

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 1 (1996)

Heft: 2

Artikel: Medizinische Interventionen und Lebensqualität beim betagten verwirrten Patienten

Autor: Kunz, Roland

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091707>

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>

Das Grundproblem der medizinischen Betreuung dementer, verwirrter Menschen ist die erschwerte Kommunikation. Das Erfassen von Symptomen in der Medizin basiert in erster Linie auf der Anamnese, auf den subjektiven Angaben des Patienten. Dies ist aber nur möglich, wenn der Patient eine weitgehend ungestörte Kommunikationsfähigkeit besitzt.

Roland Kunz *

Medizinische Interventionen und Lebensqualität beim betagten verwirrten Patienten

Palliative Massnahmen stellen den wohl grössten Teil therapeutischer und pflegerischer Bemühungen in der Geriatrie dar. Die meisten Leiden des älteren Menschen sind chronischer Natur, zeigen eine Progredienz und sind nicht mehr heilbar. Viele dieser geriatrischen Krankheiten sind mit Schmerzen verbunden, denken wir nur an die degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates und die mit dem Alter an Häufigkeit zunehmenden Krebserkrankungen. Die Schmerzprävalenz bei betagten Menschen wird mit 45% – 80% angenommen.

Ebenfalls mit dem Alter zunehmend ist die Häufigkeit der Demenz, deren Prävalenz sich ab 60 Jahren alle 5 Jahre verdoppelt und somit rund einen Drittel der 85 bis 90 jährigen betrifft. Aus diesen Tatsachen ergibt sich die Situation, dass unter den geriatrischen Patienten ein beträchtlicher Teil an einer Demenz und gleichzeitig an chronischen Schmerzen und anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen leidet.

Erschwerte Kommunikation

Im Verlaufe einer Demenz tritt immer eine Beeinträchtigung der Sprache auf. Wortfindungsstörungen und Wortverwechslungen, unverständliche Wortneubildungen gehören dazu, aber auch Sprachverständnisstörungen. Wenn wir solche Patienten nach Schmerzen fragen, negieren sie dies vielleicht – nicht weil sie keine Schmerzen haben, sondern weil sie das Wort «Schmerz» nicht verstehen. Orientierungsstörungen führen auch zu einer Veränderung der eigenen Körperorientierung, Symptomlokalisierung kann entspre-

chend schwierig werden. Die eingeschränkte Urteilsfähigkeit kann das Beantworten einer Frage verunmöglichen.

Oft kann nur das genaue Beobachten des Patienten helfen, mögliche Symptome zu erkennen oder zu vermuten. Zum Beispiel kann Essensverweigerung ein Hinweis auf Schmerzen im Mund-Rachenbereich sein, motorische Unruhe, depressive Verstimmung und Apathie können allgemeine Schmerzfolgen sein. Seelisches und körperliches Leiden können zu gleichen Erscheinungsbildern führen und erschweren damit die Interpretation.

Interessenkonflikt

Sind bei einem verwirrten Patienten medizinische Probleme aufgetreten, so müssen sie primär überhaupt erfasst werden. Die Frage stellt sich dann, wie weiter vorgegangen werden soll. Was muss unternommen werden, was soll besser unterlassen werden. Die Beantwortung dieser zentralen Fragen birgt immer einen Konflikt in sich: Aus der Sicht von Arzt, Pflegenden und Angehörigen steht meist eine allgemeine Angst vor Unterlassungen im Vordergrund. Es ist einfacher, sich zu rechtfertigen, wenn etwas getan wird als wenn etwas unterlassen wird. Die grosse Unbekannte ist der Wille des Patienten. Die gestörte Kommunikationsfähigkeit verunmöglicht oft, den aktuellen Willen des Patienten zu erfahren. Wird von den Betreuenden aus Angst vor Unterlassung nun eine Intervention durchgeführt, laufen wir Gefahr, eine Massnahme gegen den Willen des Patienten durchzuführen. Aus Patientensicht kann das juristisch einer unerlaubten Körperverletzung gleichgesetzt werden, ja es besteht die Gefahr der unberechtigten Zwangsbehandlung, wenn gleichzeitig die Freiheit des Patienten beschränkt wird (z.B. durch Fixation der Hände, wenn er versucht, sich die Infusion zu entfernen).

