

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. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	43
1.8. Von der Charta zur nationalen Strategie	47
Versorgungsstrukturen	52
2.1. Die aktuelle Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland	52
2.2. Spezialisierte und allgemeine Palliativversorgung	53
2.3. Weitere Regelungen aus dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 01.12.2015	57
Advance Care Planning (ACP)	62
3.1. Was ist "Advance Care Planning"?	62
3.1.1. Die Idee	62
3.1.2. Übersetzung	62
3.2. Warum ACP?	63
3.2.1. Selbstbestimmung und Fürsorge im Arzt-Patienten-Verhältnis	63
3.2.2. Defizite im Umgang mit Patientenverfügungen	64
3.2.3. ACP als (Für-)Sorge für selbstbestimmte Personen	65
3.3. Elemente von ACP	65
3.3.1. Qualifizierte Gesprächsbegleitung/Beratung	65
3.3.2. Dokumentation: Patientenverfügung, Vertreterdokumentation, Notfallbögen	66
3.3.3. Regionale Vernetzung	69
3.3.4. Qualifikation	69
3.3.5. Qualitätssicherung	69
3.4. Rechtlicher Rahmen in Deutschland	70
3.4.1. §132g SGB V	70
3.4.2. Auswirkungen auf die Praxis	70
Lebensqualität in der Palliativmedizin	72
4.1. Der Begriff "Lebensqualität"	72
4.2. Definitionen	73
4.3. Lebensqualität des Palliativpatienten	74
4.3.1. Zufriedenheitsparadox	75
4.3.2. Response-Shift	75
4.4. Lebensqualität aus der Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen im multidisziplinären Team	76
4.5. Messung von Lebensqualität	76
4.6. Einige Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung	78

4.7.	Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität.	79
4.7.1.	Würde	79
4.7.2.	Hoffnung	79

Kommunikation

83

5.1.	Kommunikationsmodelle: die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung sterbender Menschen.	83
5.1.1.	Warum benötigen wir einen personenzentrierten Ansatz in der Sterbebegleitung?.....	83
5.1.2.	Die personenzentrierten Einstellungen in der Sterbebegleitung	84
5.1.2.1.	Kongruenz, Authentizität	84
5.1.2.2.	Bedingungsfreie positive Wertschätzung.....	85
5.1.2.3.	Einführendes Verstehen, Empathie.....	86
5.1.3.	Selbstauseinandersetzung der Begleiter mit Sterben und Tod	88
5.1.4.	Hilfen für die beruflichen Helfer.....	89
5.1.5.	Die drei personenzentrierten Haltungen nach C. Rogers - Zusammenfassung	90
5.2.	Kommunikation im Team	92
5.2.1.	Team	92
5.2.1.1.	Die Entwicklung eines Teams, die Positionen seiner Mitglieder und die Dynamik zwischen ihnen	92
5.2.1.2.	Teamfähigkeit.....	93
5.2.2.	Kommunikationsstil erfolgreicher Teams	94
5.3.	Teamarbeit	96
5.3.1.	Der Teambegriff im Bereich Palliative Care	96
5.3.2.	Teamarbeit und Palliative Care in der Organisationslogik des Unternehmens.....	97
5.3.3.	Einstiegsfragen zur Teamarbeit	98
5.3.4.	Phasen der Entscheidungsfindung	99
5.3.5.	Die Rolle der Teamleitung	99
5.3.6.	Kooperatives Arbeiten im Team	100
5.4.	Interdisziplinarität	101
5.4.1.	Warum Interdisziplinarität und Interprofessionalität?.....	101
5.4.2.	Was ist Interdisziplinarität?	101
5.4.3.	Wer arbeitet interdisziplinär und interprofessionell zusammen?	102
5.4.4.	Welcher Art sind die gesetzlichen Vorgaben?	103
5.4.5.	Fazit	103
5.5.	Die Rolle des Arztes.....	104
5.6.	Ehrenamtlichkeit in Palliative Care	108
5.6.1.	Zur historischen Entwicklung der Ehrenamtlichkeit in Palliative Care.....	109
5.6.2.	Ehrenamtlichkeit in den Konzepten von DHPV, DGP und EAPC	110
5.6.3.	Zivilgesellschaftliche Funktionen der Ehrenamtlichkeit in Palliative Care	111
5.6.4.	Fazit	114

Aufklärung

117

6.1.	Grundlagen	117
6.1.1.	Rechtliche Grundlagen	118
6.1.2.	Unterschiedliche "Wirklichkeiten" im Aufklärungsgespräch.....	119
6.1.3.	Was macht die Mitteilung der Wahrheit so schwierig?	119
6.1.4.	Kommunikative Kompetenz	120
6.1.5.	Hoffnung	120
6.2.	Kontext und Kenntnisstand	121
6.3.	Gesprächsrahmen	121

