



## Handout zur Präsentation

# Dementia Care und die Integration des palliativen Gedankens

---

Vorgelegt am	18.01.2013
Vorgelegt von	Katrin Lauter
Kontaktdaten	kl159094@fh-muenster.de
Vorgelegt bei	Dipl.-Pflegerwiss. Meike Schwermann Fachbereich Pflege und Gesundheit
Modul	V-WV-01 Wahlvertiefung Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz

## **Inhalt**

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Dementia Care und Palliative Care – eine Frage der Haltung .....</b>	<b>7</b>
2.1 Dementia Care.....	7
2.2 Palliative Care.....	9
<b>3. Demenz als Erkrankung mit palliativen Bedürfnissen erkennen .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Fazit.....</b>	<b>17</b>
<b>5. Literatur- und Quellenverzeichnis.....</b>	<b>18</b>
<b>Anhang A - Kriseninterventionsplan.....</b>	<b>20</b>
<b>Anhang B - Präsentation.....</b>	<b>22</b>
<b>Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit.....</b>	<b>33</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Kriseninterventionsplan Teil 1 (Schwermann, 2012, S. 853)..... 20

Abbildung 2 Kriseninterventionsplan Teil 2 (Schwermann, 2012, S. 854)..... 21

## **Abkürzungsverzeichnis**

WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation
DGP-AG	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin-Arbeitsgruppe
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
engl.	englisch

## 1. Einleitung

In dem vorliegenden Handout zu der Präsentation „Dementia Care und die Integration des palliativen Gedankens“ geht es um die Integration von palliativen Pflegeaspekten in den Bereich der Pflege von Menschen mit Demenz.

Laut der 12. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2009, S. 14-16), wird sich die Altersstruktur in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten, bis 2060, verändern. Von der typischen Alterspyramide abweichend, wird sich die Struktur zu einer Urnenform entwickeln. Diese Umverteilung bedeutet einen Anstieg der älteren Bevölkerungsanteile. Besonders der Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung nimmt deutlich zu. Für diese Entwicklung sind mehrere Faktoren verantwortlich. Zu einer höheren Lebenserwartung kommt es durch die Fortschritte in der medizinischen Forschung und Versorgung, gesteigerte Hygienebedingungen, die bewusste und gesunde Ernährung, die Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und den gestiegenen materiellen Wohlstand in der Gesellschaft (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 29).

Je älter ein Mensch wird, desto höher ist das Risiko an einer Demenz zu erkranken. Von einer diagnostizierten dementiellen Veränderung sind Menschen zwischen 70 und 80 Jahren zu 5-7% betroffen. In der Altersgruppe der 80-90-Jährigen sind sogar 15-20% betroffen. „Das heißt, fast jeder Fünfte in dieser Altersgruppe leidet an der Erkrankung“ (Schwarz, 2009, S. 9).

Anhand dieser Aspekte wird deutlich, dass „durch diese [demografische] Entwicklung ... auch die Zahl Demenzerkrankter kontinuierlich steigen“ (Schwarz, 2010, S. 10) wird. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Erkrankten in zwanzig Jahren bereits um 50% gestiegen sein wird und sich in dreißig Jahren sogar verdoppelt haben wird (Schwarz, 2009, S. 10).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert in Europa eine „Ausweitung und breite Integration von Palliative Care in das gesamte Gesundheitssystem, darunter auch in Alten- und Pflegeheime“ (DGP-AG, 2008, S.1).

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden Anstieg der demenziell Erkrankten in der Gesellschaft stellt die Forderung der WHO eine Herausforderung für alle am Leben der Erkrankten Beteiligten dar. Der palliative Anteil der

Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz muss bestimmt, beschrieben und eingegrenzt werden um integriert zu werden.

In dieser Ausarbeitung geht die Autorin zunächst auf die Handlungsprinzipien von ‚Dementia Care‘ und ‚Palliative Care‘ ein. Anschließend verdeutlicht sie die Integration des palliativen Gedankens in den Umgang und die Versorgung von Menschen mit Demenz. Im Fazit deckt die Autorin weitere Handlungsbedarfe diesbezüglich auf.

## **2. Dementia Care und Palliative Care – eine Frage der Haltung**

Eine grundlegende Voraussetzung, um sich mit dem Thema der palliativen Versorgung demenziell Erkrankter auseinander zu setzen, ist eine Erklärung der Begrifflichkeiten und eine Erläuterung der Umsetzung von ‚Dementia Care‘ und ‚Palliative Care‘. Ein besonderes Augenmerk legt die Autorin an dieser Stelle auf die Haltungen von Pflegenden und Betreuenden. Diese Haltungen sind für den Erfolg beider Konzepte von fundamentaler Bedeutung.

### **2.1 Dementia Care**

Der Begriff Demenz setzt sich aus den lateinischen Worten ‚mens‘ (= Verstand) und ‚de‘ (= abnehmend) zusammen. Demenz bedeutet also so viel wie abnehmender Verstand. Es handelt sich um „eine über sechs Monate anhaltende Störung der höheren Hirnfunktionen“ (Grond, 2009, S. 14).

Unter dem Begriff der Demenz werden unterschiedliche Arten und Formen der Erkrankung zusammengefasst. Diese verschiedenen Formen obliegen unterschiedlichen Ursachen und zeigen verschiedene Symptome im Verlauf der Erkrankung. Auch der Verlauf und die Stadieneinteilung sind von der jeweiligen Form abhängig und individuell geprägt. „Dauer und Verlauf der Demenzstadien können individuell schwanken“ (DGP-AG, 2008, S.1). Somit gestaltet sich der Krankheitsverlauf weder stringent noch standardisiert, sondern variiert von Mensch zu Mensch. Alle Formen der Demenz zeigen einen chronisch progredienten Verlauf, welcher zeitlich nicht eingrenzbar bzw. vorhersehbar ist. Die Beschreibung verschiedener Formen und Arten von Demenz, Schweregradeinschätzung in Form von Assessments, Dauer und Verläufe der Erkrankung, klammert die Autorin in dieser Ausarbeitung bewusst aus und setzt sie als bekannt voraus.

