

Zeitschrift: Infokara Deutschschweiz
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin
Band: - (1994)
Heft: 34

Artikel: Palliativpflege bei älteren Menschen. Teil 2
Autor: Rapin, Ch.-H. / Bruyère, A.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091564>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Palliativpflege bei älteren Menschen

Ch.-H. Rapin, A. Bruyère,

*Centre de Soins continus, Institutions Universitaires de Gériatrie
Genève*

2. Teil

Besonderheiten bei der Pflege zu Hause

Im Gegensatz zur Spitalpraxis fällt die erste Verantwortung der Pflege auf die Angehörigen. Deren Anwesenheit ist eine absolute Bedingung, damit Sterbende zu Hause bleiben können. Mit Ausnahme gewisser spezifischer Pflegemassnahmen ist es die Rolle der Pflegenden, die Angehörigen in dieser Aufgabe zu unterstützen. Folgende Elemente erweisen sich als wichtig in der klinischen Praxis:

Der Kommunikation einen breiten Anteil einräumen,
dem Patienten und der Familie die nötigen Informationen geben,
Fragen beantworten bezüglich Krankheit und Behandlungen.

Versuchen, einer Uebermüdung der Angehörigen vorzubeugen, indem man ihnen gewisse Ruhepausen einräumt (z. B. durch Hilfe von freiwilligen Helfern).

Sicherstellen, dass der Apotheker die nötigen Medikamente in genügenden Mengen hat, was wichtig ist bei Patienten, die hohe Mengen Morphin erhalten. Ein Telefonanruf wird dann sehr wertvoll und kann gewisse Sorgen erleichtern.

Mögliche Komplikationen voraussehen, um ihnen entsprechend vorbeugen zu können (z. B. die nötigen Medikamente im Haus des Patienten zur Verfügung halten, den Angehörigen erklären, was sie im Falle von besonderen Symptomen machen können, bis eine Fachperson kommt).

Sicherstellen, dass der Patient und seine Angehörigen im Falle eines Problems die Telefonnummer einer Krankenschwester und/oder eines zu jeder Zeit erreichbaren Arztes haben, die dann die nötigen Informationen haben, um adäquat eingreifen zu können.

In diesen Situationen wird es auch nützlich sein, sich zu versichern, dass der Patient, wenn nötig, jederzeit hospitalisiert werden kann, was eine beachtliche Sicherheit darstellt.

In Zukunft denken wir, dass es wichtig wäre, eine neue Art der Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Spitexdiensten zu fördern, so dass praktische Aerzte und Gemeindecrankenschwestern auf die Hilfe und den Rat spezialisierter Equipen zählen könnten (Material-Leihe, Beratungen, Teilnahme an den Visiten, gegenseitige Ablösung, Ausbildungsfunktion, etc.).

Dieses Modell einer Zusammenarbeit würde es einer grösseren Anzahl Patienten ermöglichen, ihr Leben zu Hause beenden zu dürfen, wenn sie es so wünschen.

Neuropsychische Symptome

Neuropsychische oder psychiatrische Störungen sind ein Risiko und eine Herausforderung, wenn man sich zum Ziel setzt, die verantwortliche Freiheit des Patienten möglichst bis zum Lebensende zu erlauben und beizubehalten. Hier werden wir die Symptome und gut belegten Behandlungsrichtlinien bei primärem oder sekundärem Hirntumor, bei progressiver oder akuter Kompression des Rückenmarks oder Beschädigung eines Nervenplexus nicht abhandeln. Wir werden die mit Angstgefühl, Erregtheit, Depression und Verwirrungszuständen verbundenen Probleme angehen.

In der Arbeit von Wilkes, stellte die Angst eine manifeste psychiatrische Komplikation bei 24% dieser Patienten dar, wenn der Schmerz nicht kontrolliert war. 18 % unter ihnen hatten Zeichen und Symptome eines depressiven Zustandes.

Aus einer anderen Untersuchung bei 215 krebskranken Patienten geht hervor, dass 50 % neuropsychische Komplikationen zeigten. Davon litten 39 % unter starken Schmerzen. Die anderen psychiatrischen Symptome waren bei 32 % der Fälle ein ängstlicher Zustand oder eine reaktive Depression, ein starker Angstzustand (2 %), eine schwere Depression (6 %), und Störungen der Persönlichkeit in 7 % der Fälle. Unsere eigene Erfahrung in unseren Institutionen bestätigt die Präsenz von neuropsychiatrischen Komplikationen bei diesen alten geschwächten Patienten: starke Angst 10 %, terminaler Erregungszustand 7 %, visuelle Halluzinationen 12 %, Delirium 11 %, ausgeprägte Depression 5 %.

