

# GERONTOPSYCHIATRIE UND PALLIATIVVERSORGUNG ZWEITE ERWEITERTE AUFLAGE

von Heiko Debus



# **Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung**

---

Zweite überarbeitete Auflage

von Heiko Debus

## Impressum

Herausgeber: Deutscher PalliativVerlag  
(Verlag der Deutschen PalliativStiftung), Fulda 2020

2. überarbeitete Auflage  
ISBN 978-3-944530-55-0

Redaktion: Thomas Sitte  
Gestaltung: Wolf-Marcus Haupt

Deutsche PalliativStiftung  
Am Bahnhof 2  
36037 Fulda  
Mail: [info@palliativstiftung.de](mailto:info@palliativstiftung.de)  
Web: [www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de)  
Telefon 0661 4804 9797  
Telefax 0661 4804 9798

## Bildnachweise

Titelbild	Gerald Seemann
S. 7	Klaus Becker
S. 28	Anne-Marie Alsesser
S. 34	Thomas Sitte
S. 38	Christina Lerch
S. 48	Nicole Blauensteiner
S. 56	Gerald Seemann
S. 64	Andreas Gick
S. 89	Astrid Wolfsgruber
S. 92	Tina Plath
S. 95	Andreas Gick
S. 99	Michael Hartwig

## Abbildungsverzeichnis

Abb.1	NRS und VAS Schmerzskala	S. 60
Abb.2	Modifiziertes WHO-Stufenschema	S. 63

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen	S. 21
Tab. 1.2	Einteilung der Demenz nach DSM-V	S. 22
Tab. 1.3	Primäre und sekundäre Symptome einer Demenz nach dem 3-Stadien-Modell	S. 24
Tab. 1.4	Veränderung der Schmerztoleranzgrenze	S. 60
Tab. 1.5	Wundarten	S. 69
Tab. 1.6	Einteilung Wundschmerzen nach WUWHS	S. 73

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
evtl.	eventuell
o. A.	ohne Auflage
o. S.	ohne Seite
S.	Seite
Tab.	Tabelle
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
«Zahl»f	Die angegebene Seitenzahl und die darauf folgende Seite
«Zahl»ff	Die angegebene Seitenzahl und die darauf folgenden Seiten

## Vorwort

In diesem Buch werden die größten Problemstellungen in der Palliative Care bei gerontopsychiatrischen Patienten mit Demenz bearbeitet und Handlungsempfehlungen erstellt. Dies soll dem Leser ermöglichen, bei auftretenden Problemen, eine schnelle Möglichkeit zu haben, einen Einblick in die Thematik zu bekommen, die Handlungsempfehlungen schnell anzuwenden und umsetzen zu können, um die auftretenden Probleme zu lösen.

Im 2. Kapitel wird die Problemstellung dieses Themas beschrieben und die wichtigsten Begriffe definiert sowie die Grundlagen für diese Thematik erläutert. Außerdem beinhaltet dieses Kapitel ein Fallbeispiel, auf das im Verlauf mehrmals zurückgegriffen wird.

Anschließend (3. Kapitel) werden die rechtlichen und ethischen Grundlagen erläutert, es wird dabei auf die Besonderheit der Demenz eingegangen. Außerdem werden prophylaktische Handlungsempfehlungen sowie Handlungsempfehlungen, wenn bereits eine Demenz besteht, erläutert.

Das 4. Kapitel erläutert mögliche auftretende Symptome, beschreibt Besonderheiten bei einer bestehenden Demenz und gibt Handlungsempfehlungen. Im 5. Kapitel zieht der Autor sein Fazit und stellt die wichtigsten Handlungsempfehlungen zusammen.

Das Ziel dieses Buches ist es, den Lesern einen schnellen und übersichtlichen Einblick zu gewähren, um Palliative Care bei Patienten mit Demenz durchführen zu können. Außerdem wird es bei Problemen, die in der Behandlung von sterbenden Menschen mit Demenz auftreten können, einen Leitfaden mit Handlungsempfehlungen darstellen, der neue Ideen für den Leser oder das ganze Betreuungsteam enthält. Des Weiteren enthält es Handlungsempfehlungen für die Selbstpflege der Betreuenden.

Die demographische Entwicklung weist eine erhebliche Zunahme an hochbetagten Menschen auf. Davon sind 1,5 Millionen Demenzerkrankte (Vgl. Förstl 2009). Der Autor dieses Buches arbeitet als pflegerische Stationsleitung auf einer gerontopsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt auf an Demenz erkrankten Menschen. Aus diesem Berufsfeld hat sich, als zusätzliches persönliches Interesse, die professionelle Begleitung von sterbenden Menschen entwickelt. Deshalb hat er zusätzlich 2009 die Fachweiterbildung Palliative Care absolviert. Sterbende Menschen mit Demenz finden zwar immer mehr Aufmerksamkeit, so wird zum Beispiel in diversen Fachmedien das Thema immer

wieder angerissen, aber es kommt gerade erst langsam in den Krankenhäusern und in der häuslichen Versorgung dieser Patienten an. Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Versorgung von sterbenden Menschen mit Demenz sind schwer bis gar nicht zu finden. Der Autor möchte mit diesem Buch dazu beitragen, dass dieses Thema mehr in die Praxis rückt, und den interessierten Pflegenden und Angehörigen einen „Leitfaden“ mit Arbeitsschritten und Arbeitshilfen an die Hand geben, um den an Demenz erkrankten Menschen auch ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Des Weiteren soll dieses Buch für die Praxis Impulse vermitteln – Pflegende (und Angehörige) können nun mal „nicht demenz denken“. Sie sollten aber versuchen sich in diese Patienten hineinzuversetzen und zu verstehen, dass demenzkranke Menschen eine besondere Aufmerksamkeit im Sterbeprozess brauchen.

„Der palliative Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er sich im Rahmen der Sterbebegleitung radikal an den Bedürfnissen des Individuums und an den versorgenden Personen orientiert. Hier finden wir unter anderem auch einen gemeinsamen Nenner in der Hospizarbeit und in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Denn die angestrebten Pflege- und Versorgungsziele sind nur zu erreichen, wenn der Mensch mit Demenz sich in seiner Welt aufgehoben und sicher fühlt“ (Kostrzewa, 2010, S. 17).

Möge dieses Buch allen Beteiligten ein Ratgeber und eine Unterstützung im Umgang mit Palliativ Care und an Demenz erkrankten Menschen sein.

Gießen im Dezember 2020



Heiko Debus



## Vorwort

Dame Cicely Saunders hat auf die Frage, warum sie sich denn besonders für krebserkrankte Sterbende engagiere und nicht auch für die viel größere Zahl von einfach nur hochbetagten und vielfach erkrankten Menschen sinngemäß geantwortet, dass ihr dieser Teil der Arbeit schon schwierig genug sei und das neue Feld ein zu große Herausforderung sei.

Nun, das ist rund 50 Jahre her und sie hat es zu einer Zeit gesagt, als man noch dachte, es gehe nur darum den Tagen mehr Leben zu geben und nicht zugleich auch dem Leben mehr Tage. Heute wird wesentlich weiter. Wir wissen, dass durch gute, symptomorientierte Behandlung, die nicht über das sorgfältig gesetzte Ziel hinausschießt durchaus die Lebensqualität ganz entscheidend verbessert und durch diese Verbesserung gleichzeitig das Leben verlängert werden kann.

Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung. Welche gemeinsamen Herausforderungen haben diese beiden, für weniger Erfahrene sehr schwierigen Gebiete der medizinischen Versorgung im letzten Lebensabschnitt. Gerade die gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind oft für Beteiligte als Angehörige oder beruflich Versorgende relativ angstsbesetzt. Der Mensch, den man schon viele, viele Jahre kennt, hat sich nicht nur körperlich wesentlich verändert, auch sein Wesen ist völlig anders geworden. Sei dies gekennzeichnet durch ausgeprägte Gedächtnisverluste, durch den Verlust geistiger Fähigkeiten, Einschränkungen des Denkens oder auch einfacher körperlicher Fertigkeiten, wie Körperpflege, Gehen, Kauen, Schlucken und vielem mehr. Am Belastendsten sind wohl die charakterlichen Änderungen, wenn zum Beispiel ein einstmal sehr liebenswerter, freundlicher Mensch unbeherrscht und aggressiv wird ohne dass man dies nachvollziehen kann oder angemessen darauf zu reagieren vermag.

Heiko Debus gibt mit seinem Buch nach gut verständlichen, theoretischen Erklärungen sehr praxisnahe und praxisrelevante Hinweise als eine Leitschnur für die langfristige Begleitung solcher Patienten, insbesondere mit auch schwerer Demenz. Dabei werden trotz des gut überschaubaren Umfangs alle Aspekte berücksichtigt, die Angehörige und beruflich Begleitende interessieren werden. Auch auf oft ausgeklammerte Fragen aus rechtlicher Sicht wird eingegangen. Was muss eigentlich gemacht werden, was darf sein, was darf

(nicht) sein? Schwierige Entscheidungen sind zu treffen, wenn ein Patient in der Kommunikation und in der Entscheidungsfindung immer mehr eingeschränkt wird. Demenz ist eine der großen Ängste des modernen Menschen. Wer möchte schon dement werden, wer möchte dement sein. Zunehmend nehmen sich Menschen aus Angst vor Demenz das Leben. Prominente Beispiele, wie Gunter Sachs führen durch den Werther-Effekt zu Nachahmern. In der Schweiz kann man sich mit der Diagnose Demenz in einem frühen Stadium durch Suizidbeihilfe gefördert das Leben nehmen (lassen). Also nur dann, wenn es noch recht gut geht, man noch recht zufrieden mit der eigenen Situation ist, aber nicht mehr, wenn man die Lebensphase erreicht hat, die man doch nicht erreichen will. Der furchtbare Begriff des „sozialverträglichen Frühablebens“ kommt mir hierbei immer wieder in den Sinn.

Was können, was müssen wir tun, um Frühableben aus Furcht vor kommender Demenz zu verhindern? Einfache Antworten hierauf können wir nicht erwarten. Aber doch Hilfen beim Nachdenken. Hilfen zur Entscheidung.



Thomas Sitte





## Inhaltsverzeichnis

Vorwort Heiko Debus.....	S 4
Vorwort Thomas Sitte.....	S 6
<b>1 Vorschläge für die Vorsorge und Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Corona-Krise.....</b>	<b>S 10</b>
1.1 Auswirkungen, neue Situationen bzw. Phänomene.....	S 10
1.2 Herausforderungen.....	S 12
1.3 Ideen, Lösungsansätze, neue Möglichkeiten.....	S 13
<b>2 Einleitung.....</b>	<b>S 20</b>
2.1 Problemstellung.....	S 20
2.2 Definition und Epidemiologie der Demenz.....	S 20
2.3 Einleitung und Symptomatik der Demenz.....	S 22
2.3.1 Klassifikation nach DSM-V.....	S 22
2.3.2 Einteilung nach dem 3-Stadien-Modell.....	S 24
2.4 Verhalten gegenüber Demenzerkrankten.....	S 25
2.5 Definition Palliative Care.....	S 26
2.5.1 Grundsätze der Palliative Care.....	S 27
2.5.2 Voraussetzungen für Palliative Care.....	S 28
2.6 Definition der Sterbephasen nach Kübler Ross.....	S 29
2.7 Was ist eine gerontopsychiatrische Station?.....	S 31
2.7.1 Ziele der Gerontopsychiatrie.....	S 33
2.8 Fallbeispiel.....	S 35
<b>3. Rechtliche und ethische Grundlagen.....</b>	<b>S 36</b>
3.1 Rechtliche Grundlagen.....	S 37
3.1.1 §1901 BGB.....	S 37
3.1.2 Patientenverfügung.....	S 37
3.1.3 Vorsorgevollmacht.....	S 37
3.1.4 Gesetzliche Betreuung.....	S 37
3.1.5 Probleme.....	S 38
3.1.6 Glossar für die Diskussion zur Suizidassistentz.....	S 39
3.1.6.1 Aktuelle juristische Situation in Deutschland.....	S 43
3.1.7 Besonderheiten bei Demenz.....	S 45
3.1.8 Handlungsempfehlungen.....	S 45
3.2 Ethische Grundlagen.....	S 46
3.2.1 Besonderheiten bei Demenz.....	S 47
3.2.2 Handlungsempfehlungen.....	S 48
<b>4 Symptommanagement.....</b>	<b>S 49</b>
4.1 Kommunikation.....	S 49
4.1.1 Merksätze zur Kommunikation.....	S 50
4.1.2 Beziehungspflege.....	S 51
4.1.3 Besonderheiten bei Demenz.....	S 52

4.1.4 Handlungsempfehlungen.....	S 52
4.2 Biografiearbeit.....	S 53
4.2.1 Besonderheiten bei Demenz.....	S 57
4.2.2 Handlungsempfehlungen.....	S 58
4.3 Schmerzen.....	S 59
4.3.1 Einschätzung der Schmerzintensität.....	S 60
4.3.2 Schmerztherapie.....	S 62
4.3.3 Besonderheiten bei Demenz.....	S 67
4.3.4 Handlungsempfehlungen.....	S 68
4.4 Wunden.....	S 69
4.4.1 Lebensqualität bei chronischen Wunden.....	S 70
4.4.2 Schmerztherapie in der Wundversorgung.....	S 71
4.4.3 Behandlung von Wundschmerzen.....	S 72
4.4.4 Besonderheiten bei Demenz.....	S 74
4.4.5 Handlungsempfehlungen.....	S 74
4.5 Nahrungsverzicht.....	S 75
4.5.1 Durst und Mundtrockenheit.....	S 78
4.5.2 Besonderheiten bei Demenz.....	S 80
4.5.3 Handlungsempfehlungen.....	S 81
4.6 Aggressives Verhalten.....	S 82
4.6.1 Deeskalation.....	S 84
4.6.2 Gewalt durch Pflegende.....	S 84
4.6.3 Besonderheiten bei Demenz.....	S 87
4.6.4 Handlungsempfehlungen.....	S 88
4.7 Trauer.....	S 90
4.7.1 Besonderheiten bei Demenz.....	S 92
4.7.2 Handlungsempfehlungen.....	S 93
4.8 Fatigue.....	S 94
4.8.1 Besonderheiten bei Demenz.....	S 95
4.8.2 Handlungsempfehlungen.....	S 95
5 Fazit und Ausblick.....	S 96
6 Anhang.....	S 100
6.1 Literaturverzeichnis.....	S 100
6.2 Glossar.....	S 103
6.3 Merksätze für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen (nach Kostrzewa).....	S 106
6.4 Definition Karnofsky-Index.....	S 109
6.5 (Vorsorge) Vollmacht.....	S 110
6.6 Patientenverfügung.....	S 114
6.7 Vertreterverfügung.....	S 118
6.8 Palliativ-Ampel.....	S 122

## 1 Vorschläge für die Vorsorge und Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Corona-Krise

Der neuen Ausgabe dieses Buches möchten wir aus aktuellem Anlass noch einige Seiten voranstellen. Die CoViD-19 Pandemie hat sehr vieles, das wir uns in der Altenpflege in den letzten Jahren und Jahrzehnten an guten Entwicklungen erarbeitet haben, auf den Kopf gestellt, unmöglich gemacht. Teilhabe, Inklusion, Forderung und Förderung von (Rest)Fähigkeiten wurde überall immer mehr und immer besser praktiziert, so dass die Lebensqualität für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen spürbar und messbar besser wurde.

Unter den Anforderungen um eine Infektionsausbreitung einzudämmen, wurde nun social distancing plötzlich ganz großgeschrieben. SOCIAL DISTANCING verhindert aber die Teilhabe ganz besonders der alten, schwachen, körperlich und geistig eingeschränkten Menschen noch viel mehr als jene der Jungen und Gesunden. Weniger soziale Kontakte führen zu weniger Bewegung und auch weniger sozialen Interaktionen. Dies führt sofort, besonders bei hochaltrigen Menschen, zu einem progredienten Abbau der Muskulatur und auch kognitiven Funktionen mit allen negativen Folgen für die Gesundheit und insbesondere für die Resilienz bei Erkrankungen. Gerade Menschen mit einer Demenz fehlt zu diesen Maßnahmen oftmals jegliches Verständnis. Warum ist das Laufen über den Flur verboten? Warum sehe ich meine Angehörigen nicht mehr? Warum soll ich eine Maske tragen? usw.

Als Vorlage zu den Vorschlägen wurde das Zwischenergebnis der Themen-  
gruppe „Nach und mit Corona: Sport und Stiftungen“ des Arbeitskreises Sport und Bewegung im Bundesverband Deutscher Stiftungen ergänzt.

### 1.1 Auswirkungen, neue Situationen bzw. Phänomene

Die COViD-19-Pandemie hat innerhalb kürzester Zeit viele Dinge so grundlegend verändert, wie es kaum jemand für möglich gehalten hätte. Derzeit ist noch völlig offen, ob die Gesellschaften in absehbarer Zeit zu den alten Gewohnheiten zurückkehren werden oder ob zumindest ein Teil dieser Änderungen das Leben zukünftig massiv bestimmen und beeinträchtigen wird.

Aufgrund der derzeitigen Entwicklung der Pandemie ist jedoch davon auszugehen, dass ein soziales Miteinander, wie es bis Anfang 2020 in den meisten Ländern der Welt noch Normalität war, in der gewohnten Form erst einmal nicht mehr stattfinden wird.

Bei Betrachtung des bisherigen Pandemieverlaufs zeigt sich, dass Länder mit populistischen Führungsstrukturen, die COVID-19 mitunter verharmlosen und medizinisch-wissenschaftliche Einschätzungen ablehnen, in besonderem Maße von der Krise betroffen sind. In solchen wie auch anderen Ländern sind außerdem einkommensschwache und bildungsferne Personengruppen überproportional häufig von der Pandemie und ihren Folgen betroffen. COVID-19 verschärft soziale Ungleichheiten und stellt insbesondere in Ländern, in denen bereits vor der Krise große Teile der Bevölkerung von Armut betroffen waren, eine enorme Bedrohung dar.

Doch auch in Deutschland sind vulnerable Gruppen in besonderem Maße durch die Pandemie gefährdet. Gerade bei Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen, die aufgrund ihres Alters und/oder ihrer körperlichen Verfassung (eingeschränkte Mobilität, kognitive Defizite) zur sogenannten Risikogruppe gehören, können die Corona-Verordnungen mit dem damit einhergehenden Mangel an Bewegung und sozialen Kontakten einen mitunter drastischen Abbau der gesundheitlichen Verfassung zur Folge haben.

### **Fokus Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen**

Dabei widerspricht das im Zuge des ersten Lockdowns in Deutschland eingeführte soziale Kontaktverbot (Social Distancing) und die damit einhergehende Isolation all dem, was nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen für Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen wichtig ist und vor Corona oft unter großem Aufwand in diesen Einrichtungen ermöglicht wurde: Niedrigschwellige Bewegungsangebote, die durch die soziale Komponente nicht nur die körperliche sondern auch die geistige Verfassung der Bewohner:innen verbessern.

Durch die mit den Verhaltensregeln einhergehende Deprivation kommt es

hingegen zu einem allgemeinen Abbau bei den betroffenen Personen: Die Muskelmasse nimmt ab, die Körperfettmasse nimmt zu, sowohl körperliche als auch geistige Fähigkeiten lassen nach und in der Folge wird auch das seelische Wohlbefinden respektive die psychische Verfassung stark beeinflusst.

## 1.2 Herausforderungen

Aufgrund der beschriebenen gesundheitlichen Auswirkungen, die die Verordnungen und die damit einhergehende Isolation für die Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen mit sich bringt, gilt es, Bewegung und kognitive Fähigkeiten wieder stärker – und unter Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln – in den Alltag der betroffenen Menschen zu integrieren. Dieser Spagat stellt allerdings eine große Herausforderung dar. Oberste Priorität muss die Vermeidung von weiteren Infektionen mit CoViD-19 haben, die ja gerade bei hochaltrigen Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen mit hoher Wahrscheinlichkeit einen schweren Krankheitsverlauf und eine hohe Sterblichkeitsquote bis über 50 % im Infektionsfall, auch im eigenen Patientengut, mit sich brachten. Die Überlebenden waren im Mittelwert 87,4 Jahre, die Verstorbenen 90,6 Jahre alt, wobei auch die Überlebenden teils nur deutlich reduziert die Krankheit überstanden.

Für entsprechende (Bewegungs-)Angebote in Pflegeeinrichtungen ist es deshalb zwingend notwendig, gezielte, auf diese Einrichtungen zugeschnittene Konzepte zu entwickeln, deren Umsetzungen mit sehr viel Bedacht angegangen werden – mehr noch, als es im „regulären“ Gesundheits- und Breitensport nötig ist. Die Konzepte sollten u.a. folgende Punkte beinhalten:

- Umgang mit evtl. Quarantänesituationen bei einzelnen Infektionen in der Einrichtung.
- Möglichkeiten der Umsetzung von Therapie- und Betreuungsangeboten wie beispielsweise krankengymnastische Behandlungen, Bastel- und Kreativangebote, Gedächtnisgruppen, Sitztanz und vielem mehr.

## 1.3 Ideen, Lösungsansätze, neue Möglichkeiten

Allgemein lässt sich feststellen: Die Mehrheit der Menschen hierzulande bewegt sich zu wenig. Dabei ließe sich insbesondere bei untrainierten Personen sehr schnell ein Effekt erzielen, da sich bereits drei- bis fünfmal wöchentlich 20 bis 30 Minuten mehr an Bewegung binnen zwei bis vier Wochen nachweisbar leistungssteigernd auf den Organismus auswirken. Auch die kognitiven Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz verändern sich sehr schnell durch mangelnde Förderung, lassen sich aber noch deutlich schwieriger wieder verbessern wie der körperliche Trainingszustand. Seit Ausbruch der Coronapandemie gibt es wichtige Debatten darüber, wie die Bevölkerung vor einer weiteren Verbreitung des Virus geschützt werden kann. Weniger wird dabei öffentlich diskutiert, was der Einzelne selbst dafür tun kann, um sein Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei einer evtl. Infektion zu minimieren. Dabei spricht vieles dafür, dass ein verbesserter physischer und psychischer Zustand die Chancen auf einen milderen Krankheitsverlauf vermutlich signifikant verbessern würde:

- Es ist sowohl medizinischer als auch gesellschaftlicher Konsens, dass ein vernünftiges Maß an Bewegung gesundheitsfördernde Auswirkungen auf den menschlichen Organismus hat – insbesondere, wenn sie draußen an der frischen Luft ausgeübt wird. Gleichzeitig ist das Risiko einer Infektion mit CoViD -19 bei Bewegung im Freien deutlich geringer als in (kleinen) geschlossenen Räumen.
- Für durch das Virus besonders gefährdete Menschen sollten Bewegungsangebote bzw. -einheiten stets auch ein effizientes Lungentraining mit umfassen. Dies ist nicht erst im Falle pulmonaler Einschränkungen bei einer Infektion ratsam, sondern auch aus prophylaktischen Gesichtspunkten zu empfehlen.
- Bewegung kann als natürliches Antidepressivum wirken. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der durch die Krise zunehmenden sozialen Isolierung ein oft unzureichend beachteter Aspekt.

- Bewegung im Freien führt zu einer vermehrten Vitamin-D-Produktion und kann die Atemfunktion unterstützen und schützen.
- Bewegung und sportliche Aktivität stellen eine gute Möglichkeit dar, um – auch unter Einhaltung der Abstandsregeln – mit Anderen in Kommunikation zu treten.
- Der in der Öffentlichkeit viel verwendete Begriff des Social-Distancing sollte durch den des Body-Distancing ersetzt werden. Gerade für Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen sollte ein verbessertes soziales Miteinander das Ziel sein.
- Kognitive Übungen wie Gedächtnistraining und aktivierende Angebote können auch unter Einhaltung der Hygieneregeln bei jedem Kontakt mit einbezogen werden, so dass sich die kognitiven Fähigkeiten, sowie die Stimmung und das Verhalten der gefährdeten Menschen nicht verschlechtert. Als Beispiel hierfür ist Biographiearbeit (Kap.3.2) oder 10 Minuten Aktivierungen nach Ute Schmidt-Hackenberg zu nennen.

Selbst ein mäßiges (doch zugleich ausreichend effizientes) Muskelaufbautraining führt zu einer Entfettung von Muskulatur und Leber und hat somit positive Auswirkungen auf die allgemeine Verfassung von potentiellen Risikopatient:innen. Um solche Angebote trotz eines in Pflegeeinrichtungen notwendigen erhöhten Infektionsschutzes durchführen zu können, sind kreative Lösungsansätze gefragt.

Ein Ansatz wäre beispielsweise die Fortbildung des Pflegepersonals, um dieses für die Durchführung bewegungs- und gedächtnisorientierter Einzel- und Gruppenaktivitäten zu befähigen. Denkbar wäre zum Beispiel ein Tutorial mit direktem Online-Coaching, ergänzende digitale Kommunikationstools werden bislang praktisch nicht genutzt. Die Grundlage für die Realisierung solcher Ansätze ist jedoch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege insgesamt. Viele Einrichtungen sind ohnehin schon unterbesetzt, seit Ausbruch der Corona-Pandemie ist in den meisten Pflegeheimen die Gren-

ze der Belastbarkeit längst überschritten. Um dem Pflegepersonal zusätzliche Aufgaben zumuten zu können und es dafür zu motivieren, müssten sich die Rahmenbedingungen deutlich verbessern. Fortbildung des Personals würde allerdings auch die Chance auf Arbeitserleichterungen bieten, denn gerade zufriedene und ausgeglichene Menschen mit Demenz sind deutlich angenehmer zu versorgen und zufriedener als angespannte und gestresste Patienten.

### **Fokus Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen**

Ein schwerer Krankheitsverlauf wird gerade bei älteren und/oder vorerkrankten Menschen durch Fatigue (siehe Kap. 4.8) und den Verlust von Muskulatur (Sarkopenie) begünstigt. Lebenslust, Muskelerhalt und Muskelaufbau werden wiederum durch Bewegung und Sport begünstigt, so dass hier ein großes präventives Potential liegt. Ziel sollte es sein, die körperliche und psychische Gesamtkonstitution der betroffenen Personengruppen zu verbessern und sie somit auch besser auf eine evtl. CoViD-19-Erkrankung vorzubereiten. Konkret kann dies bedeuten:

- Training unter Berücksichtigung spezieller Atemgymnastik
- Allgemeine Kräftigung der gesamten Muskulatur
- Training in der Gruppe (soweit möglich) für ein positives Lebensgefühl durch soziale Zuwendung
- Soziale Kontakte unter Einhaltung der Hygienekonzepte fördern
- Beschäftigungstherapie anbieten
- Interessen ausüben lassen und fördern

Eine regelmäßige körperliche Bewegung auf niedrigem bis moderaten Niveau hat nicht nur präventives Potential, sondern ist als Rehabilitationsmaßnahme auch für Patient:innen wichtig, die nach überstandener CoViD-19-Erkrankung aus dem Krankenhaus entlassen werden. Viele Patient:innen, insbesondere ältere und solche mit Vorerkrankung, leiden im Nachgang an eine CoViD-19-Erkrankung an eingeschränkten Körperfunktionen und haben oftmals



Mühe, ihren Alltag eigenständig zu gestalten. Deshalb sollte eine Reha neben ernährungsmedizinischen Maßnahmen und psychologischer Unterstützung vor allem auch Bewegungsangebote wie Muskelkräftigung beinhalten.

Bei der Durchführung von Therapieangeboten sollte eine gute Wirkung für möglichst viele Bewohner:innen erzielt werden und nicht das Optimum für nur für einige Wenige. Die jeweils aktuell geltenden Abstands- und Hygieneregeln sind dabei ohne Übertreibungen und Panikmache zwingend zu berücksichtigen.

Ein über die eigenen Grenzen hinaus gerichtetes Denken und ein kollegiales und kreatives Miteinander erleichtern das Entwickeln neuer Lösungsansätze. Die sport- und gesundheitsbezogenen Stiftungen können in Deutschland durch ihr breit aufgestelltes Netzwerk zu den notwendigen Lösungen beitragen.

### **Allgemeine Vorschläge für ein Vorgehen im Fall von Infektionen und einer Quarantänisierung in Pflegeeinrichtungen**

1) Menschliche Vektoren sind entscheidend für die Infektionsausbreitung. Kommt es zu SARS-CoV-2 oder anderen bedrohlichen Infektionen in einer Pflegeeinrichtung ist die Zahl der Ärzte und anderer professioneller und ehrenamtlicher Gesundheitsdienstleister, welche eine Einrichtung besuchen, unbedingt zu reduzieren.

2) Eine Reduktion der Zahl darf aber nicht die medizinische Präsenz und auch die (notwendigen) Untersuchungen und Behandlungen vor Ort einschränken. Im Gegenteil, diese müssen intensiviert werden. Dies gilt ganz besonders für z. B. physiotherapeutische und psychosoziale Angebote. Erhalt körperlicher Fähigkeiten durch Erhalt der Bewegung ist entscheidend für das Outcome bei einer Infektion.

3) Jede Pflegeeinrichtungen sollte im Vorfeld aktiv jeweils genau zwei Ärzte suchen, mit denen sie bereits gut zusammenarbeitet, da diese z. B. viele Bewohner in der jeweiligen Einrichtung versorgen. Diese Ärzte sollten dann

auch bereit sein, im Falle einer Quarantäne als einrichtungsbezogene Ärzte im wöchentlichen Wechsel tätig zu werden.

