

Unter dem Oberbegriff Demenz werden verschiedene neurodegenerative Erkrankungen unterschiedlicher Genese und Ausprägung mit zeitlich schwer kalkulierbarem, jedoch chronisch progredientem Verlauf zusammengefasst. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert die Ausweitung und breite Integration von Palliative Care in das gesamte Gesundheitswesen. Laut WHO sollte die Indikationsstellung für eine Palliativversorgung von Patienten eher auf der Grundlage ihrer Symptome und Probleme erfolgen als auf der Grundlage einer bestimmten Diagnose. Bei Demenzkranken kann in allen Erkrankungsstadien palliativer Versorgungsbedarf bestehen. Häufig werden über längere Zeiträume sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen erforderlich sein. Das klinische Erscheinungsbild und der Verlauf werden durch zahlreiche Faktoren (Multimorbidität, interkurrente Akuterkrankungen, iatrogene Störungen z.B. Polypharmazie, Betreuungs- und Umgebungsfaktoren, Biographische Ereignisse) beeinflusst.

Eine von der verbleibenden Lebenserwartung abgeleitete Betrachtungsweise der Palliativbedürftigkeit wird den Demenzerkrankten nicht gerecht, da der Beginn des Palliativbedarfs nicht als ein fixer Zeitpunkt festzumachen ist. Er muss daher dem Krankheitsverlauf folgend als Prozess gesehen werden. Somit muss die Indikation für eine palliative Versorgung den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten folgen. Wichtig ist, sich den fortschreitenden Krankheitsverlauf bewusst zu machen und gezielt mit allen in die Versorgung Eingebundenen zu kommunizieren.

Es lassen sich drei Schwerpunkte der palliativen Versorgung dementer Patienten unterscheiden, deren Übergänge untereinander fließend sind.

I. Schwerpunkt: Diagnose und Aufklärung

- Diagnosestellung und Aufklärung, ggf. Einleiten einer Therapie
- Erkennen einer Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Einleiten eines kontinuierlichen Dialoges über die Betreuung in den einzelnen Krankheitsphasen, über Therapiemöglichkeiten, Voraussetzungen, ggf. weitere Konkretisierungen
- Information der Angehörigen
- Psychosoziale Begleitung
- Erfassen und Behandeln von Symptomen (Symptomkontrolle)

II. Schwerpunkt: Krankheitsprogression

- Behandlung von Komplikationen, z.B. kurative Behandlung einer Aspirationspneumonie, hüftgelenksnaher Frakturen etc.
- Symptomlinderung (z.B. Schmerzerfassung und Behandlung)
- Einzelfallüberprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- Auseinandersetzung mit komplexen ethischen Fragestellungen
- Stützung und Betreuung der Angehörigen
- Erhalt der Beziehungskultur z.B. durch Validation, basale Stimulation, Marte Meo u.ä.
- Indikation für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) klären

III. Schwerpunkt: Lebensende

- Intensivierung der palliativen Versorgung und Festlegung der palliativen Therapieziele
- Regelmäßige Fallbesprechungen (eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit)
- Sterbebegleitung unter Beachtung des situativen Erlebens bei Demenz
- Angehörigenbetreuung vor, während und nach dem Tod

Die palliative Versorgung Demenzkranker ist insgesamt als Prozess zu sehen. Pflege- und Behandlungsziele können sich verändern und sind deshalb im Laufe der Erkrankung immer wieder zu überprüfen und neu festzulegen.