

Inhaltsverzeichnis

1 Mein persönlicher Glaube und Schmerztherapie	1
Hildegard Teuschl	
1.1 Nachspüren bei mir selbst?	2
1.2 Unsere Leistungsgesellschaft will Erfolge sehen	3
1.3 Ohnmacht aushalten.	4
1.4 Tragfähige Beziehungen	4
1.5 Persönliche Erfahrungen mit sterbenden Menschen	4
1.6 Große Vorbilder	5
2 Der Einfluss von Spiritualität und Religion auf Gesundheit und Heilung ...	7
Josef Bruckmoser	
2.1 „Dein Glaube hat dir geholfen“	7
2.2 Heilung ist ein Beziehungsgeschehen	8
2.3 Spiritual Care	9
2.4 Wie Religion gesund machen kann	10
2.5 Salutogenese und Spiritualität	12
2.6 Wie Religion krank machen kann	13
2.7 Der religiös-spirituelle Aspekt von Psychotherapie.	15
2.8 Schamanen und Geistheiler	16
Literatur.	17
3 Die Seelsorge – aus persönlicher Sicht eines Priesters	19
Richard Schwarzenauer	
Literatur.	23
4 Hospiz- und Palliative Care – Definitionen, abgestufte Versorgung, Organisationsformen und Bedarf	25
Johann Baumgartner	
4.1 Begriffsdefinitionen	26
4.1.1 Der Begriff „Palliativ“	26
4.1.2 Der Begriff „Hospiz“	26
4.1.3 Definition Palliativmedizin	26

4.2	Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	27
4.2.1	Die palliativmedizinische Grundversorgung	28
4.2.2	Spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen	28
4.3	Spezialisierte Organisationsformen	30
4.3.1	Das Hospizteam	30
4.3.2	Das mobile Palliativteam	30
4.3.3	Der Palliativkonsiliardienst	30
4.3.4	Das Tageshospiz	31
4.3.5	Das stationäre Hospiz	31
4.3.6	Die Palliativstation	32
4.4	Bedarf	32
	Literatur	33
5	Zur Geschichte der Hospizbewegung	35
	Andreas Heller und Sabine Pleschberger	
5.1	Die christentümlichen Wurzeln	36
5.2	Die gesellschaftlichen Wurzeln	36
5.3	Die interdisziplinären Wurzeln	37
5.4	Internationalisierung und Etablierung	37
5.5	Herausforderungen für die Zukunft	39
	Literatur	40
6	Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)	43
	Eva Katharina Masel und Franz Zdrahal	
6.1	Einleitung	43
6.2	Wichtige Meilensteine und Errungenschaften	44
6.3	Schwerpunkt Aus- und Weiterbildung	44
6.4	Zukunftsausblick	45
7	Der Schmerz: Häufigkeit und Entstehung tumorbedingter Schmerzen	47
	Günther Bernatzky und Rudolf Likar	
7.1	Häufigkeit tumorbedingter Schmerzen	47
7.2	Inzidenz von Schmerz bei Tumoren	48
7.3	Häufigkeit von Symptomen bei Tumorschmerzpatienten	48
7.4	Entstehung tumorbedingter Schmerzen (Portenoy 1989)	48
7.5	Tumorbedingte Schmerzen treten in 60 % bis 90 % auf und haben oft mehrere Ursachen (Krause und Aulbert 1997; Sittl und Griessinger 1995)	49
	Literatur	50
8	Schmerzdiagnostik bei Tumorpatienten	51
	Gudrun Russ	
8.1	Ursache von Schmerzen bei Tumorpatienten	52
8.2	Diagnostische Maßnahmen	53

