

Palliative Care

Definition nach WHO

Palliare= umhüllen // **Pallium**= Mantel // **Care**= Sorge, Achtsamkeit, Pflege

Palliative Care wird im umfassenden Sinn als Oberbegriff verwendet, weil es in der deutschen Sprache keinen entsprechenden Begriff gibt.

Palliative Care ist ein Behandlungs- und Unterstützungskonzept, mit dem Ziel, die Lebensqualität von Patienten, die mit den Problemen einer progredienten, unheilbaren Erkrankung konfrontiert sind, und deren Nächsten zu verbessern.

Dies geschieht indem Leiden durch die rechtzeitige Identifikation und eine einwandfreie Beurteilung der Situation sowie der Behandlung von Schmerzen und weiteren Symptomen unter Berücksichtigung körperlicher, psychosozialer, seelischer und geistiger Dimensionen verhütet und gelindert wird.

Grundpfeiler

- **Der sterbende Mensch steht im Mittelpunkt**
(Integration psychologischer, sozialer, seelischer und geistiger Dimensionen)
- **Linderung und Förderung des Wohlbefindens**
(v. Schmerzen, Symptomen Angst und Leiden)
- **Pflegeeinheit**
(Der Patient und seine Nächsten werden als Pflegeeinheit betrachtet)
- **Multiprofessionelle Zusammenarbeit**
Notwendig um den Bedürfnissen der Patienten – einschliesslich Beratung, falls indiziert – gerecht zu werden.
- **Freiwillige**
Studenten, ausgebildete Personen in Betreuung und Begleitung
- **Leben und Sterben sind untrennbar**, Palliative Care hat weder zum Ziel, den Tod zu beschleunigen noch zu verzögern.

Auch beste Palliative Care lindert nicht alles Leiden und räumt die Komplexität, die Trauer und Betroffenheit rund um eine fortschreitende Krankheit nicht einfach aus dem Weg. Sie trägt aber dazu bei, die Qualität des Lebens bis zum Tod zu verbessern und sehr oft auch zu bereichern.

Vorausschauen in einer palliativen Situation oder zuvor

- Patientenverfügung erstellen
- Vereinbarungen über Bestattungswünsche
- Vermächtnisse (Testament)
- Pflege/Sterben zu Hause, Heim, Spital → Austrittsplanung
Ferienangebote – Entlastungsmöglichkeiten: Öffentliche und private Pflegezentren, Hospitze, Tageszentren, www.seniorennetz.ch
- Finanzielle Beratung
Sozialdienst der Spitäler/Wohngemeinden/Kirchgemeinde/Prosenectute

- Selbsthilfezentren
Zürich, Jupiterstrasse 42 – www.offenetuer-zh.ch / Pro Senectute /
Dargebotene Hand 143 / www.patient.ch

Kurzer Abriss zur Geschichte

- Spätes MA: Existenz von Hospizen in ganz Europa
- 1967 Beginn der Hospizbewegung – 1. Hospiz in London
- **1988** Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung – **1. freistehendes Hospiz in der Schweiz**: Fondation Rive Neuve
- **1990** Definiert die **WHO** Palliative Care
- **1991 Eröffnung der Palliativstation im Kantonsspital St. Gallen**
- **1995** Beginn der **Umsetzung von Palliative Care** in Einrichtungen der **Stadt Zürich**
- 1998 Entstehung verschiedener Palliative-Care-Bettenstationen in Spitälern und Heimen
- **2000** Gründung von **Palliative Care NETZWERK ZÜRICH**
- **2002** Lehrstuhl für Palliative Care in Lausanne eingerichtet.
- **2005 1. Welt-Palliative-Care-Tag am 8. Oktober**

Quellen:

- **Pflege Heute**
- **Wikipedia** Sterbephasen nach Kübler Ross
- **Den letzten Mantel mache ich selbst** – Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care, von: Susan Porchet-Munro, Verena Stolba, Eva Waldmann - Schwabe Verlag
- **Palliative Medizin, Pflege und Begleitung** – Leitfaden für Pflegende, Ärzte am Inselspital Bern, von: Arbeitsgruppe Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Inselspital Bern, Oktober 2001
- **Palliativzentrum am Kantonsspital St. Gallen**
<http://www.palliativ-sg.ch/>
- **Onko-Spitex Zürich** Pflegeleistung für Krebspatienten
<http://www.onko-spitex.ch/>
- **Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP)**
www.palliative.ch // Seebahnstrasse 231, 8004 Zürich, Tel 044 240 16 21
- **Palliative Care – Netzwerk Zürich**
www.pallnetz.ch // Adresse siehe oben

Rahmenbedingungen für die palliative Betreuung

Ziele im Spital

Patienten und Angehörige fühlen sich auf der Abteilung wohl
Wünsche des Patienten haben Priorität (bzg. Durchführung von Pflegemassnahmen, Tagesablauf und Gestaltung seines Umfeldes)
Die Angehörigen können sich an der Betreuung und Pflege soweit beteiligen, wie dies der Patient und sie selber wünschen.
Übergänge/Kombinationen zwischen Pflege im Spital und Pflege zu Hause werden ermöglicht.

