

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Danksagung	13
Einleitung	15
1. Definitionen und Abrechnungsmöglichkeiten des Palliativdienstes	23
1.1 Komplexpauschale OPS 8-982 – erste Abrechnungs- möglichkeit für den Palliativdienst?	25
1.2 Palliativdienste im Bayerischen Fachprogramm 2009 ..	29
1.3 Der Palliativdienst in der S3-Leitlinie 2015	30
1.4 Palliativdienste im Hospiz- und Palliativgesetz 2015 ...	36
1.5 Der neue OPS für Palliativdienste 2016	36
1.6 Wie kann ein Palliativdienst die OPS-Abrechnungs- voraussetzungen erfüllen?	41
2. Das Krankenhaus – ein Ort zum Sterben?	47
2.1 Krankenhäuser folgen als Institution der Heilung einer gesellschaftlichen Delegation	47
2.2 Vom Hospiz zum Hospital – und zurück zum Hospiz? ...	50
2.3 Ort der kollektiven Verdrängung von Todesangst	54
2.4 Stadien der Auseinandersetzung mit Palliativkultur	58
2.5 Was unterscheidet Palliative Care von anderen medizinischen Fachgebieten?	59
2.6 Sieben Missverständnisse um Palliativversorgung	60

3.	Palliativdienst im Krankenhaus – eine Frage der Haltung	69
3.1	Wertschätzende Grundhaltung	69
3.2	Zur Haltung des Palliativdienstes gegenüber dem Patienten	70
3.3	Patienten und Angehörige informieren	78
3.4	Haltung gegenüber den An- und Zugehörigen	87
3.5	Mitbehandelnde Haltung des Palliativdienstes	90
3.6	Dialog zwischen Palliativdienst und fallführen- der Abteilung	92
3.7	Informationsweitergabe im Alltag	94
3.8	Kollegiale Beratung durch den Palliativdienst	97
4.	Die Arbeitsweise des Palliativdienstes	105
4.1	Projektmanagement beim Aufbau eines Palliativdienstes	106
4.2	Das Team des Palliativdienstes	110
4.3	Projektauftrag und -ziele beim Aufbau eines Palliativdienstes	113
4.4	Themenzentrierte Interaktion: Ein Konzept für die Teamarbeit im Palliativdienst	118
4.5	Wie kommt der Palliativdienst an Patienten?	128
4.6	Das palliative Basisassessment	133
4.7	Der palliative Behandlungsplan	138
4.8	Die interprofessionelle Teambesprechung	140
4.9	Dokumentation	144
4.10	Kommunikation mit der fallführenden Abteilung	146
5.	Anderer Umgang mit Schmerzen und Symptomen im Krankenhaus	149
5.1	Schmerz- und Symptommanagement	153
5.2	Schmerz- und Symptomerfassung trotz veränderter Kommunikation	162
5.2.1	Schmerzerfassung trotz Alzheimer-Demenz	165
5.2.2	Schmerzerfassung bei Menschen mit schwerer neurologischer Erkrankung	166

5.2.3	Schmerzerfassung trotz geistiger Behinderung	172
5.3	Total Pain – Grenzen der Schmerz- bzw. Symptomerfassung	175
5.4	Herausfordernde palliative Therapie im Krankenhaus . .	182
5.5	Palliativdienst und Qualitätsmanagement	190
5.5.1	Schmerzmanagement im Qualitätsmanagement	193
5.5.2	Dyspnoemanagement	195
5.6	Palliativbeauftragte und Palliativdienst?	197
6.	Wie können Palliativdienste mehr Autonomie ermöglichen?	201
6.1	Ethische Prinzipien	202
6.2	Wie können Palliativdienste die Autonomie der Betroffenen unterstützen?	203
6.3	Advance Care Planning als Aufgabe des Palliativdienstes	206
6.4	Autonomiezentrierte ethische Fallbesprechungen	220
6.5	Sterbehilfe	226
6.6	Suizid und Suizidbeihilfe	230
6.7	Praxisbeispiel: Abstellen eines Beatmungsgeräts	232
7.	Chancen des Konzepts Palliativdienst	237
7.1	Besonderer Ort: Palliativstation	244
7.2	Die Chance „Early Integration“	255
7.3	Nichttumorpatienten mit internistischen Erkrankungen	260
7.3.1	Der Palliativdienst bei kardiopulmonalen Erkrankungen	260
7.3.1.1	Herzinsuffizienz	264
7.3.1.2	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	268
7.3.2	Der Palliativdienst bei Nierenerkrankungen	270
7.4	Palliative Mitversorgung bei neurologischen Erkrankungen durch den Palliativdienst	276
7.4.1	Amyotrophe Lateralsklerose	281
7.4.2	Schlaganfall	282
7.4.3	Parkinson-Krankheit	283
7.4.4	Multiple Sklerose	285

7.4.5	Demenz	286
7.5	Mitversorgung durch den Palliativdienst auf der Intensivstation?	288
7.5.1	Schmerzbeurteilung auf der Intensivstation	290
7.5.2	Autonomie auf der Intensivstation	291
8.	Ausblick	297
	Literaturverzeichnis	299
	Autorenverzeichnis	307
	Sachwortverzeichnis	309