4) Sehr hilfreich für eine angemessene medizinische Versorgung ohne belastende Zeitverzögerung wäre ein kleiner Vorrat an essentiellen Medikamenten als „Hausapotheke“ insbesondere könnten dies sein:

- Antibiose (z. B. Podomexin),
- Tranquilizer (z. B. Diazepam und Lorazepam),
- Neuroleptika, Antiemese (z. B. Haloperidol),
- Analgesie und Antipyrese (z. B. Metamizol),
- Antiemese (z. B. Metoclopramid),
- Stufe III Analgetika:
  - schnellwirksames Opioid
  - retardiertes Opioid,
- Sekretionshemmung, Antiemese (z. B. Scopolamin).

Für Opiode wäre eine Vorhaltung rechtskonform seit 2012 bereits möglich, sie ist aber extrem umständlich und aufwändig und wird deshalb kaum umgesetzt.

5) Visiten müssen mindestens einmal täglich stattfinden, gerade auch als Gesprächsangebot und als Sicherheit und für eine niederschwellige Unterstützung und Supervision der Mitarbeiter unter der Quarantäne.

6) Die Überwachung der Vitalparameter bei CoViD ist anders als in Pflegeeinrichtungen sonst üblich. Bei Verdacht auf einen CoViD-19-Fall muss mindestens täglich neben den Vitalwerten wie Temperatur und Pulsfrequenz unbedingt auch die Atemfrequenz und die Sauerstoffsättigung dokumentiert werden. Wünschenswert wäre auch eine Dokumentation der Atemnot nach einer Numeric Rating Scale (0-10 von 10 Punkten). Grundlegende Therapien müssen auch in der Einrichtung möglich sein. Wird Intensivtherapie in solchen Fällen notwendig, ist sie nahezu regelhaft mit einem tödlichen Ausgang verbunden. Deshalb sollte auch auf jeder Station mindestens ein taugliches Pulsoximeter vorhanden sein.

7) Es muss klargestellt werden, wo und wie schnell im Quarantänefall dringend notwendige und ärztlich verordnete Medikamente beschafft werden können. Eine Bevorratung essentieller Medikamente (siehe oben) ist wünschenswert und diese muss rechtskonform ermöglicht werden. Dies gilt auch für Sauerstoffkonzentratoren, deren frühzeitiger Einsatz bei den Bewohnern lebensrettend sein kann. Sinnvoll ist die sofortige Verfügbarkeit mindestens eines Sauerstoffkonzentratoren pro Einrichtung.

8) Quarantäne, verbunden mit einer hohen Zahl ernster Erkrankungen und von Todesfällen ist extrem belastend für alle Beteiligten. Es sollten intern Möglichkeiten definiert und dann auch konkret angeboten werden, wie die Mitarbeiter in Einrichtungen im Falle hoher Belastung im Sinne einer Burn-Out-Prävention gestärkt werden können.

9) Die persönliche, regelmäßige Präsenz der Einrichtungsleitung und eine positive Ansprache mit klaren Anweisungen und Unterstützungsangeboten in der Einrichtung ist unter Quarantänebedingungen auch emotional für die Mitarbeiter sehr hilfreich. Dies unterstützt auch dabei, die notwendige Isolation in der Quarantäne besser durchsetzen zu können.

10) Ein Screening aller Patientenakten im Vorfeld kann den Patientenwillen erfassen damit er im Krisenfall auch berücksichtigt wird.

In einem eigenen Screening von 564 Akten fanden sich nur in 20 % ausreichende Patientenverfügungen und 54 % ausreichende Vollmachten. Fälle wie eine CoViD-19-Infektion wurden nur in weniger als 1 % der Patientenverfügungen abgedeckt.

Vorsorgeunterlagen (Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten siehe Anhang) sollten stets aktiv beworben werden. Eine „Übersetzung“ der vorhandenen Vorsorgeunterlagen in die Palliativ-Ampel (siehe Anhang) hilft auch unter möglichen Katastrophenbedingungen eine Triage zu verhindern.

Bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann vom Bevollmächtigtem oder dem gesetzlichen Betreuer anstelle des Patienten eine Vertreterverfügung in dessen Namen erstellt werden. Dies ist eine rechtlich bindende Verfügung, deren Nutzen noch kaum bekannt ist.

11) Es müssen weitgehende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten für Angehörige bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Die Bedingungen der sozialen Isolation sind längerfristig und wiederholt nicht haltbar!

12) Es sollte eine kleine Arbeitsgruppe eine Blaupause mit einer praxisnahen und schnell umsetzbaren Checkliste für Einrichtungen erarbeiten, die überall im Quarantänefall angepasst umgesetzt werden kann. Sie sollte fortlaufend übersichtlich erfassen, was in den unter Quarantäne stehende Einrichtungen hilfreich war und was weniger. Bei weiteren Wellen kann dann noch besser reagiert werden. Die Ergebnisse sollten auch überregional abgeglichen werden.

13) Perspektivisch könnte zu überlegen sein, ob es für einen Träger mit mehreren Einrichtungen oder auch eine Region sinnvoll sein kann, mit CoViD-19 infizierte und/oder erkrankte Bewohner in einer Einrichtung in einer Kohortenquarantäne zusammen zu fassen. Und zwar in einer Weise, die diesen Bereich vom Rest der Einrichtung so abgrenzt, dass dieser nicht von der Quarantäne erfasst wird! Ein eigener Zugang von außen und eigene Funktionsbereiche sind essentiell, ein eigener, ebenerdiger Zugang zu jedem Zimmer von außen wäre gegen die soziale Isolation und zur Verhinderung der Deprivation ideal.

## 2 Einleitung

### 2.1 Problemstellung

Sterben demenzkranke Menschen anders? In den vergangenen Jahren hat die Begleitung sterbender Menschen einen immer höheren Stellenwert gewonnen. Nach Jahrzehnten des Totschweigens wird diesem Thema jetzt zu Recht ein wichtiger Platz unter den Aufgaben eines Heimes, einer geriatrischen Klinik oder einer gerontopsychiatrischen Klinik eingeräumt. Hospizvereine, Non-Profit-Organisationen und andere Träger sind bemüht die Defizite früherer Jahre möglichst rasch wettzumachen. Es ist allerdings verwunderlich, dass dabei selten auf die Bedürfnisse, Wünsche oder Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz eingegangen wird. Demenzkranke sterben zwar nicht anders als ihre zerebral intakten Altersgenossen, aber sie brauchen eine andere Art der Begleitung. Ihren Bedürfnissen nach Kontakt, Nähe und Beziehung muss – abhängig von der Phase ihrer Erkrankung – anders begegnet werden (vgl. Kojer, 2011, S. 131).

### 2.2 Definition und Epidemiologie der Demenz

„Der Geist ist weg“ oder „ohne Verstand“. So lässt sich der Begriff der Demenz aus dem Lateinischen übersetzen. Diese Übersetzung ist aber wohl nicht zutreffend, denn eine Demenz ist eine fortschreitende und chronische Erkrankung des Gehirns. Sie beeinträchtigt das Gedächtnis, Denken, die Orientierung und Sprache. Außerdem hat sie Auswirkungen auf das Sozialverhalten und beeinflusst das ganze persönliche Umfeld des Erkrankten. Die Krankheitsbilder sind in der Praxis sehr unterschiedlich und wirken sich selbst innerhalb einer Form auf einen Menschen verschieden aus. Zudem steigt die Zahl der Betroffenen, wie das nachfolgende Zitat und die Tabelle 1.1 zeigen.

„In Deutschland leben gegenwärtig mehr als 1,5 Millionen Demenzerkrankte. Zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jahr für Jahr treten fast 300.000 Ersterkrankungen auf. Infolge der demografischen Veränderungen kommt es zu weitaus mehr neuen Erkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten. Deshalb nimmt die Zahl der Demenzkranken kontinuierlich zu. Sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 auf etwa

3 Millionen erhöhen. Dies entspricht einem Anstieg der Krankenzahl um 40.000 pro Jahr bzw. um mehr als 100 pro Tag“ (vgl.: Freter, H-J 2013).

Dies sind sehr erschreckende Zahlen, die für alle Beteiligten ein Ansporn sein sollten, mehr dafür zu tun, dass Menschen mit Demenz Heute und in Zukunft ein menschenwürdiges Leben führen und sterben können.

**Tab. 1.1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen\***

<b>Mittlere Prävalenzrate nach Alzheimer Europe (Prozent)</b>			
<b>Altersgruppe</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Insgesamt</b>
65 - 69	1,1	1,5	1,3
70 - 74	3,1	3,4	3,3
75 - 79	7,0	8,9	8,1
80 - 84	10,7	13,1	12,1
85 - 89	16,3	24,9	21,8
>90	29,7	44,8	40,9
<b>65 und mehr</b>	<b>6,3</b>	<b>10,4</b>	<b>8,6</b>

\*Quelle: Alzheimer Europe. Yearbook 2019. Statistisches Bundesamt. Genesis-Online Datenbank. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Tabelle 12411-0013

## 2.3 Einteilung und Symptomatik der Demenz

### 2.3.1 Klassifikation nach DSM-V

Eine gute Einteilung der Demenz liefert das DSM-V (siehe Tabelle 1.2). DSM-V ist die Abkürzung für die 5. Auflage des sog. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; englisch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“), eines Klassifikationssystems in der Psychiatrie.

**Tab. 1.2 Einteilung der Demenz nach DSM-V**

Demenzstadium	Bewertung
Leicht	Die Fähigkeit unabhängig zu leben, mit entsprechender persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen, ist erhalten, Arbeit und soziale Aktivitäten sind deutlich beeinträchtigt (Mini-Mental-Status-Werte 21-24).
Mittel	Die selbständige Lebensführung ist nur mit Schwierigkeiten möglich, ein gewisses Maß an Betreuung/ Aufsicht ist erforderlich (Mini-Mental-Status-Werte 11-20).
Schwer	Die Patienten benötigen kontinuierliche Betreuung, eine Aufrechterhaltung auch nur minimaler persönlicher Hygiene ist nicht mehr möglich, Symptome wie Inkohärenz und Mutismus sind häufig (Mini-Mental-Status-Werte 10 und weniger).

Die meisten Demenzen beginnen recht unauffällig (**leichtes Stadium**), dem Betroffenen oder den Angehörigen fällt meist zuerst ein nachlassendes Gedächtnis auf, was im Alter prinzipiell zunächst „normal“ ist. Es folgen Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit oder depressive Verstimmungen. Diese ersten Anzeichen werden von den Betroffenen oftmals noch versucht zu vertuschen, es werden Zettel geschrieben, Erklärungen und Ausreden gesucht oder anders überspielt.

Bei der **mittelschweren** Demenz lassen sich die Defizite nicht mehr kompensieren, Angehörige und Bekannten fällt nun auf, dass etwas nicht stimmt. Die Betroffenen sind motorisch unruhig oder zeigen starke Rückzugstendenzen, die Vergesslichkeit lässt sich nicht mehr kompensieren.

Bei der **schweren** Demenz kann der Betroffene die „einfachsten“ Tätigkeiten nicht mehr erledigen: nicht mehr waschen, anziehen, essen, sprechen, Personen und Orte werden nicht mehr erkannt, manchmal erkennt sich der Betroffene sogar selbst nicht mehr.



## 2.3.2 Einteilung nach dem 3-Stadien-Modell

Das Max-Bürger-Institut für Altersforschung unterscheidet die primären von den sekundären Symptomen gemäß einem 3-Stadien-Modell (Tab. 1.3).

**Tab. 1.3 Primäre und sekundäre Symptome einer Demenz nach dem 3-Stadien-Modell\***

1. Frühes Stadium der Demenz
<p><b>Primärsymptome</b>            Gedächtnisstörung:            Merkfähigkeitsschwäche (Kurzzeitgedächtnis)</p> <p>Konzentrationsstörungen (Vergesslichkeit)</p> <p>Orientierungsstörungen vor allem zeitlich            Urteilsschwäche: Fehlentscheidungen</p> <p>Störungen des abstrakten Denkens:            Fehlplanungen</p> <p>Antriebsstörungen (Produktivität, Motivation)</p>
2. Fortgeschrittenes Stadium der Demenz
<p><b>Primärsymptome</b>            Kognitive Defizitsymptome: Desorientierung (zeitlich, örtlich) mit Weg-            laufgefahr, Sprachstörungen (vor allem Sprachverständnis gestört)</p> <p>Wahrnehmungsstörungen</p> <p>Handfertigkeitenstörungen (Ankleiden, Haushalt)</p> <p>Urteils und Handlungsfähigkeit (Versagen)</p>
3. Spätes Stadium der Demenz
<p><b>Primärsymptome</b>            Gedächtniserfall (auch Langzeitgedächtnis betroffen)</p> <p>Sprachzerfall (Kommunikation unmöglich)</p> <p>Agnosie (Patient erkennt Angehörige nicht mehr)</p> <p>Persönlichkeitszerfall (Endstadium: „leere Hülle“)</p>

\*Quelle: Drei-Stadien-Modell, Max-Bürger-Institut für Altersforschung (1997,S. 12ff.)

## 2.4 Verhalten gegenüber Demenzerkrankten

Kostrzewa hat 16 Merksätze entworfen, die als Verhaltensmaxime für den Umgang mit Demenzerkrankten dienen. Diese werden im Anhang näher ausgeführt.

### **Merksätze für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen:**

- 1) Diskutieren Sie nicht mit demenziell Erkrankten!
- 2) Der demenziell Erkrankte hat immer Recht!
- 3) Akzeptieren Sie die Krankheit!
- 4) Suchen Sie Kontakt zum Erkrankten über: Blickkontakt, Augenhöhe, kurze Sätze, langsames Sprechen, häufiges Lächeln, Wiederholen der einzelnen Sätze, persönliche Ansprache!
- 5) Sprechen Sie den Erkrankten von vorne an!
- 6) Seien Sie echt!
- 7) Machen Sie den Erkrankten nicht auf seine Defizite aufmerksam. Korrigieren Sie ihn nicht!
- 8) Holen Sie sich häufig mal ein Feedback von Ihren Kolleginnen, Freunden oder Nachbarn über Ihren Umgang mit dem demenziell Erkrankten!
- 9) Sprechen Sie in Gegenwart eines Erkrankten nicht über ihn!
- 10) Setzen Sie Berührung nur in dem Maße ein, wie es der Erkrankte erlaubt!
- 11) Verwenden Sie gelegentlich Floskeln, Redewendungen und Rituale!
- 12) Kommentieren Sie Ihre Handlungen!
- 13) Geben Sie dem Erkrankten genügend Zeit, das Gesagte und die Handlungen zu verstehen!
- 14) Benutzen Sie lieber geschlossene, als offene Fragen!
- 15) Erwarten Sie keine Erklärungen und Begründungen vom Erkrankten!
- 16) Treten Sie dem Erkrankten wertschätzend gegenüber!

(Kostrzewa, 2010, S. 51ff).

## 2.5 Definition Palliative Care

Der Begriff Palliative Care stammt aus England und bezeichnet ein multidisziplinär angelegtes Behandlungs-, Pflege-, und Betreuungskonzept für Menschen in der letzten Lebensphase. Frei übersetzt kommt der Begriff von Pallium (lat. = Mantel) und Care (engl. = Fürsorge), sodass er sich vereinfacht ausgedrückt als „**umhüllende Fürsorge**“ deuten lässt. Die WHO (2002) definierte Palliative Care als die wirksame und ganzheitliche Care von Patienten, deren Krankheit nicht mehr behandelbar ist. Dabei stehen die erfolgreiche Behandlung der Schmerzen und weiteren Symptomen sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und seelischer Problemen an erster Stelle. Das Ziel von Palliative Care ist, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen. Aus Mangel eines gleichbedeutenden Begriffs in Deutschland hat sich Palliative Care als internationaler Ausdruck für Palliativmedizin inzwischen auch als übergeordneter Terminus für Palliativmedizin und Palliativpflege im deutschsprachigen Raum etabliert (Hametner, 2011, S. 14).

Palliativpflege beginnt nach NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) dann,

- wenn der Tod innerhalb von 6 Monaten eintreten wird,
- wenn eine Krankheit rasch fortschreitet und
- der Kranke bei mindestens drei der fünf Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe braucht: Baden, Anziehen, Essens-aufnahme, Gehen, Toilette benutzen.

Die Lebenserwartung ist kürzer, je öfter der Kranke im letzten halben Jahr in der Klinik war, wenn der Appetit- und Gewichtsverlust über 10% liegen, Schluckstörungen mit Aspiration und Infekte zunehmen und der Karnofsky-Index unter 30% sinkt (siehe Anhang) (Grond, 2011, S. 16).

## 2.5.1 Grundsätze der Palliative Care

- Exzellente Schmerz- und Symptomkontrolle
- Integration von psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnissen der Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams, sowohl bei der Krankheit als auch beim Sterben und in der Zeit danach
- Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens. Durch eine deutliche Bejahung des Lebens soll der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe
- Kompetenz in den Fragen der Kommunikation und der Ethik

(Hametner, 2011, S.14).

Palliative Care wird notwendig, wenn eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung bei einer begrenzten Lebenserwartung vorliegt. Da hier in der Regel eine sehr aufwändige Versorgung benötigt wird, kann der Betroffene seine Versorgungsform wechseln und in eine palliative Betreuung übergehen. Hier sollen die Leiden gelindert und Symptome der Erkrankung erfolgreich behandelt werden. Wenn Heilen nicht mehr möglich ist, bekommt die **Symptomkontrolle** die größte Bedeutung. Wenn es geschafft wird dem Betroffenen die Beschwerden weitestgehend zu nehmen, kann dieser möglichst viel am gesellschaftlichen Leben teilhaben (was wiederum die Angehörigen entlastet) und seine Lebensqualität kann deutlich gesteigert werden. Palliative Care bedeutet den **Menschen** in den Vordergrund zu stellen; seine Bedürfnisse, Interessen und Empfindungen bestimmen die Maßnahmen, die durchgeführt werden. Durch einen guten Beziehungsaufbau wird der ganze Mensch wahrgenommen. Dies setzt voraus, dass der Betreuende in der Lage ist sich auf den Betroffenen einzulassen und auch eine Beziehung zu diesem aufzubauen. Hier ist es besonders wichtig, seine eigenen Einstellungen, Ängste und Grenzen zu kennen und zu beachten. Nur wenn der Betreuende authentisch vermitteln kann, dass diese Beziehung zum Betroffenen gewollt ist, wird sich der Betroffene öffnen und dadurch eine gute palliative Pflege möglich sein.

## 2.5.2 Voraussetzungen für Palliative Care

- Orientiertheit an den Bedürfnissen des Patienten
- Hohe Flexibilität, Kompetenz und Kreativität
- Ethische Handlungskompetenz
- Unkonventionelle Lösungen einbeziehen
- Behandlungen so einfach wie möglich halten
- Behandlungspläne kontinuierlich überprüfen und anpassen
- Die Behandlung nicht auf Medikamente beschränken
- Kurze Wege und gute Vernetzung
- Wertneutralität (angestrebte), Offenheit, Zugewandtheit und Empathie
- Gute Zusammenarbeit im Team, Denken und Handeln in interdisziplinären Kategorien
- Den Rat von erfahrenen Kollegen suchen
- Eine Situation oder Entscheidung akzeptieren können
- Kontinuierliches Überprüfen der eigenen inneren Haltung und Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit

(Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 293).



## 2.6 Definition der Sterbephasen nach Kübler Ross

### **Erste Phase: Nichtwahrhabenwollen**

Nach Kübler Ross versuchen fast alle Patienten, die Diagnose vor sich selbst zu leugnen. Diese Phase tritt nicht nur am Anfang, sondern später immer wieder auf (vgl.: Kübler-Ross, 1969, S. 16).

Der Patient kann nicht glauben, dass er betroffen ist. Es kommen Sätze (oder Gedanken) wie „Ich doch nicht“ oder „Das ist doch gar nicht möglich.“ Er setzt alles daran zu beweisen, dass sich die Ärzte und alle anderen Personen getäuscht haben müssen. Die betreuenden Personen müssen genau hinhören, was der Patient mitteilt, welche Gefühle er zeigt. Wichtig ist eine empathische Grundhaltung der Betreuenden.

### **Zweite Phase: Zorn**

In der zweiten Phase wird dem Betroffenen immer deutlicher, dass die Diagnose stimmt und den Betroffenen selbst trifft. Es kommt im Bewusstsein an: „O doch, es betrifft mich, ich bin es selbst“. Dieses Gefühl ist nur schwer zu ertragen und es kommen Gefühle wie Zorn, Groll, Wut und Neid auf (vgl.: Kübler-Ross, 1969, S. 26).

Diese Phase ist für die betreuenden Personen sehr schwierig, denn die Aggressionen und der Zorn werden in alle Richtungen und gegen jeden geäußert. Wichtig ist trotzdem die Verzweiflung des Patienten zu erkennen, die hinter dem Verhalten steht. Der Kontakt muss trotz der Beschimpfungen aufrechterhalten werden, da diese „nur“ Ausdruck der Verzweiflung und Not sind. Der Patient muss spüren, dass, egal was passiert, die Betreuenden für ihn da sind.

### **Dritte Phase: Verhandeln**

Kübler Ross bezeichnet diese Phase als flüchtige Phase, sie ist auch weniger bekannt als die ersten beiden Phasen. Das Umfeld glaubt, dass der Betroffene die Situation nun annehmen kann. Auf der Gefühlsebene handelt es sich um ein Verhandeln mit dem Schicksal, das sich mit dem Satz: „Vielleicht doch nicht ich?“ kennzeichnen lässt. Im Grunde feilscht der Patient um einen Aufschub, gewisse Erlebnisse noch machen zu können, nochmal beschwerdefrei zu sein. Er verspricht Wohlverhalten und setzt sich eine Frist, nach der er dann nichts mehr erbitten will. Nach außen wirkt diese Phase ruhiger, da sie mit deutlich weniger Gefühlen einherzugehen scheint (vgl.: Kübler-Ross, 1969, S. 55).

Diese häufig nur kurze Phase wird nicht immer von den Betreuenden und Angehörigen wahrgenommen. Bekannt sind jedoch Fragen wie: „Wenn ich aufhöre zu rauchen, werde ich doch gesund?“ oder „Wenn ich regelmäßig in die Kirche gehe, werde ich wieder gesund?“ Wichtig bei diesen Fragestellungen ist das aktive Zuhören, um herauszuhören, was der Patient wirklich will. Hilfreich sind eigene Fragen, die sich weiterführend mit den Gefühlen des Patienten beschäftigen. Die Wünsche des Patienten können in den Gesprächen ein Leitfaden sein. Wichtig bleibt jedoch, Hoffnungen nicht zu zerstören, sie aber auch nicht zu schüren.

#### **Vierte Phase: Depression**

Der Patient leugnet die Schwere und Unheilbarkeit der Krankheit nicht mehr. Mit großer Traurigkeit beginnt jetzt das Abschiednehmen vom Leben (von den Menschen, die man gern hat; den Dingen, die etwas bedeuten). Andererseits stecken auch große Chancen in dieser Phase, um alles zu regeln, was jetzt unausweichlich erscheint (vgl.: Kübler-Ross, 1969, S.60).

Die Betreuenden müssen in dieser Phase das Verhalten des Patienten gut beobachten und hinschauen, was der Mensch über sich mitteilt. Die Betreuenden erreichen eine Kontaktaufnahme, wenn sie ein ehrliches Angebot und ihr Interesse signalisieren, indem sie dem Patienten wissen lassen: „Ich bin für dich da, ich biete meine Hilfe an und akzeptiere die Verweigerung.“ Es ist gut, wenn es bereits eine gute Vertrauensbeziehung gibt, sonst muss diese behutsam aufgebaut werden.

#### **Fünfte Phase: Zustimmung**

Der Patient nimmt die Situation an; er erteilt seinem Lebensende seine Zustimmung. Die vorher aufgetretenen Gefühle wie Zorn, Traurigkeit, Verzweiflung treten in den Hintergrund. Diese Phase bedeutet aber nicht ein resigniertes und hoffnungsloses „Aufgeben“ im Sinne von „Wozu denn auch?“ (vgl.: Kübler-Ross, 1969, S. 78).

Diese Phase wird von den Betreuenden oft als eine gewisse Entspannung empfunden, der Patient signalisiert Bescheid zu wissen. Er teilt Wünsche, Vorstellungen, Hoffnungen und Gedanken mit, er möchte Sachen regeln, wichtig ist jetzt zuzuhören und den Patienten dabei zu unterstützen. Oftmals wirkt ein Patient auch fröhlich in dieser Phase.

## 2.7 Was ist eine gerontopsychiatrische Station?

Viele ältere Menschen, bei denen chronische oder akute Alterskrankheiten auftreten, brauchen eine gerontopsychiatrische Behandlung, wenn z. B. eine Demenz oder akutpsychiatrische Erkrankungen noch zusätzlich auftreten und diese Menschen dann nicht mehr in ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden können. Die Gerontopsychiatrie behandelt dann die psychiatrischen Erkrankungen und ist kompetent in den Bereichen der Altersmedizin.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGG-PP) definiert Gerontopsychiatrie folgendermaßen:

Die Aufgaben der Gerontopsychiatrie sind sehr vielfältig, vielschichtig und komplex.

a) In der Praxis:

- Integration und Translation der Ergebnisse anderer Wissenschaftszweige sowie der Disziplinen der Gerontologie und Überprüfung auf Anwendbarkeit in der Praxis;
- mehrdimensionale Diagnostik (somatische und psychiatrische Untersuchung, Durchführung von individuell angepassten unterschiedlichen Labor- und weiterführenden klinischen Untersuchungsmethoden, testpsychologische Verfahren, Biographie, aktuelle persönliche und soziale Situation u.a.) unter dem Gesichtspunkt, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Kompetenzen vorhanden sind unter Berücksichtigung der sich ergebenden Konsequenzen;
- Erstellung eines multimodalen Behandlungskonzeptes, welches aktivierende Pflege, Pharmako-, Sozio- sowie Psychotherapie ebenso einbezieht wie rehabilitative Maßnahmen;
- Koordination in einem multiprofessionellen gerontopsychiatrischen Team;
- Beratung anderer multiprofessioneller Teams und von Einrichtungen eines gerontopsychiatrischen Versorgungssystem;
- Erarbeitung von regionalen Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung der ambulanten und stationären Altenhilfe;
- Förderung der Zusammenarbeit mit Angehörigen von psychisch kranken Älteren, Laien- und Selbsthilfegruppen sowie kirchlichen Einrichtungen.



b) In der Forschung:

- Erforschung des Gesamtvorgangs des Alters und Alterns und seiner biologischen, psychologischen und sozialen Ein- und Auswirkungen;
- Grundlagenforschung psychischer Vorgänge beim Altern;
- Erarbeitung und Erforschung diagnostischer Verfahren sowie präventiver, (sozio-, psycho-, somato-) therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen einzeln und in Kombination, die für Ältere geeignet, hilfreich und nützlich sind;
- Entwicklung und Erforschung von psychotherapeutischen (verschiedener Schulrichtungen) und soziotherapeutischen Behandlungsstrategien.

c) Wissensvermittlung und Förderung der Eigenkompetenzen:

- Förderung und Vermittlung gerontopsychiatrischen Wissens für Professionelle (Aus-, Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision und Organisation von Fachtagungen);
- Vermittlung gerontopsychiatrischer Wissensgrundlagen an Laien;
- Unterstützung von Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen und -vereinen (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft).

d) Öffentlichkeitsarbeit:

- Abbau der gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber Älteren und der Psychiatrie;
- Erstellung von Konzepten, Arbeitspapieren u.ä. für politische Gremien;
- Förderung der Öffentlichkeitsarbeit

(„[URL:www://dggpp.de/documents/gp\\_aufgaben.pdf](http://www://dggpp.de/documents/gp_aufgaben.pdf)“).

## 2.7.1 Ziele der Gerontopsychiatrie

- 1) Eröffnung einer Sichtweise, die den psychisch kranken alten Menschen in der Gesamtheit seiner biologischen, psychischen und sozialen Bezüge erfasst.
- 2) Die gerontopsychiatrische Behandlung stützt sich auf ambulante, teilstationäre und stationäre (offene und geschlossene) Einrichtungen, sowie auf die verschiedenen Bereiche der Altenhilfe und das jeweilige soziale Netzwerk eines Patienten. Alle sind Teil eines regionalen Versorgungsnetzes und sollten ein ausgewogenes Behandlungssystem darstellen. Vorrangig ist die ambulante Versorgung. Der stationäre Aufenthalt sollte so kurz wie möglich sein. Frühzeitig sollten -soweit erforderlich- ambulante Betreuungsdienste eingeschaltet werden.
- 3) Die Gerontopsychiatrie arbeitet integrativ mit der Allgemeinpsychiatrie zusammen. Neben einem psychiatrischen Versorgungsnetz ist ein eigenständiges gerontopsychiatrisches Versorgungsnetz erforderlich, welches allerdings keine zu starren Grenzen (Altersgrenze, Aufgabenbereiche) haben sollte (Expertenkommission 1988). Die allgemeine Altenhilfe, die Geriatrie und die Gerontopsychiatrie berühren sich in allen Arbeitsbereichen.
- 4) Eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz ist in allen gerontopsychiatrisch tätigen Berufsgruppen notwendig. Für die einzelnen Berufsgruppen sollten Vorschläge zur Realisierung dieser Aufgabe entwickelt werden.
- 5) Gerontopsychiatrische Forschung ist auf etliche Fächer verteilt, wie z. B. Psychiatrie, Gerontologie, Psychologie, Soziologie, Recht u. a. Eine Aufgabe wäre, Forschung zu bündeln, Ergebnisse den jeweiligen Fachgruppen zugänglich zu machen und auf die Belange der praktischen, an den Interessen der Patienten orientierten Arbeit zu richten.
- 6) In die kommunale Politik muss die Aufgabe einer adäquaten fachlichen Betreuung und Behandlung von psychisch kranken alten Menschen eingebracht werden. Die kommunalen Behörden müssen sensibilisiert werden für präventive, therapeutische und rehabilitative Aufgaben im gerontopsychiatrischen Bereich. Wenn die Gerontopsychiatrie sich vermehrt auf ambulante und komplementäre Arbeit konzentrieren will, so sind hierfür neue Finanzierungsmodelle, die unterschiedliche Kostenträger einbezie-

hen, notwendig wie z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungen und Sozialämter bzw. in Zukunft die Pflegeversicherung. Dies ist besonders wichtig, da sich behandelnde, rehabilitative, betreuende und präventive Aufgaben vermischen.

