

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

5., aktualisierte Auflage

PFLEGE

kolleg



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

5., aktualisierte Auflage

PFLEGE

*kolleg*

Wissen und Handeln für Pflegende

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 Hospizkrankenpfleger 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.-Pflegerwissenschaftlerin 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



**Herausgeber****Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel**

Grundstraße 17

20257 Hamburg

[www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)

**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch  
Anmelden unter [www.pflegen-online.de](http://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 978-3-89993-393-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8891-9 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8892-6 (EPUB)

© 2017 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 der Autoren 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.

Die angegebenen Dosierungen bei Medikamenten sind stets nur Richtwerte und die tatsächliche Umsetzung liegt in der Hand der Behandler.

Das Titelbild entstand unter Verwendung von PLAYMOBIL-Figuren. Mit freundlicher Genehmigung von PLAYMOBIL. PLAYMOBIL ist ein eingetragenes Warenzeichen der geobra Brandstätter GmbH & Co. KG.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg

Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover

Titelfoto: Jochen Becker-Ebel

Satz: PER MEDIEN &amp; MARKETING GmbH, Braunschweig

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

# INHALT

<b>Vorwort zur fünften Auflage</b> .....	9
--	---

*Jochen Becker-Ebel*

<b>Einleitung und Überblick</b> .....	11
---------------------------------------	----

*Hans-Bernd Sittig*

<b>1 Schmerz erkennen, verstehen und behandeln</b> .....	15
1.1 Einführung .....	15
1.2 Schmerztherapie .....	17
1.3 Physiologie der Schmerzen .....	18
1.4 Schmerzursachen .....	20
1.4.1 Tumorbedingter Schmerz .....	21
1.4.2 Therapiebedingter Schmerz .....	23
1.4.3 Tumorunabhängiger Schmerz .....	23
1.5 Diagnostik .....	26
1.6 Schmerztherapie .....	29
1.6.1 Kausale Schmerztherapie .....	29
1.6.2 Symptomatische Schmerztherapie .....	30
1.6.3 Stufenschema der Tumorschmerztherapie .....	32
1.6.4 Mechanismen-orientierte Schmerztherapie .....	36
1.6.5 Applikationswege .....	39
1.6.6 Koanalgetika .....	40
1.6.7 Kombinationen .....	42
1.7 Weitere Substanzen in der Schmerztherapie .....	44
1.7.1 Tapentadol .....	44
1.7.2 Cannabinoide in der palliativen Schmerztherapie .....	45
1.8 Die Behandlung von Schmerzattacken .....	46
1.9 Opioidwechsel .....	47
1.10 Nebenwirkungen .....	48
1.11 Besonderheiten in der Schmerztherapie .....	50
1.11.1 Invasive Verfahren .....	50
1.11.2 Schmerztherapie in der Finalphase .....	51
1.12 Die Arzt-Patient-Beziehung .....	51
1.13 Die »beste« Therapie .....	52

*Meike Schwermann*

<b>2</b>	<b>Schmerzen erfassen und systematisch handeln</b>	54
2.1	Schmerzen erfassen	54
2.1.1	Skalen zur Messung der Schmerzintensität	55
2.1.2	Auswahl der Schmerzintensitätsskala	56
2.1.3	Schmerzprotokoll	57
2.1.4	Faktoren, die das Schmerzassessment beeinträchtigen	58
2.2	Schmerzassessments für demenziell erkrankte, kommunikations- eingeschränkte Menschen	61
2.2.1	Schmerz-Ersteinschätzung bei Demenz/kognitiven Ein- schränkungen	65
2.2.2	Dokumentation von Verhaltensauffälligkeiten anhand des ECPA-Bogens	69

<b>3</b>	<b>Körperliches Leid verringern</b>	73
----------	-------------------------------------	----

*Nina Rödiger*

3.1	Palliative Mundpflege	73
3.1.1	Intimbereich Mund	73
3.1.2	Ziele und Behandlungsmöglichkeiten	74
3.1.3	Angehörige einbeziehen	76

*Nina Rödiger*

3.2	Symptomlinderung bei Übelkeit und Erbrechen	76
3.2.1	Erfassung und Einschätzung	77
3.2.2	Ursachen für Übelkeit und Erbrechen	78
3.2.3	Therapie von Übelkeit und Erbrechen	80
3.2.4	Pflegerische Maßnahmen	84

*Günter Davids*

3.3	Symptomlinderung der Atemnot und anderer Respirations- probleme	86
3.3.1	Medikamentöse Therapie	88
3.3.2	Weitere Therapiemaßnahmen	90
3.3.3	Unterstützung bei Husten	91
3.3.4	Palliativpflege bei einer Rasselatmung	93

*Günter Davids*

3.4	Behandlung der Obstipation	93
3.4.1	Obstipation erfassen	94
3.4.2	Symptombehandlung	95

*Günter Davids*

3.5	Palliative Wundversorgung .....	101
3.5.1	Ziel der palliativen Wundversorgung .....	101
3.5.2	Häufige Probleme .....	101
3.5.3	Reinigung .....	102
3.5.4	Wundauflagen und -therapeutika .....	103
3.5.5	Begleitende Schmerzbehandlung beim Verbandswechsel	109
3.5.6	Behandlung zur Linderung starker Gerüche .....	110
3.5.7	Behandlung von Wundblutungen .....	111

