



Erich Grond

# Palliativpflege in der Geronto- psychiatrie

Leitfaden für Pflegende  
in der Altenhilfe

2., überarbeitete und  
erweiterte Auflage

**Kohlhammer**

**Der Autor:**

Professor Dr. Erich Grond ist Arzt für innere Medizin und Psychotherapie, emeritierter Professor für Sozialmedizin und Psychopathologie, Dozent für Gerontopsychiatrie in Aus- und Fortbildung von Alten- und Krankenpflegepersonal und in der Weiterbildung für Palliative Care.

Erich Grond

# **Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie**

Leitfaden für Pflegende in der Altenhilfe

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.



**Merke**



**Definition**



**Empfehlung**



**Spezieller Pflegehinweis**



**Fallbeispiel**



**Therapie**

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© 2004/2011 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer Druckerei

GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021352-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026498-4

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	11
<b>Einführung</b> .....	13
<b>1 Psychisch Alterskranke am Lebensende</b> .....	15
1.1 Zunahme von psychisch Kranken im Alter .....	15
1.2 Beginn der Palliativpflege bei psychisch Alterskranken	16
1.3 Abhängigkeit der Kranken von Multimorbidität, Polypharmazie und vor allem von Beziehungen .....	16
1.4 Verhinderung von Resignation bei Unheilbarkeit .....	17
1.5 Erleben des letzten Loslassens .....	17
<b>2 Lebens- und Sterbebegleiter</b> .....	18
2.1 Angehörige als wichtigste Bezugs- und Pflegepersonen	18
2.1.1 Wie reagieren pflegende Angehörige auf die psychische Störung? .....	18
2.1.2 Beziehungsprobleme durch Überlastung der Angehörigen .....	21
2.1.3 Wie sind überforderte Angehörige zu entlasten?	22
2.1.4 Angehörige von im Heim sterbenden psychisch Alterskranken .....	25
2.1.5 Angehörige von Patienten, die in Palliativ- stationen sterben .....	27
2.1.6 Qualitätssicherung durch palliative Beziehungspflege .....	28
2.1.7 Hospizpflege im stationären Hospiz .....	29
2.2 Kompetenzen der Palliativpflegenden als letzte Lebensbegleiter fördern Beziehungspflege .....	29
2.2.1 Fachliche Kompetenz in der Symptomkontrolle	30
2.2.2 Emotionale Kompetenz im Umgang mit Gefühlen .....	30
2.2.3 Kommunikative und Beziehungskompetenz .....	34
2.2.4 Spirituelle Kompetenz in Sinnfindung und religiösen Fragen .....	38
2.2.5 Ethische Kompetenz .....	40
2.2.6 Rechtliche Kompetenz .....	44
2.2.7 Selbstpflege-Kompetenz der Pflegenden .....	51

