

# 1 Psychisch Alterskranke am Lebensende

## 1.1 Zunahme von psychisch Kranken im Alter

Etwa 25 % der Älteren sind der Berliner Altersstudie (1996) sowie Schwarz (2001) zufolge psychisch gestört. Depression ist die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Nach Durwen (2009) leiden 6,3 % der unter 80-Jährigen an einer Major Depression und 15,5 % an leichten Depressionen, die bei über 80-Jährigen in 22,4 % auftreten. Die Suizidrate steigt bei alten Männern deutlich an, sie bringen sich 3-mal öfter um als alternde Frauen, weil sie depressiv werden.

1,2 Mill. Menschen sind demenzkrank: an leichter Demenz leiden 6–8 %, an mittelschwerer und schwerer Demenz 6–8 % (Förstl 2009). 2040 bis 2050 werden in der Bundesrepublik Deutschland 2 Mill. Menschen an Demenz erkrankt sein.

Die Zahl der Demenzkranken steigt mit zunehmendem Alter (Tab. 1).

Jeder 4. über 70-Jährige psychisch gestört

65–69-Jährige	1,2 %	70–74-Jährige	2,8 %
75–79-Jährige	5,8 %	80–84-Jährige	13,3 %
85–89-Jährige	22,6 %	über 90-Jährige	33,5 %

**Tab. 1:** Alter, Prozentanteil der an Demenz Erkrankten

Etwa 20.000 der Demenzkranken sind jünger als 65 Jahre. 15–20 % leiden an vaskulärer Demenz, 70 % an Alzheimer und 10–20 % an Mischformen. Von den über 100-Jährigen erkrankten 58,9 % an Demenz (Weyerer und Bickel 2007).

Nach Weyerer und Bickel (2007) erkrankten etwa 10 % der Älteren an einer Angststörung. Bei Heimeintritt waren 7,5 % (19,3 % der Männer und 3,8 % der Frauen) alkoholkrank, an Verfolgungswahn leiden 2–4 % der über 70-Jährigen.

## 1.2 Beginn der Palliativpflege bei psychisch Alterskranken

Beginn der Palliativpflege

Nach NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) wird der Tod innerhalb von 6 Monaten eintreten, wenn eine Krankheit rasch fortschreitet und der Kranke bei mindest drei der fünf Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe braucht: Baden, Anziehen, Essensaufnahme, Gehen, Toilette benutzen. Die Lebenserwartung ist kürzer, je öfter der Kranke im letzten halben Jahr in der Klinik war, wenn Appetit- und Gewichtsverlust über 10 % liegen, Schluckstörungen mit Aspiration und Infekte zunehmen und der **Karnofsky-Index** unter 30 % sinkt:



### Definition:

- 90 % geringe Symptome, normale Aktivität möglich,
- 80 % mäßige Krankheitssymptome, Aktivität nur mit Anstrengung,
- 70 % versorgt sich, zu normaler Aktivität aber unfähig,
- 60 % versorgt sich weitgehend, braucht gelegentlich Hilfe,
- 50 % häufige Unterstützung und medizinische Versorgung nötig,
- 40 % überwiegend bettlägerig, Pflege erforderlich,
- 30 % dauernd bettlägerig, evtl. Klinikeinweisung ohne Lebensgefahr,
- 20 % schwer krank, oft Klinikeinweisung,
- 10 % moribund, Erkrankung schreitet schnell fort.

Palliativpflege beginnt mit dem Heimeinzug, da viele Heime nur Patienten der Pflegestufe II aufnehmen und 45 % der über 90-Jährigen im Heim sterben.