**4 Psychosoziale Nöte begleiten .....** 113*Michaela Pawlowski*

4.1	Depression und Angst .....	113
4.1.1	Depression .....	114
4.1.2	Angst .....	120

*Christine Behrens*

4.2	Hilfreiche Gespräche führen .....	126
4.2.1	Ein Kommunikationsmodell – die Transaktionsanalyse	127
4.2.2	Kommunikation mit nicht mehr sprachfähigen Menschen	132

*Christine Behrens*

4.3	Kommunikation mit Angehörigen .....	134
4.3.1	Wie kann Angehörigenarbeit gelingen? .....	137

*Christine Behrens***5 Existenzielle Krisen gestalten .....** 145

5.1	Rituale in der Begleitung Sterbender .....	145
5.1.1	Die drei Phasen der Rituale .....	146
5.1.2	Rituale im Pflegealltag .....	148
5.2	Trauer .....	149
5.2.1	Trauerbegleitung unter Zeitdruck .....	149
5.2.2	Stadien der Trauer .....	150
5.2.3	Normale Trauerreaktionen .....	151
5.2.4	Maßnahmen im Rahmen der Trauerbewältigung .....	152
5.2.5	Risikofaktoren beim normalen Trauerverlauf .....	154
5.3	Spirituelle Fragen .....	155
5.3.1	Spiritualität als Ressource .....	155
5.3.2	Sinnfragen .....	156
5.3.3	Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze ..	158



*Christine Behrens*

<b>6</b>	<b>Zusammenarbeiten und sich vernetzen</b>	161
6.1	Kommunikation im Team	161
6.1.1	Regelmäßige Besprechungen	162
6.1.2	Interdisziplinäre Teams	163
6.2	Kommunikation mit Ehrenamtlichen	166
6.2.1	Charakteristika ehrenamtlichen Engagements	166
6.2.2	Aufgaben der Ehrenamtlichen	167
6.2.3	Ehrenamtliche gewinnen	168
6.2.4	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration	168
6.2.5	Konzept für die Integration	169
6.2.6	Gründe gegen ein ehrenamtliches Engagement	172
6.3	Praxisbeispiel: Das Alten- und Pflegeheim St. Nikolai, Sarstedt	174

*Jochen Becker-Ebel*

<b>7</b>	<b>Ethisch würdevoll und gut entscheiden</b>	177
7.1	Was ist (rechtlich) erlaubt? Was ist verboten?	177
7.1.1	Euthanasie/Tötung auf Verlangen/Sterbehilfe	181
7.1.2	Assistierter Suizid	182
7.1.3	Erlaubter Behandlungsabbruch	184
7.1.4	Sonderfall: Die Palliative Sedierung	184
7.1.5	Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe	184
7.2	Entscheidungsdiagramm zur Behandlungszieländerung	185

*Kristin Surendorff-Belder*

<b>8</b>	<b>Grundhaltungen leben</b>	191
8.1	Die Hospizidee	191
8.1.1	Die drei Grundprinzipien	192
8.2	Palliative Care – eine Philosophie?	193
8.3	Ausblick	196

<b>Literatur</b>	199
------------------	-----

<b>Autorinnen und Autoren</b>	207
-------------------------------	-----

<b>Glossar</b>	210
----------------	-----

<b>Register</b>	212
-----------------	-----

## VORWORT ZUR FÜNFTEN AUFLAGE

»Palliative Care in Pflegeheimen« geht in die fünfte Auflage und wird so eines der zehn erfolgreichsten nicht-pharmafinanzierten Bücher der Palliativversorgung. Palliativpflege ist in den Pflegeheimen angekommen. Mehr als ein Jahr nach der Verabschiedung des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes im Bundestag und Bundesrat hat sich im Palliativbereich immer noch nicht so viel getan. Die kommenden Monate werden zeigen, ob und wie die Palliativpflege tatsächlich dort ankommt, wo sie besonders gebraucht wird: in den Pflegeheimen.

Über die Jahre hat sich die Aufgabenstellung des Buchs geändert. Neben den Altenpflegenden lesen viele Gesundheits- und Krankenpflegende dieses Buch. Nicht nur für das Pflegeheim, sondern auch für den Pflegedienst und die Normalstation des Krankenhauses sind unsere Ausführungen zunehmend hilfreich.

Durch die Inhalte dieser Publikation werden Pflegende gut auf alle anfallenden Fragen und Versorgungsformen im Palliative Care vorbereitet. Sie sind aktuell und spezifisch auf die Palliativpflege des hochbetagten Menschen ausgerichtet. Die Medikamentenempfehlungen in ihren hier besonders hervorgehobenen (oft niedrigeren) Dosierungen sind leitlinienkonform gerade für den älteren Menschen. Hinweise zum Einsatz von Cannabis wurden aufgenommen.

Die aktuellen Diskussionen zum (straffreien) Suizid und zur Debatte um eine strafbewehrte Beihilfe zum Suizid werden referiert. Das Bundesverfassungsgericht beschäftigt sich derzeit mit einer Klärung der Sachlage. So können Pflegende einen eigenen Standpunkt finden, ohne durch Handlungsempfehlungen (Für oder Wider) beeinflusst zu werden. Patientenverfügungen werden seit dem BGH-Urteil vom Juli 2016 zunehmend wichtig, wenn sie konkret genug abgefasst sind.

