

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 6 (2001)

Heft: 3

Artikel: Die Bedeutung der palliativen Pflege beim Betagten

Autor: Lindpaintner, L.S. / Stähelin, H.B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091795>

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>

Die palliative Betreuung des Betagten zielt auf eine Optimierung der Lebensqualität und ist Teil des Spektrums der kurativen, rehabilitativen und präventiven Behandlung chronischer und akuter Krankheiten. Dabei geht es darum, bei diesen multimorbiden, chronischkranken und hilflosen Personen die Behandlungsziele aus der großen Zahl möglicher Optionen zu definieren. Das Setzen von Prioritäten stellt eine große Herausforderung dar, wenn das Ziel einer Komforttherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung kollidiert. Die Therapiewahl sollte, wenn immer möglich, von den Wünschen des Patienten geleitet werden. Die Bewertung und Behandlung von belastenden physischen und psychischen Symptomen gehören zu den wichtigen Aufgaben in der Betreuung der Betagten, sowohl im Rahmen von akuten medizinischen und chirurgischen Interventionen als auch in der terminalen Lebensphase. Schmerz und Atemnot werden von einem namhaften Anteil der wegen chronischer Lungenkrankheiten, Herzinsuffizienz oder Krebserkrankung hospitalisierten Betagten angegeben. Liegt eine Demenzerkrankung vor, so unterscheiden sich die therapeutischen Interventionen, welche die Lebensqualität verbessern, je nach Krankheitsstadium erheblich.

L.S. Lindpaintner*, H.B. Stähelin

Die Bedeutung der palliativen Pflege beim Betagten

Die palliative Pflege wird von der WHO 1990 folgendermassen definiert: «Die aktive umfassende Betreuung von Patienten deren Krankheiten nicht einer kurativen Therapie zugänglich ist»¹.

Die Ursprünge des Konzeptes palliative Pflege entwickelte sich aus der Betreuung von Personen mit fortgeschrittener Krebserkrankung. Seither

hat sich das auf Palliation und Lebensqualität ausgerichtete Konzept auch in der Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen Stadien von Krankheiten wie AIDS oder amyotropher Lateralsklerose als wertvoll und angemessen erwiesen. Palliative Therapien zielen weder auf eine Verlängerung noch auf eine Verkürzung des Lebens ab. Leidenslinderung als alternative Behandlungsstrategie, als ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder als eigenes Ziel impliziert eine optimale Behandlung von Schmerz oder anderen belastenden Symptomen und wird durch die physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse des individuellen Patienten und seiner Umgebung geleitet. Ethisch vertretbare Entscheidungen können die Gabe aber auch das Vorenthalten einer künstlichen Ernährung, Antibiotika oder des Flüssigkeits- und Elektrolytersatzes umfassen, je nach den vom Patienten geäusserten Wünschen gegenüber lebenserhaltenden Massnahmen und der Therapie der am stärksten belastenden Symptome. So wird ein Patient der Hunger äussert, Nahrung erhalten, während hingegen eine lebensverlängernde Ernährung bei einem sterbenden, anorektischen Patienten der kein Hunger äussert, nicht palliativen Zielen entsprechen. Diagnostische und therapeutische Interventionen werden sorgfältig abgewogen, um Vorteile zu optimieren und Komplikationen und Belastungen zu minimieren.

Dieser auf Komfort ausgerichtete Betreuungsansatz wird von breiten Kreisen als Leitlinie in der Betreuung von terminalkranken Personen akzeptiert. Bei einigen wird dieses Vorgehen aber als passives Aufgeben wahrgenommen oder nur als legitim, wenn keine aktiven Therapie-Optionen mehr bestehen. Eine effektive Palliation ist aber weit entfernt von einer passiven Haltung. Sie verlangt eine ständige aufmerksame Suche nach behandelbaren Symptomen kreativen Lösungsansätzen, die eine wertvolle Wahlmöglichkeit für Patienten bietet, die mehr Wert auf die Qualität der noch verbleibenden Lebensspanne als auf deren Dauer legen. Entscheidungen in diesem Gebiet sind eine Herausforderung für Patienten, Familien, Pfleger und Ärzte, weil das emotionale Gewicht dieser Entscheidungen angesichts des nahenden Todes und der Notwendigkeit klarer therapeutischer Massnahmen bei der meist gegebenen klinischen Unsicherheit über den tatsächlichen