## 1.3 Abhängigkeit der Kranken von Multimorbidität, Polypharmazie und vor allem von Beziehungen

Multimorbidität

Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der Erkrankungen zu, Multimorbidität ist die Regel bei über 80-Jährigen, bei einer klinischen Untersuchung werden durchschnittlich sieben Diagnosen gestellt. Die psychischen Erkrankungen werden durch körperliche Leiden verschlimmert. Der Hirnstoffwechsel wird durch die Multimorbidität und zusätzlich durch die zu häufig verordneten Medikamente (Polypharmazie) eingeschränkt, sodass psychische Erkrankungen mit zunehmendem Alter hirnorganisch mitbedingt sind. Je älter die Pa-

Zu viel Arznei

tienten werden, umso mehr nimmt die Gebrechlichkeit (frailty) zu, sodass diese Kranken lebensmüde werden.

Entscheidend sind die Beziehungen des Kranken zu Angehörigen, Pflegenden, Mitpatienten, Ärzten oder Ehrenamtlichen. Beziehungspflege hilft den Kranken mehr als Psychopharmaka.

Beziehungsstörungen

## 1.4 Verhinderung von Resignation bei Unheilbarkeit

Palliativpflege gibt Schwerkranke nie auf, sondern sorgt für Wohlbefinden und Lebensqualität bis zuletzt, auch wenn die Medizin sie längst als unheilbare, nicht besserungsfähige oder austherapierte reine Pflegefälle ansieht. In der Palliativpflege steht der Mensch und nicht seine Krankheit im Vordergrund, d. h. menschliche Begegnung. Da alte Menschen häufig multimorbid werden, geht es nicht mehr um die Frage, welche Erkrankung zum Tode führt, z. B. Demenz, sondern welche Bedürfnisse der Mensch noch hat und wie sie durch Beziehungspflege zu befriedigen sind.

Keine austherapierten Pflegefälle

## 1.5 Erleben des letzten Loslassens

Depressive alte Menschen fühlen sich häufig einsam (drei Viertel der über 80-jährigen Frauen leben im Einpersonenhaushalt). Sie sind oft verzweifelt, weil sie glauben, für niemanden mehr wichtig zu sein. Sie sind sehr traurig, depressiv verstimmt, erschöpft, interesse- und freudlos. Ihre Depression wird manchmal von Pflegenden und Ärzten nicht erkannt, sodass sie sich nicht verstanden und nicht mehr ernst genommen fühlen, wenn sie unbehandelt bleiben.

Für niemanden wichtig

Viele Menschen mit Demenz, aber nicht alle leben nur im Augenblick, im Hier und Jetzt, fühlen sich in der Gegenwart wohl, scheinen heiter, friedlich, alle Sorgen und Ängste vergessen zu haben, erwarten und begreifen Sterben nicht. Wehren sie im Gegenwartserleben Angst ab, ohne nachdenken zu können?

Ein 86-jähriger Demenzkranker wollte nur noch das Leben genießen, z. B. sein Bier vor dem Schlafen, obwohl er den Tod ahnte.

Menschen mit Demenz haben einzelne, emotional bedeutsame Erlebnisse nicht vergessen, wenn sie diese als Gegenwart empfinden und sich wie früher verhalten, ohne sie aufarbeiten zu können.

## 2 Lebens- und Sterbebegleiter

Respektvolle Grundhaltung

Die Lebensqualität sterbender alter psychisch kranker Menschen hängt mehr von respektvoller Grundhaltung der Begleiter als von der psychischen Störung ab.

Psychisch veränderte alte Menschen wollen in vertrauter Umgebung, d. h. zu Hause sterben; in der Nähe geliebter Menschen können sie ihre Autonomie erhalten, wie immer sprechen, auch mit Mimik und Gesten kommunizieren, ihre Intimität wahren und sich auch bei Verwirrtheit noch orientieren. Sterben zu Hause kann für alle Beteiligten ein Geschenk sein. Voraussetzung sind pflegebereite Angehörige, Ausstattung mit Krankenbett und Pflegehilfsmitteln sowie ambulante Pflegedienste, die zusammen mit dem Hausarzt Beschwerden lindern.