2.3	Kommunikation im Palliativ-Team .....	54
2.3.1	Kommunikation mit den Angehörigen .....	54
2.3.2	Kommunikation mit Ehrenamtlichen .....	54
2.3.3	Kommunikation mit Ärzten .....	55
2.3.4	Kommunikation mit Seelsorgern .....	55
2.3.5	Kommunikation mit Sozialarbeitern/ -pädagogen .....	56
2.3.6	Kommunikation mit Psychologen .....	56
2.3.7	Kommunikation mit anderen Therapeuten .....	57
<b>3</b>	<b>Symptomlinderung in Beziehungspflege .....</b>	<b>58</b>
3.1	Psychische Not gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen .....	58
3.1.1	Körperliche Faktoren .....	59
3.1.2	Psychische Faktoren .....	60
3.1.3	Spirituelle Faktoren .....	62
3.1.4	Soziale Faktoren des herausfordernden Verhaltens .....	62
3.1.5	Umweltursachen von Verhaltensstörungen .....	64
3.1.6	Ökonomische Faktoren .....	64
3.1.7	Gesellschaftliche Faktoren .....	65
3.1.8	Hilfen bei herausforderndem Verhalten .....	65
3.2	Psychische Leitsymptome in der Palliativpflege .....	67
3.2.1	Aggressives Verhalten psychisch Alterskranker ..	67
3.2.2	Agnosie und Apraxie .....	68
3.2.3	Angst .....	68
3.2.4	Antriebsminderung oder apathischer Rückzug ..	72
3.2.5	Antriebssteigerung, terminale Unruhe (Agitation) .....	73
3.2.6	Aphasie (zentrale Sprachstörung) .....	74
3.2.7	Bewusstseinsstörungen .....	74
3.2.8	Delir, akuter Verwirrtheitszustand .....	76
3.2.9	Demenz, chronische Verwirrtheit .....	77
3.2.10	Depression oder affektive Störungen im Alter ..	99
3.2.11	Desorientierung, Orientierungsstörung .....	107
3.2.12	Enthemmtes Verhalten .....	107
3.2.13	Gedächtnisstörungen (Merkfähigkeits- und Erinnerungsstörungen) .....	109
3.2.14	Halluzinationen, Trugwahrnehmungen .....	110
3.2.15	Illusionen, Verkennungen .....	111
3.2.16	Kommunikationsprobleme .....	111
3.2.17	Manie oder manische Störung .....	111
3.2.18	Manipulatives Verhalten .....	112
3.2.19	Nahrungsverweigerung .....	112
3.2.20	Orientierungsstörungen .....	114
3.2.21	Psychotische Symptome .....	114
3.2.22	Regressives Verhalten .....	115
3.2.23	Schlafstörungen .....	115
3.2.24	Schreien, Rufen, Brummen .....	116

3.2.25	Selbstgefährdung	117
3.2.26	Sucht- oder Abhängigkeitsverhalten, Addiction	117
3.2.27	Suizidalität, Selbstgefährdung	118
3.2.28	Unruhe, Umtriebigkeit	123
3.2.29	Wachkoma – Apallisches Syndrom	123
3.2.30	Wahn bei alten Menschen	124
3.2.31	Weglaufen, Laufzwang, zielloses Umherirren	127
3.2.32	Widerspenstiges Verhalten, Pflegeablehnung	128
3.2.33	Zwänge	128
3.2.34	Zwangseinweisung	129
3.3	Körperliche Leitsymptome in der Palliativpflege	129
3.3.1	Abbausyndrom	130
3.3.2	Appetitlosigkeit, Anorexie	130
3.3.3	Atem-, Luftnot, Dyspnoe	130
3.3.4	Ausscheidungsstörungen	131
3.3.5	Austrocknung, Dehydratation, Exsikkose	131
3.3.6	Blutungen	133
3.3.7	Dekubitus, Wundliegen, geschwürige Wunden	133
3.3.8	Diarrhoe	135
3.3.9	Durst	135
3.3.10	Enthemmtes, unkontrolliertes Essen	136
3.3.11	Erbrechen	136
3.3.12	Ernährung	137
3.3.13	Essensbehinderung	137
3.3.14	Fatigue	138
3.3.15	Fieber	139
3.3.16	Harnwegssymptome	140
3.3.17	Husten	142
3.3.18	Ileus	142
3.3.19	Juckreiz, Pruritus	143
3.3.20	Kachexie, Kräfteverfall, Gewichtsverlust	143
3.3.21	Krampfanfälle	144
3.3.22	Lähmungen	144
3.3.23	Muskelzuckungen, Muskelkrämpfe	145
3.3.24	Nierenversagen, terminale Niereninsuffizienz	145
3.3.25	Obstipation	146
3.3.26	Rasselatmung	146
3.3.27	Schmerzen	146
3.3.28	Schwäche	158
3.3.29	Schwindel und Sturzneigung	159
3.3.30	Schwitzen, Hyperhydrose	160
3.3.31	Trockener Mund	160
3.3.32	Übelkeit und Erbrechen	160
3.3.33	Verfalls- oder Abbausyndrom	161
3.3.34	Verstopfung (Obstipation)	162
4	<b>Ressourcen-orientierte palliative Beziehungspflege</b>	164
4.1	Biografie als Ressource	164
4.2	Dialogfähigkeit als Ressource	165

