben? Warum sollen schlanke Hochbetagte in altersentsprechend gutem Zustand bei ausreichender Nahrungszufuhr und seit Jahren stabilem Gewicht „künstlich hochgefüttert“ werden? Entscheidend ist das Verhindern des Katabolismus, dieser ist aber nicht an ein niedriges Ausgangsgewicht gebunden. Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes können bekanntlich auch bei Individuen jeden Alters erfolgreich sein und sind nur bei katabolen Patienten nicht mehr sinnvoll. (Kojer 2009).

Diese Thematik hat eine sehr hohe Relevanz in der geriatrischen palliativen kurativen Pflege.

## 5. Epigastrisches Syndrom

Die Patienten klagen oft über Unwohlsein in der Gegend des Epigastriums. Dieses Unwohlsein können sie schlecht beschreiben. Es handelt sich nicht um Schmerz im eigentlichen Sinn, sondern eher um ein Gefühl der Schwere, Völle, Übelkeit sowie um Blähungen (Flatulenz). Abgesehen von organischen Ursachen kann dieses Unwohlsein durch andere, folgende Ursachen ausgelöst werden:

- Medikamentennebenwirkungen wie z. B. Verstopfung
- Appetitlosigkeit, latenter anxio-depressiver Zustand
- Mangel an Bewegung, Bettlägerigkeit, Aszites

## 6. Nichtmedikamentöse Therapie

- Gute Lagerung beim Essen: so lange wie möglich im Sessel, sonst im Bett sitzend, Seitenlagerung
- Einen Aperitif anbieten (fördert geselliges Beisammensein, führt Kalorien zu und wirkt appetitanregend)
- Rituale einführen: Gebet, Lied, Gong als „Konditionierung“ im Sinne: Jetzt kommt das Essen!
- Richtige Mahlzeiten:
  - Öfter, kleine Portionen, appetitlich präsentieren
  - Den Wünschen des Patienten entsprechend (hat Vorrang vor dem Nährwert), selbst wenn sie seltsam erscheinen (Bier mit Zucker, Lachs in der Nacht)
  - Den Wünschen des Patienten entsprechend in Gesellschaft essen
  - Lieblingsspeise von zu Hause bringen lassen
  - Achten auf Temperatur, Konsistenz, Säuregehalt, Speichelkonsistenz (Weglassen von Milch bei zähem Speichel)
  - Dem Kau- und Schluckvermögen anpassen
  - Weiches, fruchtiges Speiseeis, Bier, Milch, Suppen sind durchaus nährstoff- und kalorienreich. Bei Bedarf müssen sie eingedickt werden.
  - Säuglingskost, Gemüsepüree auf Wunsch der Person mit Demenz
  - Das Frühstück wird oft dankbar angenommen, selbst wenn der Patient sonst den ganzen Tag nicht isst

- Kreativität walten lassen: Finger-Food, Spätmahlzeit, etc. Spätmahlzeiten haben eine positive Wirkung. Sie reduzieren die Nachtverwirrtheit aufgrund von Hypoglykämie.
- Gesamtaussehen der Mahlzeiten verkleinern: Den Proteinanteil reduzieren, aber die Energiedichte erhöhen durch die Zugabe von Fett (Schlagobers, Sahne) und Glukose. Ein Glukosezusatz beschleunigt die Darmentleerung und hat keine negative Wirkung auf die postprandialen Blutzuckerwerte.
- Fleischmahlzeiten reduzieren, dafür mehr Kohlenhydrate wie Reis, Teigwaren, Brot, die eine Erhöhung der Energiezufuhr bewirken.
- Kalorienzufuhr verbessern: durch Nüsse, Schokolade, Bananen u. ä.
- Basale Stimulation® anwenden: alle Sinne ansprechen, damit die Person mit Demenz überhaupt Lust auf Essen bekommt. Klappern des Geschirrs, Geruch des frischen Brotes, Betrachten von Früchten der Saison, Angreifen und dadurch Begreifen von Zitronen, Orangen, Bananen, Gewürzen. Die Sinne müssen angeregt werden, damit die Person mit Demenz Speichel produzieren kann. Ohne Speichelproduktion wird sie nicht essen können. Wenn die Sinne angeregt worden sind, soll auch der hochbetagte multimorbide Patient sein Essen bekommen und nicht warten müssen.
- Basale Stimulation® anwenden: langsam, konzentriert und im Sitzen das Essen anbieten. Bei Bedarf die Speichelproduktion durch eine gezielte Parotis-Massage (Ohrspeicheldrüse-Massage) erhöhen. Wenn die Person mit Demenz noch dazu in der Lage ist, schlürfen lassen, anstatt den gesamten Inhalt eines Suppenlöffels in den Mund leeren. So kann sie selbst bestimmen, ob sie alles auf einmal essen und wie schnell sie essen möchte (Verstärkung des Selbstwertgefühls: Ich habe noch die Kontrolle über die Situation, ich darf noch entscheiden).
- Bei Blähungen:
  - Lockere, nicht einengende Kleidung
  - Schluckweise Anis-Fenchel-Kümmeltee anbieten
  - Wärmflasche anbieten, das Zimmer in Übereinkunft mit dem Patienten gut lüften
  - Sanfte Kolonmassage mit Kümmelöl kann zur Linderung beitragen (Intimität des Bereiches bedenken)
- Geruch: ausreichend lüften, geeignetes Verbandmaterial benützen (Aktivkohle wirkt geruchbindend), gründliche Pflege mit gut riechenden Mitteln, Aromatherapie, etc.
- Bei Verlust des Geschmackempfindens können Zink-Spurenelemente die Situation verbessern.

- **MUNDPFLEGE<sup>2</sup>**
- Gespräche mit allen Beteiligten führen:  
Mit Patienten, Angehörigen, Pflegepersonen, ehrenamtlichen Helfern: Essen und Trinken sind zwar sehr wichtig, aber wenn der Patient zur Nahrungsaufnahme nicht fähig ist, erreichen wir mit Drängen nur das Gegenteil, d. h. Übelkeit und Erbrechen.  
Im Gespräch soll geklärt werden:
  - Was will der Patient? Ist eine Ernährungstherapie in seinem Sinn?
  - Hat er Hunger?
  - Für wen ist es wichtig, dass der Patient isst?
  - Warum wird dies gewünscht?
  - Was ist der Nutzen und welches Risiko erwarten wir für diesen Patienten?
  - Wann stellt sich die Ernährungsfrage im Verlauf der Erkrankung?
  - Welche Prognose kann gestellt werden?
  - Was bedeutet die Appetitlosigkeit für den Patienten, für die Angehörigen und für das Personal?
  - Wie erlebt der Patient die Appetitlosigkeit, die Körperbildänderung? Ist es eine Bedrohung, eine Belastung, ein Verlust an Lebensqualität?
- Medikamentöse Therapieänderungen:
  - Braucht der Patient wirklich alle verschriebenen Medikamente?
  - Stimmen die Dosierungen und Kombinationen noch?

Die Pflege darf nie vergessen, dass das Essverhalten auf zahlreichen somatopsychischen und sozio-kulturellen Faktoren basiert, die in einer Wechselwirkung mit den augenblicklich gegebenen Umweltreizen stehen. Die Nahrungsaufnahme ist kein rein körperlicher Prozess. Die Nahrungsvorbereitung, -darreichung und -annahme sind gesellschaftliche, intellektuelle und emotionale Prozesse. Sie sind Quellen von sozialem Austausch, von Ritualen, die zur Stärkung der Gruppenzugehörigkeit beitragen. Durch die Nicht-Aufnahme des Essens zeigt der hochbetagte multimorbide Patient sehr deutlich, dass er nicht mehr dazugehören (nicht mehr leben) will. Diese Ablehnung können die Angehörigen oft affektiv und emotional nicht akzeptieren. Sie versuchen mit quälender Verbissenheit, dem hochbetagten multimorbiden Patienten bis zuletzt Nahrung aufzuzwingen.

Betrachten wir die Bedürfnisse, die durch das Essen gedeckt werden sollten:

- Physiologisches Grundbedürfnis nach Nahrung
- Bedürfnis nach genussvollem Essen

---

<sup>2</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

- Bedürfnis nach Neuem: Der Mensch braucht in seinen Gewohnheiten immer wieder etwas Neues als Stimulation
- Bedürfnis nach Festen: Das Festtagsessen soll sich vom Alltagsessen abheben
- Bedürfnis, dazuzugehören (soziales Zugehörigkeitsgefühl) aber auch nicht gleich wie alle anderen zu sein (individuelle Besonderheit)

Wie viele von diesen Bedürfnissen werden beim Essen gezielt wahrgenommen und befriedigt? Wie oft werden diese Bedürfnisse beim Essen berücksichtigt? Wann setzt die Person mit Demenz in einer als kritisch wahrgenommenen Situation Essverhalten als Selbstregulierung von Gefühlen bewusst und gezielt ein? Essen oder Nichtessen als Deeskalation von Begegnungen mit anderen Individuen oder Umwelten, die die Person mit Demenz an frühere, negative Erfahrungen erinnern. Wie oft wird Essensverweigerung zum verzweifelten Versuch, Kontrolle über Zustände wie Leistungsdruck, Anpassungspflicht, Pflichtbewusstsein zu erlangen, die nicht von der Person mit Demenz beeinflusst werden können? Wie oft ist Essensverweigerung die Reaktion auf fehlende Wärme, Zuwendung und Liebe? Durch Essensverweigerung erzwingt die Person mit Demenz Aufmerksamkeit und Zuwendung, die sie sonst nicht bekommen würde. Essensverweigerung ist oft als Hilferuf zu verstehen in der Konfrontation mit einer neuen Situation, die für die Person mit Demenz nicht zu bewältigen ist und die die eigene Ohnmacht gegenüber der Situation bewusst macht. Wenn man wie Wierlacher (1997) vorschlägt, die Nahrungsproblematik als „soziales Totalphänomen“ betrachtet, muss noch viel Aufklärungsarbeit in den Heimen stattfinden.

## 7. FÜR und WIDER PEG-Sonde

Die Entscheidung für oder wider eine PEG-Sonde ist so schwierig, da es sich erstens um eine stellvertretende Entscheidung handelt: Was würde die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz jetzt wollen? Was könnte ihr mutmaßlicher Willen sein? Zweitens ist das Thema „Essen“ nicht emotionsfrei. Essen geben/nehmen ist viel mehr als nur Nahrungsaufnahme.

Im Verlauf der progredienten Demenz

- kann zuerst der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz nicht mehr selbständig essen
- bemühen sich Angehörige und Betreuungspersonen Monate bzw. jahrelang mit viel Geduld das Essen einzugeben, gleichzeitig nimmt aber der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz immer weniger zu sich

- verweigert die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz zeitweise das Essen und das Trinken
- bis irgendwann der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz definitiv alles verweigert, sogar die Lieblingsgetränke und Lieblings Speisen, die von Bezugspersonen angeboten werden: Die Lippen bleiben geschlossen, das Gesicht wird weggedreht, die Hand schiebt das Essen weg. Probiert man mit Gewalt das Essen einzugeben, wird es ausgespuckt oder gehortet in den Wangentaschen → Aspirationsgefahr.

Sind Ursachen für die Nahrungsverweigerung wie Obstipation, Schmerz, etc. ausgeschlossen worden, muss in Ruhe überlegt werden: Was könnten die Vor- und Nachteile einer PEG-Sonde aus Sicht der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz sein?

### 7.1 Zentrale Fragen zur Entscheidungsfindung:

Zentrale Fragen zur Entscheidungsfindung sind zum Beispiel die W-Fragen von Dr. Vogel aus Luzern<sup>3</sup>:

**Wer** will die PEG-Sonde: der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz? Die Familie? Das Team? Eine Ernährungs-Sonde darf rechtlich und ethisch nicht gegen den Willen des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz gelegt werden!

**Warum** wird diese Intervention gewünscht? Um die Symptome zu kontrollieren? Zur Nahrungszufuhr? Um etwas zu tun, was konventionell erweise getan wird? Um das Leben zu verlängern?

**Was** sind die Risiken und was sind die Vorteile für diesen speziellen hochbetagten multimorbiden Patienten?

**Wo** wird der hochbetagte multimorbide Patient gepflegt? Schließt eine PEG-Sonde eine Rückkehr nach Hause aus?

**Wann** im Verlaufe der Krankheit wird eine PEG-Sonde in Betracht gezogen?

### 7.2 Weitere Fragen

**Welche** Risiken bestehen beim Anlegen einer PEG-Sonde bei dieser speziellen hochbetagten multimorbiden Person im fortgeschrittenen Stadium der Demenz?

Eine verminderte Überlebenszeit haben:

- hochbetagte multimorbide Patienten über 85
- hochbetagte multimorbide Patienten, die zur Aspiration neigen

---

<sup>3</sup> Siehe auch Kapitel Exsikkose – Dehydratation

- hochbetagte multimorbide Patienten mit Katabolismus
- hochbetagte multimorbide Patienten mit Krebserkrankungen

**Ist** es wahrscheinlich, dass die zugrunde liegende Ess- und Schluckstörung sich verbessert durch die PEG-Sonde? Verschiedene Studien haben darauf hingewiesen, dass mehr als 50 % der hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz, die vor der Anbringung der PEG-Sonde aspirierten, *auch* mit einer PEG-Sonde aspirieren.

**Welche** Prognose kann gestellt werden?

**Was** ist das Ziel der Behandlung? Die Anlage einer PEG-Sonde ändert nichts an der Wahrnehmungsfähigkeit einer hochbetagten multimorbiden Person im fortgeschrittenen Stadium der Demenz: Hat sie vorher ihre Umgebung anscheinend nur mehr auf gezielte Basale Stimulation® wahrgenommen, wird sich das auch mit PEG-Sonde nicht verbessern.

**Wird** das Setzen einer PEG-Sonde eine freiheitsentziehende Maßnahme nach sich ziehen, da die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz versuchen wird, die Sonde herauszuziehen?

### 7.3 Welche Zielsetzung soll die Ernährungstherapie verfolgen?

Die Zielsetzung der Ernährungstherapie ist die Förderung des Wohlbefindens der hochbetagten multimorbiden Person im fortgeschrittenen Stadium der Demenz.

Dies kann nur in Rahmen von

- einer vertrauensvollen Beziehung
- Zuwendung, seelischer, psychologischer und spiritueller Begleitung
- symptomatischer Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Darmträgheit, etc.
- einer ausgezeichneten regelmäßigen Haut- und Mundpflege
- Reduzierung des Infektionsrisikos

erfolgreich sein.

Aufgabe des Betreuungsteams ist es, die Angehörigen zu begleiten, damit sie Schuldgefühle, persönliche Konflikte mit der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz, eigene Wünsche, Ängste, und Wertskalen („Was bedeutet für mich Essen und Trinken?“) erkennen und trennen können vom Wohlbefinden der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz.

Aufgabe des Betreuungsteams ist es auch, klarzustellen, ob es noch offene Fragen gibt, die beantwortet werden müssen, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann.

Das Team muss dafür sorgen, dass Bezugspersonen nicht durch andere Personen unter subtilen Druck gesetzt werden (Erbschaften).

---

Eine einmal begonnene, parenterale oder Sonden-Ernährung kann auch wieder beendet werden. Eine gelegte PEG-Sonde oder ein zentraler Venenzugang zur Medikamentengabe müssen nicht zur Ernährung und Hydratation benutzt werden. Vor jeder Verabreichung von Nahrung muss der Patient gefragt werden, ob er damit einverstanden ist.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat 2005 Empfehlungen zum Umgang mit Ernährungsstörungen bei Demenz herausgegeben.

Die Internetseite [www.nahrungsverweigerung.de](http://www.nahrungsverweigerung.de) von Christian Kolb bietet zusätzliche Informationen.

## ASTHENIE – chronische Müdigkeit – GRANDE FATIGUE

Asthenie, Grande Fatigue und chronische Müdigkeit sind verschiedene Begriffe für ein und dasselbe Symptom. Möglicherweise sollte man hier von „totaler“ Fatigue parallel zu „Total Pain“ sprechen. Die Grande Fatigue ist immer multidimensional zu betrachten. Agnes Glaus beschreibt die Grande Fatigue als einen „Begleiter auf dem Weg des Krankheitsverlaufes“ (in Knipping 2006, S 248). Die Grande Fatigue ist ein Oberbegriff für viele verschiedene Sensationen und Erlebensmanifestationen. Sie ist ein subjektives, negatives Erleben, das die Lebensqualität sehr stark beeinflusst (manchmal sogar mehr als der Schmerz). Die hochbetagten multimorbiden Patienten räumen der Müdigkeit einen sehr hohen Stellenwert ein. Sie hat auch Auswirkungen auf das Intimleben des hochbetagten multimorbiden Patienten. Viele Ärzte glauben nicht an diese Müdigkeit. Sie gilt oft noch als unabdingbare Nebenwirkung des Alters.

### 1. Beschreibung

Die hochbetagten multimorbiden Patienten beschreiben die Grande Fatigue mit verschiedenen Worten wie Schwäche, Energiemangel, Kraftlosigkeit, Konzentrationsmangel, Schläfrigkeit, Erschöpfung, Apathie, „alles ist so anstrengend, sogar das Lesen oder das Telefonieren“, die Unfähigkeit, zu arbeiten, körperliches Unwohlsein, Antriebslosigkeit, Mattigkeit und Depression. Das Erleben der Grande Fatigue wird durch genügend Schlaf und Ruhe nicht verändert.

### 2. Ursachen

- Tumorabbauprodukte, Lebermetastasen
- Kachexie, wobei eine klare Korrelation zwischen Asthenie und Ernährungszustand noch nicht wissenschaftlich erwiesen ist
- Dehydratation
- Infektionen
- Belastung durch Symptome wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Singultus
- Anämie durch chronische Sauerstoffuntersättigung
- Vegetative Nervensystemstörungen

- Depression, psychosoziale Morbidität, kognitive Defizitstörungen aufgrund von Müdigkeit und nicht aufgrund der Demenz
- Metabolische Ursachen
- Die Hypothyreose, die zur Störung des Stoffwechselhaushaltes führt
- Nebenwirkungen von Chemo-, Strahlen-, Immun- und Schmerztherapie: Die Müdigkeit dauert oft noch Tage über den Therapiezeitraum hinaus

### 3. Symptome

Übermäßige Erschöpfung

- Starkes Ruhebedürfnis
- Abgeschlagenheit, Gefühl des Ausgelaugt-Seins, der Schwäche, der Antriebslosigkeit
- Konzentrationsstörungen, Depression aufgrund von Müdigkeit und nicht aufgrund der Demenz oder einer Depression
- Anorexie (das Essen ist zu anstrengend), Übelkeit
- Vernachlässigung der Körperpflege, da sie zu anstrengend ist
- Beinödem, schwere Beine
- Immunschwäche
- Symptomen-Cluster: Schmerz, Müdigkeit und Schlaflosigkeit interagieren sehr wahrscheinlich
- Die permanente Auseinandersetzung mit der Krankheit, den Therapien kostet viel Energie, die für den Alltag einfach fehlt

Alle diese Symptome führen zu

- Freiwilligem, sozialem und emotionalem Rückzug: Das Familienleben wird zur Belastung
- Kachexie und Abbau der Muskelmasse

### 4. Einschätzung

Eine Wahrnehmungsdiskrepanz zwischen Ärzten und Patienten ergibt sich durch die Schwierigkeit, Müdigkeit zu messen. Die Erfassung der chronischen Müdigkeit stützt sich auf die Einschätzung des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz. Nur er kann seine Grande Fatigue beschreiben und über seinen bisherigen Leidensweg berichten. Was bedeutet diese Asthenie konkret für ihn im Rahmen seiner Biografie, Wertskala, Erziehung, Kultur, Grundhaltung, Spiritualität und seiner Einzigartigkeit?

Die Bewertung betrifft: Art, Qualität, Intensität und Auswirkung der chronischen Müdigkeit.

- „Fühlen Sie sich müde?“ Der Patient kann auf einer visuellen Analogskala von 0 (ich fühle mich nicht müde) bis 10 (ich fühle mich total erschöpft) sein Befinden „messen“. Die Analogskala kann vertikal oder horizontal benützt werden.
- „Wie würden Sie ihre Energiereserven jetzt beschreiben?“ Und falls der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz kognitiv noch dazu in der Lage ist: „Wie würden Sie ihre Energiereserven heute im Vergleich zu Gestern einschätzen?“
- Haben sie noch die Kraft, sich selbst zu waschen, zu essen?
- Was ist die wahrscheinlichste Ursache? Ist sie isoliert? Ist sie reversibel, teilreversibel, irreversibel? Wie kann eine Sauerstoffzufuhr die chronische Hypoxie lindern?
- Wie erlebt der hochbetagte multimorbide Patient die Asthenie? Was bedeutet sie für ihn?
- Wann leidet der hochbetagte multimorbide Patient am meisten unter der Asthenie? Gibt es Tagesschwankungen?
- Können Aufgaben delegiert werden?
- Wofür will der hochbetagte multimorbide Patient seine Restenergie nützen? Der Wille und der Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten und nicht der der Pflegenden oder Angehörigen sollen respektiert werden! Möglicherweise braucht die Person mit Demenz mehr Unterstützung bei der Körperpflege, damit sie sich zu Mittag in der Lage fühlt, essen zu können.
- Kann die Physiotherapie, das Baden erst nach dem Mittagessen statt vor dem Mittagessen stattfinden? Die Person mit Demenz ist sonst so müde, dass sie beim Essen einschläft.
- Schläft der hochbetagte multimorbide Patient gut? Wenn nein, warum nicht?
- Braucht der hochbetagte multimorbide Patient für eine bestimmte Tätigkeit kurzfristig mehr Energie („Etwas“ erledigen, erleben)?

Das Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Messsystem in Form eines Fragebogens kann unterstützend verwendet werden, aber es kann nie ein einfühlsames Gespräch ersetzen.

## 5. Nichtmedikamentöse Therapie

- So individuell die Grande Fatigue erlebt wird, so kreativ müssen die Unterstützungsmaßnahmen für den Patienten und dessen Umfeld sein. Das Selbstmanagement kann in vier Hauptrichtungen gefördert werden: Energie sparende, erhaltende und erhöhende Maßnahmen sowie Anpassung der Lebensgestaltung an die verbleibenden Möglichkeiten.
- Haltung der Wertschätzung: „Sie sind trotz ihrer Grande Fatigue sehr wertvoll. Sie sind es mir wert, ihnen zuzuhören, ihnen absichts-

los Zeit zu schenken. Ich lasse mich gerne von Ihnen aufhalten und ändere sogar meine Pläne und Prioritäten.“

- Zulassen: „Ich darf müde sein“: Annahme der Grande Fatigue als Ausdruck der progredienten Multimorbidität.
- Ruhezeiten vereinbaren: Wann sollen Besuche, Therapien, Pflege und Mahlzeiten stattfinden? Anpassung an die eingeschränkten, täglichen Energiereserven und an die Wünsche des hochbetagten multimorbiden Patienten.
- Schlafqualität verbessern: Lärmquellen reduzieren, Basale Stimulation® vor dem Schlafengehen, Entspannungstechniken, Gespräche.
- Kinästhetik: ökonomischer Umgang mit dem eigenen Körper: Bewegung mit geringem Kraftaufwand durchführen, Pausen einkalkulieren, Tätigkeiten umgestalten, damit sie in einer bequemen, nicht so anstrengenden Position durchgeführt werden können.
- Hilfsmittel überlegen, anbieten und deren Einsatz besprechen wie z.B. eine Harnflasche anbieten, um den anstrengenden Weg zur Toilette zu ersparen oder anbieten, im Sitzen zu duschen.
- Daran denken, dass ein Übermaß an Bettruhe das Müdigkeitsgefühl verstärken kann. Einen kleinen Spaziergang oder eine Spazierfahrt im Freien kann besseren Schlaf ermöglichen.
- Aktivitäten anbieten, die die Isolation und Depression durchbrechen können. Diese nach persönlichem Interesse, Fähigkeiten, Ressourcen und Vorlieben des Patienten aussuchen.
- Entspannungstechniken anwenden, um auf andere Gedanken zu kommen.
- Kann die Flüssigkeitsmenge erhöht werden z.B. mit Multivitaminpräparaten, mit einem Aperitif oder einem Bier?