### 2.1 Angehörige als wichtigste Bezugs- und Pflegepersonen

Kostengünstige pflegende Angehörige

Die Angehörigen sind der größte und kostengünstigste Pflegedienst. In der Bundesrepublik Deutschland wurden 2007 68 % der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt, davon zwei Drittel ausschließlich von den Angehörigen und ein Drittel zusätzlich von ambulanten Pflegediensten. Die Pflegedauer bis zur Heimaufnahme oder bis zum Sterben betrug durchschnittlich sechs Jahre: jahrelanger Abschied.

Die Hauptpflegepersonen sind Frauen und selbst oft alt, sodass sie sich mit ihrem eigenem Sterben auseinandersetzen beginnen. Weil das Töchterpflegepotenzial sinkt, die Scheidungszahlen steigen, können psychisch Alterskranke vereinsamen.

#### 2.1.1 Wie reagieren pflegende Angehörige auf die psychische Störung?

Eine psychische Störung fordert oft zwei Opfer: den Kranken und die pflegende Angehörige, die oft mehr leidet als der Kranke. Sie ist überfordert, wenn sie ihn überfürsorglich bemuttert:

## Emotionale Erschöpfung

Das jahrelange Sterben eines psychisch Kranken kann pflegende Angehörige belasten:

- **Schuldgefühle** entstehen aus der Furcht, etwas falsch gemacht zu haben, und durch Vorwürfe des Kranken. Wenn die Pflegenden auf Beschuldigungen aggressiv reagiert, fühlt sie sich schuldig, weil der Kranke so bedauernswert ist. Schuldgefühle nehmen zu, wenn sie Partner oder Kinder vernachlässigt oder andere Kritik äußern, und führen zu verwöhnender Pflege: Je überfürsorglicher sie pflegt, umso verwirrter wird der Kranke. Je hilfloser er wird, umso gestresster wird die Pflegenden und umso aggressiver reagiert sie; je wütender sie pflegt, umso mehr fühlt sie sich schuldig und umso überfürsorglicher pflegt sie oder umso mehr nörgelt sie an beruflich Pflegenden. Angehörige, die Sterbende zu Hause pflegen, haben weniger Schuldgefühle als Angehörige, die den Kranken ins Heim bringen.
- **Angst** zu versagen, selbst erschöpft, krank, im Alter selbst dement, abgelehnt oder verlassen zu werden, Angst vor ungewisser Zukunft, vor dem, was noch alles auf die pflegende Angehörige zukommt und wann der Kranke „endlich erlöst“ sein wird;
- **Scham** über Verhaltensstörungen und Inkontinenz des Sterbenden, auch über die eigene Hilflosigkeit, weil die Pflegenden unter der Pflege erschöpft zusammenbricht;
- **Ärger und Aggression** gegen das aufdringliche, anklammernde, unkontrollierbare oder unvorhersehbare Verhalten des Menschen mit Demenz. Wegen seiner Hilflosigkeit richtet die Pflegenden ihre Aggression gegen sich selbst bis zur Depression;
- **Hilflosigkeit und Ohnmacht**, nicht helfen zu können („Ich weiß nicht weiter“) verstärken Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Emotionale Erschöpfung

Schuldgefühle

Angst

Aggression

Hilflosigkeit

Die familiäre Pflege beginnt mit Partnerpflege, d. h. Frauen pflegen meist den erkrankenden und zuerst sterbenden Ehemann.

Die wechselseitige Reaktion zwischen Angehörigen und z. B. Person mit Demenz kann wie folgt ablaufen:

Reaktion der Angehörigen



**Abb. 1:** Wechselwirkung zwischen Beziehungs- und Verhaltensstörungen

## Wie wehren Angehörige psychische Störung ab?

Abwehr Angehörige haben Angst vor Ungewissheit, vor Versagen und Verlusten, die sie in wechselnden Phasen verarbeiten:

- Ungewissheit: sie ahnen die Demenz, leugnen die „Schande“;
- Wahrheitsmitteilung über Demenz klingt wie ein Todesurteil;
- Überengagement, Selbstaufopferung ohne fremde Hilfe;
- Wut und Ärger über Auffälligkeiten;
- Verhandeln: „Wenn es besser wird, dann werde ich...“;
- Scham, Schuldgefühle, Gram als vorwegnehmende Trauer;
- *Rückzug, Resignation*: „Alle Mühe ist zwecklos!“ oder Todeswunsch: „Wenn er doch bald erlöst wäre!“;
- Bejahendes Annehmen ist selten: „Ich nehme ihn, wie er ist“.