4.3	Bedürfnisse als Ressource zur Lebensfreude .....	165
4.4	Stressbewältigungsfähigkeit als Ressource .....	168
4.5	Selbstwertgefühl als Ressource .....	169
4.6	Genießen als Ressource .....	170
4.7	Unterstützungssysteme als Ressource .....	170
4.8	Spiritualität als Kraftquelle .....	171
4.9	Lebensfreude bis zuletzt .....	171
<b>5</b>	<b>Palliativpflege nach dem ABEDL-Modell .....</b>	<b>172</b>
5.1	Kommunizieren als Voraussetzung der Beziehungs- pflege ist zentral in der Palliativpflege .....	172
5.2	Sich bewegen können .....	177
5.3	Vitale Funktionen aufrechterhalten .....	177
5.4	Sich pflegen können .....	177
5.5	Sich kleiden können .....	178
5.6	Ausscheiden können .....	178
5.7	Essen und trinken können .....	178
5.8	Ruhen, entspannen, schlafen können .....	179
5.9	Sich beschäftigen und entwickeln können .....	179
5.10	Die eigene Sexualität leben können .....	179
5.11	Für sichere, fördernde Umgebung sorgen .....	180
5.12	Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten .....	180
5.13	Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können .....	182
<b>6</b>	<b>Menschenwürdiger Sterbeprozess – Sterben ist Leben in Beziehungen bis zuletzt .....</b>	<b>183</b>
6.1	Psychosoziale Abschiedskultur .....	183
6.2	Körperliches Sterben („Todeskampf“) .....	185
6.3	Todesdefinitionen .....	186
6.4	Würde des entseelten Leibes .....	187
6.5	Hilfen für Angehörige .....	188
6.5.1	Sinnlicher Abschied .....	188
6.5.2	Hilfen bei Formalitäten vor der Beerdigung .....	188
6.5.3	Hilfen bei Formalitäten nach der Beerdigung ..	189
6.5.4	Hilfen bei religiösen Riten .....	189

<b>7</b>	<b>Trauerkultur</b> .....	190
7.1	Eigene Abschiedsbiografie .....	190
7.2	Vorwegnehmende Trauer .....	190
7.3	Trauerbegleitung der Hinterbliebenen .....	191
7.3.1	Gesprächshilfen, um Trauer auszudrücken .....	191
7.3.2	Hilfen durch Freunde .....	191
7.4	Phasenmodelle des Trauerprozesses .....	192
7.5	Traueraufgaben .....	193
7.6	Trauerbegleitung .....	193
7.7	Grenzen der Trauerbegleitung .....	196
7.8	Pathologische Trauer .....	197
<b>8</b>	<b>Organisation Palliativmedizin und Hospiz</b> .....	199
8.1	Ambulante Versorgungsstrukturen .....	199
8.1.1	Ambulante Hospizinitiative bzw. Hospizgruppe	199
8.1.2	Ambulanter Hospizdienst AHD .....	199
8.1.3	Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst AHPB .....	199
8.1.4	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst	200
8.1.5	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) .....	200
8.2	Stationäre Hospiz- und Palliativ-Einrichtungen .....	200
8.3	Dachorganisationen der Hospizbewegung .....	200
<b>9</b>	<b>Vorschlag für Standards gerontopsychiatrischer Palliativversorgung</b> .....	202
<b>Literatur</b>	.....	203
<b>Stichwortverzeichnis</b>	.....	211



# Vorwort

Bisherige Bücher über Palliative Care erwähnen psychisch Alterskranke selten oder überhaupt nicht, obwohl die meisten Sterbenden alt sind und etwa ein Viertel der alten Menschen psychisch gestört ist.

Die WHO-Definition für Palliativmedizin trifft auch für psychisch veränderte Heimbewohner zu: sie haben viele unheilbare, fortschreitende Erkrankungen mit Schmerzen, eine begrenzte Lebenserwartung und wollen Lebensqualität bis zuletzt erhalten statt der Resignation der Helfer: „Wir können nichts mehr für Sie tun!“ „Austherapiert“ gibt es in der Palliativpflege nicht.