7) Da die Rechte älterer Menschen, besonders der psychisch kranken Älteren in der Gesellschaft, aber auch in gerontopsychiatrischen Institutionen häufig eingeschränkt oder missachtet werden, ist die Gerontopsychiatrie besonders dazu aufgerufen, auf diese Missstände hinzuweisen und sie abzuschaftern. Notwendig ist, Problembewusstsein zu erzeugen und nach Alternativen zu suchen.



## 2.8 Fallbeispiel

Herr M. ist mit der Diagnose einer fortgeschrittenen Demenz auf einer gerontopsychiatrischen Station aufgenommen worden. Er hat bis jetzt zu Hause gelebt und wurde von seiner Ehefrau, seiner Tochter und seinem Schwiegersohn gepflegt. Hr. M. ist 84 Jahre alt, konnte im Aufnahmegespräch aufgrund von Sprachstörungen und einer zeitlichen, örtlichen sowie persönlichen Desorientiertheit keine eigenen Angaben tätigen, sodass dies seine Tochter für ihn tat. Diese berichtet, dass Herr M. verbal immer aggressiver gegenüber seiner Ehefrau geworden sei, zuletzt habe er sie sogar versucht zu schlagen. Außerdem würde er nachts nicht mehr durchschlafen und oftmals am Tag kleine „Nickerchen“ machen. Herr M. wird neben der familiären Betreuung von einem Pflegedienst versorgt, dieser kommt morgens zur Grundversorgung und zum täglichen Verbandwechsel. Herr M. hat Selbstversorgungsdefizite in allen Bereichen des täglichen Lebens, da er körperlich und kognitiv hier sehr eingeschränkt ist. Die Tochter berichtet weiter, dass bei Herr M. vor zwei Jahren ein Tumor, der sich pilzartig an einer Seite seines Halses ausbreitete, festgestellt worden sei. Seit der Diagnose hatte er sich verschiedene Behandlungen unterzogen, die dessen Ausbreitung für eine gewisse Zeit verhinderten. Es stand jedoch fest, dass der Tumor nicht vollständig entfernt werden konnte. Herr M. ist mit einem Opioid-Pflaster recht gut eingestellt worden und soll nach der Entlassung von der gerontopsychiatrischen Station in eine palliative Einrichtung eingewiesen werden.

### 3. Rechtliche und ethische Grundlagen

Mit dem medizinischen Fortschritt steigen die Möglichkeiten todkranke und sterbende Menschen über Tage, Wochen oder Monate künstlich am Leben zu erhalten. Viele Menschen lehnen es ab am Sterben gehindert zu werden, wenn die Zeit dafür gekommen ist. Hier stellt sich die Frage: Wie ist zu entscheiden und wer entscheidet, wenn der Betroffene seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann?

#### 3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Bundesärztekammer hat 2011 folgende Grundsätze festgelegt:

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten **Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen** sowie **Leiden zu lindern** und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden. Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. **menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit** sowie **Stillen von Hunger und Durst**. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. **Er muss dabei den Willen des Patienten achten**. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. (Deutsches Ärzteblatt Jg. 108 Heft 7 18. Februar 2011)

### 3.1.1 §1901 BGB

Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden (Köhler, 2011, S. 401).

### 3.1.2 Patientenverfügung

Mit einer **Patientenverfügung** kann der Patient schriftlich im Voraus für den Fall seiner Einwilligungsfähigkeit seinen Willen bezüglich einer noch möglichen ärztlichen Behandlung und pflegerischen Versorgung niederlegen. Verliert der Patient dann tatsächlich seine Einwilligungsfähigkeit, kann mithilfe der Patientenverfügung auf seinen Willen bezüglich einer fraglichen ärztlichen und pflegerischen Maßnahme geschlossen werden. Auf diese Weise nimmt der Patient sein grundgesetzlich geschütztes Selbstbestimmungsrecht im Voraus für eine mögliche Zeit der Entscheidungsunfähigkeit bezüglich ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen wahr.

### 3.1.3 Vorsorgevollmacht

Wer für den Fall einer krankheitsbedingten Entscheidungsunfähigkeit vorsorgen will, kann einer Vertrauensperson eine **Vorsorgevollmacht** erteilen. Wird der Vollmachtgeber dann eines Tages tatsächlich entscheidungsunfähig, braucht ein gesetzlicher Betreuer durch das Gericht nicht bestellt zu werden, da für diesen Fall die Vorsorgevollmacht erteilt worden ist.

### 3.1.4 Gesetzliche Betreuung

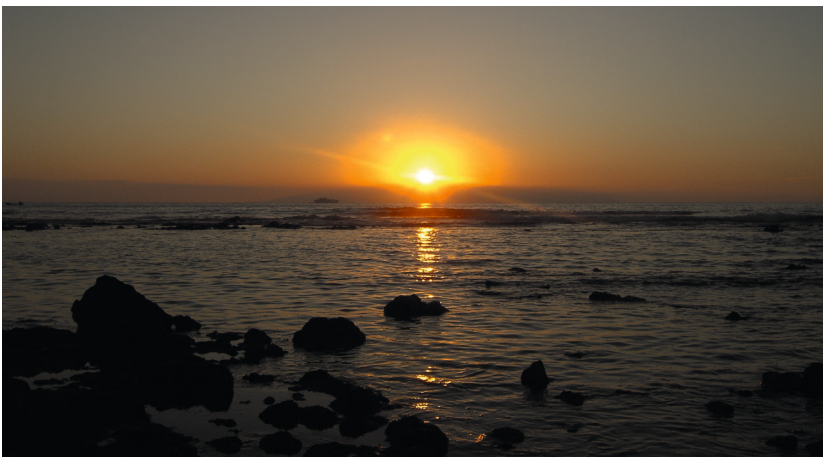
Wer keine Vollmacht erteilt hat (oder erteilen konnte, weil keine Person des Vertrauens zur Verfügung stand), erhält, falls er durch Krankheit oder Unfall entscheidungsunfähig wird, vom zuständigen Betreuungsgericht einen soge-

nannten **gesetzlichen Betreuer**. Häufig werden Angehörige zu gesetzlichen Betreuern bestellt. Erst dann sind sie entscheidungsberechtigt und nicht aufgrund ihrer Angehörigeneigenschaft. Falls keine Angehörigen oder sonstige Ehrenamtliche als gesetzliche Betreuer bestellt werden können, bestellt das Betreuungsgericht Berufsbetreuer. Soll der Betreuer – anstelle des einwilligungsunfähigen Patienten – über medizinische und pflegerische Maßnahmen entscheiden, muss ihm das Betreuungsgericht den Aufgabenkreis Gesundheitsorge oder Gesundheitsangelegenheiten übertragen. Andere mögliche Aufgabenkreise sind z. B. Vermögenssorge oder Bestimmung des Aufenthalts (Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 93ff).

### 3.1.5 Probleme

Es bestehen folgende mögliche Probleme der Patientenverfügung:

- **Mangelnde Vorhersehbarkeit:** nicht jede mögliche Situation kann bedacht werden;
- **Mangelnde Direktheit der Kommunikation:** es wird nicht unbedingt ehrlich und ausführlich, sondern oft nur um das Thema herumgesprochen;
- Erfahrung, dass sich **Werte, Einstellungen und Entscheidungen** wandeln können;
- **Sozialer Druck** zur Abfassung.



### 3.1.6 Glossar für die Diskussion zur Suizidassistentz

#### „Sterbehilfe“

Ein unklarer Begriff, der verschieden gebraucht wird und deswegen vermieden werden sollte.

#### Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form geäußert – z.B. als schriftlich erstellte Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – und jederzeit formlos widerrufen werden. Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich. **Problem:** Ohne schriftliche Verfügung, ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

#### Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach 1901a BGB zulässig: Vorausverfügter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z.B. zu indizierten Therapien getroffen werden müssen (§1901a (1) BGB).

#### Mutmaßlicher Wille

Ist kein Patientenwille eruierbar, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§1901a (2) BGB).

#### Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomische normative Bedingtheiten. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

#### Therapiezieländerung

Wechsel des Therapieziels meist von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

**Problem:** Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider.



### **Tötung auf Verlangen**

Teils als aktive „Sterbehilfe“ bezeichnet. Aktiver Eingriff in den Lebensprozess um ein Leben zu beenden. Die eigentliche Handlung nimmt also ein Anderer vor, nicht derjenige, der getötet wird.

### **Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterben zulassen**

Medizinisch begleitetes Sterben zulassen sind Unterlassung oder Nicht-Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung, Beatmung, Herzschrittmacher, Antibiotikagabe. Es muss dem Patientenwillen entsprechen. Der Krankheit nimmt ihren natürlichen Weg. Passive Sterbehilfe ist geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht.

### **Indirekte „Sterbehilfe“**

Behandlung, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird (Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, Chemotherapie, Operationen u.v.m.). Meist ist die mögliche Nebenwirkung lindernder Therapie gemeint.

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich die Lebenszeit.

### **Suizid = Selbsttötung**

(weniger empfehlenswert: Selbstmord oder Freitod) Selbsttötung ist der neutrale Begriff für Handlungen, mit der ein Mensch sich selber das Leben nimmt.

### **Suizidassistentz = Beihilfe zur Selbsttötung**

Ein Mensch hilft einem anderen, dass dieser sich das Leben nehmen kann. Z. B. durch das Beschaffen von Giften, Medikamenten, Gasen die in entsprechender Dosis tödlich wirken. Die Handlung selber muss der Suizident vornehmen.

### Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z.B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (siehe Sedierung). Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich die Lebenszeit.

**Problem 1:** Unsicherheit verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der Medikamente.

**Problem 2:** Irreführend, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

### Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweck- und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein.

(Siehe auch palliative Sedierung)

### Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u.v.m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen. Bei lege artis durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle Sterben nicht beschleunigt. Die palliative Sedierung kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

**Problem 1:** vermeintliche Nähe zu aktiver „Sterbehilfe“

**Problem 2:** Missbrauchspotenzial.

Während bei aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch das Minderung des Bewusstseins mit einer angemessen dosierten, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen.

### **Aktive Lebensverkürzung**

Vorschlag als Sammelbegriff für Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe um die Diskussion klarer zu gestalten.

### **Körperverletzung (am Lebensende)**

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort), Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis. Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futility („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

**Problem:** Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB).

### 3.1.6.1 Aktuelle juristische Situation in Deutschland

Behandlungsentscheidungen sind immer eingebettet in juristische, gesellschafts-politische und ökonomische normative Bedingungen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

In Deutschland ist immer der Patientenwille entscheidend, damit behandelt werden darf. Er kann auch schriftlich in einer Patientenverfügung dokumentiert werden (§1901a (1) BGB). Ist kein Patientenwille bekannt, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§1901a (2) BGB).

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2019 hat jeder Mensch in Deutschland das Recht sich an einem gewünschten Zeitpunkt das Leben zu nehmen und dafür auch die Hilfe in Anspruch zu nehmen, die er möchte. Dies ist völlig unabhängig von Alter, Krankheit, Hilfebedürftigkeit oder Leiden. Das Urteil warf die Frage auf: Kann ein Patient keinen Suizid begehen, hätte er dann ein Recht zur Tötung auf Verlangen?

Zusätzlich hat das Bundesverwaltungsgericht am 02.03.2017 geurteilt, dass ein Mensch, der sich in einer extremen Notlage befindet und dabei 1. einen hohen Leidensdruck hat und 2. dessen Leiden nicht behandelt werden kann und 3. der keine andere zumutbare Möglichkeit hat, sich das Leben zu nehmen, einen Rechtsanspruch hat, auf Antrag ein Betäubungsmittel zur Selbsttötung zu erhalten. Eine solche Konstellation ist allenfalls theoretisch vorstellbar, aber völlig praxisfern!

Seit dem Urteil des BVerfG ist nun jede Form von Beihilfe zum Suizid erlaubt. Dies gilt prinzipiell für alle Menschen jeder Berufsgruppe. So handeln auch Ärzte straf-frei, die Suizidassistenten leisten. Die Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammer halten die Beihilfe allerdings für unzulässig und bedrohen Ärzte nur theoretisch mit Sanktionen, denn noch nie (!) wurden sie in Deutschland angewendet.

Einzelpersonen und Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas, Exit, Sterbehilfe Deutschland dürfen tätig werden. Dies ist sowohl gewerblich (gegen eine Vergütung), wie auch organisiert (z. B. im Verein oder einer Firma) und eben auch Ein-

zelpersonen geschäftsmäßig (wiederholten, routinemäßigen) erlaubt.

Das BVerfG hat zwar vorgeschlagen, dass der Staat über eine Regulierung, sowie eine Kontrolle nachdenken und eine solche einführen könnte. Das Recht gilt aber auch völlig unabhängig von Regeln und Kontrolle. In der Schweiz ist die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar und nur unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Auch folgt nach jeder Suizidassistentz in der Schweiz ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren zur Überprüfung der Regeleinhaltung.

Definitiv verboten ist die Tötung auf Verlangen in Deutschland wie auch in der Schweiz. Sie ist strafbar nach § 216 StGB und lediglich in den Benelux-Staaten unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Getötet wird dort von Ärzten mit Medikamenteninjektion in einem Umfang, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Ein Sterben zulassen ist immer geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). Eine Behandlung gegen den Patientenwillen und die auch die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten ist eine Körperverletzung (§ 223 StGB). Leider ein alltägliches Problem in Deutschland, das nahezu nie zur Anzeige gemacht wird.

Ebenfalls verboten ist natürlich die Tötung ohne Verlangen. Die Autoren gehen aber auch hier von einer sehr hohen Dunkelziffer aus mit Fällen, wo entweder wegen mangelnder Erfahrung oder auch wider besseres Wissen bei schwerstkranken Patienten ohne deren Wissen Medikamente gesteigert werden mit dem Ziel das Leben zu verkürzen.

Die Autoren stellen ausdrücklich fest, dass solches Handeln unrecht ist.

### 3.1.7 Besonderheiten bei Demenz

Menschen mit Demenz verlieren bei fortgeschrittener Erkrankung auch die Fähigkeit, in rechtlicher Hinsicht für sich zu sorgen. Dann ist es wichtig, dass Angehörige oder andere vertrauenswürdige Personen die Regelung der Rechtsgeschäfte übernehmen können. Es sollte daher rechtzeitig daran gedacht werden eine Vorsorgevollmacht aufzusetzen und man sollte sich Gedanken darüber machen, ob erforderlichenfalls eine Betreuung nach §§1896ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) eingerichtet werden sollte und wer dann gegebenenfalls als Betreuerin oder Betreuer in Betracht kommen könnte. Beratung dazu ist für Betroffene/Interessierte beispielsweise bei anerkannten Betreuungsvereinen oder bei Notaren und Rechtsanwältinnen zu erhalten. Beim Bundesministerium der Justiz kann außerdem kostenfrei die Broschüre „Betreuungsrecht – Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht“ bestellt werden, die einen Überblick sowohl über die Einrichtung einer Betreuung im Sinne des BGB und deren Folgen als auch Hinweise zur Erstellung einer Vorsorgevollmacht gibt (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S.103). Im Anhang finden sich Vollmacht, Patientenverfügung und Vertreterverfügung der PalliativStiftung als Vorlagen.

Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wirken oft glücklich, trotz einer vielleicht schwerwiegenden Erkrankung. In diesen Fällen stellt sich für den Autor die Frage nach der Rechtsverbindlichkeit der Patientenverfügung. Kann ein an Demenz Erkrankter einen gültigen formlosen Widerruf tätigen, wenn er trotz vorher ausgeschlossenen Situationen sehr glücklich wirkt?

### 3.1.8 Handlungsempfehlungen

1. Frühzeitig Gedanken machen über eigene Wünsche für den Bedarfsfall, selbst nicht mehr entscheiden zu können, dies mit Familienangehörigen besprechen und eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung erstellen;
2. Wichtig ist individuell festzulegen, in welcher Lebens- und Behandlungssituation die Vorsorgevollmacht greifen soll;
3. Vorsorgevollmacht alle 2 Jahre überprüfen, aktualisieren und neu unterschreiben;
4. Beratung durch eine neutrale Institution oder Person (Anwalt, Notar) nutzen.

## 3.2 Ethische Grundlagen

Ethisch kompetente Pflegende berücksichtigen bei Entscheidungen die persönlichen Wertvorstellungen des Kranken, seine Situation und die der Angehörigen. Die Erhaltung der Lebensqualität ist die wichtigste ethische Forderung: körperlich ohne Schmerzen und Beschwerden, emotional ohne Angst, sozial nicht allein und nicht als Last und spirituell nach eigener religiöser Überzeugung sterben zu können (Grond, 2011, S. 40f).

Sterbende Menschen werden von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen betreut, auf einer gerontopsychiatrischen Station sind dies Pflegepersonen, Ärzte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Auch wenn alle sich patientenorientiert bemühen und die gleichen Menschen mit der gleichen Grundhaltung pflegen, behandeln und begleiten, so hat doch jeder eine andere Sicht auf die Behandlungsplanung. Wenn sich jeder selbst reflektiert, stoßen alle Betreuenden an ihre Grenzen.

### **Es ist daher wichtig sich gegenseitig zu ergänzen.**

Zusammen entsteht ein wesentlich komplexeres Bild von dem sterbenden Menschen. Eine Reflexion kann man natürlich nicht ständig und bei jeder Gelegenheit machen, aber man sollte immer aufmerksam für sich und den Sterbenden sein. In ruhigen Phasen und mit etwas Abstand sollte man sich fragen, ob der sterbende Mensch noch gesehen wird oder ob man nicht schon alles nur noch aus Routine macht. Wenn dies alle Berufsgruppen machen, kann man den immer gleichen Mühlen entgehen, offen und im Sinne des Sterbenden handeln.

Die Grundhaltung ist in der Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Gesundheit definiert: „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 7). Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe und pflegebedürftiger Menschen“.

Es ist wichtig, bei der Versorgung von sterbenden demenzkranken Menschen

eine Ethikkommission oder ethische Fallbesprechungen einzuführen, um mehr menschenwürdige Entscheidungen herbeizuführen und Möglichkeiten zur Reflektion zu bieten.

### 3.2.1 Besonderheiten bei Demenz

Bei Menschen mit Demenz ist es besonders wichtig eine gute Biographiearbeit (siehe Abschnitt 4.2) zu leisten, um einen möglichst genauen Eindruck davon zu gewinnen, welche Entscheidung in welcher Situation wohl der Patient getroffen hätte.

Der Demenzkranke, wie z. B. Hr. M. aus dem Fallbeispiel, kann oft seine eigenen Einstellungen, Meinungen und Gefühle nicht mehr selbst vertreten, sodass andere diese für ihn evaluieren müssen.

Für geriatrische Settings hat sich als Methode für ethische Fallbesprechungen das Prinzip der Reiseplanung nach Loewy bewährt. Es ist kurz, prägnant, leicht zu verstehen und erfordert keine besondere Schulung.

Loewy beschränkt sich auf drei prägnante Fragen:

1. **Wo sind wir?** Diagnose und Ausmaß der Erkrankung müssen feststehen, ehe man weiter vorgeht. Dafür zu sorgen ist Aufgabe des Arztes.
2. **Wo will man hin (Quo-vadis-Frage)?** Der Arzt erstellt Szenario und Prognose für den bestmöglichen und für den wahrscheinlichsten Fall. Entscheidungsfähige Patienten können sich dann, nach ausführlicher fachlicher Beratung, für den Weg entscheiden, der am besten mit ihren individuellen Werten in Einklang zu bringen ist. Entscheidungen für Demenzkranke stellen uns vor weit schwieriger zu lösende Probleme.
3. **Wie kommt man zu diesem Ziel?** Je klarer die Quo-vadis-Frage zu beantworten ist, desto einfacher ist es, geeignete zielführende Mittel zu finden (Kojer, 2011, S. 347f).



## 3.2.2 Handlungsempfehlungen

1. Häufige Selbstreflexion durchführen;
2. Handeln an ethischen Grundsätzen ausrichten;
3. Einführung einer Ethikkommission;
4. Biographiearbeit;
5. Ethische Fallbesprechungen einführen, z. B. nach Loewy.



## 4 Symptommanagement

### 4.1 Kommunikation

*Nicht da ist man daheim,  
wo man seinen Wohnsitz hat,  
sondern da,  
wo man verstanden wird.*  
(Christian Morgenstern)

Gute Kommunikation ist für alle die wichtigste Voraussetzung guter Lebensqualität. Diese stellt aber ein wesentliches Problem von Menschen mit Demenz dar. Es reicht nicht nur mit gesprochenen Wörtern oder geschriebenen Sätzen zu kommunizieren, sondern man muss auch Mimik, Körpersprache und Gestik interpretieren können, um zu verstehen, eine Situation zu erfassen, Gefühle oder Stimmungslagen zu erkennen und möglichst richtig reagieren zu können.

Der sterbende Demenzkranke ist natürlich ebenfalls auf eine gelingende Kommunikation angewiesen, das heißt, die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten müssen in die Kommunikation einbezogen werden. Um mit ihnen eine Beziehung aufzubauen, ist es also unabdingbar, dass neben den Wörtern auch die **nonverbale Kommunikation** (Gestik, Mimik, Stimme), Geduld und guter Wille eingesetzt werden.

Damit eine Beziehung wachsen kann, muss der Pflegende dem Kommunikationspartner aufrichtig begegnen und bereit sein, ihm dorthin zu folgen, wo er beheimatet ist. Einverständnis kann mit Menschen, die an fortgeschrittener Demenz leiden, nur mehr auf der **Gefühlsebene** hergestellt werden. Erfahrung, Übung und Routine machen es ihm zwar häufig leichter, das Richtige zu sagen und zu tun, können aber echte menschliche Anteilnahme nicht ersetzen, denn man kann nicht routiniert mitfühlend sein. Entweder man ist routiniert oder mitfühlend. Um mitzufühlen, muss man ein Du so nahe an sich heranlassen, dass einen sein Leid berührt. Das erfordert die von Respekt, Wertschätzung und Achtsamkeit getragene Haltung der Palliative Care. Diese Haltung bildet – gepaart mit kommunikativer Kompetenz im Umgang mit demenzkranken sterbenden Menschen – die unverzichtbare Voraussetzung für die palliative Arbeit (vgl.: Kojer, 2011, S. 14).

Fehlerhafte Kommunikation sind meistens nur Missverständnisse, sie sind in der Regel nicht böswillig herbeigeführt, sondern sind Ausdruck einer fehlerhaften Beziehung und mangelnden Vertrauens. Es ist also von enormer Bedeutung eine gute Beziehung herzustellen und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Wenn dies nicht gelingt, kann es aufgrund einer Überforderung zu Gewalt kommen.

### 4.1.1 Merksätze zur Kommunikation

- Erstklassige Pflege und Begleitung setzt voraus, dass man eine **vertrauensvolle persönliche Beziehung** zu den Patienten/-innen und ihren Familien aufbaut. An dieser Aufgabe müssen alle Mitglieder des Teams mitarbeiten.
- Wenn Patienten oder Betreuende zum ersten Mal mit der Palliative Care in Kontakt kommen, erhöht die Angst vor Veränderungen oft den Druck, für viele Dinge sofort eine Lösung zu finden. Wichtig ist sich **Zeit und Ruhe** zu gönnen, um die Gedanken zu ordnen und die Gelassenheit wiederzufinden.
- Pflegende geben den Klienten möglichst das Gefühl, dass sie **angehört und verstanden** wurden. Man kann dies durch Worte, non-verbale Kommunikation und durch die Art und Weise des Umgangs mit ihnen signalisieren.
- Effektive Beraterische Fähigkeiten beinhalten nicht unbedingt, tief-schürfende Gespräche mit Patienten zu führen oder sie zu motivieren, sich zu öffnen. Es ist genauso wichtig, ihnen zu helfen, **ihre Gefühle und Emotionen zurückzuhalten**.
- **Einschätzung findet auf beiden Seiten statt.** Während man versucht, die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen zu ermitteln, wird man samt seinen Fähigkeiten von ihnen ebenfalls beurteilt (Davy; Ellis, 2010, S. 36).

## 4.1.2 Beziehungspflege

Die Beziehungspflege im Konzept der Palliativpflege orientiert sich in der

- **Strukturqualität**, die für den Sterbenden eine ihm angemessene Lebenswelt schafft und organisatorisch für eine konstante Bezugsperson sorgt;
- **Prozessqualität**, die die Palliativpflege bevorzugt nach individuellen Bedürfnissen und erst sekundär nach Standards plant und dokumentiert;
- **Ergebnisqualität**, die Zufriedenheit nicht nur der Sterbenden, sondern auch der Angehörigen und Mitarbeiter anstrebt (Grond, 2011, S. 28f).

Um mit desorientierten und verwirrten Menschen in Beziehung zu treten, gibt es seit vielen Jahren die besten Erfahrungen mit der Validation nach Naomi Feil (vgl.: Feil, 2010, S. 131).

Validation unterscheidet sich von den meisten anderen in der Geriatrie verwendeten Methoden und Konzepten dadurch, dass sie für die Patienten keine Ziele festlegt, keine Anforderungen an die Betroffenen stellt und von ihnen keine Fortschritte erwartet. Validierende Begleitung möchte den Kranken Angst, Unsicherheit und Einsamkeit ersparen und sollte nicht als eine Art Gleitmittel für den reibungslosen Ablauf missverstanden werden. Die Patienten werden heute und morgen immer so akzeptiert, wie sie sind und empathisch auf ihrem Weg begleitet. Mithilfe der Validation gelingt es viel leichter eine Beziehung anzuknüpfen, demenziell erkrankten Sterbenden näherzukommen und hellhörig für Bedürfnisse zu werden. Der Philosophie der Methode entsprechend, geschieht dies immer zu den Bedingungen der Kranken und in der Absicht, ihnen Wärme, Nähe und Zuwendung zu geben und ihr Leid mit ihnen zu tragen (Kjer, 2011, S. 14).

Je intensiver die Beziehung zwischen Demenzkranken und nicht an Demenz Erkrankten ist, desto angemessener wird das Handeln und eine Entscheidung des nicht an Demenz Erkrankten sein (Dörner, 2001, S. 54).

### 4.1.3 Besonderheiten bei Demenz

Für den sterbenden Demenzkranken ist die Beziehungspflege noch von größerer Bedeutung, als beim nicht an Demenz Erkrankten. Dieser braucht die **Kontinuität** einer gleichbleibenden betreuenden Person, um auch, wenn er vergessen hat, wer diese ist, ein vertrautes Gefühl zu haben. Es ist wichtig auf diese Menschen zuzugehen, den Kontakt aufzunehmen, Rückzug zu vermeiden, ihn in eine Gruppe zu integrieren. Außerdem sollten die Angehörigen, Freunde und alle sonstigen Personen aus dem betreuenden Umfeld den Kontakt zum Sterbenden aufrechterhalten, damit ihre Beziehung nicht an Bedeutung verliert. Wenn es möglich ist, wäre z. B. Rooming-In sehr gut, da ein Lebenspartner so den Kontakt halten kann und weiter die wichtigste und konstanteste Person im Umfeld des Sterbenden bleiben kann. Des Weiteren sollte natürlich die Validation angewandt werden, um den Sterbenden Angst, Unsicherheit und Einsamkeit, die ein an Demenz Erkrankter noch mehr hat, entgegenwirken zu können. Für das Personal ist es von enormer Bedeutung sich immer wieder regelmäßig zu reflektieren, die eigene Haltung und Einstellung im Umgang mit dem Patienten zu hinterfragen und zu überprüfen. Es muss auf den Patienten eingegangen werden, das eigene Tempo dementsprechend angepasst sein. Außerdem muss man auch nonverbal authentisch bleiben.

### 4.1.4 Handlungsempfehlungen

1. Auf Mimik, Gestik und Körpersprache achten, um Gefühle, Stimmungslagen, Schmerzen zu erkennen;
2. Nonverbale Kommunikation anwenden, um die Fähigkeiten des Patienten einbeziehen zu können;
3. Merksätze zur Kommunikation verwenden;
4. Häufige Reflektion der eigenen Haltung und Einstellung im Umgang mit den Patienten;
5. Geduldig und ruhig mit dem Patienten sowie mit den Angehörigen sein;
6. Vertrauensvolle persönliche Beziehung zu den Patienten und ihren Familien aufbauen;

7. Auf die Patienten zugehen, Kontakt aufnehmen, Rückzug vermeiden und in eine Gruppe integrieren;
8. Anteilnahme (authentisch und empathisch);
9. Anwendung von Validation nach Naomi Feil.

## 4.2 Biografiearbeit

Das Berufsfeld der Pflege ist seit Jahren einem massiven Wandel unterworfen. Die Pflege organisiert und strukturiert sich ständig neu, um den Arbeitsaufwand besser bewältigen zu können. Pflegekräfte sind bestrebt eine sehr gute Pflege zu leisten, um damit den Bedürfnissen ihrer Bewohner bzw. Patienten gerecht zu werden. Hierfür leistet die Biografiearbeit einen wertvollen Beitrag (Fuchs; Gabriel; Raischl; Steil; Wohlleben, 2012, S. 118ff).