Es gibt zahlreiche Faktoren, die das klinische Erscheinungsbild und den Verlauf der Demenz beeinflussen (Multimorbidität, interkurrente Akuterkrankungen, iatrogene Störungen, Betreuungs- und Umgebungsfaktoren, biographische Ereignisse). Diese Faktoren machen die Betreuung und Versorgung demenziell Erkrankter im multiprofessionellen Team unabdingbar. Alle an diesem Team beteiligten Personengruppen bezeichnet die Autorin im Folgenden Betreuende und Pflegende (DGP-AG, 2008, S.1).

Die Herangehensweise der Pflegenden und Betreuenden von Menschen mit Demenz muss an die Individualität der Erkrankung angepasst erfolgen. Sowohl Form, Verlauf

und individuelle Symptome müssen im Umgang berücksichtigt werden. Jede Art von Umgang mit demenziell Erkrankten muss zusätzlich mit einer adäquaten und angepassten Haltung dem Erkrankten gegenüber passieren. „Unter einer Haltung versteht man die ethisch und affektiv bestimmten Überzeugungen und inneren Einstellungen eines Menschen, beispielsweise zu Situationen und zu Personen, sowie deren Auswirkungen auf der Ebene des Verhaltens und des Auftretens“ (Wißmann et al., 2007, S. 16). Nur durch bestimmte Haltungsmuster ist ein Zugang zum Menschen mit Demenz, ein Beziehungsaufbau, überhaupt möglich und einem herausfordernden Verhalten eines Erkrankten entgegenzutreten. „Jeder Beziehungsprozess bedarf einer zulassenden Haltung, um das Ausleben von Situationen zu ermöglichen, einer unaufdringlichen Präsenz, um Bindungsimpulse aufzunehmen und einer Sorgehaltung für die Grenzen und Möglichkeiten des Anderen“ (BMG, 1006, S. 33).

Nimmt der Pflegende bzw. der Betreuende eine person-zentrierte Haltung gegenüber dem Menschen mit Demenz ein, ist ein Beziehungsaufbau möglich. Diese Haltung ist durch Aspekte der Zuwendung (engl. Caring) gekennzeichnet (Grond, 2005, S. 106). Die Kennzeichen dieser Haltung in Form von Zuwendung lassen sich folgendermaßen darstellen:

Eine uneingeschränkte Wertschätzung der Menschenwürde ist von grundlegender Bedeutung und gesetzlich verankert. „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Art. 1, GG). In Bezug auf die Demenz ist eine bedingungslose Wertschätzung des erkrankten Menschen gemeint. Die betreuende Person verhält sich dem Erkrankten gegenüber echt und emotional kongruent, wendet sich dem Erkrankten zu, achtet ihn und seine Entscheidungen, vermittelt und sorgt sich um das Wohlbefinden, akzeptiert vorbehaltlos Gefühle und steht dem Erkrankten und seiner Biographie empathisch und einfühlsam gegenüber (Grond, 2005, S. 106). Dieses Entgegenkommen und Einfühlen in Form von „Wertschätzung, Respekt, Toleranz beziehen sich auf die Person mit Demenz, nicht auf ihr Verhalten“ (Grond, 2005, S. 107). Der Mensch steht bei jeder seiner Handlungen im Vordergrund und wird von Pflegenden und Betreuenden unabhängig seines Verhaltens in seinem Sein akzeptiert. Eine Grundvoraussetzung für ein kongruentes Entgegenkommen, ist die Akzeptanz des eigenen Fehlverhaltens und der Wertschätzung eigener Fehler und Schwächen von Betreuenden. „Wer sich selbst als wertlos und unzulänglich betrachtet, kann andere nicht als wertvoll ansehen“ (Grond, 2005, S. 107). Der Betreuende verhält sich dem Erkrankten gegenüber aufrichtig, echt und authentisch.

tisch in allen verbalen und non-verbalen Kommunikationsformen. Die Realität, die der demenziell Erkrankte wahrnimmt, wird als solche akzeptiert und mit der Gegenwart verknüpft. Der Betreuende leistet Gefühlsarbeit durch einfühlsames Verstehen. Er begreift die Welt des Menschen mit Demenz durch ein einführendes und nicht-wertendes Verstehen. Er erfasst die Erlebnisse und Gefühle des anderen und dessen persönliche Bedeutung auf eine sensible Art und Weise, auch wenn die Gefühle des Erkrankten verschwommen sind und er nicht in der Lage ist diese konkret zu äußern bzw. zu zeigen (Grond, 2005, S. 107-111). Die Erreichung von Wohlbefinden und Lebensqualität des Betroffenen steht im Fokus jeglichen Handelns. „Wohlbefinden ist der entscheidende Ausdruck der subjektiv empfundenen Lebensqualität“ (BMG, 2006, S. 29). Auch herausforderndes Verhalten kann an dieser Stelle ein Ausdruck von Wohlbefinden sein und somit zur Lebensqualität beitragen. Die pflegerische Aufgabe ist es, dieses Verhalten dahingehend zu interpretieren und zu akzeptieren (BMG, 2006, S. 29). Da sich herausforderndes Verhalten oftmals biographisch erklären lässt, versteht der Betreuende den demenziell Erkrankten aus seiner Biographie heraus, er arbeitet biographische Ereignisse auf und kann so den gewohnten Lebensstil und Erinnerungsarbeit vermitteln und leisten (Grond, 2009, S. 121). Um den Menschen mit Demenz verstehen zu können, werden stets sowohl verbale, als auch non-verbale Kommunikationsaspekte berücksichtigt (Grond, 2009, S. 123).

