



„Leben und Sterben im ewigen Augenblick!

Sterben Menschen mit Demenz anders?“ ©

*Palliative Care
und Demenz*

Dr. Stephan Kostrzewa

(Dr. rer. medic., Dipl. Sozialwissenschaftler, Altenpfleger)

Institut für palliative und gerontopsychiatrische Interventionen, Mülheim an der Ruhr



Was ist denn Palliative Care?

Laut WHO ist Palliative Care:

„Lindern eines weit fortgeschrittenen Krankheitsgeschehens mit begrenzter Lebenserwartung. Ziel von Palliative Care ist dabei die Lebensqualität zu steigern und das Wohlbefinden zu fördern. Palliative Care spricht den Betroffenen und seine Angehörigen als gemeinsamen Adressaten an“



Haben Menschen mit Demenz einen Palliativbedarf?

- Primäre Demenzen (z.B. Alzheimer) führen zu einer **begrenzten** Lebenserwartung
- Primäre Demenzen sind **nicht heilbar**
- Primäre Demenzen verlaufen **progredient**
- Die Demenz eines Betroffenen betrifft die **ganze Familie**
- Viele Betroffene haben neben der Demenz auch noch **weitere** chronische Krankheiten („Palliative Landschaft“)
- Die Diagnose Demenz macht **Angst**

1. Phase „Irritation und Ahnung“

(bei Demenz vom Alzheimer Typ)

- Störung im Kurzzeitgedächtnis
- Situative Orientierung ist gut
- Fassadentechnik (Floskeln) - Scham
- Kommunikation ist gut möglich
- Leichte Wesensveränderung
- Sozialer Rückzug als Schutz
- **Defizite** werden deutlich bemerkt
- **Angst** vor dem senilen Verfall steigt
- Gute **Reflexionsmöglichkeit** über Demenz (70 % der Betroffenen möchten die Diagnose erfahren Lämmler et. al. 2007, 50% der Ärzte teilen die Diagnose jedoch nur mit Clafferty et al. 1998) und über die Wünsche zum Sterben



2. Phase „Suchen und sich verlieren“

- Sprachstörungen (Wortfindungsstörungen)
- Zerfall der Sprache in Etappen
- **Unruhe** – ständig in Bewegung sein
- Einzelne Lebensabschnitte können nicht mehr erinnert werden (Langzeitgedächtnis schwindet zunehmend)
- **Reaktionen** auf Fehlleistungen (Wut, Depression, Resignation, Trauer etc.)

Palliativbedarf und Sterbebegleitung?

Wann entwickelt sich ein Palliativbedarf?

- Angemessene Vermittlung der Diagnose „Demenz“
- Empathischer Umgang mit der aufkommenden Angst
- Auffangen und informieren der Angehörigen von Beginn an (erst als Patient 2. Ordnung/ später als Kooperationspartner)

Wünsche für die Sterbebegleitung (nach z.B. S. Pleschberger/ A. Heller 1998):

- **Schmerzfreiheit**/ Nicht lange leiden müssen
- **Nicht** unbedingt **kontinuierlich** begleitet zu werden
- Nicht von **irgendjemand** begleitet zu werden
- Der Kontakt für die Begleitung geht vom Betroffenen aus
- Kontrolle behalten – **nicht fremdbestimmt** sein
- Sozial **integriert** sein
- „Gute Wohnverhältnisse“ (**Intimität**)
- Kommunikation über das Sterben



3. Phase „Leben im ewigen Augenblick“

- Bewegungsabläufe werden unsicher (häufige Stürze)
- Unpraktisches Handeln (Apraxie)
- Gegenstände und Personen werden zunehmend nicht mehr erkannt (Agnosie)
- Betroffener lebt fast nur noch in der Gegenwart („Leben im ewigen Augenblick“ Jan Wojnar)
- Fähigkeit zum intuitiven Einfühlen nimmt zu
- Nicht-Verstehen wird durch Einfühlen ersetzt
- Emotionale „Ansteckbarkeit“ nimmt zu



Wie erlebt der Betroffene das Phänomen „Sterben“?

- Der Betroffene kann seinen „Status“ als Sterbender zunehmend kognitiv immer weniger erfassen (Es schwindet das reife Todeskonzept – Wittkowski 1990)
- Sterben als eigenständige Gefühlsqualität?
- Sterben findet im „ewigen Augenblick“ statt
- „Emotionale Ansprechbarkeit“ über den Begleiter nimmt zu (*Spiegel-Neurone funktionieren weiterhin*)
- Die Symptomerkennung und -linderung wird immer schwieriger

Wie ist die Sterbebegleitung zu gestalten?

Als **Lebensbegleitung** im „*ewigen Augenblick*“:

- Biographische Orientierung
- Person-zentrierte Haltung (nach Tom Kitwood) ist eine palliative Haltung
- Konsequente Bezugspflege
- Frühzeitig einsetzende Angehörigenarbeit
- Pflege und Versorgung unter Anwendung der Basalen Stimulation (körpernaher Dialogaufbau)
- Spirituelles Angebot (wenn vertraute Symbole)
- Symptomlinderung mithilfe geeigneter Assessments (z.B.: bei Schmerz), z.B. BESD, BISAD oder ZOPA

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Noch Fragen?



Dr. Stephan Kostrzewa

Institut für palliative und gerontopsychiatrische Interventionen

Kontakt über: st.kostrzewa@arcor.de