



ST. JOSEPH-STIFT⁺
DRESDEN

MENSCHEN MIT DEMENZ AM LEBENSENDE

20. Sächsischer Geriatrietag
Dresden, 25.09.2021

Dr. med. Barbara Schubert

AGENDA

LEBEN MIT DEMENZ

DEMENTZ IN FORTGESCHRITTENEM STADIUM

DAS LEBENSENDE ERKENNEN

PROBLEME UND BEHANDLUNG

DER STERBENDE PATIENT

PALLIATIVE CARE



LEBEN MIT DEMENZ



Jahr	Häufigkeit Demenz in Deutschland
2000	900 000
2020	1,4 Mio
2050	2,3 Mio

Quelle: Weyerer, 2005

LEBEN MIT DEMENZ

- + zunächst Unglauben, dass es wirklich so ist
 - + „Wenn man es verkraftet hat, kommt da ganz viel schönes Leben raus!“ (Fr. S., an Alzheimer erkrankt)
 - + Offenheit ist wichtig
 - + Empathie, ohne Bevormundung
 - + LEBEN mit Demenz
 - + Leben AUSLOTEN
-
- + auch an die Zukunft denken
 - + vorsorgen

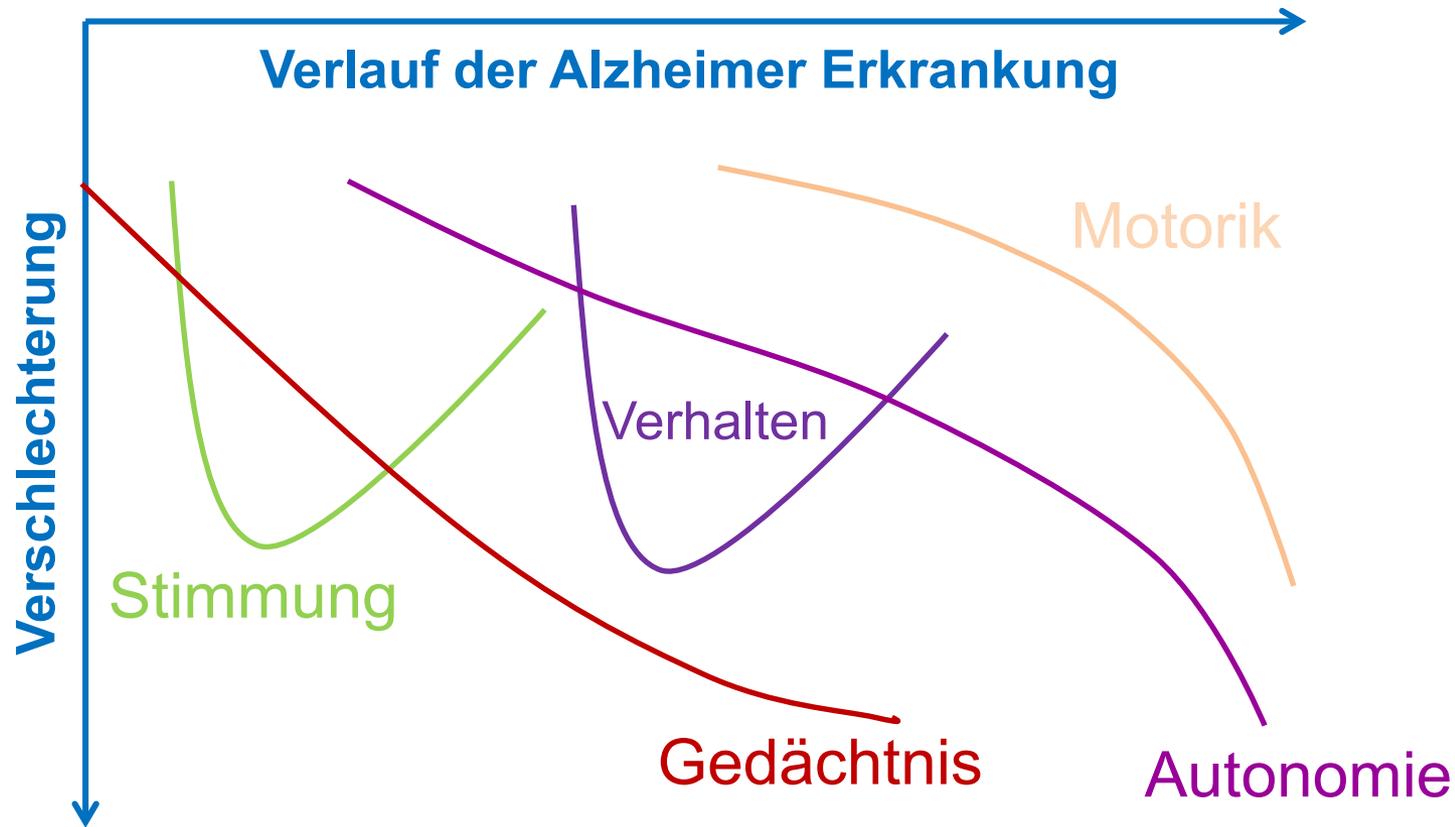


LEBEN MIT DEMENZ - HEUTE HABEN ALTE ALTE KINDER

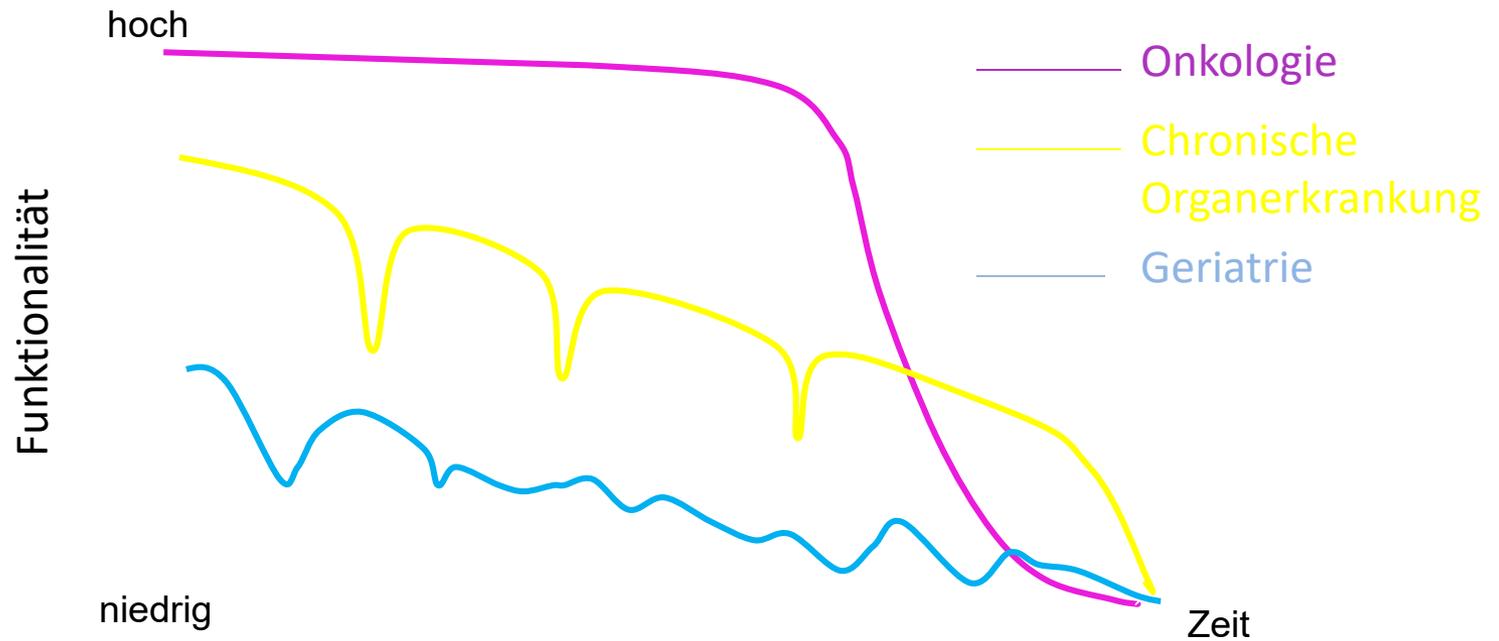


DEMENZ IN FORTGESCHRITTENEM STADIUM – VERLAUF UND PROGNOSE

Überleben nach ED: 8-10 Jahre (3-20 J.)