Jegliche Missachtung dieser Haltungskennzeichen im Umgang mit demenziell Erkrankten provoziert eine Antwort in Form von herausforderndem Verhalten. Durch den zunehmenden Kontrollverlust und die Einbuße der Ich-Identität, mit dem die Betroffenen zu kämpfen haben, wächst die Zahl an Bedürfnissen. Bei Nichtbefriedigung dieser Bedürfnisse kann kein Gefühl des Wohlbefindens erlangt werden, was wiederum zu herausfordernden Verhaltensweisen seitens der Erkrankten führt. „Menschliches Verhalten ist immer das Ergebnis eines komplexen Prozesses, der subjektiv gestaltet wird und bewusste und unbewusste Aktionen/Reaktionen beinhaltet“ (BMG, 2006, S. 28).

## **2.2 Palliative Care**

Der Begriff Palliativ Care ist aus dem Englischen ins Deutsche übernommen worden. Es geht um ein praktiziertes Handlungsprinzip, welches nicht an äußere, formale Strukturen gebunden ist und sich für die Handlungsweise der Hospizbewegung durchgesetzt hat. „Es ist ein schwer zu übersetzender Begriff. In ‚palliativ‘ steckt das lateinische Wort ‚pallium‘, der Mantel. Ins Deutsche übersetzt könnte Palliative Care also heißen: liebe-

voll-umhüllende Fürsorge für Menschen in der letzten Lebenskrise“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 7).

Im Jahr 2002 veröffentlichte die WHO die Publikation ‚National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines‘. Zu diesen Rahmenempfehlungen gehörte auch die folgende Definition von Palliative Care (S. 84):

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patient’s illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.”

Aus dieser Definition geht deutlich hervor, dass die WHO den ursprünglichen Hospizansatz erweitert. Palliative Care findet nicht erst am Lebensende eines Menschen Berücksichtigung, sondern findet auch dann Anwendung, wenn kurative Maßnahmen das Wohlbefinden des Erkrankten nicht mehr ausreichend herstellen können (Napiwotzky & Student, 2011, S. 10).

Palliative Care ist durch fünf inhaltliche Kennzeichen geprägt:

1. „Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes.
2. Der Gruppe der Betroffenen steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung.
3. Die Mitarbeit freiwilliger Begleiterinnen und Begleitern.
4. Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle.
5. Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 9).

Eines der Kennzeichen von Palliative Care ist die Arbeit im multiprofessionellen Team. Aufgrund der Vielfalt an Lebensbedürfnissen, die ein Sterbender in dieser kritischen Lebensphase mit sich bringt, kann eine adäquate Versorgung ausschließlich ein entsprechend ausgerüstetes Team gewährleisten (Napiwotzky & Student, 2011, S. 9). Als Basis dieses multiprofessionellen Teams ist in der Palliative Care die Haltung der einzelnen Mitglieder entscheidend für den Erfolg der Versorgung. „Diese Haltung umfasst Fähigkeiten wie menschliche Wärme, Einfühlsamkeit und wohlthätige Einstellung“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 36). Besonders am Lebensende geben diese Fähigkeiten dem Sterbenden Halt. Die erforderlichen Maßnahmen, um die Lebensqualität des Kranken zu verbessern, ergeben sich aus seinen individuellen Bedürfnissen (Napiwotzky & Student, 2011, S. 36-37). Die in der palliativen Versorgung gelebte Haltung, ist durch ein Miteinander geprägt, durch „eine Solidarität von Menschen, die in dem Bewusstsein ihrer eigenen Sterblichkeit leben“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 38). Nur wer sensibel für die eigenen Bedürfnisse ist, kann diese auch auf andere Menschen antizipieren und transferieren. Um empathisch handeln zu können, ist die Wahrnehmung der eigenen Person mit Grenzen und Ängsten unabdingbar. Durch eine offene Haltung dem zu Begleitenden gegenüber, können Ähnlichkeiten festgestellt werden und sowohl Gemeinschaftsgefühl, als auch Solidarität werden gestärkt. Der Kranke wird jedoch auch in seinem Anderssein akzeptiert und wertgeschätzt, was einen liebevollen Umgang gewährleistet. Die eigene Sinnfindung und spirituelle Suche wird durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit angeregt. „Wir begreifen die Menschen, die wir betreuen nicht als Summe von Krankheiten und Defekten, sondern auch als geistige Wesen. .... Wir versuchen [die Sterbenden und Schwerkranken] mit ihrer je eigenen Lebensgeschichte, ihrer Individualität, ihrem Gefühlsreichtum, ihren Eigenheiten, ihren Begabungen, Einschränkungen und Verlusten wahrzunehmen“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 38). Den Kranken werden durch die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse der Respekt und die Würde entgegengebracht, auf die sie

angewiesen sind. „Das Angewiesensein ist besonders deutlich am Anfang und am Ende unseres Lebens“ (Napiwotzky & Student, 2011, S. 39). Im pflegerischen Bereich wird diese Haltung besonders anhand der drei Pflegekompetenzen ‚Wahrnehmen‘, ‚Verstehen‘ und ‚Schützen‘ deutlich.

Wahrnehmen: Geist, Körper und Seele werden als Einheit begriffen. Bedürfnisse und Gewohnheiten von Kranken und Angehörigen werden umfassend wahrgenommen. Die Betreuung erfolgt ohne den Anspruch zu erheben immer für alles eine Lösung zu haben.

