

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen der Palliativmedizin	36
1.1. Von der Hospizidee zur Palliativmedizin	36
1.2. Definitionen	36
1.3. Historische Entwicklung	37
1.3.1. Ursprünge der Hospiz- und Palliatividee	37
1.3.2. Geschichte der Palliativmedizin in Deutschland	38
1.4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	39
1.5. Grundlagen palliativmedizinischen Handelns	40
1.6. Mythen und Fakten	41
1.7. Anhang: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	43
Versorgungsstrukturen	47
2.1. Organisation Palliativmedizin und Hospiz	47
2.2. Ambulante Versorgungsstrukturen und Definitionen	49
2.3. Definitionen stationärer und tagesstationärer Hospiz- und Palliativ-Einrichtungen	54
2.4. Gibt es eine bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung im ambulanten Sektor?	57
2.5. Neue Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin	57
2.5.1. 75. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 2002	57
2.5.2. 79. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 2006	58
2.5.3. Empfehlung der DGP zur Struktur der Versorgung von Palliativpatienten	58
2.5.4. Der aktuelle Stand der Dinge	58
2.5.5. Die Organisation der SAPV	61
Lebensqualität in der Palliativmedizin	67
3.1. Der Begriff "Lebensqualität"	67
3.2. Definitionen	68
3.3. Lebensqualität des Palliativpatienten	69
3.3.1. Zufriedenheitsparadox	70
3.3.2. Response-Shift	70
3.4. Lebensqualität aus der Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen im multidisziplinären Team	70
3.5. Messung von Lebensqualität	71
3.6. Einige Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung	73
3.7. Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität	73
3.7.1. Würde	74
3.7.2. Hoffnung	74
Kommunikation	78
4.1. Kommunikationsmodelle: die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung sterbender Menschen	78
4.1.1. Warum benötigen wir einen personenzentrierten Ansatz in der Sterbebegleitung?	78
4.1.2. Die personenzentrierten Einstellungen in der Sterbebegleitung	79
4.1.2.1. Kongruenz, Authentizität	79
4.1.2.2. Bedingungsfreie positive Wertschätzung	80
4.1.2.3. Einfühlendes Verstehen, Empathie	81
4.1.3. Selbstauseinandersetzung der Begleiter mit Sterben und Tod	83

4.1.4.	Hilfen für die beruflichen Helfer.....	84
4.1.5.	Die drei personenzentrierten Haltungen nach C. Rogers - Zusammenfassung	85
4.2.	Kommunikation im Team	87
4.2.1.	Team	87
4.2.1.1.	Die Entwicklung eines Teams, die Positionen seiner Mitglieder und die Dynamik zwischen ihnen	87
4.2.1.2.	Teamfähigkeit.....	88
4.2.2.	Kommunikationsstil erfolgreicher Teams.....	88
4.3.	Teamarbeit	90
4.3.1.	Der Teambegriff im Bereich Palliative Care	90
4.3.2.	Teamarbeit und Palliative Care in der Organisationslogik des Unternehmens.....	92
4.3.3.	Einstiegsfragen zur Teamarbeit	93
4.3.4.	Phasen der Entscheidungsfindung.....	93
4.3.5.	Die Rolle der Teamleitung	94
4.3.6.	Kooperatives Arbeiten im Team.....	94
4.4.	Interdisziplinarität	95
4.4.1.	Warum Interdisziplinarität und Interprofessionalität?	95
4.4.2.	Was ist Interdisziplinarität?	95
4.4.3.	Wer arbeitet interdisziplinär und interprofessionell zusammen?	97
4.4.4.	Welcher Art sind die gesetzlichen Vorgaben?.....	97
4.4.5.	Fazit	98
4.5.	Die Rolle des Arztes	98
4.6.	Ehrenamt im Palliative-Care-Team	103
4.6.1.	Ehrenamt: Die Schwierigkeit der Definition	104
4.6.2.	Struktur und Finanzierung der Hospizarbeit in Deutschland	105
4.6.3.	Vorbereitung und Ausbildung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit	105
4.6.4.	Modell der Krankheitsbewältigung und -bearbeitung	106

Aufklärung

112

5.1.	Grundlagen	112
5.1.1.	Rechtliche Grundlagen	113
5.1.2.	Unterschiedliche "Wirklichkeiten" im Aufklärungsgespräch.....	113
5.1.3.	Was macht die Mitteilung der Wahrheit so schwierig?	114
5.1.4.	Kommunikative Kompetenz	115
5.1.5.	Hoffnung	115
5.2.	Kontext und Kenntnisstand	116
5.3.	Gesprächsrahmen	116
5.4.	Abklärung des Informations- und Kenntnisstands und der Bedürfnisse des Patienten	116
5.4.1.	Herausfinden, was der Patient weiß.....	116
5.4.2.	Herausfinden, was der Patient wissen möchte.....	116
5.5.	Vorwarnen und Übermitteln der schlechten Nachricht	117
5.6.	Umgang mit emotionalen Reaktionen des Patienten.....	118
5.7.	Abschluss des Gesprächs	118
5.8.	Dokumentation	118
5.9.	Aufarbeitung im Team	120
5.10.	Das Sechs-Punkte-Protokoll SPIKES.....	120
5.10.1.	Setting (Situation).....	121
5.10.2.	Perception (Patientenwissen).....	122
5.10.3.	Invitation (Informationsbedarf)	122
5.10.4.	Knowledge (Kenntnisvermittlung)	122
5.10.5.	Empathy (Emotionen wahrnehmen)	122