Bedürfnisse Erfassen

Wichtig ist, dass das Betreuerteam die Initiative ergreift und Patienten sowie Angehörige nach ihren Wünschen fragt, rsp. über vorhandene Möglichkeiten informiert.

Massnahmen

Massgebend für unsere Massnahmen sind in erster Linie die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten.
Angehörige werden im von ihm gewünschten Ausmass einbezogen und ihre Anliegen werden berücksichtigt, solange sich diese mit Bedürfnissen des Patienten decken.
Bei Konflikten in der Familie, welche die Betreuung störend beeinflussen, wird Unterstützung gesucht.

Interdisziplinarität und Runder Tisch

Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen allen Beteiligten (Patient, Angehörige, Pflegende, Ärzte, Physiotherapie, Seelsorge, etc.) ist eine **offene Kommunikation und ein guter Informationsfluss**.
Klare, mit allen Beteiligten abgesprochene Zielsetzungen sind hilfreich.
Eine möglichst grosse Konstanz in der Betreuung ist vorteilhaft.

Gestalten der unmittelbaren Umgebung

Patienten und Angehörigen soll Raum geschaffen werden, damit sie ihre persönlichen Beziehungen so leben können, wie dies ihren Bedürfnissen entspricht.
Sterbenden Patienten soll, wenn sie oder ihre Angehörigen dies wünschen, wenn immer möglich - unabhängig von der Versicherungsstufe - ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden.
Bei sterbenden Patienten in einem Mehrbettzimmer soll auch das Gespräch mit den Mitpatienten gesucht werden: Wie belastend ist für mich die Situation (z.B. das Karcheln bei jedem Atemzug?). Zusammen mit ihnen soll nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden.

Linderung körperlicher + seelischer Beschwerden

Atemnot

1. Erstmassnahmen

Anwesenheit
Versuchen Pat. möglichst bequem zu lagern
Sauerstoffgabe, Fenster öffnen
medikamentöse Massnahmen
evt. raten Augen zu schliessen (beruhigt)
chron. Atemnot → Einzelzimmer

Atmungserleichternde Lagerungen

Sitzende Lagerung an Bettkante:

Ganze Fusssohlen haben Bodenkontakt → Arme auf Auflagefläche weich gelagert (oder auf Oberschenkel abgestützt)

Sitzende Lagerung im Bett:

Oberkörper hochlagern → Handtuchpäcklein unter Sitzhocker (vermittelt Sicherheit und verhindert Abrutschen) → evt. längsgerolltes Frotteetuch entlang der Wirbelsäule, oder Stillkissen (I-Lagerung) → Arme hochlagern

Seitenlagerung:

Oberer Arm hochlagern (lockert den Schultergürtel und die Atemhilfsmuskulatur) → Kreuzregion mit Badetuch unterstützen → Fussende des Bettes nach unten kippen

V-Lagerung:

Spitze unter Sakralbereich, Kopfkissen (Oberkörper und somit die unteren Lungenbezirke werden gedehnt, Flankenatmung wird gefördert)

A-Lagerung:

Pat. kommt mit 3. Halswirbel auf Spitze zu liegen, Hals liegt frei (Dehnung der oberen Lungenbezirke)

Sitzen im Lehnstuhl

→ auf aufrechte Sitzhaltung achten

Regelmässiges Umlagern von einer auf andere Seite:

(vermindert Ansammlung von Sekreten in Lunge)

***Pleuraerguss:** Pat. auf Seite des Ergusses lagern, sobald Atemnot abgeklungen wieder auf andere Seite lagern (Offenhaltung der Atemwege auf der betroffenen Seite)*

Medikamentöse Massnahmen bei Atemnot

Morphin → Vermindert subjektives Gefühl der Angst und von Schmerzen (durch z.B. Husten, Anstrengung, Verspannung)

Kortikosteroide → intrabronchialer Tumor + Pulmicort

Bronchodilatoren/Bronchospasmolytika (Ventolin, Atrovent)

Buscopan → Hemmung der Bronchialsekretion

Absaugen

nur durch geübte PP, da Brechreiz, Schleimhautverletzung zusätzlich sekretfördernd.

bei neuro-muskulärer Ateminsuffizienz besonders wichtig, da Hustenreiz stark abgeschwächt.

2. Prophylaxen

Hilfreiche Atemübungen

Durch Physio → beugt Panikattacken vor.

Lippenbremse: Ausatmen durch die locker aufeinandergelegten Lippen (verschafft Linderung, v.a. bei Atemnot, welche durch expiratorische Obstruktion bedingt ist)

Atemstimulierende Einreibung

verlangsamt und vertieft den Atem.