Die kausale, medikamentöse Therapie ist selten möglich. Nur eine symptomatische Therapie kann unter bestimmten Umständen Erleichterung bringen:

- Glukokortikoide: Sie wirken meistens nur zwei bis drei Wochen
- Amphetamine bei Opioid-Asthenie
- Prostagene wirken erst nach drei bis vier Wochen. Sie führen zu einer Appetitzunahme bei Kachexie als Asthenie-Ursache.

# „DEATH RATTLE“ – Todesrasseln

## 1. Ursache

Der Verlust des Schluck- oder Hustenreflexes durch Schwäche führt zur Ansammlung von Speichel und Schleim im Hypopharynx und in der Trachea.

In der Sterbephase sind 60–90 % der Patienten nicht mehr in der Lage, Speichel reflektorisch zu schlucken oder Schleim auszuhusten.

Das Problem des Todesrasselns ist ein Problem der Angehörigen und des Betreuungspersonals. Nach derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen dürfte der Patient selbst vom Todesrasseln nicht beeinträchtigt und belastet werden.

## 2. Symptomatische Therapie

- Ruhe bewahren, *nicht* allein lassen
- Gute, fundierte Information geben
- Die Rasselatmung ist für „Zuschauer“ extrem belastend. Gespräche mit den Angehörigen, den Nachbarpatienten und dem Team, um aufzuklären und dabei zu versuchen, diese dazu zu bringen, ihre Ängste zu artikulieren: „Was macht Ihnen Angst?“ „Was befürchten Sie?“ Den Nachbarpatienten anbieten, ob **sie** verlegt werden wollen (nicht umgekehrt).

## 3. Medikamentöse Therapie

Ziel der medikamentösen Therapie ist es, ein würdevolles, schmerzfreies Sterben zu unterstützen.

- Welche Medikamente sind notwendig? Welche können abgesetzt oder reduziert werden? Welche sollten erhöht werden?
- Wenn eine Rehydrierung bis jetzt stattgefunden hat, könnte sie reduziert oder beendet werden.

- 
- Medikamente wie Atropin, Butylscopolamin, Glycopyrronium, Scopolamin vermindern die Schleimsekretionen und sind zum Teil sedierend.
  - Bei einer terminalen Dyspnoe ist eine Morphin-Gabe mit Re-Evaluation durch den anwesenden Arzt mit oder ohne palliative Sedation hilfreich.
  - Eine Absaugung des Sekrets ist eine unnötige Belastung für den sterbenden Patienten, da das Sekret meistens mit dem Katheter nicht erreicht werden kann. Eine vorsichtige Änderung der Körperlage (Halbseitenlage) kann oft hilfreicher sein.

## DEKUBITUS – Wundliegen

Ein Dekubitus ist eine hervorgerufene trophische Störung von Geweben mit Nekrose, Mazeration und evtl. Infektion (Psychrembel <sup>259</sup>2002). Die Einteilung ergibt sich aus ihren Ursachen und Auswirkungen. So unterteilt man in mechanische, thermische, chemische Wunden und Bestrahlungsschäden. Eine andere Einteilung ist jene in offene und geschlossene Wunden. Offene Wunden sind solche, bei denen die Haut- oder Schleimhautoberfläche zerstört ist. Je nach Tiefe und Ausmaß unterscheidet man oberflächliche, perforierende (alle Hautschichten betreffende) und komplizierte Wunden (beteiligt sind: Haut, Muskel und Knochen).

Der Dekubitus ist die Folge von einer stets wiederkehrenden Problematik: Diese schmerzhaften Hautläsionen sollte man so weit wie möglich vermeiden, jedoch kann nicht einmal eine optimale, vorbeugende Pflege einen Dekubitus immer verhindern,

- da eine ältere, unelastisch gewordene Haut, die zudem schlecht durchblutet ist, keine guten Voraussetzungen bietet
- da Mangel an Eiweiß und/oder Spurenelementen infolge schlechter Ernährung, Kachexie, Exsikkose ebenfalls zu Hautatrophie führen
- da strahlen- und chemotherapeutische Eingriffe oft Sprödheit der Haut nach sich ziehen
- da Nervenkompression die Sensibilität verändert
- da Demenz von jahrelanger Bettlägerigkeit begleitet sein kann
- da man oft nur sehr schwer die Lagerung ändern kann, bzw. nur bestimmte Arten der Lagerung möglich sind
- da Sauerstoffmangel bei Anämie, Hypoxie, Fieber, Hypovolämie die Versorgung des peripheren Gewebes einschränkt

Um diesem hochbetagten multimorbiden Patienten eine patientorientierte Pflege anbieten zu können, werden wir notwendigerweise einen Kompromiss finden müssen zwischen:

- dem Zustand des hochbetagten multimorbiden Patienten (wie lange hat er noch zu leben?)
- dem Bedürfnis des hochbetagten multimorbiden Patienten nach Komfort und Wohlbefinden. Der hochbetagte multimorbide Patient „wohnt“ im Bett. Sein Wohlbefinden und seine Lebensqualität hängen sehr stark von seinen „Wohnmöglichkeiten“ ab.
- und der professionellen Pflgemeinung

Dieser Kompromiss sollte im Team gefunden werden. Nur so kann sich jeder damit identifizieren.

Welche Faktoren sind dabei zu berücksichtigen:

- Wie viel Zeit ist für diesen hochbetagten multimorbiden Patienten notwendig und ist das gegenüber den anderen Patienten vertretbar?
  - Wie viele Pflegende stehen zur Verfügung?
  - Wie viele Patienten sind zu betreuen?
  - Schweregrad der Pflege dieser hochbetagten multimorbiden Patienten?
- Welche Mittel haben wir zur Verfügung?
  - Wie hoch sind der finanzielle Aufwand und die Effizienz dieses Mittels?
- Organisationsabläufe klären: Verbandwechsel, Körperpflege, Wäschewechsel, Lagerung, Physiotherapie

## 1. Planung der Dekubitusprophylaxe

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege schreibt:

*„In der Standardaussage und in Ergebniskriterium 7 wird die Verhinderung eines Dekubitus als zentrales Ziel formuliert, da der Entstehung eines Dekubitus in der Regel entgegengewirkt werden kann. Dennoch ist zu konstatieren, dass dieses Ziel nicht bei allen Personengruppen erreichbar ist. Einschränkungen bestehen für Personengruppen, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen spricht (z. B. bei lebensbedrohlichen Zuständen), eine andere Prioritätensetzung erfordert (Menschen in der Terminalphase ihres Lebens) oder eine Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen verhindert (z. B. gravierende Störungen der Durchblutung, auch unter Einnahme zentralisierender Medikamente) ...“ (DNQP 2002, S 32).*

Genau diese andere Prioritätensetzung (Menschen in der Terminalphase ihres Lebens) gilt für die Dekubitusprophylaxe in der Palliativpflege von hochbetagten multimorbiden Patienten.

- Informationssammlung, Einschätzen von Risikofaktoren. Sind einige dieser Risikofaktoren behandelbar? Gibt es Schonhaltungen; wenn ja, warum?
- Problemformulierung und Lokalisation der Druckstellen: Welche sind die gefährdetsten Stellen bei diesem hochbetagten multimorbiden Patienten? (Körperschema benützen)
- Zielsetzung und Maßnahmen: Soll man kurativ (heilend) oder palliativ (lindernd) pflegen?

### 1.1 Primärmaßnahmen: Präventivpflege hat den Vorrang

- Regelmäßige Hautkontrolle: „Papierhaut“, ausgetrocknete, ödematöse, ... Haut
- Druckentlastung so weit wie möglich
- Mobilisation, Teilmobilisation (trotz Ruhigstellung einer Spontanfraktur), wenn möglich – aktiv oder passiv (Reduzierung von Spastizität einer gelähmten Extremität) durch Physiotherapeut, Ergotherapeut, Atemtherapeut, u. a.
- Welche Matratze, Betteinlage soll verwendet werden? Wird ein Patient in ein Antidekubitusbett gelegt, soll durch Basale Stimulation®, Massagen und Physiotherapie das verminderte Körpergefühl kompensiert werden.
- Wechseln von Verbänden und Einlagen so oft und so sorgfältig wie notwendig und/oder möglich, um dadurch Mazeration und Druckstellen zu verhindern.
- Ausgezeichnete Körperpflege: Nicht reiben, sondern sanft massieren; empfindliche Stellen gut trocknen und mit einem Hautschutz versehen; die Blutzirkulation durch Basale Stimulation®, Massage und Kinästhetik anregen
- Saubere, trockene, weiche Wäsche benützen
- Hilfsmittel wie Fell, Fersenkappen, Bettbögen verwenden
- Lagerungshilfen gezielt einsetzen: Kissen (in verschiedener Füllung, Härtegrad, Form), Keile, Polster, Schaumstoff- oder Gelaufagen, Rollen, etc.
- Falten und Fremdkörper im Bett sorgfältig vermeiden
- Jedes Team soll klare Pflegestandards und Pflegeprotokolle für Hautläsionen erarbeiten (sowohl für saubere als auch für belegte Hautläsionen). Darin sind Pflegebewertung, Personal-, Zeit- und Kostenfaktoren nicht zu vergessen. Jedes Teammitglied hat die vereinbarten Richtlinien zu befolgen, um eine Kontinuität in der Pflege zu erzielen.<sup>1</sup>
- Alle Maßnahmen und deren Verlauf müssen dokumentiert werden.

### 1.2 Sekundärmaßnahmen

- Allgemeine Krankenbeobachtung: Hat der hochbetagte multimorbide Patient Schmerzen?
- Sind sakrale Hautläsionen vorhanden und ist der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz harninkontinent bzw. produziert er sehr viel Harn, soll mit dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz das Für und Wider eines Dauerkatheters überlegt werden? Die Setzung eines Dauerkatheters ist sehr selten die Lösung

---

<sup>1</sup> Siehe auch Kapitel ulzerierende Wunde

des Problems bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz, da der Dauerkatheter mit einem sehr hohen Verlust an Wohlbefinden verbunden ist.

## 2. Grundsätzliches Vorgehen bei Dekubituspflege

- Einfühlsames, sorgfältiges Vorgehen ohne zu zerren oder zu reißen. Zu zweit lagern, möglichst unter Mithilfe des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz
- In Ruhe und mit Zuwendung arbeiten
- Gute Planung jeder pflegerischen Handlung: Der Zeitpunkt und die Planung sollen so festgelegt werden, dass Unterbrechungen möglichst verhindert werden.
  - Was brauche ich?
  - Wie organisiere ich den Ablauf?
  - Wer hilft mir?
  - Welche "Schutzmaßnahmen" sind für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz und für die Pflegeperson zu treffen? (Hilfe durch eine Kollegin einplanen)
- Wo liegen Störfaktoren? (Platz, Licht, Mehrbettzimmer, etc.)
- Den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz informieren (was habe ich vor, warum, etc.) und seine Fragen beantworten. Besonders wenn er verbal nicht mehr kommunizieren kann, muss ich jeden Schritt erklären, eine Adaptationszeit einplanen, damit der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz sich einstellen kann: „Jetzt kommt etwas auf mich zu.“ Durch Rituale kann man die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz, die scheinbar nicht mehr kommunizieren kann, genau informieren: Ein Klang, ein Duft, eine bestimmte Reihenfolge können als Begrüßungs- und Verabschiedungsritual einer unangenehmen/angenehmen Handlung benützt werden. Wird dieses Ritual jedes Mal gleichmäßig benützt und wird dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz eine kurze Adaptionszeit gelassen, so hat er die Möglichkeit, sich auf die Handlung einzustellen und zu agieren. Er muss nicht mehr mit Schreien, Aggression, Angst und kaltem Schweiß reagieren. Er ist nicht mehr der Pflegeperson und dem Unbehagen ausgeliefert.
- **Schmerzmittelgabe** (Tramadol, Metamizol, Morphinum) 30 bis 45 Minuten vor dem Handeln.
- Für den Verbandwechsel können die Kompressen mit physiologischer Kochsalzlösung oder mit 0,2 % wässriger Morphinlösung vorbereitend angefeuchtet werden.
- Bequeme Lagerung des hochbetagten multimorbiden Patienten und Höheneinstellung des Bettes für die Pflegenden.
- Wo und wie muss ich etwas aufbewahren?

- Was ist wie zu dokumentieren: Risikofaktoren, Tiefe des Dekubitus (Dekubitusstadien-Skala), Lokalisation der Druckstellen, Größe, Aussehen, Maßnahmen, die getroffen wurden, Lagerung, Hilfsmittel, Wundversorgung, systemische Therapie. Die bevorzugte Lagerung des hochbetagten multimorbiden Patienten ist auch zu vermerken.

Kompromisse sind nicht allgemein gültig. Sie müssen regelmäßig neu eingeschätzt und wieder bewertet werden, um bei Bedarf geändert zu werden. Nur so können Pflegeziele erreicht werden.

## DELIRIUM – akute Verwirrtheit

Delir = akute Verwirrtheit = akuter Verwirrtheitszustand = organisches Psychosyndrom = Durchgangssyndrom = akuter exogener Reaktionstyp = état confusionnel = acute confusional state

### 1. Definition

Das Delirium als neuropathologisches Syndrom ist

- ein „Verlust der Fähigkeit, mit der üblichen Klarheit zu denken
- ein Geisteszustand,
  - in welchem die Reaktionen auf Umweltstimuli unangemessen sind.
  - in welchem die betroffene Person durcheinander, perplex ist.
  - in welchem die betroffene Person unfähig ist, „sich zu orientieren““. (Frühwald 2007, S 5)
- eine plötzliche Verschlechterung der Aufmerksamkeit und Kognition.

Das Delir ist die häufigste psychische Störung bei betagten multimorbiden Patienten. Fast jeder neue körperliche, seelische, psychische oder soziale Stressfaktor, der das sehr labile Gleichgewicht des hochbetagten multimorbiden Menschen stört, kann zum Delir führen.

### 2. Epidemiologie

- Fast 30 % der betagten multimorbiden Patienten über 70 entwickeln im Lauf einer Spitalaufnahme ein Delir. Liegen sie auf einer Intensivstation oder sind sie in der Terminalphase, dann liegt die Rate bei 70–80 % (Pisani et al. 2003).
- Sie weisen eine um 30 % höhere Mortalität im Lauf einer Spitalaufnahme auf als gleichaltrige hochbetagte multimorbide Patienten ohne Delir und ein höheres Todesrisiko bis zu 2 Jahre nach der Entlassung (Frühwald 2007).
- Das Risiko, während des Aufenthaltes Komplikation zu erleben, ist um das 3–5-fache höher → Verlängerung der Spitalsaufenthaltsdauer → erhöhte Pflegeheimweisung.

Verschlechterung der ATLS → Verlust der Selbstständigkeit und höhere Pflegebedürftigkeit.

### 3. Ursachen

- Risikofaktoren wie Alter, Psychose, Depression, Demenz, Multimorbidität, Polypragmasie, Alkohol- und/oder Medikamentenabusus
- Risikofaktoren: Alle anticholinergen wirksamen Medikamente können ein Delir verursachen!
- Auslöser wie Exsikkose, Elektrolytstörungen, Operationen, Infektionen, Malnutrition, Gehirnhypoxie z.B. durch Insult, akute somatische Geschehen, Schlafentzug, Anämie, Narkose, Intoxikationen, Entzug
- Auslöser wie: Schmerzen, Stress, ungewohnte Umgebung, Verlust der Bezugsperson, Bettlägerigkeit, Sturz, Dauerkatheter, Fixierung, Obstipation, Harnretention, Kälte, Wärme, Verlust von Brillen und/oder Hörgeräten
- Störung des Gleichgewichtes zwischen verschiedenen Neurotransmittern wie Azetylcholin und Dopamin (Trzepacz 2000)

Das Delir als Syndrom entsteht aus einer Summe von Risiken und auslösenden Faktoren. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto weniger auslösende Faktoren sind nötig, um ein Delir zu verursachen.

### 4. Diagnostik

Derzeit erkennen die Pflegepersonen leider nur in 50 % der Fälle ein Delir-Syndrom, was eine Prävention sehr erschwert und unnötige Belastungen für das Personal und besonders für den hochbetagten multimorbiden Patienten nach sich zieht. Hier kann noch keine Rede von „nihil nocere“ sein. Zusätzlich ist die Betreuung von Patienten mit Delir sehr personalintensiv und belastend.

Jeder ältere Patient, der innerhalb von einigen Stunden ein wechselhaftes Verhalten entwickelt, sollte aufmerksam beobachtet werden und die Pflegeperson soll sich bewusst die Frage stellen: Könnte es sein, dass er ein Delir entwickelt?

**Das hypoaktive oder gehemmte Delir** wird fast nie rechtzeitig erkannt, da der hochbetagte multimorbide Patient „unauffällig“ ist: Er bewegt sich nicht, nimmt keinen Kontakt auf und stört nicht. Die Verwirrtheit, die Desorientierung, die Halluzinationen, die Wahnideen zeigen sich erst bei der gezielten, klinischen Untersuchung. 50 % aller Delirerkrankungen sind jedoch ein hypoaktives oder gehemmtes Delir.

Das **hyperaktive oder erregte Delir** fällt schneller auf. Der hochbetagte multimorbide Patient fängt an zu nesteln, aufzustehen, sich herumzuwälzen, zeigt Weglauftendenzen (Poriomanie), ist schreckhaft, labil, irritierbar, unruhig und agitiert. 25 % aller Delirerkrankungen sind ein hyperaktives Delir.

Die **Mischformen** schwanken innerhalb kurzer Zeit von einem Extrem zum anderen.

Für die medizinische Diagnosestellung stehen das DSM-IV-TR und das ICD-10 Kapitel V (F) zur Verfügung. Die Kriterien sind sehr genau, aber nicht unbedingt einfach anzuwenden.

Es ist besonders wichtig, eine Differentialdiagnose zu erstellen, die das Delir von Demenz und dem Korsakow-Syndrom abgrenzt. Es muss auch an aphasische und amnestische Syndrome nach Schlaganfällen oder an eine manische Psychose gedacht werden.

Pflegepersonen haben im Rahmen des Basler Programms für Delirmanagement zwei Screeninginstrumente entwickelt:

- **DOS: Delirium Observatie Screening** Schaal oder Delir-Beobachtungs-Screening-Skala (Schuurmanns 2001). Ziel des Screeninginstruments ist das Erkennen von Risikopatienten und nicht die Diagnosestellung. Hier umfasst die Zielgruppe alle Patienten über 65. Pflegepersonen beobachten im Rahmen ihrer Pflgetätigkeiten diese Patientengruppe und schätzen das Risiko ein. Bisher wurde das DOS nur innerhalb von normalen Stationen getestet. Für Intensiv- und Akutstationen liegen noch keine wissenschaftlichen Daten vor.
- **CAM: Confusion Assessment Method** (Inouye et al. 1990). Die Sensitivität und die Spezifität liegen bei 95 %. Die Anwendung ist einfach. Ziel des Assessmentinstrument ist es, eine Antwort auf die Frage „Liegt ein Delir bei diesem Patienten vor oder nicht?“ zu finden.
- Beide Screeninginstrumente wurden mittlerweile ins Deutsche übersetzt. Sie sind aber nur bei sehr gut geschultem Personal einsetzbar und können als Unterstützung gesehen werden. Sie können aber eine wertschätzende und genaue Beobachtung des Pflegepersonals *nie* ersetzen.

## 5. Delirmanagement

Das Delirmanagement basiert auf der Prävention und der Früherkennung der Erkrankung, damit frühzeitig Maßnahmen getroffen werden können, bevor das Vollbild des Delirs sich entwickeln kann.

## 5.1 Warnzeichen kennen und erkennen

Risikofaktoren und auslösende Faktoren begutachten: Wer ist bedroht?

- Fluktuierende Störung des Gedächtnisses
- Örtliche, zeitliche, situative Desorientierung, passagere Halluzinationen, Illusionen, Verkennungen
- Vigilanzstörung, Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen, lebhafte Träume, Alpträume
- Fluktuierende Aktivität, Nervosität, Unruhe
- Akuter Beginn, Dauer weniger als ein Monat
- → CAM

## 5.2 Beziehung aufbauen

- Vertrauen aufbauen: Der Patient fühlt sich erwünscht.
- Kommunikation: Der Patient kann seine Gefühle verbal und nonverbal ausdrücken.
- Kommunikation: Der Patient fühlt sich nicht einsam und muss nicht in seine Vergangenheit fliehen.
- Adaptationszeit einkalkulieren: Der Patient kann sich einstellen und aktiv unterstützen, anstatt nur zu reagieren und passiv zu sein.
- Hilfe anbieten, ohne zu bemuttern: Der Patient fühlt sich mit seinen Ressourcen wahrgenommen.
- Patientenorientiert arbeiten: Autonomie und Selbstständigkeit unterstützend; Intimsphäre bewahrend; Tagesstrukturen, die die Patienten kennen und Orientierung anbieten.
- Ernst nehmen: Der Patient fühlt sich respektiert und nicht ausgelacht oder dumm.
- Vermeidung von Einengung oder Fixierung, die nur zur Gegenwehr und Aggression führen.
- Unruhe kann nur mit Ruhe begegnet werden. Umso gereizter die Pflegeperson ist, umso mehr wird der Patient jegliche Pflege, Therapie und Essen ablehnen.

## 5.3 Therapie

- Die beste Medizin ist eine gute zwischenmenschliche, vertrauensvolle Beziehung.
- Kausale Therapie, so weit es möglich ist: Antibiotikatherapie, Ausgleich einer Exsikkose, Malnutrition, Reduktion der Medikamentenzahl, Gabe von Azetylcholinesterasehemmern
- Pflegerische Maßnahmen: Ruhe, Validation nach Naomi Feil®, ruhige, helle Räume mit Orientierungshilfen wie großen Uhren, funktionierenden Hörgeräten und geputzten Brillen, Angehörige als Ressource wahrnehmen, ruhige Atmosphäre ohne permanent laufendes TV und Radio, Toilettentraining

- Symptomatische Therapie: z.B. Sitzwache anstatt Fixierung, Ablenkung, Beschäftigung, persönliche Gegenstände. Erst dann, wenn es nötig ist, mit der medikamentösen Sedierung mit niedriger Dosierung beginnen → optimale Titrierung. Sie soll nur vorübergehend gegeben werden: So kurz wie möglich, nur so lang wie notwendig.
- Alle drei Aspekte müssen parallel laufen, um nicht einen Aspekt zu übersehen → Multiprofessionalität.

Die beste Delirtherapie ist die Schulung des Personals,

- damit sie die menschlichen und fachlichen Kompetenzen erwerben,
- die ihnen ermöglicht, aktiv ein Delirmanagement in ihr Setting zu implementieren: aktive Prävention, bewusste Früherkennung und gezielte Frühtherapie,
- die die Anzahl von Delir-Vollbildern verringert, die für alle Beteiligten sehr belastend sind und viel Kosten verursachen.