Das am 5. November 2015 mit breiter Mehrheit im Bundestag beschlossene neue Hospiz- und Palliativgesetz soll die Palliativversorgung umfassend stärken:

- Mit ca. 25 Millionen Euro pro Jahr werden Hospize und Hospizehrenamtliche unterstützt. Die Ehrenamtsbesuche werden zukünftig auch in Kliniken und vermehrt in Pflegeheimen stattfinden können. Krankenhäuser können über einen OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) Palliativstationen (OPS-Kode 8-982/8-98e) und palliative Konsiliardienste (OPS-Kode 8-98h/j, Beträge erst ab 2019 strikt festgelegt) besser refinanzieren (auch individuelle Regelungen möglich).
- Der ambulante Palliativpatient und seine Angehörigen bekommen eine frühzeitige Beratung zur Palliativleistungen in Krisen (§ 39b SGB V).
- Insbesondere gestärkt wurden die Rechte der Pflegeheimbewohner und ihrer Angehörigen. Eine regelmäßige Beratung im Vorfeld von Krisen und zu Möglichkeiten der Palliativpflege wird ab 2017 mit jährlich 80–100 Millionen Euro finanziert. Diese Palliativ-Beratung nach Paragraph 132g SGB V könnte auch durch das Heim selbst erbracht werden. Da sich aber keine Lobby um die Durchsetzung der nötigen Rahmenvereinbarungen gekümmert hat und Heime gerade anderweitig beschäftigt sind, wurde die gesetzlich verbürgte Leistung in 2016 noch nicht angeboten.
- Darüber hinaus werden ärztliche Dienstleistungen im ambulanten Bereich (SAPV in ländlichen Regionen) und in der Heimbewohnerbegleitung (§ 119b Abs. 2 SGB V) sowie der Heim-Palliativberatung mit bis zu 150 Millionen Euro jährlich ausgestattet.

Sterbebegleitung/Palliativpflege ist ab 2016 verpflichtendes Qualitätselement des Angebots der Pflegekassen. Pflegeheime müssen die eigenen Palliativpflegeangebote und bestehende vertragliche Vernetzungen mit Hospizdiensten und Palliativnetzen nachweisen und darlegen.

Unser Buch bereitet in seiner fünften Neuauflage Palliativberaterinnen und -einrichtungen ideal auf diese Neuregelungen vor. Freuen Sie sich auf aktuelle und umfassende Informationen und Handlungsanleitungen in verständlicher Sprache.

30. November 2016

Für die Autoren:

Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel  
Professor for Palliative Care

## EINLEITUNG UND ÜBERBLICK

*Jochen Becker-Ebel*

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium von Pflegeheimen. Für 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.

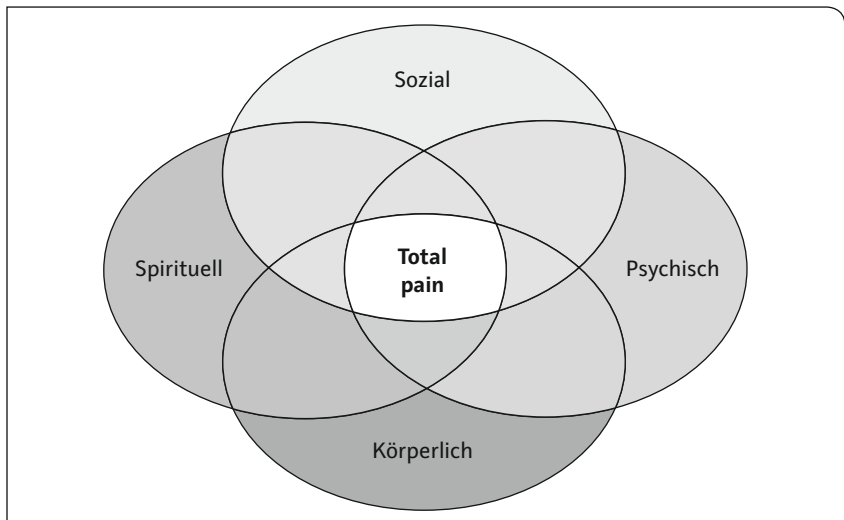


Abb. 1: Das »Total-Pain«/»Total-Care«/»Palliative-Care«-Modell nach Saunders.

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.