Absaugen

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Situation:

Patienten in einer palliativen Behandlungssituation haben sehr häufig Ernährungsschwierigkeiten. Parallel zum Krankheitsverlauf kommt es fast stets zur Mangelernährung und kontinuierlicher Gewichtsabnahme. Die Kachexie mit extremer Abmagerung und Organatrophie ist oft die Todesursache.

Für Menschen im terminalen Krankheitsstadium rückt das Thema Ernährung in den Hintergrund. Erfahrungen haben gezeigt, dass Patienten, welche sich dem Tode nahe fühlen, eine künstliche Ernährung ablehnen, wenn sie noch selber entscheiden können.

Das Ziel aller Massnahmen in der palliativen Situation ist die Erhaltung und Verbesserung des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens des Patienten, und nicht primär eine Verbesserung des Ernährungszustandes.

Flüssigkeitszufuhr

Manches spricht dafür, dass die im Rahmen des natürlichen Sterbeprozesses eintretende Dehydratation einen Beitrag zur Steigerung des Wohlbefindens leistet; gewisse Auswirkungen können jedoch auch unerwünscht sein.

Zum einen wird weniger Wasser ausgeschieden oder angesammelt.

Pat. benötigen weniger häufig den Topf, müssen nicht katheterisiert werden
Sekretmenge im M-D-Trakt und im Bronchialsystem reduziert sich
schmerzhafte Ödeme können durch die Dehydratation resorbiert werden.
Kardiale Dekompensation ist seltener (weniger präterminale Lungenödeme)
Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen (schmerzlindernder Effekt)

Zum andern kann mit zunehmender Dehydratation folgendes eintreten:

Rastlosigkeit und Schwäche

Lethargie mit eingeschränkter Wahrnehmung und Mobilität

Akkumulation von Stoffwechselprodukten

Zentralnervöse Veränderungen (Verwirrung, Zuckungen, Krämpfe) durch Störungen des Wasser-/Natriumhaushaltes

Erhöhung von Ketonen

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

Indikation:

Wunsch des Patienten

Verwirrtheit, Agitiertheit, Durst, Mundtrockenheit (wenn Symptome nicht mit trinken oder optimaler Mundpflege behandelt werden können)

Angst von Angehörigen, dass Patient verdurstet

Mögliche unerwünschte Folgen:

Verschlechterung einer Herzinsuffizienz

Schmerzverstärkung inf. v. Ödemen, Tumorschwellung

Verstärkte bronchiale Sekretion

Inkontinenz und Dekubitusprobleme inf. der grösseren Urinmenge

Vermehrtes Schwitzen → Pat. muss häufiger gewaschen werden.

Pflegemassnahmen

Trinken:

Trinkgewohnheiten des Pat. und Lieblingsgetränke herausfinden.

Sich Zeit nehmen, oft und regelmässig zu Trinken anbieten

Beim Trinken unterstützen, wenn Pat. trinken will.

Angehörige einbeziehen, anlernen

Pat. bequem lagern, Aspirationen verhindern

übliche Trinkgefässe Röhrlü und Schnabelbecher sind oft nicht geeignet,

Flüssigkeit evt. nur Löffelweise oder mit einer Spritze verabreichen.

Regelmässiges Auswechseln der Trinkutensilien

Regelmässige Mundpflege

Trinken verweigern:

genaue Abklärung warum

Schwäche? gestörte Schluckfähigkeit? Schlecht sitzende Zahnprothesen?

Entzündungen, Läsionen der Mundschleimhaut? Schmerzen? Angst vor dem

Wasserlösen, Einnässen? Wunsch zu sterben?

Mundpflege:

Auch wenn der Pat. nicht fähig ist zu schlucken, kann die Mundschleimhaut Flüssigkeit aufnehmen. Deshalb können Mundtrockenheit und Durst massgebend gelindert werden durch:

Einflössen von Flüssigkeit mit einer Plastikpipette

regelmässiges Befeuchten des Mundes (mehrmals pro Stunde) mit kaltem

Wasser oder kalten Lieblingsgetränken

Lutschen von Eiswürfeln

Einsatz von Luftbefeuchtern

Borken lassen sich mit Butter auflösen oder Zitronenscheiben abreiben
Entzündungen u.a. mit Salbeitee oder Kamillentee behandeln
Künstliche Speichel (Salben) einsetzen, wenn erwünscht.

Pflege der Haut und Schleimhaut:

Der Austrocknung der Haut und Schleimhaut als Begleiterscheinung der Dehydratation ist besonders Beachtung zu schenken. Die Gefahr der Verletzung ist gross. Grundsätzlich ist folgendes zu beachten:

Nicht zu häufig und nicht mit Seife waschen (z.B. Melissezusatz → schont und pflegt die Haut)

Körper mit fetthaltiger Pflegelotion einreiben

Starke Gerüche/Düfte vermeiden

Franzbranntwein trocknet die Haut aus.