## DIARRHOE – Durchfall – Stuhlinkontinenz

Die Stuhlinkontinenz (als unwillkürlicher Abgang von Stuhl) bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz ist der häufigste Grund für die Einweisung in eine stationäre Langzeiteinrichtung. Die pflegenden Angehörigen sind emotional und physisch überfordert. Der Besuch von der Hauskrankenpflege, auch dreimal am Tag, kann diese Last nicht lindern. Kaum war die professionelle Pflegerin da, ist der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz wieder verunreinigt bzw. „beschmiert“.

In Langzeiteinrichtungen weisen fast 50 % der hochbetagten multimorbiden Patienten Stuhlinkontinenz-Episoden auf.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Diarrhoe und Stuhlinkontinenz muss stattfinden.

### 1. Ursachen für Stuhlinkontinenz

- Störung der rektalen Entleerungsreflexe
- Störung der Stimulation der Darmperistaltik
- Anatomische Änderungen im anorektalen oder im Beckenbodenbereich
- Störung im autonomen, parasymphatischen und zerebralen Steuerungssystem
- Störung des willkürlichen Musculus sphincter ani externus und/oder der Musculus puborectalis
- Verminderung der Reservoirfunktion der Rektumampulle
- Neurologische Erkrankungen (Demenz, Diabetes mellitus, Insult, etc.)
- Nicht erkannte Koprostatose.

### 2. Ursachen für Durchfall

- Die häufigste Ursache ist eine Verstopfung: paradoxe Diarrhoe!
- Durch eine starke Ausdehnung des Rektums kann der Schließmuskel seine Funktion nicht mehr wahrnehmen.

- Weitere Gründe für Durchfall bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz sind funktionelle Störungen durch Stress, Angst, Nervosität, Panik, Überforderung, Überreizung, psychisches, seelisches und spirituelles Unbehagen.
- Medikamentennebenwirkungen wie erfolgreich eingesetzte Opioide, Cholestyramin (bei Juckreiz), Eisenpräparate, orale Antibiotika oder Antidiabetika, Diuretika, magnesiumhaltige Antazida, NRSA, Zytostatikatherapie, Digitalis
- Enterale Sondenernährung: Schlecht liegende Sonde, zu rasch verabreichte oder zu kalte Sondenernährung, Unverträglichkeit (Zusammensetzung, Osmolarität). Diarrhoe ist die häufigste Nebenwirkung der Sonderernährung.<sup>1</sup>
- Malabsorption bei Magen-, Kolon- oder Ileumresektion, bei Verschlussikterus mit und ohne Steatorrhoe
- Folgen von Strahlentherapie im Bereich des Magen-Darm-Traktes
- Magen-Darm-Tumore oder Blasen-Darm-Fistel
- Opportunistische Magen-Darm-Infektionen, besonders bei immungeschwächten Patienten
- Schamgefühle, Hilflosigkeit und Ekel
- Entzündliche Darmerkrankungen, Kurzdarmsyndrome
- Chronischer Laxantien-Abusus

### 3. Stuhlanamnese<sup>2</sup>

- Durchführung eines geriatrischen Assessments
- Durchfall: seit wann? Allmähliche oder plötzliche Änderung?
- Häufigkeit (realer oder subjektiver Durchfall)
- Konsistenz, Farbe: Medikamente können die Färbung des Stuhles verändern
- Beimengungen von Schleim, Blut
- Durchfall mit oder ohne Krämpfe/n
- Auskultation der Darmgeräusche (Subileuszustand?), klinische Untersuchung des Abdomens, rektale Untersuchung mit Stuhlprobe und Labor (Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte)

Weiters:

- Hautzustand: Brennen, Juckreiz, Fissur, Dekubitus
- Welche Medikamente nimmt der hochbetagte multimorbide Patient? Sind neue dazugekommen?
- Auswirkungen des Durchfalls auf den Allgemeinzustand: Dehydratation, Elektrolytverlust, Mangelernährung, Immunschwäche, Grande Fatigue

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel PEG-Sonde

<sup>2</sup> Siehe auch Kapitel „Zu vermeidende Opioid-Nebenwirkungen“ Punkt 13.1

- Auswirkungen auf die Lebensqualität: Appetitlosigkeit, Schwäche, zeitliche und soziale Einschränkungen

Da die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz das Unbehagen, die Krämpfe und Schmerzen im Abdomen oft verbal nicht äußern kann, wird sie versuchen, durch herausforderndes Verhalten die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.

## 4. Nicht-medikamentöse Therapie

- Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Stressforschung ist, dass gegen seelischen und körperlichen Stress eine gute zwischenmenschliche, vertrauensvolle Beziehung die beste Medizin ist. Diese Therapie kostet nichts und kann immer eingesetzt werden, um Ursachen des Durchfalles wie Stress, Angst, Nervosität, Panik, Überforderung, Überreizung, psychisches, seelisches und spirituelles Unbehagen zu beseitigen.
- Absetzen von allen Laxanzien für drei Tage
- Manueller rektaler Tastbefund und manuelle Ausräumung,<sup>3</sup> wenn notwendig
- Diät: kleine, leichte Mahlzeiten, Cola-Soletti-Diät, geriebener Apfel, gekochte Karotten, Bitterschokolade, pektinreiche Kost, Reischleimsuppe. Dabei sollten die Vorlieben und Abneigungen des hochbetagten multimorbiden Patienten respektiert werden. Absetzen aller Milchprodukte. Keine scharfen, fettreichen Speisen. Viel Flüssigkeit in Form von Bouillon, Wasser und russischem Tee bereitstellen.
- Beeinflussung der Stuhlkonsistenz: Ein festerer Stuhl kann oft besser gespürt und zurückgehalten werden als ein wässriger Stuhl. Die Stuhlkonsistenz kann möglicherweise durch faserreiche Kost beeinflusst werden, sonst durch darmmotilitätshemmende Substanzen.
- Versuchsweise: Backhefe-Kapseln mit viel Flüssigkeit, getrocknete Heidelbeeren zum Kauen anbieten
- Verwenden von geruchsbindenden, hautschonenden, saugfähigen Einlagen
- Ein konsequent durchgeführter, geregelter Toilettengang führt durch die Vermeidung von zwischenzeitlichen unfreiwilligen Stuhl- abgängen zu einer Reduktion der Inkontinenzepisode. Eine „Konditionierung“ der regelmäßigen Stuhlentleerung kann durch die gezielte zeitliche Gabe von Suppositorien oder Mikroklysmen eingeleitet werden. Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz wird in seiner Lebensqualität stark unterstützt, da er dieser sich wiederholenden, negativen Erfahrung der Scham nicht mehr hilflos ausgelie-

<sup>3</sup> Siehe Kapitel Obstipation/Verstopfung

fert ist. Er bekommt wieder ein Stück Kontrolle in die Hand. Parallel dazu ist es eine große Entlastung für die Pflegenden.

- Ausreichende, schonende Intimpflege nach *jedem* Stuhlgang. Nach jeder Intimpflege den Analbereich mit wasserabweisender, zinkhaltiger Salbe abdecken. Analpflege mit Mandel- oder Olivenöl.
- Bei massivem Durchfall kann der Stuhl über ein Darmrohr mit Beutelsystem abgefangen werden, besonders dann, wenn die Lagerungen schmerzhaft sind.
- Das Zimmer soll gut gelüftet werden. Auf Wunsch kann eine Aromalampe aufgestellt werden.
- Naturjoghurt und Bene Fiber® helfen beim Wiederaufbau der zerstörten Darmflora.

## 5. Medikamentöse Therapie bei akutem Durchfall

- Loperamid HCl: Dieses Medikament hat einen schnellen Wirkungseintritt. Sobald eine Normalisierung des Stuhlganges erreicht ist, sollte die Dosierung schrittweise reduziert werden, da sonst die Gefahr der Verstopfung besteht.
- Kodeinphosphat. Achtung: Es führt sehr rasch zur Stuhleindickung! Deshalb sofort absetzen, wenn sich die Stuhlkonsistenz normalisiert.
- Morphin HCl per os oder subkutan
- Medizinische Kohle und Kaolin sind wirksam, werden aber von hochbetagten multimorbiden Patienten nicht gern genommen.
- Octreotid hat eine Wechselwirkung mit Cimetidin (H<sub>2</sub>-Rezeptoren-Blocker) oder Antidiabetika, Insulin (durch die Hemmung der Sekretion von Peptidhormonen des gastro-entero-pankreatischen endokrinen Systems). Bei Gabe von Octreotid subkutan soll man auf die Temperatur der Lösung achten: Zimmertemperatur. Dadurch werden lokale Reaktionen vermindert.
- Bei strahlenverursachter Diarrhoe helfen Azetylsalizylsäure und Hydrokortison. Der Nachteil ist die Gefahr, Blutungen zu übersehen.
- Steatorrhoe (Fettstuhl) kann leicht mit Pankreas-Extrakten behandelt werden. Nachteil: Häufig Übelkeit und Appetitlosigkeit. Besonders zu Hause wird die schwer zu reinigende Wäsche zum Problem.

## DYSPHAGIE – Schluckstörung

Der Schluckvorgang ist ein äußerst komplizierter Akt. Es sind mehr als 50 Muskelfunktionsgruppen und neun Nerven daran beteiligt. Das orofaziale System ist zuständig für das Atmen, Saugen, Kauen, Schlucken, Riechen, Schmecken, aber ebenso für die Stimme, die Artikulation und die Mimik. Wir schlucken zwischen 600 und 2000 Mal pro Tag (Friedrich 2002, S 439ff). Der Kehlkopf nimmt die besondere Funktion der Kreuzung zwischen Atemwegen und Nahrungswegen an.

Normalerweise findet das Schlucken in zwei Etappen statt.

- Erste Etappe: bewusstes Hinunterschlucken der Nahrung.
- Zweite Etappe: unbewusster peristaltischer Ösophagusreflex.

Als Dysphagie bezeichnet man jede pathologische Störung des Schluckvorganges.

Die hochbetagten multimorbiden Patienten beklagen,

- dass sie nur winzige Mengen schlucken können;
- dass sie häufig auch Schmerzen (Odynophagie), ein Globusgefühl oder Sodbrennen beim Schlucken spüren;
- dass sie große Angst vor dem Schlucken und zusätzlich Angst haben, zu ersticken: „Es bleibt mir im Hals stecken!“;
- dass sie sozial isoliert sind: „Ich bin ein armer Schlucker!“;
- dass die Nahrung aus dem Mund rinnt (Drooling);
- dass sie kauen und kauen und kauen, ohne schlucken zu können: Die Retention ist die Ansammlung von Bolus in der Mundhöhle (Nahrung + Speichel = Bolus);
- dass Nahrung aus der Nase rinnt. Die nasale Regurgitation ist der Rückfluss und das Eindringen von Bolus in den Nasopharynx. Sie ist nicht nur sehr unangenehm, sondern kann auch sehr schmerzhaft sein.

### 1. Häufigkeit

Die Dysphagie nimmt mit dem Alter zu und ist ein unterschätztes menschliches und ökonomisches Problem.

- 50 bis 60 % der hochbetagten multimorbiden Patienten einer Langzeiteinrichtung haben Schluckstörungen.
- Die Dysphagie verursacht bei 87 % der hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz Essprobleme wie Mangelernährung.
- Die häufigste Komplikation einer neurologisch bedingten Schluckstörung ist die Aspirationspneumonie. Die Aspirationspneumonie ist die vierthäufigste Todesursache bei hochbetagten multimorbiden Patienten über 65. In 40 % der Fälle sind es stille Aspirationen. Eine Aspiration ist das Eindringen von Substanzen in die Luftröhre oder in die Lungen durch das Einatmen. Bei fehlendem Hustenreflex kommt es zu leiser oder stiller Aspiration, die erst durch Hypoxie, Dyspnoe oder Pneumonie erkennbar wird. Eine Pneumonie, die durch Aspiration von Magensaft verursacht wurde, wird als akute Aspirationspneumonie oder Mendelson-Syndrom bezeichnet und führt zur Schädigung der alveolokapillären Membran.

## 2. Hinweise auf Dysphagie

Die Symptomatik muss keineswegs sehr ausgeprägt sein. Es sind meistens nur kleine Hinweise, denen die Pflegepersonen Aufmerksamkeit schenken **müssen**.

### 2.1 Direkte Zeichen

- Retention, Drooling, Regurgitation
- Leaking, laryngeale Penetration
- Die Nahrungsaufnahme dauert extrem lang
- Odynophagie und Angst vor dem Schlucken. Beide können zu einer gezielten Nahrungsaufnahmeverweigerung führen.
- Gemischte Konsistenzen verursachen Hustenanfall: z. B. klare Suppe mit Frittaten, Buchstaben oder Gemüsestücken
- Schwierigkeiten bei bestimmten Konsistenzen – ein Schluckversuch kann manchmal Klarheit über die Dysphagieursache bringen: Wird flüssige Nahrung besser geschluckt als feste, dann dürfte eine mechanische Ursache vorhanden sein. Wird ein Hustenreiz beim Schlucken ausgelöst, könnte eine Fistel die Ursache sein.
- Ausspucken von Nahrung, die nicht geschluckt werden kann. Das Ausspucken hat nichts mit Aggression oder Bösartigkeit zu tun. Es ist eine Notwendigkeit, um nicht zu ersticken!
- Die Nahrung bleibt im Hals oder im Mund buchstäblich stecken.
- Hochbetagte multimorbide Personen mit frontotemporaler Demenz oder oraler Enthemmung essen nicht, sie „schlingen“ durcheinander, wahllos und hastig. Sie haben dadurch ein erhöhtes Risiko für Boluszwischenfälle.

## 2.2 Indirekte Zeichen:

- Gewichtsabnahme
- Nahrungsverweigerung
- Vermehrtes Husten mit einer verstärkten Verschleimung
- Plötzliche Veränderung der Stimme mit und ohne Schwierigkeiten beim Reden
- Der hochbetagte multimorbide Patient spricht von einem Fremdkörpergefühl im Hals
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz, der nicht mehr verbal kommunizieren kann, versucht durch herausforderndes Verhalten auf seine Lage aufmerksam zu machen
- Vermehrtes Aufstoßen mit und ohne Sodbrennen

## 3. Therapie

### An erster Stelle stets gründliche Mundinspektion!

Eine genaue Schluckanamnese ermöglicht es, für jeden hochbetagten multimorbiden Patienten mit und ohne Demenz ein maßgeschneidertes Therapiekonzept zu erstellen. Das Ziel muss einerseits sein, eine chronische Mangelernährung aufgrund von Dysphagie und andererseits eine akute Aspirationspneumonie zu verhindern.

Die Therapie und Begleitung von hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz erfordert viel Zeit und Geduld.

- Auf jeden Fall:
  - Eine vertrauensvolle Beziehung
  - Ausgezeichnete Mundpflege<sup>1</sup>
  - Zuhören und begleiten
  - Anwendung von Basaler Stimulation®, um einerseits den Schluckreflex zu unterstützen und andererseits eine Atmosphäre zu gestalten, die dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz überhaupt die Chance lässt, in Ruhe zu essen.
  - Weiche, verflüssigte Nahrung kann manchmal leichter geschluckt werden, nachdem der Patient ein Glas Mineralwasser, Limonade oder warmes Wasser mit einem Esslöffel Honig getrunken hat.
  - Das Trinken mit einem Strohhalm verhindert die Reklination des Kopfes
  - Vermeiden von scharfem, hartem und trockenem Essen
  - Eindicken von Speisen

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

- Angereicherte Nahrung mit Schlagobers oder Eis wird oft gern angenommen<sup>2</sup>
- Sehr wichtig: Die Speisen müssen eine gleichmäßige Konsistenz haben; z. B. sind klare Suppen mit Einlagen unbedingt zu vermeiden.
- Von größter Bedeutung ist die Körperhaltung *während* der Nahrungsaufnahme und Medikamentengabe, um Luft-Schlucken zu vermeiden und *nach* den Mahlzeiten, um einem Reflux vorzubeugen.

Bei hochbetagten multimorbiden Personen mit frontotemporaler Demenz oder oraler Enthemmung muss das Pflegepersonal darauf achten, dass diese Patienten nur passierte Nahrung zu sich nehmen und dies nur unter Aufsicht.

Neuromuskuläre Störungen: Wenn das IX. oder X. Hirnnervenpaar betroffen ist, sind die peristaltischen Bewegungen gestört. Die Dysphagie ist nicht so progressiv und meistens nicht vollständig. Man kann öfter kleine Mahlzeiten anbieten und nach der richtigen Konsistenz der Nahrung suchen. Das erfordert sehr viel Geduld, eine ausgezeichnete Beobachtung und einfühlsame Begleitung. Unter Einbeziehung einer Diätassistentin und/oder einer Logopädin können oft individuelle Lösungen gefunden werden.

Die Dysphagie bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz fordert die Pflegeperson hinsichtlich aller ihrer Kompetenzen. Es gehört zu ihrer genuinen Aufgabe, das Essen zu verabreichen. Diese Tätigkeit sollte nicht ohne weiteres delegiert werden. Sie ist noch dazu eine wunderbare Möglichkeit, sich Zeit für eine vertrauensvolle Beziehung zu nehmen. Während des Mittagssessens können viele Grundbedürfnisse des hochbetagten multimorbiden Patienten gedeckt werden, wie Bedürfnis nach Geborgenheit und Sicherheit, Bedürfnis nach Kontrolle, Selbstbestimmung und Autonomie, Bedürfnis nach Wertschätzung, Respekt und Anerkennung, Bedürfnis nach Wohlbefinden, Humor und Lebensqualität. Die Zeit, welche die Pflegeperson hier investiert, wird durch eine Verminderung von herausforderndem Verhalten, durch guten Ernährungszustand und durch Ausgeglichenheit belohnt.



#### 4. Im Notfall bei Bolusobstruktion in den Luftwegen

- Ruhe bewahren
- Zum Abhusten auffordern
- Unterstützung des aktiven Abhustens durch Lagerung des Oberkörpers über die Tischkante oder einen stabilen Sessel

<sup>2</sup> Siehe Kapitel über Kachexie

- Als letzte Möglichkeit Heimlich-Handgriff anwenden
  - Bei bewussten hochbetagten multimorbiden Patienten: Die Pflegeperson umfasst von hinten den Patienten; sie verschränkt die Hände im Epigastrium. Es erfolgen ein oder mehrere ruckartige, kräftige, schräg nach oben durchgeführte Druckstöße in Richtung Zwerchfell.
  - Bei bewusstlosen hochbetagten multimorbiden Patienten: Die Pflegeperson kniet mit gespreizten Beinen über dem liegenden Patienten; sie setzt ihre übereinander gelegten Hände im Epigastrium auf und drückt einmal heftig in Richtung Zwerchfell.
  - Gefahr: Verletzung der inneren Organe und Regurgitation → eine klinische Nachuntersuchung ist verpflichtend.

## EXSIKKOSE – Dehydratation

Pflegediagnose: „Flüssigkeitsdefizit“

„Dehydratation muss behandelt werden.“ Nach diesem Prinzip werden Sterbende und hochbetagte multimorbide Personen mit Demenz oft heute noch „gequält“. Mehr und mehr Untersuchungen beweisen eindeutig, dass routinemäßig durchgeführte künstliche Rehydratation bei Sterbenden und bei hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz nicht in jedem Fall sinnvoll ist und sogar eine Reihe von Komplikationen wie z. B. Volumenüberlastung nach sich ziehen kann. Überdies kann die Dehydratation für den Sterbenden unter Umständen Vorteile haben (siehe unten).

Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz soll bekommen, worauf er Lust hat: und zwar appetitlich zubereitet und liebevoll verabreicht; nicht mehr und nicht weniger. Dies bedeutet u. a., dass das Glas erreichbar, tragbar, haltbar sein soll und nicht unerreichbar auf dem Tisch stehen oder so voll sein soll, dass der hochbetagte multimorbide Patient es nicht heben kann, ohne sich dabei anzuschütten!

Leider wird das Verabreichen einer Infusion mit ärztlicher Behandlung und pflegerischer Zuwendung gleichgesetzt, das Unterlassen hingegen mit Vernachlässigung. Die Rehydratation um jeden Preis ist oft ein Zeichen der Hilflosigkeit der Helfer, wenn sie „nichts mehr tun können“. Angehörige drängen zu einem Therapieversuch, oft aus unverarbeiteten, unbewussten Schuldgefühlen heraus, „das ist einen Versuch wert“, man soll „nichts unversucht lassen“. Aber auch weil manche Angehörige das Gefühl haben: „Meiner Mutter wollen die Ärzte keine Infusion mehr geben, weil sie Demenz hat. Wäre sie nicht dement, würden sie sofort etwas tun.“

Wichtig sind in diesem Moment der Wille (Selbstbestimmungsrecht) und das Empfinden der hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz. Während bei akuter Dehydratation ein unstillbares Durstgefühl als Folge einer ausgeprägten Natriämie auftritt, bewirkt die langsame Dehydratation in erster Linie Mundtrockenheit.

Bei Schwerkranken ist die verminderte Aufnahme von Flüssigkeit unter Umständen im Rahmen des Rückzugs aus den Lebensaktivitäten normal. Die biologisch-physiologische Dehydratation ist Teil des Abschieds- und Sterbeprozesses. Eine Rehydratation würde der hochbe-

tagten multimorbiden Person mit Demenz mehr schaden als nützen. Eine massive Flüssigkeitszufuhr in der letzten Phase des Lebens kann aufgrund von physiologischen Vorgängen nicht mehr verarbeitet werden. Dies führt zu Flüssigkeitsdepots in verschiedenen Organen.

## 1. Ursachen

Flüssigkeitsverlust durch

- Diarrhoe, Blutungen, Erbrechen, Fisteln
- erhöhte Harnproduktion während der Bettlägerigkeit
- Hyperhydrose, Hypersalivation, Aszites, Fieber
- Medikamentennebenwirkungen (Diuretika!) und Polypragmasie
- Ileus
- Anorexie, Kachexie, Grande Fatigue, Verwirrtheit, Mangelernährung
- erhöhte Umgebungstemperatur (die Person mit Demenz wird im Garten in der Sonne „vergessen“)

## 2. Symptome der Dehydratation

- Dunkler Harn
- Unruhe, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit
- chronische Obstipation
- Hypotonie (immer im Vergleich mit normalen Werten des hochbetagten multimorbiden Patienten)
- Kopfschmerzen, Schwindel
- Trockene Haut und Schleimhäute, verminderte Speichelproduktion und dadurch Appetitlosigkeit
- Müdigkeit und Schwächegefühl können zu Erhöhung der Sturzgefahr führen.

## 3. Die Vorteile der Dehydratation in der Sterbephase sind

- Weniger Urinproduktion. Der mühsame, anstrengende, oft als erniedrigend empfundene Toilettengang wird seltener. Der hochbetagte multimorbide Patient braucht die Bettschüssel weniger, das bedeutet weniger Schmerzen beim Heben, Sitzen und Drehen. Es ist kein störender Dauerkatheter nötig. Die geringe Urinmenge kann eventuell nach Übereinkommen mit dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit einer Einlage aufgefangen werden. Die Pflege – besonders zu Hause – wird einfacher.

- Die Bildung von Flüssigkeit im Magen-Darm-Trakt wird reduziert. Der hochbetagte multimorbide Patient erbricht weniger, vor allem wenn er einen Subileus oder Ileus hat.
- Es werden weniger Rachen- und Bronchialsekrete gebildet. Die Tortur des Absaugens ist nicht notwendig. Das „Todesrasseln“ bzw. die Gefahr der Atemnot durch Lungenödem ist geringer oder verschwunden.
- Weniger Flüssigkeitsansammlung in den Beinen, weniger Aszites und Tumorödeme führen zu einer Linderung der Beschwerden.
- Schläfrigkeit, weniger Unruhe
- Weniger Darmmotilität, Erbrechen und Übelkeit
- Natürliche Analgesie durch Ausschüttung von Endorphinen und durch die Hungerketose
- Dehydratation als gezielte therapeutische Intervention.