Lebensqualität und Autonomie von Kranken zu erhalten, ist Qualitätskriterium der Palliativpflege. Aber nicht Helfer definieren, was der Einzelne trotz fortschreitender Erkrankung als Lebenszufriedenheit für sich empfindet, sondern der Kranke selbst. Will er noch etwas erleben oder spürt er seine Lebensqualität so geschwunden, dass er mit seinem Leben abgeschlossen hat?

**Jeder definiert Lebenszufriedenheit aus seiner eigenen Biografie heraus anders und dies kann sich je nach Situation immer wieder ändern.**

In der Pflege wird der spirituelle Aspekt oft vernachlässigt und aus dem Wohlbefinden wird körperliches, seelisches und soziales Funktionieren, ohne die Biografie zu berücksichtigen (vgl.: Grond, 2011, S. 164).

Häufig weiß man nicht viel oder nicht genug von der Biografie bzw. aus dem Leben eines Menschen. Doch jede Einzelheit hilft weiter diesen anderen Menschen ein wenig besser zu verstehen, besser anzunehmen und ihn in seinem „Gewordensein“ zu akzeptieren. Nicht selten geschieht es, dass ein Mensch gerne sterben möchte, weil er die Realität seines körperlichen Abbaus nicht mehr ertragen kann. Manchmal kann ein Mensch aufgrund seiner biografischen Geschichte nur schwer sterben, obwohl er medizinisch und pflegerisch gut versorgt wird.

**Es wird nicht immer gelingen intensive Begegnungen zu schaffen, aber wenn ein Mensch in einer solchen Begegnung Vertrauen aufbaut, sich**

**geborgen und sicher fühlt, kann dies für den Begleitenden und für den sterbenden Menschen eine sehr bewegende und tragende Situation sein.**

Biografisches Arbeiten setzt eine Vertrauensbasis voraus, die mit Einfühlung und echtem Verständnis, mit der Achtung vor dieser Person zu tun hat. Es geht nicht darum, Dinge zu verändern, eher darum, Lebensprozesse so stehen zu lassen wie sie gewachsen sind, Dinge noch einmal anzusprechen und ausprechen zu können mit einer Person des Vertrauens. Biografisches Arbeiten heißt, in Kommunikation treten, auf verbaler, vielleicht auch nonverbaler Ebene; durch ein Anregen der Sinne dieses Menschen, ihn in seiner Gefühlsebene, seiner seelischen Welt zu erreichen, um mitzerleben und nachzuempfinden, was jetzt noch wichtig ist oder geklärt werden muss. Dieses Eintauchen in biografisches Arbeiten kann je nach Lebenserwartung ein größerer Prozess über Wochen und Monate sein oder auch eine ganz kleine Begegnung oder ein einzelnes Gespräch (vgl.: Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 75f).

Anlass zur Biografiearbeit bietet jeder Kontakt mit dem Betroffenen, ob „beiläufig“ bei der Grundpflege oder im längeren gezielten Gespräch. Gesprächsthemen können dann Feste, Feiern und Abschiede, biografische Stammdaten wie verheiratet, Kinder, Beruf, Wohnung, Hobbys, Wohnort, Glauben, Kindheit usw. sein. Pflegende können diese Daten dann im Biografiebogen erfassen und immer wieder ergänzen und darauf zurückgreifen. In der Biografiearbeit ist alles wichtig, was für den Menschen auch wichtig ist und sei es noch so banal oder für den Betreuenden von noch so geringer Bedeutung.

Biografiearbeit oder Erinnerungspflege berücksichtigt:

- **die Zeitgeschichte;** heute 90-Jährige wurden traumatisiert durch Todeserleben im Krieg oder durch Vertreibung. Etwa jede fünfte Frau wurde vergewaltigt vom Ehemann (bis 1977 „eheliche Pflicht“) oder von Besatzungstruppen. Frauen bauten als Trümmerfrauen den Wohlstand auf. Männer erlebten als Soldaten das Sterben und waren oft in Gefangenschaft. Beide mussten den Wertewandel von der Großfamilie zur Lebensabschnittpartnerschaft verkraften.
- **die Kranken- als Lebensgeschichte;** Verwirrtheit wird auch als sinnvolle Reaktion auf kritische Lebensereignisse verstanden, die die Erinnerungstherapie positiv zu deuten und das Verhalten des Kranken aus seinen lebensgeschichtlichen Gewohnheiten zu erklären versucht.

- **individuelle Bedürfnisse** aus dem So-Geworden sein, erhält die Identität möglichst mit gewohnter Tätigkeit, Liebesspeisen und Hobbies.
- die **Lebensbilanz**, die **Einzigartigkeit der Biografie**, sich als Lebenserfahrung zu erleben und sich nützlich zu machen. Biografiearbeit bedeutet die Vergangenheit im Lebensrückblick zu akzeptieren, im Lebensblick die Gegenwart realistisch zu sehen und im Lebensausblick die verbleibende Zeit angesichts des Todes sinnvoll zu gestalten (Grond, 2011, S. 86f).

Es gibt sehr unterschiedliche Möglichkeiten, um Biografiearbeit anzuwenden. Über die Sinne können z. B. sterbende Menschen in eine vergessene Welt zurückgeführt werden wie etwa durch Sehen, Riechen, Hören, Schmecken und Tasten.

- **Riechen** (unsere Nase ist ein sehr feines Organ, das uns helfen kann, vielfältige Erinnerungen wachzurufen). Es können intensive Erinnerungen ausgelöst werden und durch das Wahrnehmen eines Geruches als „Aufhänger“ lässt sich vielleicht ein Einstieg in ein Gespräch finden oder in eine Begegnung eintauchen.
  - Der Geruch von einem Kuchen, der gebacken wird, z. B. Apfelkuchen, Marmorkuchen, Marmelade, Waffeln etc.
  - Der Geruch eines Parfums, Rasierwassers, Haarwassers etc.
  - Der Geruch eines Gewürzes, z. B. Nelken, Zimt, Lorbeer, Rosmarin etc.
  - Der Geruch einer Blume, z. B. Rosen, Veilchen, Flieder, Lavendel etc.
  - Der Geruch einer Süßigkeit, z. B. Brause, Schokolade, Spekulatius etc.
  - Der Geruch von Seife, Putzmittel, Waschmittel etc.
  - Der Geruch von ätherischen Ölen, z. B. Pfefferminz etc.





- **Hören** (über unser Gehör erreicht man ganz bestimmte Erinnerungen. Unsere Ohren lassen uns sehr genau wahrnehmen, was in der Umgebung passiert.) Geräusche können uns in erlebte Situationen zurückführen:
  - Der Klang von Glocken
  - Der Klang einer Spieluhr
  - Der Klang eines Liedes
  - Der Klang einer Stimme
  - Der Klang eines Instruments
  - Der Klang von Regen, Gewitter
  - Der Klang von Verkehrsgeräuschen, Pferden, Flugzeug, Polizeiauto
- **Schmecken:** Lieblingsessen oder Lieblingsgetränke lassen sich auch bei Menschen in der letzten Lebensphase oder den letzten Lebenswochen und -tagen in besonderer Darreichungsform verabreichen, in Erinnerungen an Tage, wo Essen und Trinken noch eine große Bedeutung hatten.
  - Essen: z. B. Braten, Kartoffelsalat
  - Getränke: z. B. Bier, Wein, Kaffee, Saft, Sekt, Tee

- **Tasten:** Durch bestimmte Symbole können Erinnerungen ausgelöst werden, die in einem Leben von Bedeutung waren. Unserer Fantasie und Kreativität sind an der Stelle keine Grenzen gesetzt.
  - Sand = Erinnerung an Urlaube
  - Erde = Erinnerung an Hobby, Beruf (Bauer, Gärtner etc.)
  - Muschel = Erinnerung an Meer
  - Stopfei, Stricknadel = Erinnerung an Hobby
  - Blume = Erinnerung an Geschenke, Garten, Beruf
  - Früchte = das Tasten eines Apfels erinnert an Garten, Obst auflesen
  - Geld = früher gab es DM und Pfennig, im Ausland andere Währungen
- **Sehen:** Alle genannten Dinge lassen einen Einstieg für das Eintauchen in die Biografie eines Menschen zu. Durch das Anschauen von Fotos oder ähnlichen Dingen können viele Erinnerungen angeregt werden, die längst vergessene oder verlorene Geschichten zu Tage bringen.
  - Fotos
  - Geografische Karten
  - Postkarten
  - Bücher
  - Gedichte
  - Liedtexte
  - Sprüche
  - Symbole

(Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 79f).

## 4.2.1 Besonderheiten bei Demenz

Ein an Demenz erkrankter Mensch kann je nach Stadium seiner Erkrankung oft keine oder nur sehr wenige Angaben zu seiner eigenen Biografie tätigen. Hier ist es besonders wichtig, Daten mit den Angehörigen und Bekannten zu erheben. Biografiearbeit stellt eines der wichtigsten Komponenten in der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen dar. Je mehr der Betreuende über

den Menschen weiß, umso besser kann man das Verhalten des Betroffenen verstehen und auf das eingehen, was diesen gerade beschäftigt. Es lassen sich Gedächtnislücken füllen, Sorgen und Ängste lassen sich vielleicht durch Vertrauen und Geborgenheit nehmen. Bestimmte Verhaltensweisen lassen sich erklären, wenn verstanden wird, was der Hintergrund dieses Verhaltens ist.

Am Beispiel von Herr M. wird deutlich, wie sehr eine gute Biografiearbeit von den Angehörigen abhängig ist. Herr M. kann aufgrund seiner Demenz keinerlei Angaben tätigen, da er aber aus einem sehr stabilen Familienumfeld kommt, können die wichtigsten Informationen trotzdem gewonnen werden und in die Behandlung mit einfließen.

## 4.2.2 Handlungsempfehlungen

1. Intensive Begegnungen herstellen,
2. Den Patienten und seine Wirklichkeit in den Mittelpunkt des pflegerischen Tuns stellen,
3. Empathisch und authentisch eine Vertrauensbasis aufbauen,
4. Achtung vor der Person haben,
5. Verbal und Nonverbal kommunizieren,
6. Zeitgeschichte einbeziehen,
7. Individualität berücksichtigen (gewohnte Tätigkeit, Lieblingsspeisen),
8. Zeit sinnvoll gestalten,
9. Sterbende Demenzkranke in eine vielleicht vergessene Welt

### 4.3 Schmerzen

Man stelle sich vor, man geht mit starken Schmerzen zum Zahnarzt und fleht ihn an einem zu helfen. Kein Problem, sagt dieser, und klebt einem ein Pflaster über den Mund! Problem beseitigt, man hört ja nichts mehr. So ähnlich geht es oft den sterbenden demenzkranken Menschen. Deren Symptome werden als Symptome der Demenz gesehen. Der Demenzkranke hat oft keine andere Möglichkeit auf seine Not aufmerksam zu machen, als sich unruhig oder agitiert zu verhalten. Zurückzuführen ist dies auf zwei Umstände:

- a) **Mythos:** Menschen mit Demenz haben keine Schmerzen, und
- b) die Diagnose Demenz erfährt einen sogenannten **Halo-Effekt**, sie wird zu einer Kardial Diagnose und alle anderen werden zu Nebendiagnosen (vgl.: Kostrzewa, 2010, S. 99).

Wenn in Krankenhäusern von Schmerzen gesprochen wird, sind damit in der Regel körperliche Schmerzen gemeint. Körperliche Leiden zu heilen oder zu lindern ist wohl von den meisten Ärzten und dem Pflegepersonal die wichtigste Aufgabe. Schmerzen rechtzeitig zu erkennen und adäquat zu behandeln, muss daher eine vorrangige Aufgabe in der palliativen gerontopsychiatrischen Behandlung sein. Wichtig ist hierbei den ganzen Menschen mit seinen Sorgen und Nöten im Fokus der Aufmerksamkeit zu behalten und ernst zu nehmen (vgl.: Kojer; Schmidl, 2011, S. 41).

Schmerzen bei an Demenz erkrankten Menschen festzustellen ist wesentlich schwieriger als bei nicht an Demenz erkrankten Menschen, denn die meisten Schmerzeinschätzungsskalen beruhen auf einer Mithilfe des Patienten. Dies gestaltet sich schwierig, denn der eigene Körper wird bei Demenzerkrankten nicht mehr klar wahrgenommen, Reize werden verkehrt gedeutet oder es besteht eventuell ein Sprachzerfall.

Bei Herr M. aus dem Fallbeispiel, müssen so z. B. als mögliche Ursache für die Aggressionen und die Tag-Nacht-Umkehr auch Schmerzen in Betracht gezogen werden, denn diese kann er vielleicht nicht verständlich äußern und eine angepasste Schmerztherapie könnte schon einige Schwierigkeiten beseitigen.

### 4.3.1 Einschätzung der Schmerzintensität

Bei der Einschätzung von Schmerzen ist darauf zu achten, dass viele ältere Menschen schon lange mit Schmerzen leben, und glauben, Schmerzen gehören zum Alter dazu.

Als Schmerztoleranz wird Schmerzdauer und -intensität bezeichnet, die eine Person ertragen kann, bevor sie etwas dagegen unternimmt. Diese ist individuell verschieden. Zur Veränderung der Schmerztoleranzgrenze siehe Tab. 1.4.

Tab. 1.4 Veränderung der Schmerztoleranzgrenze	
Schmerztoleranzgrenze wird gesenkt durch	Schmerztoleranzgrenze wird angehoben durch
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlaflosigkeit, Müdigkeit</li> <li>• Nicht – wohl fühlen, Angst, Sorgen</li> <li>• Verlassen sein und Einsamkeit</li> <li>• Hilflosigkeit und Passivität</li> <li>• Trauer und Depression</li> <li>• Wut, Zorn, Aggression</li> <li>• Stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlaf; Erholung</li> <li>• Freundliche Umgebung</li> <li>• Zuwendung und Zärtlichkeit</li> <li>• Abwechselnde Tätigkeit</li> <li>• Verständnis, Antidepressiva</li> <li>• Positiven Energie – Einsatz</li> <li>• Entspannung und Hoffnung</li> </ul>

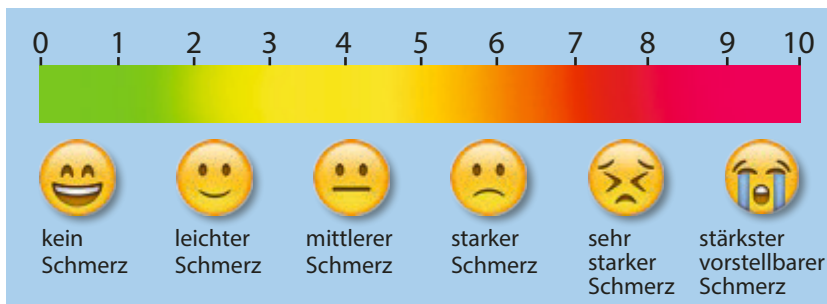


Abb. 1: NRS und VAS Schmerzskaala

Es gibt verschiedene Arten Schmerzen einzuschätzen:

1. **Selbsteinschätzung:** Bei der numerischen/visuellen Analogskala (NRS/VAS, siehe Abbildung 1) markiert der Betroffene auf einer Skala die von ihm empfundene Schmerzintensität. Auf der Rückseite der Analogskala ist die Strecke numerisch von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= stärkster vorstellbarer Schmerz) angegeben. So lässt sich die Schmerzintensität numerisch erfassen und ein Verlauf beobachten.
2. **Pathologische Zustände:** Wenn z. B. ein an Demenz erkrankter Mensch eine bekannte Diagnose hat, von der jeder weiß, dass diese Schmerzen verursacht wie evtl. ein Hämatom, Frakturen oder Zahnschmerzen, dann kann man diese Kenntnisse auf den Patienten übertragen und davon ausgehen, dass dieser die Schmerzen auch ähnlich empfindet und entsprechend behandeln.
3. **Verhaltensmerkmale** (Mimik, Gestik, Bewegung, Weinen): Ein schmerzverzerrtes Gesicht ist wohl jedem gut bekannt, da es ein universeller Gesichtsausdruck ist, der von Jedem gleich verstanden wird. Schonhaltungen lassen sich ebenfalls recht einfach interpretieren und deuten. Bei Patienten die keine Skala benutzen können, hat der Autor sehr gute Erfahrungen mit der BESD oder BIASD Schmerzerfassung gemacht. (siehe Anhang)
4. **Schmerzeinschätzung** durch Angehörige: Angehörige sind vielleicht die wichtigste Informationsquelle bei der Einschätzung von Schmerzen, wenn der Betroffene diese selbst nicht mehr verbalisieren kann. Angehörige haben Erfahrungen und können unter Umständen am besten einschätzen ob ein möglicher Schmerz vorhanden ist. Die bislang vorliegenden Ergebnisse (vgl.: Becker et al., 2005) sprechen dafür, dass Angehörige im Vergleich zu Pflegekräften eher von Schmerzen ausgehen und diese tendenziell auch als stärker einschätzen.
5. **Physiologische Messungen:** Schmerz drückt sich auch in bestimmten Parametern (z. B.: erhöhter Blutdruck, schneller Puls, schnelle flache Atmung etc.) aus, die gemessen und entsprechend interpretiert werden können.

### 4.3.2 Schmerztherapie

Schmerzbehandlung muss immer Teil eines umfassenden Palliativkonzeptes sein, das durch ein holistisches Assessment den Menschen in seiner Ganzheit erfasst und daraus – möglichst zusammen mit dem Patienten – die Prioritäten ableitet. Ins Zentrum werden die Bedürfnisse und Ziele der Patienten gestellt, das bedeutet für die Zielformulierung, dass nicht nur die Prioritäten in der Behandlung, sondern auch das Ziel der Schmerzbehandlung mit den Patienten bzw. mit ihren Angehörigen besprochen werden müssen. Ist die dauernde Schmerzfreiheit überhaupt erreichbar und um welchen Preis? Vielleicht ermöglichen hohe Analgetikadosen zwar Schmerzfreiheit, der Patient büßt dafür aber mit verstärkten Nebenwirkungen oder mit einer Verschlechterung anderer Funktionen, z. B. der Gehfähigkeit, einen Teil Lebensqualität ein (vgl.: Kojer, 2011, S. 63).

#### **Folgende Kriterien sollten in der Anamnese erfasst werden:**

- Schmerzstärke z. B. auf einer visuellen Analogskala
- Schmerzqualität
- Häufigkeit und Dauer des Schmerzes
- Situation, die mit Schmerzen einhergehen (z. B. Verbandwechsel, Hochlegen der Beine, Bewegung)
- Schmerzlokalisierung
- Erfahrungen mit Maßnahmen zur Verbesserung des Schmerzes
- Qualität der Schmerzen: klopfend, schließend, stechend, spitz, krampfartig, nagend, brennend, dumpf, stark, schwach, heftig, ermüdend/erschöpfend, unerträglich, ängstigend, strapaziös.
- Was macht die Schmerzen schlimmer?
- Was macht die Schmerzen erträglicher?

(Panfil; Schröder, 2010, S. 166).

Die **medikamentöse** Behandlung ist in der Regel der Grundpfeiler der Schmerztherapie. Dabei ist das Ziel, die Schmerzen des Patienten so weit wie möglich zu reduzieren und ihm gleichzeitig ein Höchstmaß an Aktivität zu erhalten. Man unterscheidet dabei folgende Medikamentengruppen:

- Nichtopioide
- Mittelpotente Opioide
- Starke Opioide
- Co-Analgetika
- Begleitmedikamente

Die WHO entwickelte ein Stufenschema (siehe Abb. 2), das die Medikamente nach ihrer Wirksamkeit in unterschiedliche Gruppen einteilt. Es wurde primär für die Therapie von Tumorschmerzen entwickelt und für die Behandlung dieser Schmerzen validiert. Es bietet eine gute Möglichkeit der effektiven und sinnvollen Medikamentenkombinationen und erlaubt die Festlegung von Standardtherapieplänen.

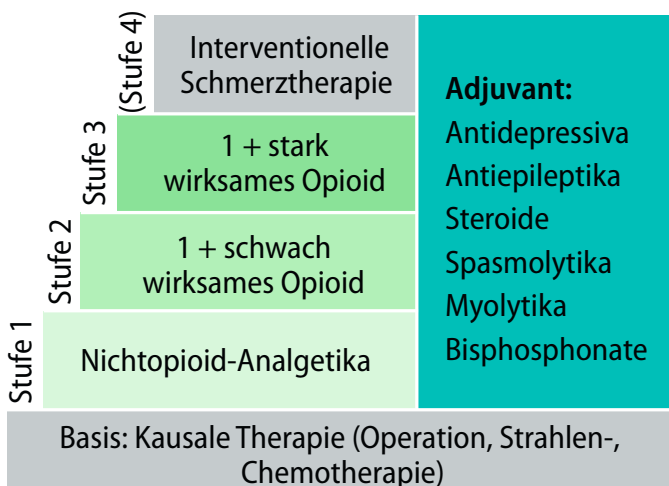


Abb. 2: Modifiziertes WHO-Stufenschema (WHO 1986, 2003)



Das Stufenschema arbeitet nach folgendem Grundprinzip: Wenn ein leichter Schmerz besteht, wird auf der **Stufe 1** des Stufenschemas begonnen. Kommt es nicht zu einer ausreichenden Schmerzlinderung oder nehmen die Schmerzen zu, wird ein Medikament aus **Stufe 2** des Schemas angewendet. Dabei wird das Medikament der ersten Stufe meistens weiterhin gegeben. **Stufe 3** wird genutzt, wenn der Patient von vornherein sehr starke Schmerzen hat oder es im Therapieverlauf zur weiteren Schmerzverstärkung kommt. Bei Anwendung der Stufe 2 oder 3 ist eine Kombination mit einem Nichtopioid (Stufe 1) möglich und sinnvoll, da so die Effektivität der Schmerztherapie gesteigert werden kann. Dies ist möglich, da die unterschiedlichen Medikamentengruppen verschiedene Wirkorte im Körper haben. Während die Nichtopioiden in der Körperperipherie und teilweise auch im Gehirn wirken, docken die Opioide an spezifischen Opioidrezeptoren z. B. im Rückenmark und im Gehirn an und verhindern die Schmerzweiterleitung (Panfil; Schröder, 2010, S. 335f).

Im Anhang befindet sich die Tabelle **Analgetika und ihre Zeit-Wirkungsprofile**; diese dient dazu sich einen Überblick über Arzneistoffe, Handelsnamen, Wirkungsprofil und die Einzeldosis der Opioide und Nichtopioiden zu verschaffen.



## Die Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

- **Komplementäre Therapie:** entlastend lagern zur Muskelentspannung nach Wunsch des Kranken;
- **Physikalische Therapie:** Bei akuten Schmerzen hilft oft Kälte, bei chronischen Schmerzen Wärme mit Wickeln, heißer Rolle, mit Pe-loiden (Moor-, Fango-Packungen), Umschlägen und Infrarot; Elektrotherapie (ist bei Schrittmacher- und Metallprothesenträgern zu vermeiden) mit hochfrequentem Wechselstrom (Mikro-, Kurzwele), mit diadynamischen Strömen, Gleichstrom und Ultraschall; TENS: transkutane elektrische Nervenstimulation reizt nichtschmerzlei-tende Nerven über dem Schmerzgebiet und hilft etwa der Hälfte der Schmerzpatienten;
- **Physiotherapie:** Passive Physiotherapie ist Lagerung, Fußreflexzonen-therapie, Massagen, Lymph-Drainage, Bewegungstherapie im Wasser, Durchbewegen, basale Stimulation und therapeutisches Berühren; Aktive Physiotherapie hilft mit Krankengymnastik, isometrischem und Geh- Training, sowie Atemgymnastik auch bei Sterbenden;
  - Manuelle Therapie, Akupunktur und -pressur helfen nicht jedem;
  - Ergotherapie lenkt mit Beschäftigung ab, wenn der Kranke noch teilnehmen kann;
  - Hilfsmittel wie Funktionsschienen, Stützgürtel, Greif- und Hebehilfen, Rollatoren erleichtern Bewegung und erhalten die Selbständigkeit so lange wie möglich;
- **Selbst-Trainings-Konzept:** Pflegende können dazu anleiten:
  - Den Schmerz auszudrücken mit Schmerztagebuch, Rating Scala;
  - Sich im Alltag entspannen zu lernen und Alternativen zu finden;
  - Gesund zu leben, sich zu beschäftigen, für sich selbst zu sorgen;
  - Stress zu bewältigen mit Entspannung, z. B. Autogenem Training oder Biofeedback, um Muskelspannung bewusst zu machen;
  - Sich an Sinn zu orientieren z. B. an sozialer Aufgabe oder in einer Selbsthilfegruppe, um sich im Leid zu solidarisieren, sich

der Deutschen Schmerzliga oder der Aktiven Schmerzhilfe ASH anzuschließen;

- Medikamente zu überprüfen;
- **Naturheilkunde;**
  - Ordnungstherapie klärt die Therapieziele und entspannt;
  - Hydrotherapie hilft mit Kneippen, Dampf- oder Solebädern;
  - Thermotherapie wendet Wärme mit Packungen, Wickeln, mit Peloiden (Moor, Lehm, Schlick, Fango, Heilerde) an;
  - Ernährungstherapie mit Heilfasten vermeidet Fleisch;
  - Ausleitende Therapie hilft mit Abführen, Schwitzen, Schröpfen oder mit Blutegeln;
  - Phytotherapie setzt Beinwell, Brennnessel, Guajakholz, Mistel, Teufelskralle und Weidenrinde ein, seltener Homöopathie.
- **(Weitere) Therapien** helfen manchem, sind häufig (noch) nicht evidenzbasiert: z. B. Neuraltherapie, Linsen- oder Rapskneten, Schwefelheilerde, Lavendelmilchbad, Aromatherapie, Arnika-Auflagen, Heublumen, Senfmehl- und Ingwer-Wickel, Retterspitz-Packungen, Bachblüten, Shiatsu, Reiki, Kupferband, Magnetfelder, Zilgri, Klangtherapie. Kranke und Angehörige müssen wie in andere Therapien auch nach Aufklärung der Behandlung (möglichst schriftlich) zustimmen.
- **Psychotherapie:** Nur 1% der Älteren lässt sich dazu motivieren. Sie wäre nötig bei gestörter Schmerzverarbeitung, bei Depression, somatoformer Schmerzstörung und Schmerzmittelmisbrauch; bei Kranken mit Demenz ist sie nicht mehr möglich. Gesprächs- und Verhaltenstherapie können helfen: sie erklären die Schmerzen, üben Entspannung, leiten zur Selbstbeobachtung an, fördern positive Vorstellung von Schmerzbewältigung, um mit Schmerzen unvereinbare Selbstanweisungen zum Umgang mit Schmerzen zu erarbeiten und bauen Kontakte auf und Hilf- und Hoffnungslosigkeit ab.
- **Spirituelle Hilfen:** Seelsorger können helfen, sich trotz Schmerzen an einem Sinn zu orientieren, Schuldgefühle abzubauen und in seiner

religiösen Bindung Hoffnung zu finden, ohne zu verzweifeln; denn bei unerträglichen Schmerzen suchen ältere Männer nicht selten im Suizid einen Ausweg.

- **Hilfen der Pflegenden:** Einfühlsame Bezugsperson kann
  - Intensive Zuwendung als wichtigste Hilfe geben; dem Schwerkranken ruhig zusprechen und ihn nach den Schmerzen und nach seinen Wünschen fragen;
  - Stets in der Nähe erreichbar bleiben;
  - Ihn akzeptieren, auch wenn er schreit;
  - Ihn entspannen, bequem lagern und Lageänderung ankündigen;
  - Vor schmerzhaften Pflegemaßnahmen Schmerzmittel geben;
  - Ihn langsam, behutsam berühren und Angehörige anregen, ihm mit Zärtlichkeit zu begegnen, ihn z. B. einzureiben oder zu massieren;
  - Soweit noch möglich aktivierend zu pflegen, um vermeidbare Schmerzen z. B. durch Kontrakturen oder Dekubitus zu verhindern;
  - Sich fortbilden über neue Hilfsmöglichkeiten

(Grond, 2011, S. 153ff).

### 4.3.3 Besonderheiten bei Demenz

Der Expertenstandard Schmerzmanagement (siehe [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)) fokussiert Patienten mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Die große Gruppe der alten Menschen, die chronische Schmerzen aufgrund von Verschleißerkrankungen haben, wird mit diesem Standard aber nicht angesprochen. Auch ist hier in dieser Arbeit weiter oben konstatiert worden, dass mit zunehmenden Alter das Risiko wächst, an einer Demenz zu erkranken. Die sich ergebende große Schnittmenge an Betroffenen, alt, verschlissenen und an einer Demenz erkrankt, wird im Expertenstandard somit nicht erfasst. Ca. 270000–480000 alte Bewohner aus Pflegeheimen mit einer Demenz leiden an chronischen Schmerzen. Diese große Menge an Pflegeheimbewohnern wird im Expertenstandard Schmerzmanagement nicht berücksichtigt (Kostrzewa, 2010, S. 127f).

Bei Herrn M. aus dem Fallbeispiel, ist es z. B. aufgrund des Sprachzerfalls sehr wichtig auf die nonverbalen Kommunikationsanteile zu achten. Da eine Selbsteinschätzung von Schmerzen besser ist als die beste Fremdeinschätzung, sollte auch bei Hr. M. versucht werden von ihm Hinweise auf Schmerzen zu bekommen. Dies geht evtl. auch mit Babysprache wie „Tut es weh“ oder „Haben Sie Aua“ (mit der Absicht an gute und sichere Ergebnisse von Schmerzen zu kommen). Als letztes Mittel der Wahl sollte eine versuchsweise Medikation mit Schmerzmitteln stattfinden.