Die Familie reagiert in der Abwehr unterschiedlich:

- Perfektionistische Familien halten alle Verordnungen strikt ein.
- Indolente Familien vernachlässigen psychisch Kranke.
- Am Prestige orientierte Familien suchen ständig neue Ärzte.
- Einverleibende Familien identifizieren sich, kapseln sich ab.
- Ambivalente, inkonsequente Familien verstärken Verwirrtheit.

Der Identitätsverlust des Menschen mit Demenz verunsichert die Identitätsgewissheit der Gesamtfamilie.

## Wie reagieren Angehörige auf die Pflege des psychisch kranken Partners?

Reaktionen in der  
Partnerpflege

Bei Symbiose wird der Kranke total abhängig vom pflegenden Partner. Frauen, die ihren psychisch kranken Mann pflegen, fürchten jüngere Pflegerinnen aus Eifersucht. Sie nörgeln dann ständig an der Pflegenden oder fordern einen Pfleger an. Wenn die pflegende Partnerin unrealistische Erwartungen an den Kranken hat, reagiert er überfordert oder aggressiv. Wenn bisherige Beziehungsmuster und Problemlösestrategien durch Sterben außer Kraft gesetzt werden und der bisher nachgiebige Partner zum dominanten wird (Machtumkehr), kommt es durch Schuldgefühle zu erschwerter Problembewältigung. Manche Partner pflegen bis zur Heimeinweisung oder bis zum Tod aus Verpflichtungsgefühl, aus gesellschaftlicher Rücksicht („Was sagen die Leute?“) oder aus Mitleid mit dem Kranken. Wenn die pflegende Partnerin mit der Partnerschaft zufrieden war, wird sie liebevoll pflegen und weniger unter Verkennungen des Kranken leiden und in positiven Erinnerungen Abschied nehmen. Das langsame Sterben des Verstandes kann mit vorwegnehmender Trauer die pflegende Partnerin belasten. Manche versöhnen sich mit dem Partner erst nach dem Tod oder leiden in der Trauer unter Schuldgefühlen, etwas versäumt zu haben. Bei gefährdeter Partnerbeziehung wird professionelle Hilfe nötig. Partnerpflege wird aufgegeben, wenn keine emotionale Bindung besteht, die Partner sich entfremdet haben (der Kranke erkennt die Partnerin nicht mehr), die Pflegende selbst krank wird, mit Ekel auf Inkontinenz reagiert oder Streitigkeiten eskalieren.

Der Autor wies einen demenzkranken Nachbarn ins Heim ein, weil seine Frau ihn jedes Mal schlug, wenn er stuhlinkontinent war: „Was hat er mir alles angetan, Rache ist süß“, war ihre Begründung.

## Wie reagieren pflegende Kinder auf die Elternpflege?

Elternpflege ist die häufigste Form familiärer Pflege. Erwachsene Kinder fühlen sich für Eltern mit Demenz verantwortlich, auch bei Beziehungskonflikten. Die pflegende Tochter braucht zur Bewältigung des Pflegestresses filiale Reife, d. h. dass sie der eigenen Mutter ohne Schuldgefühle Grenzen setzen kann. Söhne pflegen selten, oft nur wenn sie noch bei der Mutter wohnen, und nehmen wie Schwiebertöchter die Hilfe von Sozialstationen eher in Anspruch als pflegende Töchter.

Reaktionen in der Elternpflege

### 2.1.2 Beziehungsprobleme durch Überlastung der Angehörigen

Die Stärke der Belastungen wird in folgender Reihenfolge angegeben: zeitliche, emotionale, familiäre, gesundheitliche, körperliche Überlastung und Beziehungsstörung zum Kranken.