5.10.6.	Summary (Strategie und Zusammenfassung)	123
5.10.7.	Voraussetzungen für eine angemessene Aufklärung	123
5.11.	Fortbildung	124

Ethik und Recht

125

6.1.	Entscheidungen am Lebensende – Überblick	125
6.1.1.	Klarere Definitionen neu gefasst	125
6.1.2.	Euthanasie und Lebenswert? Historie, nationaler und internationaler Kontext	126
6.1.2.1.	Historie	126
6.1.2.2.	Internationaler Kontext	126
6.1.2.3.	Mehr statt weniger Medizin: Palliativmaßnahmen	126
6.1.3.	Deutsche Entwicklungen und Diskussionsstand	127
6.1.3.1.	Entwürfe zum Patientenverfügungsgesetz 2006-2009	127
6.1.3.2.	Bundesratsdebatte zur aktiven Sterbehilfe in 2008	127
6.1.3.3.	Das neue Patientenverfügungsgesetz	128
6.1.3.4.	Das "Putz"-Urteil	128
6.1.3.5.	Ärztliche Beihilfe zum Suizid	129
6.1.3.6.	Garantenstellung	131
6.1.4.	Ethisch und rechtlich erlaubte palliative Vorgehensweisen	132
6.1.4.1.	Beendigung/Nichteinleitung von Maßnahmen	132
6.1.4.2.	Palliative Sedierung	132
6.1.5.	Patientenverfügungen	132
6.1.6.	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung	133
6.2.	Patienten äußern ihren Willen	133
6.2.1.	Möglichkeiten der Willensbekundung	134
6.2.2.	Vorsorgevollmacht	134
6.2.3.	Patientenverfügung	134
6.2.4.	Betreuungsverfügung	135
6.2.5.	Bewertung	136
6.3.	Patientenwillen eruieren und dokumentieren	136
6.3.1.	Ärztliche Beratung und Aufklärung	136
6.3.2.	Ärztliche Dokumentation	137
6.3.3.	Aufbewahrung	137
6.4.	Den Patientenwillen umsetzen	138
6.4.1.	Den tatsächlichen Willen im Gespräch feststellen	138
6.4.2.	Den vorausverfügten Willen feststellen	138
6.4.2.1.	Wirksamkeit einer Vorsorgevollmacht	138
6.4.2.2.	Verbindlichkeit einer Patientenverfügung	138
6.4.2.3.	Umsetzung einer Patientenverfügung in Kombination mit einem Gespräch mit einem bevollmächtigten Ansprechpartner	138
6.4.3.	Konflikte bei der Ermittlung des vorausverfügten Willens und Ermittlung des mutmaßlichen, aktuellen Willens	139
6.4.4.	Wann muss das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden?	139
6.4.5.	Handeln in Notfallsituationen	139
6.4.6.	Zusammenfassung: Entscheidungsdiagramm für die Frage nach Beendigung/Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen	140
6.4.6.1.	Konkrete Anwendung	140
6.4.7.	Grundsätzlicher Vorrang des Patientenwillens und Implikationen bei der Umsetzung	143
6.5.	Ethik-Konzepte entwickeln, einführen und bekanntmachen	143
6.5.1.	Den Entwicklungsprozess diakonischer ethischer Leitlinien	144
6.5.2.	Strukturierte Vorgehensweisen beschließen und einführen am Beispiel der Barmherzigen Brüder Trier e.V.	144