* L.S. Lindpaintner, Dr. med., Oberärztin,
Geriatrische Universitätsklinik,
Kantonsspital Basel Stadt

chen Verlauf gross ist. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Rolle der palliativen Pflege in der Geriatrie und stellt die Prinzipien dar, welche Behandlungsziele bei betagten multimorbiden Patienten leiten können. Die speziellen Probleme der Verbesserung der Lebensqualität und der häufigen medizinischen Therapiebedingungen wie Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Demenz in späten Krankheitsstadien werden speziell hervorgehoben.

Definition der Betreuungsziele

In der geriatrischen Praxis beschränkt sich die palliative Therapie nicht nur auf die terminale Lebensphase, sondern stützt sich auf ein breiteres Konzept der Palliation bei der Behandlung von betagten Patienten, die durch chronische Krankheiten stark belastet sind. Dabei kommen Massnahmen zur Verbesserung des Komforts und der Lebensqualität zusammen mit traditionellen kurativen, krankheitsstabilisierenden und rehabilitativen Massnahmen zur Anwendung. Beim geriatrischen Patienten beobachten wir oft in Gegenwart von chronischen Krankheiten akute zusätzliche Erkrankungen. Unter diesen Voraussetzungen ist es wesentlich, die möglichen realistischen Behandlungsziele in Abhängigkeit von gegebenen Voraussetzungen zu definieren und entsprechende Prioritäten zu setzen.

Entscheidungsabläufe bei multimorbiden Patienten

Als Beispiel gelte Frau Dorothee S., eine hinfällige ältere Dame mit einer kurz zurückliegenden osteoporotischen Fraktur, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Sehbehinderung bei Katarakt und Anämie aufgrund einer Myelodysplasie, die wegen einer leichten Exazerbation ihrer Herzinsuffizienz eingewiesen wurde. Vor kurzem verlor sie ihre Tochter durch ein Mamma-Ca.

Angemessene Behandlungsziele für diese betagte Frau können gleichzeitig palliative, rehabilitative, lebensverlängernde und präventive Massnahmen sein. Das Ziel wird generell eine selektive Optimierung und Kompensation sein: Optimierung der Organsysteme die am stärksten durch die Krankheit betroffen sind (Herzkreislaufsystem, Physiotherapie um die Muskelkraft zu stärken) und Kompensation, um Funktionsverlu-

ste auszugleichen (in diesem Fall Transfusionen bei hyperplastischem Knochenmark oder Kataraktextraktion). Palliative Behandlungsziele für Frau S. sind Behandlung der Dyspnoe, wirksame Schmerztherapie, Erreichen einer verbesserten Mobilität, Vermeiden eines pathologischen Trauerprozesses und Sturzprävention. Die kardiovaskulären Behandlungsziele mit Reduktion der Afterload, optimaler Hydratation und Hämoglobinkonzentration sind alle kritisch im Rahmen der Therapie der Herzinsuffizienz und haben einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität. Hier die Prioritäten unter diesen zahlreichen legitimen Behandlungsziele zu setzen, ist eine zentrale Aufgabe der Geriatrie bei multimorbiden betagten Patienten.

Die Behandlungsentscheide sind in der akuten Krankheitsphase einfach, solange die Herzinsuffizienz mit medizinischen Interventionen günstig beeinflusst werden kann, aber sie werden sehr viel komplexer, wenn eine Intubation, eine mechanische Unterstützung der Herzaktion oder Bypasschirurgie erforderlich werden. In dieser Situation wird der Entscheid aggressiv zu therapieren schwierig. Eine entsprechende Therapie führt zu schmerzhaften Eingriffen und einem hohen Risiko von Komplikationen. Sind Risiko und Discomfort zu akzeptieren mit der Aussicht das Leben zu verlängern? Andererseits bedeutet der Entscheid, auf invasive Massnahmen zu verzichten, möglicherweise eine Verschlechterung des funktionellen Status, mehr Dyspnoe und Angina und möglicherweise den Tod durch Herzversagen.