Überlastung der Angehörigen

#### Objektive Überlastung:

- zeitliche Überlastung: 60 % pflegen täglich mehrere Stunden, ein Drittel mehr als neun Stunden;
- mangelnde Information über Demenz und Pflege;
- Unvorhersehbarkeit der Pflegedauer und der Auffälligkeit;
- Bewältigung neuer Rollen (Machtumkehr) ohne Rollendistanz;
- soziale Benachteiligung: Berufsaufgabe, keine Freizeit;
- finanzielle Belastung, z. B. durch Inkontinenzmaterial.

Objektive Überlastung

#### Subjektive Überlastung: Pflegende Angehörige fühlen sich

- angebunden im täglichen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst, oft nachts gestört (60 %), ohne freie Tage;
- allein zuständig, unersetzlich, zwei Drittel pflegen ohne Hilfe;
- nicht anerkannt, ohne Dank;
- in Beziehungskrisen durch familiäre Konflikte allein gelassen;
- emotional erschöpft durch ohnmächtiges Mitgefühl, Schuld- und Versagensgefühle, Kränkungen, Ambivalenz zwischen Verpflichtungsgefühl und Ekel, hilflos durch Enttäuschung über eigene Grenzen, durch Scham über Auffälligkeit, durch Angst vor Entscheidungen, vor der Zukunft („wie lange noch?“) und durch Trauer über das langsame Sterben.

Subjektive Überlastung

Beziehungsprobleme sind der bedeutsamste Belastungsfaktor. Pflegende Angehörige schieben schwer kranke Partner oder Eltern teile häufig nicht ins Heim ab, sondern brechen unter der Pflegelast zusammen, werden krank und haben Schuldgefühle.

Beziehungsprobleme

### 2.1.3 Wie sind überforderte Angehörige zu entlasten?

Entlastung der Angehörigen

Professionell Pflegende

- sorgen für wohnortnahe niederschwellige Entlastung:
  - beraten Angehörige über psychische Erkrankungen, Verhaltensstörungen und bereiten sie auf den nahenden Tod vor,
  - wertschätzen sie als kompetent und erfahren im Umgang mit dem Kranken, statt sie als „Laienpfleger“ abzuwerten,
  - fördern Eigeninitiative, beachten Wünsche der Angehörigen,
  - regen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament an,

Selbsthilfegruppen

- gründen und leiten Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreise, um
  - Erfahrungen darüber auszutauschen, dass pflegende Angehörige sich unersetzlich fühlen, selbst Anerkennung brauchen, Aggressionen verdrängen statt sich von Schuldgefühlen frei zu sprechen;
  - gelassene Rollendistanz bei Empathie der Pflegenden, filiale Reife, Selbstsorge und Selbstpflege zu ermöglichen;
  - sich mit neuen Kontakten als Kraftquelle zu solidarisieren;
  - in Familien offen zu kommunizieren, Krisen zu entschärfen;
  - drohende Überlastung in Sterbebegleitung zu verhindern;
  - Clinch-Beziehungen zu entflechten, Angehörige nicht nur als Täter, sondern als Opfer zu sehen, sie von Scham und Angst zu entlasten und vorwegnehmende Trauer zuzulassen.

Angehörige haben ein feines Gespür dafür, was dem Sterbenden hilft, sie können ihn beruhigen. Ihre gute Beziehung ist oft der einzige Lichtstrahl für den psychisch Kranken. In der sensiblen Phase des Loslassens spüren die Angehörigen unechte Anteilnahme oder gar Antipathie von beruflich Pflegenden.