Nasen-, und Augenpflege

Übelkeit und Erbrechen

Definition Übelkeit

Subjektive Empfindung, verbunden mit Unwohlsein in der Rachen- und/oder Magengegend. Dies kann verbunden sein mit vegetativen Begleiterscheinungen, z.B. Tachypnoe, Schweissausbrüchen, Tachykardie.

Ursachen

Tumorbedingt (Hirnmetastasen, Ileus, Lebermetastasen, Peritonitis, Stenosen im Oesophagus, Magenausgangsstenosen)

Tumortherapie bedingt (Zytostatikagabe, Bestrahlungstherapie, Hormontherapie)

Metabolische Störungen (Hyperkalzämie, Volumenmangel, Elektrolytstörungen)

Medikamente (Opiate, Bronchodilatoren, Digitalis, Hormone, Antibiotika, Narkosemittel)

Psychische Faktoren (Angst, Depression, Spannung, Aufregung)

Etc.

Folgen und Komplikationen

Körperliche und psychische Erschöpfung, Muskelkater

Beeinträchtigung der Ernährung und des Wasser- und Elektrolythaushalts
Gewichtsverlust

Niereninsuffizienz infolge Dehydratation

Aspirationspneumonie

Pathologische Rippenfraktur

Erschwert die regelmässige Einnahme von Medikamenten per os und stört das Erreichen gewünschter Plasmaspiegel.

Pflegerische Massnahmen

Symptome erfassen (Zeitpunkt, Häufigkeit etc.), Massnahmen ableiten.

In Episoden von Übelkeit und Erbrechen beim Pat. bleiben

Gelegenheit geben, den schlechten Geschmack mit Wasser (oder Flüssigkeit nach Wunsch) wegzuspülen.

Für frische Luft im Zimmer sorgen

Gesicht und Hals waschen, je nach Bedürfnis des Patienten kalt oder warm

Kalter Waschlappen auf Stirn und Nacken legen

Warme Bettflasche ins Bett geben

Die für den Patienten möglichst angenehme Lagerung suchen.

Pat. nach früheren Erfahrungen fragen, vielleicht weiss er sehr gut, was ihm in dieser Situation hilft

Lärm abschirmen, Ablenkung, Entspannung, Musik hören

Verabreichen der Antiemetika

Ernährungsbedingte Massnahmen

kalte Speisen werden oft besser toleriert.

Kartoffeln, Knäckebrot, Zwieback, Toast werden meist gut toleriert.

Versuch mit sauren Speisen, Zitrone, Apfel, Essiggurken

Eiswürfel aus Lieblingsgetränk herstellen

genügend Flüssigkeit, evt. eisgekühlt

Obstipation

Definition

Die Obstipation ist eine erschwerte oder seltene (seltener als 3 Tage oder weniger häufig, als es sich die Patienten gewohnt sind) Entleerung von Stuhl.

Die Obstipation ist eine der häufigsten Ursachen von Bauchbeschwerden, Appetitlosigkeit und Übelkeit bei palliativ behandelten Patienten und in der terminalen Lebensphase.

Ursachen

Passagestörungen

- Tumore, Analfissuren/-stenosen, Hernien, Divertikulitis, etc.

Erkrankungen

- Psychiatrische (Depression, chronische Psychosen, etc.)
- Metabolische Veränderungen (Hyper-/Hypokalziämie, Hypothyreose, verminderte Flüssigkeitszufuhr, Urämie, etc.)
- Neurologische (Rückenmarkskompression, Störungen des Plexus sacralis, etc.)

Medikamente

- Opiate, Säurebinder mit Aluminium, Eisenpräparate, Diuretika, gewisse Zytostatika, Serotoninrezeptor-III-Antagonisten (Antiemetika wie Zofran, Navoban), gewisse Antihypertonika, Psychopharmaka, etc.

Psychologische Faktoren

- Stress, Unruhe, Sorgen, Gestörte Intimsphäre, Scham, Umgebungsveränderung

Sonstiges

- Immobilität, Abführmittel-Missbrauch, Eingeschränkte Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme, Unausgewogene Ernährung (ballaststoffarm)

Auch Patienten ohne enterale Nahrungszufuhr können an Obstipation leiden: Der Darm produziert auch ohne Nahrungszufuhr Stuhl, der aus abgestorbenen Darmzellen, Bakterien und Verdauungssekreten besteht. Eine Obstipation kann für die Patienten unangenehmer sein, als die Behandlung der Obstipation.