Der Entscheidungsprozess muss in solchen Situationen verschiedene Faktoren berücksichtigen. Als erstes was ist die Prognose mit aggressiver Therapie? Patienten wünschen nicht nur zu wissen, werde ich überleben, sondern auch, wie wird mein Leben sein, wenn ich überlebe. Mit anderen Worten, sie bewerten Informationen bezüglich ihrer zukünftigen Selbständigkeit und Autonomie unabhängig von der Lebensdauer. Auffallend konsistent ergeben die recht zahlreichen Studien zu dieser Frage, dass das Ueberleben nicht mit dem chronologischen Alter aber mit der physiologischen Hinfälligkeit in der akuten Situation korreliert². Daraus folgt, dass eine aggressive Handlungsstrategie in «robusten» betagten Patienten die trotz Vorliegen einer Reihe von verschiedenen Erkrankungen selbständig

sind und nur eine bescheidene Störung der vitalen Organfunktionen aufweisen, erfolgreich ist⁴.

Ein ähnlicher wichtiger Prädiktor des Handlungsergebnisses bei Hochbetagten ist das Mass der Unabhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). In der HELP-Studie (Hospitalized Elderly Longitudinal Project) bei über 85jährigen hospitalisierten Patienten mit schwerer Krankheit waren 39% in ihren ADL zwei Wochen vor der Aufnahme unabhängig. Von den Patienten welche die Hospitalisation überlebten, waren zwei Monate nach Entlassung 32% unabhängig, 36% 12 Monate später. Im Vergleich zu Patienten mit erhaltenen Aktivitäten im täglichen Leben war das Risiko bei den Personen, die in einer ADL zwei Wochen vor der Hospitalisation abhängig war, zwei Monate nach der Spitalentlassung in einem schlechteren funktionellen Status zu sein 5.3 x höher. Wenn in vier oder mehr ADL-Dimensionen Abhängigkeit bestand, war das Risiko 15.8 x höher. Nach 12 Monaten war in der letzten Gruppe die «odds ratio» 311.2. Andere unabhängige Prädiktoren der Funktionsabnahme war das Vorliegen einer Demenz, einer Depression oder einer Urininkontinenz. Derartige Analysen erlauben zunehmend die Bewertung von verschiedenen Therapieoptionen und unterstützen das Betreuungsteam bei der Diskussion der therapeutischen Möglichkeiten mit Patienten.

Patienten Option/Präferenz und gesellschaftlicher Kontext

Die Frage stellt sich, wie oft in der täglichen klinischen Praxis die Entscheide über die Therapie tatsächlich den aktuellen Wünschen der Patienten entsprechen. Frau S. in unserem Beispiel hat zweifelsohne eine Vorstellung darüber, wieweit sie eine intensive, meist unkomfortable Therapie mit dem Ziele der Lebensverlängerung akzeptieren möchte. Die SUPPORT-Studie (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes Risks of Treatment) belegen, dass Aerzte oft Patientenwünsche fehl interpretieren speziell dann, wenn sie keine hochtechnischen lebensverlängernden Massnahmen wünschen⁶. Wieweit allerdings gesellschaftliche Erwartungen, Ressourcen und lokale Praktiken das therapeutische Vorgehen bestimmen, geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus.

Ohne die Haltung von Frau S. gegenüber aggressiven Therapien zu kennen, darf davon ausgegangen werden, dass sie eine symptomatische leidensmindernde Therapie, die Schmerzen und Dyspnoe vermindert, schätzen wird. Zahlreiche klinischen Studien belegen, dass die Aerzteschaft und die Pflegenden nur zu oft Schmerzen unterschätzen^{7,8} und eine ungenügende Schmerzbehandlung bei betagten Patienten⁹⁻¹¹ durchführen. Unterricht, wie die Pflege Sterbender effektiv zu gestalten ist, hat einen geringen Stellenwert^{12,13}. Diese mangelnde Vorbereitung führt dazu, dass Aerzte sich in der symptomatischen Behandlung bei palliativen Situationen weniger sicher fühlen, als bei der Anwendung aggressiver Behandlungsalgorithmen und viele sehen letzteres als ihre wichtigste Pflicht. Die Existenz einer Wahl zwischen aggressiven bzw. palliativen Behandlungsoptionen wird selten während der medizinischen Ausbildung explizit thematisiert. Die Beobachtungen der SUPPORT-Studie sind deshalb nicht überraschend. Der wachsende Anteil der Alten und sehr Alten stellt diesbezüglich die Ausbildung in Medizin vor neue Herausforderungen.