Palliativpflege (pallium = Mantel) ist bedürfnisorientierte Lebens-, nicht Sterbehilfe. Sie sucht ständige Kommunikation mit dem Kranken, den Angehörigen, Ehrenamtlichen, Ärzten und anderen Berufen.

Palliative Care bedeutet nicht nur Pflege, sondern ganzheitliche, d. h. körperliche, psychische, soziale und spirituelle Begleitung. Ziel der Palliative Care ist es, die Leiden der alten multimorbiden und unheilbar kranken Menschen zu lindern, ihnen ein selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Palliativpflege hilft den Kranken durch Schmerz- und Symptomkontrolle, in Würde sterben zu können. Palliative Care ist nicht nur in Kliniken, sondern in Pflegeheimen dringend notwendig, weil von den über 90-Jährigen 45 % in Heimen sterben und 60–80 % psychisch gestört sind, d. h. Heime brauchen in Palliativpflege und Gerontopsychiatrie geschulte Fachpflegende. Mobile Einheiten eines multidisziplinären Begleitemps im Versorgungsnetz zu Hause, in Heim oder Klinik bemühen sich um eine menschenwürdige Lebens- und Sterbebegleitung, die nur finanzierbar ist, wenn Ehrenamt zur Bürgerpflicht wird.

Palliativpflege begleitet psychisch Alterskranke in der präterminalen Phase, Hospizarbeit Sterbende in der Terminalphase. Eine klare Abgrenzung ist nicht immer möglich. Vorbehaltlose Akzeptanz und Respekt vor der psychisch kranken Person kennzeichnen Palliativ- und Hospizpflege.

Psychisch kranke alte Menschen wollen bis zuletzt geachtet und nicht als auffällig abgewertet werden und so akzeptiert, wie sie sind, z.B. berührt werden, wenn sie die Sprache nicht mehr verstehen.

Alte Pflegebedürftige schwanken oft zwischen Hoffen und Verzweiflung, die Angehörigen zwischen Tröstenwollen und Erschöpfung und die Pflegenden zwischen Kompetenz und Zeitnot. Helfer projizieren oft eigene Hilflosigkeit und Angst auf alte Kranke. Palliative

Care orientiert sich an der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der Begleiter.

Herbst 2010

Erich Grond

# Einführung

Palliativpflege beginnt, wenn eine Krankheit, auch eine psychische, unheilbar wird. Palliative Care bemüht sich, körperliche und psychische Leitsymptome in Kommunikation mit dem Kranken, den Angehörigen, den Pflegenden und Ehrenamtlichen zu lindern.

Palliativpflege will individuelle Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Empathie und Akzeptanz, nach Autonomie und Privatheit befriedigen, d. h. die Pflegequalität verbessern. Bisher sichert das Pflegequalitätssicherungsgesetz vorwiegend Bürokratie und verhindert dadurch oft menschliche Zuwendung, besonders für psychisch Alterskranke. Ihre Wünsche verhallen als leiser Hilferuf oft ungehört, z. B. aus Zeitmangel. Therapeutischer Nihilismus – bei Demenz sei nichts mehr zu machen und Antidementiva seien zu teuer – kann zu unterlassener Hilfeleistung werden. Die Kranken ziehen sich zurück in ihre Welt, fühlen sich abgeschoben, sozial bereits tot oder verlieren immer mehr geistige Fähigkeiten, weil es sich nicht mehr lohnt, sie einzusetzen, d. h. sie erleben sich als sinnlos Leidende. Das Vorurteil ist verbreitet: Wer nicht mehr richtig denken kann, kann auch nicht leiden, z. B. keine Schmerzen haben. Psychisch veränderte alte Menschen verlieren vieles, was für sie ihr Leben lebenswert machte, auch ihre Autonomie; denn Pflegende entscheiden, ob Nahrung gereicht oder getopft wird, und der Arzt, ob der Patient Schmerzen hat und wie viele Pillen er zu schlucken hat. Pflegende, Angehörige und Ärzte bewerten die Bedürfnisse unterschiedlich. Aber nur der psychisch Alterskranke allein kann – wie jeder andere – festlegen, was er wünscht. Wenn Helfer eigene Vorstellungen für die Bedürfnisse des anderen halten, kann der Kranke einem fürsorglichen Zwang ausgesetzt sein.