Angst

Die Symptomatologie der Angst ist in der Palliativpflege sehr unterschiedlich, sie kann von der Schlaflosigkeit bis zum Panikanfall gehen. Es ist wichtig, deren Ursache festzustellen.

1. Wenn der Angstzustand mit akutem Schmerz oder Atemnot zusammenhängt, muss unsere therapeutische Haltung die möglichst rasche Kontrolle dieser Symptome zum Ziel haben.
2. In diesem Fall verwenden wir gerne Levomepromazin, 2 bis 15 mg oral, wenn nötig 2 bis 3 mal täglich. Wenn jedoch die Beklommenheit durch die Todesangst verursacht wird, ersetzen Medikamente nur selten die Empathie des Teams.

Depression

Die terminale Phase hat einen sehr bedeutenden Einfluss auf den Patienten und seine Familie. Sie führen zu einer Krisenzeit mit Fragen, Neuwertung der Rollen, Antizipation der Trauer, eventuelle Kommunikationsschwierigkeiten untereinander.

Die Depression, wie die Angst, ist also in diesem Lebensabschnitt oft vorhanden.

Es ist wichtig, die in einer solchen Situation normale Traurigkeit von einer echten Depression zu unterscheiden. Diese beiden Zustände werden von keiner leicht definierbaren Grenze getrennt, aber sie bilden zwei Aspekte der variablen Gemütslage am Lebensende eines Patienten.

Die Pflegeanamnese des Patienten erfordert :

- Bewertung der physischen Symptome des Patienten und ihres Linderungsgrades.
- Kenntnis der medizinischen Anamnese und ev. psychiatrischen Vorgeschichte des Patienten.
- Bewertung der familiären und sozialen Situation des Patienten und der gegenseitigen Kommunikation.
- Kenntnis der Ressourcen oder Lebenseinstellung des Patienten (Glaube, Ueberzeugungen usw.).

Richtlinien zur Behandlung der Verwirrung, nach Salamagne et al.

Ursachen suchen : immer die Medikamente verdächtigen. Ursachen möglichst beheben.

Sicherstellen :

- einer freundlichen Begleitung
- einer stabilen Umgebung
- hellen, ruhigen Räumlichkeiten

Aufmerksamkeit für Zeichen, die die Verwirrung zu verstehen erlauben. Angehörige befragen.

Ursachen erklären. Dies kann der Verwirrtheit einen Teil ihrer Schrecken nehmen.

Beruhigen. Der Patient ist immer bei Bewusstsein und geistig gesund.

Reorientieren. Anhaltspunkte geben, die dem Kranken den Kontakt zur Realität erleichtern.

Unterscheiden zwischen Fehlinterpretationen und Halluzinationen.

Erklärungen des Patienten immer ernst nehmen.

Der erste Schritt der Pflege beträgt eine Serie von allgemeinen Massnahmen:

Die Erleichterung der physischen Symptome, insbesondere des Schmerzes.

Tatsächlich hat eine deutsche Arbeit hervorgehoben, dass eine angemessene Behandlung des Schmerzes ebenfalls gegen die Depression wirkt; die Begleitung des Patienten und seiner Familie oder seines Beziehungsnetzes; die Unterstützung des multidisziplinären Pflorgeteams.

Wenn diese Massnahmen getroffen worden sind, und wenn der depressive Zustand bedeutend ist, muss man die Indikation zu einer medikamentösen, antidepressiven Behandlung besprechen. Wenn keine Kontraindikation besteht, sind Tricyclika

vorzügliche Medikamente. Im allgemeinen werden 25 mg Amitriptyline am Abend empfohlen, regelmässig steigend bis auf 100 - 150 mg. Ein therapeutisches Monitoring ist oft nicht nützlich und man darf nicht vergessen, dass die Wirkung dieser Medikamente erst nach 2 - 6 Wochen eintritt!

Besteht eine Kontraindikation für Tricyclika, so ist Mianserine (Tolvon) nützlich, beginnend mit 30 bis 50 mg am Abend bei progressiver Steigerung.

Erregtheit

Der erregte Kranke hat Angst, die Behandlung muss also rasch eintreten. Erregtheit kann aus einem Angstgefühl entstehen oder sie kann auch die Folge eines Verwirrungszustandes sein. Klassische auslösende Faktoren in der Geriatrie sind Schmerzen, Verstopfung, sogar Kotstein, Harnverhalten, die beseitigt werden müssen.