6.5.3.	Ethik-Standards entwickeln am Beispiel der Uniklinik Erlangen: VaW (Verzicht auf Wiederbelebung)-Anordnung	145
6.5.4.	Das Einrichtungskonzept den Betroffenen bekanntmachen	145
6.5.5.	Das Nimwegener Modell zur Klärung ethischer Anliegen anwenden	145
6.5.6.	Krisen-Vorsorge treffen mit vorausschauenden Notfallplänen am Beispiel Pflegeheim.....	150
6.5.6.1.	Ziele	150
6.5.6.2.	Vorbereitung von Krisen- und Notfallplänen im Gespräch	151
6.5.6.2.1.	In besonderen Gesprächsangeboten (= aktives Abklären im Vorfeld)	151
6.5.6.2.2.	Im pflegerischen Alltag (= reaktives Abklären).....	151
6.5.7.	Durchführung der Krisenvorsorge und Beratungsgespräche.....	151
6.5.7.1.	Auswertung (bezogen auf die eingangs genannten Ziele)	152
6.5.8.	Die ersten Schritte zur Verwirklichung	152
6.5.8.1.	Schulungsangebote finden und wahrnehmen	153
6.5.8.1.1.	Basiskurs Palliative Care / Aufbaumodule Palliativmedizin	153
6.5.8.1.2.	Ausbildung zur Moderation von Ethischen Fallgesprächen	153
6.5.8.1.3.	Masterstudium Medizinethik / angewandte Ethik	153
6.5.8.2.	Ein Projekt initiieren und sich gegebenenfalls beraten lassen	154
6.5.9.	Ethische Standards und Maßnahmen evaluieren	154
6.5.9.1.	Evaluation mittels konkreter und bereits erprobter "Kennzahlen für eine ethische Kompetenz in Pflegeeinrichtungen".....	154
6.5.9.2.	Erste Erfahrungen bei der Erprobung von Kennzahlen zur Palliativkompetenz in einer Pflegeeinrichtung aus Wuppertal	157
6.5.10.	Zusammenfassung: Ethikberatung in der klinischen Medizin	159
6.6.	Fallbeispiel und Übung	159
6.6.1.	Fallbeispiel	159
6.6.1.1.	Schriftliche Fallvorstellung durch E. W.....	159
6.6.1.2.	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.....	161
6.6.2.	Übung	161
6.6.2.1.	Rückfragen an die Falleinbringerin.....	161
6.6.2.2.	Sieben Handlungsoptionen zum Beatmungsabbruch	161
6.6.2.3.	Mögliche Gründe für die eigene Entscheidung	161
6.6.2.4.	Lösungen	165
6.6.2.5.	Der tatsächliche Patientenwille ist hier entscheidend.....	165
6.6.2.6.	Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist hier wesentlich	166
6.6.2.7.	Die Ärztin darf sich in ihrer Entscheidung selbst ernst und wichtig nehmen	167
6.6.2.8.	Zusammenfassung.....	167
6.6.3.	Weiterer Behandlungsverlauf.....	167
6.7.	Links und Literatur	168

Symptomkontrolle

7.1.	Einführung	169
7.2.	Angst	171
7.2.1.	Ängste schwerkranker Menschen	172
7.2.2.	Entstehung von Ängsten	172
7.2.3.	Teufelskreise der Angst.....	173
7.2.4.	Diagnose einer Angststörung.....	173
7.2.5.	Bewältigungshilfen und Behandlungsmöglichkeiten	174
7.2.5.1.	Institutionelle Hilfen	175
7.2.5.2.	Psychotherapeutische Hilfen	175
7.2.5.3.	Pharmakologische Bewältigungshilfen.....	176

7.3.	Depression	177
7.3.1.	Formen depressiver Verstimmung	177
7.3.2.	Diagnose	178
7.3.3.	Ursachen für Depressionen	178
7.3.4.	Depression und Trauer	179
7.3.5.	Hilfen zum Umgang mit depressiven Patienten	179
7.3.5.1.	Institutionelle Hilfen	181
7.3.5.2.	Psychotherapeutische Unterstützung	181
7.3.5.3.	Medikamentöse Behandlung und Depressionen	182
7.3.6.	Suizid	182
7.3.6.1.	Risikofaktoren für Suizidalität	183
7.3.6.2.	Protective Faktoren bei Suizidalität	183
7.3.6.3.	Suizidgedanken	183
7.3.6.4.	Abschätzung des Suizidsrisikos	183
7.3.6.5.	Psychotherapeutische Interventionen	184
7.3.6.6.	Medikamentöse Interventionen	184
7.3.6.7.	Kriterien für die Erwägung einer stationären Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei Suizidalität	185
7.3.6.8.	Basisversorgung bei Suizidalität	185
7.4.	Dermatologische Symptome	186
7.4.1.	Modernes Wundmanagement	186
7.4.1.1.	Moderne Wundtherapie	187
7.4.1.2.	Wundsäuberung	187
7.4.1.3.	Débridement	187
7.4.1.4.	Wundauflagen	188
7.4.1.5.	Vakuumtherapie	189
7.4.1.6.	Wundrandschutz	189
7.4.1.7.	Schmerztherapie	189
7.4.1.8.	Fazit	190
7.4.2.	Allergische Symptome	190
7.4.3.	Infektion	191
7.4.4.	Juckreiz	192
7.5.	Durst und Mundtrockenheit	194
7.5.1.	Physiologie des Durstes	194
7.5.2.	Physiologische Einflüsse auf das Trinkverhalten	195
7.5.3.	Konditionierte Einflüsse auf das Trinkverhalten	195
7.5.4.	Humorale und pharmakologische Einflüsse auf das Trinkverhalten	196
7.5.5.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillation durch Substitution	196
7.5.6.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillation über pflegerische Verfahren	197
7.6.	Dyspnoe	198
7.6.1.	Definition	199
7.6.2.	Ursachen der Atemnot	200
7.6.3.	Diagnostik	200
7.6.3.1.	Kriterien zur Beurteilung von Dyspnoe	200
7.6.3.2.	Bewertungsinstrumente von Dyspnoe	200
7.6.4.	Therapie	201
7.6.4.1.	Medizinisch-pflegerische Maßnahmen	201
7.6.4.2.	Onkologische, strahlentherapeutische und chirurgische Therapie	201
7.6.4.3.	Medikamentöse Therapie	201
7.6.4.3.1.	Kortikosteroide	201
7.6.4.3.2.	Bronchodilatantien	202
7.6.4.3.3.	Opiode	202
7.6.4.3.4.	Sedativa	202
7.6.4.3.5.	Antibiotika	203