#### 4.3.4 Handlungsempfehlungen

1. Auf Schmerzsignale achten, ständige Fremdeinschätzung von Gestik, Mimik und Vitalparameter;
2. Schmerztherapeut mit guten Kenntnissen über Demenz hinzuziehen;
3. Dem ganzen Menschen Aufmerksamkeit geben;
4. Schmerzanamnese durchführen (Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung);
5. Nichtmedikamentöse Therapie anwenden, alleine oder als Co-Therapie;
6. Regelmäßige Evaluation;
7. Analgetika werden regelmäßig gegeben um Wirkspiegel zu erhalten;
8. Analgetika werden eine halbe Stunde vor Wundversorgung oder schmerzhafter Lagerungen gegeben;
9. Bei Gabe von Opioiden Nebenwirkungen (Verstopfung) vorbeugen.

## 4.4 Wunden

Eine Wunde bedeutet die Durchtrennung verschiedener Gewebsschichten infolge äußerer oder innerer Ursachen. Dabei können neben den Hautschichten der Epidermis, Dermis oder Subkutis auch tiefer gelegene Strukturen wie Bänder, Sehnen oder Knochen geschädigt werden. Die Größe einer Wunde zeigt das Ausmaß der Zerstörung der Epidermis und Offenliegen der Dermis. Umfasst eine Wunde jedoch nur die oberste Hautschicht – die Epidermis – so besteht keine „richtige“ Wunde, da die oberste Hautschicht keine Blut- und Nervenbahnen enthält, sich also nur über die darunterliegende Dermis durch Diffusion ernährt. Bei einer solchen Abschilferung der Epidermis kommt es nicht zu einer Wundheilung, sondern ausschließlich zu einer Reepithelisierung. Das Merkmal einer „richtigen“ Wunde ist die Granulation, also die Bildung von neuem Bindegewebe. Dieses Ersatzgewebe bildet sich in der Dermis und hinterlässt Narben – eine alleinige Reepithelisierung bei Verletzung der Epidermis hinterlässt dagegen keine Narben (Panfil; Schröder, 2010, S. 145). Die Unterscheidung der verschiedenen Wundarten findet sich in Tab. 1.5.

**Tab. 1.5 Wundarten**

Tab. 1.5 Wundarten		
Chronische Wunden	Akute Wunden	
	Traumatische Wunden	iatrogene Wunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekubitus</li> <li>• Ulcus cruris</li> <li>• Diabetisches</li> <li>• Fußsyndrom</li> <li>• Sekundäre</li> <li>• Wundheilungsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichwunden</li> <li>• Schürfwunden</li> <li>• Schnittwunden</li> <li>• Riss- und Kratzwunden</li> <li>• Platz- und Quetschwunden</li> <li>• Bisswunden</li> <li>• Erfrierungen</li> <li>• Verbrennungen</li> <li>• Stromverletzungen</li> <li>• Säure, Laugen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vom Arzt gesetzt</li> <li>• OP Wunden</li> <li>• Punktionen</li> </ul>
Wundheilung bei chronischen Wunden: länger als 3 Monate	Wundheilung bei akuten Wunden: weniger als 3 Wochen	

Während die akute Wunde nach ausschließlich chirurgischer Versorgung am besten heilt, benötigt die chronische Wunde stets Unterstützung von außen. Während für akute Wunden das akute Versorgungskonzept gilt, muss bei chronischen Wunden ein langfristiges Versorgungskonzept jeweils individuell auf die subjektive Lebenssituation des Betroffenen zugeschnitten und meist mehrmals modifiziert werden (Panfil; Schröder, 2010, S. 149).

#### 4.4.1 Lebensqualität bei chronischen Wunden

Der Begriff der Lebensqualität gewinnt in der Versorgung von sterbenden Menschen zunehmend an Bedeutung. Wesentliches Merkmal einer professionellen Pflege ist die **Patientenorientierung**. Um sie realisieren zu können, muss den Pflegenden bekannt sein, wie der Patient seine Erkrankung erlebt und welche Perspektiven er der Therapie und der Lebensqualität gibt. Dies gilt besonders für Menschen mit chronischen Wunden (wie z. B. ein Tumor, der sich pilzartig ausbreitet), die ihren Alltag häufig danach ausrichten müssen. Ziele der Pflege sind die Erhaltung, Förderung und Unterstützung von Alltagskompetenzen, um Unabhängigkeit und Wohlbefinden zu erhalten. Patienten und deren Angehörige müssen ihren individuellen Alltag leben können und dabei Maßnahmen zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen so durchführen, dass

- sie möglichst unabhängig sein können,
- ausreichend Wohlbefinden damit verbunden ist und
- das Ziel der Linderung der Beschwerden erreicht werden kann

(Panfil; Schröder, 2010, S. 127).

Bei Patienten mit chronischen Wunden sind deutliche Einschränkungen der Lebensqualität hinsichtlich physischer, psychischer, sozialer und funktionaler Dimensionen festzustellen. **Patienten leiden unter:**

- Schmerzen
- Mobilitätseinschränkungen
- Wundnässen und -geruch
- Müdigkeit, Schlafstörungen und Energiemangel

- Jucken und Schwellungen
- Muskelkrämpfen
- Einschränkungen der Aktivitäten
- Beeinträchtigungen im sozialen Leben
- beruflichen und finanziellen Belastungen

Therapeutisch notwendige Aktivitäten zur Wundheilung werden als belastend und die Lebensqualität einschränkend erlebt. In fast allen qualitativen Studien wird von negativen Auswirkungen der Wunde auf das psychische Befinden berichtet (Panfil; Schröder, 2010, S. 131).

Daher ist es wichtig, auf die Lebensqualität Rücksicht zu nehmen, die Wundversorgung sollte z. B. in Zeiten eingerichtet werden, in denen der Patient weniger in seiner Lebensqualität eingeschränkt wird.

#### 4.4.2 Schmerztherapie in der Wundversorgung

Wunden sind in der Regel schmerzhaft, das gilt für akute, traumatische genauso wie für chronische Wunden. Sie mindern nicht nur die Lebensqualität, sondern wirken sich auch negativ auf den Heilungsprozess aus. Trotz der großen Bedeutung von Wundschmerzen wird ihrer Vermeidung und Behandlung relativ geringe Aufmerksamkeit geschenkt. Dies war Anlass zur Erarbeitung zweier internationaler Positionsdokumente:

- European Wound Management Association (EWMA):  
Schmerzen beim Wundverbandwechsel (2002)
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS9):  
Reduzierung von Schmerzen bei der Wundversorgung – Ein Konsensusdokument (2004)

Auch die Einführung des nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege (DNQP 2005) ist ein wichtiger Schritt zur Therapieverbesserung bei Patienten mit schmerzhaften Wunden. Die Schmerzempfindung bei Wunden reicht allgemein von völlig fehlendem Schmerzempfinden (Indolenz) bis zu unerträglichen Schmerzen. Zum einen kann es vorkommen, dass ein Diabetiker aufgrund neuropathischer Störungen selbst ein größeres Débridement mit Manipulationen am Knochen ohne Analgesie toleriert. Zum anderen kann



allein das Aufdecken einer Wunde bei einem Patienten mit Gefäßerkrankungen schon massive Schmerzen hervorrufen. Geschwüre mit arterieller Komponente sind bekanntermaßen schmerzhaft. Gleiches gilt für Schürfwunden aufgrund freiliegender Nervenendigungen.

**Auch in der Wundversorgung gilt der Grundsatz der Schmerztherapie, dass am besten der betroffene Patient selbst seinen Schmerz beurteilen kann.**

Verbale sowie nonverbale Schmerzäußerungen sind in jedem Fall ernst zu nehmen und zu berücksichtigen. Basis jeder Schmerzbehandlung ist eine systematische Schmerzbeurteilung (siehe Abschnitt 3.3.1) (Vasel-Biergens; Probst, 2011, S. 258f).

### 4.4.3 Behandlung von Wundschmerzen

Das Wissen um die zugrundeliegende Ursache von Schmerzen ist wegweisend für die Behandlung. Die im Folgenden beschriebenen Ursachen kommen in Frage:

- **Lokale Probleme:**
  - Wundtrauma
  - Verletzung der Nervenendigungen, z. B. bei frischen flächigen Wunden (oberflächliche Verbrennungen, Abschürfungen),
  - Fremdkörper (Metall, Holz, Schmutz) in der Wunde,
  - Wundödem,
  - Wundinfektion,
  - Hämatom.
- **Lokalthherapie**
  - Chirurgisches Debridement,
  - Wundspülung,
  - Wundtherapeutika (osmotisch aktive Substanzen, wie Zucker, Enzympräparate),
  - Verkleben des Verbandes mit der Wundoberfläche.
- **Grunderkrankungen**
  - Neuropathische Schmerzen,
  - Ischämische Schmerzen,

- Venös bedingte Schmerzen,
- Vaskulitiden,
- Orthopädische, rheumatologische Erkrankungen,
- Spasmen.

Auch im Rahmen der Wundbehandlung behält der Schmerz seinen Sinn und kann als nützliches Warnsignal fungieren, so z. B. bei Verschlechterung der Wundsituation, beim Erkennen von Wundinfektionen (Vasel - Biergans; Probst, 2011, S. 262).

Zur Einteilung der Wundschmerzen nach WUWHS 2004 und ihre medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie siehe Tab. 1.6.

Tab. 1.6 Einteilung Wundschmerzen nach WUWHS		
Operativer Schmerz	Anwendungsbedingter Schmerz	Dauerschmerz Mechanischer Schmerz
z. B. Débridement	z. B. Verbandwechsel	z. B. Neuropathie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Narkotika</li> <li>• Lokalanästhetika</li> <li>• Topische Anästhesie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prämedikation (Analgetika, Anxiolytika)</li> <li>• Psychologische Unterstützung</li> <li>• Bequeme Lagerung</li> <li>• Geeignete Wundtherapeutika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung der Grunderkrankung</li> <li>• Analgetika nach Zeitplan evtl. Antidepressiva, Antiepileptika, Benzodiazipine</li> <li>• Entspannungstechnik</li> <li>• TENS</li> </ul>

Für anwendungsbedingte, akute Schmerzen gilt: Es macht keinen Sinn, Schmerztropfen kurz vor Beginn des Verbandwechsels dem Patienten zu geben. **Prämedikation** heißt in der Schmerztherapie, dass alle nichtretardierten oralen Analgetika mindestens 30 Minuten vor einer schmerzhaften Prozedur verabreicht werden, um den rechtzeitigen Eintritt der analgetischen Wirkung sicherzustellen.

## 4.4.4 Besonderheiten bei Demenz

Die Wundversorgung kann sich bei an Demenz erkrankten Menschen oftmals schwieriger gestalten, denn ein an Demenz erkrankter Mensch versteht oftmals nicht, warum er, z. B. wie Herr M. aus dem Fallbeispiel, einen Verband am Hals hat, und wird oftmals versuchen diesen zu entfernen. Dies führt evtl. zu starken Schmerzen oder einer Verschlechterung der Wunde durch z. B. Infektionen oder Entfernung von Wundauflagen.

Oftmals entstehen Wunden aber auch erst durch die mangelnde Kooperationsbereitschaft eines an Demenz erkrankten Menschen, wenn sich z. B. ein bettlägeriger Mensch nicht lagern lässt und so einen Dekubitus bekommt. Ein an Demenz Erkrankter hat aber auch ein anderes Empfinden für Wunden, sodass er diese vielleicht nicht wahrnimmt und dadurch bedingte Schmerzen nicht mitteilt.

## 4.4.5 Handlungsempfehlungen

1. Für die medikamentöse Behandlung der Schmerzen von Wunden gilt:
  - Einnahme nach festem Zeitschema,
  - bevorzugte Gabe von Zubereitungen mit langer Wirkdauer,
  - konsequente Prophylaxe bzw. Behandlung der Nebenwirkungen.
2. Analgetika werden eine halbe Stunde vor Wundversorgung gegeben.
3. Auf Lebensqualität achten (Schmerzselbst- oder Fremdeinschätzung, Zeitplanung der Wundversorgung).
4. Zweckmäßige Wundauflagen benutzen (wenn Demenzkranker sich Wundauflagen entfernt).
5. Sinn und Zweck der Wundtherapie immer wieder erzählen/aufklären.
6. Auf Wunden bei der Körperpflege achten.

## 4.5 Nahrungsverzicht

Das Hungergefühl ist wohl jedem bekannt. Gemeint ist aber eher der Appetit, den man in unserer übersättigten Gesellschaft auf schmackhafte Speisen hat. Hunger bei Schwerkranken hingegen hat eine völlig andere Bedeutung. Dieser kann schwächen und zu einem schnelleren Tod führen. Er kann aber auch den Körper entlasten. Schwerstkranke sterbende Menschen essen zum Schluss nur noch wenig bis gar nichts mehr, in diesen Fällen stellt sich der Stoffwechsel um, der Körper braucht nicht mehr so viel Nahrung. Diese Menschen haben dann auch kein Hungergefühl, der Nahrungsmangel kann außerdem „Glückshormone“ freisetzen, sodass sich der schwerstkranke Mensch etwas besser fühlt (vgl.: Sitte, 2013, S. 32).

Essen und Trinken sind normale menschliche Bedürfnisse. Verliert jemand über längere Zeit zunehmend den Appetit oder hört sogar ganz auf zu essen, hat das stets einen Grund. Demenzkranke unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht grundsätzlich von zerebral intakten Menschen. Die Betreuenden müssen sich daher stets als erstes fragen: „Warum isst dieser Mensch nicht?“, und nicht: „Braucht er eine PEG-Sonde?“ Ablehnendes Essverhalten kann in jeder Phase der Demenz oder Sterbephase auftreten, am häufigsten in den Endphasen der Erkrankungen. Appetitverlust und allmähliches Einstellen der Nahrungszufuhr gehören auch zu den Kennzeichen der Endphase der Demenz und sind Teil des normalen Sterbeprozesses. Verliert ein Patient jedoch bereits vor Erreichen der Endphase den Appetit, gibt es immer einen Grund dafür, nach dem sorgsam gesucht werden sollte.

Mögliche Beispiele, die das Essverhalten beeinträchtigen können:

- **Misstände im Bereich des Mundes.**

Oft findet sich hier eine Ursache für das veränderte Verhalten. Kariöse Restzähne, eine schlecht sitzende Prothese, Druckstellen, schmerzhafte Aphten oder eine den Geschmack massiv beeinträchtigte Soorinfektion sind für die Betroffenen sehr belastend und relativ leicht behebbar. Leider ist die ordnungsgemäße Pflege von Mund und Zähnen vielerorts noch immer eine Schwachstelle.

- **Schmerzen**

Schmerzen gehören – nicht nur bei Hochbetagten – zu den häufigsten Ursachen der Inappetenz. Es ist hinlänglich bekannt, dass vor allem Demenzkranke häufig an unerkannten und daher unbehandelten Schmerzen leiden.

- **Multimedikation**

Geriatrischen Patienten wird oft unkritisch eine große Zahl von Medikamenten verordnet. Schon das regelmäßige, mühsame Schlucken so vieler Tabletten kann zu anhaltender Inappetenz führen. Viele Präparate beeinträchtigen zudem das Essverhalten durch ihre Nebenwirkungen, z. B. höher dosierte Psychopharmaka, die nicht selten den Appetit deutlich dämpfen und zudem das Schlucken erschweren.

- **Dysphagie**

Im hohen Alter und bei fortgeschrittener Demenz sind Schluckstörungen häufig. Die Kranken schieben einen Bissen endlos im Mund herum, neigen dazu, sich zu verschlucken und zu husten. Dysphagiekost und logopädische Betreuung können hilfreich sein.

- **Depression**

Inappetenz ist ein klassisches Symptom der Depression und Depressionen sind bei demenzkranken alten Menschen häufig. Ihr Erscheinungsbild ist allerdings oft verwaschen und nicht ganz leicht von den Symptomen der fortschreitenden Demenz zu trennen. Sorgfältige Beobachtung und genaue Kenntnis der Patienten erleichtern die Diagnose. Mit der erfolgreichen Behandlung der Depression normalisiert sich auch das Essverhalten (Kojer; Schmidl, 2011, S. 88f).

Das (MNA) Mini Nutritional Assessment (siehe Anhang) ist ein gutes Instrument, um den Ernährungszustand einzuschätzen. Es beinhaltet den Appetit, Gewichtsverlust, Mobilität, akute Krankheit, Stress, psychische Situation und den Body-Mass-Index.

Bei Nahrungsverweigerung droht das **Anorexie-Kachexie-Syndrom**. Der Kranke wird schwach und stürzt, die Hypoglykämie macht unruhig, verwirrt und aggressiv, bei Trinkverweigerung droht Austrocknung mit Nierenversa-

gen in 1–2 Tagen. Pflegende sind oft machtlos in dem Dilemma, helfen zu wollen oder die Entscheidung des Kranken zu respektieren. Sie können eine vorübergehende Nahrungsverweigerung akzeptieren, solange der Kranke ausreichend trinkt. Sie sollten Angehörige, Arzt und Bevollmächtigter/ Betreuer informieren und mit der Ethikkommission einen Stufenplan erarbeiten.

### **Konstante Bezugsperson:**

- lässt Ursachen behandeln, sorgt für Mundpflege und Bewegung;
- spricht geduldig zu, berührt, motiviert, mit anderen zu essen, hilft bei Apraxie;
- beachtet Essgewohnheiten, gibt Wunschkost, Lieblingsgetränk, evtl. Astronautenkost oder Zusatznahrung, sorgt für schönen Essplatz, angenehmes Sitzen;
- akzeptiert die Nahrungsverweigerung eines Einwilligungsfähigen, solange er ausreichend trinkt;
- bricht ab, wenn er den Mund schließt oder ausspuckt; zwingt nie, hält nie die Nase zu (Misshandlung);
- erstellt Trinkplan, gibt täglich 2 Liter (6–8 Tassen) zwischen den Mahlzeiten, evtl. durch nasogastrale Sonde, PEG oder rektal, zuletzt i.v. Wenn der Patient bei der Mundpflege am Waschlappen saugt, gilt dies als sein mutmaßlicher Wille, etwas Flüssigkeit gegen den Durst zu bekommen;
- informiert den Betreuer, Arzt, die Angehörigen, Heim- und Pflegedienstleiter;
- richtet sich nach folgendem Entscheidungsprozess: Solange der Kranke urteilsfähig ist, gilt seine aktuelle Entscheidung für oder gegen eine PEG, auch wenn er dies in der Patientenverfügung anders festgelegt hat. Wenn der Kranke mit Demenz nicht mehr einwilligungsfähig ist, entscheidet der Bevollmächtigte oder Betreuer gemäß dem mutmaßlichen Willen des Patienten, wofür die Patientenverfügung einen wichtigen Anhalt darstellt (siehe Abschnitt 2.1) (Grond, 2011, S. 112f).

Liebe geht durch den Magen oder der Mensch ist, was er isst. Diese Volksweisheiten kennt wohl jeder, man ist mehr oder weniger damit aufgewachsen. Kein Wunder, dass sich diese bei Angehörigen innerlich zu Wort melden, besonders wenn die Situation immer ausgewogloser zu werden scheint, da es scheinbar nichts mehr gibt, das sie für den Sterbenden tun können.

#### **Angehörige brauchen einen Menschen, der**

- ihnen zuhört.
- ihnen erklärt, warum ein Organismus im Sterbeprozess weniger oder keine Nahrung und Flüssigkeit benötigt, wenn es nötig wird, dies auch mehrmals erklärt.
- ihnen Alternativen zeigt, die mindestens so wichtig wie Essen und Trinken sind: z. B. die Mundschleimhaut durch Mundpflege feucht und sauber zu halten, einen kleinen Teil der Körperpflege wie Kämmen oder Eincremen, etwas Vorlesen, eine Hand- oder Fußmassage machen.
- sie ernst nimmt in ihrer besonderen (Krisen-) Situation und
- sie in ihrem Sosein annimmt

(Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 242).

### **4.5.1 Durst und Mundtrockenheit**

Mittlerweile gehört es zum common sense der Altenarbeit, dass alte Menschen zu wenig trinken. Das Durstgefühl lässt im Alter nach, sodass zu wenig Flüssigkeit aufgenommen wird. Die Folgen sind vielfältig. Bei Menschen mit Demenz, aber auch bei nicht an einer Demenz erkrankten Senioren können vermehrt Verwirrheitszustände auftreten. Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung muss ebenfalls neben dem fehlenden Durstgefühl die Apraxie und Agnosie bedacht werden. Sie hindern den Erkrankten daran, Trinkgefäße zu erkennen und sachgerecht zu benutzen. Es kann sein, dass ein Demenzkranker voller Durst vor einem Becher mit Wasser sitzt, diesen nicht als solches erkennt und weiterhin Durst leidet. Hier wird es nötig, häufig die Flüssigkeit anzubieten. Auch wenn er das Trinken aktuell ablehnt, sollte man den Raum verlassen und kurz darauf die Aktion wieder so beginnen, als führe man sie zum ersten Mal durch. Die kognitive Einschränkung bei einer Demenz führt

ebenfalls dazu, dass die Erkrankten schnell ablenkbar sind. Sie vergessen dann ihren ursprünglichen Impuls und folgen einem anderen (Kostrzewa, 2010, S. 105).

### **Vorteile des Austrocknens**

- Es wird weniger Urin ausgeschieden, sodass die Inkontinenzversorgung nicht so häufig durchgeführt werden muss.
- Durch die geringe Ausscheidung von Urin sinkt auch die Dekubitusneigung am Steiß.
- Weniger Erbrechen durch Flüssigkeitsmangel im Magen-Darm-Trakt.
- Weniger Rachen- und Bronchialsekret, dadurch muss weniger abgesaugt werden, die finale Rasselatmung (das so genannte „Todesrasseln“) wird weniger und es bilden sich keine Lungenödeme, die die Atmung zusätzlich erschweren können.
- Weniger Ödembildung in den Beinen, weniger Aszites und Tumorödeme führen zu einer Linderung der Beschwerden.
- Es entsteht eine natürliche Schmerzlinderung durch das Ausschütten von körpereigenen Endomorphinen.
- Der Sterbende erfährt eine Sedierung bei gleichzeitiger Euphorisierung.
- Husebo und Klaschik verweisen noch darauf, dass selten über Durst geklagt wird, wenn die Mundpflege regelmäßig durchgeführt wird (Kostrzewa, 2010, S. 134).

### **Nachteile des Austrocknens**

- Mundtrockenheit und Durstgefühl,
- Gelegentlich Fieber,
- Schwäche, Abgeschlagenheit und Müdigkeit,
- Erbrechen und Kopfschmerz,
- Erhöhte Viskosität des Lungensekrets,
- Verwirrheitszustände,
- Gefahr des Kreislauf- und Nierenversagens (Kostrzewa, 2010, S. 134).



Die Mundtrockenheit, die wohl häufigste Indikation zur Mundpflege, hat unterschiedlichste Ursachen, wie z. B. Dehydration, Fieber, Infektionen, die Gabe bestimmter Medikamente wie Opioide, Antidepressiva, Neuroleptika oder Diuretika oder Mundatmung. Ziel der **Mundpflege** ist es, die Mundschleimhaut zu befeuchten durch Anregung des Speichelflusses und regelmäßige, d. h. häufige Mundbefeuchtung. Der **Anregung des Speichelflusses** dienen:

- Gefrorene kleine Fruchtstücke, die zum Lutschen gerichtet oder in eine Kompresse gewickelt so in den Mund gelegt werden, dass sie mit dem Ende der Kompresse wieder aus dem Mund gezogen werden können. Dazu eignen sich besonders Ananas, aber auch Orangen oder Zitronen.
- Gefrorene Getränke, die ebenfalls in kleinen Stücken in den Mund gegeben werden – Fruchtsäfte, Cola, Bier, Sekt etc. nach Belieben.
- Rote Tees als Mundpflegelösung, die jedoch gelegentlich durch ihren hohen Säuregehalt zu Magenbeschwerden führen können.
- Fruchtbonbons (mit Zitrusgeschmack) oder Kaugummi (Minze).
- Aromalampen mit Zitrusdüften, diese sind jedoch nur vorsichtig anzuwenden, am besten nach Rücksprache mit einer Aromatherapeutin

(Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 235).

Weitere Möglichkeiten sind:

- Lemonsticks (angenehmer, wenn sie im Kühlschrank gelagert werden).
- Honig, auch für die Behandlung der Lippen geeignet.
- Ein Stückchen Butter auf die Zunge legen.

## 4.5.2 Besonderheiten bei Demenz

Man weiß aus der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, dass die Mundpflege sich besonders schwierig darstellt. Denn der Mund ist ein sehr intimer Bereich, außerdem ist es oftmals sehr schwierig, dem Betroffenen verständlich zu machen, warum er den Mund aufmachen soll und dass ihm die Mundpflege guttut. Der Demenzkranke bekommt oftmals Angst (Erstickungsangst), wenn ihm etwas Fremdes in den Mund getan wird. Deswegen ist es besonders wichtig, ein gutes Vertrauensverhältnis aufzubauen, den Patienten langsam an die Mundpflege heranzuführen und ihn spüren zu lassen, dass diese ihm Erleichterung bringt.

### 4.5.3 Handlungsempfehlungen

1. Ursachen des Nahrungsverzichtes aufklären,
2. Ursachen wenn möglich therapieren,
3. Mini Nutritional Assessment durchführen,
4. Häufige Mundpflege (alle ½ Stunde) mit einem bekannten Geschmack
5. Wunschkost anbieten (schön angerichtet in kleinen Portionen),
6. Häufige kleine Mahlzeiten,
7. Essen in der Gemeinschaft von anderen Menschen,
8. Angehörige nicht aus dem Auge verlieren, auch diese brauchen Beistand.

## 4.6 Aggressives Verhalten

Aggressives Verhalten ist ein Ausdruck einer zwischenmenschlichen Interaktion, die einhergeht mit einer stufenweisen Zunahme von emotionalen und kognitiven Spannungsbögen. Diese können von einer einfachen interaktiven Verhärtung bis hin zu Selbst- und Fremdzerstörung reichen. In der Regel erfolgt dieses Geschehen in Stufen, wobei jede Stufe mit einem Schwellenerleben verbunden ist, das uns zur Besinnung, zum Innehalten oder zur Umkehr aufruft. Bei diesen Schwellen handelt es sich um intuitives Erfahrungswissen, das dem Selbstschutz durch warnende, das Bewusstsein aufrüttelnde Signalfunktionen dient. Unter anderem schlägt deshalb ein Konflikt nicht gleich in völlige Zerstörung um, sondern intensiviert sich aufbauend, sofern nichts dagegen unternommen wird. Den Anfang nimmt aggressives Verhalten in der subjektiven Bedeutungsgebung aufgrund eines Differenzerlebens, meist zwischen mindestens zwei Personen (Gaßmann; Marschall; Utschakowski, 2006, S. 183).

Aggressionen können unterschiedliche Ursachen haben, wie z. B. eine fremde Umgebung, unbekannte Personen die einen pflegen, Schmerzen usw. Aggressives Verhalten zeigt sich durch körperliche Übergriffe (schlagen, beißen), aber auch durch ablehnendes Verhalten oder Beschimpfungen.

### Mögliche Ursachen

- Körperliche: Schmerzen, Hunger (Unterzuckerung), Atemnot, Austrocknung, Harnverhalt, Verstopfung, hoher Blutdruck, Schilddrüsenüberfunktion, TIA-Zustände, Impulskontrollstörung bei Stirnhirnschädigung bei fronto temporaler Demenz (Pick), Alzheimer, nach Schlaganfall, oder Schädelhirntrauma;
- Psychiatrische: Wahn, bedrohliche Halluzination, Sucht;
- Medikamentöse: Nootropika, aktivierende Antidepressiva, Koffein;
- Psychische: in Biografie erlernt, Kränkung bei Versagen, Überforderung, Angst vor Bedrohung und Sterben, Trauer, erlernte Projektion oder Motive (will Zuwendung, Macht, im Mittelpunkt stehen);
- Pflegende, die ungeduldig „Erziehungsmaßnahmen“ anwenden und Schamgefühle missachten, Unruhe als Aggression fehldeuten;

- Umgebung: Licht- und Reizmangel, Dauerlärm, enge Räume  
(Grond, 2011, S. 67).

### **Mögliche Hilfen**

- **Notwehr**
  - Sich und den Kranken schützen, fliehen oder den Täter festhalten;
  - Bei Angst um Hilfe schreien, entwaffnen (Messer, Schere wegnehmen), laufen lassen;
  - Beobachten: Pupillenweite, schnelle Atmung, Bewegungsdrang;
  - Ruhig, konsequent bleiben, Wut äußern lassen, „gilt mir nicht“;
  - Zeugen bitten, Hilfe zu holen, ohne sich einzumischen;
  - Fixieren nur, wenn Gesundheit oder Leben bedroht sind.
- **Nach aggressiven Verhalten**
  - PDL, HL, Angehörige, Betreuer informieren, in Doku reflektieren;
  - Aggressionsauslöser, -motive, -ursachen bei Pflegenden klären;
  - Grenzen setzen, Wut aussprechen lassen, Rückzug anbieten;
  - Handlungsalternativen loben, anderen helfen, am Opfer gutmachen lassen, wenn der Kranke es noch kann;
  - Konstante Bezugsperson baut Beziehung auf, redet mit ihm unter vier Augen über Ärger, Wut, Angst, versucht zu verstehen;
  - Individuelle Pflegeplanung, um mit aktivierender Pflege Versagenserlebnisse zu vermindern und mit Bewegung, Tanz oder Spielen je nach Biografie die Aggression als Energie um- oder abzulenken, z. B. ihn helfen lassen und Machtkampf vermeiden;
  - Strukturqualität verbessern: mehr Licht, Bewegungs- und Handlungsspielraum erweitern und für klare Tagesstruktur sorgen;
  - Medikamente: Schmerzmittel zuerst versuchen, evtl. Risperidon, hilft besser als Haldoperidol, zur Vorbeugung evtl. Magnesium

(Grond, 2011, S. 67f).

