



Pflege
PRAXIS

Jochen Becker-Ebel (Hrsg.)

Christine Behrens | Günter Davids | Michaela Pawlowski | Nina Rödiger |
Meike Schwermann | Hans-Bernd Sittig | Kristin Surendorff-Belder

Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten

Wissen und Handeln für Pflegende

6., aktualisierte Auflage

schlütersche



Jochen Becker-Ebel (Hrsg.)

Christine Behrens | Günter Davids | Michaela Pawlowski | Nina Rödiger |
Meike Schwermann | Hans-Bernd Sittig | Kristin Surendorff-Belder

Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten

Wissen und Handeln für Pflegende

6., aktualisierte Auflage

schlütersche

Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel ist Diplom-Theologe, Professor f. Palliative Care, Supervisor DGSv, Organisationsberater und Trainer.

Christine Behrens ist Diplom-Theologin, Supervisorin und Palliativtrainerin.

Günter Davids ist langjähriger Hospizkrankenfleger und Diplom-Pflegewirt.

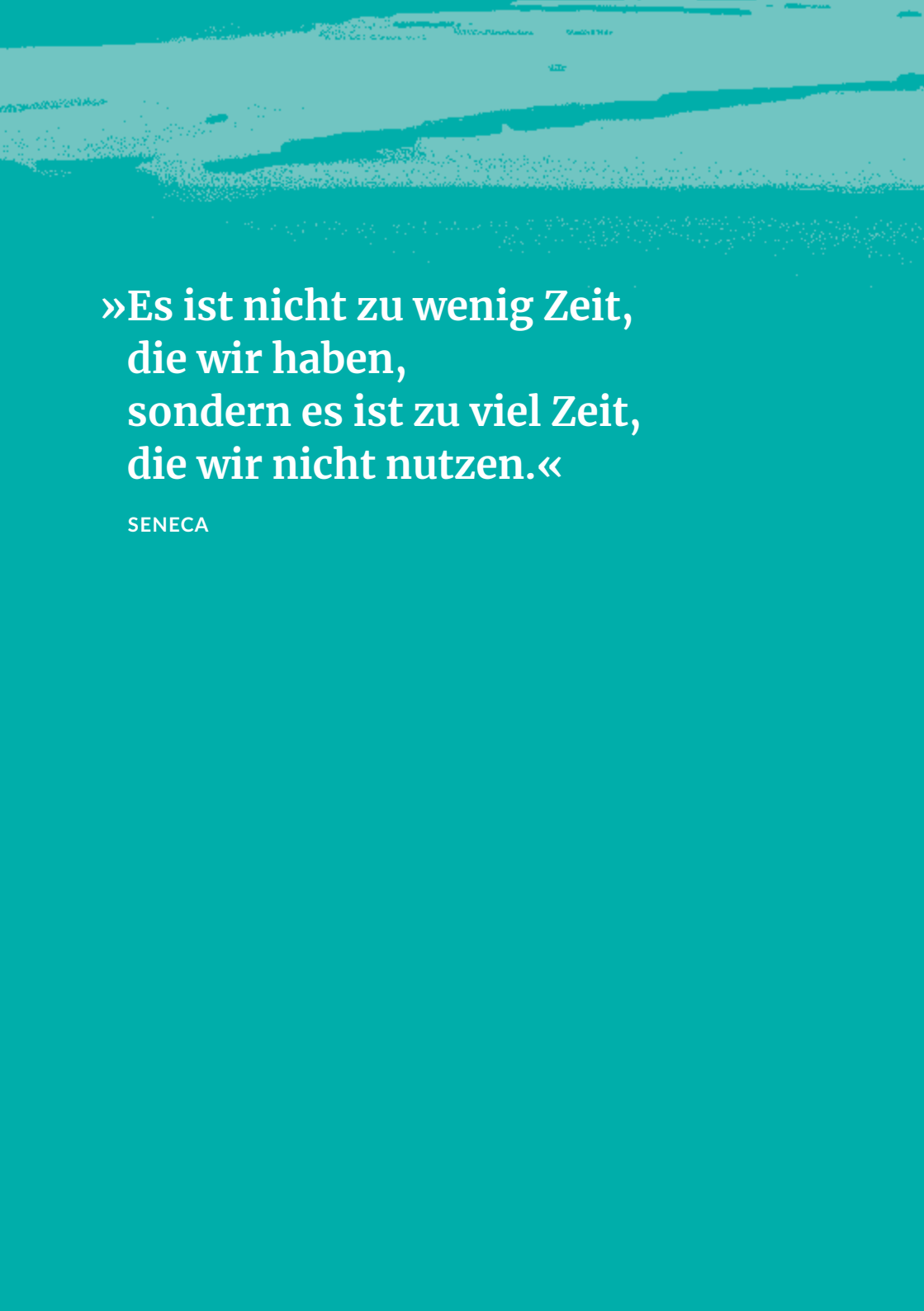
Michaela Pawlowski ist Diplom-Psychologin, systemisch-lösungsorientierte Therapeutin, Krankenschwester, Palliative Care-Fachkraft und Kursleiterin.

Nina Rödiger ist examinierte Altenpflegerin, PDL, Sozialmanagerin, transaktionsanalytische Beraterin und Leiterin von Palliativpflegekursen.

Meike Schwermann, M.A., ist Fachkrankenschwester (Intensiv u. Anästhesie), Palliative Care-Fachkraft und -Trainerin, Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Pflégewissenschaftlerin und Hochschuldozentin.

Dr. Hans-Bernd Sittig ist Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Rettungsmedizin, Algesiologe DGS.

Kristin Surendorff-Belder, M.A. Bildungswissenschaften (Gesundheitswesen), ist Fachkrankenschwester (Intensiv und Anästhesie), Palliativ-Fachkraft und -Kursleiterin und Hospizkoordinatorin.



»Es ist nicht zu wenig Zeit,
die wir haben,
sondern es ist zu viel Zeit,
die wir nicht nutzen.«

SENECA



pflgebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-0807-8 (Print)

ISBN 978-3-8426-8997-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8998-5 (EPUB)

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: Halfpoint – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwort zur sechsten Auflage	10
------------------------------------	----

Jochen Becker-Ebel

Einleitung und Überblick	13
---------------------------------------	-----------

Hans-Bernd Sittig

1 Schmerz erkennen, verstehen und behandeln	18
--	-----------

1.1	Einführung	18
1.2	Schmerztherapie	20
1.3	Physiologie der Schmerzen	21
1.4	Schmerzursachen	23
1.4.1	Tumorbedingter Schmerz	25
1.4.2	Therapiebedingter Schmerz	27
1.4.3	Tumorumabhängiger Schmerz	27
1.5	Diagnostik	30
1.6	Schmerztherapie	33
1.6.1	Kausale Schmerztherapie	33
1.6.2	Symptomatische Schmerztherapie	34
1.6.3	Stufenschema der Tumorschmerztherapie	35
1.6.4	Mechanismen-orientierte Schmerztherapie	42
1.6.5	Applikationswege	45
1.6.6	Koanalgetika	46
1.6.7	Kombinationen	47
1.7	Weitere Substanzen in der Schmerztherapie	51
1.7.1	Tapentadol	51
1.7.2	Cannabinoide in der palliativen Schmerztherapie ..	52
1.8	Die Behandlung von Schmerzattacken	53
1.9	Opioidwechsel	55
1.10	Nebenwirkungen	56
1.11	Besonderheiten in der Schmerztherapie	58
1.11.1	Invasive Verfahren	58
1.11.2	Schmerztherapie in der Finalphase	58

1.12	Die Arzt-Patient-Beziehung	59
1.13	Die »beste« Therapie	60

Meike Schwermann

2 Schmerzen erfassen und systematisch handeln 62

2.1	Schmerzen erfassen	62
2.1.1	Skalen zur Messung der Schmerzintensität	63
2.1.2	Auswahl der Schmerzintensitätsskala	64
2.1.3	Schmerzprotokoll	65
2.1.4	Faktoren, die das Schmerzassessment beeinträchtigen	66
2.2	Schmerzassessments für demenziell erkrankte, kommunikationseingeschränkte Menschen	69
2.2.1	Schmerz-Ersteinschätzung bei Demenz/kognitiven Einschränkungen	74
2.2.2	Dokumentation von Verhaltensauffälligkeiten anhand des ECPA-Bogens	78