Patientenwille

Der urteils- und kommunikationsfähige Patient kann uns seinen aktuellen Willen kundtun. Der verwirrte, nicht mehr urteilsfähige Patient ist nicht in der Lage, seinen Willen zu äussern.

Der behandelnde Arzt ist rechtlich verpflichtet, den mutmasslichen Willen zu berücksichtigen, d.h. wie der Patient in der jetzigen Lage entscheiden würde, wenn er noch urteilsfähig wäre. Der mutmassliche Wille kann nur aus umfassender Informationssammlung mit grösstmöglicher Wahrscheinlichkeit bestimmt werden.

Welche Informationen sind hilfreich und nötig? Je mehr wir vom betroffenen Menschen über seine frühere Lebensgeschichte, seine Lebensphilosophie

*Dr. med., Ärztlicher Leiter Pflegeheim Oberi, Winterthur

wissen, umso eher können wir uns seiner mutmasslichen Entscheidung in der aktuellen Situation annähern.

Idealerweise kennt der Arzt den Patienten aus der Zeit vor dem Auftreten der Demenz und hat Aufzeichnungen über Willensäusserungen zu lebensverlängernden Massnahmen in terminalen Situationen in seiner Krankengeschichte oder es existiert eine Patientenverfügung. Früher gemachte Äusserungen sind jedoch immer zu überprüfen, ob spätere Hinweise auf eine Änderung des Willens bestehen.

In jedem Falle muss auch die Meinung der Angehörigen einbezogen werden. Deckt sich diese mit dem mutmasslichen Patientenwillen, ist dies eine Bestätigung. Bestehen Widersprüche, müssen diese nochmals hinterfragt werden. Beim nicht entmündigten Patienten bleibt der mutmassliche Wille des Patienten entscheidend, nach dem der Arzt im Sinne der «Geschäftsführung ohne Auftrag» nach OR Art. 419ff. zu handeln hat, und nicht der Wille der Angehörigen.

Lebensqualität

Um den mutmasslichen Willen des Patienten umsetzen zu können, muss seine Lebensqualität beurteilt werden. Lebensqualität ist aber in erster Linie wieder eine subjektive Einschätzung jedes einzelnen Menschen. In der Gesellschaft ist Lebensqualität gleich optimale Autonomie, d.h. ein Leben gemäss eigenen Entscheiden in möglichst vielen Dimensionen. Dieser Aspekt ist bei Dementen durch ihre Krankheit weitgehend zerstört. Wir können aber versuchen, nach Lebensqualität in der Welt des verwirrten Menschen zu suchen. Gibt es in seinem Alltag Dinge, die ihn spürbar Freude empfinden lassen, auf die er positive Reaktionen zeigt? Nur im Gespräch mit dem ganzen Betreuungsteam inklusive den Angehörigen können wir Antworten finden. Die Entscheidung über eine medizinische Massnahme muss dann die Frage beinhalten, ob der Patient dank der geplanten Behandlung diese Elemente an Lebensqualität wieder erlangen oder bewahren kann.

Vier Gruppen medizinischer Interventionen stehen bei verwirrten Patienten im Vordergrund:

1. Symptombekämpfung

Bei dementen Patienten stehen die gleichen subjektiv störenden Symptome im Vordergrund der palliativen Bemühungen wie bei anderen unheilbar kranken Menschen. Wie bereits gesagt, liegt das Problem im Erfassen dieser Symptome. Für die Behandlung ist besonders wichtig, die geeignete galenische Form und Dosierung zu wählen. Ich plädiere sehr dafür, probatorische Schmerzbehandlungen zu versuchen, wenn nicht

abschliessend beurteilt werden kann, ob ein verwirrter Patient Schmerzen hat. In verschiedenen Fällen habe ich erlebt, wie unruhige und kommunikationsunfähige demente Patienten unter einer adäquaten Schmerztherapie (meistens unter retardierter peroraler Morphiumgabe) ruhiger und sogar wieder klarer wurden und auf ihre Umgebung reagierten! Die Schmerzursache und -lokalisierung blieb meistens unklar, oft dürften es Schmerzen im Rahmen einer generalisierten Spastizität gewesen sein.