DAS LEBENSENDE ERKENNEN - VERLÄUFE AM ENDE DES LEBENS (MURRAY, S., BMJ 2008)



ADVANCE CARE PLANNING

+ WAS IST MIR WICHTIG?

+ Was möchte ich und was lehne ich ab?

+ Kenne ich alle Behandlungsmöglichkeiten?

+ Wer spricht für mich?

+ **REFLEKTIEREN**: Erfassen der Wünsche & Werthaltungen zu Pflege & Behandlung

+ **VERSTEHEN**: Einschluss oder Ablehnung von lebensverlängernden Maßnahmen – Indikationen und Möglichkeiten verstehen

+ **DISKUTIEREN**: Besprechung der Reflexionen und Möglichkeiten mit denjenigen, die den Plan auszuführen haben.

+ **FESTLEGEN**: Bestimmung einer vertretungsberechtigten Person bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit

ACPEL-Society: Advance Care Planning & End of Life Care
(2016): <http://acpelsociety.com/acpdefinition.php>



PROBLEME UND BEHANDLUNG

- + Immobilität – Zeichen für das drohende Lebensende
- + Infektionen - Immunsenium
- + Dysphagie – behandelbar? bleibend? Aspiration von Nahrung, Flüssigkeit, Speichel, wiederholte Aspirationspneumonien – nahes Lebensende, PEG meist nicht hilfreich
- + Unruhe, Delir - zunehmend bei jeder Zustandsverschlechterung
- + Vulnerabilität – kleine Probleme werden zu größeren (Sturz, auch ohne Verletzung, Stoffwechsellentgleisung, einfache Infektion, Ortswechsel, ...)
- + Probleme erkennen, wenn der Patient sie nicht mehr benennen kann – Assessment:
 - + „**Memorial Symptom Assessment Scale**“ (**MSAS**) erfasst 32 physiologische und psycho- logische Symptome in den drei verschiedenen Dimensionen Intensität, Häufigkeit und Belastung
 - + „**Rotterdam Symptom Checklist**“ (**RSCL**) ist ein Instrument, mit dem psychologische und physiologische Aspekte der Lebensqualität bestimmt werden können.

DER STERBENDE PATIENT IN HOHEM ALTER (ST. LORENZL, MÜNCHEN)

- + häufiger Demenz
 - + häufiger beeinträchtigte Kommunikation und Entscheidungsfähigkeit
 - + häufiger Dyspnoe
 - + längerer Verlauf, chronisch progredient
 - + Funktionsverlust im ADL-Bereich (Activities of daily Life)
 - + Kommunikation häufiger mit Familienmitgliedern
- + Trotz demenzieller Erkrankung ist der Schmerzbericht eines Patienten möglich und muss ernst genommen werden.

DER STERBENDE PATIENT MIT DEMENZ (HANSON, ERSEK; JAMA 2006)

- + Schmerzen (40 – 86 %)
- + Luftnot (11–75%)
- + Probleme mit der Ernährung (28–70%)
- + Delir (29–47%)
- + Inkontinenz für Harn und Stuhl (59 %)
- + laute, geräuschvolle Atmung (39 – 59 %)





„...Die Szenarien in der Nähe des Todes benötigen nicht Menschenwürde durch mehr Selbstbestimmung, sondern Menschenwürde in Schwäche.“

(Sass, Kielstein, 2003)