Palliativpflege lindert unerträgliche Symptome, kann aber das Leid nicht beseitigen. Mitleiden – nicht Mitleid – kann in der Begegnung von Mensch zu Mensch dem Sterbenden und den Pflegenden helfen. Nur Leidensunfähige fordern aktive Sterbehilfe.

Ziel dieses Buchs ist es, die gesundheitsfördernde Palliativpflege nach dem Salutogenese-Konzept (Antonovsky 1997) darzulegen und Pflegenden sowie Angehörigen psychisch Alterskranker nahe zu bringen. Da Sterben selbstverständlich zum Leben gehört, will Palliativpflege nicht nur Symptome lindern, sondern vorbeugen und Lebensqualität bis zuletzt fördern, z. B. durch vorbehaltlose Wertschätzung und bedürfnisorientierte Pflege.

**Definition:** Menschenwürde bis zuletzt:

„Als Du angesehen sein, nicht behandelt als Fall – gar als Störfall reibungsloser Abläufe oder als ärgerliche Trübung eines Wunschbildes von Pflegenden.

Das Recht, ich selbst zu sein und zu bleiben – bis ans Ende. Leben, das mehr bedeutet, als kostendeckend versorgt zu sein. Lebenssinn, der weiterreicht als das, wozu ich nützlich bin. Ebenbild eines schweigenden Gottes, auch wenn die Kräfte nachlassen und der Geist sich verdunkelt, gerade dann? Kann ich hoffen?“

# 1 Psychisch Alterskranke am Lebensende

## 1.1 Zunahme von psychisch Kranken im Alter

Etwa 25 % der Älteren sind der Berliner Altersstudie (1996) sowie Schwarz (2001) zufolge psychisch gestört. Depression ist die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Nach Durwen (2009) leiden 6,3 % der unter 80-Jährigen an einer Major Depression und 15,5 % an leichten Depressionen, die bei über 80-Jährigen in 22,4 % auftreten. Die Suizidrate steigt bei alten Männern deutlich an, sie bringen sich 3-mal öfter um als alternde Frauen, weil sie depressiv werden.

1,2 Mill. Menschen sind demenzkrank: an leichter Demenz leiden 6–8 %, an mittelschwerer und schwerer Demenz 6–8 % (Förstl 2009). 2040 bis 2050 werden in der Bundesrepublik Deutschland 2 Mill. Menschen an Demenz erkrankt sein.

Die Zahl der Demenzkranken steigt mit zunehmendem Alter (Tab. 1).

65–69-Jährige	1,2 %	70–74-Jährige	2,8 %
75–79-Jährige	5,8 %	80–84-Jährige	13,3 %
85–89-Jährige	22,6 %	über 90-Jährige	33,5 %

Jeder 4. über 70-Jährige psychisch gestört

**Tab. 1:** Alter, Prozentanteil der an Demenz Erkrankten

Etwa 20.000 der Demenzkranken sind jünger als 65 Jahre. 15–20 % leiden an vaskulärer Demenz, 70 % an Alzheimer und 10–20 % an Mischformen. Von den über 100-Jährigen erkranken 58,9 % an Demenz (Weyerer und Bickel 2007).

Nach Weyerer und Bickel (2007) erkranken etwa 10 % der Älteren an einer Angststörung. Bei Heimeintritt waren 7,5 % (19,3 % der Männer und 3,8 % der Frauen) alkoholkrank, an Verfolgungswahn leiden 2–4 % der über 70-Jährigen.