Verstehen: Wertschätzend mit dem Betroffenen kommunizieren. Unterstützung als Vermittler der Bedürfnisse im multiprofessionellen Team. Hilfestellungen leisten unter Beachtung der aktuell verfügbaren Fähigkeiten. Eine kooperative Pflegesituation herstellen.

Schützen: Verpflichtung gegenüber dem Kranken, seiner Angehörigen und sich selbst bewusst erleben. Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Wünsche und Bedürfnisse des Kranken in den Vordergrund stellen. Symptomkontrolle gewährleisten (Napiwotzky & Student, 2011, S. 26-29).

### **3. Demenz als Erkrankung mit palliativen Bedürfnissen erkennen**

Ursprünglich galten der palliative Gedanke und das Handlungsprinzip Palliative Care, Menschen in ihrer letzten Lebenskrise zu begleiten und zu versorgen. Deshalb lag der Fokus von Palliative Care zunächst besonders auf Menschen mit Tumorerkrankungen in der Terminalphase ihrer Erkrankung. „Üblicherweise wird Palliativversorgung zu- meist denjenigen angeboten, die an Tumorerkrankungen leiden. Dies geschieht zum Teil deswegen, weil der Verlauf dieser Krankheiten vorhersagbarer ist ... Eine Folge dessen war die Vorstellung, dass Palliativversorgung nur für die letzten wenigen Wochen des Lebens relevant ist und dass diese nur von spezialisierten Diensten geleistet werden kann“ (WHO, DPG 2008, S. 17).

Um die Erkrankung ‚Demenz‘ mit dem Handlungsprinzip der Palliative Care in Beziehung zu setzen, ist jedoch ein Umdenken erforderlich. Diesbezüglich fordert nicht zuletzt die WHO (2004, S. 33) eine gesellschaftliche Reaktion: „A substantial body of opinion recognizes that this model of care now needs to be adapted for other patients on the basis of need rather than diagnosis or prognosis“. Zudem fordert die WHO die Integration des palliativen Gedanken in alle Settings des Gesundheitswesens, auf der Grundlage der positiven Erfahrungen von Palliative Care im Bereich der Pflege von Tumorerkrankten (WHO, 2004, S. 33-34).

Eine Modellerkrankung für diese Forderung von palliativer Versorgung von Nicht-Tumorpatienten stellt die Demenz dar. Die palliative Versorgung kann in allen Erkrankungsstadien der Demenz Anwendung finden, unabhängig von Dauer und Ausprägung der Stadien (DGP-AG, 2008, S. 1).

Den Begründungsrahmen liefert die Unheilbarkeit der Erkrankung. Bereits mit der Diagnosestellung wird ein Urteil ausgesprochen, ein Urteil, das „nicht mehr rückgängig zu machen ist“ (Wißmann, 2010, S. 48). Im Gegensatz zu einer Krebserkrankung wird dem Betroffenen bei der Mitteilung der Diagnose jegliche Hoffnung auf Heilung geraubt. „Sobald der Urteilsspruch gefallen ist, wissen die Betroffenen, was ihnen bevorsteht“ (Kojer & Schmidl, 2011, S. 2). Der palliative Versorgungsbedarf von Menschen mit Demenz muss unabhängig von ihrer verbleibenden Lebenserwartung ermittelt werden. Der Beginn dieser Bedürfnisse ist nicht als zeitlicher Fixpunkt zu begreifen, sondern der Krankheitsverlauf muss als Prozess verstanden werden (DGP-AG, 2008, S. 1). „Die palliative Begleitung Demenzkranker beginnt mit dem Kennenlernen“ (Kojer,

2010, S. 318). Die Entwicklung verschiedenster palliativer Bedürfnisse ergibt sich aus dem Krankheitsprozess heraus. Charakteristisch für den Verlauf einer demenziellen Erkrankung sind die Chronifizierung und die Progredienz. Ein Bewusstsein gegenüber diesen Charakteristika ist unerlässlich, denn nur so kann der Krankheitsprozess als ein solcher verstanden werden. Ebenso wichtig ist die Einbindung aller an der Versorgung Beteiligten (multiprofessionelles Team) bei der Umsetzung von Palliative Care für demenziell Erkrankte. Eine abgestimmte und klare Kommunikation ist an dieser Stelle notwendig (DGP-AG, 2008, S. 1).

Die Arbeitsgruppe ‚Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten‘ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat in Anlehnung an die ‚Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care‘ des australischen ‚National Health and Medical Research Council‘ drei Schwerpunkte der palliativen Versorgung von Menschen mit Demenz herausgestellt. Der erste Schwerpunkt liegt aufgrund des oben beschriebenen Begründungsrahmens bereits auf der **Diagnosestellung** und der nötigen **Aufklärung**. Zu diesem Schwerpunkt gehören die „Festlegung der Behandlungsziele und des daraus resultierenden Bedarfs an präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen“ (DGP-AG, 2008, S. 2).