6.4.	Abklärung des Informations- und Kenntnisstands und der Bedürfnisse des Patienten	121
6.4.1.	Herausfinden, was der Patient weiß.	121
6.4.2.	Herausfinden, was der Patient wissen möchte.	122
6.5.	Vorwarnen und Übermitteln der schlechten Nachricht	122
6.6.	Umgang mit emotionalen Reaktionen des Patienten.	123
6.7.	Abschluss des Gesprächs	123
6.8.	Dokumentation	125
6.9.	Aufarbeitung im Team	125
6.10.	Das Sechs-Punkte-Protokoll SPIKES.	126
6.10.1.	Setting (Situation).	126
6.10.2.	Perception (Patientenwissen).	127
6.10.3.	Invitation (Informationsbedarf)	127
6.10.4.	Knowledge (Kenntnisvermittlung)	128
6.10.5.	Empathy (Emotionen wahrnehmen)	128
6.10.6.	Summary (Strategie und Zusammenfassung)	128
6.10.7.	Voraussetzungen für eine angemessene Aufklärung	128
6.11.	Fortbildung	129

Ethisch-rechtliche Fragen am Lebensende

131

7.1.	Entscheidungen am Lebensende – Überblick.	131
7.1.1.	Klarere Definitionen neu gefasst.	131
7.1.2.	Euthanasie und Lebenswert? Historie, nationaler und internationaler Kontext.	132
7.1.2.1.	Historie	132
7.1.2.2.	Internationaler Kontext.	132
7.1.2.3.	Mehr statt weniger Medizin: Palliativmaßnahmen	133
7.1.3.	Bundesdeutsche Entwicklungen und Diskussionsstand.	134
7.1.3.1.	Patientenverfügungsgesetz	134
7.1.3.2.	Das "Putz"-Urteil	134
7.1.3.3.	Ärztliche Beihilfe zum Suizid.	135
7.1.3.4.	Garantenstellung	137
7.1.3.5.	Strafffreie Suizidbeihilfe, Suizid-Propagierung und neuer § 217 StGB	138
7.1.3.6.	Anspruch auf Hilfe beim Suizid	138
7.1.4.	Ethisch und rechtlich erlaubte palliative Vorgehensweisen	139
7.1.4.1.	Beendigung/Nichteinleitung von Maßnahmen.	139
7.1.4.2.	Palliative Sedierung	139
7.1.5.	Patientenverfügungen	140
7.1.6.	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung.	140
7.2.	Patienten äußern ihren Willen.	140
7.2.1.	Möglichkeiten der Willensbekundung	141
7.2.2.	Vorsorgevollmacht.	141
7.2.3.	Patientenverfügung.	142
7.2.3.1.	Bundesgerichtshof zur Gültigkeit der Patientenverfügungen 2016	143
7.2.4.	Betreuungsverfügung	143
7.2.5.	Bewertung.	143
7.3.	Patientenwillen eruieren und dokumentieren	144
7.3.1.	Ärztliche Beratung und Aufklärung	144
7.3.2.	Ärztliche Dokumentation.	145
7.3.3.	Aufbewahrung.	145
7.4.	Den Patientenwillen umsetzen	145
7.4.1.	Den tatsächlichen Willen im Gespräch feststellen	145

7.4.2.	Den vorausverfügten Willen feststellen	146
7.4.2.1.	Wirksamkeit einer Vorsorgevollmacht.....	146
7.4.2.2.	Verbindlichkeit einer Patientenverfügung.....	146
7.4.2.3.	Umsetzung einer Patientenverfügung in Kombination mit einem Gespräch mit einem bevollmächtigten Ansprechpartner.....	146
7.4.3.	Konflikte bei der Ermittlung des vorausverfügten Willens und Ermittlung des mutmaßlichen, aktuellen Willens.....	147
7.4.4.	Wann muss das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden?	147
7.4.5.	Handeln in Notfallsituationen	147
7.4.6.	Zusammenfassung: Entscheidungsdiagramm für die Frage nach Beendigung/Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen.....	147
7.4.6.1.	Konkrete Anwendung	149
7.5.	Ethik-Konzepte entwickeln, einführen und bekanntmachen.....	151
7.5.1.	Ethik-Standards entwickeln am Beispiel der Uniklinik Erlangen: VaW (Verzicht auf Wiederbelebung)-Anordnung	151
7.5.2.	Das Nimwegener Modell zur Klärung ethischer Anliegen anwenden	151
7.5.3.	Krisen-Vorsorge treffen mit vorausschauenden Notfallplänen am Beispiel Pflegeheim.....	155
7.5.3.1.	Ziele	155
7.5.3.2.	Vorbereitung von Krisen- und Notfallplänen im Gespräch	156
7.5.3.2.1.	In besonderen Gesprächsangeboten (= aktives Abklären im Vorfeld)	156
7.5.3.2.2.	Im pflegerischen Alltag (= reaktives Abklären).....	156
7.5.4.	Durchführung der Krisenvorsorge und Beratungsgespräche	156
7.5.4.1.	Auswertung (bezogen auf die eingangs genannten Ziele)	157
7.5.5.	Ethische Standards und Maßnahmen evaluieren	157
7.5.5.1.	Evaluation mittels konkreter und bereits erprobter "Kennzahlen für eine ethische Kompetenz in Pflegeeinrichtungen".....	157
7.5.5.2.	Erste Erfahrungen bei der Erprobung von Kennzahlen zur Palliativkompetenz in einer Pflegeeinrichtung aus Wuppertal	158
7.6.	Fallbeispiel und Übung	160
7.6.1.	Fallbeispiel	160
7.6.1.1.	Schriftliche Fallvorstellung durch E. W.	160
7.6.1.2.	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	162
7.6.2.	Übung.....	162
7.6.2.1.	Rückfragen an die Falleinbringerin.....	162
7.6.2.2.	Sieben Handlungsoptionen zum Beatmungsabbruch	162
7.6.2.3.	Mögliche Gründe für die eigene Entscheidung	162
7.6.2.4.	Lösungen	166
7.6.2.5.	Der tatsächliche Patientenwille ist hier entscheidend.....	166
7.6.2.6.	Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist hier wesentlich	167
7.6.2.7.	Die Ärztin darf sich in ihrer Entscheidung selbst ernst und wichtig nehmen	168
7.6.2.8.	Zusammenfassung	168
7.6.3.	Weiterer Behandlungsverlauf.....	168
7.7.	Links und Literatur	169
Symptomkontrolle		170
8.1.	Einführung	170
8.2.	Angst	172
8.2.1.	Ängste schwerkranker Menschen.....	173
8.2.2.	Entstehung von Ängsten	174
8.2.3.	Teufelskreise der Angst.....	174
8.2.4.	Diagnose einer Angststörung.....	175
8.2.5.	Bewältigungshilfen und Behandlungsmöglichkeiten	176
8.2.5.1.	Institutionelle Hilfen.....	177