## 1.2 Beginn der Palliativpflege bei psychisch Alterskranken

Beginn der Palliativpflege

Nach NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) wird der Tod innerhalb von 6 Monaten eintreten, wenn eine Krankheit rasch fortschreitet und der Kranke bei mindest drei der fünf Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe braucht: Baden, Anziehen, Essensaufnahme, Gehen, Toilette benutzen. Die Lebenserwartung ist kürzer, je öfter der Kranke im letzten halben Jahr in der Klinik war, wenn Appetit- und Gewichtsverlust über 10 % liegen, Schluckstörungen mit Aspiration und Infekte zunehmen und der **Karnofsky-Index** unter 30 % sinkt:



### Definition:

- 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.

Palliativpflege beginnt mit dem Heimeinzug, da viele Heime nur Patienten der Pflegestufe II aufnehmen und 45 % der über 90-Jährigen im Heim sterben.

## 1.3 Abhängigkeit der Kranken von Multimorbidität, Polypharmazie und vor allem von Beziehungen

Multimorbidität

Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der Erkrankungen zu, Multimorbidität ist die Regel bei über 80-Jährigen, bei einer klinischen Untersuchung werden durchschnittlich sieben Diagnosen gestellt. Die psychischen Erkrankungen werden durch körperliche Leiden verschlimmert. Der Hirnstoffwechsel wird durch die Multimorbidität und zusätzlich durch die zu häufig verordneten Medikamente (Polypharmazie) eingeschränkt, sodass psychische Erkrankungen mit zunehmendem Alter hirnorganisch mitbedingt sind. Je älter die Pa-

Zu viel Arznei

tienten werden, umso mehr nimmt die Gebrechlichkeit (frailty) zu, sodass diese Kranken lebensmüde werden.

Entscheidend sind die Beziehungen des Kranken zu Angehörigen, Pflegenden, Mitpatienten, Ärzten oder Ehrenamtlichen. Beziehungspflege hilft den Kranken mehr als Psychopharmaka.

Beziehungsstörungen

## 1.4 Verhinderung von Resignation bei Unheilbarkeit

Palliativpflege gibt Schwerkranke nie auf, sondern sorgt für Wohlbefinden und Lebensqualität bis zuletzt, auch wenn die Medizin sie längst als unheilbare, nicht besserungsfähige oder austerapierte reine Pflegefälle ansieht. In der Palliativpflege steht der Mensch und nicht seine Krankheit im Vordergrund, d. h. menschliche Begegnung. Da alte Menschen häufig multimorbid werden, geht es nicht mehr um die Frage, welche Erkrankung zum Tode führt, z. B. Demenz, sondern welche Bedürfnisse der Mensch noch hat und wie sie durch Beziehungspflege zu befriedigen sind.

Keine austerapierten Pflegefälle

## 1.5 Erleben des letzten Loslassens

Depressive alte Menschen fühlen sich häufig einsam (drei Viertel der über 80-jährigen Frauen leben im Einpersonenhaushalt). Sie sind oft verzweifelt, weil sie glauben, für niemanden mehr wichtig zu sein. Sie sind sehr traurig, depressiv verstimmt, erschöpft, interesse- und freudlos. Ihre Depression wird manchmal von Pflegenden und Ärzten nicht erkannt, sodass sie sich nicht verstanden und nicht mehr ernst genommen fühlen, wenn sie unbehandelt bleiben.

Für niemanden wichtig

Viele Menschen mit Demenz, aber nicht alle leben nur im Augenblick, im Hier und Jetzt, fühlen sich in der Gegenwart wohl, scheinen heiter, friedlich, alle Sorgen und Ängste vergessen zu haben, erwarten und begreifen Sterben nicht. Wehren sie im Gegenwartserleben Angst ab, ohne nachdenken zu können?

Ein 86-jähriger Demenzkranker wollte nur noch das Leben genießen, z. B. sein Bier vor dem Schlafen, obwohl er den Tod ahnte.