**Tabelle 1: Die vier Dimensionen des Schmerzes**

Körperliche Not	Psychosoziale Not	Spirituelle und existenzielle Not	Vernetzung und Ethik
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen</li> </ul> Siehe Kap. 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>Palliative Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, exulzierende Wunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderungen der Rollen und Beziehungen</li> <li>Finanzielle Bedrohungen</li> <li>Zukunftsängste</li> <li>Wut</li> <li>Unruhe</li> <li>Verletzlichkeit</li> <li>Resignation</li> <li>Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verlust von Identität und Sinn</li> <li>Trauer</li> <li>Zweifel</li> <li>Hilflosigkeit</li> <li>Glaubenskrise</li> <li>Schuldgefühle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notwendigkeit der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team</li> <li>Ethische Krise</li> <li>Behandlungszieländerung</li> <li>Grundhaltungen</li> </ul>
Siehe Kapitel 2	Siehe Kapitel 4	Siehe Kapitel 5	Siehe Kapitel 6, 7 und 8

Auf diese vier Dimensionen des Leides und des Schmerzes antworten alle Berufsgruppen innerhalb eines palliativen Behandlungsteams mit ihren spezifischen Angeboten. So entsteht »Palliative Care« – eine ganzheitliche Fürsorge am Lebensende. Pflegende und Ärzte arbeiten zusammen mit Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern und decken so miteinander die verschiedenen Dimensionen der notwendigen Fürsorge ab. Das geschieht immer schon auf eine anfangs gute Art und Weise auch im Pflegeheim, aber oft nicht für jeden und zu jeder Zeit und in der bisweilen nötigen Intensität.

Palliative Care ist ein Zusammenspiel von Menschen aus verschiedenen Berufen. Deshalb haben wir dieses Buch auch gemeinsam geschrieben, als multidisziplinäres Team. Aus unserer bisherigen Zusammenarbeit in Palliativ-Weiterbildungen, Gremien und Organisationsberatung (siehe auch:

www.palliativkurse.de) und bei anderen gemeinsamen Publikationen ist bei uns der Wunsch entstanden, ein einfach verständliches, knappes und preisgünstiges Buch für den alltäglichen Gebrauch im Pflegeheim zu schreiben. Dieses Buch kommt aus der eigenen Praxis heraus, denn innerhalb des weiten Feldes »Palliative Care« haben wir schon vor mehreren Jahren unseren eigenen Handlungs-Schwerpunkt auf »Palliative Care im Pflegeheim« gelegt. Mittlerweile sind wir fast ausschließlich für die bessere palliative Begleitung älterer Menschen tätig. Auch da leitet unser Interesse ein weiteres großes Anliegen von Dame Cicely Saunders, das sie bereits Mitte der Achtziger Jahre äußerte:

»Historisch betrachtet zog die Hospizbewegung ja aus dem Gesundheitssystem aus und entwickelte eigene Modelle (*»models of care«*, d.h.: Hospize etc.). Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und Erfahrungen der Hospiz- und Palliativversorgung in die Regelversorgung zu reintegrieren (d.h.: in Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Dienste), damit die Haltungen und das Wissen zurückfließen kann (*»... so that attitudes and knowledge could come back«* – zitiert aus einem IFF-Symposium und nach James & Field 1992).

Bei diesem Zurückfließen geht es zunehmend um einen gegenseitigen Lernprozess. Der mit einer Prise Überheblichkeit gewürzte Auszug aus der Regelversorgung und das Gründen eigener Hospiz-Versorgungsorte hat alle Nebengeschmäcker zu verlieren, damit ein gemeinsamer Lernprozess gelingen kann. Wir Autoren staunen stets erneut, was wir an sozialer Kompetenz, Zuneigung und gutem Willen in den Pflegeheimen bereits antreffen. Es ist ein gemeinsames Lernen und nicht ein »1:1«-Übertragen von palliativem Wissen in die palliativ-ungebildete Regelversorgungslandschaft. Palliative Care entdeckt jetzt erst die Alten, die Hochbetagten, die Menschen mit Demenz. Im gemeinsamen Lernen wird Palliative Care im Pflegeheim noch umfassender werden, noch mehr Palliative Care sein und insbesondere für alle da sein, auch für jene, die still und leise von hier gehen und nicht im Licht der Öffentlichkeit mit ihrem eigenen Sterben sind.

# 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.

### Was ist Schmerz? Ein/e ...

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

Definition gemäß der IASP<sup>1</sup> 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.«

<sup>1</sup> International Association for the Study of Pain



### 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 %. 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 spirituellen Problemen, die mit dem Prozess der Krankheitsverarbeitung zusammenhängen und eine symptomverstärkende Rolle spielen. Gerade für den Schmerz des Krebskranken gilt das biopsychosoziale Modell, ist dieser Patient doch einer existenziellen Bedrohung durch die Krebserkrankung ausgesetzt (»Total Pain«). Aus diesen Gründen ist eine Tumorschmerztherapie unter Einbeziehung vieler Fachdisziplinen (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger) zu leisten und setzt die Einbindung des Patienten und seiner Familie voraus.

Dies impliziert auch die Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkungen der Behandlung. Da der »Morphinmythos« trotz aller Bemühungen noch lebt, sollten auch Themen, wie und warum der Patient ein »Betäubungsmittelrezept« erhält, wenn er ein wirksames Schmerzmittel braucht, oder warum dieses aus dem »Giftschrank« kommt, offen angesprochen werden.

## 1.2 Schmerztherapie

In der Schmerztherapie muss der Grundsatz der Wahrhaftigkeit dem Patienten gegenüber stets gewahrt werden. Er impliziert, dass dem Patienten stützende Angebote zur Krankheitsbewältigung angeboten werden müssen. Die Schmerztherapie soll dem Patienten ein soweit irgend möglich schmerzarmes normales Leben ermöglichen.