#### 4. Mögliche Folgen der Dehydratation

- Gesteigerte Dekubitusgefahr<sup>1</sup> durch Abnahme des Hautturgors
- Mundtrockenheit, die Zunge „klebt“, Beigeschmack im Mund; Durstgefühl und Mundtrockenheit dürfen nicht gleichgesetzt werden. Wobei man nicht vergessen darf, dass eine Flüssigkeitszufuhr die Mundtrockenheit nicht bessert. Eine Mundtrockenheit kann nur durch eine ausgezeichnete individuelle Mundpflege gelindert werden. Die Mundtrockenheit verursacht Appetitlosigkeit, aber nicht Dehydratation.
- Manchmal treten Fieber und Kopfschmerzen auf
- Muskelkrämpfe durch Störung des Elektrolythaushalts
- Medikamentenakkumulation durch Niereninsuffizienz
- Obstipation und eventuell zäher, trockener Schleim
- Bewusstseinstörungen, Orthostase-Syndrom, Lethargie und Schwäche, Grande Fatigue
- Rastlosigkeit und Verwirrtheit: Hier ist es schwer zu beurteilen, welche Rolle die Dehydratation und welche die Angst vor dem Tod spielt.
- Erhöhte Unsicherheit der Angehörigen und im Team
- Höherer Pflegeaufwand: intensivere Mundhygiene und Dekubitusprophylaxe

Diese Probleme können so belastend für den hochbetagten multimorbiden Patienten sein, dass sie zur Indikation für eine kurzfristige, gezielte, therapeutische, subkutane Rehydratation werden.

Es ist wichtig, zwischen akuter Dehydratation, die durch Durchfall, Blutung, Erbrechen verursacht wird und langsamer Dehydratation in der

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Dekubitus

Phase der fortschreitenden Demenz und Multimorbidität zu unterscheiden. Neben dem verminderten Durstgefühl verringert sich im Alter die Körperflüssigkeit bei gleichzeitiger Zunahme des Fettanteils. Das Risiko der Dehydratation steigt mit der Zunahme der Multimorbidität.

## 5. Pflege

Der Gefahr der Dehydratation kann nur durch eine verständnisvolle, vertrauensvolle, respektvolle und geduldvolle Pflege begegnet werden. Das wiederholte Darreichen von Flüssigkeit ist eine genuine Aufgabe der person-zentrierten Pflege. Diese mitmenschliche Zuwendung lässt sich nicht durch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr ersetzen. Eine vertrauensvolle Beziehung und Zuwendung kann meistens die Dehydratation verhindern. Die nicht-künstliche Rehydratationstherapie bedeutet einen maximalen Aufwand an pflegerischer und ärztlicher Betreuung. Behandlung der Angst, gute Titrierung der Schmerztherapie, längere Anwesenheit am Krankenbett, das Eingehen auf die Wünsche des hochbetagten multimorbiden Patienten, Betreuung der Angehörigen und Loslassen sind erforderlich. All das kann sehr zeitaufwändig und emotional sehr belastend sein. Es muss gründlich erhoben werden, ob das gesamte Team, einschließlich des hochbetagten multimorbiden Patienten und seiner Angehörigen, dazu bereit sind. Vor- und Nachteile der Rehydratation müssen genau durchbesprochen werden: realistisch, objektiv und mit möglichst wenigen unkontrollierbaren, emotionalen Elementen vonseiten der Pflegenden. Die Angehörigen brauchen angesichts des Fortschreitens der Multimorbidität und der Demenz volle Unterstützung. Sie werden zeitweise in Gewissenskonflikte kommen, besonders wenn liebevolle Nachbarn gut gemeinte Ratschläge geben. Pflegenden sollten den Angehörigen zeigen, was sie noch alles für ihren hochbetagten multimorbiden Patient mit Demenz tun können: Mundpflege, persönliche Zuwendung, Berührung, Sprechen in kurzen, einfachen Sätzen und Da-Sein.

Die meisten Sterbenden können bis vor ihrem Tod kleine Schlucke zu sich nehmen bzw. durch Körpersprache äußern, ob sie Durst haben oder nicht: Mund öffnen, Lippen fest zuhalten, Kopf wegdrehen, etc.

Die Terminalphase lässt sich bei geriatrischen hochbetagten multimorbiden Patienten oft nur unklar zeitlich abgrenzen. Jede akute Erkrankung kann die terminale Phase einleiten. Oft geschieht dies durch eine Pneumonie.



## 6. Entscheidungshilfe: die W-Fragen von Dr. Vogel, Luzern

**Wer** will die Rehydratation? Der Patient? Die Familie? Das Team?

**Warum** wird diese Intervention gewünscht? Um die Symptome zu kontrollieren? Um Nahrung zuzuführen? Um etwas zu tun, was konventionellerweise getan wird? Um das Leben zu verlängern?

**Welche** Risiken gibt es und welche sind die Vorteile für diesen speziellen hochbetagten multimorbiden Patienten?

**Wo** wird der hochbetagte multimorbide Patient gepflegt? Schließt eine Rehydratation eine Rückkehr nach Hause aus?

**Wann** im Verlaufe der Krankheit wird eine Rehydratation in Betracht gezogen?

**Weitere Fragen:**

**Welche** Prognose kann gestellt werden?

**Was** ist das Ziel der Behandlung?

Bei Verwirrtheit, Muskelkrämpfen oder Medikamentenakkumulation kann eine subkutane Rehydratation (Hypodermoclysis) von 500 ml NaCl phys. über 24 Stunden versucht werden. Nach 24 Stunden soll eine neuerliche Begutachtung stattfinden: Hat die Indikation etwas gebracht?

# Harnwegssymptome

## 1. Physiologie der Miktion (des Harnlassens)

Der Miktionsreflex ist ein autonomer Reflex, der – durch Erlernen – der willkürlichen Inhibition durch den Stirnlappen des Palliums unterstellt ist. Die Harninkontinenz wird einfach mit zunehmender Multimorbidität und zunehmendem Alter häufiger. Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz schämt sich sehr lang für das Missgeschick. Er traut sich nicht mehr wegzugehen, an Veranstaltungen teilzunehmen: „Es könnte jederzeit etwas passieren.“ Leidet der hochbetagte multimorbide Patient noch an einer Geruchstörung, wird er möglicherweise einen Reinheitszwang haben und wird immer wieder die Frage stellen: „Merkt man etwas?“, „Rieche ich?“. Diese Angst wird ihn verfolgen bei allen Tätigkeiten des Lebens. Die hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz sind manchmal sehr unruhig; sie fühlen sich nicht wohl und fordern uns heraus. Sie entwickeln Gefühle der Scham, der Hilflosigkeit und der Verzweiflung und können diese Gefühle verbal nicht mehr ausdrücken. Sie ziehen sich zurück und fühlen sich sehr einsam und unverstanden.

## 2. Harninkontinenz

Die Frage ist: Ist der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz wirklich inkontinent oder einfach zu schwach oder zu langsam? Man sollte versuchen, folgende Fragen zu beantworten:

- Liegt eine Pollakisurie vor (häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen bei fast leerer Harnblase) oder eine Harnretention (Harnverhalten trotz gefüllter Harnblase)?
- Bestehen Spasmen im Urogenitaltrakt?
- Besteht ein Harnwegsinfekt? Der Einsatz von Antibiotika sollte bei schmerzhaften Harnwegsinfekten mit oder ohne Begleitsymptom wie störendem Geruch, Pyurie, Schüttelfrost, Fieber, Pruritus selbstverständlich sein. Ein Harnwegsinfekt spricht oft nicht auf eine Schmerztherapie an. Es sollte mit der Verabreichung von Sulfonamiden begonnen werden, auch wenn noch kein Befund vorliegt.

- Kommt es zu mechanischer Reizung im Rahmen einer Infiltration der Harnblase durch Tumormassen (Rektum, Gebärmutter, Prostata, etc)? Normalerweise gibt es keinen Miktionschmerz; in Ausnahmefällen wird die Miktions von Spasmen begleitet.
- Ist Blut im Harn vorhanden (Mikro- oder Makrohämaturie)?
- Ist ein Verlust der Mobilität vorhanden? Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz schafft es einfach nicht mehr zur Toilette.
- Ist durch eine Verschlechterung der Hirnfunktionen das Harndranggefühl verschwunden? Ist durch das Alter der Tonus der Beckenbodenmuskulatur und dadurch der Schließmuskels zu schwach?
- Bestehen durch Altersabbauprozesse der Blasenmuskulatur unkontrollierte Blasenfunktionsstörungen (Störungen der Detrusoraktivitäten), die mit einer Harninkontinenz (Abgang kleiner Urinmengen) verbunden sind?
- Nimmt der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz Medikamente, die Harninkontinenz begünstigen?

## 2.1 Formen der Harninkontinenz

- Dranginkontinenz durch eine Überaktivität der Blase
- Belastungs-Stress-Inkontinenz beim Husten, Niesen, Lachen, Heben durch eine Beckenbodenschwäche
- Neurogene Harninkontinenz durch Störungen der nervösen Versorgung des unteren Harntraktes
- Überlaufinkontinenz durch Prostatahypertrophie oder durch Blasenmuskelschwäche.

## 2.2 Pflege

- Wie schon erwähnt ist eine der wichtigsten Erkenntnisse der Stressforschung, dass gegen seelischen und körperlichen Stress eine gute, zwischenmenschliche, vertrauensvolle Beziehung die beste Medizin ist. Diese Therapie kann eingesetzt werden, um Ursachen der Harninkontinenz wie Stress, Angst, Nervosität, Panik, Überforderung, Überreizung, psychisches seelisches und spirituelles Unbehagen zu beseitigen.
- Die Prophylaxe von „Zwischenfällen/Ausrutschern“ ist die beste Therapie: Ein konsequent durchgeführter, geregelter Toilettengang führt durch die Vermeidung von zwischenzeitlichen unfreiwilligen Stuhlabgängen zu einer Reduktion der Inkontinenzepisode. Hier handelt es sich um eine „Konditionierung“ der regelmäßigen Harnentleerung.
- Harnflasche, Leibschüssel oder Leibstuhl sollen in der Nähe zur Verfügung stehen, individuell angepasste, geeignete, geruchsbindende Einlagen sollen angeboten werden. Die saugfähigen, an die jeweilige Anatomie angepassten Einlagen ermöglichen einen Zugang zum sozialen Leben: „Ich kann teilnehmen.“

- Ist die Toilette für den hochbetagten multimorbiden Patient mit Demenz überhaupt erreichbar? Auffindbar? Zweckmäßig ausgestattet?
- Wenn Harnblasenspasmen vorhanden sind, sind sie auf jeden Fall physiologisch und psychologisch für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz sehr unangenehm, auch wenn sie nicht immer sehr schmerzhaft sind. Er kann die Ursache der Spasmen nicht mehr orten, er wird einfach von ihnen „überfallen“. Eine Wärmerotherapie mit Wickel oder Wärmeflasche kann Linderung bringen.
- Für Blasenentenesmen (beständiger schmerzhafter Harndrang) gibt es mehrere mögliche Ursachen, u. a. ein Dauerkatheter: Liegt er falsch, ist er infiziert, ist er verkrustet? Die Therapie besteht aus einer Katheterkontrolle und der Überlegung, ob der Katheter noch wirklich notwendig ist. Gibt es keine Alternative? Kann die Ballongröße reduziert werden? Eine perfekte Intimpflege soll durchgeführt werden und eine Blasenspülung in Betracht gezogen werden.
- Generalisierte Blasenschmerzen (bei primärem Karzinom) können manchmal mit Hilfe von Opiaten gelindert werden. Vorsicht ist jedoch bei Morphin geboten: Bei Patienten mit Prostatahypertrophie können Blasenspasmen verstärkt bzw. eine Harnretention ausgelöst werden.
- Hämaturie: Die erste Frage ist: Handelt es sich wirklich um eine Hämaturie oder um eine rote Verfärbung durch Medikamente, Rote-Rüben-Saft, Rhabarber oder eine Fistel?
- Als erste therapeutische Maßnahme gilt es, Ruhe zu bewahren und aufzuklären. Eine Blasenspülung kann Linderung bringen.
- Chronischen Harnwegsinfekten kann sehr gut mit Preiselbeer-Granulat-Sachet à mindestens 225 mg Anthozyanidine vorgebeugt werden. Der herbe Geschmack der Preiselbeere kann durch die Zugabe von Honig oder Zucker vermindert werden.

### 3. Harnretention

Die Harnretention wird sehr oft wie die Obstipation in ihrer Bedeutung unterschätzt.

#### 3.1 Ursachen

- Alle Medikamente, die anticholinerge Wirkung haben, können vor allem bei Männern eine Harnretention auslösen, da sie den Blasenhalstonus verstärken.
- Kotstein im Rektum
- Knochenmarkkompression oder Tumormasse mit Einengung des Blasenhalsses

### **3.2 Begleitsymptome**

- Unruhe, Verwirrtheit
- Schmerzen
- Urämie, Harndrang

### **3.3 Therapien**

- Wahrscheinlich zuerst katheterisieren: maximal 400 bis 500 ml auf einmal ablassen, da sonst Blutungsgefahr besteht
- Medikamentengabe überprüfen
- Symptomtherapie: Abflussstörungen durch Nierenfistel oder Ureterschiebung beseitigen.

## HYPERHIDROSE – übermäßige Schweißbildung

Sie tritt hauptsächlich nachts ein. Die Hyperhidrose beeinträchtigt die Nachtruhe und das Wohlbefinden massiv. Symptome und Schmerzen können dadurch verstärkt auftreten. Wie viele andere Symptome ist die Hyperhidrose selten unifaktoriell, sondern multifaktoriell.

In der Hauskrankenpflege bedeutet die nächtliche Hyperhidrose große Belastung auch für die Angehörigen: den Patienten waschen, das Bett frisch überziehen, Wäsche waschen, etc. und damit wiederholte, oft ausgedehnte Unterbrechungen der Nachtruhe. Dies führt zu Erschöpfung, Unausgeglichenheit und manchmal unbeabsichtigter Gewalt durch Unachtsamkeit, Überforderung und Übermüdung.

### 1. Ursachen

- Zusatzinfektion der Atem- oder Harnwege mit oder ohne Atemnot, Angst, Stress
- Schmerz, endokrine, neurologische und hormonelle Ursachen
- Medikamente, ungeeignete Bettwäsche, überhitzte Räumlichkeiten, etc.

### 2. Pflege

- Wenn möglich: Behandlung der Grundkrankheit
- Absenken der Temperatur, leichte Bettwäsche aus Naturfasern
- Häufiges Wechseln der Bettwäsche und Kleidung, häufigere Mundpflege
- Der hochbetagte multimorbide Patient soll animiert werden, ausreichende Mengen an Flüssigkeit zu sich zu nehmen, um den Flüssigkeitsverlust zu kompensieren. Dies ist besonders wichtig, wenn der Patient Morphinium bekommt, um eine Opioidkumulation und eine gesteigerte Verwirrtheit zu vermeiden.
- Schweißreduzierende Ganzkörperwäsche mit Salbei (zwei EL Salbei auf einen Liter Wasser; vier Minuten ziehen lassen). Einen Liter Salbeitee auf fünf Liter Waschwasser. Eine basale beruhigende Ganzkörperwaschung kann auch Linderung bringen.

- Eine pflegerische Kontrolle des Hautzustandes, besonders in den Hautfalten und an den Druckstellen, soll sorgfältig durchgeführt werden. Es sollen nur fettfreie Pflegemittel benützt werden, um die Atmungsaktivität der Hautporen nicht zu verhindern.
- Eine beruhigende vertrauensvolle Entspannung besonders bei Angst und Stress anbieten.
- Eine Inhalation von Salbei-Extrakten kann versucht werden oder Salbeitee zum Trinken anbieten.

## INSOMNIA – Schlaflosigkeit

Die Insomnie nimmt mit fortschreitendem Alter zu und betrifft Frauen doppelt so oft wie Männer. Man schätzt, dass mehr als 50 % der hochbetagten multimorbiden Patienten über 70 an Schlafstörungen leiden. Es gibt eine komplexe Korrelation zwischen Schmerz und Schlaf, die u. a. durch die emotionale Komponente des Schmerzes verursacht wird (Stiefel/Stagno, 2004). Hochbetagte multimorbide Patienten, die unter chronischen Schmerzen und Depressionen leiden, haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, Schlafstörungen zu entwickeln.

Das Symptom Schlaflosigkeit kommt relativ häufig vor. Besonders in der Hausbetreuung werden Schlafstörungen zum Problem, wenn sich die Angehörigen vollkommen verausgaben. Diese Störungen können sogar zu einer stationären Aufnahme führen. Ein Ziel soll sein, die Chronifizierung von Schlafstörungen zu verhindern.

### 1. Fragen im Zusammenhang mit Schlaflosigkeit

Eine gründliche Erhebung der Schlafanamnese ist geboten.

- Wie waren die früheren Schlafgewohnheiten des hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz?
- Was hat er früher gegen Schlafstörungen getan? Was hat ihm dabei geholfen? Hat er Medikamente genommen?
- Wo liegen jetzt die Schwierigkeiten? Sind es Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Störungen der Schlaftiefe, ist der Schlaf nur von kurzer Dauer, hat der hochbetagte multimorbide Patient Alpträume (Parasomnie), hat sich sein Schlafrhythmus einfach umgekehrt (Tag/Nacht)?
- Hat der Patient Sorgen?
- Wie verläuft das familiäre Leben?
- Welche Aktivitäten übt er tagsüber aus?
- Wie erlebt der hochbetagte multimorbide Patient seinen Schlaf (subjektive Wahrnehmung des Schlafes)?
- Welche Auswirkungen haben die Schlafstörungen auf den Tagesablauf, auf sein Leben? Und was bedeutet dies für ihn?
- Was könnten aus Patientensicht die Ursachen für die Schlafstörungen sein?

## 2. Ursachen

- Symptome, die unzureichend gelindert sind wie
  - Harnwegssymptome: Dysurie, Pollakisurie, plötzlicher Harn-drang, Inkontinenz
  - Atemnot, Dyspnoe, Apnoe, Absinken der O<sub>2</sub>-Sättigung
  - Pruritus, Reizhusten, Schmerzen
  - Nächtliche Krämpfe: Restless-Legs-Syndrom
  - Nächtliche Hyperhidrose
- Umfeld
  - Was waren die bisherigen Gewohnheiten des hochbetagten mul-timorbiden Patienten und seiner Familie bezüglich des Schlafes?
  - Lärm oder im Gegenteil: Ruhe
  - Unbequeme Lagerung, die der hochbetagte multimorbide Patient nicht mehr allein ändern kann
  - Aufputschende Getränke am Abend (sehr individuell)
  - Schläfchen tagsüber aus Müdigkeit, Schwäche oder Verdross
  - Institutionalisierung: Verlust der vertrauten Umgebung und Ge-wohnheiten
- Medikamente
  - Diuretika, die zu spät genommen werden
  - Zu viel Beruhigungsmittel tagsüber
  - Kortikoide, bei deren Gabe das Verhältnis zwischen Wirkungs-dauer und zirkadianem Rhythmus nicht berücksichtigt wurde
  - Opioide können Albträume hervorrufen
  - Bestehende Medikamenten- bzw. Alkoholabhängigkeit, die über-sehen wurde
  - Entzugserscheinungen bei bestehender Medikation
- Ängste<sup>1</sup>
  - Werden meistens von Einschlafstörungen begleitet
  - Angst, im Schlaf zu sterben
  - Angst im Hinblick auf Therapien und den Fortschritt der Krank-heit
  - Familiäre, berufliche, finanzielle Sorgen
  - Unerledigte Angelegenheiten
  - Existenzielles Leiden
- Depression, Verwirrtheit<sup>2</sup>, Agitation

Depression wird in den meisten Fällen von morgendlichen Schlafstö-rungen und frühem Erwachen begleitet.

Schlaflosigkeit ist oft lange Zeit das einzige Symptom einer Erkrankung.

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Angst und Depression

<sup>2</sup> Siehe Kapitel Verwirrtheit



### 3. Therapien

Physiologische Veränderungen des Schlafes im Alter sind nicht beeinflussbar, aber dafür die Rahmenbedingungen, unter denen der Schlaf stattfindet:

- Menschliche Zuwendung, vertrauensvolle Beziehung, die Sicherheit und Geborgenheit vermittelt
- Gespräche: Der hochbetagte multimorbide Patient muss die Möglichkeit haben, seine Ängste und Sorgen verbal und nonverbal auszudrücken
- Hausmittel: warme Milch mit Honig, 1/8 Rotwein, Orangenblütentee, Johanniskrauttee bei depressiver Grundstimmung, Kaffee knapp vor dem Schlafengehen, Spätmahlzeiten gegen Hypoglykämie in den frühen Morgenstunden, etc.
- Familienunterstützung: Gespräche, Sitzwachen anbieten, etc.
- Den Tag-Nacht-Umkehrrhythmus respektieren
- Milieutherapeutische Maßnahmen wie eine schwache Lichtquelle im Raum, Tür-offen-Lassen anbieten
- Entspannungsmethoden: Basale Stimulation®, Relaxationsmassage, ein Bad mit ätherischen Ölen, Ambra D3, etc.
- Rituale einführen; zu regelmäßigen Zeiten aufstehen, unabhängig von der Schlafqualität
- Wenn möglich, das Bett nur für das Schlafen oder für sexuelle Beziehungen benutzen
- Vermeiden von schweren Mahlzeiten am Abend, besonders bei Leberproblemen
- Versuchen, die Begleitsymptome der Grunderkrankungen zu lindern, die Ursachen für Schlafstörungen sein könnten
- Medikamente sind nur indiziert, wenn alle andere Maßnahmen nicht greifen. Da die Patienten oft unangepasst auf Schlafstörungen reagieren, sollten unbedingt vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie alle anderen Methoden ausgeschöpft werden.

Auf jeden Fall soll man die Schlafstörungen regelmäßig ansprechen und evaluieren, damit sich der hochbetagte multimorbide Patient ernst genommen und nicht allein gelassen fühlt.

# KACHEXIE – Kräfteverfall

## 1. Definition

Die Kachexie (völliger Kräftezerfall) ist ein Unterernährungszustand und ist entscheidender als die Ernährung.

Es gibt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Ernährungszustand des hochbetagten multimorbiden Patienten, gemessen an den Albuminwerten im Blut, und der Morbiditäts- bzw. der kurz- oder mittelfristigen Sterblichkeitsprognose. Es kommt zu einer Verzögerung der Wundheilung bzw. auch der Kallusbildung, zu einer Immunschwäche, zu Koagulationsstörungen, zu Veränderungen im Medikamentenmetabolismus und einer Minderung der Verträglichkeit der Chemo- bzw. Strahlentherapie.

## 2. Physiologie

Eine aktive progrediente Multimorbidität und eine fortschreitende Demenz führen zu metabolischen, neurologischen und hormonellen Veränderungen. Die Nahrung kann nicht in Aufbaustoffe umgewandelt werden. Die Folge ist ein permanenter fortschreitender Verlust von Körpergewebe durch eine negative Energiebilanz. Dies ist das primäre Kachexie/Anorexie-Syndrom. Kachexie tritt zuerst als Folge des subkutanen Fettgewebeverlustes und erst an zweiter Stelle als Folge des Abbaus der Muskulatur auf. Abmagerung und Kraftlosigkeit beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens gravierend. Der hochbetagte multimorbide Patient wird mit der Zeit bettlägerig.