3 Körperliches Leid verringern 81

Nina Rödiger

3.1	Palliative Mundpflege	81
3.1.1	Intimbereich Mund	81
3.1.2	Ziele und Behandlungsmöglichkeiten	82
3.1.3	Angehörige einbeziehen	84

Nina Rödiger

3.2	Symptomlinderung bei Übelkeit und Erbrechen	85
3.2.1	Erfassung und Einschätzung	85
3.2.2	Ursachen für Übelkeit und Erbrechen	87
3.2.3	Therapie von Übelkeit und Erbrechen	88
3.2.4	Pflegerische Maßnahmen	92

Günter Davids

3.3	Symptomlinderung der Atemnot und anderer Respirationsprobleme	94
3.3.1	Medikamentöse Therapie	97
3.3.2	Weitere Therapiemaßnahmen	99

3.3.3	Unterstützung bei Husten	100
3.3.4	Palliativpflege bei einer Rasselatmung	101
<i>Günter Davids</i>		
3.4	Behandlung der Obstipation	102
3.4.1	Obstipation erfassen	103
3.4.2	Symptombehandlung	104
<i>Günter Davids</i>		
3.5	Palliative Wundversorgung	110
3.5.1	Ziel der palliativen Wundversorgung	110
3.5.2	Häufige Probleme	111
3.5.3	Reinigung	111
3.5.4	Wundauflagen und -therapeutika	112
3.5.5	Begleitende Schmerzbehandlung beim Verbands- wechsel	119
3.5.6	Behandlung zur Linderung starker Gerüche	120
3.5.7	Behandlung von Wundblutungen	121

4 Psychosoziale Nöte begleiten **123**

Michaela Pawlowski

4.1	Depression und Angst	123
4.1.1	Depression	124
4.1.2	Angst	130

Christine Behrens

4.2	Hilfreiche Gespräche führen	137
4.2.1	Ein Kommunikationsmodell – die Transaktions- analyse	139
4.2.2	Kommunikation mit nicht mehr sprachfähigen Menschen	143

Christine Behrens

4.3	Kommunikation mit Angehörigen	146
4.3.1	Wie kann Angehörigenarbeit gelingen?	147

Christine Behrens

5	Existenzielle Krisen gestalten	156
5.1	Rituale in der Begleitung Sterbender	156
5.1.1	Die drei Phasen der Rituale	158
5.1.2	Rituale im Pflegealltag	159
5.2	Trauer	160
5.2.1	Trauerbegleitung unter Zeitdruck	160
5.2.2	Stadien der Trauer	161
5.2.3	Normale Trauerreaktionen	163
5.2.4	Maßnahmen im Rahmen der Trauerbewältigung	164
5.2.5	Risikofaktoren beim normalen Trauerverlauf	166
5.3	Spirituelle Fragen	167
5.3.1	Spiritualität als Ressource	167
5.3.2	Sinnfragen	169
5.3.3	Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze	170

Christine Behrens

6	Zusammenarbeiten und sich vernetzen	174
6.1	Kommunikation im Team	174
6.1.1	Regelmäßige Besprechungen	175
6.1.2	Interdisziplinäre Teams	176
6.2	Kommunikation mit Ehrenamtlichen	179
6.2.1	Charakteristika ehrenamtlichen Engagements	179
6.2.2	Aufgaben der Ehrenamtlichen	180
6.2.3	Ehrenamtliche gewinnen	181
6.2.4	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration	181
6.2.5	Konzept für die Integration	182
6.2.6	Gründe gegen ein ehrenamtliches Engagement	185
6.3	Praxisbeispiel: Das Alten- und Pflegeheim St. Nikolai, Sarstedt	187

Jochen Becker-Ebel

7	Ethisch würdevoll und gut entscheiden	190
7.1	Was ist (rechtlich) erlaubt? Was ist verboten?	190
7.1.1	Euthanasie/Tötung auf Verlangen/Sterbehilfe	195
7.1.2	Assistierter Suizid	196
7.1.3	Erlaubter Behandlungsabbruch	198
7.1.4	Sonderfall: Die Palliative Sedierung	198
7.1.5	Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe	199
7.2	Entscheidungsdiagramm zur Behandlungsziel- änderung	199

Kristin Surendorff-Belder

8	Grundhaltungen leben	206
8.1	Die Hospizidee	206
8.1.1	Die drei Grundprinzipien	207
8.2	Palliative Care – eine Philosophie?	209
8.3	Ausblick	212

Literatur	215
Autorinnen und Autoren	223
Glossar	226
Register	228

Vorwort zur sechsten Auflage

»Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten« ist mit dieser sechsten Auflage weiterhin eines der erfolgreichsten nicht-pharmafinanzierten Bücher der Palliativversorgung.

Auch die allgemeine und spezialisierte Palliativpflege ist in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten gut angekommen. Immer schon wurde und wird Gutes und oft Hervorragendes in der Begleitung kranker und hochbetagter Menschen ambulant und stationär geleistet – trotz steigendem Fachkräftemangel und Bürokratie.

Mit wenigen, hilfreichen Schritten kann im Rahmen des vorhandenen Zeitbudgets in der allgemeinen palliativen Versorgung bereits viel geleistet werden. Die darüber hinaus gehende spezialisierte Versorgung – SAPV – durch Pflegedienste und in Pflegeheimen begleitet darüber hinaus die letzte Lebensphase optimal. Hier ist die (Palliativ-)Pflege in Deutschland auf einem guten Weg, wie internationale Vergleichsstudien bestätigen.

Dennoch: Mehr als drei Jahre nach der Einführung des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes hat sich bei der flächendeckenden Umsetzung noch nicht viel getan:

- Es bestehen weiterhin Lücken in manchen Landkreisen und in großen Bereichen Ostdeutschlands bei der SAPV.
- Seit Ende 2016 ist es möglich, mit Krankenkassenfinanzierung Pflegeheimbewohner zur Palliativversorgung zu informieren und zu ethischen Entscheidungsfindungen zu beraten, doch haben erst wenige Pflegeheime derartige Beratungen strukturell verankert.

Über die Jahre hat sich die Aufgabenstellung dieses Buchs geändert. Neben den Altenpflegenden lesen auch viele Gesundheits- und Krankenpflegende dieses Buch. Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Pflegeheimen, sondern auch für jene von Pflegediensten und ebenso für Pflegende von nicht-palliativen Krankenhausabteilungen sind die hier gesammelten Informationen zunehmend hilfreich. Unser Buch dient ihnen allen als praktische und umsetzbare Antwort auf alle anfallenden Fragen.

Mit diesem Buch sind Sie, liebe Leser und Leserinnen, weiterhin auf den verschiedenen Versorgungsformen im Palliative Care gut vorbereitet – spezifisch auf die Palliativpflege des hochbetagten Menschen. So sind die Medikamentenempfehlungen in ihren hier besonders hervorgehobenen (oft niedrigeren) Dosierungen leitlinienkonform gerade für den älteren Menschen gezielt modifiziert.

Im Bereich der Ethik am Lebensende hat sich in den letzten Jahren viel getan. Damit Sie eine eigene Haltung finden können, tragen wir aktuelle Informationen zusammen:

- zur Diskussion zum stets straffreien Suizid sowie zur Garantenstellung im Kontext einer Beihilfe zum Suizid.
- zum neuerdings eingeführten Strafgesetz des Verbots der Suizid-Bewerbung, das vom Bundesverfassungsgericht nach Verfassungsbeschwerden derzeit überprüft wird. Eine Entscheidung zu diesem § 217 StGB wird erst nach Drucklegung dieser 6. Auflage erwartet.
- zu Patientenverfügungen, die seit den BGH-Urteilen vom 6.7.2016 und 8.2.2017 zunehmend wichtig sind, aber nur wenn sie konkret genug abgefasst werden. Dies hat ein neues BGH-Urteil vom 14.11.2018 nochmals konkretisiert. Die Selbstbestimmung der Betroffenen ist gestärkt.
- zur Palliativ-Beratung nach Paragraph 132g SGB V.¹ Sie kann im Rahmen des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes auch durch Pflegeheime selbst erbracht werden. In den dazu veröffentlichten Rahmenvereinbarungen finden sich Hinweise zur Qualität für die Umsetzung.²

Unser Buch bereitet in seiner sechsten, aktualisierten Auflage Palliativpflegende, -beraterInnen und palliative Einrichtungen gut auf diese Neuregelungen vor. Freuen Sie sich auf umfassende Informationen sowie Handlungsanleitungen in verständlicher Sprache.