7.6.4.3.6. Sekretolytika	203
7.6.4.4. Spezielle Krankheitsbilder	203
7.6.4.4.1. Rasselatmung in der Terminalphase ("death rattle")	204
7.6.5. Kardinalfehler in der Therapie der Luftnot	205
7.6.6. Zusammenfassung	205
7.7. Fatigue	205
7.7.1. Definitionen	205
7.7.2. Diagnose	207
7.7.2.1. Fatigue und Schwäche	208
7.7.2.2. Fatigue und Depression	208
7.7.2.3. Fatigue und Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)	208
7.7.2.4. Erfassung von Fatigue	208
7.7.3. Ursachen von Fatigue	209
7.7.4. Folgen von Fatigue	209
7.7.5. Allgemeine Maßnahmen bei Fatigue	210
7.7.5.1. Psychotherapeutische Ansätze	210
7.7.5.2. Medikamentöse Behandlungsansätze	211
7.8. Schwäche	212
7.8.1. Behandelbare Ursachen	212
7.8.2. Diagnostik	213
7.8.3. Therapie	213
7.9. Gastrointestinale Symptome in der Palliativmedizin	213
7.9.1. Obstipation	214
7.9.1.1. Risikogruppe Schmerz- und Palliativpatient	214
7.9.1.2. Obstipationsformen	214
7.9.1.3. Diagnostik	215
7.9.1.4. Prophylaxe und Therapie	215
7.9.2. Gastrointestinale Obstruktion	216
7.9.3. Ileus	217
7.9.4. Diarrhoe	219
7.9.5. Inappetenz	220
7.9.5.1. Ursachen von Inappetenz	220
7.9.5.2. Diagnostik	221
7.9.5.3. Konfliktbereich Inappetenz	221
7.9.5.3.1. Inappetenz aus der Sicht des Patienten	221
7.9.5.3.2. Inappetenz aus der Sicht der Zugehörigen	221
7.9.5.3.3. Wege aus dem Dilemma	221
7.9.5.4. Maßnahmen zur Ernährung	222
7.9.5.5. Therapie	222
7.9.6. Nausea/Emesis	223
7.9.7. Dysphagie	225
7.9.8. Kachexie	226
7.10. Knochenmetastasen	227
7.10.1. Einführung	227
7.10.2. Metastasierungswege	227
7.10.3. Diagnostik	228
7.10.3.1. Klinische Leitsymptome von Wirbelsäulenmetastasen	228
7.10.3.2. Radiologische Verfahren	228
7.10.4. Therapie	229
7.10.4.1. Operative Interventionen	229
7.10.4.2. Radiotherapie	230
7.10.4.3. Embolisation	230
7.10.4.4. Bisphosphonattherapie	230

7.10.4.5. Hormontherapie	231
7.10.4.6. Operative Therapie	231
7.10.4.7. Medikamentöse Therapie	231
7.11. Neuropsychiatrische Symptome	233
7.11.1. Einführung in die neurologische Palliativmedizin	233
7.11.2. Agitiertheit	234
7.11.2.1. Motorische Unruhe	235
7.11.2.2. Angst	236
7.11.2.3. Depression	237
7.11.3. Desorientiertheit, Verwirrtheit und Delir	238
7.11.4. Epileptische Anfälle und Myoklonien	240
7.11.5. Management neurologischer Palliativpatienten	240
7.12. Schlafstörungen / nicht erholsamer Schlaf bei Palliativpatienten	242
7.12.1. Diagnose	242
7.12.1.1. Insomnie	242
7.12.1.2. Hypersomnie	242
7.12.2. Ursachen von Schlafstörungen	242
7.12.3. Folgen von Schlafstörungen	243
7.12.4. Therapie	244
7.12.4.1. Grundprinzipien	244
7.12.4.2. Nicht-medikamentöse Maßnahmen	244
7.12.4.3. Psychotherapeutische Maßnahmen	244
7.12.4.4. Medikamentöse Maßnahmen	245
7.13. Schmerz in der Palliativmedizin	246
7.13.1. Grundlagen und Ätiologie	246
7.13.1.1. Grundlagen	246
7.13.1.2. Physiologie	248
7.13.1.3. Schmerzformen	249
7.13.1.4. Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung	250
7.13.1.5. Diagnostik	250
7.13.1.6. Behandlungsziele	251
7.13.2. Therapie	252
7.13.2.1. Nicht-medikamentöse Therapieverfahren	252
7.13.2.1.1. Psychologische Aspekte des Schmerzes und psychologische Schmerztherapie	252
7.13.2.1.2. Schmerzphysiotherapie	261
7.13.2.1.3. Gegenirritationsverfahren	263
7.13.2.2. Medikamentöse Verfahren	265
7.13.2.2.1. WHO-Stufenschema	265
7.13.2.2.2. Mechanismenorientierte Schmerztherapie	266
7.13.2.2.3. Nicht-Opioide	275
7.13.2.2.4. Opioide	279
7.13.2.2.5. Koanalgetika	293
7.13.2.2.6. Adjuvantien	297
7.13.2.2.7. Einige spezielle Probleme	298
7.13.2.3. Invasive Therapieverfahren	300
7.13.2.3.1. Grundlagen	300
7.13.2.3.2. Ports und Pumpen	302
7.13.2.3.3. Nervennahe Verfahren	304
7.13.2.3.4. Sympathikusblockaden	304
7.13.2.3.5. Rückenmarksnahe Gabe von Medikamenten	305