### Haben Sie Schmerzen?

Der Schmerz muss bei jeden Palliativ-Patienten aktiv vom Arzt und Pflegepersonal erfragt werden, da viele Patienten nicht von selbst über ihre Schmerzen berichten. Sie haben Angst, der Arzt könne nichts tun, sie würden lästig fallen, eine Therapie übergestülpt bekommen, die sie selbst gar nicht wollen.

Bei Tumorpatienten kommt es im Verlauf ihrer Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu behandlungspflichtigen Schmerzzuständen. Dieses Symptom tritt in Abhängigkeit von Tumorart und -stadium, vom Metastasierungsgrad und dem Ort der Schmerz verursachenden Läsion sowie von individuellen und psychosozialen Faktoren zu unterschiedlichen, im Allgemeinen nicht vorhersagbaren Zeitpunkten und mit variabler Intensität auf.

Zum Zeitpunkt einer entsprechenden Diagnosestellung leiden bereits bis zu 50% aller Tumorpatienten an Schmerzen, die sich in diesem Stadium in vielen Fällen durch tumorspezifische Maßnahmen (Chemotherapie, Operation, Strahlentherapie) reduzieren bzw. gelegentlich sogar gänzlich beseitigen lassen. In einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium werden derartige Schmerzzustände bei über 75% der Patienten beobachtet. Auch in dieser Si-

## 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 (**B**eurteilung von **S**chmerzen bei **D**emenz, 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 und <http://www.dnqp.de/38368.html>.

Es sollte gemeinsam festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt der Ersteinschätzungsbogen eingesetzt wird: z. B. im Erstgespräch nach der Heimaufnahme oder erst innerhalb der ersten Woche, bzw. bei dem Verdacht, dass ein Bewohner unter Schmerzen leidet. In vielen Fällen erzählen die Bewohner nicht gleich beim Heimeinzug, dass sie unter Schmerzen leiden. Hier stellt sich auch die Frage, bei welchen Bewohnern die Schmerz-Ersteinschät-

zung grundsätzlich durchgeführt werden sollte. Hilfreiche Informationen 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 sowie aus den Übergabegesprächen. Wenn ein Pflegebedürftiger bereits mit einer Schmerzmedikation einzieht, sollte auf jeden Fall durch die Pflegefachkraft eine Schmerz-Ersteinschätzung erfolgen. Der Schmerz-Ersteinschätzungsbogen 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 verursachten 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).

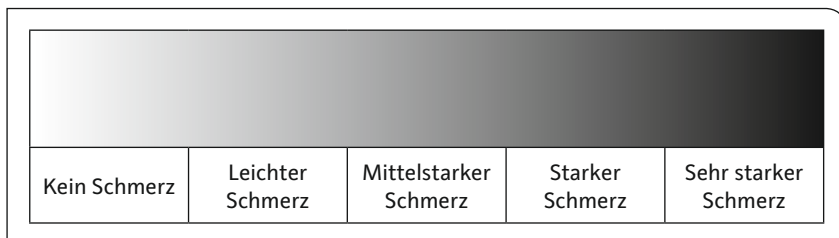


Abb. 3: Verbale Ratingskala (VRS).

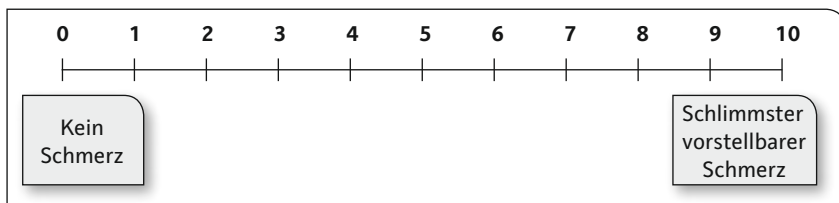


Abb. 4: Numerische Ratingskala (NRS).

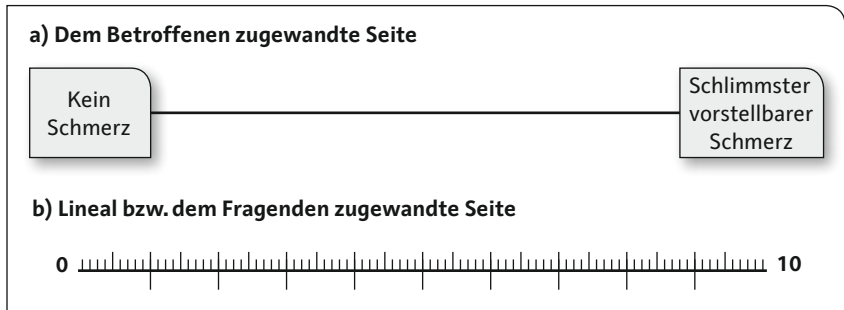


Abb. 5: Visuelle Ratingskala (VRS).

### 2.1.2 Auswahl der Schmerzintensitätsskala

Im Grunde können alle aufgeführten Schmerzintensitätsskalen auch bei älteren Menschen eingesetzt werden. Insbesondere werden bei älteren Menschen, die verbal kommunizieren können, die numerischen Skalen, Gesichter Ratingskalen und verbalen Ratingskalen zur Selbsteinschätzung genutzt. Es gibt aber auch Erkenntnisse darüber, dass Numerische Skalen teilweise zu komplex für ältere Menschen sind (Basler et al. 2001: 169–170).