Die Betroffenen befinden sich auf der Schwelle zu ihrem letzten Lebensabschnitt, auch wenn zu diesem Zeitpunkt die zeitliche Dimension nicht ab- bzw. vorhersehbar ist. Die Diagnosestellung an sich, stellt eine Krise dar, welcher durch die notwendige Aufklärung entgegengewirkt werden kann. Um weiteren Krisen und Notfällen, welche die Erkrankung mit all ihren Facetten mit sich bringt, adäquat zu begegnen, ist die Festlegung von Zielen, Bedürfnissen und Wünschen in Form einer Kriseninterventionsplanung von Nöten. Nicht jeder Mensch entscheidet sich für den Weg die Grenzen seines Seins und seiner Autonomie in einer Patientenverfügung zu dokumentieren, welche hinzugezogen werden könnte. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung sind Menschen mit Demenz jedoch häufig noch in der Lage dazu, ihre Einstellungen zum eigenen Tod und zu ihrer letzten Lebensphase zu äußern. Ist dies nicht der Fall, müssen „die geplanten Maßnahmen ... für Krisen und Notfälle ... bei kognitiv veränderten Menschen ... dem (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen entsprechen“ (Schwermann, 2012, S. 852). Neben der Patientenverfügung und dem Notfallplan bei einwilligungsfähigen Menschen, ist besonders für Menschen mit Demenz der Kriseninterventionsplan das Instrument der Wahl um die Grundlage für eine fundierte palliative Versorgung zu schaffen (siehe Anhang A). Dieser Kriseninterventionsplan begleitet den Betroffenen von

Beginn an durch seinen gesamten Krankheitsprozess und kann ggf. angepasst, ergänzt und vervollständigt werden. Das multiprofessionelle Team wird bei der Anwendung des Plans einbezogen und gestaltet die Planung parallel zum Prozess der Erkrankung, gemeinsam (Schwermann, 2012, S. 852). „Durch ein effizientes Dokumentationswesen im Hinblick auf die palliative Versorgung kann sichergestellt werden, dass die erforderlichen und notwendigen Informationen für ein sicheres und individuelles Handeln übersichtlich zur Verfügung stehen“ (Schwermann, 2010a, S. 123).

In dieser Krankheitsphase wird die Parallelität von kurativer und palliativer Versorgung besonders deutlich. Je nachdem, wie der Betroffene über seinen Therapieverlauf entscheidet, finden beide Versorgungsformen nebeneinander, mit unterschiedlich starken Anteilen statt. „Die Vorstellung, dass palliativmedizinische und hospizliche Unterstützung und Versorgung zusammen mit potentiell kurativen Maßnahmen angeboten werden sollten, ist für Patienten und deren Familien nahe liegend, scheint manchen Medizinern hingegen radikal (WHO, DGP 2008, S. 17).

Der zweite Schwerpunkt der palliativen Versorgung von demenziell erkrankten Menschen findet laut der DGP-Arbeitsgruppe während der Phase der **Krankheitsprogression** statt. Es handelt sich um „die kontinuierliche Überprüfung und Festlegung der Behandlungsziele durch multiprofessionelle Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen unter gleichzeitiger Berücksichtigung kurativer und palliativer Maßnahmen“ (DGP-AG, 2008, S. 2). Neben der kurativen Behandlung von Komplikationen, stehen die Symptomkontrolle und –linderung im Vordergrund (DGP-AG, 2008, S. 2). Die Schmerzeinschätzung und –linderung gehört zu den sowohl wichtigsten, als auch schwierigsten Aspekten der Symptomkontrolle bei demenziell Erkrankten. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen und dem Verlust des Sprachvermögens, sind Menschen mit Demenz nicht immer in der Lage ihre Schmerzen „in der allgemein üblichen Weise [zu] kommunizieren“ (Kojer, 2010, S. 313). Mit einem fundierten Schmerzmanagement kann dieser Herausforderung entgegnet werden (Schwermann, 2010b, S. 45-50). Zusätzlich finden Angehörigenarbeit und der Erhalt einer Beziehungskultur in dieser Krankheitsphase Anwendung (DGP-AG, 2008, S.2).

Das **Lebensende** bezeichnet den dritten Schwerpunkt der Palliativversorgung. Der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität auch in Todesnähe ist kennzeichnend für diese Krankheitsphase und beschreibt das Behandlungsziel. Die palliative Versorgung wird intensiviert. Aufgrund von eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit der Sterben-

den, sind Fallbesprechungen des multiprofessionellen Teams in regelmäßigen Abständen notwendig. Es findet „Sterbebegleitung unter Beachtung des situativen Erlebens bei Demenz“ (DGP-AG, 2008, S. 2) statt. Sowohl vor und während des Sterbeprozesses, als auch nach dem Tod beim Trauerprozess, wird die Begleitung der Angehörigen berücksichtigt (DGP-AG, 2008, S. 2).

Die Übergänge der einzelnen Schwerpunkte sind fließend zu betrachten (DGP-AG, 2008, S.1). Integriert in alle drei Schwerpunkte ist die Haltung. In dem besonderen Fall der palliativen Versorgung von Menschen mit Demenz setzt sich diese Haltung gegenüber dem erkrankten Menschen und seinem Verhalten, aus den beiden sehr ähnlichen Haltungsansätzen der Dementia Care und der Palliative Care zusammen. Werden die Haltungsmerkmale beider Handlungsprinzipien im Umgang mit demenziell Erkrankten berücksichtigt und wird eine vertraute „Umgebung, die fachlich und menschlich kompetente palliative Betreuung gewährleistet, [geschaffen], [so] sterben die meisten (aber nicht alle!) schwer dementen Patienten einen ruhigen und friedlichen Tod“ (Kojer, 2010, S. 319).

#### 4. Fazit

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Themen ‚Dementia Care‘ und ‚Palliative Care‘ ist der Autorin die gesellschaftliche Brisanz und Aktualität der beiden Handlungsprinzipien deutlich geworden. Die Menge an aktueller Literatur zu diesen Themen beweist ein deutliches gesellschaftliches Interesse.