09. Februar 2019

Für die Autoren:
Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel
Professor f. Palliative Care

¹ Vgl. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html

² Vgl. www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf

Einleitung und Überblick

Jochen Becker-Ebel

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium von Pflegeheimen und Pflegediensten. Für Patienten, Bewohner und Angehörige ist sie ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität – auch in schwierigen Krankheitsphasen. Doch Palliativversorgung ist mehr: Neben der radikalen Patientenorientierung sind Vernetzung und Multiprofessionalität sowie die besondere Einbeziehung der Angehörigen wichtig.

Bereits 2000 schrieben die norwegischen Pflegeheimärzte und Palliativmediziner Dr. Bettina Sandgathe und Professor Dr. Stein Husebø (Bergen) in der Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie (StK 2/2000): *»Bislang wurde die Palliativmedizin völlig zu Unrecht in der Geriatrie vernachlässigt, obwohl viele Probleme entstehen, wenn alte Menschen ernsthaft erkranken und im weiteren Verlauf sterben.«* Die namhafte Palliativmedizinerin Cicely Saunders gibt zu: *»Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.«* Zunehmend kritisieren die internationalen Gremien der Palliative Care die einseitige Fokussierung auf Krebspatienten und fordern, dass die großen Fortschritte auch anderen Patientengruppen zugutekommen sollten.

Die Aufgabe ist weiterhin groß und auch 15 Jahre später noch nicht in vollem Umfang erkannt und bewältigt. Doch gemeinsam wird es gehen. Altenpflegekräfte im ganzen deutschsprachigen Raum wollen das Sterben und den Tod in ihren Einrichtungen nicht weiter tabuisieren und in die Ecke drängen. Sie wollen die Vorzüge der Hospizarbeit in ihre eigenen Einrichtungen auf angepasste Art und Weise integrieren und von der Palliativmedizin und

Palliativpflege lernen, um die Schwerstkranken auf ihren letzten Wegen stets besser zu begleiten.

In der Palliativversorgung steht die Ganzheitlichkeit im Vordergrund. Das bedeutet, dass nicht die Erkrankungen allein betrachtet werden, sondern der ganze Mensch, mit seiner Seele, seinem Denken und Glauben und mit seiner sozialen Identität. Daraus entstand das auch heute verwandte Modell des »Total Pain«, zu Deutsch in etwa: »ganzheitlich-umfassender Schmerz«, der oben bereits erwähnten Gründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung Dame Cicely Saunders.



Praktische Palliativpflege – was gehört dazu?

Die praktische Palliativpflege wirft viele Fragen auf:

- Wie führen wir ein gutes Schmerzmanagement ein?
- Wie gestalten wir einen Rahmen für den Einsatz Ehrenamtlicher?
- Wie meistern wir ethische Krisen?
- Wie helfen uns Notfallpläne, Krisenvorsorge und ethische Fallgespräche?
- Was brauchen unsere Mitarbeiter zur eigenen Entlastung bei zunehmend höheren Sterbezahlen im Heim?
- Welche Angebote machen wir trauernden Angehörigen?
- Wie werden Angehörige unsere Partner?

Dieses Buch gibt praktische Antworten – präzise, ausführlich und leicht verständlich. Und es lädt ein zum Mitmachen, Ausprobieren und Umsetzen.

Den »Total Pain« beantwortet Saunders mit »Total Care«, eine »umfassende oder auch ummantelnde Pflege/Fürsorge«, auch »Palliative Care« genannt (von lat. »Pallium« = »Mantel«). Die Dimensionen der Bedürfnisse sind als Aufforderung an Multiprofessionalität und institutions- und trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verstehen.

1 Schmerz erkennen, verstehen und behandeln

Hans-Bernd Sittig

1.1 Einführung

Die Palliativmedizin bietet inkurablen, unter körperlichen und seelischen Beschwerden leidenden Patienten flankierende Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität an. Angestrebt wird die ambulante Behandlung in der häuslichen Umgebung, die nur gelingt, wenn eine umfassende Stabilisierung der Patienten auf Symptomebene zu erreichen ist. Wenn Entgleisungen zur stationären Aufnahme führen, ist das Behandlungsziel die schnelle, den Betroffenen zufriedenstellende Linderung der Beschwerden, gefolgt von der Rehabilitation in die vertraute Umgebung. Tumorschmerz ist das von vielen am meisten gefürchtete Symptom der Krebskrankheit.



Info

Was ist Schmerz? Ein/e

- Warnsignal (deskriptiv),
- Stimulus (neurophysiologisch),
- Hilferuf (psychosozial),
- Erfahrung des Lebens (lernen),
- rein subjektives Gefühl.

Definition gemäß der IASP³ 1979: »Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit potenzieller oder tatsächlicher Gewebsschädigung einhergeht oder mit den Begriffen einer solchen beschrieben wird. Schmerz ist immer subjektiv.«

Fazit**Schmerz ist, was der Patient als Schmerz empfindet**

Das Vorhandensein oder der Nachweis einer somatischen Läsion ist also keine zwingende Voraussetzung für das Erleben von Schmerzen. Schmerz ist also immer das, was der Patient selbst sagt, das es ist. Niemand außer dem Betroffenen selbst kann diesen Schmerz fühlen, niemand außer ihm selbst kann sagen, wie stark dieser sein Schmerz ist und wie stark er unter diesem Schmerz leidet.

Akute und chronische Schmerzen sind ein wesentliches Symptom einer Tumorerkrankung. Ihr Einfluss auf alle Bereiche der Lebensqualität kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Seit fast 20 Jahren gibt es zur Behandlung von Tumorschmerzen validierte Therapieoptionen mit einem Effektivitätsgrad mehr als 90 Prozent. Trotzdem wird die Mehrzahl der Patienten in Deutschland noch völlig unzureichend behandelt. Leider wurde der Inhalt der Leitlinien zur Tumorschmerztherapie oft unzulässig auf die rein medikamentöse Therapie verkürzt und alle anderen Optionen der Schmerzpalliation – insbesondere die tumorspezifischen Methoden, wie Bestrahlung, Operation und Chemo- oder Radioisotopentherapie – außer Acht gelassen. Auch darf der Beitrag nichtmedikamentöser Maßnahmen zur Tumorschmerztherapie, wie Lymphdrainage, Verordnung von Prothesen und Orthesen, optimierte Lagerung, Massagen, Physiotherapie und nicht zuletzt psychotherapeutische Interventionen, keineswegs unterschätzt werden.

Tumorschmerzpatienten leiden in der Regel gleichzeitig an weiteren physischen Störungen sowie psychologischen, kulturellen, sozialen und spi-

³ International Association for the Study of Pain

2 Schmerzen erfassen und systematisch handeln

Meike Schwermann

2.1 Schmerzen erfassen

Um vom Bewohner objektive Informationen über die erlebten Schmerzen zu erfahren, müssen diese anhand eines objektiven Schmerz-Assessment-Instruments erfasst werden. Der zuverlässigste Messwert für den Schmerz und das Leid, das ein Betroffener erfährt, sind seine eigenen Angaben. Entscheidend ist, dass die Schmerzerfassung anhand spezifischer Instrumente gemessen und dokumentiert wird. Als wesentliche Instrumente sollten hierfür zum einen die Schmerz-Ersteinschätzung, die Schmerzintensitätsmessung und das Schmerzprotokoll hinzugezogen werden.

Als meist genutzter Schmerz-Ersteinschätzungsbogen wird in der klinischen Praxis der McGill-Pain-Questionnaire hinzugezogen, der in vollständiger Form im Expertenstandard des DNQP (erstmalig 2005) dargestellt ist. In den folgenden Expertenstandards »Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und bei chronischen Schmerzen« (DNQP 2011; DNQP 2014) behält er Gültigkeit.

In den Expertenstandards für die Altenhilfe werden als Fremdeinschätzungsinstrumente hinzugezogen: der BESD-Bogen (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, deutsche Fassung der PAINAD-Skala (mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung) sowie der BISAD-Bogen (als deutsche Fassung des französischen ECPA-Bogens) – siehe DNQP 2011; DNQP 2014.