7.13.2.3.6. Neurodestruktive Verfahren	307
7.13.2.3.7. Neuroablative Eingriffe in der Tumorschmerztherapie	308
7.13.2.3.8. Kontraindikationen aller invasiven Analgesieverfahren	308
7.13.2.3.9. Management invasiver Analgesieverfahren in der Praxis	308
7.13.2.3.10. Zusammenfassung	308
7.14. Schwitzen (Hyperhidrosis)	309
7.14.1. Definition	309
7.14.2. Ursachen	310
7.14.3. Folgen	310
7.14.4. Erfassung	310
7.14.5. Behandlung	310
7.15. Urologische Symptome	311
7.15.1. Harnretention	311
7.15.1.1. Harnstauungsniere	311
7.15.1.2. Blasenentleerungsstörungen	312
7.15.2. Katheterassoziierte Symptome	313

Notfälle in der Palliativmedizin 315

8.1. Allgemeines	315
8.2. Die eigentlich palliativorientierte Notfallbehandlung	315
8.2.1. Nicht-medikamentöse Behandlung	315
8.2.2. Medikamentöse symptomorientierte Notfallbehandlung	316
8.3. Ausgewählte Notfallsituationen in der Palliativmedizin	317
8.4. Schlussbetrachtung	319

Onkologische Therapie in der Palliativmedizin 320

9.1. Systemische Chemotherapie	320
9.2. Intracavitäre Chemotherapie	321
9.3. Strahlentherapie	321
9.4. Hämotherapie	321

Strahlentherapie in der Palliativmedizin 323

10.1. Grundlagen	323
10.2. Indikationen und strahlentherapeutische Konzepte	324
10.2.1. Neurologische Störungen	324
10.2.2. Schmerzen	325
10.2.3. Obstruktion	326
10.2.4. Exulceration, Blutung, tumorbedingtes Lymphödem	326

Pädiatrische Palliativmedizin 328

11.1. Angehörigenbetreuung: Sterbende Kinder und ihre Familien	328
11.2. Schmerztherapie bei Kindern in der Palliativversorgung	331
11.2.1. Kindliches Schmerzempfinden oder: Haben Kinder Schmerzen – genau wie Erwachsene?	332
11.2.2. Einflussfaktoren und Messung oder: Wie empfinden Kinder Schmerz und lässt er sich messen?	332
11.2.3. Medikamentöse Schmerztherapie – Besonderheiten bei Kindern oder: Sind in der Schmerztherapie bei Kindern spezifische Aspekte zu beachten?	333
11.2.3.1. Die Zielgruppe	333