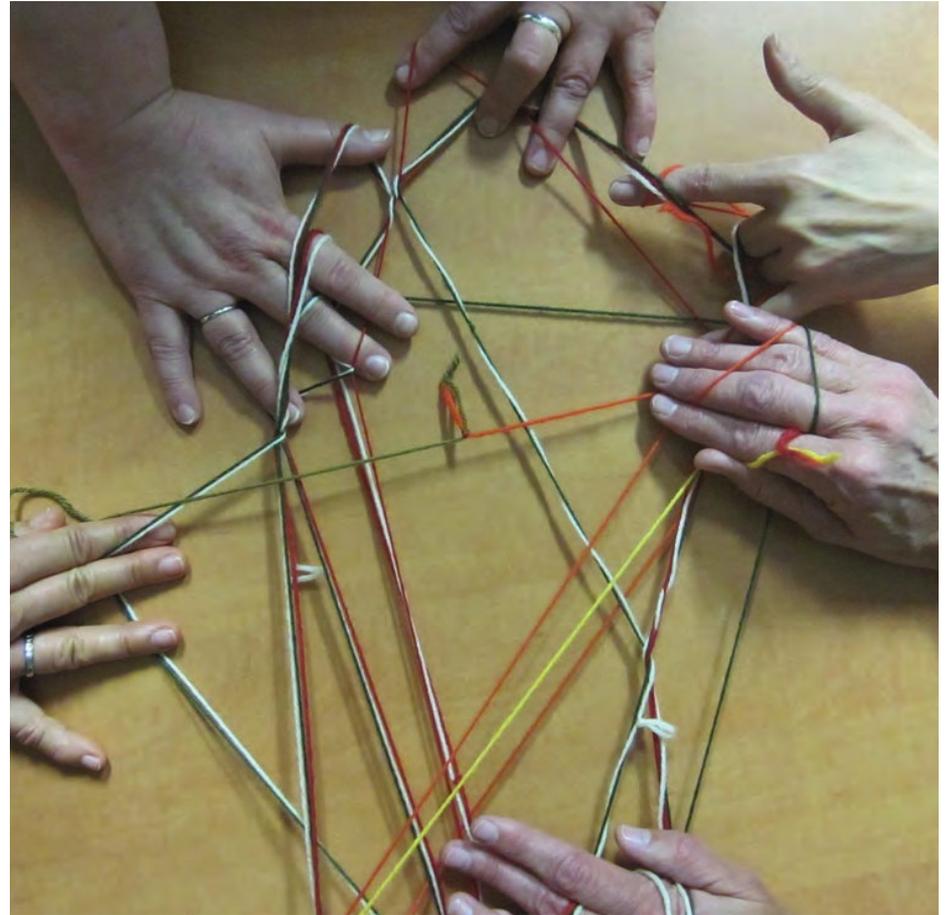
PALLIATIVE CARE

- + „Die Versorgung von Menschen am Lebensende führt nicht nur zur Aufgabe, die **Voraussetzungen für ein würdiges Sterben zu schaffen**. Hospizarbeit und Palliativversorgung lassen sich auch und vor allem vom Ziel leiten, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen **bei der Auseinandersetzung mit der Verletzlichkeit, der Endlichkeit und der Vergänglichkeit der menschlichen Existenz zu helfen und ein würdiges Leben im Vorfeld des Todes zu ermöglichen.**“ (DHPV, DGP 2012)
- + 30% der Hochbetagten haben einen palliativen Versorgungsbedarf, meist komplex und fachlich anspruchsvoll (Lindena, Woskanjan, Müller; 2011)
- + nicht erst in Todesnähe, sondern über einen variablen Zeitraum wegen Multimorbidität, fortgeschrittener Demenz und ihrer belastenden Folgen (Kojer, Heimerl; 2008)



PALLIATIVE CARE – WAS IST ZU TUN?

- + alltägliche Sinnstiftung
- + soziale Kontakte und Beziehungen pflegen
- + die Selbstbestimmung erhalten
- + die Intim- und Privatsphäre wahren
- + sich heimisch und sicher fühlen
- + im Austausch sein
- + und somit die Lebensqualität und Würde erhalten (vgl. Schenk 2010)



DAS LEBEN AUSHAUCHEN



Kloster Memleben

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT.



ST. JOSEPH-STIFT⁺
DRESDEN

KRANKENHAUS
ST. JOSEPH-STIFT DRESDEN
Wintergartenstr. 15 / 17
01307 Dresden
T 03 51 / 44 40-0
F 03 51 / 44 40-2405
info@josephstift-dresden.de
www.josephstift-dresden.de