Es sollte gemeinsam festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt der Erstein-schätzungsbogen eingesetzt wird: z. B. im Erstgespräch nach der Heimauf-nahme oder erst innerhalb der ersten Woche, bzw. bei dem Verdacht, dass ein Bewohner unter Schmerzen leidet. In vielen Fällen erzählen die Bewoh-ner nicht gleich beim Heimeinzug, dass sie unter Schmerzen leiden. Hier stellt sich auch die Frage, bei welchen Bewohnern die Schmerz-Erstein-schätzung grundsätzlich durchgeführt werden sollte. Hilfreiche Informa-tionen erhält die (Bezugs-)Pflegefachkraft im Gespräch mit dem Bewohner, aus der pflegerischen Anamnese, anhand der vorliegenden Diagnosen bzw. des Arztbriefs, der gezielten Beobachtung bei pflegerischen Tätigkeiten so-wie aus den Übergabegesprächen. Wenn ein Pflegebedürftiger bereits mit einer Schmerzmedikation einzieht, sollte auf jeden Fall durch die Pflege-fachkraft eine Schmerz-Ersteinschätzung erfolgen. Der Schmerz-Erstein-schätzungsbogen muss nur einmalig ausgefüllt werden.

2.1.1 Skalen zur Messung der Schmerzintensität

Die Schmerzintensität gilt als das wesentlichste Kriterium im Rahmen der Schmerzeinschätzung und macht einen Großteil des durch Schmerzen ver-ursachten Leids aus. Diese Dimension dient, obschon sie den Schmerz nur reduziert wiedergibt, als maßgeblicher Ansatzpunkt zur Ermittlung des medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiebedarfs sowie zur Beurteilung des Therapieerfolges. Nachfolgend werden die wichtigsten Skalen dargestellt (Schwermann & Münch 2007: 22–23).



Kein Schmerz	Leichter Schmerz	Mittelstarker Schmerz	Starker Schmerz	Sehr starker Schmerz
--------------	------------------	-----------------------	-----------------	----------------------

Abb. 3: Verbale Ratingskala (VRS).

3 Körperliches Leid verringern

3.1 Palliative Mundpflege

Nina Rödiger

In der palliativen Begleitung ist die Mundpflege eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen. Palliativpatienten nehmen in der Regel unzureichend Flüssigkeit und Nahrung zu sich, atmen durch den geöffneten Mund, erhalten Mundtrockenheit auslösende Medikamente und leiden dadurch oft unter Mundtrockenheit und Borken- und Belagbildung. Durch ihren herabgesetzten Immunstatus können Entzündungen der Mundschleimhaut und Pilzinfektionen ausgelöst werden, die häufig Schmerzen verursachen und so die Nahrungsaufnahme und Mundpflege behindern. Ein zusätzliches Problem kann starker Mundgeruch sein, der für alle Beteiligten belastend ist und die Kommunikation und Nähe zwischen Sterbendem und Zugehörigen einschränkt. Durstgefühl entsteht in der Finalphase häufig durch Mundtrockenheit und kann durch regelmäßige Mundpflege gelindert oder auch beseitigt werden, wohingegen eine künstliche Flüssigkeitszufuhr oft nur Symptome neu entstehen lässt oder bestehende Symptome verstärkt.

3.1.1 Intimbereich Mund

Der Mund gehört zu den Intimzonen des Menschen. Das gewaltsame Eindringen in die Mundhöhle wird als massive Grenzverletzung wahrgenommen. Zusätzlich ist der Mund eine der wahrnehmungsstärksten Zonen des menschlichen Körpers. Er ist sehr schmerzempfindlich, aber auch ein

4 Psychosoziale Nöte begleiten

4.1 Depression und Angst

Michaela Pawlowski

»Es scheint, als habe ich vor allem Angst und dabei kann ich gar nicht genau sagen wovor genau. Selbst wenn ich versuche, das zu verdrängen, dann kommt es vielleicht nachts in einem Albtraum, oder wenn ich irgendwo auf eine Untersuchung warten muss.«

Aussage einer Palliativpatientin im Beratungsgespräch
mit dem ambulanten Pflegedienst

Ja, es macht Angst mit einer Erkrankung konfrontiert zu werden, die das Leben, so wie es bislang verlaufen ist, vollkommen verändern und vermutlich auch verkürzen wird. Schon eine starke Angst allein kann einen Menschen in seinem Antrieb lähmen. Im weiteren Verlauf der Krankheitsentwicklung führen dann die möglichen, vielfältigen körperlichen Einschränkungen zu einem Nachlassen von Energie und Kraft. Atemnot, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fatigue – schon ein Begleitsymptom für sich kann quälend sein. Wird hier nicht lindernd eingegriffen, dann führen sie zu erheblichen Beeinträchtigungen, auch und gerade auf der psychischen Ebene.

Zu Beginn ist schon allein die Unsicherheit quälend. Sie geht einher mit den vielen Fragen, die eben kaum präzise beantwortet werden können. Vermutlich bestehen Fantasien darüber, welche einschneidenden Veränderungen es in der Gestaltung des restlichen Lebens geben wird. Vielleicht gibt es aber

5 Existenzielle Krisen gestalten

Christine Behrens

5.1 Rituale in der Begleitung Sterbender

Jeder Tag eines jeden Menschen spielt sich in ritualisierter Form ab. Das Frühstück: gemütlich mit Ei, Kaffee und Zeitung oder doch zuerst die Zigarette und nur ein »Pott« Kaffee? Jeden Tag weisen wir jedem dieser kleinen Alltäglichkeiten seinen besonderen Platz zu und registrieren mit Unbehagen, wenn eine von ihnen – aus welchem Grund auch immer – zum schnellen, vorsorglichen Zweck wird: Nach Dienstschluss nach Hause, die Kleidung wechseln und mit dem Hund spazieren gehen, bevor die Familie nach Hause kommt? Wenn es zu Überstunden kommt oder etwas anderes Unvorhergesehenes passiert, kann man seinen ritualisierten Ablauf nicht mehr aufrechterhalten. Die eigentlich heilsamen Minuten unseres Tagesablaufs werden als Stress wahrgenommen.

Ein Ritual ist individuell und gibt Struktur

Auch Feste und Feiern, wie z. B. Schützenfeste, Geburtstage und Hochzeiten, haben ihre ritualisierten Abläufe und Strukturen bzw. einen zeitlichen Rahmen. Gerade diese machen solche gesellschaftlichen Ereignisse so interessant und kalkulierbar. Oder würden Sie gern das ganze Jahr Weihnachten feiern?

Ein Ritual hat einen geregelten Ablauf, einen zeitlichen Rahmen. Es hat eine soziale Funktion, weil es Menschen zusammen führt – oder auch trennt. Ebenso ist es bei Beerdigungen. Wenn wir zu einer Beerdigung gehen, wissen wir, dass es einen Rahmen gibt, der Sicherheit gibt. Es gibt eigene Ausdrucksformen: Durch symbolische Handlungen (Musik, Kerzen, ritualisierte Gesprächsformen) kann die eigene Trauer ins Fließen kommen.

Ein Ritual gibt unterschiedlichen Gefühlen Raum: Wut, Dankbarkeit, Freude, Ärger. Ein Ritual ist verbunden mit Symbolen. Wenn wir Trauer fühlen, werden oft existenzielle Fragen angerührt: Wozu lebe ich? Wie ist mein Leben? Was gibt es noch? Wir können damit wichtige Punkte unseres Lebens markieren und einen neuen Sinn finden. Ein gemeinsames Erinnern an einen Verstorbenen in der Familie (bei Angehörigen) oder bei Bewohnern (Team) bindet einen Menschen in die Gemeinschaft ein. Man fühlt sich nicht mehr isoliert in der Trauer.

Ein Ritual hat eine spirituelle Funktion

Rituale werden oft nur bezogen auf kirchliche Feste. Die kleinen alltäglichen Rituale werden oft nicht ausreichend erkannt und damit auch nicht gewürdigt.

Beispiel

Das offene Fenster

Die meisten Pflegekräfte öffnen nach dem Eintritt des Todes des Bewohners das Fenster und wissen oft nicht einmal, dass das ein Ritual ist.