Die Autorin hat sich zusätzlich zu der in dieser Ausarbeitung angegebenen Literatur, mit den vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geforderten Sterbekonzepten einzelner Altenpflegeheime beschäftigt. Die Schwerpunktsetzungen in diesen Sterbekonzepten zeigen laut Meinung der Autorin, ein eindeutiges Defizit im Praxistransfer des palliativen Gedankens auf. Nur sehr vereinzelt ist in diesen Konzepten konkret die Rede von der Integration von Palliative Care, auch wenn Ansätze in der beschriebenen Umsetzung des Konzeptes zu erkennen sind. Der Umgang mit sterbenden demenziell Erkrankten findet ebenso wenig Beachtung. An dieser Stelle verzeichnet die Autorin eindeutig weiteren Handlungsbedarf in Form von Aufklärung und Fort- und Weiterbildung auf institutioneller Ebene. Ein weiteres Indiz für den noch nicht stattgefundenen Transfer und die fehlende Akzeptanz sieht die Autorin durch die fehlende Integration von Palliative Care in den ‚Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege‘ des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2006. Zwar wird sinngemäß der palliative Gedanke berücksichtigt, genannt wird er jedoch nicht explizit. Nach Meinung der Autorin ist eine Überarbeitung und Aktualisierung der Rahmenempfehlungen mit einer Integration von Palliative Care als Antwort auf herausforderndes Verhalten demenziell Erkrankter notwendig.

Ferner muss generell eine konkretere Auseinandersetzung mit den handlungsleitenden Zielsetzungen von Palliative Care im Gesundheitswesen geschehen, um die Themen Tod und Sterben als einen Teil des Lebens zu verstehen und somit als aktives Arbeitsfeld zu erkennen. Ein Ansatz wäre die Integration von Palliative Care und entsprechender Umsetzung in Ausbildungs- und Fortbildungscurricula. Die gewünschte Ausbreitung und Anwendung in allen pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Bereichen, unabhängig von Profession und Setting könnte somit auf lange Sicht von Erfolg gekrönt sein.

## 5. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa\\_redaktion\\_bak/pdf\\_publicationen/Forschungsbericht\\_Rahmenempfehlungen\\_Umgang\\_Demenz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf) [16.01.2013]
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.-Arbeitsgruppe (DGP-AG) „Nicht-onkologischer Palliativpatient“ (04.11.2008). Palliativer Versorgungsbedarf bei demenziell Erkrankten [Arbeitspapier]. Verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/altenpflege-mit-dhpv.html> [12.01.2013]
- Grond, E. (2005). *Pflege Demenzkranker*. (3., vollständig überarbeitete Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Grond, E. (2009). *Pflege Demenzerkrankter*. (4. überarbeitete Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Kojer, M. (2010). Demenz und Palliative Care. In S. Kränzle, U. Schmid & C. Seeger (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 310-320). Heidelberg: Springer Medizin.
- Kojer, M. & Schmidl, M. (2011). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Wien: Springer.
- Napiwotzky, A & Student, J. (2011). *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen - schützen*. (2. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Schwarz, G. (2009). *Basiswissen: Umgang mit demenzkranken Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schwermann, M. (2010a). Kriseninterventionspläne für die vorbeugende professionelle Versorgung am Lebensende. In I. Lamp (Hrsg.), *Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten* (S. 122-127). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schwermann, M. (2010b). Instrumente für die Umsetzung eines fundierten Schmerzmanagements bei demenziell erkrankten Menschen. In I. Lamp (Hrsg.), *Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten* (S. 45-50). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schwermann, M. (2012). Entwicklung einer Palliativkultur im ambulanten Pflegedienst. In W. Eckart & M. Anderheiden (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde, Band 2* (S. 839-856). Berlin/ Boston: Walter de Gruyter.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Autor.

Wißmann, P., Eisenberger, S., Grambow, E., Koczy, P., Kruse, A., Kuhn, C., Margraf, K., Müller-Hergl, C., Riesner, C., Ulmer, E. & Zegelin, A. (2007). Hindernisse für Begegnungen. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Demenzkranken begegnen* (S. 13-24). Bern: Hans Huber.

Wißmann, P. (2010). Nicht mehr rückgängig zu machen. *Dr. med. Mabuse*, 184, 48-50.

World Health Organization (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: Autor.

World Health Organization (2004). *Better Palliative Care for older People*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2008). *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. Übersetzung der deutschen Fassung durch F. Nauk & B. Jaspers. Bonn: Pallia Med.

## Anhang A - Kriseninterventionsplan

**Kriseninterventionsplan**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung / Notfallplanung:  vorhanden, hinterlegt:

Bevollmächtigte ( r ) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

nicht vorhanden

Gesundheitsvorsorge:  vorhanden, hinterlegt:

Bevollmächtigte ( r ) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

nicht vorhanden

Betreuungsvollmacht:  vorhanden, hinterlegt:

Bevollmächtigte ( r ) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Bezugsperson / Angehörige ( r ) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Besondere Wünsche des Bewohners im Hinblick auf die palliative Begleitung:

Aufgrund einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung wurde der *sonstige* Wille erhoben. Gesprächsprotokoll vom: \_\_\_\_\_, hinterlegt:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Bezugspflegerkraft

Abbildung 1 Kriseninterventionsplan Teil 1 (Schwermann, 2012, S. 853)

### Kriseninterventionsplanung für die Palliativversorgung, Teil II (muss gemeinsam mit dem Arzt ausgefüllt werden)

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Praxis: \_\_\_\_\_ Tel. außerhalb: \_\_\_\_\_

Palliativarzt: \_\_\_\_\_ Tel. Praxis: \_\_\_\_\_ Tel. außerhalb: \_\_\_\_\_

Krankenhauseinweisung:  Ja  Nein

Antibiotikabehandlung:  Ja  Nein

Ernährung:  Ja  Nein

Art:

Bevorzugte Geschmacksrichtung:

Flüssigkeitsgabe:  Ja  Nein

Art:

Bevorzugte Geschmacksrichtung:

Essbiografie liegt vor:  Ja  Nein

Vorbeugende Krisenintervention für möglicherweise auftretende Komplikationen (individuell in Bezug auf die Diagnosen festlegen):

Mögliche Komplikationen	(Bedarfs-) Medikation	Pflegerische Maßnahmen
Schmerzen		
Unruhe, Angst		
Rasselatmung		
Delir		
Übelkeit, Erbrechen		
Sonstige:		

Spezielle Pflegeplanung:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift PatientIn oder Bevollmächtigter / BetreuerIn

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Bezugspflegerkraft

Abbildung 2 Kriseninterventionsplan Teil 2 (Schwermann, 2012, S. 854)

## Anhang B - Präsentation

# Dementia Care und die Integration des palliativen Gedankens

Präsentation im Modul V-WV-01: Umgang mit  
herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz  
Von Katrin Lauter

„Manches Mal wusste ich nicht, ob ich meine Mutter  
gerade im Leben oder im Sterben begleite.