2. Verhinderung möglicher Komplikationen

Verwirrte Menschen sind nicht zugänglich für eine rationale Argumentation. Die Notwendigkeit einer ausgeglichenen Nahrungsaufnahme kann ihnen nicht mehr erklärt werden. Oft ist deshalb nur eine bezüglich Nährstoffen unvollständige Ernährung möglich, weil der Patient viele Nahrungsmittel verweigert; die Trinkmenge liegt unter dem theoretisch tolerierbaren Minimum. Die Entscheidung ist notwendig, ob eine ideale Ernährung angestrebt werden soll unter Beihilfe künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oder ob die Lebensqualität höher zu achten ist und eine «Wunschkost» weitergeführt wird. Ich bin der Meinung, dass stets eine ausgewogene Ernährung und genügend Flüssigkeit per os angeboten werden sollte, jedoch von Sonden und Infusionen Abstand zu nehmen ist, obwohl damit bewusst mögliche negative Folgen in Kauf genommen werden.

Der urteilsfähige Patient hat das Recht, zu essen und zu trinken was er mag. Wenn der Demente sich nicht mehr mit Worten ausdrücken kann, bleibt ihm nur die nonverbale Kommunikation der Verweigerung. Eine Zwangsernährung mit Sonde oder Infusion ist nicht statthaft, sie hat ihren Platz höchstens beim Delirium, wo die passagere Störung behoben werden soll. Zwangsernährung bedingt meist zusätzliche Einschränkungen der Freiheit wie Fixationen der Hände, um ein Entfernen der Schläuche zu verhindern. Solche Massnahmen sind höchstens angezeigt, wenn subjektives oder objektives Leiden verhindert werden soll, z.B. zur Akutbehandlung einer Wunde, einer Harnverhaltung.

Fixationen zur Verhinderung theoretisch möglicher Verletzungen wie Frakturen durch einen Sturz sind ebenfalls nur in Ausnahmesituationen und nur kurzfristig erlaubt. Das Festbinden eines Dementen fördert Angst, Verwirrung und Unruhe des Patienten und ruft nach Folgemassnahmen wie Sedation mit ihren negativen Folgen. Wichtiger ist es, nach Alternativmassnahmen zu suchen, das heisst, das Verletzungsrisiko zu vermindern durch Vorkehrungen wie die Matratze zum Schlafen auf den Boden zu legen, Hindernisse aus

dem Weg zu räumen und einen möglichst optimalen Visus zu erhalten durch Sehhilfen und geeignete Beleuchtung.

Subjektiv nicht störende Symptome müssen nicht auf jeden Fall abgeklärt werden, auch wenn theoretisch Komplikationen möglich sind: Endoskopien brauchen eine direkte Konsequenz auf das Wohlbefinden des Patienten, um berechtigt zu sein. Routine-Laborkontrollen erübrigen sich, wenn keine unmittelbare Einschränkung der Lebensqualität droht.

3. Behandlung ernsthafter Komplikationen

Hier stellt sich immer primär die Frage nach der momentanen und noch möglichen Lebensqualität. Nicht jedes Fieber schränkt die Lebensqualität ein und muss abgeklärt und behandelt werden. Meist ist eine primär symptomatische Therapie erlaubt und die Situation muss laufend neu beurteilt werden. Ein generelles Antibiotika-Verbot ist falsch, kann doch ein banaler Harnwegsinfekt sehr unangenehm sein und erfordert rein als symptom-lindernde Massnahme eine gezielte Therapie. Bei schwerwiegenden Infekten wie einer Pneumonie stellen sich die früher diskutierten Fragen nach mutmasslichem Willen und Lebensqualität des Patienten. In diesen Situationen sind keine ad-hoc-Entscheidungen erlaubt, erforderlich ist eine genaue Evaluation mit den Pflegenden und den Angehörigen. Die letzte Entscheidung liegt aber beim behandelnden Arzt.