Rituale sind – ganz allgemein – der Versuch, sich nicht im Chaos von Verzweiflung und Ohnmacht zu verlieren. Sie haben eine Botschaft, die direkt auf die Menschen wirkt, ohne Worte und lange Erklärungen. Sie geben dem, was wir empfinden, eine Form: Angst vor dem Ungewissen, Sehnsucht nach Gemeinschaft, Freude am Geborenwerden, am Aufbruch. Vor allem die Übergangszeiten im Leben wurden und werden durch Rituale aus dem alltäglichen Ablauf herausgehoben. Solche Übergangszeiten sind z. B. Geburt, Schulbeginn, Eintritt in die Pubertät, Hochzeit und Tod. Nirgendwo wird der Mangel an Ritualen allerdings so deutlich, wie bei den Übergangskrisen des Lebens.

Rituale sind individuelle erfundene Wirklichkeiten, die Verlässlichkeit, Zuversicht und Zusammengehörigkeitsgefühl und sogar Trost vermitteln. Sie sind wie ein Geländer, das der Seele halt geben kann. Sie dienen der Orientierung und der Identitätsbildung.

6 Zusammenarbeiten und sich vernetzen

Christine Behrens

6.1 Kommunikation im Team

Mitte der 1960er-Jahre fanden Psychologen heraus, dass effektive Teams aus Personen bestehen, die psychisch auf Distanz bleiben und sich nur auf die Aufgabe konzentrieren. Teamfähig ist also, wer gemeinsam mit seinen Kollegen gegen Probleme kämpft, nicht gegen Menschen. Teamfähig ist, wer ein Problem selbst dann mit anderen optimal löst, wenn er die anderen überhaupt nicht leiden kann.

Ja, das wäre wünschenswert, aber – wie so oft – sieht die Realität anders aus: Gute Teams sind in der Praxis selten. Der Normalfall sind Reibungsverluste, Konkurrenz, Neid, Missachtung von Absprachen, fehlende oder unklare Leitungsstrukturen, unklare Aufgabenteilung oder Unzuverlässigkeit bei der Aufgabenteilung.

Unbestreitbar haben Teams Vorteile: Teams nehmen die Komplexität von Organisationen am besten auf. Sie sind relativ flexibel im Umgang mit dem Unkalkulierbaren. Teams sind effizient als Subsystem, denn sie garantieren die Handlungsfähigkeit des gesamten Unternehmens. Funktionsfähige Teams sichern den Erfolg eines Unternehmens.

Teamfähigkeit bedeutet aber nicht, gruppenfähig oder gar pflegeleicht zu sein. Allenfalls eine gewisse Anpassungsfähigkeit wird benötigt. Die vernetzte Informationsverarbeitung, das kreative Denken, der gemeinsame Erkenntnisgewinn – das ist fähige Teamarbeit! Wenn Sie ein gutes Team

werden wollen, müssen Sie sich vor der Teamarbeit folgende zentrale Fragen stellen:

Was sind unsere Ziele und Aufgaben?

- Was wollen wir tun?
- Was ist das (gemeinsame) Ziel?
- Welche Ziele setzen wir uns / wurden uns vorgegeben?
- Die wichtigsten Kriterien für Ziele sind: realistisch, überprüfbar und erreichbar.

Wer übernimmt welche Rollen im Team?

- Welche Aufgaben hat das einzelne Teammitglied?
- Welche Qualifikation, Stärken, Erfahrungen bringt die Einzelne mit?
- Wer ist wofür zuständig und mit welcher Kompetenz (Rollenverteilung)
- Was braucht die Einzelne, um ihre Aufgabe erfüllen zu können (Informationen, Weiterbildungen, Material, Voraussetzungen etc.)

Welche Regeln der Zusammenarbeit wollen wir uns geben?

- Wie wollen wir zusammenarbeiten, damit wir unsere Arbeitsziele erfüllen (Verhalten!)?
- Worauf legen wir Wert? Worauf wollen wir achten?
- Was muss jede tun, damit wir unsere Zusammenarbeit als optimal erleben?
- Wie schaffen wir Freiräume zu Reflexionen über die Zusammenarbeit? (vgl. Metz & Heimerl 2005)

6.1.1 Regelmäßige Besprechungen

Die wichtigste Ressource im Team sind regelmäßige Besprechungen. Sicherlich kosten diese Besprechungen Zeit, die von der Pflege der Bewohner abgeht. Es kostet aber viel mehr Zeit, jene Konflikte zu bearbeiten, die deswegen entstehen, weil keine regelmäßigen Besprechungen durchgeführt werden!

7 Ethisch würdevoll und gut entscheiden

Jochen Becker-Ebel

Zugegebenermaßen gibt es erstaunliche Fortschritte in der kurativen Medizin. Doch erst durch diese Fortschritte entsteht immer häufiger die Notwendigkeit, Maximaltherapien zu begrenzen und Behandlungsziele zu ändern. Der Patientenwille, die Patientenwürde und die Lebensqualität von Schwerstkranken (er-)fordern eine Therapiebegrenzung. Diese findet aber oft nicht statt. Die Gründe sind vielfältig: Persönliche Unsicherheit, fehlendes Wissen um praktikable Lösungen, mangelnde Rechtssicherheit und oft polemische Darstellung des Themas in den Medien. Deshalb werden die palliativen, erlaubten und gewünschten Maßnahmen, z. B. die Verringerung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, in der Finalphase nicht durchgeführt.

7.1 Was ist (rechtlich) erlaubt? Was ist verboten?

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsreduktion oder eine Dosiserhöhung von Schmerzmitteln sind palliativmedizinische Maßnahmen, wenn sie entlang des Patientenwillens geschehen und nicht eingesetzt werden, um direkt den Tod herbeizuführen, sondern dem Sterben einen natürlichen Verlauf erlauben. Dies ist deutlich von der ärztlichen Beihilfe zum Selbstmord, der Euthanasie oder (Patienten-)Mord und Totschlag abzugrenzen.

Umfrageergebnisse zeigen, dass palliativmedizinische Maßnahmen, bisher auch »passive Sterbehilfe« genannt, aufgrund mangelnder Information in der Bevölkerung fälschlicherweise als Euthanasie bzw. »aktive Sterbehilfe«

wahrgenommen werden. Wegen dieser Trennungsunschärfe sollte die bisherige Unterscheidung in »aktive« und »passive« Sterbehilfe aufgegeben werden. Ärztliches Handeln ist immer »aktiv«, auch und gerade dann, wenn ein Arzt lebensverlängernde Maßnahmen nicht einleitet oder beendet. In diesem Kontext ist es angezeigt, in Zukunft von der »palliativen Sedierung« und nicht mehr von der »terminalen Sedierung« zu sprechen, da nur so bedrohliche Konnotationen vermieden werden.

Dazu ein Fallbeispiel

Unter dem Aktenzeichen 2 StR 454/09 vom 25.06.2010 sprach der Bundesgerichtshof den Münchner Rechtsanwalt Putz frei. Er hatte einer Tochter (= Betreuerin) einer im Koma liegenden Mutter geraten, eine PEG zu durchtrennen, nachdem in einem Pflegeheim die Beendigung der Ernährung entlang des von Arzt und Betreuerin ermittelten mutmaßlichen Patientenwillens nicht stattgegeben wurde. Die ursprüngliche Verurteilung des Landgerichts Fulda wurde aufgehoben. Im Abschnitt 4 wird rechtsgültig erläutert, warum neben passiven Handlungen (»durch Unterlassen«) und indirekten (»durch In-Kauf-Nehmen«) auch aktive Handlungen (z. B. Durchtrennen einer PEG, Abschalten der Beatmung) geeignet sind, den Willen des Patienten straffrei umzusetzen:

»4. Das Landgericht ... hat das Durchtrennen des Schlauchs der PEG-Sonde als aktives Handeln gewertet und deshalb der Einwilligung der Patientin eine rechtfertigende Wirkung abgesprochen.

a) Diese Ansicht entspricht der bisher in Rechtsprechung und Literatur ganz überwiegend vertretenen Auffassung, wonach zwischen (unter bestimmten Bedingungen) erlaubter »passiver« und »indirekter« sowie stets verbotener »aktiver« Sterbehilfe zu unterscheiden sei (...). Das bloße Einstellen künstlicher Ernährung ist danach schon wegen seines äußeren Erscheinungsbildes, jedenfalls aber nach dem Schwerpunkt des strafrechtlich relevanten Verhaltens, nicht als aktives Tun, sondern als Unterlassen und damit als »passives« Verhalten angesehen worden (BGHSt 40, 257, 265 f. ...).