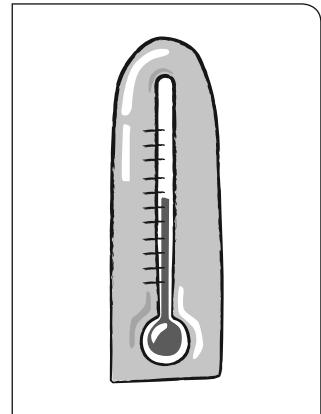


Abb. 6: Schmerzthermometer.

Die Verbale Ratingskala (VRS) (Abb. 3) und das Schmerzthermometer (Abb. 6) als vertikale Form der VRS werden bevorzugt empfohlen und eingesetzt. Zudem wird auf die alternative Nutzung einer Gesichter-Ratingskala (Abb. 7) verwiesen, die eher von den Menschen verstanden wird, die Schwierigkeiten mit einer verbalen oder numerischen Skala haben. Ältere Menschen können häufig besser mit einer verbalen Skala umgehen, da diese nicht so abstrakt ist wie die numerischen oder visuellen Skalen.

## 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 Sinnesorgan, über das wir eine basale Stimulation erfahren können. Vertrauen seitens des Betroffenen, Feingefühl und Fachwissen seitens der Pflegekräfte stellen daher die Grundlage für das Gelingen einer guten palliativen Mundpflege und somit einer Steigerung der Lebensqualität für den Betroffenen dar.

Sollte der Patient den Mund nicht öffnen wollen, so kann das bedeuten, dass er noch nicht das nötige Vertrauen entwickelt hat. Unter Umständen hat er in der Vergangenheit negative Erfahrungen durch gewaltsame, schmerz-

hafte oder schlecht schmeckende Mundpflege gemacht. Hier kann ein langsames Herantasten über das Bestreichen der Lippen mit wohlschmeckenden Substanzen (z. B. Honigbutter), Akzeptanz und einheitliches Vorgehen im Team vertrauensbildend wirken. Manche Teammitglieder haben hier ggf. mehr Erfolg als andere, was nicht persönlich genommen werden sollte.

### 3.1.2 Ziele und Behandlungsmöglichkeiten

Das Ziel der Mundpflege sollte Pflegekräften im Vorfeld klar sein, damit sie sich für eine wirksame und lindernde Maßnahme entscheiden können. Im Folgenden sind Möglichkeiten aufgeführt, die nach dem Geschmack des Betroffenen und seinen Vorlieben angepasst werden müssen.

#### **Befeuchten der Mundschleimhaut, Anregung des Speichelflusses**

- Kleine, mundgerechte Eiswürfel aus Säften oder Tees zum Lutschen reichen.
- Kleine Fruchtstücke (z. B. Ananas, Zitrone, Orange) einfrieren und lutschen lassen oder in feuchte Kompressen gewickelt in den Mund einlegen, damit sie später wieder entfernt werden können.
- Lieblingsgetränke in kleine Zerstäuber geben und in die Mundhöhle sprühen oder auf Watte- bzw. Schaumstoffträger aufbringen und damit den Mund auswischen. Keine glycerinhaltigen Watteträger nutzen, da diese die Mundschleimhaut in der Folge austrocknen und zudem sehr chemisch schmecken.
- Die Mundhöhle mit fetthaltigen Mitteln (z. B. Kokosöl, Salz- oder Honigbutter, Sahne, Kondensmilch – können auch gut mit Zitronensaft vermischt werden) auswischen. Dabei mit geringsten Mengen arbeiten. Cave: Keine fetthaltigen Lösungen bei Aspirationsgefahr nutzen.
- Mundpflegelösungen (z. B. Panthenollösung oder speziell angemischte Palliativmundspüllösungen aus der Apotheke) benutzen.
- An Zitronenscheiben riechen lassen (regt den Speichelfluss an).
- Die Luftfeuchtigkeit im Raum erhöhen (Heizungsluft vermeiden, nasses Handtuch über die Aufstehhilfe hängen, Fenster auf, ggf. Vernebler nutzen).
- Fruchtbonbons oder Kaugummis regen den Speichelfluss an.
- Massage der Speicheldrüsen durchführen.

## 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 Bewoh-



nern (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:**

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.

## **5.1.1 Die drei Phasen der Rituale**

### **1. Vorbereitung**

Diese Zeitspanne bedeutet den ersten Schritt aus dem Alltäglichen hinein in das Besondere, das Außergewöhnliche. In dieser Phase wird der Rahmen für ein bestimmtes Ereignis geschaffen, ferner werden besondere Vorbereitungen getroffen und Kenntnisse weitergegeben. Diese Vorbereitungszeit ist eine ganz wichtige Zeit und dient der Einstimmung und Vorstrukturierung.

**Beispiel:** Bei Beerdigung wird im Beerdigungsgottesdienst noch einmal über das Leben des Verstorbenen vom Pfarrer gesprochen. Damit wird an das Leben des Verstorbenen erinnert, es dient einer Anbindung an die Vergangenheit.

## 2. Höhepunkt

Diese Phase ist durch die Teilnahme am eigentlichen Ritual gekennzeichnet. Die Menschen erleben sich selbst und andere neu, anders. Sie können neue Rollen und Identitäten übernehmen, beziehungsweise werden zu Zeugen, wie von anderen Menschen neue Rollen angenommen werden.