In Fällen ohne behandelbare körperliche Ursache verwenden wir gerne Haloperidol von 1 bis 5 mg per os oder subkutan. Wünscht man eine stärkere sedative Wirkung, verwenden wir Clorpromazine von 5 bis 25 mg alle 4 Stunden, bis der Patient ruhiger wird.

Verwirrungszustand

Diese Zustände sind nicht selten und sie sind zu einem grossen Teil unvermeidbar. Die Tabelle I gibt eine Art des Vorgehens um diese schwierige Situation anzugehen. Wir haben sie von Regnards, Davies und Salamagne. Verwirrungszustände, besonders bei alten Patienten, können sehr verschiedene Formen annehmen: Desorientierung, falsche Interpretation, Gedächtnisschwund oder Halluzinationen. Die häufigsten Ursachen sind offensichtlich medikamentös; Psychopharmaka, Corticosteroide oder Morphin. Aber eine Hirnmetastase, eine Infektion, eine Hyperkalzämie, eine Organinsuffizienz müssen ausgeschlossen werden, ebenso ein Kotstein oder eine Harnretention.

Um einem verwirrten Patienten näherzukommen ist es gut zu wissen, dass die Verwirrung die Wahrnehmung der Mitteilungen aus der Umgebung verringert, und diejenigen aus dem Körper und aus dem Gedächtnis vermehrt. Ausserdem ist es für den Patienten schwierig herauszufinden, woher diese Mitteilungen stammen. Das Bewusstsein ist also zum Teil intakt und dieser Zustand kann den Patienten erschrecken.

Ernährungsprobleme

Nahrungsverweigerung, künstliche Hydratation der Sterbenden, Anwendung von Zwangsmitteln oder -massnahmen, Stundenplan der Spitalmahlzeiten, restriktive Diäten, geschmackliche Mängel der Spitalkost und die Kontrolle der Symptome sind häufige konkrete Tatsachen, auch am Lebensende, im Spital oder Institutionen.

Ernährungssymptome sind am Lebensende häufig. Bei 6'677 aufgenommenen Patienten im St. Christopher, weisen 77 % einen Gewichtsverlust und 67 % eine Anorexie auf. Ferner stellt Wilkes fest, dass 32 % der 262 gestorbenen Patienten in einem allgemeinen Spital (1/3 Krebskranke und 1/2 Herzgefässkranke) an Anorexie litten und

dass dieses Symptom bei 94 % nicht kontrolliert wurde. Ernährung und Hydratation in der Palliativ- und Terminalpflege sind also absolut in einer bio-psychosozialen Strategie einzureihen.

Die alte Anschauung der Anorexie und der Kachexie schrieb dem Krebs die Erzeugung von Toxinen zu, die den Appetit vermindern und zugleich einen erhöhten metabolischen Verbrauch, besonders von Proteinen haben. Diese beiden Elemente sollten den Gewichtsverlust und die Kachexie bewirken.

Ein neues Konzept formuliert etwas präziser: Der Tumor erzeugt Substanzen und verursacht die Freigabe von Cytokinen. Dies hat über noch ungeklärte Mechanismen drei Folgen: Appetitrückgang oder eine Anorexie, ein Verlust an Muskelproteinen und eine Aenderung des gesamten Stoffwechsels. Die Folge daraus ist die Entwicklung einer Kachexie.

Eine erste Massnahme besteht in einer guten Beurteilung des Ernährungszustandes unserer Patienten. Die zweite hängt von der zugrundeliegenden Krankheit und ihrer Entwicklung ab. Diese wird uns in unserem Vorgehen leiten (Fig. 2).