Palliative Schmerztherapie für Erwachsene

1. Schmerz erfassung bzgl. situativem, psychischen, sozialem Kontext
2. Medikamentöse Schmerzbehandlung

Vorurteile gegenüber von Opiaten

1. **Opiate sind gefährliche Sz-Medikamente, weil sie atemdepressiv wirken**
→ Schmerz ist ein physiologischer Antagonist der atemdepressiven Wirkung von Opiaten. Bei allmählicher Steigerung oraler Opiate mit langsamerer Absorption als bei i.v. Injektion tritt keine akute Atemdepression auf.
2. **Von Opiaten wird der Pat. süchtig und die Dosis muss stetig gesteigert werden.**
→ Der Schmerzkranken nimmt Opiate wegen der analgetischen Wirkung, nicht wegen dem euphorisierenden Effekt. Bei längerer Anwendung von Opiaten bei chronischen Schmerzen entwickelt sich eine körperliche Abhängigkeit, diese ist aber nicht gleichzusetzen mit Sucht. In der Regel ist zur optimalen Schmerzkontrolle keine stetige Dosissteigerung notwendig. Die Toleranzentwicklung kann bei einzelnen Pat. auch durch eine Enzyminduktion und Veränderung der Rezeptoren geschehen, was eine Dosissteigerung notwendig macht, ohne dass eine Sucht vorliegt.
3. **Wenn ein Patient Opiate erhält, so hat man ihn aufgegeben.**
→ Schmerztherapie mit Opiaten kann durchaus vorübergehender Natur sein und kann auch wieder reduziert werden.

Therapieprinzipien nach WHO-Empfehlung

wenn möglich orale Gabe (rektal, sublingual, transdermal) langwirkender, retardierter Medikamente, damit der Pat. möglichst wenig in seinen Lebensgewohnheiten eingeschränkt wird und unabhängig bleibt.

Einnahme nach festem Zeitplan gemäss Wirkdauer des verwendeten Präparates. Aufrechterhalten eines konstanten Wirkspiegels, der bei stabilem Schmerzniveau das Wiederauftreten von Schmerzen verhindert (Sz-Prophyl.) Ergänzen der fixen Basismedikation durch eine zusätzliche **schnellwirksame Bedarfsmedikation**, die der Patient bei Schmerzspitzen ohne Rücksprache einnehmen kann.

Vorgehen nach WHO-Stufenplan zur Medikamenten- und Dosisfindung. Der Wechsel von einer Stufe zur nächsten erfolgt dann, wenn die vorhergehende optimal ausgeschöpft und trotzdem ungenügend wirksam ist.

1. **Stufe:** Nichtopioide Analgetika
2. **Stufe:** Schwache Opioide mit nicht opioidhaltigen Analgetika
3. **Stufe:** Starke Opioide ohne/mit nicht opioidhaltigen Analgetika
4. **Stufe:** Invasive Verfahren (parenteral, spinal, neurolytisch, neurostimulatorisch)

Sterbende Patienten

Bei Patienten, welche in der terminalen Phase bewusstlos werden, darf das Morphin nicht einfach abgesetzt werden, wegen möglicher Entzugerscheinungen, wie z.B. Ruhelosigkeit, Schwitzen, Zittern.

3. **Radiotherapie zur Schmerzbekämpfung**
4. **Schmerzlinderung durch physikalische Massnahmen**
 - Lagerung, Bewegung, TENS, Lymphdrainage → Physiotherapie
 - Kälte (Entzündungsschmerz), Wärme (muskuläre Verkrampfungen)
 - Massage und Berührungen
5. **Psychologische Aspekte der Schmerzlinderung** (chronische Schmerzen)
6. **Spirituelle Aspekte der Betreuung**

Es kann sein, dass das Schmerzerleben mit religiösen Gefühlen und Fragen einhergeht. So können Sinnfragen, Schuldgefühle, Scham oder unbewältigte Konflikte Schmerz verstärken. → Seelsorge

Der nicht behandelbare Schmerz

Sind Schmerzen trotz hoher Morphindosen nicht behandelbar, spielen psychosoziale Faktoren in der Schmerzentstehung manchmal eine wesentliche Rolle. Dies ist allerdings bei Patienten mit fortgeschrittenen Leiden in Palliativsituationen selten.

Müdigkeit

Definition

Zum subjektiven Erleben von Müdigkeit gehören ein unüberwindbares, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung und eine verminderte Kapazität für physische und mentale Betätigung. Dabei tritt Müdigkeit entweder unabhängig von Aktivität oder Anstrengung auf oder es besteht ein Missverhältnis zwischen Müdigkeitsgrad und Aktivität.

In der palliativen Betreuung ist Müdigkeit eines der häufigsten Symptome, welche das Alltagsleben der Patienten stark beeinflussen und verändern kann.