8.2.5.2.	Psychotherapeutische Hilfen	177
8.2.5.3.	Pharmakologische Bewältigungshilfen	177
8.3.	Depression	179
8.3.1.	Formen depressiver Verstimmung	179
8.3.2.	Diagnose	180
8.3.3.	Ursachen für Depressionen	181
8.3.4.	Normale Trauer	181
8.3.5.	Demoralisation	182
8.3.6.	Hilfen zum Umgang mit depressiven Patienten	183
8.3.6.1.	Institutionelle Hilfen	184
8.3.6.2.	Psychotherapeutische Unterstützung	184
8.3.6.3.	Medikamentöse Behandlung und Depressionen	185
8.3.7.	Suizid	185
8.3.7.1.	Risikofaktoren für Suizidalität	186
8.3.7.2.	Protektive Faktoren bei Suizidalität	186
8.3.7.3.	Suizidgedanken	186
8.3.7.4.	Abschätzung des Suizidrisikos	186
8.3.7.5.	Psychotherapeutische Interventionen	187
8.3.7.6.	Medikamentöse Interventionen	187
8.3.7.7.	Kriterien für die Erwägung einer stationären Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei Suizidalität	188
8.3.7.8.	Basisversorgung bei Suizidalität	188
8.4.	Dermatologische Symptome	189
8.4.1.	Moderne Wundmanagement	189
8.4.1.1.	Moderne Wundtherapie	190
8.4.1.2.	Wundsäuberung	190
8.4.1.3.	Débridement	191
8.4.1.4.	Wundauflagen	192
8.4.1.5.	Vakuumtherapie	192
8.4.1.6.	Wundrandschutz	193
8.4.1.7.	Schmerztherapie	193
8.4.1.8.	Fazit	193
8.4.2.	Allergische Symptome	194
8.4.3.	Infektion	195
8.4.4.	Juckreiz	196
8.5.	Durst und Mundtrockenheit	197
8.5.1.	Physiologie des Durstes	198
8.5.2.	Physiologische Einflüsse auf das Trinkverhalten	198
8.5.3.	Konditionierte Einflüsse auf das Trinkverhalten	199
8.5.4.	Humorale und pharmakologische Einflüsse auf das Trinkverhalten	199
8.5.5.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillung durch Substitution	199
8.5.6.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillung über pflegerische Verfahren	200
8.6.	Dyspnoe	202
8.6.1.	Definition	202
8.6.2.	Ursachen der Atemnot	203
8.6.3.	Diagnostik	203
8.6.3.1.	Kriterien zur Beurteilung von Dyspnoe	204
8.6.3.2.	Bewertungsinstrumente von Dyspnoe	204
8.6.4.	Therapie	204
8.6.4.1.	Medizinisch-pflegerische Maßnahmen	204
8.6.4.2.	Onkologische, strahlentherapeutische und chirurgische Therapie	205
8.6.4.3.	Medikamentöse Therapie	205
8.6.4.3.1.	Kortikosteroide	205
8.6.4.3.2.	Bronchodilantien	205