Die Interaktion zwischen psychologischen und physiologischen Interventionen

Im Falle von Frau S. ist die Ursache der Dekompensation der Herzinsuffizienz offensichtlich: Sie hat ihre diuretische und antihypertensive Therapie in den Wochen nach dem Tode ihrer Tochter nicht mehr eingenommen. Es ist nicht abwegig zu vermuten, dass dieser plötzliche Verlust sich auf die Fähigkeit und den Willen der Patientin eine Behandlung weiterzuführen, auswirkte und dass nicht existentielle Fragen, wie und warum starb meine Tochter nicht anstelle von mir, sie stark beschäftigten. Diese Vermutung bedarf indessen der Ueberprüfung durch Gespräche mit der Patientin. Aktives Zuhören und unterstützende psychologische Interventionen vielleicht unter Anwendung von psychoaktiven Substanzen, die der Patient helfen, den Tod der Tochter zu verarbeiten und der Uebergang der Trauerreaktion in eine eigentliche Depression verhindern, sind hier angezeigt. Dies wiederum wird die Therapie-Compliance beeinflussen und damit die Kontrolle der Herzinsuffizienz. Die Lebensqualität wird

durch physiologische, aber auch durch die Aufmerksamkeit gegenüber spirituellen und psychosozialen Bedürfnissen wesentlich beeinflusst. Ganz offensichtlich ist ein multidisziplinärer Zugang ein wesentliches Element der palliativen Betreuung.

Die Integration der Komfortpflege in die medizinisch-chirurgische tägliche Routine

Soll der Aspekt Komfort nur dann prioritär beachtet werden, wenn es um sterbende Patienten geht? Wenige würden diesen Gesichtspunkt vertreten, aber die übliche tägliche Praxis kennt eine grosse Zahl von schmerzhaften und belastenden Interventionen als gute etablierte Standardprozeduren in der medizinischen Therapie¹⁵. Eine Implikation der palliativen Betreuung bei geriatrischen Patienten ist die Anwendung von Massnahmen, die zu einer Verbesserung des Komforts, der Lebensqualität und der Selbstbestimmung innerhalb des Spitals führen. Dieses Konzept ist schon deshalb wichtig, weil heute betagte und hochbetagte Personen die meisten Spitalbetten zu einem gegebenen Zeitpunkt belegen.

Die Prinzipien der Komfortverbesserung umschliessen folgende Aspekte:

1. Ein erfahrenes Schmerzmanagement ist in allen Situationen notwendig. In den SUPPORT und HELP-Studien wurden Schmerzen als zweitwichtigstes Symptom nach Dyspnoe bei Patienten mit chronischen Lungenkrankheiten und sehr häufig bei Herzinsuffizienz und Leberzirrhose⁹ beobachtet. Ein Schmerzassessment ist deshalb bei allen Patienten notwendig und nicht nur bei diesen, bei denen Bedingungen die bekanntermassen schmerzhaft sind, vorliegen.
2. Eine aktive und laufende Ueberprüfung der Schmerztherapie bei Betagten ist notwendig. Demenz und Kommunikationsstörungen, stoisches Ertragen, das Bedürfnis dem Pflegenden zu gefallen und Hemmungen undankbar zu wirken, reduzieren insgesamt bei Betagten die spontane Bereitschaft über Schmerzen zu berichten. Sorgen über Nebenwirkungen und Arzneimittelabhängigkeit hemmen oft den Gebrauch von Opioiden. Allerdings sollte Pethidin bei Betagten wegen der hohen Wahrscheinlichkeit ein Delir aus-

zulösen (durch den langwirksamen Metaboliten Norpethidin), vermieden werden.