4. Bekämpfung von Problemen, die lebensverkürzend wirken können

Die Ernährungsstörungen sind bereits besprochen worden. Wichtig ist immer, behandelbare Probleme auszuschliessen: Erkrankungen im Mund- und Zahnbereich, Nebenwirkungen von Medikamenten (Neuroleptika z.B.), falsche Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme, falsche Darbietung des Essens. Mit Eindicken von Flüssigkeiten, pürrierter Kost oder Fingerfood ist ev. wieder eine Verbesserung zu erreichen.

Ess- oder Trinkverweigerung lässt oft auf die noch mögliche Form der Nahrungsaufnahme ausweichen, bei Ess- und Trinkverweigerung muss dies als verbindliche Willensäußerung akzeptiert werden. Jede Zwangsernährung ist in diesem Fall als Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Patienten zu werten. Insbesondere gilt es auch den bekannten palliativen Aspekt der Dehydratation bei terminalen Patienten zu beachten.

Ein Verzicht auf künstliche Ernährung und Hydratation heisst aber nie «nichts mehr machen», sondern fordert palliative Massnahmen wie Mundpflege und weiterhin regelmässiges Anbieten von Nahrung und

Trinken in geeigneter Form. Der Verzicht auf Hydratation muss immer Bestandteil eines Behandlungsplanes sein, um Leiden zu verhindern bzw. zu vermindern.

Ein anderes Beispiel ist die Anämie. Sofern sie keine subjektiven Symptome wie Dyspnoe oder Angina pectoris bewirkt, ist von einer Abklärung und Behandlung abzusehen. Bei Verdacht auf eine obere Gastrointestinalblutung kann aber durchaus eine probatorische Behandlung mit einem H2-Blocker angezeigt sein, da dadurch gleichzeitig mögliche nicht erfasste Beschwerden gelindert werden können und vielleicht sogar die Nahrungsaufnahme wieder verbessert werden kann.

Die aufgeführten Probleme sind nur als Beispiele gedacht. In jeder möglichen Situation muss individuell überprüft und entschieden werden. Ausserordentlich wichtig ist, dass kein Entscheid unumstösslich ist, eine Neubeurteilung ist bei jeder Zustandsänderung notwendig.

Zusammenfassung

Bei jeder medizinischen Intervention für einen verwirrten Menschen muss sein (mutmasslicher) Wille respektiert werden. Averbale Willensäußerungen haben ebenso ihre Gültigkeit.

Oberstes Ziel ist immer die Lebensqualität und nicht primär die Lebensverlängerung.

Eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zur Durchführung lebensverlängernder Massnahmen ist ethisch nicht vertretbar.

Jeder Entscheid über medizinische Interventionen ist das Resultat einer umfassenden Meinungsbildung:

- Patientenwille
- Meinung des Pflegeteams
- Meinung der Angehörigen

Bei Meinungsunterschieden entscheidet letztlich der Arzt gemäss dem mutmasslichen Patientenwillen.

Literatur:

Post Stephen G. and Whitehouse Peter J.: Fairhill guidelines on ethics of the care of people with alzheimer's disease: a clinical summary. *JAGS* 1995; 43: 1423-1429.

Ferrell Bruce A.: Pain management in elderly people. *JAGS* 1991; 39: 64-73.

Campbell-Taylor I. and Fisher R.H.: The clinical case against tube feeding in palliative care of the elderly. *JAGS* 1987; 35: 1100-1104.

Steinbrook R. and Lo B.: Artificial feeding - solid ground, not a slippery slope. *N Engl J med* 1988; 318: 286-290.

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften: *Medizinisch – ethische Richtlinien*, Basel 1989.

Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 82 (1993); 29/30