8.6.4.3.3.	Opioide	205
8.6.4.3.4.	Sedativa	206
8.6.4.3.5.	Antibiotika	207
8.6.4.3.6.	Sekretolytika	207
8.6.4.4.	Spezielle Krankheitsbilder	207
8.6.4.4.1.	Rasselatmung in der Terminalphase ("death rattle")	207
8.6.5.	Kardinalfehler in der Therapie der Luftnot	208
8.6.6.	Zusammenfassung	208
8.7.	Fatigue (CrF)	209
8.7.1.	Definitionen	209
8.7.2.	Diagnose	210
8.7.2.1.	CrF und Schwäche	211
8.7.2.2.	CrF und Depression	212
8.7.2.3.	CrF und Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)	212
8.7.2.4.	Erfassung von CrF	212
8.7.3.	Ursachen von CrF	212
8.7.4.	Folgen von CrF	213
8.7.5.	Allgemeine Maßnahmen bei CrF	213
8.7.5.1.	Psychotherapeutische Ansätze	214
8.7.5.2.	Medikamentöse Behandlungsansätze	215
8.8.	Schwäche	216
8.8.1.	Behandelbare Ursachen	216
8.8.2.	Diagnostik	217
8.8.3.	Therapie	217
8.9.	Gastrointestinale Symptome in der Palliativmedizin	217
8.9.1.	Obstipation	218
8.9.1.1.	Risikogruppe Schmerz- und Palliativpatient	218
8.9.1.2.	Obstipationsformen	218
8.9.1.3.	Diagnostik	219
8.9.1.4.	Prophylaxe und Therapie	219
8.9.2.	Gastrointestinale Obstruktion	222
8.9.3.	Ileus	223
8.9.4.	Diarrhoe	225
8.9.5.	Inappetenz	226
8.9.5.1.	Ursachen von Inappetenz	227
8.9.5.2.	Diagnostik	227
8.9.5.3.	Konfliktbereich Inappetenz	227
8.9.5.3.1.	Inappetenz aus der Sicht des Patienten	227
8.9.5.3.2.	Inappetenz aus der Sicht der Zugehörigen	228
8.9.5.3.3.	Wege aus dem Dilemma	228
8.9.5.4.	Maßnahmen zur Ernährung	228
8.9.5.5.	Therapie	229
8.9.6.	Nausea/Emesis	230
8.9.7.	Dysphagie	234
8.9.8.	Kachexie	235
8.10.	Knochenmetastasen	235
8.10.1.	Einführung	235
8.10.2.	Metastasierungswege	236
8.10.3.	Diagnostik	237
8.10.3.1.	Klinische Leitsymptome von Wirbelsäulenmetastasen	237
8.10.3.2.	Radiologische Verfahren	237
8.10.4.	Therapie	238
8.10.4.1.	Operative Interventionen	238

8.10.4.2.	Radiotherapie	238
8.10.4.3.	Embolisation	239
8.10.4.4.	Bisphosphonattherapie	239
8.10.4.5.	Monoklonale Antikörper	239
8.10.4.6.	Hormontherapie	240
8.10.4.7.	Operative Therapie	240
8.10.4.8.	Medikamentöse Therapie	240
8.11.	Neuropsychiatrische Symptome	242
8.11.1.	Einführung in die neurologische Palliativmedizin	242
8.11.2.	Agitiertheit	244
8.11.2.1.	Motorische Unruhe	244
8.11.2.2.	Angst	245
8.11.2.3.	Depression	246
8.11.3.	Desorientiertheit, Verwirrtheit und Delir	247
8.11.4.	Epileptische Anfälle und Myoklonien	249
8.11.5.	Management neurologischer Palliativpatienten	250
8.12.	Schlafstörungen / nicht erholsamer Schlaf bei Palliativpatienten	251
8.12.1.	Diagnose	251
8.12.1.1.	Insomnie	251
8.12.1.2.	Hypersomnie	252
8.12.2.	Ursachen von Schlafstörungen	252
8.12.3.	Folgen von Schlafstörungen	253
8.12.4.	Therapie	253
8.12.4.1.	Grundprinzipien	253
8.12.4.2.	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	253
8.12.4.3.	Psychotherapeutische Maßnahmen	254
8.12.4.4.	Medikamentöse Maßnahmen	254
8.13.	Schmerz in der Palliativmedizin	256
8.13.1.	Grundlagen und Ätiologie	256
8.13.1.1.	Grundlagen	256
8.13.1.2.	Physiologie	258
8.13.1.3.	Schmerzformen	259
8.13.1.4.	Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung	260
8.13.1.5.	Diagnostik	261
8.13.1.6.	Behandlungsziele	262
8.13.2.	Therapie	263
8.13.2.1.	Nicht-medikamentöse Therapieverfahren	263
8.13.2.1.1.	Psychologische Aspekte des Schmerzes und psychologische Schmerztherapie	263
8.13.2.1.2.	Schmerzphysiotherapie	271
8.13.2.1.3.	Gegenirritationsverfahren	273
8.13.2.2.	Medikamentöse Verfahren	275
8.13.2.2.1.	WHO-Stufenschema	275
8.13.2.2.2.	Mechanismenorientierte Schmerztherapie	276
8.13.2.2.3.	Nicht-Opioide	285
8.13.2.2.4.	Opioide	288
8.13.2.2.5.	Koanalgetika	307
8.13.2.2.6.	Adjuvantien	311
8.13.2.2.7.	Einige spezielle Probleme	313
8.13.2.3.	Invasive Therapieverfahren	315
8.13.2.3.1.	Grundlagen	315
8.13.2.3.2.	Ports und Pumpen	316
8.13.2.3.3.	Nervennahe Verfahren	318
8.13.2.3.4.	Sympathikusblockaden	319
8.13.2.3.5.	Rückenmarksnahe Gabe von Medikamenten	320