11.2.3.2. Medikamentenwahl und Applikation	333
11.2.3.2.1. Opioide	334
11.2.3.2.2. Nicht-Opioide	334
11.2.3.3. Dosierungen	335
11.2.3.3.1. Opioide	335
11.2.3.3.2. Nicht-Opioide	335
11.2.3.4. Zulassung	338
11.2.4. Akupunktur	338
11.2.5. Fazit	338
■ Palliativmedizin für Ältere und Hochbetagte	340
12.1. Palliativmedizin für Ältere – ein neues Feld	340
12.1.1. Palliative Versorgung für Ältere und Hochbetagte mit Demenzen	340
12.2. Palliative Versorgung bei Herzinsuffizienzen, COPD, neurolog. Erkrankungen und weiteren Erkrankungen im Alter	340
12.3. Versorgungsbedarf für chronisch erkrankte Ältere und Hochbetagte	341
12.3.1. Berechnung des Versorgungsbedarfs	342
12.4. Der Versorgungsort Pflegeheim – Plädoyer für eine gute Vernetzung und einen heiminternen Qualitätszuwachs	345
12.4.1. Palliative Bildung (Wissen, Haltung, Fertigkeiten)	345
12.4.2. Umsetzung dieser palliativen Bildung (Prozess/Projekt, Management, Implementierung)	345
12.4.3. Palliativ-Konzept-Erstellung / tatsächliche palliative Versorgung (Ziele, Ergebnisse)	345
12.4.4. Nachhaltigkeit/Evaluation (Qualitätssicherung)	346
12.4.5. Vernetzung: Palliativkompetente Einrichtungen vernetzen sich gut innerhalb der bestehenden Strukturen	346
■ Der Palliativpatient in der Notfallmedizin	347
13.1. Palliativ- und Notfallmedizin	348
13.2. Konfliktfelder zwischen Palliativmedizin und Notfallmedizin	348
13.3. Besonderheiten palliativer Notfälle	349
■ Enterale und parenterale Ernährung bei Palliativpatienten	355
14.1. Unterernährung, Schwäche, Gewichtsabnahme und Appetitmangel als Stigmata der fortgeschrittenen Krankheit	355
14.2. Ursachen einer Mangelernährung	355
14.3. Ernährungsstatus und Nahrungsbedarf	356
14.4. Ernährungsformen	357
14.5. Besonderheiten der Ernährungstherapie bei Palliativpatienten	359
■ Grundlagen der Pflege in der Palliativmedizin	362
15.1. Die Sprache der Pflege	363
15.1.1. Kommunikation mit Sterbenden	363
15.2. Kommunikative Berührung	364
15.2.1. Die Bedeutung der Berührung	364
15.2.2. Die Berührung im Kontext der Pflegesituation	364
15.3. Lageveränderung	365
15.3.1. Körperbild und Körpergefühl	365
15.3.2. Mikrolagerung	366
15.3.3. Lagerungsformen	366

15.4.	Kinästhetik	367
15.4.1.	Das Konzept	367
15.4.2.	Kinästhetische Prinzipien	368
15.4.3.	Interaktion	368
15.4.4.	Massen und Zwischenräume	368
15.4.5.	Bewegungsmuster	369
15.5.	Basale Stimulation®	369
15.5.1.	Das Konzept	370
15.5.2.	Die unterschiedlichen basal stimulierenden Angebote	370
15.5.2.1.	Die Initialberührung	371
15.5.2.2.	Ganzkörperwaschung	371
15.5.3.	Die Atemstimulierende Einreibung (ASE)	372
15.5.4.	Weitere Stimulationsangebote	373
15.6.	Schlussbemerkung	374

Palliative Care in der Schwerstpflege 376

Grundlagen der Physiotherapie in der Palliativmedizin 378

Psychologische Aspekte in der Palliativmedizin 382

18.1.	Belastungen durch schwere Erkrankung	382
18.1.1.	Stellenwert psychischer Belastungen	382
18.1.2.	Diagnostik psychischer Belastungen	383
18.2.	Psychoonkologisch / psychotherapeutische Behandlungsstrategien in Palliative Care	385
18.2.1.	Entspannungsverfahren	385
18.2.2.	Imagination	386
18.2.3.	Genusstraining	386
18.2.4.	Biographische Arbeit	386
18.2.5.	Kognitive Verhaltenstherapie	386
18.2.6.	Systemische Familientherapie	388
18.2.7.	Gesprächspsychotherapie	388
18.2.8.	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	388
18.2.9.	Gruppentherapie	388
18.2.10.	Psychotherapeutischer Ansatz in der Palliativmedizin im Unterschied zur "klassischen" Psychotherapie	389
18.2.11.	Zur Wirksamkeit psychoonkologischer Methoden	389
18.3.	Psychoonkologische Betreuung	389
18.3.1.	Arbeit mit Patienten	389
18.3.1.1.	Ziele klinisch-psychologischer Unterstützung	390
18.3.1.2.	Das psychotherapeutische Gespräch	390
18.3.1.3.	Diagnostik psychischer Belastungen und des Unterstützungsbedarfs	391
18.3.1.4.	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	391
18.3.1.5.	Begleitung und freundschaftliche Unterstützung	392
18.3.1.6.	Krisenintervention	392
18.3.2.	Angehörige	392
18.3.3.	Team	392
18.4.	Verlust	393
18.4.1.	Hilfen bei der Bewältigung von Verlust	394