Hydratation

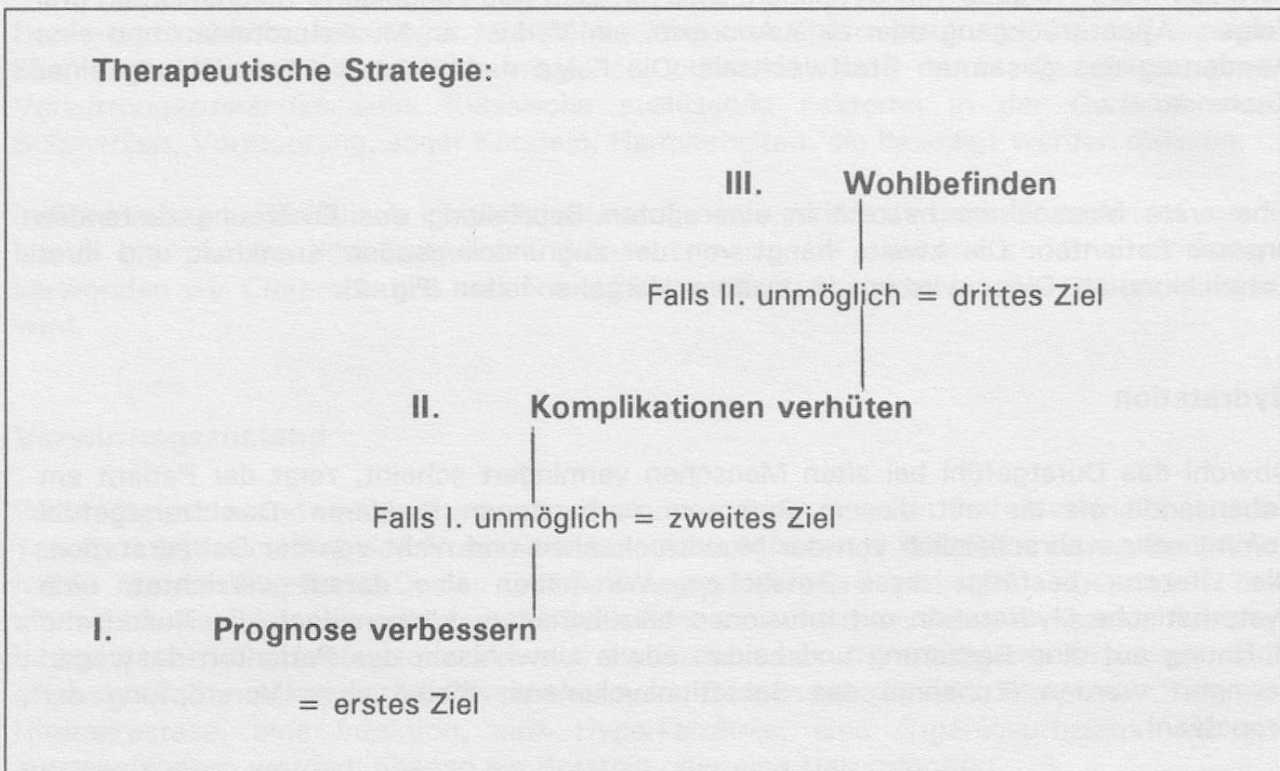
Obwohl das Durstgefühl bei alten Menschen vermindert scheint, zeigt der Patient am Lebensende oft die mit diesem Symptom verbundenen Probleme. Das Durstgefühl kommt sehr wahrscheinlich von der Mundtrockenheit und nicht von der Dehydratation. Die Literatur bestätigt diese Tatsachen. Wir haben also darauf verzichtet, eine systematische Hydratation mit Infusionen beizubehalten, können doch die illusorische Hoffnung auf eine Besserung und Leiden sowie Unwohlsein des Patienten deswegen vermehrt werden (Zunahme des Sekretionsvolumens, Risiko einer Verstopfung der Bronchien).

Hingegen bestehen wir auf der Mundpflege und auf die Anwendung von Luftbefeuchtern, Aerosols oder Sprays. So vermeidet man meistens die künstlichen Hydratationsmassnahmen sei es intravenös oder durch die Magensonde und zugleich die Zwangsmittel. Wenn man künstliche Hydratationsmethoden bei Sterbenden anwendet, müssen die Pflegenden oft die Kranken anbinden, weil sie sich erregen und die Katheter und Sonden herausziehen.

Eine natürliche Hydratation erlaubt hingegen den körperlichen Kontakt mit dem Kranken, und die Angehörigen können dem Sterbenden Zuneigung und Hingabe erweisen. Die letzten Lebensstage von Krebskranken werden in unseren Spitälern klassisch geprägt von einer Folge von unnötigen Abklärungen. Massnahmen, die unnötiges Leiden und Frustrationen verursachen. Diese Feststellung bringt uns dazu, Parameter zu erforschen, die Unwiderruflichkeit des tödlichen Verlaufs der Krankheit feststellen lassen. Damit kann den Kranken erlaubt werden, ihre letzten Lebensstage nach ihren eigenen Prioritäten zu verbringen. Der PINI (prognostic inflammatory and nutritional Index), von Ingenbleek und Carpentier definiert und unseren Patienten angepasst, hilft uns, den tödlichen, unabwendbaren Verlauf der Krankheit vorauszusagen. Wenn der PINI positiv ausfällt, ist es angebracht, symptomatische Behandlung so wenig invasiv wie möglich zu gestalten.

Die Integration des Ernährungsaspektes in der palliativen und terminalen therapeutischen Strategie ermöglicht es, den Wünschen der Patienten und ihrer Angehörigen zu entsprechen. Diese verschiedenen und sehr einfachen Massnahmen müssen streng angewendet werden, um unseren Patienten eine bessere Lebensqualität in ihren letzten Tagen zu sichern und ihnen die letzten Freuden zu gewähren: **TRINKEN und ESSEN.**

Stufenplan zur Behandlung von Ernährungsstörungen, entsprechend dem Zustand des Patienten und der Zielsetzungen.