Bei einem primären Kachexie/Anorexie-Syndrom ist die katabole Stoffwechsellage nicht verbesserbar. Dies bedeutet, dass eine erhöhte Energiezufuhr durch „künstliche“ Ernährung nicht zielführend ist.

## 3. Psychologie

Da die Kachexie stets das Aussehen des hochbetagten multimorbiden Patienten verändert, verschlechtert sich auch die Stimmungslage des

Betroffenen und seiner Angehörigen. Man erkennt ihn nicht mehr. Sein physischer Verfall ist für alle der Stempel der Krankheit, die an ihm nagt. Seine fortschreitende Abhängigkeit ist für alle schwer zu ertragen und zu akzeptieren.

## 4. Ursachen

- Appetitlosigkeit, Katabolismus, Muskelabbau
- Übelkeit und Erbrechen
- Mangelhafte Resorption, Lebensmittelinkompatibilität, Laktose-Intoleranz

## 5. Therapie

Hier geht es viel mehr um Prävention und innere Einstellung als um richtige Therapien. Man kann dem hochbetagten multimorbiden Patienten helfen:

- Physisch:
  - Gewissenhafte Dekubitusprophylaxe<sup>1</sup> (Stationsprotokolle erstellen)
  - Druckstellen verhindern: Kissen, angemessene Änderung der Lage,
  - Spezialmatratzen, etc.
  - Regelmäßige und sorgfältige Mundinspektion und -pflege
  - Mobilisationshilfsmittel, die seinen momentanen Kräften entsprechen
- Psychisch:

Der hochbetagte multimorbide Patient und seine Angehörigen brauchen Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem veränderten Körperbild.

  - Gewichtsverlust nicht ständig bewusst werden lassen, d. h. seltener Gewichtskontrollen
  - Einstellung: Seine menschlichen Qualitäten und Ressourcen sind trotz äußerer körperlicher Veränderungen dieselben. Er ist derselbe einzigartige wertvolle Mensch. Unser Umgang mit ihm spiegelt unsere innere Einstellung zu ihm wider: Respekt oder Missachtung.
  - Was bedeutet der Kräfteverfall und wie erlebt ihn der hochbetagte multimorbide Patient?
  - Soll man zulassen, dass der Patient weniger isst?

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Dekubitus

- Sollte es finanziell machbar sein, könnten neue passende Kleidungsstücke gekauft werden.
- Je nach Stadium sollten geeignete Hilfsmittel so angeboten werden, dass der hochbetagte multimorbide Patient in ihnen eine Chance erkennt, eine bestimmte Autonomie wahren zu können.
- Ein gutes Foto des hochbetagten multimorbiden Patienten auf das Nachtkästchen stellen, auf dem er und die anderen ihn wiederfinden können. Die Erinnerung daran, wer er war, kann zum Verständnis führen, wer er noch immer ist.
- Bei der Medikamentendosierung muss darauf geachtet werden, dass die Kreatinämie abhängig ist von der Muskelmasse des hochbetagten multimorbiden Patienten. Die Nierenfunktion kann überschätzt werden.

**Cave:** Bei schwerer Kachexie kann sich ein liegender Port-a-Cath lockern und sich um 180° drehen, sodass die Membran unten liegt.

## Mund- und Zahnpflege

Der Mund, die Zähne, die Schleimhaut und die Zunge sind sehr wahrnehmungsfähige Organe des Körpers. Eine Beeinträchtigung ist nicht nur sehr schmerzhaft, sondern sie verhindert sowohl die Kommunikation als auch die Nahrungsaufnahme und dadurch die Lebensqualität und das Wohlbefinden von hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz.

### 1. Einschätzung des Mundzustandes

Ein Beispiel für individuelle Pflege ist die Mundpflege. Der Mundzustand bedarf der täglichen Einschätzung und muss eingebettet sein in eine Basale Stimulation®. Der hochbetagte multimorbide Patient mit fortgeschrittener Demenz erkennt die Initialberührung und kann sich so auf die Mundpflege vorbereiten und den Mund freiwillig aufmachen.

Eine Pilzkrankung kann sich heimtückisch installieren.

Gewebestruktur	Untersuchungsweise	Normaler Zustand
Speichel	mit einem Zungenspatel, unter der Zunge <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist der Speichel wässrig, fließt er</li> <li>• Ist der Speichel schleimig, fließt er nicht</li> <li>• Kein Speichel: der Zungenspatel bleibt trocken</li> </ul>	wässrig, klar pH 6,8 bis 7,4
Lippen	inspizieren und tasten	weich, sanft, glatt und feucht
Zahnfleisch	inspizieren und sanft mit dem Zungenspatel drücken	rosa und weich
Zungenpapillen und Zahnfleisch zwischen den Zähnen	inspizieren und sanft mit dem Zungenspatel drücken	zugespitzt, dünn und rosa

Gewebestruktur	Untersuchungsweise	Normaler Zustand
Zunge	Farbe und Erscheinungsbild: sanft reiben (Belag?)	rosa, leicht rau, feucht und ohne Belag
Schleimhaut im Bereich von Wange, Zungengrund Gaumen, Schlund	Gewebestruktur beobachten	rosa, feucht, ohne Belag oder Verletzung
Zähne	untersuchen und dann bürsten. Wenn nötig, Zahnseide benützen. Blutungen beobachten	gut sitzend und ohne Beläge
Zahnprothese	auf Sitz und Sauberkeit untersuchen	darf nicht verletzend sein

## 2. Ziel einer guten Mundpflege

Ziel ist es, nicht nur unangenehme Empfindungen (vermindertes, schlechtes oder trockenes Mundgefühl) zu beseitigen, sondern auch Entzündungen und Ulzerationen in der Mundhöhle zu vermeiden, welche sehr schmerzhaft werden können. Dabei darf nicht vergessen werden, dass der Mund eine sehr intime Zone ist.

Es bedarf einer guten Schulung, um die Wichtigkeit der regelmäßigen Einschätzung und Pflege des Mundes zu verdeutlichen.

Für die Entwicklung einer Pilzinfektion sind Änderungen des Oberflächenmilieus, des inneren Milieus und eine verminderte Abwehrbereitschaft von besonderer Bedeutung.

Mundtrockenheit wird häufig bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz zum Problem. Entscheidend bei der Mundpflege und Befeuchtung der Mundschleimhaut ist mehr ihre Häufigkeit und Regelmäßigkeit als die verwendete Lösung. Alles soll unternommen werden, was das Essen, Trinken oder Schlucken erleichtert. Ein gesunder Mund erlaubt es mehr als 90 % der Patienten, bis zum Tag ihres Todes zu essen und zu trinken.

## 3. Durchführung

Pflegepersonen sollten versuchen, wohlschmeckende, erfrischende und entzündungshemmende, dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz bekannte Getränke zur Mundpflege anzubieten.

Dazu gehört das Mundspülen oder Auswischen mit Teesorten wie Salbei und Blutwurz (wirken desinfizierend, aber leider auch sekretionshemmend und austrocknend), Pfefferminze, Kamille, Cola u. ä. (der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt).

- Häufig können Fruchtsaft- oder Honigeiswürfel, gefrorene Fruchtstücke, vorzugsweise Ananas (durch die Ananassäure wird die Zunge gereinigt) oder auch Zitrone (alleine der Anblick und Geruch von Zitronen führt oft schon zur Speichelsekretion), Orangen oder saure Drops verwendet werden. Sie fördern die Speichelproduktion und bewirken eine gute Mundbefeuchtung und angenehme Kühlung.
- Ein kleines Stück Butter, Olivenöl oder Naturjoghurt mehrmals pro Tag auf die Zunge gelegt, hilft gegen Beläge. Das Öl von Vitamin-E-Kapseln einfach auf der Mundschleimhaut verteilen.
- Vielleicht nicht so angenehm, aber dafür sehr wirksam bei belegter Zunge sind Vitamin-C-Brausetabletten oder Backpulver (ein Bruchstück auf der Zunge zergehen lassen und dann ausspülen bzw. mit einer weichen Zahnbürste vorsichtig reinigen).
- Bei wahrnehmungsgestörten Patienten kann man die Eisstückchen in eine Mullkompressen wickeln und so verhindern, dass sich die Patienten verschlucken. Außerdem wird durch Reibung der Kompressen auf der Zunge eine Reinigung der Mundhöhle durch den Patienten selbst möglich. Polygon-Schwab-Kompressen sind sehr weich, sehr gut und unterstützen die Mundpflege.
- Auf gute Luftfeuchtigkeit achten.
- Mundtrockenheit ist nicht nur unangenehm, sondern sie verhindert auch die Kommunikation und die Nahrungsaufnahme und Zahnprothesen können in der Folge verletzend werden.
- Die Lippen sollten regelmäßig eingecremt werden (Vaseline, Labello, etc.).
- Glycerin-Zitronenstäbchen sind säurehaltig und alkoholische Mundspülungen können eine Reizung der Mundschleimhaut verstärken (Feichtinger 2006). Chlorhexidin soll nicht in Verbindung mit bestimmten Komponenten von Zahnpasten verwendet werden. Deshalb sollte eine Spülung mit Chlorhexidin frühestens 30 Minuten nach dem Zähneputzen stattfinden. Chlorhexidin hat zwei große Nebenwirkungen: Geschmackstörung und Verfärbung der Zähne.
- Insgesamt gute Erfahrungen, um der Mundtrockenheit entgegenzuwirken, hat man mit dem Einsatz von Kunststoff-Pipetten oder Spritzen gemacht. Mit ihrer Hilfe kann Tee in Abständen, je nach Bedarf des hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz, tropfenweise verabreicht werden. Die orale Applikationsform mit Hilfe einer Pipette ist auch bei der Medikamentengabe gut anwendbar.

Dies ist vor allem für Angehörige eine Hilfe, die oft froh sind, wenn sie für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener

---

Demenz noch etwas tun können. Die mit der Pipette applizierten Mengen sind so gering, dass praktisch keine Aspirationsgefahr besteht. Auf diese Weise werden die Angehörigen in die Pflege integriert und so ihr Gefühl der Hilflosigkeit gemindert.

Mir ist in der Betreuung von Sterbenden ohne Infusionen etwas besonders aufgefallen: Die Angehörigen haben dem Sterbenden meist mit viel Mitgefühl den Mund befeuchtet oder etwas Flüssigkeit verabreicht. Sie waren mit einer besonderen Intensität anwesend, weil sie sich nicht fehl am Platz, sondern wichtig und gebraucht fühlten. Sie waren dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz nahe. Unterstützt durch die Präsenz von fachkundigen Pflegenden und Ärzten konnten sie Verantwortung für einen ihnen nahestehenden Menschen übernehmen.

# NAUSEA und VOMITIO – Übelkeit und Erbrechen

Das ANE-Syndrom ist eine Kombination von Anorexie, Nausea und Emesis.

## 1. Physiologie

Der Vorgang des Erbrechens unterliegt der Kontrolle und Interaktion des Vestibularapparates, des Brechzentrums (beide verfügen über Aetylcholin- und Histamin-Rezeptoren) und der Chemorezeptorentiggerzone (Dopaminrezeptoren). Die beiden Letzteren befinden sich am Grunde des IV. Ventrikels, der Medulla oblongata. Sie sind über afferente sympathische und parasympathische Fasern mit dem Vestibularapparat und dem Groß- und Kleinhirn verbunden.

Die Übelkeit (Nausea) ist eine subjektive unangenehme Empfindung, die oft dem Erbrechen (Vomitio) vorausgeht und von Brechreizen begleitet sein kann.

## 2. Symptomatik

Übelkeit und Erbrechen können schwer wiegende Folgen haben wie z.B. Elektrolytstörungen, Dehydratation, Kachexie, Perforation und/oder Fistelbildung, Aspiration mit oder ohne massiven Hustenreiz.

Übelkeit und Erbrechen sind sehr deprimierende Symptome. Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz fühlt sich sterbenselend, leidet unter Grande Fatigue und Verzweiflung. Er fühlt sich bedroht durch den Kontrollverlust. Dies kann zu Isolation und Vertrauensverlust in dem Betreuungsteam führen. Tachykardie, kalter Schweiß, Blässe und Diarrhoe können als Begleiterscheinungen auftreten. Man sollte immer versuchen, diese Symptome zu lindern.

Der erste Schritt ist die Klärung der Ursache, um, wo möglich, eine geeignete kausale Therapie einzusetzen. In vielen Fällen liegen mehrere Ursachen gleichzeitig vor.

### 3. Ursachenforschung

- Zwei sehr wichtige Fragen sollten zuerst geklärt werden:
  - Besteht ein kompletter Darmverschluss, Ileus?
  - Besteht eine chronische Obstipation?
- Weitere Fragen:
  - Zeitpunkt: frühmorgens (Urämie), nüchtern, nach den Mahlzeiten (Magenentzündung oder Pylorusspasmus), spät nach den Mahlzeiten (gastrische Stase), unberechenbar, etc.
  - Nach welchen Tätigkeiten? Verstärkende oder mildernde Tätigkeiten erfragen
  - Wie ist der Leidensdruck: Man kann mit einer Visuell-Analog-Skala messen
  - Was hilft dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz?
  - Führt das Erbrechen zur Linderung der Übelkeit?
  - Geruch: säuerlich, nach Stuhl riechend (tief liegender Darmverschluss?)
  - Frequenz: einmalig, wiederkehrend
- Art und Weise: im „hohen Bogen“, „im Schwall“ (intrakranielle Druckerhöhung), mit oder ohne Schmerzen, Krämpfen, während Hustenanfälle
- Beimengung:
  - Geringe Menge roten Blutes: spricht eher für Magenschleimhautreizung
  - Rotes oder schwarzes Blut in mäßigen Mengen: Ulkus
  - Magensekret, Schleim, unverdaute Nahrungsreste
  - Stuhlerbrechen: Miserere, fäkales Erbrechen mit Schmerzen: Subileus oder Ileus des unteren Magen-Darm-Traktes
  - Gallenflüssigkeit: Duodenum-Reflux mit Verschluss oder Kompression des oberen Magentraktes

### 4. Ursachen

- Übelkeit hat oft einfache Ursachen:  
Ein trockener und ungepflegter Mund, unappetitlich präsentierte Mahlzeiten, Opioide, Geruch, Lageänderung oder Reizung durch Bewegung (Vestibularapparat), Husten etc. können Übelkeit hervorrufen.
- Erbrechen bedingt durch medikamentöse Therapie wie Opioide, Antidepressiva, Digoxin oder entzündungshemmende Medikamente.

- Erbrechen, das Komplikationen erkennen lässt: Migräne, Schmerz, Urämie, Hyperkalzämie, Hyponatriämie, intrakranielle Druckerhöhung, intratumorales Hämatom, Aszites, Ileus, Überdehnung oder Entleerungsstörung des Magens, Kompression durch wachsende Lebermetastasen, Oberbauchtumor, Infektion des Oropharynx, etc.
- Psychogenes Erbrechen: unerwünschter Besuch, Sorgen, Angst, Aufregung, das Leben an sich („ist zum Erbrechen“), Grande Fatigue, Unwohlbefinden, etc. Es wird oft nicht genug berücksichtigt, obwohl es vielfach eine große Rolle spielt. Die vertrauensvolle Beziehung ist hier essenziell.

## 5. Nichtmedikamentöse Therapie

Vergessen wir nicht, dass ein kurzes Gespräch oft eine Tablette ersetzen kann.

- Für Ruhe und Entspannung sorgen. Hektik und Aufregungen vermeiden
- ZUWENDUNG
- Gute Gespräche mit den Angehörigen
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz und seine Angehörigen sind genau über die Wichtigkeit der prophylaktischen Einnahme von Antiemetika bei Beginn einer Opioidtherapie zu informieren
- Gute Mundpflege<sup>1</sup> (Die Zahnprothesen entfernen, bevor sie irrtümlich mit dem Erbrochenen weggespült werden)
- Nierenschale, Zellstoff und Abfallsack in Reichweite
- Lagerung während des Erbrechens: sitzend bzw. Seitenlage
- Von größter Bedeutung ist die Körperhaltung bei der Medikamenteneinnahme. Medikamente sollten nur in aufrechter Position oral eingenommen werden. Nimmt ein hochbetagter multimorbider Patient mit Demenz ein Medikament in liegender Position (ohne oder mit nur wenig Flüssigkeit) ein, so kann es zu einem medikamentös bedingten Ösophagusgeschwür kommen. Dies erhöht die vorhandene Appetitlosigkeit, Übelkeit und die nächtlichen Schmerzen. Medikamente bei hochbetagten multimorbiden liegenden Patienten sollten möglichst in Tropfenform oder als Suppositorien verabreicht werden.
- Frische Wäsche
- Für gute Raumluft sorgen: lüften, Aromatherapie
- Appetitlich angerichtete, gut riechende Mahlzeiten in kleinen Portionen anbieten

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

- Beobachtungen genau dokumentieren: Was hat dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz geholfen?
- Psychosomatische Therapien wie Entspannungstechniken sind nicht nur wirksam gegen Übelkeit und Erbrechen, sondern sie werden als angenehm und nicht-invasiv erlebt. Sie lassen dem hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz seine Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten. Er gewinnt wieder Kontrolle über die Situation, über seinen Alltag: Was tut mir gut? Was will ich wann anwenden?
- Basale Stimulation® wirkt zumindest durch Wohlbefinden, Entspannung und Ablenkung auf die Häufigkeit des Auftretens von Übelkeit und Erbrechen
- Blähungshemmend: Fencheltee, Anistee, Karotten, Sellerie, Kardamom oder Kompott. Sie verhindern auch den „metallinen“ Geschmack

Es sind oft ganz kleine Dinge, die den Alltag erleichtern und den Genuss erhöhen.

Studien haben die Wirkung der Akupunktur besonders zur Behandlung von refraktärem Erbrechen und bei starker retardierter Übelkeit bewiesen. Sehr hilfreich ist die Patientenedukation: Wie können Patienten selbst z.B. Akupressur am Handgelenk anwenden? Hier gewinnen sie auch ein Stück an Selbstkontrolle zurück.

## OBSTIPATION – Verstopfung

Man spricht von chronischer Obstipation, wenn innerhalb von drei Monaten mindestens zwei von den sechs folgenden Symptomen auftreten in mindestens 25 % aller Defäkationen:

- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz muss heftig pressen, damit der Stuhl abgesetzt werden kann.
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz hat harten Stuhlgang/Kotsteine.
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz hat das subjektive Gefühl, nicht vollständig entleert zu sein.
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz hat das subjektive Gefühl, dass irgendetwas den Stuhlabgang blockiert.
- Die Pflegepersonen müssen eine manuelle Unterstützung bei der Stuhlentleerung anbieten.
- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz hat nur zwei oder dreimal in der Woche Stuhlgang.

Zirka 40 % der Personen über 65 Jahre klagen zeitweise über Obstipation. In Langzeitpflegeeinrichtungen erhalten bis zu 75 % der hochbetagten multimorbiden Patienten Laxanzien. Die Mundpflege und die Beobachtung von Ausscheidungen gehören zur Grundausbildung in der Pflege, aber in der Praxis werden sie immer wieder vernachlässigt. Hochbetagte multimorbide Patienten mit fortgeschrittener Demenz produzieren Stuhl, auch wenn sie nicht essen, da sich der Kot nicht nur aus Nahrungsresten sondern auch aus abgeschliffenen Partikeln der Darmwand bildet.

### 1. Ursachen

Bei hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz treten häufig Probleme mit der Verdauung auf wegen/aus:

- Bettlägerigkeit, Bewegungsarmut, Ortwechsel wie Krankenhauseinweisung;
- wenig Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme, ausgeprägter Exsikkose;
- Einnahme von mehreren Medikamenten, welche die Darmmotorik hemmen, jahrzehntelanger Laxanzienabusus;

- Multimorbidität, Schmerzkrankheit, Grande Fatigue;
- Scheu, die Bettschüssel zu benutzen;
- Angst vor anstrengender oder schmerzhafter Stuhlentleerung (aufgrund von Analfissuren, Hämorrhoiden, perianalen Fissuren) die zu Obstipation führt
- Verwirrtheit und Depression;
- Organischen Magen-Darm-Rektum-Erkrankungen, Störung der Defäkation;
- Neurologischen Erkrankungen (Lähmungen, Metastasen, Tumor, Infiltrationen);
- Endokrinen Erkrankungen und metabolischen Störungen.

Obstipation wiederum verursacht abdominelle Beschwerden, im Extremfall kann es sogar zu einem Darmverschluss kommen. Das wesentliche Merkmal einer Obstipation ist die lange Verweildauer des Stuhles im Kolon und der damit verbundene, verstärkte Wasserentzug. Vielleicht isst der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz gerade deshalb nicht, *weil* er eine Woche lang keinen Stuhl hatte. Bei vielen hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz muss der Darm manuell entleert werden. Es fragt sich, ob es überhaupt so weit kommen muss?

## 2. Begleitsymptome

- Der Unterleib ist ziemlich aufgebläht.
- Der absteigende Dickdarm ist leicht zu ertasten.
- Darmgeräusche sind ständig, auch ohne Stethoskop, zu hören.
- Im Rektum sind Kotsteine zu fühlen, die Anusmuskeln sind durch diese harten Klumpen gedehnt und können sich nicht mehr schließen. Daher klagt der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz über Diarrhoe, weil er unfähig ist, diesen austretenden Stuhl zurückzuhalten.
- Obstipation führt oft zu Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, akuter Unruhe, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit und kolikartigen Krämpfen.
- Die hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz sind manchmal sehr unruhig; sie fühlen sich nicht wohl. Sie entwickeln Gefühle der Scham, der Hilflosigkeit und der Verzweiflung: „Nicht einmal meine Notdurft kann ich alleine verrichten!“
- Obstipation kann zusätzlich zu Harnretention führen. Dem gilt es vorzubeugen.
- Entwicklung einer Koprostase.

### 3. Betreuungsziel

Ziel einer guten Patientenbetreuung ist nicht unbedingt eine tägliche, jedoch regelmäßige und leichte Stuhlentleerung (Gewohnheiten vor der Krankheit?).

Es muss eine konsequente, effektive Stuhlanamnese parallel zum Schmerzassessment stattfinden: Stuhlqualität, Frequenz, Beimengungen, Ernährungszustand und -qualität, Stuhlgewohnheiten, Medikamente, Leberbefunde, Krankheitsstadium, Rektumszustand, Klinik.

- Der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz wird ermuntert, möglichst faserreiche Kost zu sich zu nehmen, solange er das kann. Außerdem muss auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Es darf nicht vergessen werden, dass abführende Maßnahmen sehr anstrengend sind und diese möglicherweise die Restenergien des hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz aufbrauchen.
- Zusätzlich werden ihm Obst und Fruchtsäfte, Sauerkrautsaft, lauwarmes Wasser morgens auf nüchternen Magen und Milchzucker (ein bis zwei Esslöffel in Wasser über den Tag verteilt trinken) als natürliche, milde Abführmittel angeboten.
- Solange es möglich ist, sollte der hochbetagte multimorbide Patient mit fortgeschrittener Demenz die Toilette aufsuchen, wodurch gleichzeitig die Mobilisierung gefördert wird und die Intimsphäre besser gewahrt werden kann. Erst wenn die Kräfte nicht einmal mehr für die Benutzung eines Leibstuhls ausreichen, wird man eine für die meisten Menschen unangenehme Bettschüssel einsetzen.
- Der Patient mit fortgeschrittener Demenz benötigt häufig Laxanzien. Füll- und Quellmittel sind bei meist reduzierter Trinkmenge und mangelnder Bewegung nur bedingt hilfreich.
- Eine Kolonmassage nach der Methode der Lymphdrainage nach Vodder® kann Linderung bringen. Eine Kolonmassage ist eine sehr intime Maßnahme, die nicht jedem angenehm ist. Eine absolute Kontraindikation ist ein Ileus oder eine Obstruktion.
- Bei Flatulenz (Blähungen) kann zuerst eine Kolonmassage gegeben und dann ein Darmrohr gelegt werden, das bis einer halben Stunde im After verbleibt.