18.5.	Krankheitsverarbeitung	394
18.5.1.	Wie verarbeiten Menschen die Diagnose einer Tod bringenden Erkrankung?	394
18.5.1.1.	Phasenmodell nach E. Kübler-Ross	394
18.5.1.2.	Abwehrmechanismen	395
18.5.2.	Krankheitsbewältigung	396
18.6.	Angehörige und soziales Umfeld	397
18.6.1.	Zum Begriff "Angehörige"	397
18.6.2.	Soziale Unterstützung	397
18.6.3.	Rolle der Angehörigen	398
18.6.4.	Angehörige als Unterstützer	399
18.6.5.	Hilfen für Angehörige	399
18.7.	Sexualität in der Palliativmedizin	400
18.7.1.	Was ist Sexualität?	400
18.7.2.	Sexualität schwer kranker Menschen	401
18.7.3.	Das PLISSIT-Modell	401
18.7.4.	Vorteile von PLISSIT	402
18.7.5.	Aufgaben des behandelnden Teams	402
18.7.6.	Intimität ermöglichen	403
18.8.	Trauer	403
18.8.1.	Begriffsbestimmung	403
18.8.2.	Der Trauerprozess	404
18.8.2.1.	Symptome der Trauerphasen	404
18.8.2.2.	Hilfen in den Trauerphasen	404
18.8.2.3.	Problematische Reaktionen in den Trauerphasen	405
18.8.2.4.	Aufgaben in der Trauerarbeit	405
18.8.2.5.	Duales Prozess-Modell der Trauer	405
18.8.3.	Komplizierte (pathologische?) Trauer	406
18.8.3.1.	Definition der "komplizierten Trauer"	408
18.8.3.2.	Diagnostik der komplizierten Trauerreaktion	408
18.8.3.3.	Psychotherapie der komplizierten Trauer	409
18.8.3.4.	Pharmakologische Hilfen	409
18.8.4.	Trauerbegleitung	409
18.8.4.1.	Formen der Trauerbegleitung	409
18.8.4.2.	Wer sollte begleitet werden?	410
18.8.4.3.	Wann soll Trauerbegleitung beginnen?	410
18.8.5.	Anhang	411

Soziale Aspekte in der Palliativmedizin

414

19.1.	Unterstützung	414
19.2.	Soziales Umfeld	414
19.2.1.	Die Struktur des sozialen Umfelds	414
19.2.2.	Die Rolle des sozialen Umfelds	416
19.2.3.	Veränderungen des sozialen Umfelds	417
19.3.	Randgruppen	417
19.3.1.	Definitionen	418
19.3.2.	Schlussfolgerungen	418

19.4. Kinder und Jugendliche als Angehörige/Trauernde	419
19.4.1. Kinder sind ein fester Bestandteil des sozialen Umfelds. Sie gehören dazu!	419
19.4.2. Kinder wissen nicht unbedingt weniger über den "Tod" als Erwachsene!	419
19.4.3. Kinder können in jedem Alter selbst entscheiden, inwieweit sie einbezogen werden möchten..	421
19.4.4. Kinder sollen oftmals "behütet" werden vor den "Schrecken des Todes", werden dadurch aber meistens ausgegrenzt	421
19.4.5. Kinder und Jugendliche haben andere Ausdrucksformen für ihre Trauer	422
19.4.6. Kinder haben einen unmittelbareren Zugang zu ihren Gefühlen und erscheinen dadurch "schwankender"	422
19.4.7. Kinder haben ihre eigenen Wege und Ansprechpartner (nicht unbedingt die Eltern)	422
19.4.8. Auch Kinder können mit Wahrheiten und Realität besser umgehen als mit "irrealen Phantasien" und Beschönigungen	423

Spiritualität in der Palliativmedizin 425

20.1. Spiritualität	425
20.1.1. Definition	425
20.1.2. Spiritualität als Ressource in der Krankheitsbewältigung	426
20.1.3. Spirituelles Fragen im Rahmen von Seelsorge	426
20.1.4. Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze	427
20.2. Spiritualität und Medizin	427
20.2.1. Religiosität/Spiritualität in der Palliativmedizin: Belastung oder Bewältigungshilfe?	428
20.2.2. Sensibilität des Arztes	428
20.2.3. Spirituelle Themen im Rahmen der Palliativmedizinerausbildung	428
20.2.4. Spirituelle Anamnese als Schritt zur Krisenbewältigung	429
20.2.5. Erhebung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen mit "SPIR"	429
20.3. Spiritualität im therapeutischen Team	432
20.3.1. Schritte und Aufgaben der spirituellen Begleitung im Team	432
20.4. Der Sinn des Lebens	434
20.4.1. Sinn als Werterleben in Beziehungen	434
20.4.2. Die Warum-Frage	435
20.4.3. Sinn durch Umdeutung	436
20.4.4. Die Lebensbilanz	436
20.5. Resümee	436

Rituale 438

21.1. Erfahrungen aus der Arbeit mit Trauernden	438
21.2. Zur Dynamik von Rituale	439
21.3. Das richtige "Gefährt" für das jeweilige Bedürfnis	440

Sterben und Tod in den Kulturen 442

22.1. Wozu vergleichen?	442
22.2. Der verdrängte Tod	442
22.3. Die Beseitigung des Toten und ein Stück zur Erinnerung	443
22.4. Die Kränkung durch den Tod und psychische Gesundheit: Rituale und Emotionen	444
22.5. Der soziale Tod und der physische Tod: Der alleingelassene Sterbende	444
22.6. Migranten "im Elend"	445