8.13.2.3.6. Neurodestruktive Verfahren	321
8.13.2.3.7. Neuroablativ Eingriffe in der Tumorschmerztherapie	322
8.13.2.3.8. Kontraindikationen aller invasiven Analgesieverfahren	322
8.13.2.3.9. Management invasiver Analgesieverfahren in der Praxis	323
8.13.2.3.10. Zusammenfassung	323
8.14. Schwitzen (Hyperhidrosis)	324
8.14.1. Definition	324
8.14.2. Ursachen	324
8.14.3. Folgen	324
8.14.4. Erfassung	324
8.14.5. Behandlung	325
8.15. Urologische Symptome	325
8.15.1. Harnretention	325
8.15.1.1. Harnstauungsniere	326
8.15.1.2. Blasenentleerungsstörungen	327
8.15.2. Katheterassoziierte Symptome	328

Notfälle in der Palliativmedizin 329

9.1. Allgemeines	329
9.2. Die eigentlich palliativorientierte Notfallbehandlung	329
9.2.1. Nicht-medikamentöse Behandlung	329
9.2.2. Medikamentöse symptomorientierte Notfallbehandlung	330
9.3. Ausgewählte Notfallsituationen in der Palliativmedizin	331
9.4. Schlussbetrachtung	333

Onkologische Therapie in der Palliativmedizin 334

10.1. Systemische Chemotherapie	334
10.2. Intracavitäre Therapie	336
10.3. Strahlentherapie	336
10.4. Hämotherapie	336

Strahlentherapie in der Palliativmedizin 338

11.1. Grundlagen	338
11.2. Indikationen und strahlentherapeutische Konzepte	339
11.2.1. Neurologische Störungen	339
11.2.2. Schmerzen	340
11.2.3. Obstruktion	341
11.2.4. Exulceration, Blutung, tumorbedingtes Lymphödem	341

Der Palliativpatient in der Notfallmedizin 343

12.1. Palliativ- und Notfallmedizin	344
12.2. Konfliktfelder zwischen Palliativmedizin und Notfallmedizin	344
12.3. Besonderheiten palliativer Notfälle	345

Palliativmedizin und Intensivmedizin 352

13.1. Palliativmedizin und Intensivmedizin	352
13.2. Palliativmedizinische Kompetenz auf der Intensivstation	355
13.3. Integration palliativmedizinischer therapeutischer Konzepte in intensivmedizinische Standards	355

13.4.	Patienten auf Intensivstationen, die zu Palliativpatienten werden – Therapiezieländerungen	356
13.5.	Palliativpatienten auf Intensivstationen – Therapieerweiterungen (geplant/ungeplant) ...	357

Pädiatrische Palliativmedizin

359

14.1.	Angehörigenbetreuung: Sterbende Kinder und ihre Familien	359
14.2.	Fokus Schmerztherapie: Sterbende Kinder und ihre Familien	362
14.3.	Schmerztherapie bei Kindern in der Palliativversorgung	363
14.3.1.	Kindliches Schmerzempfinden	363
14.3.1.1.	Einflussfaktoren, Prophylaxe und Messung von Schmerz	363
14.3.1.2.	Schmerzprophylaxe	364
14.3.1.3.	Schmerzmessung	364
14.3.2.	Medikamentöse Schmerztherapie – Besonderheiten bei Kindern	364
14.3.2.1.	Zielgruppe	364
14.3.2.2.	Medikamentenwahl und Applikation	364
14.3.2.2.1.	Opiode	365
14.3.2.2.2.	Nicht-Opiode	366
14.3.2.3.	Dosierungen	368
14.3.2.3.1.	Opiode	368
14.3.2.3.2.	Nicht-Opiode	368
14.3.2.4.	Zulassung	368
14.3.2.5.	Akupunktur	368

Palliativmedizin für Hochbetagte und in der Schwerstpflege

371

15.1.	Palliativmedizin für Hochbetagte	371
15.1.1.	Palliativmedizin für Hochbetagte – ein neues Feld	371
15.1.1.1.	Palliative Versorgung für Hochbetagte mit Demenzen	371
15.1.2.	Palliative Versorgung bei Herzinsuffizienzen, COPD, neurolog. Erkrankungen und weiteren Erkrankungen im Alter	371
15.1.3.	Versorgungsbedarf-Berechnungen für Hochbetagte	372
15.1.3.1.	Berechnung des Versorgungsbedarfs	373
15.1.4.	Der Versorgungsort Pflegeheim – Plädoyer für eine gute Vernetzung und einen heiminternen Qualitätszuwachs	374
15.1.4.1.	Palliative Bildung (Wissen, Haltung, Fertigkeiten)	375
15.1.4.2.	Umsetzung dieser palliativen Bildung (Prozess/Projekt, Management, Implementierung)	375
15.1.4.3.	Palliativ-Konzept-Erstellung / tatsächliche palliative Versorgung (Ziele, Ergebnisse)	375
15.1.4.4.	Nachhaltigkeit/Evaluation (Qualitätssicherung)	375
15.1.4.5.	Vernetzung: Palliativkompetente Einrichtungen vernetzen sich gut innerhalb der bestehenden Strukturen	375
15.2.	Palliative Care in der Schwerstpflege	376
15.2.1.	Schwerkrank	377
15.2.2.	Ein neues (Pflege-)Verständnis	378