Menschen mit Demenz haben einzelne, emotional bedeutsame Erlebnisse nicht vergessen, wenn sie diese als Gegenwart empfinden und sich wie früher verhalten, ohne sie aufarbeiten zu können.

## 2 Lebens- und Sterbebegleiter

Respektvolle Grundhaltung

Die Lebensqualität sterbender alter psychisch kranker Menschen hängt mehr von respektvoller Grundhaltung der Begleiter als von der psychischen Störung ab.

Psychisch veränderte alte Menschen wollen in vertrauter Umgebung, d. h. zu Hause sterben; in der Nähe geliebter Menschen können sie ihre Autonomie erhalten, wie immer sprechen, auch mit Mimik und Gesten kommunizieren, ihre Intimität wahren und sich auch bei Verwirrtheit noch orientieren. Sterben zu Hause kann für alle Beteiligten ein Geschenk sein. Voraussetzung sind pflegebereite Angehörige, Ausstattung mit Krankenbett und Pflegehilfsmitteln sowie ambulante Pflegedienste, die zusammen mit dem Hausarzt Beschwerden lindern.

### 2.1 Angehörige als wichtigste Bezugs- und Pflegepersonen

Kostengünstige pflegende Angehörige

Die Angehörigen sind der größte und kostengünstigste Pflegedienst. In der Bundesrepublik Deutschland wurden 2007 68 % der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt, davon zwei Drittel ausschließlich von den Angehörigen und ein Drittel zusätzlich von ambulanten Pflegediensten. Die Pflegedauer bis zur Heimaufnahme oder bis zum Sterben betrug durchschnittlich sechs Jahre: jahrelanger Abschied.

Die Hauptpflegepersonen sind Frauen und selbst oft alt, sodass sie sich mit ihrem eigenem Sterben auseinandersetzen beginnen. Weil das Töchterpflegepotenzial sinkt, die Scheidungszahlen steigen, können psychisch Alterskranke vereinsamen.

#### 2.1.1 Wie reagieren pflegende Angehörige auf die psychische Störung?

Eine psychische Störung fordert oft zwei Opfer: den Kranken und die pflegende Angehörige, die oft mehr leidet als der Kranke. Sie ist überfordert, wenn sie ihn überfürsorglich bemuttert:

## Emotionale Erschöpfung

Das jahrelange Sterben eines psychisch Kranken kann pflegende Angehörige belasten:

- **Schuldgefühle** entstehen aus der Furcht, etwas falsch gemacht zu haben, und durch Vorwürfe des Kranken. Wenn die Pflegenden auf Beschuldigungen aggressiv reagiert, fühlt sie sich schuldig, weil der Kranke so bedauernswert ist. Schuldgefühle nehmen zu, wenn sie Partner oder Kinder vernachlässigt oder andere Kritik äußern, und führen zu verwöhnender Pflege: Je überfürsorglicher sie pflegt, umso verwirrter wird der Kranke. Je hilfloser er wird, umso gestresster wird die Pflegenden und umso aggressiver reagiert sie; je wütender sie pflegt, umso mehr fühlt sie sich schuldig und umso überfürsorglicher pflegt sie oder umso mehr nörgelt sie an beruflich Pflegenden. Angehörige, die Sterbende zu Hause pflegen, haben weniger Schuldgefühle als Angehörige, die den Kranken ins Heim bringen.
- **Angst** zu versagen, selbst erschöpft, krank, im Alter selbst demenz, abgelehnt oder verlassen zu werden, Angst vor ungewisser Zukunft, vor dem, was noch alles auf die pflegende Angehörige zukommt und wann der Kranke „endlich erlöst“ sein wird;
- **Scham** über Verhaltensstörungen und Inkontinenz des Sterbenden, auch über die eigene Hilflosigkeit, weil die Pflegenden unter der Pflege erschöpft zusammenbricht;
- **Ärger und Aggression** gegen das aufdringliche, anklammernde, unkontrollierbare oder unvorhersehbare Verhalten des Menschen mit Demenz. Wegen seiner Hilflosigkeit richtet die Pflegenden ihre Aggression gegen sich selbst bis zur Depression;
- **Hilflosigkeit und Ohnmacht**, nicht helfen zu können („Ich weiß nicht weiter“) verstärken Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Emotionale Erschöpfung

Schuldgefühle

Angst

Aggression

Hilflosigkeit

Die familiäre Pflege beginnt mit Partnerpflege, d. h. Frauen pflegen meist den erkrankenden und zuerst sterbenden Ehemann.