An diesem an den äußeren Erscheinungsformen von Tun und Unterlassen orientierten Kriterium für die Abgrenzung zwischen gerechtfertigter und rechtswidri-

8 Grundhaltungen leben

Kristin Surendorff-Belder

8.1 Die Hospizidee

*»Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig,
und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben können.«*

Dieser Satz, den man Cicely Saunders zugeschreibt, wird in hospizlich-palliativen Zusammenhängen immer wieder gerne zitiert. Viele Kollegen, die in diesem Bereich arbeiten und diesen Satz wiederholt hören oder lesen, finden ihn inzwischen abgedroschen oder überzitiert. Nur: Welcher Satz würde besser beschreiben, was die hospizlich-palliative Haltung bedeutet wenn nicht dieser.

Andere Zitate von Saunders bringen noch deutlicher zum Ausdruck, mit welcher Haltung sie Menschen gegenübertritt und was sie als Aufgabe der Hospiz-Bewegung ansieht:

*»Du zählst, weil du bist wer du bist.
Und du zählst bis zum letzten Moment deines Lebens.
Es steckt etwas sehr Wertvolles in dir,
und wir sind glücklich, dem begegnen zu dürfen«*

Saunders 1999: 8, 94

*»Entwickeln konnte sich das nur, weil wir uns genau angehört haben,
was uns Patienten selbst, ihre Familien,
aber auch die Mitarbeiter im Hospiz zu sagen haben.
Es geht darum, den Patienten und ihren Familien in jeder Hinsicht
zu geben, was sie brauchen,
um mit der Realität einer tödlichen Krankheit fertig zu werden«
Saunders 1999: 40*

In diesen wenigen Sätzen werden schon der große Respekt vor den sterbenden Menschen und ihren Familien, die große Bedeutung des genauen Zuhörens, des wirklich tiefen Verstehens und auch die Idee, wirklich alles tun zu wollen, damit die Familien mit dem Sterben leben können, deutlich (vgl. Saunders 1999: 60 ff.).

8.1.1 Die drei Grundprinzipien

8

Durch dieses genaue Hinhören ist zu erklären, wie die Hospizidee überhaupt entstanden ist. Saunders hat sich auf eine sehr nahe Beziehung mit Sterbenden eingelassen und genau zugehört, was diese zu sagen und welche Vorstellung sie davon hatten, was sie in der letzten Phase ihres Lebens gebrauchen würden. Das ist die Blickrichtung, aus der Saunders ihre Idee entwickelt hat: die sterbenden Menschen als Ideengeber und Lehrmeister. Ebenso ging es ihr darum, bei den Sterbenden und deren Angehörigen auszuharren, wenn es schwer und die eigene Ohnmacht deutlich wurde. Sie selbst hat das vorgelebt (vgl. Saunders 1999: 15 ff.).

Sterbebegleitung heißt, das Leben vom Sterben aus zu leben, indem sich die Begleiter mit dem eigenen Sterben als Teil des Lebens auseinandersetzen (vgl. Saunders 1999: 12).

*»Sterbebegleitung heißt ja, daß wir uns selbst
mit den Sterbenden zusammen auf den Weg machen müssen.
Und ... daß es die Sterbenden sind, die uns den Weg weisen«
Saunders 1999: 12*

Literatur

Schmerzlinderung (Auswahl)

- Sittig, H. B.: Schmerz in der Palliativmedizin. In: Kayser, H., Kieseritzky, K., Sittig, H.B.: Kursbuch Palliative Care. Uni-Med. Verlag Bremen. 2007. S. 236–294.
- Sittig, H. B.: Durchbruchschmerzen/schnell wirkende Schmerzmittel. Kapitel V.16. In: Becker-Ebel, J.: Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Behr's-Verlag Hamburg. 2007–2015.
- Sittig, H. B.: Schmerzbehandlung Hochbetagter. Kapitel V.17. In: Becker-Ebel, J.: Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Behr's-Verlag Hamburg. 2007–2015.

Mundpflege/Übelkeit/Erbrechen

- Bausewein (2005) et al., »Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin«, Urban & Fischer, 2005
- Bausewein et al., »Leitfaden Palliativmedizin Palliative Care«, Urban & Fischer, 3. Auflage
- Kränzle, Schmid, Seeger »Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung«, Springer, 2006
- Kayser, Kieseritzky, Sittig, »Kursbuch Palliative Care«, Uni-Med, 2009
- Knipping, »Lehrbuch Palliative Care«, Huber, 2007

Respiratorische Symptome

- Albrecht, E. in Bausewein, C., Roller, S., Voltz, R. (Hg.) Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care (3. Aufl.), Urban & Fischer, München, 2007
- Huseboe, B., Huseboe, S., Die letzten Stunden. Kavli Forschungszentrum für Demenz, Uni Bergen, Vortragsprotokoll, 2. Potsdamer Hospiztag, 2004
- Huseboe, S., Klaschik, E., Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation (4. Aufl.), Springer Verlag, Berlin, 2006
- Kerscher, H. in Becker-Ebel, J. (Hg.), Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln, Behr's Verlag, Hamburg, 2007
- Kränzle, S. in Kränzle, S., Seeger, S., Schmid, U., (Hg.) Palliative Care-Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Heidelberg, 2006

- Meuret, G., Palliative Home Care Tumorkranker, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2008
- Roller, S., Beachtung, Bewertung und Behandlung von Atemnot in der Palliativmedizin, Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich (ZaeFQ), Urban und Fischer Verlag, München, 2000
- Schäffler, A. et al., Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe, Urban & Fischer Verlag, München, 2000
- Seel, M., Die Pflege des Menschen (3. Aufl.), Brigitte Kunz Verlag, Hannover, 2003

Obstipation

- Kern, M., Palliativpflege: Richtlinien und Standards (4. Aufl.), Pallia Med Verlag, Bonn, 2008
- Student, J.-C., Napiwotzky, A., Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen, Thieme Verlag, Stuttgart, 2007
- Schmid, U., in Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hg.), Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Heidelberg, 2006
- Schubert, B., Schuler, U. in Knipping, C. (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Huber Verlag, Bern, 2006

Wundversorgung

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, DNQP: Fachhochschule Osnabrück, 2008
- Protz, K., Moderne Wundversorgung, Urban & Fischer, 5. Aufl., München, 2009a
- Protz, K., Artikel: »Wundversorgung: Nicht heilen, sondern lindern« in Heilberufe spezial. Palliative Care, Urban & Vogel, München, 2009b
- Schmid, U. in Kränzle, S., Schmid, U. Seeger, C., Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer, Heidelberg, 2006
- Student, J.-C., Napiwotzky, A., Palliative Care – wahrnehmen – verstehen – schützen, Thieme, Stuttgart, 2007
- Voggenreiter, G., Dold, C., Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, Thieme, Stuttgart, 2004
- Protz, K., Aspekte der modernen Wundversorgung – akute und chronische Wunden

Depression/Angst

- Aulitzky, W. (Hrsg.). Es muss nicht Schweigen herrschen. Gelungene Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden. Palliative Praxis 2, DVD-Lehrprogramm. Stumm-Film, 2010
- Haller, S., Napiwotzsky, A., Student, C. Angst und angstbedingte Schlafstörungen. Palliative-Care-Tipps für Angehörige, Betroffene sowie ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter. Hospiz Stuttgart, Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung, www.hospiz-stuttgart.de
- Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Hans- Huber Verlag Bern, 2003
- Koch, U., Lang, K. et al. Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Schattauer, 2005
- Klaschik, E. Palliativmedizin Praxis. Leitfaden für die palliativmedizinische Alltagsarbeit. Pallia Med Verlag, 4. überarbeitete Auflage, 2008
- Müller, E.: Du spürst unter deinen Füßen das Gras. Fischer Verlag, 1997
- Müssigbrodt, H., Kleinschmidt, S. et al. Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der primären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10 (PHC). Hans Huber, 2. Auflage, 2000
- Murillo, M., Kissane, D., Mehnert, A.: Psychische Belastungen, ihre Verarbeitung und psychologische Unterstützungsmöglichkeiten bei Patienten mit terminalen Erkrankungen. In Koch, U. et al. Schattauer, 2005.
- Schewski, R.: Von Gefühlen, Gedanken und Ausdruckformen möglicher Ängste bei Tumorpatienten. Onkologie Update, Ostalb- Klinikum Aalen, 2010
- Stiel, S., Krumm, N. et al.: Der Schmerz. Indikation und Gebrauch von Benzodiazepinen auf einer Palliativstation. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, Springer Medizinverlag, 2008
- WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Hans Huber, 4. Auflage, 2000