3. Bewusste Verwendung von Prämedikationen und lokalen / regionalen Anästhesien bei schmerzhaften Eingriffen wie Katheterplatzierung, Debridement von Wunden und Verbandwechsel.
4. Sicherstellen, dass täglich mindestens eine Periode ungestörter Bettruhe garantiert ist, bei dem die Patienten vor gutmeinenden Konsiliarärzten, Therapeuten, Pflegenden, Freiwilligen u.s.w. bewahrt werden. Diese Parade von Fremden im Krankenzimmer kann verwirren und verhütet benötigte Ruhepausen.
5. Respekt der Privatsphäre beim Baden, Anziehen, Pflegen und bei Gesprächen.

Palliative Therapie bei Herzinsuffizienz und chronischer Lungenerkrankung

Folgende Aspekte sind wichtig bei der Behandlung von fortgeschrittenen kardiopulmonalen Krankheiten.

1. Die Lebensqualität fluktuiert im Rahmen von Exazerbationen. Der Krankheitsverlauf ist deshalb nicht ein progredient sich verschlechternder Prozess bis zum Tod. Sorgfältige schnelle Abklärungen, ob reversible Ursachen von momentanen Verschlechterungen vorliegen, sind deshalb immer indiziert.
2. Die Sauerstoffsättigung sollte über 90% bleiben. O₂ sollte deshalb immer zur Verfügung stehen, auch wenn die gegenwärtige Sauerstoffsättigung adäquat ist. Häufig kommt es durch Sauerstoffgabe zu einer deutlichen Verbesserung der subjektiv empfundenen Dyspnoe, ohne dass die Sauerstoffsättigung signifikant weitergehoben wird.
3. Niedrig dosierte Opioide können die subjektiv wahrgenommene Dyspnoe lindern. Morphin entlastet die Herzinsuffizienz durch eine Reduktion der Preload, lindert die Dyspnoe und nimmt pektanginöse Schmerzen. Zur Behandlung der Dyspnoe sollte bei einem Opiat-naiven Patienten 5-10 mg per os vierstündlich verabreicht werden. Bei bereits bestehender Opiattherapie ist eine 25-50%ige Dosissteigerung notwendig, um einen zusätzlich Effekt auf die Dyspnoe zu erzielen¹⁶.

4. Dyspnoe als Symptom einer kardialen Ischämie (atypische Angina). Da im Alter viszerale Schmerzen deutlich weniger stark wahrgenommen werden als Musculosceletale (häufige Herzinfarkte), kann sich Dyspnoe als initiales Zeichen einer Herzkrankheit manifestieren. Hier ist der Einsatz von Nitroglycerin und Betablocker angezeigt. Aus diesem Grunde sollte auch der unbedachte Einsatz von Beta-Agonisten bei akuter Dyspnoe beim Betagten vermieden werden. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen manifestieren sich eher über Stunden oder Tage während Lungenembolie, Herzinsuffizienz oder atypische Angina und Herzinfarkt eine rasch auftretende Dyspnoe besser erklären können.
5. Akute Dyspnoe mit Panikattacken erfordern ein geschultes AERZTE/PFLEGE-TEAM. Der Patient darf in solchen Situationen nicht alleine gelassen werden, er sollte so aufrecht wie möglich sitzen, Morphin 5-10 mg alle 4-6 Stunden reduzieren die Dyspnoe bei vielen Patienten rasch. Zusätzlich zum Sauerstoff und der spezifischen die auslösende Ursache behandelnden Therapie mag eine Behandlung mit einem Anxiolytikum z.B. Lorazepam (Temesta expedit) 0.1-1 mg sublingual angemessen sein und wirkt rasch. Bei terminalen Situationen kann eine rasche Sedation mit Midazolam (Dormicum) erreicht werden.
6. Ein Delir in der Terminalphase ist nicht ungewöhnlich. Zeichen der Livido reticularis und Zentralisierung des Kreislaufes lassen bei einem deliranten Patienten auf einen terminalen Prozess schliessen. In solchen Situationen sollte nicht weitere diagnostische Massnahmen ausgelöst werden, sondern eine Komforttherapie, psychischen Beistand und eine Delirtherapie mit 1 mg Haloperidol (Haldol) p.o. oder s.c. 8stündlich. Die Dosis kann bei Bedarf weiter gesteigert werden, wenn eine akute Agitation dies erfordert. Es versteht sich von selbst, dass in diesem Stadium die Angehörigen zu benachrichtigen sind.