## 4.6.1 Deeskalation

Deeskalierend einzugreifen bedeutet, eine bestehende oder sich anbahnende Aggressionsstufe zu durchbrechen, sodass das Aggressionsniveau sinken kann. Folgende Verhaltensregeln erweisen sich als hilfreich:

- zeitnah und angemessen reagieren,
- Grund bzw. Gründe des Aggressionsverhaltens identifizieren,
- ruhig, sicher, bestimmt und selbstbewusst auftreten, ohne zu provozieren,
- Sicherheit aller Beteiligten bedenken, Flucht und Notfallmöglichkeiten, gefährliche Gegenstände,
- Verantwortung mit anderen Mitarbeitern teilen,
- deeskalierende Interventionen sollten, wenn möglich, nur von einer Person ausgehen,
- Aufrechterhaltung von Empathie, Aufrichtigkeit, Respekt und Fairness,
- Signalisierung von Einfühlung und Sorge,
- kleine Zugeständnisse, nur wo wirklich möglich, erlauben,
- Klient nicht in die „Ecke“ drängen,
- Vermeiden von persönlichem Machtkampf,
- Achtung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls,
- verbale und nonverbale Kommunikation zielführend und bewusst einsetzen,
- bedachtsam Verhandlungsangebote anbieten (Gaßmann; Marschall; Utschakowski, 2006, S. 183).

## 4.6.2 Gewalt durch Pflegende

### Körperliche Gewalt

Das Zufügen von Schmerzen und sichtbaren Verletzungen ist die am deutlichsten erkennbare Form der Gewalt. Unter Misshandlung versteht man körperliche Gewalt, die einem anderen Menschen erheblichen Schaden zufügt. Typische Beispiele dafür sind Schlagen, Verbrennen (bei der Körperpflege,

beim Essensverabreichen) oder Immobilisieren durch mechanische Fixierungen wie Bettgitter oder Sitzgurte. Zu den immobilisierenden Misshandlungen ist auch die Verabreichung von deutlich hochdosierten sedierenden Medikamenten zu zählen. Diese Präparate beschränken nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Beweglichkeit, indem sie die so Misshandelten daran hindern, am Leben teilzunehmen.

### **Psychische Misshandlungen, „Verletzungen der Seele“**

Dazu gehören nicht nur Beschimpfungen und gezielte grobe Kränkungen, sondern z. B. auch

- Schuldzuweisungen – „Herr M. ist aggressiv.“;
- Gespräche mit einer anderen Person über den Kopf des Patienten hinweg – „Er hat in letzter Zeit stark abgebaut.“;
- Einschüchterungen – „Bist jetzt ruhig!“ (sehr laut und autoritär);
- Drohungen – „Wenn Sie jetzt nichts essen, weisen wir Sie ins Spital ein!“;
- Respektloses, verächtliches Ansprechen – „Omi, schlucken!“;
- Demütigungen – eine Schwester spricht im Beisein der Patientin mit deren Tochter: „Ihre Mutter war gestern so herzlich. Sie hat sich eine rote und eine grüne Socke angezogen!“ Möchte die alte Frau in dieser Weise verkindlicht werden?
- Einschränkung des freien Willens – Unterbindung der freien Wahl des Wohnorts, obwohl keine Diagnose vorliegt, die den weiteren Verbleib in der eigenen Wohnung ausschließt. („Herr M. wird direkt vom Krankenhaus ins Pflegeheim überstellt“) Der Pfleger entscheidet, was der Patient anzieht, obwohl dieser eigene Vorstellungen dazu hat (Kojer; Schmidl, 2011, S. 284ff).

### **Gründe für Gewalt gegen Demenzkranke**

1. Überlastung
2. Persönlichkeitsfaktoren
3. Macht
4. fehlende Kontrolle
5. gewaltgeneigte Subkultur (Kojer; Schmidl, 2011, S. 288ff).

## Lösungsansätze

- 1. Leitungsverständnis:** Die Leitung bestimmt entscheidend, welcher „Geist“ in einem Haus gelebt wird. Eine Haltung, die von der Leitung zwar eingefordert, aber Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen gegenüber nicht gelebt wird, hat von vornherein keine Aussicht, sich in der Einrichtung durchzusetzen. Es braucht ein personenzentriertes Leitungsverständnis, um Mitarbeiter zum Umdenken anzuregen und von einem humanistischen Menschenbild zu überzeugen. Eine autoritäre Leitung, die den Mitarbeitern keinen persönlichen Handlungsspielraum einräumt, produziert geradezu frustriertes Personal. Hohe Leistungsforderung in Kombination mit mangelnder Anerkennung und Wertschätzung für die erbrachte Arbeit bildet oft die Voraussetzung für das Entstehen von Gewalt. Flache Hierarchien, in denen die Mitarbeiter mitbestimmen dürfen, tragen dagegen viel dazu bei Patienten, unabhängig davon, in welchem körperlichen oder kognitiven Zustand sie sich befinden, als gleichwertige und gleichwürdige Menschen zu sehen und zu behandeln.
- 2. Empowerment statt Defizitorientierung:** Personen mit Demenz wurden bisher häufig nur als defizitäre Wesen wahrgenommen und entsprechend behandelt. Im Gegensatz dazu rückt das Empowerment-Konzept die noch vorhandenen Fähigkeiten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Bilden nicht die Schwächen, sondern die besonderen Fähigkeiten der Patienten die Basis von Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz, nimmt man die Menschen bewusster wahr und beginnt, sie mit anderen Augen zu sehen. Man erkennt dann, dass auch Personen mit fortgeschrittener Demenz, die nicht mehr sprechen können, durchaus fähig sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse nonverbal auszudrücken. Sie sind hochsensibel und dadurch in der Lage, sehr rasch die Haltung zu erspüren, mit der ihnen ihr Gegenüber begegnet. Es liegt an den Pflegenden, sich darum zu bemühen, ihnen auf der Gefühlsebene näherzukommen und eine neue Art der Beziehung zu ihnen zu finden.

**Demenzkranke zu unterstützen bedeutet, sie bewusst als einmalige und einzigartige Menschen wahrzunehmen, ihnen respektvoll und wertschätzend zu begegnen, sorgsam auf ihre Signale zu achten, und sie zu selbständigem Handeln zu ermutigen.**

Unterstützung meint auch, dass man sein Tempo an Rhythmus und Lebensgefühl der Personen mit Demenz anpasst und zulässt, dass sie z. B. mit den Fingern essen, auch wenn das nicht den eigenen Normen entspricht. Das gibt ihnen die Möglichkeit, aktiv und lustvoll am Leben teilzunehmen.

3. **Qualifizierung:** Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz sind keine leichten Aufgaben. Mitarbeitern, die in der Lage sein sollen, diese Aufgabe verantwortungsbewusst zu erfüllen, muss daher die Möglichkeit geboten werden, dafür notwendige Fähigkeiten zu erwerben. Nur dann kann mit Recht von ihnen erwartet werden, dass sie die erforderliche Haltung leben und in ihrem Alltag immer wieder mit schwierigen und fordernden Situationen zurechtkommen.
- Folgende Qualifizierungen sollten genutzt werden:
  - Erwerb von Kompetenz in Kommunikation (Naomi Feil)
  - Grundausbildung in palliativer Geriatrie
  - Ausbildung in Basaler Stimulation (Bienstein und Fröhlich, 2010)
  - Kinästhetik (Asmussen, 2010)
- (Kojer; Schmidl, 2011, S. 291f).

### 4.6.3 Besonderheiten bei Demenz

Demenzkranke Menschen neigen häufig zu aggressiven Verhalten, da sie Situationen oftmals für sich falsch interpretieren oder Wahrnehmungsstörungen und Wahnvorstellungen haben können. Außerdem sind Demenzkranke meistens zeitlich, örtlich und zur Person desorientiert. Dies kann dazu führen, dass sie gerade an etwas ganz Anderes denken und/oder machen wollen, als das, was man gerade vorhat. Wenn z. B. Morgen ist und das Pflegepersonal anfängt die Patienten zu waschen und anzuziehen, ein Demenzkranker aber mit Tag-Nacht-Umkehr noch schlafen möchte, macht es wenig Sinn, die Tätigkeit



unbedingt durchzuführen. Dies würde dann auf beiden Seiten zu Wut und Spannungen führen. Der Demenzkranke versteht nicht, warum ein Fremder ihn „mitten in der Nacht“ weckt und das Pflegepersonal oder die Angehörigen sehen den Zeitdruck oder den bösen Willen des Patienten sich zu wehren. Außerdem weiß ein an Demenz Erkrankter oftmals nicht, wo er gerade ist. Er ist auf der Suche nach einem Angehörigen oder erkennt diese nicht, selbst wenn diese direkt vor ihm stehen. Dies führt dann zu einer Hinlauftendenz, in der der Patient über die Station läuft und evtl. auch Möbel rückt, um diesem Bedürfnis nachzukommen. In diesen Momenten brauchen die Patienten Zuwendung und Beruhigung.

Herr M. aus dem Fallbeispiel wird vielleicht aggressiv, wenn er in seinem Verhalten eingegrenzt wird oder sich nicht verstanden fühlt. Es könnte aber auch die Reaktion auf ein ihm entgegengebrachtes Verhalten sein.

Es ist für Angehörige oft sehr schwierig zu ertragen, wie der geistige „Verfall“ bei einem Angehörigen fortschreitet. Noch schwieriger ist für Angehörige zu ertragen, dass der Patient bald sterben wird. Oftmals entstehen so unterbewusste Aggressionen bei den Angehörigen und diese werden sensibel von den Demenzerkrankten erfasst.

#### 4.6.4 Handlungsempfehlungen

##### a) Gewalt durch Patienten

1. Beziehungsaufbau um Vertrauen zu schaffen,
2. Biografiearbeit (siehe Abschn. 4.2),
3. auf intuitives Erfahrungswissen vertrauen (Signalfunktion),
4. Strukturqualität verbessern, z. B. Rückzugsmöglichkeiten schaffen,
5. Toleranz bei Fehlverhalten schaffen und nicht einschreiten, z. B. Essen mit den Fingern,
6. stufenweise Steigerung durch Problemlösung oder Ablenkung unterbrechen,
7. regelmäßige Supervisionen,
8. Aggressoren entfernen, wenn möglich,
9. Wut und Beschimpfungen nicht erwidern,

10. Deeskalationsmaßnahmen,

11. Hilfe holen.

**b) Gewalt durch Pflegende**

1. Sofort einschreiten und immer den Vorgesetzten informieren,
2. Gründen für Gewalt gegen Demenzkranke entgegenwirken,
3. humanistisches Menschenbild vorleben (vor allem auf Leitungsebene),
4. Fortbildungen anbieten bzw. nutzen,
5. regelmäßige Supervisionen.



## 4.7 Trauer

Trauerbegleitung kann schwerer sein als Sterbende zu begleiten. Der Trauernde muss nicht nur den Verlust eines wichtigen Menschen betrauern, sondern Abschied nehmen von der Zeit des Gebrauchtwerdens, von Gewohnheiten, von Freunden und manchmal von der Wohnung und muss evtl. neue Aufgaben übernehmen.

Trauerbegleiter brauchen eine Basisqualifikation:

- **Fachkompetenz**, wie Wissen um die Trauerprozesse;
- **Selbstkompetenz**, um Entscheidungen und religiöse Einstellung des Trauernden zu akzeptieren, Rollen, Übertragungen und eigene Erfahrungen in Supervisionen zu reflektieren, für sich selbst zu sorgen;
- **Emotionale Kompetenz**, um mitzufühlen, Beziehung aufzubauen, Verschwiegenheit zu sichern und eigene Betroffenheit nicht zu leugnen;
- **Handlungskompetenz** in klientenzentrierter Gesprächsführung und Krisenintervention, um Ressourcen und Grenzen im Begleitprozess, die Folgen für die Gesamtfamilie und Rituale zu berücksichtigen;
- **Haltung der Mitmenschlichkeit**, weil Trauernde einfühlende, tolerante und geduldige Menschen mehr als Fachleute brauchen

(Vgl.: Grond, 2011, S. 193f).

Das Ziel der Palliative Care ist die ganzheitliche Unterstützung der Patienten/-innen und ihrer Bezugspersonen. Wenn ein Patient stirbt, muss der Begleitende sich weiter um die Lebenden kümmern. Aber nicht nur die trauernden Angehörigen und Freunde benötigen Unterstützung, sondern auch die Gesundheitsfachleute, die den Verstorbenen gepflegt haben, müssen auf ihr seelisches Gleichgewicht achten. Die meisten Hospize machen es sich zur Aufgabe, den Familien und Betreuungspersonen die gleiche Unterstützung zu gewähren wie den Patienten (Davy; Ellis, 2010, S. 107f).

Viele Menschen reagieren mit Wut auf einen Verlust und diese Wut hat verschiedene Ursachen. Manchmal lässt sie sich zumindest teilweise auf echte Fehler zurückführen, die Pflegenden bei der Pflege des Patienten gemacht haben. Manchmal verbergen sich hinter der Wut aber auch Schuldgefühle wegen der Art und Weise, wie der/die Tote von der Person, die mit Wut reagiert,

gepflegt wurde. Wut kann auch einfach eine ganz natürliche, normale Reaktion auf einen tragischen Verlust sein, der als unfair empfunden wird. Die härteste Lektion, die Menschen im Zusammenhang mit der Palliative Care und der terminalen Pflege lernen müssen, ist die, dass guten Menschen Schlechtes widerfahren kann und dass nahestehende Menschen von einem gehen oder einen verlassen, ganz gleich, ob man darauf vorbereitet sind oder nicht (Davy; Ellis, 2010, S. 111).

Da die Gesundheitsfachleute in der Palliative Care tagtäglich mit Todesfällen konfrontiert werden, müssen sie für sich eine Möglichkeit finden, ihre emotionalen Reaktionen auf diese häufigen Verluste zu verarbeiten, damit sie sich weiter um die anderen Patienten kümmern und ihre eigene Integrität schützen können. Unter ihnen sind zwei extreme Standpunkte verbreitet.

1. Die einen vertreten vor sich und anderen die Auffassung, der Tod von Patienten berühre sie nicht weiter, sondern gehöre einfach mit zum Job. Vielleicht hat ein solcher Verlust auf intellektueller Ebene für sie eine Bedeutung, aber sie reagieren kaum emotional darauf.
2. Die anderen berührt der Tod eines jeden Patienten dagegen so, als hätten sie einen engen Freund oder ein Familienmitglied verloren. Bei ihnen besteht die Gefahr der emotionalen Überbelastung, was dazu führen kann, dass sie die Pflege der anderen Patienten vernachlässigen.

Besser ist es, wenn Gesundheitsfachleute eine **Balance** zwischen diesen beiden extremen Positionen finden und einen gesunden Realismus entwickeln, der sie zu der Einsicht befähigt, dass der Tod einiger Patienten sie stärker berührt als der Tod anderer. Probleme entstehen in einem Team aus Gesundheitsfachleuten mit unterschiedlicher Auffassung immer dann, wenn Einzelne versuchen, den anderen Teammitgliedern ihre Bewältigungsstrategie aufzuzwingen und ganz selbstverständlich voraussetzen, dass die Kollegen/-innen bestimmten Patienten die gleichen Gefühle entgegenbringen wie sie selbst (Davy; Ellis, 2010, S. 113). Der Umgang mit dem Tod ist in höchstem Maße durch religiöse und kulturelle Traditionen bestimmt. Es ist bedeutsam, nach den gelebten Traditionen zu fragen und sich von den Familien selbst beraten zu lassen. Manchmal erscheint das Fremde uneinfühlbar und man neigt dazu, die eigenen Anschauungen zu übertragen, dann ist man besonders gefährdet, die internen Prozesse von Patienten und ihrer Familie mit übergriffigem Besserwissen zu stören. Impulse zu geben ist sehr wertvoll, projektives Agieren tabu (Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 450).



### 4.7.1 Besonderheiten bei Demenz

Der Tod eines an Demenz erkrankten Menschen muss von den Angehörigen genauso verarbeitet werden wie der Tod eines nicht an Demenz erkrankten Menschen. Auch wenn man im Volksmund sagt, ein Demenzkranker stirbt jeden Tag ein bisschen mehr (sozialer Tod). Dies bezieht sich aber nur auf die Persönlichkeit des betroffenen Menschen, wie z. B. Erinnerungs- oder Kontrollverluste, da sich diese verändert. Eine größere Schwierigkeit stellen dagegen das Erfragen der letzten Wünsche oder gewünschter Bestattungsformalitäten dar, hierzu ist eine im Vorfeld zu leistende gute Biografiearbeit notwendig.

Wie trauert ein an Demenz erkrankter Mensch, wenn ein Angehöriger stirbt? Diese Frage kann nicht pauschal beantwortet werden, denn zu den ganzen Unterschieden beim Trauern bei nicht an Demenz erkrankten Menschen, beeinflussen die verschiedenen Phasen der Demenz den Trauerprozess. Im Folgenden wird aus den praktischen Erfahrungen des Autors eine Einteilung anhand des Drei-Stadien-Modells vorgenommen.

Wenn z. B. im **frühen Stadium der Demenz** ein naher Angehöriger stirbt, werden bei Demenzerkrankten, die sowieso schon evtl. unter Depressionen, Traurigkeit und sozialem Rückzug leiden, diese Symptome verstärkt. Durch

die hohe Emotionalität des Trauerfalls naher Angehöriger wird der an Demenz Erkrankte den Tod langsam für sich verarbeiten können.

Im **fortgeschrittenen Stadium der Demenz** kann sich der Demenzerkrankte zwar noch an seine Angehörigen (Ehepartner, Kinder) erinnern, er wird den Todesfall aber immer wieder vergessen und den Verstorbenen suchen. Der Trauerprozess dauert erfahrungsgemäß sehr lange, wenn er überhaupt abgeschlossen werden kann. Der Demenzerkrankte wird immer auf der Suche nach seinen Angehörigen sein und stellt sein Umfeld vor die schwierige ethische Frage, soll er täglich mehrmals über den Tod der Angehörigen informiert werden, um einen Trauerprozess durchleben zu können, oder soll er „einfach“ vertröstet werden, um ihm in diesem Moment die Trauer zu ersparen?

Im **späten Stadium der Demenz** gestaltet sich die Kommunikation mit dem an Demenz Erkrankten schon sehr schwierig. Er erkennt seine Angehörigen nicht mehr und weiß unter Umständen auch nicht, dass es diese überhaupt gibt. In diesem Stadium der Demenz stellt sich ethisch die Frage, ob der Demenzerkrankte überhaupt über den Todesfall informiert werden sollte.

## 4.7.2 Handlungsempfehlungen

1. Basisqualifikation bei allen Mitarbeitern einführen;
2. Trauerbegleitung gehört zum ganzheitlichen Konzept der Palliative Care, die Bedürfnisse von Pflegenden müssen ebenso ernst genommen werden, wie die der Angehörigen, Freunden und Bekannten;
3. jeder reagiert auf den Tod eines Menschen anders, die Reaktion ist besonders von dem Verhältnis zu dem Verstorbenen und von dem individuellen Umgang mit dem Tod abhängig;
4. Gesundheitsfachleute sollten mit Wut einfühlsam umgehen, auf die Menschen eingehen und versuchen, die Emotionen ernst zu nehmen und zu akzeptieren;
5. Balance zwischen Nähe und Distanz finden;
6. sich selbst keine Bewältigungsstrategie für den Umgang mit Tod von anderen aufzwingen lassen, aber auch die eigene Strategie keinem anderen aufzwingen;
7. beim Tod der Angehörigen ethische Überlegungen über die Information des Trauerfalls einfließen lassen.

## 4.8 Fatigue

Fatigue ist ein überwältigendes, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung und eine verminderte Fähigkeit, körperliche und geistige Arbeit auf gewohntes Niveau zu leisten (NANDA International, 2013, S. 251).

Der Begriff Fatigue kommt aus dem französischen und englischen Sprachgebrauch und bedeutet unübliche Müdigkeit und Erschöpfung. Das Symptom ist eines der häufigsten Begleitsymptome, über die Krebspatienten während oder nach ihrer Erkrankung und Therapie berichten. 80 bis 100% der Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen, leiden im Lauf der Behandlung unter Fatigue, Stärke und Dauer ist abhängig von der Intensität der Chemotherapie. Die Auswirkungen des Symptoms sind bis heute unterschätzt. Deshalb ist es unabdingbar, dass alle Berufsgruppen ein Bewusstsein für diese Symptomatik entwickeln und ihre Wahrnehmung darauf ausrichten. Betroffene trauen sich oft nicht, ihre übermäßige Müdigkeit zu thematisieren, und manche entwickeln eine hohe Disziplin, ihre Erschöpfung zu negieren, um ihren Alltag bestehen zu können (vgl.: Kränzle; Schmid; Seeger, 2014, S. 310f).

### Mögliche Ursachen

- Akute Schwäche, oft durch Anämie bei Tumoren bedingt;
- chronische Schwäche bei fortschreitendem Krebs, nach OP, Bestrahlung oder Chemotherapie, bei starken Schmerzen, Hyperkalzämie, Hypokaliämie, Nierenversagen und bei schwerer Depression;
- medikamentös durch Opioide, schnellen Kortison Entzug;
- Infektion, Fieber;
- Immobilität;
- Mangelernährung, Dehydration

(vgl. Grond, 2011, S. 139).

Pflegende verbringen am meisten Zeit mit den Patienten. Ihre zentrale Aufgabe ist daher, das Symptom wahrzunehmen, anzuerkennen, zu messen und zu dokumentieren. Durch die einfache und ehrliche Frage (ohne Mitleid) „Wie geht es Ihnen?“ kann man schon viele Informationen herausfinden. Weitere Fragen können sein: „Wann spüren Sie die Müdigkeit am meisten?“ oder „Wie erleben Sie die Müdigkeit?“

## 4.8.1 Besonderheiten bei Demenz

Zum fortgeschrittenen Stadium der Demenz gehört die Depression, die ähnliche Symptome wie die Fatigue zeigt. Viele Medikamente, die gegen eine Demenz verordnet werden, machen die Patienten auch müde und erschöpft. Wichtig ist es genau abzuklären, woran dieses Verhalten liegt und dementsprechend zu handeln und zu therapieren. Außerdem sollte der an Demenz Erkrankte genau im Hinblick auf das Symptom der Fatigue beobachtet werden, da es häufig nicht genügend wahrgenommen wird.

## 4.8.2 Handlungsempfehlungen

1. Körperliche Ursachen klären und behandeln,
2. Mobilität fördern, Ruhephasen lassen,
3. Beschäftigungstherapie, Interessen ausüben lassen,
4. Angehörige, Freunde, Bekannte und Vereine zum Besuch ermutigen,
5. Möglichkeiten zur Linderung der übermäßigen Müdigkeit finden,
6. Patienten und Angehörige über Fatigue informieren, aufklären und beraten,
7. Bewusstsein für das Symptom Fatigue schärfen.





## 5 Fazit und Ausblick

Im Gesundheitswesen wird häufig ein zu großer Kostendruck bemängelt. Diese Arbeit zeigt, wie trotz geringer Budgets, wenn man sich engagiert, fortbildet und gewisse Verhaltensregeln einhält, eine gute Durchführung von Palliative Care auf einer gerontopsychiatrischen Station möglich ist. Um bei Menschen mit Demenz Palliative Care durchzuführen, braucht es eine noch intensivere Betreuung der Patienten als bei nicht an Demenz erkrankten Patienten. Diese Betreuung zählt zu den schwierigsten und verantwortungsreichsten Aufgaben in unserem Gesundheitswesen. Erfahrungsgemäß können Demenzkranke in der Lebensendphase ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr adäquat äußern. Betreuende neigen oft dazu eine Demenz als Kardinalsdiagnose zu nehmen und vernachlässigen dadurch die Diagnostik um Gründe für auffällige Verhaltensweisen zu finden.

Palliative Care bei Menschen mit Demenz ist in letzter Zeit ein immer mehr beachtetes Thema in Fachzeitschriften, aber noch nicht bei der breiten Masse der Betreuenden angekommen. Gerade Betreuende von an Demenz Erkrankten in der Sterbebegleitung brauchen aber Unterstützung und Informationen, um diese Patienten würdig betreuen und versorgen zu können. Da durch den demographischen Wandel diese Thematik immer wichtiger wird, muss es in naher Zukunft unterstützende Einrichtungen oder Personen geben, die den Betreuenden mit Rat und Tat zur Seite stehen. Dazu benötigt es unbedingt mehr Literatur, ein breiteres Angebot an Fortbildungen und eine bessere Koordination der Einzelbereiche Demenzbetreuung und Sterbebegleitung. Die Zweige Gerontopsychiatrie oder Geriatrie bieten hierzu gute Ansätze, müssen sich aber auch mit Bereichen der Sterbebegleitung auseinandersetzen und fortbilden.

Das Wichtigste in der Sterbebegleitung von an Demenz erkrankten Menschen ist das Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche. Um das zu erreichen, sollte im Vorfeld der Sterbebegleitung eine sehr gute Biografiearbeit unter Berücksichtigung der Zeitgeschichte angestrebt und genau besprochen werden, wenn möglich unter Einbeziehung der Angehörigen, Freunden und Bekannten. Oberstes Gebot ist dabei, dass der Patient in Würde sterben darf und die Angehörigen das auch mittragen können. Hierfür ist besonders wichtig, die rechtlichen Rahmenbestimmungen zum Beispiel durch eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder gesetzliche Betreuung zu schaffen.

Voraussetzung für eine Sterbebegleitung ist, dass das ganze Team offen miteinander und mit dem Thema Tod umgeht. Die Angehörigen müssen vorsichtig eingeführt werden, da die letzten Tage für sie von enormer Bedeutung für ihr weiteres Leben sein können.

Hilfsmittel, um das Verhalten der Einzelnen zu reflektieren, könnte das Einrichten einer Ethikkommission, Supervisionen oder ethische Fallbesprechungen z.B. nach Loewy sein. Außerdem ist es wichtig sich selbst immer wieder zu hinterfragen, ist das eigene Handeln noch richtig ausgelegt für den Patienten. Bei der Interaktion mit an Demenz erkrankten sterbenden Menschen sollte immer auch der ganze Mensch beachtet werden. Auch wenn er nicht mehr richtig sprechen kann, ist er dennoch in der Lage, durch seine Körpersprache, Gestik und Mimik zu kommunizieren. Die eigene nonverbale Kommunikation muss natürlich auch authentisch sein, denn nur so kann man eine gute Beziehung aufbauen und erhalten. Weiterhin fördert die Validation nach Naomi Feil den Beziehungsaufbau. Durch Beobachtung der Körpersprache, Gestik und Mimik lassen sich z. B. auch über eine Fremdeinschätzung Schmerzen feststellen, diese sollten unter Zuhilfenahme von Schmerztherapeuten behandelt werden.

Wichtig beim Umgang mit demenziell Erkrankten sterbenden Menschen ist es, die Merksätze von Kostrzewa (Kapitel 1 und Anhang) zu verinnerlichen und anzuwenden.

Psychisch Alterskranke brauchen einen umfassenden, integrativen Versorgungsrahmen durch multidisziplinäre Palliativteams.

1. Definition der gerontopsychiatrischen Palliativversorgung wie Grundhaltung, allgemeine und spezielle Palliativversorgung ambulant zu Hause und stationär in Heim oder Palliativstation.
2. Symptommanagement in der gerontopsychiatrischen Palliativversorgung:
  - Symptomerkennung und -bewertung;
  - Symptomlinderung mit kausaler und symptomatischer Therapie und besonders der Schmerzen als Hauptsymptom in der Palliativpflege psychisch Alterskranker;
  - differenzierte Palliativpflege, nicht nur für Kranke mit Demenz, sondern auch für anders gestörte psychisch Alterskranke,

- besonders für Depressive;
- ganzheitliche Palliativpflege bei körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen.
3. Ethische Aspekte und Rechte psychisch gestörter alter Sterbender:
    - Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen zur Klärung des Patientenwillens zur Entscheidungsfindung;
    - Lebenshilfe, statt aktiver Sterbehilfe.
  4. Unterstützung:
    - Der Familie durch Entlastungspflege;
    - der beruflich Pflegenden durch Kooperation im multidisziplinären Palliativteam.
  5. Schulung und Weiterbildung der professionellen und ehrenamtlichen Helfer in Sterbe- und Trauerbegleitung  
(Grond, 2011, S. 202).

Bei chronischen Wunden sollte bei der Versorgung auf die Lebensqualität und auf das Wohlbefinden geachtet werden. Der Patient sollte seinen individuellen Alltag mit möglichst wenigen Einschränkungen leben können. Des Weiteren sollte vor der Wundversorgung immer auf eine gute Schmerzversorgung geachtet werden.

Eine kontinuierliche Einschätzung von Schmerzen ist auch während der gesamten Betreuung notwendig, da Patienten oftmals Schmerzen nicht äußern wollen oder können. Außerdem kann sich die Schmerzintensität jederzeit und tagesabhängig ändern und dementsprechend muss die Schmerzmedikation angepasst werden. Hierbei sollte zunächst eine Selbsteinschätzung durch den Patienten erfolgen, wenn dies nicht möglich ist, muss eine Fremdeinschätzung vorgenommen werden.