Unruhe/Verwirrtheit

- Knipping, C: Palliative Betreuung in den letzten Lebenstagen und -stunden. In C. Knipping (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care, 465-482, Bern: Hans Huber Verlag, 2007
- Murphy, M.: Verwirrtheit und Sedierung. In C. Saunders (Hrsg.), Hospiz und Begleitung im Schmerz, 107-116. Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder, 1999
- Student, J.C. & Napiwotzky, A.: Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG., 2007
- Herz, A. von: Unruhe – Eine Herausforderung für Pflegende. Pflegen: palliativ 14, 8-12, 2012
- Wenzel, C. & Pleschberger, S.: Sterben zu Hause – Herausforderungen für An- und Zugehörige. In K. Wegleitner & K. Heimerl & A. Heller (Hrsg.): Zu Hause sterben – Der Tod hält sich nicht an Dienstpläne, 55-67. Ludwigsburg: der hospiz verlag, 2012

Ehrenamt

- Spohr, M. (2000): Ehrenamtliche und berufliche MitarbeiterInnen in der sozialen Arbeit am Beispiel der Hospizarbeit. In: Wege zum Menschen, 52, 346 – 356.
- Student, J. C. (1997): Die Zukunft und die Bedeutung der ehrenamtlichen Hospizarbeit. In: Klie, T.; Roloff, S. (Hrsg.) (1997): Hospiz und Marketing. Freiburg: Evangelische Fachhochschule.

Trauer

- Borschert, S.; Kotz, M. (2005): Trauer. In: Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (2005): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas.
- Kast, Verena (2009), Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Kreuzverlag.
- Parkes, C. M. (1978): Vereinsamung. Die Lebenskrise nach Partnerverlust. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Smeding, R.; Aulbert, E. (2000): Trauer und Trauerbegleitung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech D. (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart, New York: Schattauer.

Worden, J. W. (1987): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Bern: Huber.

Worden, J. W. (2003): Grief Counselling und Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health practitioner. 2nd eEdition. Brunner-Routledge.

Kommunikation

Stewart, I.; Joines, V. (2000): Die Transaktionsanalyse. Freiburg Herder.

Sachweh, S., (2006): Noch ein Löffelchen? Bern: Huber.

Kommunikation im Team

Gellert, M./Nowack, C. (2002): Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung, Verlag Christa Limmer, Meezen.

Spiritualität

Behrens, C. (2006): Spiritualität als Erfahrung. In: Steurer, J. (2007 / 2008): Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Hamburg: Behr's.

Bucher, A. (2007): Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim: Beltz.

Frankl, V. E. (1995): Ärztliche Seelsorger. 4. Auflage. Frankfurt am Main

Frick, E. et al. (2006): A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. In: European Journal of Cancer Care, 15, 238 – 243.

Geisler, L. (2005): Medizin und Spiritualität. In: Die Tagespost.

Utsch, M. (2005): Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität. Stuttgart: Kohlhammer.

Utsch, M. (2007): Spiritualität in der Altenarbeit. Assessment und curriculare Zugangswege. Workshop und Expertenaustausch, Zürich.

Watzlawick, P. (1994): Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn. Wien

Wilkening, K. (2007): Spiritualität in der Altenarbeit, Assessment und curriculare Zugangswege. Workshop und Expertenaustausch, Zürich.

Ethik

Göring-Eckhardt, K. (Hrsg.) (2007): Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Hoffmann, S. (2011 ff.)/Becker-Ebel, J.(2007–2011) (Hrsg.): Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Bewährte Mustervorlagen, Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte für Pflegeheime und Pflegedienste. Hamburg: Behr's.
- Leiter, K. E. (2002): (K)eine Zeit zum Sterben. Euthanasie – Problem oder Lösung? Innsbruck-Wien: Tyrolia.
- Müller-Busch, H. (2004): Sterbende sedieren? In: DMW 2004; 129: 701–4.
- Materstvedt, L. J. et al. (2003): Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. In: Palliative Medicine 2003; 17: 97–101, vgl. auch: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/archives/task-forces-archives/euthanasia-copy>. abgerufen am 19.11.2018.
- May, A. T. (2005): Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige. Diss. Bochum. Münster: LIT.
- Steurer, J. (2005): Entscheidungen am Lebensende. Fortbildungsreihe Palliativmedizin. Folge 13. In: Im Focus Onkologie 4/2005. S. 57– 62.
- Tolmein, O. (2006): Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung. München: C. Bertelsmann.

Schmerzmanagement

- Basler, H. D. (1999): Das Schmerzerleben bei älteren Menschen. In: Interdisziplinärer Arbeitskreis Schmerz im Alter (Hrsg.). Schmerz im Alter. Ein Kompendium für Ärzte. Band I – Grundlagen der schmerztherapeutischen Versorgung älterer Menschen. Puchheim: Lukon.
- Basler, H. D., Hüger, D., Kunz, R., Luckman, J., Lukas A., Nikolaus, T., Schuller, M. S. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). In: Der Schmerz. Vol. 20, Number 6, November 2006. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bölike, C, Panka, C. (2004): Die Pflegevisite als Instrument interner Qualitätssicherung in der extramuralen Pflege. In: Heering, C. (Hrsg.) (2004): Das Pflegevisiten-Buch. Bern: Huber.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten

- oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP.
- Heinrich, R. (1999): Schmerzmanagement bei älteren Patienten. In: Interdisziplinärer Arbeitskreis Schmerz im Alter (Hrsg.): Schmerz im Alter. Ein Kompendium für Ärzte. Band I – Grundlagen der schmerztherapeutischen Versorgung älterer Menschen. Puchheim: Lukon.
- Kunz, R. (2006): Schmerztherapie in der Geriatrie. In: Knipping, C. (2006) (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber.
- Kunz, R. (2006): Schmerzerfassung und -therapie bei Demenzkranken. In: Knipping, C. (2006) (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber.
- Morello, R.; Jean, A.; Alix, M. & Groupe Regates (1998): L'ECPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. Info-kara, 3.
- McCaffery, M.; Pasero, C. (1999): Pain. Clinical Manual (2.Auflage). St. Louis: Mosby
- Merskey, M.; Bogduk, N. (1994): Classification of chronic pain (2.Auflage). Seattle: IASP Press.
- Schwermann, M.; Münch, M. (2007): Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für die Pflegepraxis. Kohlhammer: Stuttgart.

Grundhaltungen Palliativpflege

- Antonovsky, A.; Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).
- Breithaupt, F. (2009): Kulturen der Empathie. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1906).
- DHPV: Leitsätze. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 5.10.2007: http://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband_leitsaetze.html, abgerufen am 19.11.2018.
- Fleckinger, S. (2013): Ehrenamtlichkeit in palliative care. [S.l.]: Springer Vs.
- Heller, A. (2012): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Ludwigsburg: Hospizverlag.
- Pfeffer, C. (2005): »Hier wird immer noch besser gestorben als woanders«. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag

- Hans Huber, Programmbereich Gesundheit. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft).
- Saunders, C. (1999): *Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospiz-Idee steht.* Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder (Herder-Spektrum, 4708).
- Student, J.-C. (2004): Hospiz. In: Johann-Christoph Student (Hg.): *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende.* Freiburg [u. a.]: Herder, S. 90–98.
- Student, J.-C. (Hg.) (2004): *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende.* Freiburg [u. a.]: Herder.

Autorinnen und Autoren



Prof. Dr. theol. Jochen Becker-Ebel

Prof. Dr. theol. Jochen Becker-Ebel ist Supervisor DGSv und Psychodramaleiter DFG/IAGP. Im Thema »Ethik und Recht« geht es ihm um die Umsetzbarkeit des Gelernten. Neben seiner Beratungstätigkeit in Deutschland (www.mediacion.de) ist er Adj. Prof. for Palliative Care in Mangalore (www.palliaction.com) und seit 2018 im Vorstand der indischen Palliativgesellschaft.