Palliative Care für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

380

Sterben auf der Straße

383

17.1.	Ursachen von Obdachlosigkeit	383
17.2.	Krankheitslast und Morbidität bei Obdachlosen	383
17.3.	Perspektiv- und Persönlichkeitsveränderung bei Obdachlosen	384
17.4.	Sterbeprozess und Sterbebegleitung bei Obdachlosen	384

Enterale und parenterale Ernährung bei Palliativpatienten	386
18.1. Unterernährung, Schwäche, Gewichtsabnahme und Appetitmangel als Stigmata der fortgeschrittenen Krankheit	386
18.2. Ursachen einer Mangelernährung	386
18.3. Ernährungsstatus und Nahrungsbedarf	387
18.4. Ernährungsformen	388
18.5. Besonderheiten der Ernährungstherapie bei Palliativpatienten	390
Grundlagen der Pflege in der Palliativmedizin	393
19.1. Die Sprache der Pflege	394
19.1.1. Kommunikation mit Sterbenden	394
19.2. Kommunikative Berührung	395
19.2.1. Die Bedeutung der Berührung	395
19.2.2. Die Berührung im Kontext der Pflegesituation	395
19.3. Bewegung und Lageveränderung	396
19.3.1. Körperbild und Körpergefühl	397
19.3.2. Mikrolagerung	397
19.3.3. Formen der Positionierung	398
19.4. Kinästhetik	399
19.4.1. Das Konzept	399
19.4.2. Kinästhetische Prinzipien	399
19.4.3. Interaktion	400
19.4.4. Massen und Zwischenräume	400
19.4.5. Bewegungsmuster	400
19.5. Basale Stimulation®	401
19.5.1. Das Konzept	402
19.5.2. Die unterschiedlichen basal stimulierenden Angebote	402
19.5.2.1. Die Initialberührung	402
19.5.2.2. Ganzkörperwaschung	403
19.5.3. Die Atemstimulierende Einreibung (ASE)	403
19.5.4. Weitere Stimulationsangebote	405
19.6. Schlussbemerkung	406
Grundlagen der Physiotherapie in der Palliativmedizin	408
Psychologische Aspekte in der Palliativmedizin	412
21.1. Belastungen durch schwere Erkrankung	412
21.1.1. Stellenwert psychischer Belastungen	412
21.1.2. Diagnostik psychischer Belastungen	413
21.2. Psychoonkologisch / psychotherapeutische Behandlungsstrategien in Palliative Care	415
21.2.1. Entspannungsverfahren	416
21.2.2. Imagination	416
21.2.3. Achtsamkeitsbasierte Interventionen	416
21.2.4. Genusstraining	417
21.2.5. Biographische Arbeit	417
21.2.6. Kognitive Verhaltenstherapie	417
21.2.7. Systemische Familientherapie	418
21.2.8. Gesprächspsychotherapie	419
21.2.9. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	419

21.2.10.	Sinnbasierte Interventionen	419
21.2.11.	Würdeorientierte Interventionen	419
21.2.12.	Gruppentherapie	420
21.2.13.	Psychotherapeutischer Ansatz in der Palliativmedizin im Unterschied zur "klassischen" Psychotherapie	420
21.2.14.	Zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden	420
21.3.	Psychoonkologische Betreuung	420
21.3.1.	Arbeit mit Patienten	421
21.3.1.1.	Ziele klinisch-psychologischer Unterstützung	421
21.3.1.2.	Das psychologische Gespräch	421
21.3.1.3.	Diagnostik psychischer Belastungen und des Unterstützungsbedarfs	422
21.3.1.4.	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	423
21.3.1.5.	Begleitung und freundschaftliche Unterstützung	423
21.3.1.6.	Krisenintervention	423
21.3.2.	Angehörige	424
21.3.3.	Team	424
21.4.	Verlust	424
21.4.1.	Hilfen bei der Bewältigung von Verlust	425
21.5.	Krankheitsverarbeitung	425
21.5.1.	Wie verarbeiten Menschen die Diagnose einer Tod bringenden Erkrankung?	425
21.5.1.1.	Phasenmodell nach E. Kübler-Ross	426
21.5.1.2.	Abwehrmechanismen	426
21.5.2.	Krankheitsbewältigung	427
21.6.	Angehörige und soziales Umfeld	429
21.6.1.	Zum Begriff "Angehörige"	429
21.6.2.	Soziale Unterstützung	429
21.6.3.	Rolle der Angehörigen	429
21.6.4.	Angehörige als Unterstützer	430
21.6.5.	Hilfen für Angehörige	431
21.7.	Sexualität in der Palliativmedizin	432
21.7.1.	Was ist Sexualität?	432
21.7.2.	Sexualität schwerkranker Menschen	432
21.7.3.	Das PLISSIT-Modell	433
21.7.4.	Vorteile von PLISSIT	434
21.7.5.	Aufgaben des behandelnden Teams	434
21.7.6.	Intimität ermöglichen	434