Bis mir klar wurde, dass es eigentlich keinen  
Unterschied gibt.

Es geht doch in jedem Fall darum, jede Minute des  
Lebens lebenswürdig zu gestalten. Es geht darum, dass  
ein Mensch sich wohl fühlt. Dass er oder sie nicht mehr  
tun muss, als sie kann. Aber dass wir alles unterstützen,  
damit sie ihre Person zum Ausdruck bringen kann. Dass  
wir sie in der Lebenswirklichkeit, in der sie sich gerade  
befindet, ernst nehmen – im Leben und im Sterben.“

Geertje Froken-Bolle

# Agenda

## Demenz

- Begriffserklärung
- Charakteristika

## Dementia Care

- Umgangsformen
- Haltung
- Ziele

## Palliative Care

- Begriffserklärung
- Historische Anfänge
- Definition
- Kennzeichen
- Haltung

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

- Begründungsrahmen
- Modellerkrankung Demenz
- Schwerpunkte der palliativen Versorgung

## Fazit

3

# Demenz

## Begriffserklärung (Latein):

- ‚mens‘ = Verstand
- ‚de‘ = abnehmend
  - ➔ Gleichbedeutend mit abnehmender Verstand oder chronisch fortschreitender Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten
- Unterschiedliche Arten und Formen mit individuellen Ursachen, Verläufen, Stadien und Symptomen
  - ➔ variabel und individuell

## Gemeinsamkeiten:

- Chronifizierung
- Progredienz

(Grond, 2005, S. 16)

4

# Demencia Care

Berücksichtigung der individuellen Ausprägung der Erkrankung

→ Beeinflussung des klinischen Erscheinungsbildes und des Verlaufs durch:

- Multimorbidität
- Interkurrente Akuterkrankungen
- Iatrogene Störungen
- Betreuungs- und Umgebungsfaktoren
- Biographische Ereignisse

(DGP-AG, 2008, S. 1)

5

# Demencia Care

Gemeinsamkeiten im Umgang:

- Arbeit im multiprofessionellen Team
- Person-zentrierte Haltung

(DGP-AG, 2008, S. 1; Grond, 2005, S. 106)

6

## Demencia Care - Haltung

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

(Art. 1, GG)

Kennzeichen von Zuwendung:

- Bedingungslose Wertschätzung entgegenbringen
- Kongruent und authentisch begegnen
- Wohlbefinden erzeugen
- Gefühle akzeptieren
- Empathisch und einfühlsam verstehen
- Biographische Hintergründe berücksichtigen
- Verbal und non-verbal kommunizieren
- Nicht wertend gegenüberreten
- Eigene Fehler und Schwächen akzeptieren

(Grond, 2005, S. 106-111; BMG, 2006, S. 29)

7

## Demencia Care - Haltung

Ziele:

- Beziehungsaufbau gestalten
- Lebensqualität erhalten
- Herausforderndem Verhalten gegenüberreten bzw. vorbeugen

(Grond, 2005, S. 106-111; BMG, 2006, S. 29)

8

# Palliative Care

## Begriffserklärung (Latein):

- ‚pallium‘ = Mantel
  - ➔ Übersetzung: liebevoll-umhüllende Fürsorge für Menschen in der letzten Lebenskrise

## Erläuterung:

- Praktiziertes Handlungsprinzip
- Nicht an äußere, formale Strukturen gebunden
- Handlungsweise der Hospizbewegung

(Napiwotzky & Student, 2011, S. 7)

9

# Palliative Care

## Beginn der Hospizbewegung bereits im 19. Jahrhundert:

- Angelsächsischer Raum
- ‚hospices‘
- Führt Schattendasein

## 1967:

- Eröffnung des St. Christopher's Hospice
- Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders
- „Wir werden alles tun, um Ihre Beschwerden zu lindern und wir werden Sie niemals alleine lassen - es sei denn Sie möchten das.“ (Cicely Saunders, 1993)



(Napiwotzky & Student, 2011, S. 6; Abb.: [www.oncoprof.net](http://www.oncoprof.net))

10

# Palliative Care

## Definition der Weltgesundheitsorganisation (2002):

„Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verbunden sind. Dies geschieht durch die Verhütung und Erleichterung von Leidenszuständen, indem Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt eingeordnet werden.

Palliative Care...