Im Spital sollten folgende Punkte beachtet werden

- Tagesablauf mit Ruhephasen, Perioden ohne Störungen einplanen und einhalten
- die Bedürfnisse des Patienten haben Priorität, d.h. mit ihm und der Familie zusammen planen
- den Bedürfnissen des Patienten angepasste Raumgestaltung.
 - Licht dämpfen
 - farbige Tücher

- Musik, Düfte

Auf Ruhe und Aktivität im Mehrbettzimmer achten. Z.B. Abmachungen treffen über fernsehfremde Zeiten, Besuchszeiten, oder ähnliches
interdisziplinärer Informationsaustausch: weitere Betreuungspersonen, z.B. Physiotherapeutin über den Aktivitäts-Ruhe-Tagesablauf informieren, bzw. in die Tagesplanung mit einbeziehen
therapiebedingte Schlafunterbrechungen vermeiden
Schlafrituale mit einbeziehen.

Verwirrtheit bei Patienten in palliativer Situation

Der Verwirrung, liegen unterschiedliche Krankheiten zugrunde, deren Prognose und Behandlung nicht identisch sind. Ein akuter Verwirrheitszustand ist potentiell gefährlich und für den Betroffenen wie für das Umfeld (Familie, Betreuende) sehr schwierig zu ertragen. Oftmals tritt Verunsicherung und bei Betroffenen nicht selten eine erhebliche Selbstverletzungsgefahr auf.

Definition:

Ein Verwirrheitszustand ist vorwiegend geprägt durch das Vorhandensein von kognitiven Störungen.

Die wichtigsten Krankheiten, die mit einer Störung der kognitiven Fähigkeiten einhergehen, sind solche, die zu einem akuten Delirium führen, sowie dementielle Zustände, schwere Depressionen und Psychosen

Klinische Kriterien für die Diagnose eines **Delirs** nach DSM IV

Veränderung der kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnisstörung, Desorientierung, Sprachstörung) oder Auftreten einer Wahrnehmungsstörung, die nicht durch eine vorbestehende, bekannte oder sich entwickelnde Demenz erklärbar ist. (Verkennen von Situationen, wahnhaftes Erleben, verzerrte Wahrnehmung, formale Sprachstörungen, verlangsamtes Denken // Verhaltensauffälligkeiten: Psychomotorische Unruhe, Aggressivität, Apathie // Intensive affektive Zustände mit Wut, Angst, Verzweiflung, Scham, usw.)

Störung des Bewusstseins (Umgebung wird weniger klar wahrgenommen) verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu steuern (Verminderte Konzentration und Orientierung // Veränderung der Kontaktaufnahme → sozialer Rückzug bis Isolation)

Die **Störung tritt innert kurzer Zeit auf** (gewöhnlich Stunden bis Tage) und ist im verlaufe des Tages verschieden stark ausgeprägt. (meist bedingt durch die direkten pathophysiologischen Folgen einer inneren Krankheit)

Ursachen

Einem Zustand der Verwirrung liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde

Hirnläsionen:

- Direkte Tumorwirkung (Hirntumor, Hirnmethastasen)
- Therapiebedingte Nebenwirkungen (nach Chemo, Status n. Hirnbestrahlung)
- Andere ZNS-Störungen (SHT, CVI, Entzündungen)

Störung der Vitalfunktionen:

- Hypotonie, Veränderungen der Hf, Fieber, Veränderungen der O2-Sättigung...

Medikamente:

- Steroide
- Opiate (Sedation, Hypotonie, Halluzinationen usw)
- Anticholinergika (z.B. Neuroleptika): Hypotonie, Harnretention, Sedation...
- Antihistaminika (Sedation, Benommenheit, Verwirrtheit)
- Benzodiazepine (Sedation, Hypotonie, paradoxe Reaktion)
- Antiparkinsonmittel (Anticholinerg, Halluzination, Agitiertheit, Benommenheit)
- Antibiotika
- Akkumulation normal dosierter Medikamente bei Nieren- und Leberinsuffizienz

Metabolische Entgleisungen:

- Elektrolytstörungen (Na, Ca, K, Mg, HCO₃, Ph)
- Organversagen (Niereninsuffizienz mit Urämie, hepat. Enzephalopathie, kardiog. Schock, Endokrinopathien (Glukose, NNR, Schilddrüse usw.))
- Mangelercheinungen (Vitamin-Mangel B1, B2, Folsäure / Anämie)

Entzug / Intoxikationen:

- Sedierend wirkende Medikamente, Alkohol, Drogen, Nikotin usw.

Psychiatrische Erkrankungen:

- Psychosen, Depressionen, Demenzen

Infektionen

Unbeherrschte Symptome

- Schmerzen, volle Blase, Obstipation, Exsikkose

Delirverstärkende Faktoren

- Schlafmangel, sensorielle Unter- bzw. Überstimulation, Seh- und Höreinbussen, Immobilisation, Umgebungswechsel

Medikamentöse Therapie

Bei irreversiblen Verwirrungszuständen, die häufig während der letzten 24 - 48 h des Lebens vorkommen, besteht das allgemeine Behandlungsziel darin, einen erträglichen Zustand für den Betroffenen und für die Menschen in seinem sozialen Umfeld zu gestalten. Im Interesse des Patienten und der Angehörigen kann gelegentlich eine medikamentöse Sedierung sinnvoll sein.

