

Fallbeispiel Frau Werner

Fr. W ist 88 J alt und lebt seit 2 J im AH. Der Ehemann ist schon vor langer Zeit verstorben. Sie hat 3 Kinder, eines davon vom Ehemann, die anderen beiden sind ‚anderer Herkunft‘, über die nicht weiter gesprochen wird. Die Tochter aus der Ehe, ihr Lieblingskind, leidet an schweren Depressionen. Die Töchter ‚anderer Herkunft‘ sieht man selten, die psychisch kranke Tochter kommt des Öfteren. Vor den Kindern und auch eine Zeit nach der Kinderphase arbeitete sie als Schneiderin.

In den Jahren vor dem Heimeinzug lebte sie mit einem neuen Partner zusammen. Sie begann, an Demenz zu leiden, soweit bekannt eine gemischte Demenz mit vaskulären Anteilen. Sie begann fing an zu Horten, entwickelte einen Bestehlungswahn, der die häusliche Situation sehr belastete. Als der neue Lebenspartner an Krebs erkrankte und dann schnell verstarb, kam es veranlasst durch die Töchter zum unwillig hingegenommenen Heimaufenthalt.

Bis etwa vor 3 Monaten rauchte Fr. W viel (etwa 15 Zigaretten am Tag), schminkte sich recht auffällig: den Lippenstift über die Lippen, das Gesicht voll mit erkennbaren Schminkresten. Sie wirkte nicht fröhlich, aber umgänglich. Während des Tages entwickelte sie die Vorstellung, von der Tochter nach Hause abgeholt zu werden, allerdings immer mit dem Zusatz, es sei noch nicht soweit. Sie entwickelte recht viel Fantasie und Varianten bezüglich der Umstände, warum es jetzt noch nicht so weit sei. Sie litt an einem Analprolaps, der ein wenig, aber nicht sehr viel Schmerzen bereitete.

Vor 3 Monaten zog sie sich einen Sturz zu mit Oberschenkelhalsfraktur, wurde entsprechend behandelt, kam schnell wieder zurück und nahm ihr altes Leben wieder auf. Nach einer Woche nach ihrem Krankenhausaufenthalt trat eine deutliche Veränderung ein:

Sie fing an, über Schmerzen zu klagen und möchte im Bett bleiben. Ärztliche Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf den Ursprung der Schmerzen. Sie selbst kann keine Aussagen dazu machen, wo sie diese Schmerzen empfindet. Analgetika jeglicher Art schlugen nicht an. Auch der Einsatz einer palliativmedizinischen Behandlung fruchtete nichts. Zugleich hörte sie schlagartig auf zu rauchen oder sich zu schminken. Daraufhin angesprochen meinte, sie, das sei nun nicht mehr nötig. Bringt man ihr das Essen ins Zimmer, meint sie, sie könne nichts essen. Entfernt man sich und kommt eine Weile später zurück, hat sie alles verspeist. Entfernt man sich aus dem Zimmer, schimpft sie vor sich hin, über alles und jedes – die Töchter, die Pflegenden, ihren (verstorbenen) Lebenspartner. Kommt man dagegen ins Zimmer, wirkt sie freundlich und zugänglich. Auch die Töchter kommen nicht mehr an sie ‚heran‘, wie die Pflegenden sagen, zumeist kommt nur noch die eine Tochter. Nicht immer scheint sie diese auf Anrieb zu erkennen.

Körperpflege beschränkt sich nun auf das Nötigste. Reguläre Waschungen lehnt sie ab. Kann man ihr deutlich machen, dass sie sich eingestuhlt oder eingenässt hat, nimmt sie die Pflege kommentarlos ohne Schimpfen hin.

Gelingt es den Pflegenden, sie zu mobilisieren, dann sitzt sie im Speisesaal für 5-10 Minuten und ruft wegen Schmerzen. Zumeist steht sie dann auf, geht eigenständig in ihr Zimmer, zieht sich zuweilen sogar aus und legt sich ins Bett. Auch im Zimmer ruft sie dann wegen Schmerzen. Geht man zu ihr und setzt sich dazu, hört sie auf zu rufen – für etwa 5 Minuten. Dann beginnt sie wieder zu rufen, auch wenn man dabei sitzt.

Auffällig ist, dass das Rufen immer gleichbleibt und weder in seinem Wortlaut (Hilfe, Hilfe, ich habe Schmerzen) noch in seiner Intonation sonderlich variiert.

Entwickeln Sie eine Verstehenshypothese (was ist hier der Fall?) zusammen mit einigen Ideen für pflegerische Handlungsmöglichkeiten.