**Beispiel:** Wenn der Sarg mit dem Verstorbenen bei der Erdbestattung in die Erde eingelassen wird, werden die Gäste der Beerdigung stark emotional berührt. Man nennt diese Phase auch den Höhepunkt des Rituals, weil die symbolische Handlung (Erde zu Erde) drastisch dargestellt wird. Es geht um die Anbindung an die Gegenwart.

## 3. Wiedereingliederungsphase oder Neuanbindung

Hier tritt die kollektive Bedeutung ritueller Handlungen besonders hervor. In der Phase der Reintegration werden Menschen mit ihrem neuen Status in ihre Gemeinschaft wieder aufgenommen.

**Beispiel:** Beim anschließenden Leichenschmaus (nicht bei allen beliebt, meiner Meinung nach ein sinnvolles Element bei der Beerdigung) sind die Trauernden noch einmal in der Gemeinschaft und finden »gestärkt« ihren Weg in das Leben zurück (vgl. das folgende Kapitel). Es dient der Anbindung an die Zukunft.

Welche Rituale sind Ihnen am Tag wichtig? Ist das Kaffeetrinken am Morgen ein Ritual, dass Sie bewusst einsetzen, um gut in den Tag zu kommen oder läuft es mehr nebenbei, um wach zu werden, um den Kindern beim Frühstück Gesellschaft zu leisten oder weil Sie es immer schon so gemacht haben? In diesem Fall wäre es mehr eine Gewohnheit.

Gewohnheiten sind ebenfalls wiederkehrende Handlungen, doch sind sie nicht mit viel Aufmerksamkeit verbunden. Wir führen sie nebenbei aus, da

## 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, [http://www2.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/downloads/WEP/Lerneinheit\\_2010\\_1\\_\\_Aspekte\\_der\\_modernen\\_Wundversorgung.pdf](http://www2.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/downloads/WEP/Lerneinheit_2010_1__Aspekte_der_modernen_Wundversorgung.pdf), 2010 (Zugriff 25.09.2010) (10/2015: Link nicht mehr aktiv)

## 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](http://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 Ausdrucksformen 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, Teambearbeitung, 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. Auch: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=eoUoZKuuBeY%3d&tabid=1694>, abgerufen am 15.09.2015.
- 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, Schuler, 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.dhvp.de/ueber-uns\\_der-verband\\_leitsaetze.html](http://www.dhvp.de/ueber-uns_der-verband_leitsaetze.html). Abgerufen am 23.10.2015.
- 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.
- Taylor, J.: Cicely Saunders.** (1959–99). London, übersetzt durch F. Kittelberger: [www.im-muenchen.de/pflegeheime/hospizprojekt/s2/u3/docs/05\\_07\\_04\\_pwi.pdf](http://www.im-muenchen.de/pflegeheime/hospizprojekt/s2/u3/docs/05_07_04_pwi.pdf), abgerufen am 19.05.2015.

## 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.mediation.de](http://www.mediation.de)) berät er den Aufbau der Palliative Care in Indien: ([www.palliation.com](http://www.palliation.com)). Er wurde 2015 in Mangalore zum Professor für Palliative Care Nursing und Teaching ernannt.



### **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-Schmerzskala 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 95, 96  
 Abschied 137, 152, 166  
 Angehörige, Kommunikation 134  
 Angehörigenarbeit 137  
 Angst 120  
 Arzt-Patient-Beziehung 51  
 Atembeschwerden 87  
 Atemnot 86
- Behandlungsabbruch 184  
 Behandlungszieländerung 185  
 Besprechungen 162  
 Burnout 132
- Cannabinoide 45
- Depression 113, 114, 118  
 Drama-Dreieck 138, 139, 140, 142
- EAPC 179  
 ECPA 63, 69, 70  
 ECPA-Bogen 69  
 Ehrenamtliche 166  
 Entleerungshilfen 97  
 Entscheidungsdiagramm 185  
 Erbrechen 76
- Finalphase 51
- Geruch 110  
 Gleitmittel 97
- Heimaufnahme 134
- Hilfeleistung  
 – unterlassene 183  
 Hospizidee 191  
 Husten 91
- Ileus 99  
 Ischämieschmerz 22
- Koanalgetika 40  
 Kommunikation 116, 132  
 – im Team 161  
 Kooperation 137
- Laxanzien 97  
 Lebensbilanz 160
- McGill-Pain-Questionnaire 54  
 Mundgeruch 75  
 Mundpflege  
 – palliative 73
- Netz der Begleitung 175  
 Nozizeptorschmerz 21
- Obstipation 93  
 Opioidwechsel 47
- PAINAD-Scale 65  
 Palliative Sedierung 184  
 Palliativteam 163  
 Praxisbegleitungen 172  
 Prokinetikum 81
- Rasselatmung 93



Respirationsprobleme 86

Rituale 145

Schmerz

- -assessment 58
- -ersteinschätzung 66, 67, 68
- -intensität 55, 56
- neuropathischer 22
- -protokoll 57
- -therapie 17
- therapiebedingter 23
- tumorbedingter 21
- tumorunabhängiger 23
- viszeraler 22
- -wahrnehmung 59