Bei Nahrungsverzicht vor der Endphase der Demenz oder der Endphase der Sterbephase muss, bevor überlegt wird eine PEG zu legen, die Ursache ergründet und behandelt, Wunschkost und kleine Mahlzeiten angeboten werden. Bei Flüssigkeitsverzicht sollten häufig kleine Mengen an Flüssigkeit angeboten werden, außerdem ist eine gute Mundpflege durchzuführen.

Bei anfänglichen aggressiven Verhalten sollten die Spannungen aus der Situation genommen werden. Dies gelingt recht gut, indem man sich auf sein

Erfahrungswissen verlässt und deeskalierende Maßnahmen ergreift. Anschließend sollten die möglichen Ursachen so weit wie möglich ausgeräumt werden. Bei Gewalt durch Pflegende muss man immer sofort eingreifen und anschließend den Vorgesetzten informieren. Zur Vorbeugung müssen Leitungen ein humanistisches Menschenbild vorleben und alle Mitarbeiter gut fortgebildet werden.

Auch für eine gute Trauerbegleitung ist ein hohes Maß an Fortbildungen nötig. Pflegende müssen eine gute Balance und Bewältigungsstrategie finden, um mit dem Tod eines Betreuten umzugehen.

Bei der Fatigue gilt es, zunächst einmal die Ursache zu diagnostizieren und diese anschließend zu therapieren.



## 6 Anhang

### 6.1 Literaturverzeichnis

Becker, S. et al (2005) Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 38, 2005: 1-14

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2004) Mit – Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase o. A., Wuppertal: Der Hospiz Verlag

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Wenn das Gedächtnis nachlässt. 7. Auflage, Berlin: Druck und Verlagshaus Zarbock

Bundesministerium für Gesundheit (2015) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 12. Auflage, Niestetal: Silber Druck

Davy, J; Ellis, E >übersetzt von Feuz, M< (2010) Palliativ pflegen Sterbende verstehen, beraten und begleiten. 3. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 7|18. Februar 2011

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (2014). Online im Internet:„URL:[http://www.dggpp.de/documents/gp\\_aufgaben.pdf](http://www.dggpp.de/documents/gp_aufgaben.pdf) [Stand 30.10.2014]“

Dörner, K (2001) Der gute Arzt. 1. Auflage, Schattauer: Stuttgart

Förstl, H. (2009) Demenzen in Theorie und Praxis. 2. Auflage, Heidelberg: Springer

Freter, H-J (2012) Neue Zahlen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online im Internet: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/neues-informationsblatt-zur-haeufigkeit-von-demenzerkrankungen-hoehere-lebenserwartung-mehr-aeltere-m.html>

- Fuchs, C; Gabriel, H; Raischl, J; Steil, H.; Wohlleben, U. (2012) Palliative Geriatrie. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Gaßmann, M.; Marschall, W.; Utschakowski, W. (2006) Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. o. A., Heidelberg: Springer
- Grond, E. (2011) Palliative Pflege in der Gerontopsychiatrie. 2. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Hametner, I. (2011) 100 Fragen zu Palliative Care. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH& Co. KG
- Köhler, H. (2011) Bürgerliches Gesetzbuch. 67. überarbeitete Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Kojer, M.; Schmidl, M. (2011) Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. 1. Auflage, Wien: Springer Verlag
- Kostrzewa, S. (2010) Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. 2. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag
- Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, Ch. (2014) Palliative Care. 5. Auflage, Berlin: Springer Verlag
- Kübler Ross, E. (1969) Interviews mit Sterbenden. 1. Auflage, Stuttgart: Kreuz
- Max – Bürger – Institut für Altersforschung (1997) Schwerpunkte der geriatrischen Pflege. o. A., München: MMV Medizin Verlag
- NANDA International (2013) Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation. 1. Auflage, Kassel: Recom
- Panfil, E-M; Schröder, G. (2010) Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 2. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Sitte, T. (2013) Die Pflgetipps Palliative Care. 15. Auflage, Fulda: Deutscher PalliativVerlag

Vasel – Biergans, A.; Probst, W. (2011) Wundversorgung für die Pflege. 2. Auflage, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## 6.2 Glossar

<b>Abschilferung</b>	Abschuppung
<b>Adäquat</b>	angemessen
<b>Agitiertheit</b>	motorische Unruhe
<b>Agnosie</b>	Störung der Wahrnehmung
<b>Analgetika</b>	Schmerzmittel
<b>Anämie</b>	Blutarmut
<b>Antiepileptika</b>	Arzneimittel zum Behandeln von epileptischen Anfällen
<b>Anxiolytika</b>	angstlösende Medikamente
<b>Apathie</b>	Teilnahmslosigkeit
<b>Aphten</b>	Schädigung der Mundschleimhaut
<b>Apraxie</b>	neurologische Bewegungsstörung
<b>Apraxie</b>	Handlungsunfähigkeit
<b>Arteriell</b>	vom Herzen wegführende Gefäße
<b>Aszites</b>	Wasseransammlung im Bauchraum
<b>Assessment</b>	Bewertung, Einschätzung
<b>Authentisch</b>	Echtheit
<b>Benzodiazepin</b>	Medikament zur Beruhigung
<b>Commonsense</b>	gesunder Menschenverstand
<b>Debridement</b>	Entfernung von infizierten und geschädigten Belägen
<b>Dehydration</b>	Austrocknung
<b>Dekubitus</b>	Liegedruckgeschwür
<b>Dermis</b>	„mittlere“ Hautschicht
<b>Diffusion</b>	Transport von Molekülen durch die Zellmembran
<b>Diuretika</b>	Medikament zur Ausschwemmung
<b>Effektiv</b>	Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel
<b>Empathisch</b>	Mitgefühl gegenüber anderen Menschen
<b>Epidermis</b>	äußerlich sichtbare Teil der Haut
<b>Evaluation</b>	Überprüfung, Bewertung
<b>Evidenzbasiert</b>	bewiesen



<b>Feedback</b>	Rückmeldung
<b>Fokussiert</b>	auf einen Punkt konzentriert
<b>Granulation</b>	Körnchen Bildung
<b>Halo – Effekt</b>	Wahrnehmungsfehler
<b>Hämatom</b>	Bluterguss
<b>Holistisch</b>	ganzheitlich
<b>Humanistisch</b>	Achtung vor der Würde des Menschen
<b>Hyperkalzämie</b>	erhöhter Kalziumspiegel
<b>Hypokaliämie</b>	Kaliummangel
<b>Inkohärenz</b>	nicht nachvollziehbar
<b>Intervention</b>	eingreifen in ein Geschehen
<b>Ischämisch =</b>	Minderdurchblutung
<b>Kausal</b>	Beziehung zwischen Ursache und Wirkung
<b>Kognitiv</b>	das Wahrnehmen, Erkennen betreffend
<b>Komplementär</b>	gegensätzliche, aber sich ergänzende Eigenschaften
<b>Kontinuierlich</b>	ohne Unterbrechung
<b>Kontrakturen</b>	Bewegungseinschränkung von Gelenken
<b>Körperperipherie</b>	vom Körperstamm weg
<b>Modifiziert</b>	verändert
<b>Multidisziplinär</b>	verschiedene Disziplinen vereint
<b>Mutismus</b>	Stummheit
<b>Negieren</b>	verneinen
<b>Neuroleptika</b>	Medikamente gegen Wahnvorstellungen
<b>Neuropathisch</b>	Nervenerkrankung
<b>Nonverbal</b>	Verständigung ohne Worte
<b>Nootropika</b>	Medikamente zur Behandlung von Demenz
<b>Ödem</b>	Einlagerung von Flüssigkeit
<b>Opioide</b>	aus Opium hergestellte Arzneimittel
<b>Orthopädie</b>	Erkrankungen des Bewegungsapparates

<b>Pathologisch</b>	Krankhaft
<b>PEG-Sonde</b>	Magensonde durch die Bauchwand
<b>Physiologisch</b>	normale Lebensvorgänge
<b>Prämedikation</b>	Gabe von Medikamenten vor einem Eingriff
<b>Prävention</b>	Maßnahme zur Abwendung unerwünschter Ereignisse
<b>Primär</b>	zuerst vorhanden (wichtig, hauptsächlich)
<b>Punktion</b>	Durchstechen der Haut
<b>Reepithelisierung</b>	Wundheilung
<b>Retardiert</b>	Arzneimittel mit verzögerter Wirkung
<b>Rooming in</b>	Angehörige können rund um die Uhr im Pat. Zimmer sein
<b>Sedierung</b>	Dämpfung des zerebralen Nervensystems
<b>Sekundär</b>	Zweitrangig
<b>Setting</b>	Milieu, Umgebung
<b>Soor</b>	Erkrankung des Mundraums durch Pilzbefall
<b>Spasmen</b>	Krämpfe
<b>Subjektiv</b>	aus eigenem Standpunkt betrachtet, nicht sachlich
<b>Subkutis</b>	Unterhaut
<b>Suizid</b>	Selbsttötung
<b>Terminal</b>	Endstadium
<b>Translation</b>	übersetzen
<b>Ulcus cruris</b>	Geschwür am Schenkel/ Unterschenkel
<b>Validiert</b>	überprüft
<b>Vaskulitiden</b>	entzündliche Erkrankungen
<b>Venös</b>	zum Herzen hinführende Gefäße
<b>Viskosität</b>	Maß für die Zähflüssigkeit
<b>Vitalparameter</b>	Maßzahlen, die die Grundfunktionen des Menschlichen Körpers darstellen
<b>Zerebral</b>	das Gehirn betreffend

## 6.3 Merksätze für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen (nach Kostrzewa)

### 1) Diskutieren Sie nicht mit demenziell Erkrankten!

Sie haben dadurch weniger Frustration, Sie müssen sich nicht permanent rechtfertigen und Ihre Ansicht begründen. Bedenken Sie immer auch, dass der Erkrankte nicht fähig ist zur Einsicht. Der Leitsatz meint jedoch nicht, dass Sie mit dem Erkrankten (besonders im Anfangsstadium) keine Gespräche führen sollen. Fordern Sie nur keine Rechtfertigungen von ihm und rechtfertigen Sie sich selbst nicht permanent, denn das kann er Ihnen nicht mehr bieten.

### 2) Der demenziell Erkrankte hat immer Recht!

Eng mit dem ersten Merksatz ist dieser hier verbunden. Auch wenn es Ihnen schwerfallen sollte (und besonders Angehörigen fällt dieser Merksatz besonders schwer), bedenken Sie, dass durch diese Orientierung die Gesamtsituation befriedet wird.

### 3) Akzeptieren Sie die Krankheit!

Häufig erleben wir bei Angehörigen, dass sie nicht wahrhaben wollen, dass zum Beispiel ein Elternteil zunehmend den „Verstand verlieren“ wird. Nur aufgeklärte und informierte Angehörige (manchmal gilt das auch für Mitarbeiter der Pflege und Betreuung) können den zunehmenden Krankheitsverlauf akzeptieren. Sie wissen um die möglicherweise auftretenden Symptome und um den progredienten Verlauf.

### 4) Suchen Sie Kontakt zum Erkrankten über: Blickkontakt, Augenhöhe, kurze Sätze, langsames Sprechen, häufiges Lächeln, Wiederholen der einzelnen Sätze, persönliche Ansprache!

Kontakt setzt immer auch eine genaue Beobachtung des Erkrankten voraus. Oftmals sind es eben nicht die ausgesprochenen Worte, sondern die nonverbalen Signale in der Kommunikation, die etwas über das Befinden des Erkrankten aussagen. Berücksichtigen Sie ebenfalls, dass Lächeln eine universale Kommunikationsform ist, die auch im fortgeschrittenen Zustand der Erkrankung verstanden werden kann.

### **5) Sprechen Sie den Erkrankten von vorne an!**

Zeigen Sie dadurch Zugewandtheit. Blickkontakt ist Kommunikation und sagt ganz deutlich: „Ich höre Dir zu und ich nehme Dich wahr“.

### **6) Seien Sie echt! (kongruent)**

Sie müssen bei demenziell Erkrankten kein Theater spielen. Durch das intuitive Einfühlen spürt der Erkrankte sowieso, was in Ihnen vorgeht. Versteht er möglicherweise sogar die Semantik des Gesagten, ergibt sich womöglich ein Anlass zur Verwirrung. Ebenfalls muss bedacht werden, dass demenziell Erkrankte unterschiedliche Tagesformen aufweisen können. Spielen wir Theater, während der Erkrankte einen relativ „klaren Moment“ hat, wird es bei ihm auf Unverständnis stoßen.

### **7) Machen Sie den Erkrankten nicht auf seine Defizite aufmerksam. Korrigieren Sie ihn nicht!**

Jede Korrektur zeigt dem Erkrankten mal wieder, was er alles falsch gemacht hat. Auch entsteht durch das permanente Korrigieren eine asymmetrische Kommunikationsstruktur, in der sich der demenziell erkrankte Mensch bevormundet fühlt, was wiederum zu Aggressionen oder Niedergeschlagenheit führen kann.

### **8) Holen Sie sich häufig mal ein Feedback von Ihren Kolleginnen, Freunden oder Nachbarn über Ihren Umgang mit dem demenziell Erkrankten!**

Dabei kann es sinnvoll sein, auf den Zusammenhang zwischen Aktion (Ansprache, Körperhaltung, Tonfall etc.) Ihrerseits und der Reaktion (Angst, Ärger, Aggressionen etc.) des Erkrankten zu achten.

### **9) Sprechen Sie in Gegenwart eines Erkrankten nicht über ihn!**

Der Erkrankte ist sehr sensibilisiert dafür, ob er eingeschlossen ist in das Geschehen oder nicht. Ihn nicht in das Gespräch mit einzubeziehen könnte eine weitere Kränkung darstellen, mit entsprechender Reaktion.

### **10) Setzen Sie Berührung nur in dem Maße ein, wie es der Erkrankte erlaubt!**

Auch wenn es unser Bedürfnis ist, dem Erkrankten unsere Zuwendung durch Berührung zu signalisieren, kann diese Aktion durch ihn missverstanden werden. Eine gute Biografiearbeit muss Informationen über Berührungsgewohnheiten hergeben.

**11) Verwenden Sie gelegentlich Floskeln, Redewendungen und Rituale!**

Wiederkehrende Muster schaffen für den Erkrankten etwas Vertrautes. Nutzen Sie dabei Redewendungen, die er womöglich selber immer wieder benutzt hat.

**12) Kommentieren Sie Ihre Handlungen!**

Kündigen Sie Ihre Handlungen an. Achten Sie dabei darauf, dass der Erkrankte auch genügend Zeit hat, das Gesagte zu erfassen. Unterstützen Sie das Gesagte mit Mimik und Gestik.

**13) Geben Sie dem Erkrankten genügend Zeit, das Gesagte und die Handlungen zu verstehen!**

Demenz Erkrankte brauchen mehr Zeit, um sich auf Situationen oder Handlungen einzustellen. Sprechen Sie nicht zu schnell, machen Sie Pausen und wiederholen Sie ruhig das Gesagte.

**14) Benutzen Sie lieber geschlossene, als offene Fragen!**

Oftmals können demenziell Erkrankte mit Ja oder Nein antworten. Bauen Sie keine Schachtelsätze.

**15) Erwarten Sie keine Erklärungen und Begründungen vom Erkrankten!**

(Keine: Wieso-, Weshalb-, oder Warum-Fragen) Diese Frageform erwartet immer eine Erklärung oder Begründung. Demenziell Erkrankte haben aber Schwierigkeiten, kausale Zusammenhänge herzustellen und diese zu erläutern.

**16) Treten Sie dem Erkrankten wertschätzend gegenüber!**

Schauen Sie nicht nur auf die Defizite, denn ein Mensch ist mehr als seine Probleme. Zudem hat jeder Mensch Kompetenzen, es gilt sie nur freizulegen.

## 6.4 Definition Karnofsky-Index

- 90% = geringe Symptome, normale Aktivität möglich,
- 80% = mäßige Krankheitssymptome, Aktivität nur mit Anstrengung,
- 70% = versorgt sich, zu normaler Aktivität aber unfähig,
- 60% = versorgt sich weitgehend, braucht gelegentlich Hilfe,
- 50% = häufige Unterstützung und medizinische Versorgung nötig,
- 40% = überwiegend bettlägerig, Pflege erforderlich,
- 30% = dauernd bettlägerig, evtl. Klinikeinweisung ohne Lebensgefahr,
- 20% = schwer krank, oft Klinikeinweisung,
- 10% = moribund, Erkrankung schreitet schnell fort.

## 6.5 (Vorsorge) Vollmacht

### (Vorsorge) Vollmacht



Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(Vollmachtgeber/in)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Vollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 1)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	
-----		
Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 2)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	
-----		
Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 3)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Meine bevollmächtigte/n Vertrauensperson/en (im Folgenden: Sie) wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angekreuzt oder gesondert angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie soll meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:

- Alle Vertrauenspersonen sind ein/e jede/r alleine handlungsberechtigt.
- Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Verhinderungsfall des/der Hauptbevollmächtigten tätig werden dürfen.

Das Ziel dieser Vollmachtserteilung ist insbesondere die Vermeidung einer vom Gericht angeordneten Betreuung. Deshalb bleibt diese Vollmacht auch dann in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung vorübergehend oder dauerhaft geschäftsunfähig werde. Diese Vollmacht ist nur wirksam, so lange die bevollmächtigte Person das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und dieses Original bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes vorlegen kann.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~  Ja

und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext  Ja

## 1 Gesundheitsorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen oder entziehen, um sie nicht fortzusetzen, auch wenn die Vornahme, das Unterlassen oder die Nicht-Fortsetzung dieser Maßnahmen mit Lebensgefahr oder dem sicheren Tod verbunden sein könnten oder ich hierdurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf Krankenunterlagen einsehen, deren Herausgabe an Dritte bewilligen und Kopien der Unterlagen erhalten. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Ja

## 2 Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja

## 3 Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------

## 4 Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

<sup>1</sup> Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)

<sup>2</sup> In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).



## 5 Vermögenssorge

Sie darf ...

... mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen. (Vorsicht: Haus- und Grundstücksverkäufe, z. B. zur Abdeckung von Pflegekosten, sind nicht umfasst. Hierfür bedarf diese Vollmacht zwingend der <b>notariellen Beurkundung</b> .) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

... namentlich ...

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Ja
... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	<input type="checkbox"/> Ja
... Verbindlichkeiten eingehen. <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Ja
... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Ja
... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	<input type="checkbox"/> Ja

## 6 Digitale Vorsorge/ Digitales Vermächtnis

Sie darf vollumfänglich auf meine Benutzerkonten und Profile bei Internetdiensten sowie auf meine digitalen Daten im Internet, auf meiner Hardware (z. B. PC, Laptop, Tablet-PC, Smartphone) und auf jeglicher weiterer Form von Datenträgern zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert, gelöscht oder anderweitig genutzt werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen, diese anfordern sowie entsprechende Verträge kündigen.	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------

## 7 Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen – auch mit dem Service „eigenhändig“ und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

## 8 Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/> Ja
-----------------------------------	-----------------------------

<sup>3</sup> Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

<sup>4</sup> Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto-/ Depotvollmacht zurückgreifen, die sie grundsätzlich in Ihrer Bank/ Sparkasse unterzeichnen.

## 9 Betreuungsverfügung

<p>Soweit Zweifel über den Umfang dieser Vollmacht bestehen, soll diese Vollmacht in einer Weise ausgelegt werden, dass die Anordnung einer Betreuung nicht erforderlich wird. Die/der Bevollmächtigte/n soll/en alle Maßnahmen treffen und Erklärungen abgeben und Rechtshandlungen vornehmen können, die ein Betreuer, wäre er bestellt, vornehmen könnte. Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, eine oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------

## 10 Geltung über den Tod hinaus

<p>Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.</p>	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

## 11 Regelung der Bestattung

<p>Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.</p>	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

## 12 Insichgeschäfte

<p>Der Bevollmächtigte ist von den Beschränkungen nach § 181 BGB (Insichgeschäfte) befreit, er darf also als mein Vertreter auch mit sich selbst einen Vertrag schließen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------

## 13 Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

## 14 Unterschriften<sup>5, 6</sup>

.....  
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....  
Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigte/r

.....  
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...  
Bestätigung der Entscheidungs- und/oder  
Geschäftsfähigkeit

<sup>5</sup> Die Vollmacht ist ein einseitiges Rechtsgeschäft, d.h. der Bevollmächtigte muss nicht zustimmen oder die Vollmacht „annehmen“.

<sup>6</sup> Manche Formen von Rechtsgeschäften (z. B. Immobiliengeschäfte, Verbraucherdarlehen, bei Handelsgewerbe, ...) bedingen als Voraussetzung eine beglaubigte Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/ -geberin oder beurkundete Vollmacht.

## 6.6 Patientenverfügung

### Patientenverfügung



#### 1 Willenserklärung

##### 1.1 Ich ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(Vollmachtgeber/in)
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

bestimme hiermit für den Fall, dass ich **meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann** Folgendes:

**Nicht Zutreffendes streichen z. B. so:** ~~Mustertext~~  **Ja**

**und Zutreffendes ankreuzen z. B. so:**  **Nein**

##### 1.2 Situationen, in denen diese Patientenverfügung gelten soll

Diese Patientenverfügung soll in Situationen gelten, wenn ich ...

<b>A.</b> ... mich nach ärztlicher Feststellung aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>B.</b> ... mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>C.</b> ... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung meiner Ärzte/Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach ...		
<b>C.1</b> ... unwiederbringlich vollständig verloren habe:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>C.2</b> ... soweit verloren habe, dass ein Leben, zu dem ich mich verständlich äußern kann, nicht mehr möglich ist:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
Meine Antwort zu <b>C.</b> , <b>C.1</b> und <b>C.2</b> gilt selbst, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist für jede Gehirnschädigung unabhängig von der Ursache. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>D.</b> ... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen:	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>E.</b> Diese Verfügung soll bereits jetzt gelten. Insbesondere wenn eine schwere Erkrankung wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt oder schwere Lungenentzündung vorliegen, gerade wenn eine hohe Sterbewahrscheinlichkeit oder ein hohes Risiko einer nachfolgenden schweren, dauerhaften Gesundheits Einschränkung bestehen, lehne ich selbst medizinisch indizierte Krankenhauseinweisungen ab!	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>F.</b> ... ich mich in folgender Lebenslage befinde:		

##### 1.3 (Vorsorge) Vollmacht und Betreuungsverfügung

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine (Vorsorge) Vollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erteilt und den Inhalt mit folgender von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

**Nicht Zutreffendes streichen  
und Zutreffendes ankreuzen**

Seite 1 von 4  
Weitere Informationen unter [www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de)

Fortsetzung auf Seite 2

## 2 Wünsche zu Sterbeort und Begleitung

### 2.1 Unter den unter 1.2 genannten Situationen möchte ich, wenn möglich sterben ...

A. ... zu Hause/ in vertrauter Umgebung:	<input type="checkbox"/>	C. ... auf einer Palliativstation:	<input type="checkbox"/>
B. ... in einem Hospiz:	<input type="checkbox"/>	D. ... im Krankenhaus:	<input type="checkbox"/>

### 2.2 Ich möchte Beistand ...

A. ... seelsorglich:	<input type="checkbox"/>	C. ... durch folgende Personen:	
B. ... hospizlich:	<input type="checkbox"/>	Welche Glaubens- richtung:	

### 2.3 Krankenhauseinweisung?

Auch wenn ich ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so möchte ich wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

## 3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter medizinischer Maßnahmen Für die unter 1.2 genannten Situationen wünsche ich ...

### 3.1 ... folgenden Umfang lebenserhaltender und -verlängernder Maßnahmen:

Es sollen alle medizinisch möglichen und angezeigten Behandlungen vorgenommen werden, um mein Leben zu erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### 3.2 ... eine fachgerechte Symptombehandlung ...

A. ... möglichst ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... auch mit Mitteln mit bewusstseinsdämpfender Wirkung, wenn andere medizinische Möglichkeiten zur Symptomkontrolle nicht ausreichend wirken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... selbst dann, wenn die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch eine Behandlung erfolgt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 3.3 ... bzgl. künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranke haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für PatientInnen mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

A. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt werden, auch mit Hilfe beim Essen und Trinken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. Ich wünsche fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege sowie menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Lindern von belastenden Symptomen wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. Ich wünsche eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr, wie z. B. mittels Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge, in die Haut oder Unterhaut):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 3.4 ... bzgl. einer Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation):

Bei einem Herz-Kreislaufstillstand in Situationen wie unter 1.2 wünsche ich, dass ...

A. ... sofort Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B. ... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C. ... der Rettungsdienst beim Eintreffen unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Nicht Zutreffendes streichen  
und Zutreffendes ankreuzen**

### 3.5 In den oben beschriebenen Situationen wie unter 1.2 wünsche ich Beginn oder Fortführung folgender medizinischer Maßnahmen:

#### 3.5.1 künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

#### 3.5.2 künstliche Blutwäsche (Dialyse) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

#### 3.5.3 Gabe von Antibiotika, ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

#### 3.5.4 Gabe von Blut(bestandteilen) ...

... für den Fall, dass diese mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

#### 3.5.5 Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ...

... für den Fall, dass dieser mein Leben verlängern kann:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

### 3.6 Reine Palliation statt möglicher Lebensverlängerung:

Ich möchte, dass bei den unter 3.5.1 bis 3.5.5 und allen ähnlichen geplanten Maßnahmen diese nicht zur Lebensverlängerung eingesetzt werden sollen. Ich verlange, dass auch zur Leidenslinderung andere, rein palliative Maßnahmen wie zum Beispiel die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingesetzt werden bis hin zu einer palliativen Sedierung.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

### 4 Aufklärungsverzicht

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung auch des Bevollmächtigten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

### 5 Hinweis auf weitere geltende Unterlagen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

A ... Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
B ... Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 6 Ich stimme einer Entnahme meiner Organe und Gewebe zur Transplantation ...

A ... nach ärztlicher Feststellung meines Todes zu:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
mit <b>Ausnahme</b> folgender Organe/Gewebe:		
<b>nur</b> für folgende Organe/Gewebe:		

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden unumkehrbarem Ausfall wesentlicher Hirnfunktionen als Organspende in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann geht/ gehen vor die ...

B ... von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
C ... Bestimmungen in meiner Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 7 Widerrufsmöglichkeit

Mir ist die jederzeitige Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

**Nicht Zutreffendes streichen  
und Zutreffendes ankreuzen**

## 8 Aussagen zu Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Patientenverfügung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) soll(en) dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

Sollten Arzt/Ärztin oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Vertreter/meiner Vertreterin erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **meiner/meinem ... (Alternativen)**

<input type="checkbox"/> A ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C ... anderer Person: _____	

Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen zu der Auffassung gelangen, dass ich **entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte**, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **meiner/meinem ... (Alternativen)**

<input type="checkbox"/> A ... Bevollmächtigte/n, bzw. BetreuerIn	<input type="checkbox"/> B ... behandelnden Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> C ... anderer Person: _____	

## 9 Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informieren und beraten lassen von...

\_\_\_\_\_

## 10 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wurde von mir heute bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Vertragsarztstempel
---------------------

## 11 Geltungsdauer dieser Verfügung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe: (ich werde versuchen, künftige Änderungen oder Widerrufe möglichst schriftlich zu dokumentieren).

Ja

## 12 Unterschrift

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

## 6.7 Vertreterverfügung



### Vertreterverfügung

Hiermit verfüge ich ...

Name, Vorname <small>(Vertretungsberechtigter)</small>	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

in meiner Funktion als ...

- Vorsorgebevollmächtigte/r
- Gesetzlich bestellter Betreuer/bestellte Betreuerin, bestellt am  /  / 2 0  (TT/MM/JJJJ)  
für Gesundheitsangelegenheiten  
(im Folgenden als Vertretungsberechtigter bezeichnet)

die folgenden Festlegungen stellvertretend für ...

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	E-Mail

Die von mir vertretene Person, nachfolgend als »der Betroffene« bezeichnet, ist dauerhaft nicht einwilligungsfähig aufgrund von:


(Begründung der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen)

#### 1 Eruerung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

Die nachfolgenden Festlegungen erfolgen durch mich als den unterzeichnenden Vertretungsberechtigten gemäß Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a, Abs. 2 BGB) nach bestem Wissen und Gewissen auf einer oder mehreren der folgenden Grundlagen:

- Feststellung der konkret, mündlich oder schriftlich geäußerten Festlegungen des Betroffenen.
- Ableitung des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen durch Interpretation früherer, mündlicher oder schriftlicher, Äußerungen (z. B. allgemein gehaltene Patientenverfügung, Gespräche mit Freunden, Angehörigen, Briefe, E-Mails o. ä.).

#### Mutmaßlicher Wille und Behandlungswünsche des Betroffenen

Die nachfolgenden Festlegungen basieren auf den Behandlungswünschen des Betroffenen. Diese habe ich auf folgende Art ermittelt:


Auf Basis der beschriebenen Art der Ermittlung des Willens des Betroffenen habe ich stellvertretend für den Betroffenen und für die nachfolgend beschriebenen medizinischen Situationen (unter 2.) konkrete Festlegungen getroffen. Diese Vertreterverfügung wurde zudem für den Fall verfasst, dass ein Arzt/eine Ärztin eine ärztlich indizierte Maßnahme nach Absatz 3. durchführen will und ich als Vertretungsberechtigter nicht erreichbar sein sollte.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~  Ja  
 und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext  Nein

## 2 Definierte Situationen im Rahmen der Einwilligungsunfähigkeit, in denen diese Vertreterverfügung gelten soll

Diese Vertreterverfügung gilt ...