- bietet Entlastung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen an; - betont das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess;
- hat die Absicht, den Eintritt des Todes weder zu beschleunigen noch ihn hinauszuzögern;
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Fürsorge für den Patienten
- bietet ein Unterstützungssystem an, das es dem Patienten ermöglicht, sein Leben so aktiv wie möglich bis zum Tode zu leben;
- bietet ein Unterstützungssystem für Familien an, um die Belastungen während der Krankheit des Patienten und der eigenen Trauer zu bewältigen;
- nutzt einen Teamansatz, um den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie zu begegnen, was die Trauerberatung - soweit erforderlich - einschließt;
- will die Lebensqualität verbessern und kann den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen;
- wird bereits früh im Verlauf der Erkrankung angewandt, in Verbindung mit anderen Therapieformen, die darauf abzielen, das Leben zu verlängern, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung und schließt solche Untersuchungen ein, die dazu dienen, belastende klinische Komplikationen besser zu verstehen und damit umzugehen.“

(WHO, Napiwotzky & Student, 2011, S. 10)

11

# Palliative Care

## Erweiterung gegenüber dem ursprünglichen Hospizansatz:

- Einsatz von Palliative Care nicht erst in den letzten Lebenswochen/ -monaten, sondern immer dann, wenn rein kurative Maßnahmen kein Wohlbefinden mehr erzeugen können.

(Napiwotzky & Student, 2011, S. 10)

12

# Palliative Care

Fünf gemeinsame Kennzeichen von Palliative Care und Hospizarbeit:

- 1) Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes.
- 2) Der Gruppe der Betroffenen steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung.
- 3) Die Mitarbeit freiwilliger Begleiterinnen und Begleiter.
- 4) Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle.
- 5) Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe.

(Napiwotzky & Student, 2011, S. 9)

13

# Palliative Care - Haltung

Respektvoller und würdevoller Umgang durch:

- Menschliche Wärme geben
- Empathisch und einfühlsam handeln
- Wohltätige Einstellung
- Lebensqualität erhalten und fördern
- Bedürfnisse wahrnehmen
- Eigene Sterblichkeit/ Endlichkeit bewusst machen

Pflegerische Kernkompetenzen:

- Wahrnehmen
- Verstehen
- Schützen

(Napiwotzky & Student, 2011, S. 36-39)

14

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

### Begründungsrahmen

Forderungen der WHO (2004):

- Ausbreitung und Implementierung von Palliative Care in alle Bereiche des Gesundheitswesens
- Palliative Care nicht mehr nur als Versorgungsform von Menschen mit Tumorerkrankungen verstehen
- Unabhängig von spezialisierten Diensten

(WHO, 2004, S. 17-34)

15

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

### Modellerkrankung Demenz

- Unheilbare Erkrankung
- Bereits bei Diagnosestellung ist (zeitlich unabhängige) Prognose möglich, Beginn der letzten Lebensphase ist unausweichlich
- Palliativer Versorgungsbedarf anhand von Bedürfnissen ermitteln, unabhängig von verbleibender Lebenserwartung
  
- Krankheitsverlauf (in jedem Fall progredient) muss als Prozess verstanden werden
- Entwicklung der palliativen Bedürfnisse ergibt sich aus dem Prozess heraus
- Arbeit im multiprofessionellen Team ist unerlässlich

(DGP-AG, 2008, S. 1; Kojer & Schmidl, 2011, S. 2)

16

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

### Schwerpunkte der palliativen Versorgung

1

#### Diagnose und Aufklärung:

- Diagnosestellung und Aufklärung
- Erkennen einer Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Einleiten eines kontinuierlichen Dialogs über die Betreuung in den einzelnen Krankheitsphasen, über Therapiemöglichkeiten, Voraussetzungen, etc.
- Information der Angehörigen
- Psychosoziale Begleitung
- Erfassen und Behandeln von Symptomen
- Anlegen eines Kriseninterventionsplans

(DGP-AG, 2008, S. 2)

17

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

### Schwerpunkte der palliativen Versorgung

2

#### Krankheitsprogression:

- Behandlung von Komplikationen (kurativ)
- Symptomlinderung (z. B. Schmerzmanagement)
- Einzelfallüberprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- Angehörigenbetreuung
- Erhalt der Beziehungskultur (Validation, Basale Stimulation etc.)

(DGP-AG, 2008, S. 2)

18

## Integration von Palliative Care im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

### Schwerpunkte der palliativen Versorgung



#### Lebensende:

- Intensivierung der palliativen Versorgung und Festlegung der palliativen Therapieziele (Kriseninterventionsplan Teil II)
- Regelmäßige Fallbesprechungen (bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit)
- Sterbebegleitung unter Beachtung des situativen Erlebens die Demenz
- Kontinuierliche Angehörigenbegleitung

(DGP-AG, 2008, S. 2)

19

## Fazit

- Immense gesellschaftliche Brisanz und Aktualität
- Transfer des palliativen Gedankens in die Praxis noch ausbaufähig:
  - ➡ Sterbekonzepte in Altenpflegeheimen
  - ➡ Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege
- Konkretere Auseinandersetzung mit der Integration von palliativen Versorgungsformen in allen Bereichen des Gesundheitssystem
  - ➡ Ausbildungscurricula, spezielle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

20

## Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa\\_redaktion\\_bak/pdf\\_publicationen/Forschungsbericht\\_Rahmenempfehlungen\\_Umgang\\_Demenz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf) [16.01.2013]
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.-Arbeitsgruppe (DGP-AG) „Nicht-onkologischer Palliativpatient“ (04.11.2008). Palliativer Versorgungsbedarf bei demenziell Erkrankten [Arbeitspapier]. Verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/altenpflege-mit-dhpv.html> [12.01.2013]
- Grond, E. (2005). *Pflege Demenzkranker*. (3., vollständig überarbeitete Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Kojer, M. & Schmidl, M. (2011). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen*. Wien: Springer.

21

## Literatur

- Lamp, I. (2010). Die besondere Situation von sterbenden Menschen mit Demenz. In I. Lamp (Hrsg.), *Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten* (S. 45-50). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Napiwotzky, A & Student, J. (2011). *Palliative Care. Wahrnehmen - verstehen - schützen*. (2. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- World Health Organization (2004). *Better Palliative Care for older People*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

22

## **Erklärung zur Erstellung der Einzelarbeit**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**