Man darf nicht vergessen, dass durch den Kurzzeitgedächtnisverlust die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz nicht mehr weiß, dass sie ein Abführmittel bekommen hat. Sie wird „überfallen“ von der Wirkung des Abführmittels, ohne zu verstehen, was mit ihr geschieht. Zusätzlich ist es ihr sehr peinlich und sie schämt sich.

## 4. Medikamentöse Therapie

Zuerst ist die Frage zu klären: Liegt eine gastrointestinale Obstruktion vor? Wenn ja: Ist sie komplett? Dann dürfen keine Laxanzien gegeben werden.

Das Ziel der medikamentösen Therapie ist dem Wasserentzug und der Verdickung des Stuhles entgegenzuwirken. Eine Kombination aus stuhlaufweichenden und die Peristaltik anregenden Substanzen hat sich als nützlich erwiesen.

Weitere Fragen:

- Welche Medikamente nimmt der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz? Kann man stopfende Medikamente absetzen?
- Jeder hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz, der keinen Stuhl hat, aber regelmäßig Laxanzien verordnet bekommt, muss gut beobachtet werden, vor allem solange er noch Nahrung zu sich nimmt (wenn auch nur in ganz geringfügigen Mengen) und besonders wenn er noch keinen deklarierten Ileus hat. Bei Passagebehinderung durch intestinale Tumore kann der Stuhl mit Laktulose, Laktitol, Diabetikermarmelade oder Sorbit weich gehalten werden. Wenn ein Opioid verschrieben wird, sollten Pflegepersonen automatisch den Arzt fragen, welche Laxanzien er dazu geben will.
- Bei manifester Obstipation wird zunächst durch rektale Untersuchungen geklärt, ob im Enddarm eine Obstruktion vorliegt und, wenn ja, wird diese gegebenenfalls manuell beseitigt. Bei vorhandenen Rektaltumoren muss zuerst geklärt werden, ob Suppositorien oder Einläufe verabreicht werden dürfen/können. Die rektale Untersuchung sollte in dem Fall besonders behutsam und nur durch einen Spezialisten erfolgen, eventuell nach Prämedikation.
- Ist das Rektum leer, muss ein Ileus mittels Röntgen oder Ultraschall ausgeschlossen werden, bevor mit einer Therapie begonnen wird. Eine Magen-Darm-Passage, z.B. mit Amidotrizoesäure als Kontrastmittel (als Mittel der letzten Wahl), hat sowohl eine diagnostische als auch therapeutische Wirkung (Kontraindikation: Hyperthyreose).
- Vor jeder rektalen Untersuchung und jeder manuellen Entleerung sollte ein Lokalanästhetikum benützt werden, z.B. Lidocain Gel. Die Peristaltik wird dann durch ein Suppositorium wie Glycerol, Mikroklist oder Einläufe angeregt. Man versichere sich, dass Zäpfchen nicht im Stuhl stecken geblieben sind. Glyzerin als Zusatz bei Einläufen wirkt oft gut. Mini-Einlauf mit 25 cc Wasserstoffsuperoxid auf 100 cc Wasser, 15 Minuten warten, Lidocain Gel auftragen und

dann entleeren. Die Entfernung eines Fäkaloms bringt eine sehr große Erleichterung für den Patienten. Anschließend werden Laxanzien regelmäßig oral verabreicht bzw. eine zuvor bereits begonnene Medikation erhöht. Die Wirkung von Einläufen ist u. a. abhängig von der Menge, dem Druck, der Temperatur und den Zusätzen (Glycerin, Olivenöl, Kochsalz, etc.).

- Glycerol, Paraffinöl, Docusat und Docusat-Natrium üben einen Schmiereffekt aus und verbessern dadurch die Gleitfähigkeit des harten Kots.
- Bisacodyl, Natriumpicosulfat sind stimulierende Abführmittel. Sie beeinträchtigen die Rückresorption von Elektrolyten und Wasser im Darm. Das Stuhlvolumen wird dadurch vermehrt. Bisacodyl und Anthrachinonderivat aktivieren zusätzlich den Nervenplexus der Kolonwand und fördern dadurch die Darmmotilität. Nebenwirkung dieser Aktivierung ist die verkürzte Resorption von Medikamenten; sie kann kolikartige Schmerzen auslösen. Anthrachinonderivat kann den Urin rot färben.
- Salinische Laxanzien wie Bittersalz oder Glaubersalz bewirken ein Einströmen von Wasser aus dem Gewebe in das Darmlumen. Nebenwirkung: Sie verstärken die oft schon bestehende Dehydratation, schmecken sehr unangenehm und können sogar Erbrechen und Übelkeit hervorrufen. Sie sind bei Herzinsuffizienz mit und ohne Ödemen kontraindiziert. Bittersalz sollte auch bei Niereninsuffizienz nicht verabreicht werden.
- Laktulose kann als Nebenwirkung kolikartige Schmerzen und Flatulenz verursachen. Der süße Geschmack ist nicht jedermanns Sache.

Bei sehr hartnäckiger Obstipation und sicherem Ausschluss eines Ileus kann eine Mischung von Metoclopramid, Bisacodyl und Natriumpicosulfat Erfolg bringen.

## 5. Ileus – Darmverschluss

Ein Ileus entsteht in der geriatrischen kurativen palliativen Betreuung von hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz meistens nicht von heute auf morgen.

### 5.1 Ursachen

- Obstipation, paralytischer Ileus
- Raumfordernder Tumor, mechanischer Ileus
- Obstipation, Ileus und Einengung des Darmvolumens sind oft gemeinsam vorhanden
- Folgen von Chirurgie, Chemo- oder Strahlentherapie: Adhäsionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten

## 5.2 Symptome

- Bei Darmverschluss im oberen Magen-Darm-Trakt: Erbrechen, krampfartige Schmerzen, Stenose.
- Bei Darmverschluss im unteren Magen-Darm-Trakt: anfallsartig auftretende Schmerzen, Dehnung der Bauchdecke, weder Stuhl noch Darmgase.
- Mundtrockenheit, die Zunge „klebt“
- Isolation aufgrund von Darmgeräuschen
- Unwohlbefinden

## 5.3 Therapie

Ein hochbetagter multimorbider Patient mit fortgeschrittener Demenz mit Ileus kann auch ohne Operation noch mehrere Tage bis Wochen leben.

- **Zuerst** Absetzen aller Prokinetika und Laxanzien
- **Dann** gründliche Überlegungen:
  - Was will man erreichen?
  - Was kann erreicht werden?
  - In einem Fall kann vieles dafür sprechen, eine Kolostomie zu empfehlen, in einem anderen eine perkutane Gastrostomie zur Druckentlastung anzulegen und im dritten Fall eine rein medikamentöse symptomatische Behandlung durchzuführen.
- **Auf jeden Fall** Vermeidung von Durst- und Hungergefühl und Gewährleisten einer ausgezeichneten psychischen Betreuung. Die hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz fühlen sich oft elend und haben Angst.
  - Ausgezeichnete Mundpflege<sup>1</sup>
  - Ruhe
  - Geruchsvermeidung
  - Angehörigenschulung: Was bedeutet der Ileus für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz?
  - Beobachtung des hochbetagten multimorbiden Patienten mit fortgeschrittener Demenz mit Rücksicht auf die Fragestellung: Könnte er Angst bzw. Schmerzen haben?
  - Nierentassen und Zellstoff sollten in genügender Menge immer verfügbar sein.

**Magensonde:** Es mag für viele Leser überraschend klingen, aber viele Patienten bevorzugen das spontane ein- bis zweimal tägliche Erbrechen gegenüber der Dauerbelastung einer Magensonde. Denn ohne Magensonde können sie noch kleine Mengen essen und trinken (beson-

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

ders kalte Getränke, Speiseeis, Sorbets, etc.). Die größte Nebenwirkung der Magensonde ist ein schmerzhafter Nasendekubitus, der durch eine fachkundige Pflege verhindert werden soll.

## 6. Tenesmus Alvi – Schmerzhafter Stuhlgang

Es handelt sich um ein sehr unangenehmes schmerzhaftes Gefühl von Stuhldrang ohne Stuhlproduktion. Dieser Stuhldrang ist sehr hartnäckig und ist sehr schwer zu beheben.

### Pflegerische Maßnahmen

- Besonders gründliche Intimpflege mit reinem Wasser oder mit Spülung ohne Seife und ohne Druck auszuüben. Gut trocknen. Schutzcreme auftragen. Pflegestandard erstellen. Nach jeder Intimpflege ein Lokalanästhetikum auftragen
- Lauwarme Sitzbäder mit Kamillentee oder Schafgarbentee (*Achillea millefolium*) können eine kurzfristige Linderung bringen bzw. Königskerze (*Verbascum thapsiforme*) oder Schafgarbe als Salbe lindern Hämorrhoiden
- Sitzkissen zur Entlastung des Perineums

Den hochbetagten multimorbiden Patient mit seiner Demenz und mit seinem Stuhlproblem ernst nehmen, begleiten und ihm zuhören.

# Schreien

Schreien kann als disruptive Vokalisation bezeichnet werden: Schreien hat eine Bedeutung für die Person mit Demenz.

12–30 % der Personen mit Demenz entwickeln im Verlauf der Krankheit das Phänomen des Schreiens. Bei 87 % konnte kein konkreter Auslöser gefunden werden (Bourbonnais/Ducharme 2008).

## 1. Ätiologie

Schreien wird als verbale Kommunikation von der Person mit Demenz genutzt.

Schreien kann als Ausdruck von:

- Unwohlbefinden, Unbehagen, Stress
- Bedürfnissen: Auf ein Bedürfnis aufmerksam machen
- Stimulation des Nervensystems nach körperlicher Anstrengung
- Überforderung
- Unterstimulation: Sich-selbst-Spüren-Wollen
- Sich-nicht-Zurechtfinden, Verloren-Sein

verstanden werden.

## 2. Korrelationen

Es dürfte eine Korrelation geben zwischen Schreien und

- Depression;
- Schwerer kognitiver Einschränkung;
- Schwerem funktionalem Defizit;
- Agitiertheit;
- Stürzen;
- Schlafproblemen;
- Schmerzen,
- Einsamkeit, sozialer Isolation.
- Schreien ist oft mit einer höheren Mortalitätsrate verbunden. Es könnte sein, dass Schreien einer von mehreren „End-of-life“-Faktoren ist.



### 3. Zeitpunkt

Personen mit Demenz scheinen eher zu schreien

- Am späten Nachmittag;
- Wenn sie allein sind;
- Wenn sie fixiert sind;
- Im Badezimmer;
- Wenn sie die Körperpflege erfahren.



### 4. Behandlungsansätze

- Zuerst als Kommunikationsbrücke eine vertrauensvolle, wertschätzende Beziehung mit der Person mit Demenz aufbauen.
- Validation nach Naomi Feil®
- Basale Stimulation®: Je mehr Kontakt über sensorische Kanäle aufgenommen wird, desto effektiver scheint die Intervention zu sein.
- Jegliche Art von sozialer individuell angepasster Interaktion, die Sicherheit, Geborgenheit und Zuwendung vermittelt
- Ruhe

## Sexualität

„Über Sexualität redet man nicht.“ Mit dieser Einstellung werden die hochbetagten multimorbiden Patienten mit ihren Sorgen allein gelassen.

### 1. Auswirkung von Alter auf die Sexualität

- Änderung von körperlichen und psychischen, sexuellen Abläufen mit zunehmendem Alter
- Änderung des Körperbildes nach radikaler Zystektomie mit Urostoma, Mastdarmentfernung mit Anus praeter, nach einer Mammaamputation, etc.
- Harninkontinenz und/oder Stuhlinkontinenz
- Schleimhauttrockenheit, Dyspareunie
- Erektionsverlangsamung, geringe Ejakulationsmenge, Vergrößerung der Zeitabstände zwischen zwei Erektionen
- Lymphödem einer oder beider unteren Extremitäten nach Lymphknotenausräumung
- Schmerzen durch bestimmte Körperhaltungen, Immobilität
- Versagensängste

### 2. Auswirkung von Erkrankungen auf die Sexualität

- Psychische Probleme
- Multimorbidität, Müdigkeit, Grande Fatigue
- Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt, Polyarthrit, Morbus Parkinson oder Hypertonie
- Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Depression
- Schmerzen durch längerfristige Schonhaltung, Verspannungen im ganzen Körper, Kopfschmerzen, Unwohlsein können die Folgen sein.

### 3. Wo liegen die Probleme?

Die Sexualität hängt besonders im Alter bei hochbetagten multimorbiden Personen mit Demenz eng mit Erziehung, damaligen und heutigen sozialen Tabus („man tut so etwas nicht“), früheren sexuellen Erlebnissen (Kriegstraumatisierungen), dem Körperbild und dem Selbstwertgefühl zusammen. Der Körper allein macht aber nicht das Begehrenswerte, die Qualität eines Menschen aus. Die Einzigartigkeit eines Menschen, die ihn liebenswert und lebenswert macht, liegt oft im Detail: sein Lachen, sein Humor, sein Familiensinn, bestimmte Gesten, Talente, Gewohnheiten, etc. Entscheidend ist, wie sich der Betroffene selbst erlebt.

Die Demenz kann zwei konträre Entwicklungen in der Sexualität unterstützen:

- Verlust des sexuellen Interesses
- Akzentuierung des sexuellen Verlangens durch Enthemmung im fortgeschrittenen Stadium der Demenz besonders bei frontotemporaler Demenz, die von Kontrollverlust über die eigenen Gefühle begleitet wird.

Der Verlust des sexuellen Interesses bedeutet aber nicht, dass das Bedürfnis nach körperlicher Geborgenheit und Wärme verschwindet.

Im Frühstadium der Demenz wird die Person mit Demenz versuchen, die Fassade zu bewahren und ihren Bedürfnissen nach Zärtlichkeit durch bewusste Ablehnung jeglicher Art von Körperkontakt entgegenzutreten. Die Devise des Patienten lautet: Gefühle und Empfindungen *dürfen* nicht vermittelt werden.

Je mehr die Demenz fortschreitet, desto mehr wird die Person mit Demenz zum Gefühlsmenschen. Die Person mit Demenz sucht nach vertrauensvollen Beziehungspartnern, die ihre Gefühle und Bedürfnisse nicht nur wahr- und ernst nehmen, sondern sie auch erfüllen können. Beim gesunden Partner oder bei den Kindern kann die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz auf brüske Ablehnung und Unverständnis stoßen. Da sie die nonverbale Kommunikation oft missverstehen, kommt es zusätzlich zu Fehlinterpretationen (die hochbetagte multimorbide Frau mit Demenz reibt sich zwischen den Beinen, da sie einen juckenden Harnwegsinfekt hat und nicht, weil sie sexuell erregt ist). Gleichzeitig: Wie soll eine hochbetagte multimorbide Person mit Demenz wissen, was die Intimpflege bedeutet (nämlich Reinigung und nicht erlebter Missbrauch).

Lebt die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz in einer Langzeiteinrichtung, wird sie möglicherweise ihr Glück bei einer anderen hochbetagten multimorbiden Person mit Demenz finden. Familienkonflikte sind vorprogrammiert.

## 4. Pflege

Aufgabe des multidisziplinären geriatrischen Teams ist es, die verschiedenen Einstellungen, Normen und Realitäten zu beleuchten und wertneutral zu reflektieren:

- Um welche Situation geht es hier genau?
- Wer hat ein Problem und wer verursacht die Störung? (Die hochbetagte multimorbide Person mit Demenz oder die „Gesunden“?)
- Was, warum und seit wann besteht das Problem? (Gab es womöglich schon immer verschiedene Meinungen über Sexualität in der Partnerschaft?)
- Wann treten die Probleme auf?

Diese Aufgabe kann das Team aber nur erfüllen, wenn Sexualität, Intimität und Zärtlichkeit als Teil des Lebens von der Heimleitung erkannt und bewilligt wird. Die Einstellung der Heimleitung und der Mitarbeiter kommt für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz hier sehr klar zum Ausdruck: Respekt, Toleranz und Akzeptanz oder Stigmatisierung und Tabus: Dürfen hochbetagte multimorbide Patienten mit Demenz sich gegenseitig besuchen? Gibt es Platz für den Austausch von Zärtlichkeiten und Berührungen? Müssen die hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz sich in der Besenkammer verstecken, um nicht mit eisernem Besen ausgekehrt zu werden? Können Ehepaare in Ruhe liebevolle Zärtlichkeiten austauschen oder müssen sie permanent Angst haben, gestört zu werden?

Dass Sexualität mit Wohlbefinden und Lebensqualität zu tun hat, zeigen Studien, die bewiesen haben, dass, wenn hochbetagte multimorbide Patienten mit Demenz ihre Bedürfnisse decken können, sie erstens länger leben und sie zweitens weniger Medikamente brauchen.

Aufgabe des multidisziplinären geriatrischen Teams ist es, hier Offenheit, Nähe, Wärme, Zuwendung, Geborgenheit, Wohlbefinden und Sicherheit zu vermitteln: „Ich nehme DICH wahr, wie DU bist und ICH mag DICH, wie DU bist.“

## Die Subkutantherapie

Auf Palliativstationen wohlbekannt ist die subkutane Verabreichung von Medikamenten. Dies ist eine einfache Methode, die Symptomkontrolle und dadurch Lebensqualität ermöglicht, ohne unnötige lebensverlängernde Maßnahmen zu setzen.

### 1. Indikationen

Die subkutane Therapie sollte unter Berücksichtigung der Vorsichtsmaßnahmen und Kontraindikationen der parenteralen Methode überall dort die Wahl sein, wo der hochbetagte multimorbide Patient nicht stationär aufgenommen ist und keinen venösen Zugang aus anderen Gründen benötigt.

Eine subkutane Therapie erfolgt:

- Wenn die Venen nicht mehr zugänglich sind.
- Für intermittierende Behandlung vierstündlich spritzen oder bei Bedarf öfter.
- Für Dauertherapien mit Spritzen, Pumpen, usw.
- Wenn Medikamente, die per os gegeben werden, nicht mehr ausreichen oder nicht mehr genommen werden können.

Als Hindernisse können genannt werden:

- Mechanische Dysphagien
- Dysphagien durch Mund- und Pharynxentzündungen
- HNO- und Ösophaguskrebs
- Schleimhautentzündungen, Mundgeschwür, Schluckbeschwerden
- Ösophagotrachealfistel (pathologische Speiseröhren-Luftröhrenverbindung)
- Neurologische Beschwerden, „sich verschlucken“
- Unkontrollierbares Erbrechen (z. B. bei Subileus),
- Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit, Koma, Terminalstadium
- Die subkutane Rehydratation (Hypodermoclysis) mit festdefinierter Menge dient hier der Förderung des Wohlbefindens des Patienten, z. B. bei metabolischen Störungen, Fieber und Infektionen.

- Wenn per os zu verabreichende Medikamente nicht rektal gegeben werden können,
  - weil der Arzneistoff rektal nicht resorbiert wird;
  - bei rektalem, chirurgischem Eingriff, bei rektaler Tumormasse;
  - bei Durchfall, Stuhlinkontinenz, bei rektaler Schleimhautproblematik.

Die subkutane Rehydratation wird hier für eine gezielte Symptomlinderung in der letzten Lebensphase eingesetzt.

Die subkutane Verabreichung ist der intravenösen vorzuziehen, wenn

- Venen kaum auffindbar sind;
- die Gefahr einer Lymphgefäßentzündung bzw. Probleme mit durchlässigen Venen bestehen.

### Für kombinierte Therapien

Viele Medikamente eignen sich für eine subkutane Therapie. Metamizol, Metoclopramid oder Haloperidol können zum Beispiel in Kombination mit Opioiden subkutan verabreicht werden. Es gibt Kompatibilitäten, aber auch Inkompatibilitäten. Einige Medikamente sollten nur als Bolus gegeben werden. Es ist Aufgabe des Arztes, sich zu informieren.

Verschiedene Medikamente können entweder intermittierend oder als Dauertherapie verabreicht werden.

## 2. Kontraindikationen

Die absolute Kontraindikation ist begrenzt auf diffuse Hautinfektionen. Koagulationsstörungen bzw. Antikoagulantientherapien sind relative Kontraindikationen. Man sollte auch nicht in eine ödematöse bzw. Papierhautgehend injizieren (Infektionsgefahr und schlechte Resorption). Berücksichtigen sollte man,

- dass die subkutane Gabe von Medikamenten unter Schockzustand oft zu schlechter Resorption durch nicht ausreichende Hautdurchblutung führt;
- dass bei hochbetagten multimorbiden Patienten, die eine Kachexie haben, die Resorption der Wirksubstanzen nicht gewährleistet ist<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel pharmakologische Methoden der Schmerztherapie

### 3. Die Vorteile

- Verringerung der wiederholten Injektion (manchmal 8 bis 12 Mal am Tag) und, als Folge davon, Vermeiden des sich wiederholenden Stichschmerzes.
- Die 4-stündliche Medikamentengabe kann stattfinden, ohne den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz dafür aufwecken zu müssen. (Viele Schwestern würden gern die Spritze weglassen, um den hochbetagten multimorbiden Patienten nicht aufwecken zu müssen?!)
- Die Suche nach einem Venenzugang bzw. das Erhalten eines durchgängigen Venenzugangs fällt weg.
- Durch die Dauertherapie wird ein stabiler Blutspiegel erreicht ohne Über- bzw. Unterdosierung. Dadurch treten eine geringere Nebenwirkungsrate und ein niedrigerer Analgetikabedarf auf.
- Hämatomvermeidung, besonders bei Patienten, die unter Thrombopenie leiden. Keine Phlebitiden.
- Vereinfachung der Hausbetreuung und Bewahrung der Mündigkeit des Patienten (Entscheidungsmöglichkeit über Bolus-Gabe).
- Die Pflegenden werden von fixen Gabe-Uhrzeiten und dem Druck, der dadurch entstehen kann, befreit. Sie können sich anderwärtig mit dem hochbetagten multimorbiden Patienten beschäftigen.
- Keine Gefahr von Lungenödemen
- Gezielte Schmerz- und Symptomverminderung
- Die subkutane Therapie ist kostengünstig.

### 4. Mögliche Probleme

Die Probleme, die während einer intermittierenden Verabreichung entstehen können, sind:

- Schmerzen während der Medikamentengabe (zu schnelle Gabe, Reiz erzeugende Substanzen)
- Verhärtung
- Ödem
- Rötung: Resorptionsverminderung der Medikamente; Auslaufen von Flüssigkeit aus der Einstichstelle unter dem Verband.

Die genauen Ursachen für diese lokalen Reaktionen sind noch unbekannt: „feine Glassplitter“, aseptische Fettnekrose, lokale Medikamententoxizität, hyper- oder hypotone Lösungen, Nadelallergie, etc. Die Nadelallergie ist in Erwägung zu ziehen, wenn die lokale Reaktion in den

ersten zwölf Stunden nach einer reinen Morphininfusion auftritt. Eine Lösung mit einem niedrigen pH-Wert scheint nicht in jedem Fall eine Ursache zu sein, wenn die Flüssigkeitsmenge niedrig ist (0,3 bis 1 ml/h).

Ob prinzipiell die Gabe von Hyaluronidase diese lokalen Hautreaktionen verhindern könnte, wird sehr unterschiedlich bewertet.