Sterben und Tod**448**

23.1.	Point of no return.....	448
23.1.1.	Finalphase.....	448
23.1.1.1.	Definitionen	448
23.1.1.2.	Tod – Würdigung – Regularien	449
23.1.1.3.	Die Beteiligten in der Sterbebegleitung	449
23.1.1.3.1.	Rückblick	450
23.2.	Der Liverpool Care Pathway (LCP) – Eine Hilfestellung für die Begleitung Sterbender.....	452
23.3.	Sterbebegleitung.....	454
23.4.	Finalphase	455
23.4.1.	Rasselatmung.....	455
23.4.2.	Mundpflege in der letzten Lebensphase.....	462
23.4.2.1.	Vorbemerkungen, begleitende Gedanken	462
23.4.2.2.	Leitgedanken im Umgang mit der Mundpflege in der letzten Lebensphase	462
23.4.2.2.1.	Der Patient.....	462
23.4.2.2.2.	Die Angehörigen.....	463
23.4.2.2.3.	Die Pflegenden	463
23.4.2.3.	Ziele in Bezug auf Mundpflege	463
23.4.2.3.1.	Der Patient.....	463
23.4.2.3.2.	Die Angehörigen.....	463
23.4.2.3.3.	Die Pflegenden	463
23.4.2.4.	Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes	464
23.4.2.4.1.	Allgemeine Anamnese	464
23.4.2.4.2.	Allgemeine Mundpflege	464
23.4.2.4.3.	Mundpflege bei Mundtrockenheit (Xerostomie).....	465
23.4.2.4.4.	Mundgeruch	466
23.4.2.4.5.	Behandlung von Soor	467
23.4.2.4.6.	Mukositis und "Painful mouth".....	468
23.4.2.4.7.	Tees zur therapeutischen Mundpflege (Auswahl).....	469
23.4.3.	Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase	469
23.4.3.1.	Definitionen	470
23.4.3.1.1.	Durst	470
23.4.3.1.2.	Dehydration	470
23.4.3.1.3.	Durst und Dehydration in der Finalphase	470
23.4.3.2.	Pro und Kontra Flüssigkeitsgabe in der Finalphase	470
23.4.3.2.1.	Pro Flüssigkeit	470
23.4.3.2.2.	Kontra Flüssigkeit	471
23.4.3.2.3.	Entscheidungsfindung	471
23.4.3.3.	Therapie	471
23.4.3.3.1.	Wie soll die Flüssigkeit substituiert werden?	471
23.4.3.3.2.	Was und wieviel soll gegeben werden?	471
23.4.3.4.	Kritische Reflexion.....	472
23.4.3.5.	DGEM-Leitlinien Enterale und Parenterale Ernährung (2008).....	472
23.4.3.6.	Zusammenfassung.....	472
23.5.	Palliative Sedierung.....	473
23.5.1.	Definition.....	473
23.5.2.	Abgrenzung zur Euthanasie und ethische Entscheidungsfindung.....	474
23.5.3.	Indikationsstellung.....	474
23.5.4.	Praxis.....	475
23.5.5.	Zusammenfassung.....	476

23.6. Tod und Bestattung	476
23.6.1. Nach dem Tod – Die Kette von Missverständnissen	479
23.6.1.1. Wie lange darf ein verstorbener Mensch zu Hause bleiben?	479
23.6.1.2. Ist es Vorschrift, einen Bestatter einzuschalten – und wenn ja, wozu benötigt man ihn?	480
23.6.1.3. Innerhalb welchen Zeitraums muss/darf in Deutschland ein Mensch beerdigt werden?	480
23.6.1.4. Muss jeder Mensch in Deutschland (auf einem Friedhof) beerdigt werden?	481
23.6.1.4.1. Wer darf die Bestattung in Auftrag geben und den Rahmen bestimmen?	481
23.6.1.5. Faktor Zeit	481
23.6.1.6. Aufbahrung	482
23.6.1.7. Hausaufbahrung	483
23.6.1.8. Einkleiden	483
23.6.1.9. Trauernde Kinder/Jugendliche	483
23.6.2. Die Trauerfeier/Beerdigung	483
23.6.2.1. Bestattungsformen	484
23.6.3. Anhang	485
24. Das eigene Bild vom Tod	487
24.1. Grundlagen	487
24.2. Vorgehen	487
24.3. Untersuchungen zur Sterbemeditation	488
25. Burnout-Syndrom und Burnout-Prophylaxe	490
25.1. Burnout-Syndrom	490
25.2. Burnout-Prophylaxe	493
25.3. Supervision	496
26. Qualitätssicherung in der Palliativmedizin	499
26.1. Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE)	499
26.2. Qualität, eine Hinführung zum Begriff	499
27. Tipps für die tägliche Praxis	503
28. Index	504