Christine Behrens

Christine Behrens ist Diplom-Theologin, Sozialmanagerin und Transaktionsanalytikerin (DGTA). Nachdem sie längere Zeit als Heimleitung tätig war, ist sie nun als Referentin, Autorin und Kursleitung von Palliativkursen tätig. Als Supervisorin liegt ihr Schwerpunkt auf der Begleitung von Palliativstationen, Hospizen und Einrichtungen der Behindertenhilfe.



Günter Davids

Günter Davids ist examinierter Krankenpfleger mit Zusatzausbildung in Palliative Care und Diplom-Pflegewirt mit langjähriger Tätigkeit im stationären Hospiz und als Referent zu Palliative Care und Demenz. Von 2008–2014 leitete er zertifizierte Kurse in Palliativpflege.

**Michaela Pawlowski**

Frau Michaela Pawlowski ist Diplom-Psychologin, systemisch-lösungsorientierte Therapeutin, Krankenschwester und Palliative Care-Fachkraft. Nach langjähriger Tätigkeit als Hospizkoordinatorin und in der Hospizbildung ist sie nun Dozentin und Kursleitung im Bereich Palliative Care.

**Nina Rödiger**

Nina Rödiger ist examinierte Altenpflegerin, Palliative Care-Pflegefachkraft, PDL, Sozialmanagerin, Schmerzexpertin und transaktionsanalytische Beraterin. Sie arbeitete als Pflegekraft in einem Hospiz und leitet seit 2007 zertifizierte Kurse in Palliativpflege.

**Meike Schwermann**

Meike Schwermann, M. A., ist Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege und Palliative Care, Diplom-Sozialwirtin, Diplom-Pflegewissenschaftlerin und Fachbuchautorin. Sie arbeitet als Palliative Care-Trainerin und Hochschullehrende an der FH Münster und an der PMU (A).

**Dr. med Hans-Bernd Sittig**

Dr. med. Hans-Bernd Sittig ist Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Rettungsmedizin, Algesiologe DGS. Er leitete viele Jahre eine Palliativstation und dann als ärztlicher Geschäftsführer ein Hospiz. Er ist jetzt in einer Gemeinschaftspraxis für Schmerzmedizin in Stade niedergelassen.

**Kristin Surendorff-Belder**

Kristin Surendorff-Belder, M.A. Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Pflege, ist Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege und Palliative Care-Pflegefachkraft. Sie arbeitet als Hospizkoordinatorin, Dozentin im Bereich Krankenpflege, Altenpflege sowie als Kursleiterin im Bereich Palliative Care und Hospizarbeit.

Glossar

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Bundesgerichtshof in Strafsachen
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
DHPV	Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EAPC	European Association for Palliative Care
ECPA	ECPA-Schmerzskaala ist ein Pflegeassessmentinstrument zur Erfassung von Schmerzen und zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Pflegebedürftigen und Patienten
ED	Einzeldosis
EXIT	Einer der beiden Schweizer Vereine, der sich für die Sterbehilfe einsetzt und diese u. a. in Form der Freitodbegleitung auch leistet
GRS	Gesichter-Ratingskala zur Einschätzung von Schmerzen
IASP	International Association for the Study of Pain, die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., abgekürzt DGSS, ist eine Sektion der IASP
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IFF	Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik Wien der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
NRS	Numerische Ratingskala zur Einschätzung von Schmerzen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCA	Patient-controlled Analgesia , Patientengesteuerte Analgesie
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie ist ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
TA	Transaktionsanalyse
TD	Tagesdosis

THC	Tetrahydrocannabinol als hauptsächlicher »rauschbewirkender« bzw. schmerzlindernder Bestandteil der Hanfpflanze (Cannabis)
TMD	Tagesmaximaldosis
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
VRS	Visuelle Ratingskala zur Einschätzung von Schmerzen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Register

- Abführmittel 102, 103
 Abschied 147, 162, 177
 Angehörige, Kommunikation 144
 Angehörigenarbeit 145
 Angst 128
 Arzt-Patient-Beziehung 57
 Atembeschwerden 93
 Atemnot 92
- Behandlungsabbruch 196
 Behandlungszieländerung 197
 Besprechungen 173
 Burnout 142
- Cannabinoide 50
- Depression 121, 122, 126
 Drama-Dreieck 148, 150, 151
- EAPC 190
 ECPA 70, 76, 77
 ECPA-Bogen 76
 Ehrenamtliche 177
 Entleerungshilfen 104
 Entscheidungsdiagramm 197
 Erbrechen 83
- Finalphase 56
- Geruch 118
 Gleitmittel 104
- Heimaufnahme 144
 Hilfeleistung
 – unterlassene 195
 Hospizidee 204
 Husten 98
- Ileus 106
 Ischämieschmerz 24
- Koanalgetika 44
 Kommunikation 124, 141
 – im Team 172
 Kooperation 147
- Laxanzien 104
 Lebensbilanz 170
- McGill-Pain-Questionnaire 60
 Mundgeruch 82
 Mundpflege
 – palliative 79
- Netz der Begleitung 186
 Nozizeptorschmerz 23
- Obstipation 100
 Opioidwechsel 53
- PAINAD-Scale 70
 Palliative Sedierung 196
 Palliativteam 174
 Praxisbegleitungen 184
 Prokinetikum 86

- Rasselatmung 99
- Respirationsprobleme 92
- Rituale 154

- Schmerz
 - -assessment 64
 - -ersteinschätzung 73, 74, 75
 - -intensität 61, 62
 - neuropathischer 24
 - -protokoll 63
 - -therapie 18
 - therapiebedingter 25
 - tumorbedingter 23
 - tumorunabhängiger 25
 - viszeraler 24
 - -wahrnehmung 65
- Schmerzanamnese 29
- Schmerzattacke 51
- Schmerzentstehung 19
- Schmerzhemmung 20
- Schmerzleitung 19
- Schmerzschwelle 21
- Schmerztherapie 31
 - kausale 31
 - symptomatische 32
- Schmerztoleranz 21
- Schmerzursachen 21
- Schmerzwahrnehmung 20
- Seelsorge 167
- Spiritualität 165
- Spirituelle Begleitung 171
- Sprachfähigkeit 141
- Sterbehilfe 193
 - aktive 188
 - passive 188
- Suizid
 - assistierter 194
- Supervision 184

- Tapentadol 49
- Team, interdisziplinäres 174
- Tötung auf Verlangen 193
- Transaktionsanalyse 137
- Trauer 158
 - -begleitung 158
 - -bewältigung 162
 - -reaktionen 161
 - Stadien der 159
 - -verlauf 164
- Tumorschmerztherapie 33

- Übelkeit 83
 - Therapie von 86

- Verabschiedungsrituale 163
- Verbandwechsel 117
- Verhaltensauffälligkeiten 76

- Warum-Frage 168
- Weichteilschmerz 23
- Wundauflagen 110, 112
- Wundblutungen 119
- Wundsekret 118
- Wundtherapeutika 110
- Wundversorgung 108

Praxiswissen: aktuell – verständlich – interdisziplinär

Eine gute Palliativversorgung ist ein Qualitätskriterium von Pflegeheimen und -diensten. Für Bewohner, Patienten und Angehörige sichert sie eine gute Lebensqualität auch in schwierigen Krankheitsphasen.

Bereits in der sechsten Auflage erschienen, gehört dieses Buch zu den bewährten Pflegeklassikern. Es zeigt, wie sich ein modernes Schmerzmanagement durchführen lässt, wie Ehrenamtliche und Angehörige einbezogen, psychosoziale Nöte begleitet und Krisen speziell im Team gemeistert werden können.

Der komplexe Bereich der ethischen Entscheidungsfindung und Therapiezielbegrenzung am Lebensende wird praxisnah dargelegt. Dabei geht es immer auch darum, die Mitarbeiter gezielt einzusetzen und zu entlasten.

Mit Hinweisen zum neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) und zum Verbot der Suizidbeihilfe.

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autoren

Herausgeber und Autoren arbeiten in unterschiedlichen Bereichen der palliativen Pflege – sei es in Beratung, Training und Supervision, als Palliative-Care-Fachkräfte, als Schmerzmediziner, Hochschuldozentin oder Hospizkoordinatorin. Bei aller Interdisziplinarität ist ihnen eines gemein: langjährige praktische Erfahrung!

ISBN 978-3-8426-0807-8



9 783842 608078