Schmerzanamnese 27

Schmerzattacke 46

Schmerzentstehung 18

Schmerzhemmung 19

Schmerzleitung 18

Schmerzschwelle 19

Schmerztherapie 29

- kausale 29
- symptomatische 30

Schmerztoleranz 19

Schmerzursachen 20

Schmerzwahrnehmung 18

Seelsorge 156

Spiritualität 155

Spirituelle Begleitung 160

Sprachfähigkeit 132

Sterbehilfe 181

- aktive 177
- passive 177

Suizid

- assistierter 182

Supervision 172

Tapentadol 44

Team, interdisziplinäres 163

Tötung auf Verlangen 181

Transaktionsanalyse 127

Trauer 149

- -begleitung 149
- -bewältigung 152
- -reaktionen 151
- Stadien der 150
- -verlauf 154

Tumorschmerztherapie 32

Übelkeit 76

- Therapie von 80

Verabschiedungsrituale 153

Verbandwechsel 109

Verhaltensauffälligkeiten 69

Warum-Frage 158

Weichteilschmerz 22

Wundauflagen 103, 105

Wundblutungen 111

Wundsekret 110

Wundtherapeutika 103

Wundversorgung 101



**Angela Paula Löser**

## **Palliative Care in der stationären Altenpflege**

**Das passende Konzept erstellen  
und umsetzen**

192 Seiten, Hardcover  
ISBN 978-3-89993-372-7  
€ 34,95

- Kompetente Hilfe bei der Implementierung eines Palliative-Care-Konzeptes
- Mit konkretem Basiswissen, Vorschlägen und Arbeitshilfen
- Enthält konzeptionelles palliatives Pflegewissen von A–Z

Jedes Jahr sterben mehr als 350.000 Menschen in Pflegeheimen. Ihre adäquate Versorgung und Betreuung ist für viele Pflegekräfte eine Herzensangelegenheit. Und das Gesetz gibt ihnen Rückhalt: Seit der neuen Hospiz- und Palliativgesetzgebung ist die Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung – und somit der kooperierenden Einrichtungen. Jetzt sind gezielte Projektentwicklungen in den Einrichtungen in Gang zu setzen, denn ...

- qualitativ hochwertige Pflege ist Begleitung bis zum Lebensende;
- Betroffene und ihre Angehörigen brauchen eine individuelle und würdevolle pflegerische Begleitung;
- palliative Kompetenz ist ein Qualitätsmerkmal für stationäre Einrichtungen.

[www.buecher.schluetersche.de](http://www.buecher.schluetersche.de)  
Änderungen vorbehalten.

**schlütersche**

**Christine Behrens**

## **Hilfe für Helfer**

**Wie Pflegekräfte ihre spirituellen Ressourcen nutzen können**

136 Seiten, kartoniert

ISBN 978-3-89993-344-4

€ 16,95



- Balance halten – zwischen Stress und Gelassenheit
- Spiritualität für Pflegekräfte – ganz praktisch und konkret
- Übungen für einen achtsamen Umgang mit sich selbst und anderen

Was hält Pflegekräfte stabil? Welche Strategien gibt es gegen den Stress im Pflegeberuf, gegen die Konfrontation mit Leiden, Krankheit, Sterben und Tod? Was hilft gegen den steigenden Zeit- und Arbeitsdruck?

Dieses Buch weist den Weg zu einer spirituellen Grundhaltung, einer achtsamen Gelassenheit im Alltag. Es offeriert viele praktische Übungen, die sich ganz leicht im Alltag umsetzen lassen.

Ein idealer Ratgeber für Menschen, die eine belastbare Spiritualität im Alltag suchen – nicht esoterisch, sondern praktisch und spezifisch für Pflegekräfte geschrieben.

[www.buecher.schluetersche.de](http://www.buecher.schluetersche.de)  
Änderungen vorbehalten.

# hospiz:bildung

Workshops, Fachvorträge und  
Fortbildungskurse

[www.hospiz-bildung.de](http://www.hospiz-bildung.de)

Tel. 0 44 21 - 9 66 00 16

mission:  lebenshaus 

- Friedel-Orth-Hospiz Jever
- Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Engelreich Wilhelmshaven
- Laurentius Hospiz Falkenburg

## ... und auch hier treffen Sie Autoren dieses Buchs:

In den MediAcion®-Palliativkursen und Palliativaufbaukursen in Hamburg (DRK Schlump), NRW (APM) und NDS (hospiz:bildung) und im Hospiz in Bad Pyrmont, Bremervörde, Celle, Jever und Wilhelmshaven sowie in Lüneburg, Stade, Stadtoldendorf, Braunschweig, Bremen, Hannover, Osnabrück, Varel und ab 2017 auch in Baden-Baden und Norderstedt.

Informationen/Anmeldung bei Dr. Jochen Becker-Ebel

040-99994658; online: [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)



MediAcion

## Aktueller Ratgeber

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

Für die 5. Auflage wurde dieses bewährte Buch aktualisiert. 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.

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

Palliativpflege

Präzise und verständlich

Interdisziplinär

### Die Autoren

Herausgeber und Autoren arbeiten in unterschiedlichen Bereichen und Schwerpunkten der palliativen Pflege in Deutschland.

ISBN 978-3-89993-393-2



9 783899 933932