ventionen sehr gut. Nicht selten führen aber chirurgische Eingriffe, akute Erkrankungen zu akuten deliranten Episoden, die eine entsprechende Therapie bedürfen. Der Krankheitsverlauf ist auch charakterisiert durch Aengste, depressive Verarbeitung und Belastung der familiären Beziehungen als Reaktion von Patient und Umgebung auf die neuen und zunehmenden kognitiven Störungen. Ein überzeugendes Argument für die frühe Diagnose einer Demenz ist, dass die Diagnose, wenn angemessen vermittelt, den Angehörigen erlaubt, ihre Reaktion auf das Verhalten des Patienten zu modifizieren. So lernen sie durch Beratung und Voraussicht für Defizite zu kompensieren, ohne den Patienten durch Hinweise auf sein Versagen zu beschämen. Stärkere Beanspruchung von noch bestehenden Fähigkeiten helfen dem Patienten Selbstvertrauen zu behalten oder sogar zurückzugewinnen. Patienten verlieren ihre Angst, wenn sie weniger häufig mit ihrem Versagen konfrontiert werden. Nicht selten sind indes antidepressive Therapien notwendig. Anxiolytische Medikamente sollten wegen ihrer negativen Auswirkung auf die Kognition mit grosser Zurückhaltung eingesetzt werden. Bei der Alzheimer Krankheit ist die Behandlung mit Cholinesteraseinhibitoren indiziert und erlaubt, den kognitiven Abbau zu verzögern. Sehr häufig finden sich auch Verbesserungen bei den Verhaltensstörungen, so dass der Bedarf an Psychopharmaka abnimmt. Zur Zeit ist noch nicht eindeutig geklärt, wie lange Patienten von einer Therapie mit Cholinesteraseinhibitoren profitieren. Im Frühstadium der Demenz ist bei geeigneten Patienten (ohne Verhaltensstörungen oder starke Verlangsamung) ein Kognitionstraining und Milieuthherapie wirksam und führt nachweislich zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Die fortgeschrittene Demenz ist eine progressive und terminale Krankheit. Ein palliativer Therapieansatz ist deshalb gerechtfertigt. Eine umfassende Diskussion der palliativen Therapie bei fortgeschrittener Demenz wurde von Schuster kürzlich in einer Uebersicht dargestellt. Allerdings besteht durchaus Raum für unterschiedliche Meinungen, welche Form der Betreuung die Lebensqualität am besten garantiert. Diese Frage muss zwischen Arzt und Familienmitglieder sorgfältig diskutiert werden. Die folgenden Ueberlegungen können eine Hilfe darstellen beim Entscheidungs-

Palliativpflege bei Demenz

In den frühen Stadien der Demenz sind die Patienten vielfach noch in einem sehr guten Allgemeinzustand und vertragen medizinische Inter-

prozess, wie die Pflege bei schwerer Demenz gegen Ende der Krankheit aussehen kann:

1. Durch Konsens so früh wie möglich realistische Therapieziele festlegen, z.B. bei Eintritt in ein Pflegeheim. Bei diesem Gespräch sollte geklärt werden, ob Patientenverfügungen vorliegen und die Angehörigen für zukünftige Entscheidungen bezüglich Antibiotikaeinsatz oder Sondenernährung sensibilisieren.
2. Bei schwerer Demenz ergab eine vergleichende Studie, dass der Antibiotikaeinsatz bei Fieber der alleinigen Verwendung von Antipyretika die Ueberlebensdauer nicht beeinflusste.
3. Die Verwendung einer perkutanen Gastrostomie (PEG) zur Sicherstellung der Ernährung verhindert nicht Aspirationspneumonien, da die Aspiration von oralen Anaerobiern dadurch nicht beeinflusst wird. Hingegen wird die Kontaktzeit zwischen Patient und Pflegenden deutlich verkürzt, wenn die orale Ernährung durch Pflegenden nicht mehr notwendig ist.
4. Anorexie und Schluckstörungen sind häufig im Endzustand der Demenz. Das Ausmass des Leidens bei stark reduzierter Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ist schwierig mit Sicherheit festzulegen. Verschiedene Hinweise machen es aber wahrscheinlich, dass eine gute Mundpflege und mit Löffel verabreichte Flüssigkeit zur Stillung eines allfälligen Durstgefühls ausreichend sind. Die psychologische Bedeutung des Teilens des Essens untereinander ist in unserer Kultur sehr gross. Familie, Pflegenden und Aerzteschaft zögern deshalb Nahrung und Flüssigkeit vorzuenthalten. Im Interesse des Patienten ist es aber wichtig, hier durch geduldige Gespräche einen Konsens über das weitere Vorgehen zu erhalten.