... bei chronischer Erkrankung mit Verlust der Äußerungsfähigkeit

..., weil infolge einer Gehirnschädigung des Betroffenen die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung der Ärztinnen/Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich vollständig oder soweit verloren ist, dass ein Leben, zu dem der Betroffene sich äußern kann, nicht mehr möglich ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
..., weil der Betroffene aufgrund eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenz) auch mit angemessener Hilfestellung nicht mehr in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Diese Festlegungen gelten selbst dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, für jede Gehirnschädigung und unabhängig von deren Ursache. Es ist mir als Stellvertreter bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen beim Betroffenen erhalten sein kann und dass ein Erwachen aus diesem Zustand nicht völlig auszuschließen, aber sehr unwahrscheinlich ist.

... bei einem akuten Notfall

Für Notfälle wurde durch mich als Vertretungsberechtigten auf Basis des ermittelten Patientenwillens eine gesonderte „Verfügung für Notfälle“ erstellt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

... in der letzten Lebensphase

Weil der Betroffene sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weil der Betroffene sich, nach ärztlicher Feststellung, aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befindet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

... in anderen Situationen

Weil der Betroffene sich in folgender Lebenslage befindet:

Kurzfristige Bewusstseinsstörungen wie eine Narkose oder ein künstliches Koma nach einer Operation sind durch die Vertreterverfügung explizit nicht erfasst.

## 3 Festlegungen zum Umfang lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen

Zur Beantwortung wählen Sie bitte Punkt A oder C bzw. für ausführlichere oder ergänzende Angaben Punkt B.

A. Ohne Einschränkung sollen alle lindernden, medizinisch möglichen und angezeigten (indizierten) Behandlungen vorgenommen werden, um das Leben des Betroffenen zu erhalten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------



**B. Lebensverlängernde Maßnahmen sollen nur solange erfolgen, wie der Betroffene Wohlbefinden empfindet. Im Detail wird durch mich als Vertretungsberechtigten Folgendes festgelegt:**

**Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)**

Gemäß dem Willen des Betroffenen soll im Fall eines Herz-Kreislaufstillstands ...

... sofort Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... über die 112 Rettungsdienst und/oder Notarzt verständigt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... der Rettungsdienst beim Eintreffen unverzüglich über die gewünschte Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Künstliche Atemhilfe und/oder Sauerstoffgabe ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

**Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>1</sup> ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

**Gabe von Blut(bestandteilen) ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

**Künstliche Blutwäsche (Dialyse, Hämofiltration oder vergleichbare Verfahren) ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

**Gabe von Antibiotika ist gemäß dem Willen des Betroffenen ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

**Einsatz von Herzschrittmacher und/oder Defibrillator ...**

... gewünscht, falls dies das Leben des Betroffenen verlängern kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

Auch wenn der Betroffene ohne Krankenhausbehandlung höchstwahrscheinlich sterben würde, so soll er wenn irgend möglich nicht mehr in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufgrund fehlender Kenntniss des Patientenwillens kann ich hierzu keine Aussage treffen.		

<sup>1</sup> Das Stillen von empfundenem Hunger und Durst gehört zu jeder lindernden Therapie. Aber viele Schwerkranken haben kein Hungergefühl mehr; dies gilt nahezu immer für Sterbende und wahrscheinlich auch für Patienten mit schwerster Hirnfehlfunktion. Das Durstgefühl kann bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl bestehen, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hilft kaum dagegen. Viel besser lindert fachgerechte Mundpflege, evtl. ein Anfeuchten der Atemluft. Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit bei Sterbenden kann schädlich sein, z. B. weil sie zu Atemnot durch Wasser in der Lunge führen kann.

<p>C. Gemäß dem Willen des Betroffenen sollen nur lindernde Maßnahmen durchgeführt werden. Den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer zufolge, soll eine fachgerechte Mund- und Schleimhautpflege vorgenommen, Hunger und Durst sollen – auch mit Hilfestellung – gestillt werden. Der Betroffene soll eine menschenwürdige Umgebung, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von belastenden Symptomen, wie z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe, erhalten.</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

#### 4 Unterschriften

##### Vertretungsberechtigter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen nach bestem Wissen und Gewissen auf Basis des sorgfältig ermittelten Willens des Betroffenen getroffen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Vertretungsberechtigten

##### Qualifizierter Berater

Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis ausführlicher Gespräche. Dabei habe ich eine Urteilsbildung im Sinne des Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen unterstützt. Hierzu bin ich z. B. als ACP-Berater oder für eine Beratung analog § 132g SGB V qualifiziert.

##### 1. Gespräch

/  / 2 0       Uhr  
 Datum / Uhrzeit (TT/MM/JJJJ)

##### 2. Gespräch

/  / 2 0       Uhr  
 Datum / Uhrzeit (TT/MM/JJJJ)

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Beraters

##### Ärztlicher Begleiter

Ich habe die hier getroffenen Festlegungen mit dem unterzeichnenden Vertretungsberechtigten erörtert. Ich bestätige, dass der Vertretungsberechtigte bezüglich dieser Festlegungen einwilligungsfähig ist und die medizinischen Implikationen dieser Vertreterverfügung für den Betroffenen ausreichend verstanden hat. Die in dieser Vertreterverfügung niedergelegten Eckpunkte der Behandlung werde ich respektieren.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Arzt/Ärztin

Vertragsarztstempel

##### Erläuterungen

zu 1: Eruiierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens

In Ermangelung oder in Ergänzung einer eigenhändigen Patientenverfügung dient dieses Schriftstück der Vorsorgeplanung pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen. Es soll Pflegenden und Ärzten erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln.

zu 3: Behandlungen von geringerer zeitlicher Dringlichkeit

Diese Festlegungen ersetzen nicht die sorgfältig abgewogene Entscheidung des Vertreters in der aktuellen Behandlungssituation. Die Vorausplanung möglicher Behandlungsfragen und Entscheidungen eröffnet dem Vertreter jedoch die Möglichkeit, häufige oder kritische Entscheidungen vorab – gemeinsam mit Pflegenden und Hausarzt – gründlich zu durchdenken und Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen aus allen verfügbaren Quellen zu ermitteln, um dann auf dieser Grundlage die aktuelle Entscheidung im Sinne des Betroffenen treffen zu können. Im Zustand der dauerhaften Entscheidungsunfähigkeit können behandelbare akute Erkrankungen oder Verschlimmerungen chronischer Krankheiten auftreten, die unbehandelt zum Tode führen. Auch die Grunderkrankung selbst (z.B. Demenz, Schlaganfälle) kann fortschreiten und zu Komplikationen führen (z. B. Schluckstörung), bei denen über eine Behandlung entschieden werden muss (z. B. Sonden-Ernährung).

zu 4: Unterschriften – Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Vertreterverfügung  
Diese Vertreterverfügung ist das Ergebnis

- mindestens zweier intensiver Gespräche mit dem/der unterzeichnenden qualifizierten Berater/in
- ggf. der Erörterung mit den unterzeichnenden Angehörigen und
- einer abschließenden Beratung durch den unterzeichnenden Hausarzt.

Der Unterzeichner hat dabei nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Betroffenen geurteilt. Über die Folgen der Festlegungen ist er sich im Klaren – insbesondere darüber, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen einen Verzicht auf die Chance bedeuten kann, länger zu leben. Diese Verfügung ist für Pflegende und Ärzte verbindlich.

**Nicht Zutreffendes streichen  
und Zutreffendes ankreuzen**

Seite 4 von 4

Weitere Informationen unter [www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de)

## 6.8 Palliativ-Ampel

### Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente



Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext~~  Ja  
 und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext  Nein

Patienten- oder Vertreterverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Gerichtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten
Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter			

PATIENT Name

Geburtsdatum

Zimmernummer

**Rot** („Halt! Erst nachdenken, nachlesen, dann handeln.“)

**Therapieziel: Symptomlinderung**

Ausreichende Schmerzlinderung  
Linderung von  
Angst, Unruhe, Atemnot

**Keine Krankenseinweisung**



Rot

**Gelb** („Behandlung einfach zu erreichender Zustände und Erkrankungen“)



Gelb

**Grün** („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



Grün

Flüssigkeit PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Nahrung PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Flüssigkeit s.c./ i.v.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Nahrung s.c./ i.v.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Beatmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
implantierter Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
implantierter Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Blut, Blutbestandteile	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

**Therapieziel:  
Uneingeschränkte Maximaltherapie**

Ambulant oder stationär

Ort, Datum, Unterschrift (z. B. Patient, Bevollmächtigter, Arzt, ...)

## Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente



Aus der täglichen Arbeit wurde gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen ein Ampelsystem für Pflegeeinrichtungen entwickelt, das speziell für bettlägerige oder wenig mobile Bewohner geeignet ist.

Den **Patientenwillen** zu erkennen ist immer sinnvoll, jetzt in einer möglichen Krise aber von herausragender Bedeutung, **damit die Patienten so versorgt werden, wie sie es wollen!**

In Notsituationen, wenn die Zeit läuft, wissen Entscheider mit der Palliativ-Ampel schnell was gewünscht wird und können effektiv dem Patienten diese Hilfe bieten.

Das Prinzip ist so einfach wie möglich. Die vorgeschlagene Ampel finden Sie auf der anderen Seite, es ist ein

■ **patientenbezogenes Hinweisblatt** zur schnellen Orientierung

für das Patientenzimmer, das z. B. ans Bett kommt oder auf die Innenseite einer Schranktüre geklebt werden kann.

Die Ampel hat einen eindeutigen Symbolcharakter. In einem Notfall kann der Ersthelfer bei jedem auch unbekanntem Patienten auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von:



**rot für „bitte Innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.**



**gelb für „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist.**



**grün für „Freie Fahrt“ oder „Volles Programm“.**

Grün heißt zwar „Freie Fahrt“, doch sind die Begleitumstände sorgfältig zu prüfen.

Mit der Palliativ-Ampel wird im Notfall eine belastende Suche in den Akten vermieden, Übertherapie, Fehltherapie und (Be)Handlungen gegen den in der Patientenverfügung dokumentierten Willen verhindert.

Wird bei der umseitigen Palliativ-Ampel auch das Hinweisfeld über der Ampel sorgfältig ausgefüllt, so hat man in einer Pflegeeinrichtung für jeden Bewohner eine gute Übersicht verfügbar, ob die üblichen und sinnvollen Vorsorgedokumente vorhanden sind und besonders auch, ob sie (wieder) einmal überdacht, ergänzt, erneuert werden sollten.



## Die Deutsche PalliativStiftung

von Thomas Sitte



***Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world. Indeed, it is the only thing that ever has. (M. Mead)***

Am 8. Mai 2010 wurde die Deutsche PalliativStiftung von acht Praktikern der Hospizarbeit und Palliativversorgung unabhängig von etablierten Strukturen gegründet. Sie ist damit eine noch recht „junge“ Stiftung, hat jedoch von Anfang an durchaus ambitionierte Ansprüche und Ziele. Die acht Gründungstifter kamen aus dem Berufsfeldern Pflege, Seelsorge, Medizin, Physiotherapie und Betriebswirtschaft. Ihr erklärtes Ziel war und ist es, sich sowohl für Erwachsene wie auch für Kinder gemeinsam stark machen, so dass sich die Öffentlichkeit hin zu einem angemessenen hospizlich-palliativen Denken weiter öffnet.

Von Margaret Mead (1901-1978), einer amerikanischen Ethnologin und Philosophin des vergangenen Jahrhunderts stammt die oben genannte Aussage, die aufs Deutsche übertragen lautet:

„Zweifle nie daran, dass eine kleine, aufmerksame, engagierte Gruppe von Bürgern die Welt verändern könnte. In der Tat ist das das Einzige, das sie je verändert hat.“

### Neue Akzente setzen

So setzen sich die Gründer mit den neuen Stiftungsräten in der Palliativ-Stiftung gemeinsam ein für eine bessere Fürsorge für schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen. Da sie alle die Hospizarbeit und

Palliativversorgung aus unterschiedlichsten Perspektiven kennen, ist es auch ihr Ziel, die verschiedenen Erfahrungen zu einem Ganzen zusammenfügen: „Jeder Mensch soll die Unterstützung finden, die er in der hospizlich-palliativen Versorgung benötigt und sagen können: „Wie gut, dass ich mich immer auf Hospizarbeit und Palliativversorgung verlassen kann“, so Pfarrer Matthias Schmid, einer der Gründungstifter. Auch die hinzugekommenen Stiftungsräte sind in den verschiedensten Berufsgruppen und Positionen tätig, so dass es zu einem wunderbar dynamischen Austausch kommt. So unterschiedliche Erfahrungen und Sichten sind nach Auffassung der Gründer ideal um bundesweit die Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung weiter voran zu bringen.

Thomas Sitte, Mitgründer und Vorstandsvorsitzender der Stiftung ergänzt: „Werbung unter den verschiedensten Vorzeichen für die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten ist damit für uns ein wichtiges Anliegen. Wir erproben gewissermaßen Edutainment für ein ernstes Thema.“ So gibt es Informationsmaterial für Laien und Experten in verschiedenster Form, Konzerte, CDs, Lesungen, Aktionen im Sport ([www.powernfuerpalliativ.de](http://www.powernfuerpalliativ.de)), Fotowettbewerbe und Kalender rund um das Thema der Begleitung und Versorgung am Lebensende.

### **Plattform für Engagierte**

„Die Deutsche PalliativStiftung versteht sich als Plattform für engagierte Laien, Fachleute, Ehren- und Hauptamtliche und will sich mit ihnen gemeinsam in allen Fragen der hospizlichen und palliativen Versorgung engagieren“, ergänzt die Diplom-Palliative Care Fachkraft, Sozialpädagogin und Geschäftsführerin Elke Hohmann. Die Stiftung will dabei helfen, dass regionale Initiativen solide wachsen und im Austausch miteinander gefestigt werden können.

„Wichtige rechtliche Fragen rund um das Lebensende sind teils überhaupt nicht, teils widersprüchlich rechtlich geregelt“, betont Stiftungsrat Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz, „hier haben wir bereits zu wegweisenden Entscheidungen beigetragen, aber auch auf diesem Gebiet liegt noch viel Arbeit vor uns!“ Insbesondere beim Problem der Versorgung von Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln im Notfall zur Unzeit, bei der Versorgung in Pflegeeinrichtungen und in Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung hat die PalliativStiftung die wesentlichen Impulse gegeben und so zu einer Verbesserung der Situation beigetragen.

### **Nachhaltig fördern**

„Wir haben noch lange nicht die ganzheitliche Medizin, die dafür nötig und in einem Wohlstandsland wie Deutschland sicher möglich wäre“, ergänzt Palliativmediziner Sitte. Deshalb wollen die Stifter die weitere Entwicklung von Palliativ- und Hospizversorgung nachhaltig fördern. Die Deutsche PalliativStiftung bietet Netzwerk und Sicherheit für die Menschen, die in diesem Bereich professionell und ehrenamtlich tätig sind, damit die Hilfe bei den Betroffenen direkt und auch langfristig ankommt. Die Stiftung motiviert zur gelebten Zusammenarbeit.

„Die Leistungen, die in der Versorgung von schwerstkranken Patienten jeden Alters erbracht werden, verdienen großen Respekt!“, betont Prof. Dr. Schütz. Die Stiftung ist regional und bundesweit tätig. Bereits vorhandene Projekte und noch entstehende Ideen werden miteinander vernetzt. Als eine der ersten Aktivitäten führten die Gründer den bundesweit ersten Fachkongress zur ambulanten Palliativversorgung durch, der am 28. Juni 2010 in Berlin mit großem Erfolg stattfand, aber auch z.B. etliche Empfänge im In- und Ausland in größeren und kleineren Kreisen von PalliAktiven, bei denen wichtige Entscheider zu Gast waren. Netzwerken wird großgeschrieben! Besonderen Wert haben die Gründungstifter darauf gelegt, dass sie unabhängig und nicht gewerblich oder in Verbänden verpflichtend gebunden sind.

Dabei verbindet sie ein großes gemeinsames Ziel: Sie möchten ihre Erfahrungen mit einem multiprofessionellen Blick zu einem Ganzen zusammenfügen und damit ihrem Idealbild ein Stück näherkommen.

### **Vorhandene Projekte vernetzen**

Die Aktivisten sehen die Deutsche PalliativStiftung damit als perfekte Ergänzung zu den anderen Förderern und sind regional, überregional, bundesweit und international tätig.

Der Stiftungssitz ist mit sehr günstiger Verkehrsanbindung im ICE-Netz in Fulda.

Das Gebäude liegt eine Minute vom Bahnhof entfernt. So bietet sich PalliAktiven die Möglichkeit, im Seminarzentrum Workshops durchzuführen. „Unser Informationsmaterial wird inzwischen nicht nur in ganz Deutschland sehr geschätzt, sondern auch aus den aus anderen Ländern bestellt. Das wichtigste haben wir in 22 Sprachen verfügbar“, hebt der Vorsitzende



Sitte hervor. „Zum weiteren Auf- und Ausbau der Arbeit benötigt die Deutsche PalliativStiftung finanzielle, ideelle und politische Unterstützung!“

### **In eigener Sache**

Die PalliativStiftung möchte an dieser Stelle auch um Mithilfe werben. Die Ziele und die damit verbundene Stiftungsarbeit brauchen viele Hände und Hilfe, um Veränderungen anzustoßen und notwendige Hilfen geben zu können. Dabei muss es nicht immer nur Geld sein: **TTT – Talent, time or treasure**, jeder Mensch hat etwas, das er beitragen kann. Unterstützen Sie uns mit Zeitspenden im Büro, bei Veranstaltungen und vielem mehr. Können Sie etwas Besonderes? Sind Sie IT-Spezialist, besonders beredsam, super im Organisieren? Die PalliativStiftung braucht Sie! Auch bieten wir interessierten und qualifizierten Menschen an, für eine Amtszeit im Stiftungsrat mitzuarbeiten. Oder helfen Sie mit Geldspenden oder Förderbeiträgen. Auch dieses Buch wurde weitestgehend ehrenamtlich produziert und subventioniert verlegt. Deshalb bittet die Deutsche PalliativStiftung Sie als interessierten Leser, Mitglied in ihrem Förderverein zu werden. An der Beitragshöhe sollte es nicht scheitern, ab 10 € im Jahr sind Sie dabei. Informieren Sie sich im Büro persönlich, per Mail oder Telefon oder schauen Sie auf die Website

[www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de).

Alle angebotenen Bücher, Kalender, usw. sind bei uns zu attraktiven Preisen erhältlich, weil wir damit zur Aufklärung über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung beitragen und sie weit verbreiten wollen. Die Artikel sind durch viel Engagement, Spenden und ehrenamtlichen Einsatz so gut geworden! Wir würden uns natürlich freuen, wenn auch viel gekauft wird, damit wir wiederum mehr für Sie produzieren können.

Alle Preise sind Brutto-Einzelpreise.

Die Mitglieder unseres Fördervereins erhalten alle Materialien versandkostenfrei.

**Gerne können wir auch über Rabatte beim Kauf größerer Mengen reden.**



### **Demenz und Schmerz**

*Eine Hilfe für den Alltag! Bei Demenzen wird Schmerz IMMER unterschätzt.*

70 Seiten, € 5,-



### **Ambulante Palliativversorgung – ein Ratgeber**

*Das Handbuch, nicht nur für jeden Pflegenden, auch für Hausärzte informativ.*

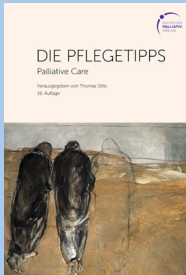
283 Seiten, € 10,-



### **„Sterbehilfe“ und Bedarfe beim Sterben**

*Sozialrechtliche Fragen werden oft vernachlässigt.*

ca. 140 Seiten, € 10,-



**Die Pflegetipps – Palliative Care**  
*Muss man haben, „es gibt nichts besseres“*  
 85 Seiten, kostenfrei



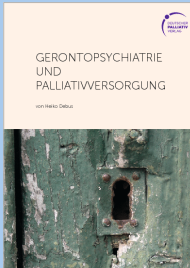
**Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung**  
*Schulmedizinisches ist nicht immer hilfreich, Alternatives nicht immer harmlos. Ein Versuch einer nüchternen Auflistung.*  
 112 Seiten, € 5,-



**Forum Kinderhospiz**  
*Sterbende Kinder sind eine Herausforderung. Doch wie viele Kinderhospize brauchen wir wirklich?*  
 104 Seiten, € 10,-



**Medikamententipps**  
 195 Seiten, € 10,-



## Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

136 Seiten, € 10,-



## Vorsorgemappe „Für sich vorsorgen“ kostenfrei



## Am Start das Ziel im Blick haben - Unterrichtsmaterial zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung

€ 20,-



## Letzte Zeiten

Sabine Mildenberger  
*Ein Buch über schwere Erfahrungen.  
Statt zu zerbrechen daran wachsen.*  
144 Seiten, Sonderpreis € 5,-



**Gesprächshilfen für Angehörige von Menschen mit Demenz**  
kostenfrei



**Unser aktueller Flyer**  
kostenfrei



**Knietzsche und der Tod**  
von Anja van Kampen  
120 Seiten, € 19,95



**T-Shirt Tage**  
von Julia Weber  
64 Seiten, € 10,-



### PalliativKalender 2021

Format ca. 41 x 29 cm € 15

Format ca. 29 x 21 cm € 8

Mengenrabatt auf Anfrage

Alljährlich werden mit dem PalliativKalender die schönsten, berührendsten, vielleicht auch aufwühlendsten Bilder gedruckt, die von ambitionierten Hobby- und Profifotografen für den Fotowettbewerb der PalliativStiftung eingereicht wurden.

Die bewegenden Bilder im Palliativkalender 2021 sind Ergebnis des Fotowettbewerbs mit dem Motto „Was mir Kraft gibt!“. Intime und bewegende Motive aus dem Leben rücken Hospizarbeit und Palliativversorgung als Alternativen zur „Sterbehilfe“ stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung. Mit dem Palliativkalender 2021 soll wieder einmal etwas anders aufgeklärt werden. Die PalliativStiftung ist dankbar, dass sie wieder so hochwertige und ausdrucksstarke Fotos bekam. Alle Bilder der Fotowettbewerbe können von Interessierten für ihre eigene Arbeit benutzt werden. Unter [www.palliativkalender.de](http://www.palliativkalender.de) kann die Bildergalerie eingesehen und Bilder kostenfrei bestellt werden.

Gute Bilder aus dem wirklichen Leben werden für die Aufklärungsarbeit dringend gebraucht. Wer gerne fotografiert, ist zum weiteren Mitmachen eingeladen bei den regelmäßigen Fotowettbewerben. Eingesendet werden kann jeweils vom 1. Januar bis zum 31. März des Jahres.

Die Themen waren und sind:

2011 Sterben

2012 leben bis zuletzt ...!

2013 Lebensfreude hilft. Bis zuletzt.

2014 Mensch bleiben. Lieben bis zuletzt.

2015 Hände halten. Hände helfen.

2016 Würde am Lebensende

2017 Bevor ich sterbe, möchte ich ...

2018 Wer zuletzt lacht ... Humor (auch) am Lebensende?

2019 Bevor ich sterbe, möchte ich...

2020 Wer zuletzt lacht... Humor (auch) am Lebensende?

Es winken jedes Jahr Preisgelder von 10.000 EUR für hospizlich-palliative Arbeit.



Als weiterführende Literatur für Fachpersonal und Lehrbuch mit dem prüfungsrelevanten Wissen für die „Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ empfehlen wir:

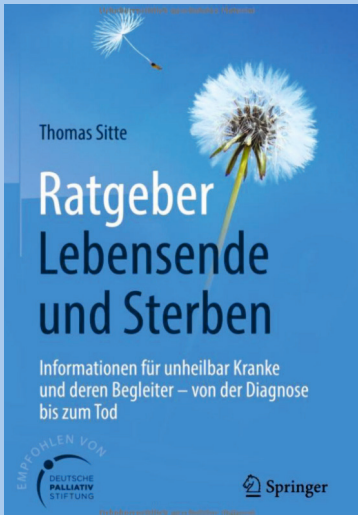
Thöns M, Sitte, T:  
**Repetitorium Palliativmedizin**  
 Springer 2019

*Rezension:*

Palliativmedizin, das empathische Begleiten von Sterbenskranken, ist seit jeher auch eine originäre, gelebte Aufgabe von Hausärzten. Das aktuell erschienene „Repetitorium Palliativmedizin“ ist von Praktikern überwiegend aus der ambulanten Palliativversorgung geschrieben und zielt genau auf das, was sich Menschen zuletzt meist wünschen. Gut versorgt zuhause zu bleiben. Prägnant und praxisnah werden die wesentlichen Aspekte für die Begleitung Sterbender vermittelt: Grundlagen der Palliativmedizin, Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, psychosoziale und spirituelle Aspekte, ethische und rechtliche Fragestellungen, Kommunikation, Teamarbeit und Selbstreflexion. Die Kapitel werden mit realen Fallbeispielen – ähnlich den Fallseminaren – eingeleitet. So können Entscheidungen und Problemsituationen nachvollzogen werden. Neben harten Fakten sind Handreichungen für Patienten und Angehörige direkt als Kopiervorlage einsetzbar. Auch fehlen besondere Gesichtspunkte in der palliativen Kommunikation nicht, vom Überbringen schlechter Nachrichten bis hin zu zartem Humor. Obgleich als Repetitorium für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin konzipiert, ist es doch aufgrund seines strengen Praxisbezugs insbesondere für den Hausarzt bestens geeignet.

*Prof. Herbert Rusche, Ruhr Universität Bochum*

Springer, 2019  
 366 Seiten, 44,99 €



## Ratgeber Lebensende und Sterben

Thomas Sitte

Beim Lesen der lebensnahen Kapitel zur „Vorsorge und Begleitung für das Lebensende“ klärte sich meine Sicht auf Wünsche und Vorstellungen für mein zukünftiges Sterben. Und auf das, was für mich jetzt zählt und ansteht. Es geht in diesem Buch um Vorsorge und Nachsorge, um Phasen des Sterbens und des Trauerns, um medizinische Fakten und juristische Regelungen, um ethische Fragen und um seelsorgliche Kompetenzen. Alltagsnahe Lebens- und Sterbensgeschichten sorgen dafür, dass bei alle dem der Kopf wie das Herz

der Lesenden angesprochen werden. Es gelingt Thomas Sitte, zu lehren, „ohne zu belehren“. Eine kritische und selbstkritische Auseinandersetzung der Lesenden mit dem Gelesenen ist von ihm intendiert.

Gut, wenn Sterbende und Sterbebegleiter dieses „alles“ teilen und mitteilen können, wenn sie sich nicht vor vertrauensvoller und zärtlicher Nähe fürchten. Dann mag es tatsächlich so etwas wie ein „gesegnetes Sterben“ oder ein „Sterbeglück“ geben. Ich bin dankbar, dass Thomas Sitte mit seinem Buch dazu ermutigt.

Gut ist aber auch, dass Thomas Sitte das Sterben nicht leichtfertig schönredet. Dass er nicht verschweigt: Es kann in manchen Sterbephasen auch „furchtbare Erlebnisse“ geben. Das Buch wagt den Blick auch auf solche Erlebnisse und auf die Ängste vieler Menschen vor nur schwer erträglichem Leiden am Lebensende. Thomas Sitte zeigt vielfältige Wege auf, wie Furcht einflößende Sterbe-Umstände durch palliative Maßnahmen für Sterbende und Angehörige lebbar gestaltet werden können.

Unser irdisches Leben ist begrenzt und vergänglich. Nur wenn wir uns dieser Begrenztheit und Vergänglichkeit realistisch stellen, gewinnen wir eine Klugheit, die zuversichtlich leben und sterben lässt. ‚Vorsorge und Begleitung für das Lebensende‘ von Thomas Sitte ist ein Buch, das diese Klugheit fördert!

*Anne Schneider, Berlin*

Springer, 2018

274 Seiten, € 24,99



Demenz ist eine der großen Ängste des modernen Menschen. Wer möchte schon dement werden, wer möchte dement sein. Zunehmend nehmen sich Menschen aus Angst vor Demenz das Leben. Prominente Beispiele, wie Gunter Sachs führen durch den Werther-Effekt zu Nachahmern.

Gerade die gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind oft für Beteiligte als Angehörige oder beruflich Versorgende relativ angstbesetzt. Der geliebte Mensch hat sich nicht nur körperlich, auch im Wesen völlig verändert.

Heiko Debus gibt mit seinem Buch nach gut verständlichen, theoretischen Erklärungen sehr praxisnahe und praxisrelevante Hinweise als eine Leitschnur für die langfristige Begleitung solcher Patienten, insbesondere mit auch schwerer Demenz. Dabei werden trotz des gut überschaubaren Umfangs alle Aspekte berücksichtigt, die Angehörige und beruflich Begleitende interessieren werden. Auch auf oft ausgeklammerte Fragen aus rechtlicher Sicht wird eingegangen.

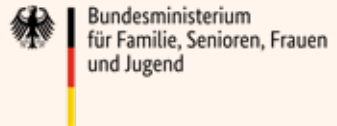
Was muss eigentlich gemacht werden?

Was darf sein, was darf (nicht) sein?

Schwierige Entscheidungen sind zu treffen, wenn ein Patient in der Kommunikation und in der Entscheidungsfindung immer mehr eingeschränkt wird.

Einfache Antworten hierauf können wir nicht erwarten. Aber doch Hilfen beim Nachdenken. Hilfen zur Entscheidung.

Wir danken dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend für die Unterstützung bei den Kosten.



Deutsche PalliativStiftung  
[www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de)  
Sparkasse Fulda

IBAN: DE52 5305 0180 0000 0077 11  
BIC: HELADEF1FDS

VK 10,00 € (D)



978-3-944530-55-0