Soziale Aspekte in der Palliativmedizin

437

22.1.	Soziale Arbeit in der Palliativversorgung	437
22.2.	Sozialrechtliche Aspekte	437
22.3.	Unterstützung	438
22.4.	Soziales Umfeld	439
22.4.1.	Die Struktur des sozialen Umfelds	439
22.4.2.	Die Rolle des sozialen Umfelds	441
22.4.3.	Veränderungen des sozialen Umfelds	442
22.5.	Randgruppen	442
22.5.1.	Definitionen	442
22.5.2.	Schlussfolgerungen	442

22.6.	Kinder und Jugendliche als Angehörige/Trauernde	443
22.6.1.	Kinder sind ein fester Bestandteil des sozialen Umfelds. Sie gehören dazu!	444
22.6.2.	Kinder wissen nicht unbedingt weniger über den "Tod" als Erwachsene!	444
22.6.3.	Kinder können in jedem Alter selbst entscheiden, inwieweit sie einbezogen werden möchten.	446
22.6.4.	Kinder sollen oftmals "behütet" werden vor den "Schrecken des Todes", werden dadurch aber meistens ausgegrenzt.	446
22.6.5.	Kinder und Jugendliche haben andere Ausdrucksformen für ihre Trauer	446
22.6.6.	Kinder haben einen unmittelbareren Zugang zu ihren Gefühlen und erscheinen dadurch "schwankender".	447
22.6.7.	Kinder haben ihre eigenen Wege und Ansprechpartner (nicht unbedingt die Eltern)	447
22.6.8.	Auch Kinder können mit Wahrheiten und Realität besser umgehen als mit "irrealen Phantasien" und Beschönigungen	447

Musiktherapie in Palliative Care 450

23.1.	Der Musikbegriff.	450
23.1.1.	Was ist Musik?	450
23.1.2.	Wirkungen von Musik	451
23.1.2.1.	Musikalische Prägung	451
23.1.2.2.	Physiologische Musikwirkung	452
23.1.2.3.	Wirkweisen von Musik.	452
23.2.	Musiktherapie	452
23.2.1.	Definition Musiktherapie	453
23.2.2.	Musiktherapeutische Methoden	453
23.2.2.1.	Aktive Musiktherapie.	453
23.2.2.2.	Rezeptive Musiktherapie	454
23.3.	Musiktherapie in Palliative Care	454
23.3.1.	Indikation.	455
23.3.2.	Kontraindikation	455
23.3.3.	Behandlungsauftrag	455
23.3.4.	Setting	456
23.3.5.	Musiktherapeutische Interventionen	456
23.3.5.1.	Entspannungs-und Imaginationsverfahren.	456
23.3.5.2.	Liedformen	456
23.3.5.3.	Improvisationsformen.	457
23.4.	Zielkriterien	457
23.5.	Zusammenfassung	458

Künstlerische Therapien/Kunsttherapie in der Palliativmedizin 460

24.1.	Umgang mit Endlichkeit und Kunst(therapie)	460
24.2.	Grundlagen und Kompetenzen der Kunsttherapie	460
24.3.	Anwendung der Kunsttherapie in der Palliativversorgung.	461
24.4.	Einzelne Zielorientierungen der Kunsttherapie	462
24.5.	Spezielle Verfahren und Interventionen der Kunsttherapie	462
24.6.	Diskussion.	463

Spiritualität in der Palliativmedizin 464

25.1.	Spiritualität.	464
25.1.1.	Definition.	464
25.1.2.	Spiritualität als Ressource in der Krankheitsbewältigung.	465
25.1.3.	Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze	465

25.2.	Spiritualität und Medizin	465
25.2.1.	Religiosität/Spiritualität in der Palliativmedizin: Belastung oder Bewältigungshilfe?	466
25.2.2.	Sensibilität des Arztes	466
25.2.3.	Spirituelle Themen im Rahmen der Palliativmedizinerausbildung	467
25.2.4.	Spirituelle Anamnese als Schritt zur Krisenbewältigung	467
25.2.5.	Erhebung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen mit "SPIR"	467
25.3.	Spiritualität im therapeutischen Team	470
25.3.1.	Schritte und Aufgaben der spirituellen Begleitung im Team	470
25.4.	Sinn-volle Kommunikation	472
25.4.1.	Arzt/Patienten-Kommunikation	472
25.4.2.	Vertrauen in die Wachstumskraft des Menschen	474
25.4.3.	Die Frage nach dem Warum	474
25.5.	Die Lebensbilanz	475
25.6.	Vom Loslassen	475
25.7.	Resümee	476

Trauer 478

26.1.	Begriffsbestimmung	478
26.2.	Der Trauerprozess	478
26.2.1.	Symptome der Trauerphasen	479
26.2.2.	Hilfen in den Trauerphasen	479
26.2.3.	Problematische Reaktionen in den Trauerphasen	479
26.2.4.	Aufgaben in der Trauerarbeit	480
26.2.5.	Duales Prozess-Modell der Trauer	480
26.3.	Komplizierte (pathologische?) Trauer	481
26.3.1.	Definition der "komplizierten Trauer"	482
26.3.2.	Diagnostik der komplizierten Trauerreaktion	483
26.3.3.	Psychotherapie der komplizierten Trauer	484
26.3.4.	Pharmakologische Hilfen	484
26.4.	Trauerbegleitung	484
26.4.1.	Formen der Trauerbegleitung	485
26.4.2.	Wer sollte begleitet werden?	485
26.4.3.	Wann soll Trauerbegleitung beginnen?	485
26.5.	Anhang	486