Die medikamentöse Therapie verwirrter Zustände besteht v.a. im der Gabe von Neuroleptika oder Benzodiazepinen, wobei Neuroleptika besser geeignet sind als Benzodiazepine, da sie weniger sedierend und viel mehr helfen, die kognitiven Strukturen zu 'ordnen' und zu erhalten.

Neuroleptika

Therapie der Wahl bei Palliativpatienten, v.a. die Behandlung mit dopaminblockenden Mitteln, vorzugsweise **Haldol** oder Chlorazin.

Haldol wird bevorzugt, da es weniger aktive Metabolite und weniger anticholinerge Effekte hat, zusätzlich wirkt es weniger sedativ, jedoch stärker antipsychotisch und kann über verschiedene Wege appliziert werden.

Neuere Medikamente wie **Zyprexa** und **Risperdal** werden ebenfalls mit gutem Erfolg eingesetzt, sind aber noch nicht so gut dokumentiert.

Benzodiazepine

Benzodiazepine sind bes. hilfreich bei Verwirrheitszuständen, in denen eine ausgeprägte anxiolytische und sedierende Wirkung erwünscht ist, sie können aber in einigen Fällen auch zu einer Zunahme der Verwirrung führen. V.a. werden Benzodiazepine bei Verwirrheitszuständen mit epileptischen Anfällen, mit Entzugerscheinungen von Medikamenten oder Alkohol eingesetzt. Auch werden sie auch additiv zu Neuroleptika verwendet bei Pat. mit starken Nebenwirkungen bzw. Neuroleptikaunverträglichkeit, um die Neuroleptikadosierung so gering als möglich zu halten. (**Dormicum, Temesta**)

Steroide

Die Behandlung mit Stereoiden ist bei bekannten Hirnmetastasen, bei Status nach Hirnbestrahlung usw. zur Behandlung des Hirnoedems indiziert. (Verhindert Epi-Anfall und Verwirrtheit)

Nicht Medikamentöse Therapie

1. Einrichten von Orientierungshilfen und Vermeiden von Ablenkung
 - Kommunikation** (einfache, verständliche Sprache mit kurzen, klaren Sätzen // viel Geduld (Pat. brauchen für Handlungen mehr Zeit, auch um Antwort zu geben, Wünsche auszudrücken)
 - Zimmergestaltung** (grosse Uhr, Wandkalendar, Photos mit Namen)
 - Bekanntes** (Sachen von zu Hause helfen sich besser erinnern und orientieren zu können // mehrere konstante Bezugspersonen, Pflegeverrichtungen in den selben Situationen immer gleich ausführen → Dokumentation)
 - Tagesstruktur** (Fixpunkte einbauen, damit Pat. einen immer gleichen Rhythmus erfährt, an dem er sich orientieren kann // Ruhepausen // Überforderung vermeiden)
 - Reorientierung** (Beim Betreten des Zimmers, je nach Patientensituation immer wieder sich mit Namen vorstellen, eventuell Örtlichkeit, Tag und Zeit sagen. (In akuten Phasen oder bei psychotischen Zuständen Pat. in seiner Wirklichkeit lassen, nicht versuchen ihn zur Vernunft zu bringen)
2. Gestalten eines ruhigen Klimas
 - Umgebung** (beruhigend, geschützter Raum, Einzelzimmer, Reduktion der Besucherzahl, vermeiden von unnötigen Geräuschen, Lichtquellen und missverständlichen Verrichtungen.
 - Verhalten** (respektvoll, wertschätzend, empathisch, ruhig, geduldig, genügend Distanz wahren, körperlich nicht zu Nahe treten, bestimmtes und eindeutiges Auftreten des Betreuerenteams, direktes Ansprechen, Augenkontakt etwa auf gleicher Augenhöhe, Eigene Körpersprache und die des Pat. beachten, kurze Anweisungen, knappe und klare Erläuterungen → Dies erleichtert es dem Pat. die Situation zu erfassen)
Eventuell mit dem Pat. die Zeit der Verwirrung besprechen, nachdem diese überwunden ist.
 - Sensorische Stimulierung** (Aromatherapie mit beruhigender Wirkung (rose, neroli, zypresse) Basalestimulation (Nest bauen, Streichungen, Fussbad, Bett als Zelt gestalten))
3. Aufklärung und Entlastung der Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds

Angehörige gut Aufklären über den Zustand und das Befinden des Patienten, sowie Informationen über die möglichen Ursachen der Verwirrung, Therapiemöglichkeiten und deren Grenzen.

Angehörigen erklären, dass den Aussagen des Patienten nicht die gleiche Bedeutung gegeben werden kann, wie zu gesunden Zeiten. Ein Mitagieren sollte vermieden werden.