Schwierigkeiten bei dauernder Verabreichung von Substanzen können technische Probleme mit der Pumpe bzw. mit dem Infusionsbesteck sein. Man muss die Infusions-Geschwindigkeit regelmäßig kontrollieren.



## 5. Informationen für den Patienten und seine Familie

Es ist wichtig, dem Patienten zu erklären, welche Vorteile er von dieser Art der Therapie erwarten kann. Der Übergang von per-os-Therapie zur s.c.-Therapie kann mit Angst verbunden sein. Patienten glauben manchmal, dass dies eine Verschlechterung ihres Zustandes bedeutet, sowie eine Verminderung ihrer Selbstständigkeit. Genau das Gegenteil ist der Fall. Der Patient kann sich mit seiner Pumpe problemlos bewegen und kann selber entscheiden, wann er eine Zusatzdosierung braucht. Diese „Patient-Controlled-Analgesia“-Therapie ermöglicht eine Schmerzbekämpfung von hoher Qualität und eine Schmerztherapie, die den schmerzhaften Momenten des Alltags angepasst ist (Verbandswechsel, Lagerung, Körperpflege, aber auch Familienfeiern, Termine, etc.).

Der Patient soll wissen, wie die Pumpe funktioniert.

## Schmerzbekämpfung vor schmerzhafter Pflege

Vor jeder schmerzhaften Prozedur sollte der hochbetagte multimorbide Patient, besonders wenn er Demenz hat, schmerzstillende Mittel bekommen. Die Schmerztherapie ist abhängig:

- Von der Dauer. So weit es möglich ist und so weit der Zustand des hochbetagten multimorbiden Patienten es zulässt, sollte man alle schmerzhaften Handlungen wie Waschen, Einlagen oder Verband Wechseln, Einlauf Verabreichen, Lagerung oder Mobilisation optimal organisieren.
- Von der Dauerschmerztherapie: Was kann zusätzlich geben werden?
- Von den medizinischen Voraussetzungen: Wie sind die Nieren- oder Leberfunktionen?
- Vom Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten: Was ist **für ihn** wichtig?
- Vom Pflegeziel: Was will ich mit meiner Pflege erreichen?
- Vom Pflegeplan:
  - Wie werde ich vorgehen?
  - Was benötige ich dafür?
  - Wie lange brauche ich?

Die Planung soll so exakt sein, dass ein Unterbrechen der Durchführung verhindert wird.<sup>1</sup>

- Vom Komfort des Pflegenden:
  - Wie kann ich am besten arbeiten?
  - Wie kann ich meine Pflegewünsche mit den Wünschen des hochbetagten multimorbiden Patienten koordinieren?

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Dekubitus.

## Verwirrtheit – Unruhe

Verwirrtheit, Agitation und akuter Erregungszustand sind verbreitete und beängstigende Geisteszustände, die mit Trübung der Gedanken, Desorientierung, Verständnis- und Gedächtnisstörungen einhergehen. Es handelt sich u. a. um ein organisches Hirnsyndrom, das akut oder chronisch sein kann. Achtung: Verängstigte schwerhörige Patienten sind nicht, wie oft angenommen, unbedingt verwirrt!

### 1. Auslöser

Diese können mannigfaltig sein und sind meistens multidimensional:

#### 1.1 Ungewohnte Reize

- Zu warm oder zu kalt
- Unter- oder Überstimulierung
- Volle Blase, Harnretention oder volles Rektum
- Schmerzen, Pruritus, Übelkeit, Dehydratation, usw.

#### 1.2 Umgebungsveränderungen

- Verlassen der gewohnten Umgebung, besonders bei sensorischen Defiziten (Seh- und/oder Hörstörungen)
- Eine Änderung der Bettstellung verursacht Schlafmangel
- Bettlägerigkeit
- Abteilungswechsel, Verlust von Bettnachbarn, usw.

#### 1.3 Stoffwechselstörungen

- Urämie, Hyperkalzämie
- Dehydratation
- Hypoxie, Hyponatriämie, Hypoglykämie
- Leber- oder Nierenfunktionsstörung
- Septische Toxizität
- Hohes Fieber z.B. bei Lungenentzündung, Septikämie/Sepsis
- Mangelerscheinungen wie Avitaminosen, Hormonstörungen, usw.

### 1.4 Tumorbedingte Funktionsstörungen

- Von bestimmten Organsystemen
- Hirnmetastasen, Hirnblutung

### 1.5 Psychische Störungen

- Depression, Angstzustände
- Schizophrenie und schizo-affektive Zustände

### 1.6 Nebenwirkungen von Medikamenten

- Narkotika, Phenothiazine, Barbiturate, Benzodiazepine, Steroide
- Medikamente bei Parkinson
- Digoxin, H<sub>2</sub>-Blocker
- Opioidtoxizität: Die gleichzeitige Gabe von NSAID oder ACE-Hemmern mit Opioiden kann zu Niereninsuffizienz führen. Dies kann eine Opioidmetaboliten-Akkumulation und Verwirrheitszustände zur Folge haben.
- Paradoxe Reaktion auf Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

### 1.7 Entzug

- Alkohol
- Barbiturate, Benzodiazepine, Opioid, Glukokortikoid, usw.

### 1.8 Andere Gehirnerkrankungen

- Morbus Alzheimer, Demenz, zerebrovaskuläre Störungen, Parkinsonsyndrom, Epilepsie
- Komplikationen von AIDS, etc.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Verwirrtheit, Depression, Demenz, Angst, Schmerzepisoden durch Psychometrie sowie zwischen Verwirrtheit und Akathisie soll stattfinden. Akathisie ist ein isolierter Drang, herumzulaufen und die Unfähigkeit, ruhig zu sitzen aufgrund einer extrapyramidalen Systemstörung.



## 2. Therapien

Ziel der Therapie sollte sein, die große Belastung zu lindern, die durch die Unruhe für den Patienten entsteht. Was ist jetzt *für ihn* wichtig? Wie erlebt er jetzt seine Situation? Das Ziel sollte sein, in eine Ich-Du-Beziehung (Martin Buber) zu treten. Dies bedeutet, dass die Pflegepersonen lernen müssen, die Sprache des Patienten zu verstehen.

- Da-Sein.
- Vertraute Umgebung und Beziehungen schaffen (so weit es möglich ist, zwei oder drei Bezugspersonen einsetzen)
- Basale Stimulation®, Validation und Kamillenkissen wirken beruhigend und entspannend und lindern die Angst.
- Sich Zeit nehmen, in Ruhe arbeiten, sich dem Rhythmus des Patienten anpassen, Zeit (und Offenheit) für offene Gespräche nehmen
- Für Ruhe, ein Einzelzimmer und Anwesenheit eines Angehörigen sorgen, der Geborgenheit, Ruhe und Sicherheit vermittelt
- Ein Nachtlicht hilft zur Orientierung. Soll die Zimmertür offen bleiben, um Sicherheit zu vermitteln?
- Gute Aufklärung und Schulung der Angehörigen und des Personals sind notwendig, um Ur-Ängste abzubauen.
- Überprüfung der Medikamente und Laborwerte hinsichtlich Infektionsanhaltspunkten und möglicher Dehydratation
- Medikamente:<sup>1</sup>
- Indikation, Verträglichkeit und Kontra-Indikationen sollten vor dem Einsatz gut überlegt werden:
  - Glukokortikoid: Dexamethason bei Ödemen
  - Haloperidol als antipsychotisches Neuroleptikum (Butyrophenon-Derivat) bei Halluzinationen und Wahnideen
  - Levopromazin, Chlorpromazin, Periciazin als Neuroleptikum (Phenothiazin-Derivat)
  - Melperon und Pipamperon (Butyrophenon-Neuroleptikum)
  - Clomethiazol (Antikonvulsivum und Neuroleptikum)
  - Diazepam (Benzodiazepin)
  - Midazolam ist sehr stark sedierend (ist ein Benzodiazepin-Derivat, Tranquillans)
  - Lorazepam bei ausgeprägter Agitiertheit (ist ein Benzodiazepin-Derivat, Tranquillans)

Midazolam und Haloperidol können mit Morphin in einer Pumpe gegeben werden.

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Angst und Depression

## Zum Abschluss

Der chronische Schmerz wird oft von Pflegenden und Ärzten unterschätzt, obwohl seine Linderung ein therapeutisches Muss ist und es heutzutage genug wirksame Mittel gibt. Schmerz ist meistens nicht unabwendbar. Es ist die Aufgabe aller Pflegenden, dem Schmerz vorzubeugen, auf ihn zu achten und ihn gut einzuschätzen, um eine adäquate, d. h. effiziente, flexible und für den Patienten so wenig wie möglich belastende Therapie einsetzen zu können.

Medikamente bringen eine reale Verbesserung, wenn sie mit einer qualifizierten Pflege und einer aufrechten Beziehung kombiniert sind. Krankheit an sich darf nicht demütigend sein. Demütigung wird durch menschliche Beziehungen verursacht, nicht durch die Krankheit an sich. Das heißt, Kranksein kann zu Beziehungen führen, die für den hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz demütigend sind, und von daher muss eine gute Pflege unter allen Umständen Achtung vor dem kranken Menschen bekunden und seine Würde bewahren.

Der physische Schmerz tritt nie isoliert auf. Der schmerzgeplagte hochbetagte multimorbide Patient leidet an Körper und Seele. Er erwartet von den Pflegenden einfühlsame Fachkenntnis, die es ihm erlaubt, als Mensch bis zum Lebensende anerkannt zu werden.

Das ICH der Person mit Demenz braucht ein wertschätzendes DU, um leben zu können, ein DU, das die Persönlichkeit des ICHS widerspiegelt. Nur so hat es die Möglichkeit, Person zu sein, eine Person, – deren eine Eigenschaft es ist, Demenz zu haben, – eine einzigartige einmalige Person, die selbstverständlich teilhaben und teilnehmen kann an unserer Gesellschaft.

Die Person mit Demenz braucht keine elektronische Pflegeperson. Sie bedarf eines Menschen mit Händen, Beinen und einem wachen menschlichen Kopf, der sich um den Patienten bemüht, dem anderen das Recht zu geben, zu leben.

„... Verlassen sind wir doch  
wie verwirrte Kinder im Walde.  
Wenn Du vor mir stehst und mich ansiehst,  
was weißt Du von den Schmerzen,  
die in mir sind und was weiß ich von den Deinen.  
Und wenn ich mich vor Dir  
niederwerfen würde und weinen und erzählen,  
was wüsstest Du von mir mehr als von der Hölle,  
wenn Dir jemand erzählt, sie ist heiß und fürchterlich.  
Schon darum sollten wir Menschen voreinander  
so ehrfürchtig,  
so nachdenklich,  
so liebend stehn wie vor dem Eingang zur Hölle.“

Brief von Franz Kafka an Oskar Pollak, 8. November 1903<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Formatierung wurde von der Autorin verändert

## DYSPNOE – Atemnot

Das Atmen ist ein ständiges Nehmen und Geben zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Beziehung gehört mit zu ihrem Wesen: ohne sie kein Leben, kein Mensch und keine Kultur.

„Das Schlimmste für mich wäre, auf andere angewiesen zu sein.“ Das hören wir oft. Aber ist es nicht eine Illusion zu glauben, wir könnten ohne Atmen, ohne Nehmen und Geben, ohne Beziehungen leben? Hier könnten wir möglicherweise von „spiritueller Dyspnoe“ reden.

Der Begriff Dyspnoe beschreibt eine subjektive Empfindung und wird für verschiedene Symptome verwendet: Polypnoe, Kussmaul'sche-Atmung oder Cheyne-Stokes-Atmung und die echte Dyspnoe. Bei der echten Dyspnoe leidet der hochbetagte multimorbide Patient an Luft-hunger und Beklemmungsgefühlen. Man unterscheidet zwischen inspi-ratorischer und expiratorischer Dyspnoe, Arbeits- oder Ruhedyspnoe.

In den letzten 24 Stunden vor dem Tod leiden zirka 80 % der Patienten unter Atemnot. Das bereitet große Schwierigkeiten bei der Betreuung Sterbender. Spürt der hochbetagte multimorbide Patient, dass er nicht genügend Luft bekommt, dann verstärkt die Angst vor dem Ersticken die Ateminsuffizienz. Der hochbetagte multimorbide Patient wird unru-hig, atmet ineffizient durch Nase und Mund, versucht den Oberkörper aufzurichten und beansprucht viel zu viel die Atemhilfsmuskulatur. Dies verstärkt die Erschöpfung und die Dyspnoe. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Die Dyspnoe gehört zu den meist gefürchteten Sym-ptomen.

### 1. Symptome

- Zyanose an den Lippen und unter den Nägeln
- Unruhe, Kurzatmigkeit, Tachykardie, Atemgeräusche
- Todesangst, Panik besonders bei hochbetagten multimorbiden Pati-enten mit Demenz, die verbal ihre Angstgefühle nicht mehr ausdrü-cken können. Sie fühlen sich vollkommen einem Symptom ausgelie-fert, das sie nicht verstehen können und das sie „übrumpelt“. Es ist ein Gefühl der vollkommenen Hilflosigkeit.
- Die Dyspnoe beeinträchtigt alle Aktivitäten des täglichen Lebens

## 2. Ursachen

Zunächst müssen die Ursachen der Dysпноe geklärt werden:

- Pleuraerguss, Perikarderguss, Pneumonie, Lungenembolie
- Extreme Schwäche der Atemmuskulatur bei Kachexie
- Polymorbidität wie Asthma, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Atemwegs-Erkrankung, obere Luftwegstenose
- Atemwegserkrankungen, die mit einer akuten Abnahme der Sauerstoffsättigung (Hypoxämie) oder mit einer akuten Zunahme des Kohlendioxyds (Hyperkapnie) einhergehen, führen oft zu einer Ruhedysпноe. Chronische Hypoxämie oder chronische Hyperkapnie führen dafür selten zu einer Ruhedysпноe.
- Anämie, Stoffwechselerkrankungen, Schmerzen
- Gastroösophagealer Reflex, Aszites, Obstipation, Harnverhalten und Niereninsuffizienz
- Muskelatrophien und Lähmungen, ALS, rheumatologisch-orthopädische Erkrankungen
- Reizung des äußeren Gehörganges, Hirndruck
- ACE-Hemmer Medikamente, Diuretika, Digoxin
- Angst, Isolation, Trauer über Verluste, Unsicherheit über die Zukunft, über den Tod
- Einengung durch Angehörige
- Bei plötzlich auftretender Atemnot können neue Erkrankungen zugrunde liegen.

## 3. Therapie

Ziel der Therapie muss eine möglichst lange zu erhaltende, hohe Lebensqualität sein. Beide Aspekte der Atemnot müssen Ziel der Therapie sein: die Wahrnehmung der Atemnot durch den hochbetagten multimorbiden Patienten und die Reaktion auf die Atemnot, die Reaktion des Patienten, aber auch die der Familie und der Pflegenden. Die beste Medizin ist eine vertrauensvolle einfühlsame Beziehung eingebettet in einer fachlichen Kompetenz. Nichts kann in dieser Situation die Anwesenheit einer empathischen Person ersetzen.

### 3.1 Pflegerische Maßnahmen

Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist es, den hochbetagten multimorbiden Patienten, so lang er kognitiv dazu in der Lage ist, zu instruieren und mit ihm das Selbstmanagement der akuten Atemnot einzuüben. Damit kann die Todesangst vor der nächsten Attacke reduziert werden.

- Hilfspersonen im Umfeld aussuchen, mit einbeziehen und instruieren
- Die beste Körperposition bei Atemnot suchen und einnehmen lassen
- Sollte Sauerstoff subjektiv eine Hilfe sein, dann Sauerstoff über eine Maske oder eine Sauerstoffbrille, die der Patient selbst zum Mund hält oder anlegt, installieren (für und gegen Sauerstoffzufuhr → siehe unten).

Leider können hochbetagte multimorbide Patienten mit Demenz diese Vorbereitung auf die nächste Attacke kognitiv nicht mehr aufnehmen. Sie können aber mit ihrer Bezugsperson langsam, tief und richtig atmen. Die Anwesenheit einer geschulten Bezugsperson, die ruhig atmet und Ruhe ausstrahlt, lindert die Angst vor der Atemnot. Hier ist die Basale Stimulation® als Unterstützung der Atmung sehr hilfreich.

Gerade hier ist eine intensive psychische Betreuung durch das Team neben dem pharmakologischen Wissen entscheidend. Alle betroffenen hochbetagten multimorbiden Patienten haben Angst, durch Ersticken oder Asphyxie zu Tode zu kommen. Man sollte keine Mühe scheuen und alles tun, was die Angst des hochbetagten multimorbiden Patienten mindern oder beseitigen kann.

- Man muss beobachten, welche Situationen die Atemnot beim hochbetagten multimorbiden Patienten mit Demenz verstärken, wie zum Beispiel der Besuch von bestimmten Personen oder bestimmte Aktivitäten. Dies sollte man direkt ansprechen und gemeinsam Lösungen suchen.
- Zuhause sollen folgende Fragen geklärt werden: Ist das Treppensteigen möglich? Können Sie sich selber anziehen? Ist Mobilität in der Wohnung bzw. außerhalb der Wohnung möglich? Müssen Sie nach wenigen Minuten eine Pause einlegen? Spüren Sie eine Atemnot nur bei großen Anstrengungen oder dauernd? Die Fragen helfen, die Situation besser einzuschätzen. Eine Atemnot zuhause ist eine extrem belastende Situation sowohl für den hochbetagten multimorbiden Patienten als auch für seine Angehörigen. Wenn der hochbetagte multimorbide Patient mit Demenz die Fragen selber nicht mehr verbal beantworten kann, wissen die pflegenden Angehörigen sehr gut Bescheid über die Reaktion auf die Atemnot. Die Pflegeperson selbst soll ihre Beobachtungsgabe einsetzen, um die emotionale Wahrnehmung der Atemnot zu erkennen und diese auf der Gefühlsebene ansprechen zu können: Validation nach Naomi Feil® einsetzen.
- Wie erlebt der hochbetagte multimorbide Patient die Dyspnoe? Auf Wortwahl, Mimik, Gestik und Tonfall genau achten. Ängste müssen erkannt und angesprochen werden. Dyspnoe ist wie Schmerz. Man könnte den Satz von McCaffery auf die Dyspnoe übertragen: Die Dyspnoe ist das, was die Person darüber sagt – und existiert jedes

Mal, wenn sie es sagt. Dysпное ist eine subjektive, multidimensionale Empfindung.

- Der hochbetagte multimorbide Patient braucht eine beruhigende Umgebung und die Gewissheit, nicht allein gelassen zu werden: Basale Stimulation®, Validation nach Naomi Feil® können hier Ruhe, Geborgenheit und Sicherheit vermitteln.
- Die Pflegenden lagern den hochbetagten multimorbiden Patienten so bequem wie nur möglich, sodass er frei und körperlich entspannt atmen kann: Kissen oder Luftballone unter die Arme geben. Zu viele Lagerungshilfen vermeiden, da sie einengend wirken können.
- Lüften ist eine Pflegehandlung; es zu vernachlässigen, ist folglich ein Pflegefehler! Ein Tischventilator wird manchmal als angenehm (manchmal als störend) empfunden. Der Mensch besitzt im Bereich des Nervus trigeminus Rezeptoren, die durch die Wahrnehmung eines kühlenden Luftstromes positiv beeinflusst werden können.
- Anregungen von Seiten der Physiotherapie zur Atemvertiefung und Belüftung verschiedener Lungenareale.
  - Drehdehnlagerung und Mondlagerung bringen eine verbesserte Belüftung der unteren Lungenareale.
  - Querbett sitzen zur Belüftung der dorsalen Lungenareale.
  - Kontaktatmung: mit Unterstützung an Bauch und Flanken, wenn möglich mit leichtem Widerstand während der Inspiration und unterstützendem Druck während der Expiration.
  - Vibrationen mit der Hand oder einem Massagegerät und Klopfen mit der hohlen Hand ventral und dorsal am Thorax zur Lockerung zähen Schleimes (Stantejsky 2008).
- Durch Atemübungen wird die vorhandene Vitalkapazität ausgeschöpft, z. B. eine bunte Verpackungsschnur am Bettbügel aufhängen und wiederholt daran erinnern, sie „wegzublasen“ oder eine Kerze ausblasen lassen, mit einem Strohhalm Wasser zum Sprudeln bringen, usw., Entspannung, bewusste Bauch-, Brust- und Vollatmung. Weitere Hinweise des Physiotherapeuten bzw. Atemtherapeuten dienen dazu, bewusst zu atmen und die verbliebene Kraft ökonomisch einzusetzen, sodass trotz eingeschränkter Lungenfunktion die Mobilität so lange wie möglich erhalten bleibt. Der Wunsch des hochbetagten multimorbiden Patienten hat hier Vorrang. Will der hochbetagte multimorbide Patient überhaupt noch Übungen?
- Komplementäre Methoden wie Basale Stimulation®, warme Wickel (Vorsicht bei schwachem Kreislaufzustand), Packungen, Umschläge, Vibrations- und Klopfmassage, Einreibungen mit ätherischen Ölen (Vorsicht: Allergiegefahr), Musiktherapie, Visualisierung können Linderung und Entspannung bringen.
- Eine ausgezeichnete Mund- und Lippenpflege und -befeuchtung<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Siehe Kapitel Mundpflege

- Das Aufstellen eines Luftbefeuchters (und nach Wunsch einer Aromalampe) stellt eine einfache Maßnahme zur Verbesserung des Raumklimas dar.

### 3.2 Medizinische Therapie

Eine kausale Therapie ist indiziert, wenn der Nutzen für den hochbetagten multimorbiden Patienten höher ist als die Belastung. Besonders wenn der hochbetagte multimorbide Patient zuhause lebt, *muss* ein Notfallplan für eine akute Dyspnoeattacke erarbeitet und immer wieder mit allen Beteiligten besprochen werden.

- Tritt akut Atemnot auf, so schafft die parenterale Gabe von Opiaten rasche Erleichterung.
- Ist eine kausale Therapie nicht möglich, so versucht man, durch die Gabe von Opiaten allein oder mit Psychopharmaka (Anxiolytika) eine Dissoziation (Trennung) von Hypoxie und dem Gefühl von Lufthunger zu erreichen. Dazu werden die Opiate niedriger als bei der Schmerzbekämpfung dosiert.
- Für und Wider der Sauerstoffzufuhr:
  - Sauerstoffzufuhr ist medizinisch gesehen nicht indiziert
  - Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, wenn die Sauerstoffgabe seinen Leidensdruck vermindert
  - Sauerstoff kann zu Irritationen der Nasenschleimhaut oder Druckulzera an der Nase führen: Eine schonende und behutsame Nasenpflege muss durchgeführt werden
  - Die Sauerstoffmaske erschwert das Sprechen und dadurch die Kommunikation
  - Sauerstoff soll nicht während des Schlafes gegeben werden wegen Hyperkapnie-Gefahr
  - Eine so genannte CO<sub>2</sub>-Narkose hat in der Terminalphase manchmal mehr Vorteile als Nachteile.

Fast alle Medikamente, die das Zentralnervensystem dämpfen, lindern die Atemnot.



## 4. Todesrasseln

Keine medikamentöse Therapie kann das Sicherheits- und Vertrauensgefühl ersetzen, das durch Ruhe, Da-Sein, aktives Zuhören, Empathie und Kompetenz entsteht.