- I.
 - Mundpflege - Appetit (Steroide, Aperitivs)
 - Wünschbare Ernährung: 35 - 40 kcal/kg täglich, davon 12 - 15 % des Energiebedarfs in Form von Proteinen, 30 - 35 % in Form von Fetten, 50 - 55 % als Kohlenhydrate.
 - Nahrung anreichern (Eier, Milchpulver, Proteinhydrolysate, Frischkäse), Zwischenmahlzeiten (proteinreiche Drinks) - Zusätze durch Magensonde

- II.
 - Mundpflege - Appetit anregen
 - Nahrung anreichern. Mehrere (4 - 6) kleinere Mahlzeiten täglich, Zwischenmahlzeiten

- III.
 - Mundpflege
 - Orale Hydrierung, Mund befeuchten (Eiswürfelchen, Luftbefeuchter, Spray)
 - Häufige kleine Mahlzeiten, Zwischenmahlzeiten, kalte Teller. Von den Angehörigen zubereitetes Essen.

Zwischenmenschliche Beziehung und Begleitung

Wahrhaftigkeit

Ein weiterer Schlüsselpunkt für den Patienten in der letzten Lebensphase ist die zwischenmenschliche Beziehung und Begleitung.

Im Laufe der letzten Jahre hat sich das Recht auf Information in der Medizin, der Begriff der "freien, informierten Einwilligung des Patienten", intensiviert, besonders wenn der Zustand ernst ist und wenn das Leben auf dem Spiel steht.

Die Lage ist umso schwieriger, da die Ausbildung des Personals der Gesundheitsberufe auf dem Gebiet der Kommunikation noch im Anfangsstadium liegt, sowohl bezüglich Anhören des Patienten wie bei den verschiedenen Arten, Wahrheit anzugehen und zu formulieren. Die humanistischen Eigenschaften der Medizin kommen nicht mühelos zum Ausdruck in unserer technologisierten Welt.

Diese verschiedenen Betrachtungen haben uns dazu bewegt, eine Atmosphäre der Wahrhaftigkeit bei unserer Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen aufzubauen. Aber es bleiben noch Zweifel darüber, wie weit man gehen soll. Würde die Wahrheit wirklich erlauben, die Angst und die Todesangst zu verringern? Sollten wir nicht doch einige Sachen verheimlichen? Unsere eigene Befangenheit? Unsere Unkenntnis, die manchmal vorhanden ist?

Will man eine Atmosphäre der Wahrheit aufbauen, so sollte man versuchen, den Grund zu entdecken, weshalb der Patient die Genesung oder die Euthanasie verlangt. Ist dieser Grund einmal erörtert, wird es vielleicht möglich sein, dem Patienten eine Antwort zu geben. Nach unserer Erfahrung fragt sich meistens der Patient, auf welche Weise er sterben wird: werde ich ersticken? werde ich starke Schmerzen haben? eine massive Blutung? Da können wir therapeutisch wirken, indem wir den Anteil der Verkennung, der Unkenntnis oder falscher Vorstellungen verringern, denn die Angst und der Schrecken vor dem Unbekannten sind gross.

Wir können zwar das Rätsel des Todes nicht lösen, doch wir können auf gewisse Fragen antworten, weil wir im Umgang mit unseren Patienten die Erfahrung über die Todesumstände erworben haben und wir können diese Erfahrung mitteilen.

Kurz zusammengefasst:

Wird der Schmerz nicht korrekt behandelt hat er oft für die betagten Patienten bedeutende Folgen wie: Depression, Verminderung der sozialen Aktivitäten, Schlafstörung, motorische Behinderungen usw.

Der Schmerz kann die Sterblichkeit steigern....

Er kann beim betagten Patienten verschiedene klinische Ausdrucksweisen annehmen.

Erregtheit, Verwirrung, Depression, Verstummen oder sich-gehen-lassen, bis zur Bitte um Euthanasie.

Das Alter ist kein Hindernis für die Aufnahme einer analgetischen Behandlung mit Opiaten.

Neuropsychische Symptome sowie Ernährungsstörungen sind häufig am Lebensende.

Das Durstgefühl kommt wahrscheinlich von der Trockenheit des Mundes und nicht von der Dehydratation.

Indem wir auf gewisse Fragen antworten, können wir das Angstgefühl des Patienten vor dem Unbekannten verringern.