Rituale 488

27.1.	Erfahrungen aus der Arbeit mit Trauernden	488
27.2.	Zur Dynamik von Ritualen	489
27.3.	Das richtige "Gefährt" für das jeweilige Bedürfnis	490

Sterben und Tod in den Kulturen 492

28.1.	Wozu vergleichen?	492
28.2.	Der verdrängte Tod	492
28.3.	Die Beseitigung des Toten und ein Stück zur Erinnerung	493
28.4.	Die Kränkung durch den Tod und psychische Gesundheit: Rituale und Emotionen	494
28.5.	Der soziale Tod und der physische Tod: Der alleingelassene Sterbende	494
28.6.	Migranten "im Elend"	495

Sterben und Tod	498
29.1. Point of no return.....	498
29.1.1. Sterbephase	498
29.1.1.1. Definitionen	498
29.1.1.2. Tod – Würdigung – Regularien	499
29.1.1.3. Die Beteiligten in der Sterbebegleitung	500
29.1.1.3.1. Rückblick	501
29.2. Bedeutung von Standards in der Begleitung und Behandlung Sterbender	502
29.3. Sterbebegleitung.....	505
29.4. Finalphase	506
29.4.1. Rasselatmung.....	506
29.4.2. Mundpflege in der letzten Lebensphase	513
29.4.2.1. Einführung zum Umgang mit der Mundpflege	513
29.4.2.2. Ziele und Maßnahmen in Bezug auf Mundpflege.....	514
29.4.2.3. Ursachen und therapeutische Maßnahmen bei Erkrankungen im Mundbereich	514
29.4.2.3.1. Mundtrockenheit	514
29.4.2.3.2. Mundgeruch	515
29.4.2.3.3. Schmerzhafter Mund	515
29.4.2.3.4. Soorinfektion und entzündliche Prozesse im Mund.....	515
29.4.2.3.5. Borkenbildung und Beläge	515
29.4.2.3.6. Blutungen	515
29.4.2.4. Zusammenfassend	516
29.4.3. Der "Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit"	516
29.4.3.1. Definition und Durchführung	517
29.4.3.2. Ethische und rechtliche Bewertung des FVNF	518
29.4.3.3. Begleitung beim FVNF.....	518
29.4.3.4. Zusammenfassung und Fazit	519
29.5. Palliative Sedierung.....	520
29.5.1. Definition.....	520
29.5.2. Abgrenzung zur Euthanasie und ethische Entscheidungsfindung.....	521
29.5.3. Indikationsstellung.....	521
29.5.4. Praxis.....	522
29.5.5. Zusammenfassung.....	523
29.5.6. Fallbeispiel	523
29.6. Tod und Bestattung	527
29.6.1. Nach dem Tod – Die Kette von Missverständnissen.....	529
29.6.1.1. Wie lange darf ein verstorbener Mensch zu Hause bleiben?	530
29.6.1.2. Ist es Vorschrift, einen Bestatter einzuschalten – und wenn ja, wozu benötigt man ihn?	530
29.6.1.3. Innerhalb welchen Zeitraums muss/darf in Deutschland ein Mensch beerdigt werden?	531
29.6.1.4. Muss jeder Mensch in Deutschland (auf einem Friedhof) beerdigt werden?	531
29.6.1.4.1. Wer darf die Bestattung in Auftrag geben und den Rahmen bestimmen?	531
29.6.1.5. Faktor Zeit	531
29.6.1.6. Aufbahrung.....	533
29.6.1.7. Hausaufbahrung	533
29.6.1.8. Einkleiden	533
29.6.1.9. Trauernde Kinder/Jugendliche.....	533
29.6.2. Die Trauerfeier/Beerdigung	533
29.6.2.1. Bestattungsformen.....	534
29.6.3. Anhang.....	536

	Das eigene Bild vom Tod	538
30.1.	Grundlagen	538
30.2.	Vorgehen	538
30.3.	Untersuchungen zur Sterbemeditation	539
	Burnout-Syndrom und Burnout-Prophylaxe	541
31.1.	Burnout-Syndrom	541
31.2.	Burnout-Prophylaxe	545
31.3.	Resilienz	549
31.4.	Supervision	552
	Qualitätssicherung und Dokumentation	554
32.1.	Qualitätssicherung in der Palliativmedizin	554
32.1.1.	Interne Qualitätssicherung	555
32.1.2.	Audit	556
32.2.	Zertifizierungs- und Anerkennungsverfahren für Palliativstationen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	557
32.2.1.	Gründe für die Entwicklung des spezifischen Zertifizierungsverfahrens	558
32.2.2.	Das Zertifizierungssystem	559
32.2.3.	Das Verfahren – zwei Möglichkeiten	560
	Tipps für die tägliche Praxis	563
	Index	564