Ambulante Pflegedienste

- Ambulante Pflege- und Hospizdienste können helfen:
  - zeitlich durch Förderung eines familiären Pflorgeteams, durch Stundenbetreuung und Sitzwachen mit Ehrenamtlichen, durch ambulante Pflege, mit Kurzzeit- und vor allem mit Tagespflege,
  - fachlich durch Beratung, Kurse in häuslicher Krankenpflege, durch Atemgymnastik und durch Krisenintervention,
  - körperlich durch Vermittlung von Haushaltshilfen, Mahlzeiten-, Reinigungs-, Reparatur- und Fahrdiensten,
  - technisch durch Angebote von Pflegehilfsmitteln (z. B. Lifter, Hausnotrufsystem), Pflegebett und Wohnungsanpassung,
  - rechtlich durch Klärung von Testier-, Geschäfts-, Schuldfähigkeit des Kranken, von Betreuung und Pflegegeldansprüchen,
  - öffentlich durch Informationsabende, durch Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekasse, Altenzentrum und Hospizdienst.

Angehörige beziehen häufig andere Angehörige nicht ein, nehmen nicht an Selbsthilfegruppen teil und Tagespflege nicht in Anspruch, Teambesprechungen mit Informationsaustausch fehlen und Finanzierung ist nicht geklärt. Sie nehmen ambulante Hilfe wenig in Anspruch, weil sie zu teuer sei, weil sie sich über Auffälligkeiten vor

Fremden schämen oder weil sie Schuldgefühle fürchten, etwas falsch gemacht zu haben, oder dass Familienkonflikte und Altenmisshandlung bekannt werden könnten. Es gibt auch genügend Gegenbeispiele.

Pflegende können Angehörige zu **Leitsätzen** ermutigen:

Leitsätze

- Beziehung zum Kranken so normal wie möglich gestalten!
- Ihn vorbehaltlos akzeptieren, sein Verhalten verstehen!
- Sich einfühlen, die Situation durch seine Brille sehen!
- Eindeutig, klar, einfach in kurzen Sätzen mit ihm sprechen!
- Seine Selbständigkeit bis zuletzt fördern, ohne zu überfordern!
- Nicht kritisieren und nicht diskutieren, wer recht hat!
- Echt, ehrlich bleiben, sich nicht hilflos, gekränkt zurückziehen!
- Eigene Grenzen realistisch einschätzen! Sich selbst pflegen!
- Dem Sterbenden intensive Zuwendung geben.

Wenn Angehörige oder Pflegende die Angst Sterbender nicht ernst nehmen, können sich körperliche Symptome verschlechtern. Wenn Angehörige die häusliche Pflege nicht mehr durchführen können, weil sie erschöpft und überfordert sind, ist es kein Versagen der Angehörigen, wenn sie den Sterbenden noch am letzten Tag in Klinik oder stationäres Hospiz einweisen lassen.

Ambulante Palliativdienste kooperieren mit Palliativstationen und mit ambulanten Hospiz- und Pflegediensten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft BAG Hospiz unterscheidet vier Formen ambulanter Hospizarbeit:

Ambulante Hospizarbeit

- ambulante Hospizinitiativen zur Öffentlichkeitsarbeit und zur psychosozialen Begleitung durch geschulte Ehrenamtliche,
- ambulante Hospizdienste mit hauptamtlicher Koordinatorin,
- ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste mit einer hauptamtlichen Palliative-Care-Pflegekraft,
- ambulante Hospiz- und Palliativ-Pflegedienste: mindestens drei hauptamtliche Pflegefachkräfte mit 24-Stunden-Rufbereitschaft leiten auch Angehörige an.

Aufgaben der Palliativ- und Hospizpflege sind Durchführung der Grundpflege, Schmerzlinderung, Überwachung der Medikamentengabe und künstlicher Ernährung, Vorbeugung gegen Übelkeit, Verstopfung, Atemnot, Verwirrtheit und Angst sowie Anleitung des Kranken, der Angehörigen und Ehrenamtlicher.

## Entlastung durch teilstationäre Angebote

- **Tagespflege:** Tagespflege ist die beste Entlastung für pflegende Angehörige: der psychisch Kranke kann in den ATL trainiert, in therapeutischen Maßnahmen unterstützt, beraten und zu neuen Kontakten angeregt werden. Manche Kranke reagieren durch den täglichen Umgebungswechsel anfangs verwirrter, fühlen sich aber bald geborgener und sind zunehmend weniger verhaltensauffällig.

Tagespflege