## Verzeichnis der Fachbegriffe

- AEDLs:** Aktivitäten existentieller Erfahrungen des Lebens (Krohwinkel)
- Agnosie:** „Störung des Erkennens“ (Pschyrembel <sup>259</sup>2002, S 102)
- Akathisie:** isolierter Drang, herumzulaufen und Unfähigkeit, ruhig zu sitzen aufgrund einer extrapyramidalen Systemstörung
- Algorhobie:** Angst vor dem Schmerz
- Allodynie:** es kommt zu einer abnormalen Schmerzempfindung durch üblicherweise nicht schmerzauslösende Reize
- Aphasie:** „zentrale Sprachstörung nach weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung“ (Pschyrembel, S 102)
- Apraxie:** „Störung von Handlungen oder Bewegungsabläufen und Unfähigkeit, Gegenstände bei erhaltener Bewegungsfähigkeit, Motilität und Wahrnehmung sinnvoll zu verwenden.“ (Pschyrembel, S 106)
- ATLs:** Aktivitäten des täglichen Lebens
- Atrophie:** Rückbildung eines Organs oder Gewebes wie atrophe Haut aufgrund des Alters, einer Mangelernährung, etc.
- AV-Block:** Atrioventrikulärer Block
- Blasentenesmen:** beständiger schmerzhafter Harndrang
- BPSD:** Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Verhaltensstörungen wie Sundowning
- Drooling:** Nahrungsaustritt aus der Mundhöhle bei insuffizientem Lip-penschluss
- DSM:** Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
- Dysästhesie:** eine abnorme Sensation, die vom Patienten als Missempfindung bewertet wird
- Dyskinesie:** „motorische Fehlfunktion; Bezeichnung für Bewegungsstörungen“ (Pschyrembel S 400). Meist sind sie medikamentös induziert.
- Galenik:** die Wissenschaft von der Zubereitung von Arzneimitteln aus Arznei- und Hilfsstoffen (Pschyrembel, S 561)
- Hirnatrophie:** Abbau der Gehirnmasse
- Höflichkeitsstigmas/Stigmas durch Assoziation; courtesy stigma/stigma by association“ sind:** pflegende Angehörigen ergeben sich freundlich und vermeiden den Kontakt
- Hyperpathie:** „Überempfindlichkeit für sensible Reize bei gleichzeitig jedoch erhöhter Reizschwelle.“ (Pschyrembel, S 748).
- Hypodermoclysis:** subkutane Rehydratation

**ICD:** International Classification of Diseases

**Inzidenz:** „Anzahl der neuen Fälle über einen bestimmten Zeitraum und die Verteilung einer bestimmten psychischen Störung in einer bestimmten Population.“ (Comer, 1995, S 63)

**Intrinsischer Ursprung:** Innerhalb der Person mit Demenz selbst

**Karnofsky-Index:** so genannter Aktivitätsindex

**Koprostase:** Kotstauung im Dickdarm evtl. mit Koprombildung (verhärteter Stuhl, Fäkulom) (Psychyrembel, S 896)

**MCI:** Mild Cognitive Impairment ; leichte kognitive Störung

**Miosis:** Verkleinerung der Pupille

**NaSSA:** Noradrenalin und spezifisch serotonerges Antidepressivum

**NSAID:** Nicht-steroidale-anti-inflammatorische/rheumatische Drogen  
= NSARs

**Odynophagie:** Schmerzen beim Schlucken

**Panikattacken:** oft aufgrund von Fehlidentifikation von Situationen und Personen (TV-Sign; Mirror-Sign, Capgas-Syndrom, Phantom-Border-Syndrom)

**Pharmakodynamik:** untersucht die Synergien und Antagonismus der Arzneimittelwirkungen auf den Organismus

**Pharmakokinetik:** untersucht die Resorption, die Verteilung, die Metabolisierung und die Ausscheidung von Arzneisubstanzen

**Pollakisurie:** häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen bei fast leerer Harnblase

**Prävalenzrate:** „Gesamtzahl aller Fälle in einer Population über einen bestimmten Zeitraum“ (Comer, 1995, S 63).

**Reminiszenztherapie:** wird als Akt des Erinnerns über vergangene Erfahrungen definiert

**SARI:** Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer

**SNRI:** Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer

**SSRI:** Selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer

„**Wandering**“: Umherirren

## Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin A (2003)** Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg) Das Originäre der Pflege entdecken. Mabuse, Frankfurt am Main
- American Psychiatric Association (1996)** Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM IV. Beltz, Weinheim
- Antonovsky A (1997)** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT, Tübingen
- Artl S, Hornung J (2008)** The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 604–610
- Ärulv L, Nikku N (2007)** Dignity work in dementia care: Sketching a microethical analysis. *Dementia* 6: 507–525
- Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg) (2004)** Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Bd 6, 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) (2006)** Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- AWMF (2004)** Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: AWMF Leitlinienregister Nr. 073/014. *Aktuel Ernähr Med* 29: 198–225. Siehe auch: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>, 18.12.2008.
- Bartholomeyczik S, Nonn CI (Hrsg) (2005)** Fokus: Epidemiologie und Alter. Wittener Schriftreihe, Witten
- Bauer J (2008)** Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Heyne, München
- Bausewein C, Remi C, Twycross RG (2005)** Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin. Elsevier, Urban & Vogel, München
- Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg) (2004)** Leitfaden Palliativmedizin, 2. Aufl. Urban und Fischer, München
- Benoit M, Andrieu S, et al (2008)** Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotic prescription. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 409–414

- Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen (2005)** Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf
- Bienstein Ch, Fröhlich A (2007)** Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen, 4. Aufl. Kallmeyer, Seelze-Velber
- Bischofberger I (2005)** Am Assessment führt kein Weg vorbei. Krankenpflege 6: 18–21
- Bischofberger I, Bislimi R, et al (2005)** Positionspapier. Assessmentinstrumente in der Pflege an dem Beispiel Schmerz. Publikation der WE'G Aarau
- Black K (1997)** The development of services for people with dementia. Appendix A:4, Lanarkshire Health Board
- Böhmer F, Rhomberg H, Weber E (Hrsg) (2002)** Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte, Wien
- Böhmer F (2007)** Einleitung. In: Lepori: Miniatlas. Erkrankungen des Alters
- Borker S (2002)** Nahrungsverweigerung in der Pflege. Hans Huber, Bern
- Bourbonnais A, Ducharme F (2008)** Screaming in elderly persons with dementia: A critical review of literature. Dementia 782: 205–225
- Breitbart W, Heller KS (2003)** Reframing hope: meaning-centred care for patients near the end of life. J Palliat Med 6: 979–988
- Bubler E (2002)** Schmerztherapie. In: Böhmer F, Rhomberg H, Weber E (Hrsg) Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte, Wien, S 120–125
- Büche D (2006)** Phänomene der Chronifizierung des Schmerzes. In: Knipping C (Hrsg) Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern, S 156–162
- Büche D (2006)** Pharmakotherapie – Möglichkeiten und Grenzen in der Palliative Care. In: Knipping C (Hrsg) Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern, S 240–246
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (2004)** Ambulante Hospizarbeit: Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit 1. Hospiz Verlag, Wuppertal
- Butler D (2005)** Schmerzen verstehen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Caraceni A, Grassi L (2003)** Delirium. Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, Oxford
- Comer R (1995)** Klinische Psychologie. Spektrum, Heidelberg
- Corbin JM, Strauss A (2004)** Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, 2. Aufl. Hans Huber, Bern

- Crichton J, Koch T (2007)** Living with dementia: Curating self-identity. *Dementia* 6: 365–381
- Das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** schätzte 2002, dass etwa 60 % der Bewohner in der intramuralen Altenpflege eine Demenz haben. (BMFSFJ 2002)
- Das Manifest (2004)** Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. *Gehirn & Geist* 6: 30–37
- Davy MG, Ellis S (2007)** Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. Hans Huber, Bern
- Definition von „Netzwerk ambulant und freiberuflicher Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten (NAMT)“ in: Strobel W, Huppmann G (Hrsg) (1997)** Musiktherapie – Grundlagen, Formen, Möglichkeiten. Hogrefe, Göttingen
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2004)** Pflegeleitlinien
- Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006)** Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2002)** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2005)** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück
- Dichgans J, Diener H-C (Hrsg) (2003)** Therapie und Verlauf neurologischer Krankheiten. Kohlhammer, Stuttgart
- Diener H-C, Maier C (2003)** Das Schmerz Therapie Buch: Medikamentös, interventionell, psychologisch, physikalisch. München: Elsevier, Urban und Fischer, München
- Doenges ME, Frances M, et al (2003)** Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hans Huber, Bern
- Doris A, Ebmeier K, Shajahan P (1999)** Depressive illness. *Lancet* 354:1369–1375
- Doyle D, Hanks G, et al (2004)** Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press, Oxford
- DSM: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (1996)** Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM IV. Beltz, Weinheim
- Edberg A-K, Bird M, et al (2008)** Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Ment Health* 12: 236–243

- Ellershaw J (2003)** Care of the dying. A pathway to excellence. Oxford University Press, Oxford
- Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 4. Aufl. (1999)** dtv, München, S 83
- Ewers M, Schaeffer D (Hrsg) (2005)** Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Hans Huber, Bern
- Eychmüller S (2003)** Der chronifizierte Schmerz. In: Praktische Betrachtungsweise der Schmerzbehandlung. UPSA Pain Institute
- Feichtner A (2006)** Stomatitis und Xerostomie bzw. exulzerierende Tumorzellen. In: Knipping C (Hrsg) Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern
- Feil N (2007)** Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. Reinhardt, München
- Ferrell BR, Coyle N (2006)** Palliative Nursing. Oxford University Press, Oxford
- Flemming D (1995)** Diagnose: Verwirrt. Eine Erzählung. Zeitschrift Altenpflege 9
- Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP (Hrsg) (2004)** Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Friedrich G (2002)** Schluckstörungen. In: Böhmer F, Rhomberg H, Weber E (Hrsg) Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte, Wien, S 439–447
- Fröhlich A (2006)** Basale Stimulation in der Pflege. Das Arbeitsbuch. Kallmeyer, Seelze-Velber
- Frühwald Th (2007)** Delir – Workshop der AGR, Einführungsvortrag
- Fuchs C (2005)** Gibt es auch spirituelle Dyspnoe? Palliative-ch 4: 21–23
- Georg J (2003)** Flüssigkeitsdefizite und Trinkförderung. NOVA 7/8: 11–13
- Georg J (2004)** Beratungsbedarf – Wissensdefizite erkennen und ausgleichen. Pflege aktuell 58: 648–651
- Georg J (2005)** NANDA International. NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005–2006. Hans Huber, Bern
- Georges J, Jansen J, et al (2008)** Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. Int J Geriatr Psychiatry 23: 546–551
- Gitsch G (2002)** Isolierte Tumormarkererhöhung: Staging und/oder Therapieindikation. Berichtband 54. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Düsseldorf, 10.–14. September 2002

- Goffman E (1978)** Asyle: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Haider A, Solish N (2004)** Hyperhidrosis: an approach to diagnosis and management. *Dermatol Nurs* 16: 515–523
- Halek M, Bartholomyczik S (2006)** Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften, Hannover
- Hankemeier U, Krizanits F, Schüle-Hein K (Hrsg) (2004)** Tumorschmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hasemann W, Pretta M, Spirig R, et al (2006)** Mehr Handlungsoptionen bei akuter Verwirrtheit. Projekt Delir-Management am Universitäts-spital Basel. *Krankenpflege* 1: 15–17
- Havighurst R (1963)** Successful aging. In: Williams, Tibbits, Donahue (Hrsg) *Process of aging*. Aerton, New York, pp 291–300
- Heller A (2008)** Unsicher sein dürfen. Orientierungen für eine Ethik in der Altenhilfe. *Praxis Palliative Care* 1: 4–7
- Helmchen H, Kanowski S, Lauter H (2006)** Ethik in der Altersmedizin. Kohlhammer Urban, Stuttgart
- Henderson AS (1994)** Dementia. WHO Monograph. Series: Epidemiology of mental disorders and psychosocialproblems. Geneva: WHO
- Hicks-Moore SL, Robinson BA (2008)** Favorite music and hand massage: two interventions to decrease agitation in residents. *Dementia* 7: 95–108
- Hiddemann W, Huber H, Bartram C (2004)** Die Onkologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hofer M, Hess T (2005)** Dyspnoe in der Palliativmedizin: pathophysiologische Konzepte und Therapie. *Palliativ-ch* 4: 5–8
- Höfling W, Brysch E (2007)** Recht und Ethik der Palliativmedizin (Recht – Ethik – Gesundheit). Lit Verlag, Berlin
- Hugel H, et al (2004)** The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *J Pain Sympt Management* 4: 316–321
- Husebø S, Klaschik E (2006)** Palliativmedizin. Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Ilias W (2000)** Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten. *ÖAZ* 20: 40–47
- Inouye SK, Van Dyck CH, et al (1990)** Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 113: 941–948

- Jacoby R, Oppenheimer C (eds) (2002)** Psychiatry in the elderly. Oxford Press, New York
- Jann MW (2000)** Rivastigmine, a new-generation cholinesterase inhibitor for the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy* 20: 1–12
- Jantzen Th, Schnitta T (2001)** ‚Verhaltensauffälligkeit‘ ist eine soziale Konstruktion: Über Vernunftfallen und andere Angriffe auf das Selbst. In: Theunissen G (Hrsg) *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Bad Heilbrunn, S 39–62
- Jarrott SE, Gozali T, et al (2008)** Montessori programming for persons with dementia in the group setting. *Dementia* 7: 109–125
- Kant I (2000)** Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Reclam, Stuttgart
- Karthaus M, Frieler F (2004)** Essen und Trinken am Lebensende. Ernährungstherapie für Krebspatienten in der Palliative Care. *Wien Med Wochenschau* 154: 192–198
- Kearney N, Richardson A (2006)** Nursing patients with cancer. Principles and Practice. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh
- Kern M (2006)** Palliativpflege – Richtlinien und Pflegestandards, 2. Aufl. Pallia Med, Bonn
- Kitwood T, Benson S (1995)** The new culture of dementia care. Hawker, London
- Klaschik E (2005)** Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfaden. Pallia Med, Bonn
- Klaschik E, Husebø S (2003)** Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Klaschik E, Nauck F, Ostgathe C (2003)** Constipation – modern laxative therapy. *Support Care Cancer* 11: 679–685
- Klass D, Silverman P, Nickman S (2001)** Fortgesetzte Bindungen. In: Paul Ch (Hrsg) *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Kloke M, de Stoutz N (2005)** Symptomorientierte onkologische Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Knipping C (Hrsg) (2006)** Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern
- Kojer M (2009)** Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Kolanowski A (1999)** Das NDB-Modell 1999 zitiert in *BMG* 2006
- Kostrzewa S, Kutzner M (2004)** Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Hans Huber, Bern
- Krähenbühl S (2004)** „Start low, go low“. *Pharmakokinetik und -dynamik im Alter. Geriatrie Praxis* 4: 36–39

- Kränzle S, Schmid U, Seeger C (2007)** Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Krebsliga Schweiz (2004)** Gemeinsam gegen Schmerzen. Grundsätze der Schmerztherapie bei Krebs. Krebsliga, Bern
- Krumwiede K H (2003)** Ernährungsberatung in Tumorkachexie: so essen die Patienten besser. *MMW Fortschr Med* 145: 35–38
- Kruse A (1987)** Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter. *Z Gerontologie* 20: 355–366
- Kübler-Ross E (1971)** Interviews mit Sterbenden. Kreuz, Stuttgart
- Kunz R (2008)** Demenzupdate. Unveröffentlichtes Referat. Wien
- Kunz R (2007)** Multimorbidität als Herausforderung. *Nova* 1: 39–41
- Lepori L (2007)** Miniatlas. Erkrankungen des Alters. Medizin Median Austria GmbH
- Likar R, Bernatzky G, Manger-Kogler H, et al (2008)** Schmerztherapie in der Pflege: Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Lindwall M, Rennemark M, et al (2008)** Movement in mind: The relationship of exercise with cognitive status for older adults in the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). *Aging Ment Health* 12: 212–220
- London F (2003)** Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Hans Huber, Bern
- Lott JW (1989)** Developmental care of the preterm infant. *Neonatal Network* 7: 21–28
- Loyd-Williams M (2003)** Psychosocial issues in palliative care. Oxford University Press, Oxford
- Manton KG, Singer BH, Suzman R (1993)** Estimates and projections of dementia-related service expenditures. Forecasting the health of elderly populations. Springer Series in Statistics. Springer, New York, pp 207–238
- McCaffery, Beebe, Latham (1997)** Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin
- Mendes T, Gino S, et al (2008)** Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging Ment Health* 12: 177–182
- Menne H, Whitlatch C (2007)** Decision-making involvement of individuals with dementia. *Gerontologist* 47: 810–819
- Meuret G (2007)** Palliative Home Care Tumorkranker: Ein Kompendium für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige. Kohlhammer, Stuttgart

- Milisen K, De Maesschalck L, Abraham I (2004)** Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen. Modern. Wissenschaftlich. Praktisch. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Mol M, Ruiter R, et al (2008)** A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness: implications for future interventions. *Aging Ment Health* 12: 167–176
- Morita T, Hirai K, et al (2004)** Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 45: 107–113
- Müller-Busch HC (2004)** Sterbende sedieren? *Z Palliativmedizin* 5: 107–112
- Müller-Mundt G (2005)** Chronischer Schmerz. Herausforderung für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Hans Huber, Bern
- Parker R, Janjan N, Selch M (2003)** Radiation oncology for cure and palliation (medical radiology). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Parnetti L, Senin U, Mari D, Zanetti A (1994)** Lack of antibodies to HTLV-II in patients with dementia in Italy. *J Am Geriatr Soc* 42: 113–114
- Paul Ch (Hrsg) (2001)** Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Payne Sh, Seymour J, Ingleton Ch (2004)** Palliative care nursing: principles and evidence for practice. McGraw-Hill, Higher Education
- Pietersma P, Follett-Bick S, et al (2003)** A bedside food cart as an alternate food service for acute and palliative oncological patients. *Support Care Cancer* 11: 611–614
- Pisani M, McNicoll L, Inouye S (2003)** Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clinics Chest Med* 24: 727–737
- Pleschberger S, Heimerl K, Wild M (Hrsg) (2005)** Palliative Pflege – Grundlagen für die Praxis und Unterricht. Faculta, Wien
- Portenoy R K, Buera E (2003)** Issues in palliative care research. Oxford University Press, Oxford
- Powers B, Watson N (2008)** Meaning and practice of palliative care for nursing home residents with dementia at end of life. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 23: 319–325
- Pschyrembel (2002)** Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl. de Gruyter, Berlin
- Psota G (2008)** Demenzupdate. Unveröffentlichtes Referat. Wien
- Radbruch L (2003)** Beprenorphine TDS: use in daily practice, benefits for patients. *Int J Clin Pract [Suppl]* 19

- Rao V, Spiro J, et al (2008)** Insomnia and daytime sleepiness in people with dementia residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 199–206
- Redfern SJ, Ross FM edn, (2004)** *Nursing older people*, 6<sup>th</sup> Churchill Livingstone, London
- Reisberg B (1982)** The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 139: 1136–1139
- Reisberg B (2000)** The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 44: 236–241
- Sachs-Ericsson N, Joiner T, et al (2008)** The influence of lifetime depression on self-reported memory and cognitive problems: Results from the National Comorbidity Survey – Replication. *Aging Ment Health* 12: 183–192
- Schaeffer D (2004)** *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Hans Huber, Bern
- Schreier M (2005)** Positionspapier zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. *Z Printer Net* 7: 423–429
- Schuurmans M (2001)** *Delirium observatie screening (DOS) Schaal (Versie 0–1)*.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2004)** *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien*. SAMW, Basel
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2005)** *Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen vom 25. November 2005*. SAMW, Basel
- Searson R, Hendry A, et al (2008)** Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in cares. *Aging Ment Health* 12: 276–282
- Sloane PD, et al (1999)** Severe disruptive vocalizers. *J Am Geriatrics Soc* 47: 439–445
- Sonneck G (2000)** *Krisenintervention und Suizidverhütung*. UTB/Facultas, Wien
- Specht-Toman M, Tropper D (2007)** *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Stagno D, Stiefel F (2003)** Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Palliative-ch* 1: 8–12
- Stähli A (2003)** *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege. Ein Leitfaden*. Kohlhammer, Stuttgart

- Stantejsky D (2008)** Physiotherapie in der Palliativpflege. Unveröffentlichtes Referat, Wien
- Steel K, et al (2003)** The RAI-PC: An assessment instrument for palliative care in all settings. *Am J Hosp Palliat Care* 20: 211–219
- Steinberg M, Shaho H, et al (2008)** Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: The Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 170–177
- Steindl-Rast D (1988)** Die Achtsamkeit des Herzens. Ein Leben in Kontemplation. Goldmann, München
- Stiefel F, Stagno D (2004)** Management of insomnia in patients with chronic pain conditions. *Drugs* 18: 285–296
- Strasser F, Stanga Z, et al (2004)** Palliation von Appetitverlust und Mangelernährung. *Palliative-ch* 1: 6–15
- Strobel W, Huppmann G (1997)** Musiktherapie – Grundlagen, Formen, Möglichkeiten, 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Strohbücker B (2005)** Schmerzeinschätzung und Dokumentation. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück
- Student JC, Mühlum A, Student von Utb U (2007)** Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Uni-Taschenbücher S, Stuttgart
- Student J C, Napiwotzky A (2007)** Palliative Care: Wahrnehmen – verstehen – Schützen. Pflegepraxis. Thieme, Stuttgart
- Theunissen G, (Hrsg) (2001)** Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bad Heilbrunn
- Trzepacz PT (2000)** Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Semin Clin Neuropsychiatry* 5: 132–148
- Twycross RG (2003)** Itch: scratching more than the surface. *QJM* 96: 7–26
- Van Duijn C (1996)** Epidemiology of the dementias: recent developments and new approaches. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 60: 478–488
- Vikström S, Josehsson S, et al (2008)** Engagement in activities: experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia* 7: 251–270
- Visser SM, Mc Cabe MP, et al (2008)** Managing behavioural symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support. *Aging Ment Health* 12: 47–55

- Volicer L, Hurley A (1998)** Hospice care for patients with advanced progressive dementia. Springer, New York
- Volz R, Bernat J, Borasio G, et al (2004)** Palliative care in neurology. Oxford University Press, Oxford
- Wang J-J (2007)** Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatric* 22: 1235–1240
- Watson R, Green S (2006)** Feeding and dementia: a systematic literature review. *J Adv Nursing* 28 Feb: 86–93
- Weissenberger-Leduc M (2001)** Tiertherapie in der Pflege von Menschen, die unter Demenz leiden. Diplomarbeit, Wien
- Weissenberger-Leduc M (2008)** Handbuch der Palliativpflege, 4. Aufl. Springer, WienNew York
- Werner P, Heinik J (2008)** Stigma by association and Alzheimer's disease. *Aging Ment Health* 12: 92–99
- Wessely P (2002)** Therapie neuropathischer und gemischter Schmerzen in der Geriatrie. In: Böhmer F, Rhomberg H, Weber E (Hrsg) Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte, Wien, S 105–119
- Williams, Tibbits, Donahue (Hrsg) (1963)** Process of aging. Aerton, New York
- WHO – World Health Organization (1990)** Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: Technical Report Series N° 804
- WHO <sup>2</sup>(1993) <sup>4</sup>(2000)** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Hans Huber, Göttingen
- WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) (2001)** Men ageing and health
- WHO (HEN) (2004)** What are the palliative care needs of older people and how might they be met? August 2004, p 5
- Wierlacher A, Neumann G, Teuteberg H (Hrsg) (1997)** Essen und kulturelle Identität. Europäische Perspektiven. Berlin
- Wüllenweber E (2001)** Verhaltensproblem als Bewältigungsstrategie. In: Theunissen G (Hrsg) Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bad Heilbrunn, S 89–103
- Zarit S, Femia E (2008)** A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging Ment Health* 12: 5–13