Schlussfolgerungen

Palliative Massnahmen als eine komplementäre Behandlungsmodalität ist indiziert bei allen Patienten, die unangenehme Krankheitssymptome, belastendes psychisches Leiden oder schmerzhafte medizinische Massnahmen erfahren. Der Entschluss zur Palliation schliesst die Möglichkeit einer späteren kurativen Intervention keineswegs aus. In dem Masse indem Multimorbidität und Hinfälligkeit zunehmen, sollten akute Dekompen-

sationen sorgfältig hinsichtlich der individuellen Patientenbedürfnisse abgeklärt werden und körperliches Wohlbefinden, Autonomie, Abschiednehmen von seinen Angehörigen, spirituelle Unterstützung und Respekt der Persönlichkeit im Vordergrund stehen. Massnahmen zur wirksamen Schmerztherapie sollten nachdrücklich implementiert werden, ohne deshalb diagnostische Massnahmen zu unterlassen. Wenn sich Konflikte zwischen der palliativen Zielsetzung und anderen Therapiezielen ergeben, sind diese Konflikte explizit zu identifizieren und die Therapieprioritäten aus Sicht des Patienten zu evaluieren. Auf diese Weise wird der aufmerksame Arzt am besten auf eine für den von ihm behandelnden Patienten bedeutungsvolle Weise dessen Leiden zu lindern.

Artikel erschienen in: *Therapeutische Umschau*, Band 58, 2001, Heft 7, © 2001 Verlag, Hans Huber Bern
Besten Dank für die Genehmigung des Abdruckes.

Literatur

1. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organisation, 1990
2. Knaus WA, Douglas WP, Lynn J. Short-term mortality predictions for critically ill hospitalized adults: Science and ethics. *Science* 1991; 254: 389-94
3. Karlawash JHT, Quill T, Meier D. A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. *Ann Intern Med* 1999; 130 (10): 835-40
4. Gillick MR. *Choosing medical care in old age: what kind, how much, when to stop?* Cambridge: Harvard University Press, 1994: 43-68
5. Wu AW, Yasui Y, Alzola C et al. Predicting functional status outcomes in hospitalized patients age 80 years older. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (5): S6-S15
6. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-8
7. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993; 119: 121-6
8. Eland J. Pain management and comfort. *J Gerontol Nurs* 1988; 14: 10-5
9. Desbiens NA, Wu AW. Pain and suffering in seriously ill hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (5): S183-S186
10. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterwell DA et al. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-14
11. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996; 335: 1224-32
12. Hill TP. Treating the dying patient: the challenge for medical education. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1265-9
13. Martini CIM, Grenholm G. Institutional responsibility in graduate medical education and highlights of historical data. *JAMA* 1993; 270: 1057-60
14. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn et al. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (5): S101-S109
15. Morrison RS, Ahronheim JC, Morrison R et al. Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15 (2): 91-101
16. Neuenschwander J, Steiner N, Stiefel F et al. *Palliativmedizin auf einen Blick*. Bern: Schweizerische Krebsliga, 2000: 92
17. Schuster JL. Palliative care for advanced dementia. *Clinics Geriatr Med* 2000; 16 (2): 373-86
18. Hurley AC, Volicer BJ, Volicer L. Effect of fever-management strategy on the progression of dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1996; 10: 5-10