Die wechselseitige Reaktion zwischen Angehörigen und z. B. Person mit Demenz kann wie folgt ablaufen:

Reaktion der Angehörigen



**Abb. 1:** Wechselwirkung zwischen Beziehungs- und Verhaltensstörungen

## Wie wehren Angehörige psychische Störung ab?

Abwehr Angehörige haben Angst vor Ungewissheit, vor Versagen und Verlusten, die sie in wechselnden Phasen verarbeiten:

- Ungewissheit: sie ahnen die Demenz, leugnen die „Schande“;
- Wahrheitsmitteilung über Demenz klingt wie ein Todesurteil;
- Überengagement, Selbstaufopferung ohne fremde Hilfe;
- Wut und Ärger über Auffälligkeiten;
- Verhandeln: „Wenn es besser wird, dann werde ich...“;
- Scham, Schuldgefühle, Gram als vorwegnehmende Trauer;
- *Rückzug, Resignation*: „Alle Mühe ist zwecklos!“ oder Todeswunsch: „Wenn er doch bald erlöst wäre!“;
- Bejahendes Annehmen ist selten: „Ich nehme ihn, wie er ist“.

Die Familie reagiert in der Abwehr unterschiedlich:

- Perfektionistische Familien halten alle Verordnungen strikt ein.
- Indolente Familien vernachlässigen psychisch Kranke.
- Am Prestige orientierte Familien suchen ständig neue Ärzte.
- Einverleibende Familien identifizieren sich, kapseln sich ab.
- Ambivalente, inkonsequente Familien verstärken Verwirrtheit.

Der Identitätsverlust des Menschen mit Demenz verunsichert die Identitätsgewissheit der Gesamtfamilie.

## Wie reagieren Angehörige auf die Pflege des psychisch kranken Partners?

Reaktionen in der  
Partnerpflege

Bei Symbiose wird der Kranke total abhängig vom pflegenden Partner. Frauen, die ihren psychisch kranken Mann pflegen, fürchten jüngere Pflegerinnen aus Eifersucht. Sie nörgeln dann ständig an der Pflegenden oder fordern einen Pfleger an. Wenn die pflegende Partnerin unrealistische Erwartungen an den Kranken hat, reagiert er überfordert oder aggressiv. Wenn bisherige Beziehungsmuster und Problemlösestrategien durch Sterben außer Kraft gesetzt werden und der bisher nachgiebige Partner zum dominanten wird (Machtumkehr), kommt es durch Schuldgefühle zu erschwerter Problembewältigung. Manche Partner pflegen bis zur Heimeinweisung oder bis zum Tod aus Verpflichtungsgefühl, aus gesellschaftlicher Rücksicht („Was sagen die Leute?“) oder aus Mitleid mit dem Kranken. Wenn die pflegende Partnerin mit der Partnerschaft zufrieden war, wird sie liebevoll pflegen und weniger unter Verkennungen des Kranken leiden und in positiven Erinnerungen Abschied nehmen. Das langsame Sterben des Verstandes kann mit vorwegnehmender Trauer die pflegende Partnerin belasten. Manche versöhnen sich mit dem Partner erst nach dem Tod oder leiden in der Trauer unter Schuldgefühlen, etwas versäumt zu haben. Bei gefährdeter Partnerbeziehung wird professionelle Hilfe nötig. Partnerpflege wird aufgegeben, wenn keine emotionale Bindung besteht, die Partner sich entfremdet haben (der Kranke erkennt die Partnerin nicht mehr), die Pflegende selbst krank wird, mit Ekel auf Inkontinenz reagiert oder Streitigkeiten eskalieren.