Angehörige brauchen Unterstützung im Finden ihrer neuen Rolle und ihrer Aufgaben gegenüber dem Verwirrten, evt. regelmässige Gespräche einplanen mit Angehörigen, behandelnden Ärzten.

Besuche in der akuten Phase möglichst zeitlich und auf wenige Personen mit enger Beziehung begrenzen.

Bei länger andauernder Verwirrung oder in der Terminalphase Besuche mit den Angehörigen besprechen und eine für den Patienten und für sie sinnvolle und akzeptable Besucherlösung treffen.

Angehörige können wertvolle Informationen zur früheren Lebensgestaltung des Pat. nennen, diese sind wichtig für unsere Arbeit und unser Verstehen des Patienten

Seelsorgliche Unterstützung

In palliativen Situationen melden sich Fragen:

- Was macht das Leben aus und wie soll mein Umgang mit diesem Leben unter den aktuellen Rahmenbedingungen aussehen?
- Kann ich darüber verfügen oder darf ich in keiner Weise eingreifen?
- Darf ich den Punkt bestimmen, wo ich mein Leiden nicht mehr ertragen will, oder steht mir das nicht zu?

Die religiös-spirituelle Suche nach einem gangbaren Weg bewegt sich zwischen zwei gegensätzlichen Erfahrungen:

- Dass uns auf der einen Seite Leben geschenkt ist und wird, und dass wir auf der anderen Seite immer auch in dieses Leben eingreifen und mit Grenzen konfrontiert sind.
- Die Suche bewegt sich zwischen der im christlichen Glauben begründeten Zusage, befreit leben zu können, und der Herausforderung, in der aktuellen Situation die Freiheit des Lebens oft erst suchen zu müssen.

Aufgabe der Seelsorge ist es hier:

- Raum zu schaffen, damit Menschen verschiedenste Gedanken aussprechen und ausprobieren können, ohne sich rechtfertigen zu müssen.
 - Dazu gehört die Auseinandersetzung mit dem Wunsch, sterben zu können und nicht mehr weitere Therapien auf sich nehmen zu müssen,
 - Sie unterstützt Pat. sich mit dem Sterben und dem Tod auseinander zu setzen, ihr Leben als Ganzes einzuschätzen, eine Lebensbilanz zu ziehen und ihr Leben abzuschliessen. Dazu gehört nicht zuletzt die Auseinandersetzung mit Schuld und Leidenserfahrungen und allenfalls die Suche nach persönlichen Kraftquellen.
 - aber auch mit Fragen rund um passive und indirekte Sterbehilfe sowie Suizid

- Sie ermöglichen bei Bedarf auch den Zugang zu religiösen Zeichen und Gegenständen (Bibel, Rosenkranz, Ikonen, Kerzen etc.)
- Wichtig ist auch der interprofessionelle Austausch, hilfreich kann es sein, wenn spezielle Abmachungen in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Sehr häufig bietet ein solcher tabufreier Raum die Chance, dass PatientInnen nach dem Äussern ihrer Ängste und Todesgedanken das neu entdecken können, was das eigene Leben trotz allem noch lebenswert und sinnvoll macht.

Bedürfnisse nach seelsorglicher Begegnung

- Äusserungen:
 - Da fragt man sich schon, wo die höhere Macht/wo der Herrgott bleibt
 - Ich habe mich doch das ganze Leben für andere eingesetzt, und nun das..
 - Ich frage mich manchmal, was das alles noch soll / Manchmal wird es mit einfach zu viel / Ich mag einfach nicht mehr / ich möchte gehen, ich habe genug
 - Was mich wohl erwartet nach dem Tod?
 - Vielleicht hätte ich ja damals nicht.. sollen
 - Nein, vor dem Tod habe ich keine Angst, aber davor, bis es soweit ist.
- Verhalten:
 - Nachdenklichkeit, Niedergeschlagenheit, Gedankenabwesenheit, übermässiges Kritisieren, makabere Bemerkungen, Unruhe oder Verslossenheit,
 - Schmerzen, die sich medizinisch nicht genügend erklären lassen.
- Gegenstände:
 - Symbole, Bücher, Bilder, die Patienten mitbringen.

Formulierungsvorschläge und Klärungshilfen

- Behutsames Nachfragen:
 - Ich habe den Eindruck, Sie beschäftigen sich mit etwas; ich weiss nicht, ob das so ist; aber wenn ja, dann nehme ich mir gerne etwas Zeit für ein Gespräch / .. dann könnte ich einen Seelsorger fragen, ob er einmal Zeit hat und bei ihnen vorbeikommen könnte.
- Vorhandene seelsorgliche Bezugsperson:
 - Gibt es schon eine seelsorgliche Bezugsperson, z.B. in der Gemeinde? Soll sie kontaktiert werden?