8.2.1	Schmerzanamnese	53
8.2.2	Zeitlicher Aspekt	54
8.2.3	Schmerzintensität	54
8.3	Onkologische und allgemeine Anamnese	55
8.4	Psychosoziale Anamnese	56
8.5	Körperliche Untersuchung	56
8.6	Therapieplanung	56
	Literatur	57
9	Probleme der Schmerzerkennung bei alten Menschen mit Demenz	59
	Marina Kojer und Martina Schmidl	
9.1	Warum werden Schmerzen nicht erkannt? (Schmidl 2021)	60
9.2	Welche Sprache verstehen Menschen mit Demenz?	62
9.3	Woran lassen sich Schmerzen von Menschen mit Demenz erkennen? ...	63
9.4	Multidimensionale und multiprofessionelle Schmerzerfassung	64
	Literatur	65
10	Schmerzmessung bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Patienten	67
	Georg Pinter und Rudolf Likar	
10.1	Einleitung	67
10.2	Problemfelder in der Schmerzerfassung von alten und kognitiv beeinträchtigten Patienten	69
10.3	Schmerzassessment bei alten und kognitiv beeinträchtigten Patienten ...	70
10.4	Strukturierte Schmerzerfassung	73
10.5	Zusammenfassung	77
	Literatur	78
11	Patientenführung, Compliance und Lebensqualität bei Tumorpatienten	81
	Rudolf Likar und Günther Bernatzky	
11.1	Schmerzerfassung	82
11.2	Schmerzerfassung bei Kindern (Collins et al. 1995; McGrath 1990; McGrath und Unruh 1999; Pothmann 1996)	84
11.3	Schmerzerfassung beim geriatrischen Patienten	85
11.4	Compliance	85
11.5	Lebensqualität (Averbeck et al. 1997; Elsner et al. 1999; Pipam et al. 2002)	86
	Literatur	87
12	Sterben und Lebensqualität	89
	Marina Kojer	
12.1	Kann Sterben Qualität haben?	89
12.2	Was ist Lebensqualität?	90
12.3	Die Orchestrierung des Lebensendes (Loewy und Springer-Loewy 2000)	91

12.3.1	Fallbeispiel	92
12.3.2	Was war geschehen, um diese Änderung herbeizuführen	92
12.4	Schmerzmanagement in der letzten Lebensphase	93
12.5	Kann es im Sterben Entfaltung geben?	94
12.5.1	Fallbeispiel	95
	Literatur.	97
13	Seelenschmerz und Trauer – Störfall oder Ressource?	99
	Christian Metz	
13.1	Wer ist (oder fühlt sich) zuständig für die Trauer?	99
13.2	Seelenschmerz und Trauer im Krankheitsverlauf	100
13.3	Trauer – ein Störfall, der unter Kontrolle zu bringen ist?	101
13.4	Trauern ist die Lösung: In der Störung liegt (auch) die Ressource	102
	Literatur.	103
14	Schmerztherapie bei Tumorpatienten.	105
	Rudolf Likar, Markus Köstenberger und Stefan Neuwersch-Sommeregger	
14.1	Therapieprinzipien	106
14.2	WHO-Stufenplan	107
14.2.1	Stufe I: Nichtopioidanalgetika	108
14.2.2	Stufe II und III: Schwache und starke Opioide	110
14.3	Therapie von Durchbruchschmerzen	112
14.3.1	Charakteristikum einer Durchbruchschmerzepisode	112
14.3.2	Arten von Durchbruchschmerzen	112
14.3.3	Fentanyl	113
14.3.4	Bukkale Applikationsform	113
14.3.5	Sublinguale Applikationsform	113
14.3.6	Koanalgetika bei Tumorschmerz	114
14.3.7	Trizyklische Antidepressiva	114
14.3.8	Antikonvulsiva	115
14.3.9	Kortikosteroide	115
14.3.10	Bisphosphonate.	115
14.3.11	Cannabinoide	115
14.4	Invasive Schmerztherapie.	116
14.4.1	Neurolysen	119
14.4.2	Vor- und Nachteile der Neurolysen	121
14.4.3	Plexus-coeliacus-Blockade	122
	Literatur.	123
15	Cannabinoide in der Palliativmedizin.	125
	Hans-Georg Kress und Birgit Kraft	
15.1	Erwartungen an Cannabis und Cannabinoide	125
15.1.1	Rezeptierbare Cannabinoide.	126
15.1.2	Cannabinoide als Analgetika	127

15.1.3	Cannabinoide als Adjuvantien zur Symptomkontrolle	128
15.2	Pharmakologie – was man über Cannabinoide wissen sollte	130
15.2.1	Inhalative, orale und sublinguale Anwendung	130
15.2.2	Pharmakologie, Metabolismus und Wechselwirkungen	132
15.3	Zusammenfassung: Aktueller Stellenwert der Cannabinoide	134
15.4	Ausblick	134
	Literatur	135
16	Tumorschmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen	139
	Reinhard Sittl, Chara Gravou-Apostolatou und Rudolf Likar	
16.1	Einleitung	140
16.2	Ursachen von Tumorschmerzen bei Kindern	140
16.3	Voraussetzungen einer Schmerztherapie bei tumor erkrankten Kindern	140
16.4	Medikamentöse Schmerztherapie	141
16.4.1	Nichtopioidanalgetika	141
16.4.2	Opioidanalgetika	141
16.4.3	Opioidnebenwirkungen bei Kindern	142
16.4.4	Koanalgetika	143
16.4.5	Parenterale Therapie mit Schmerzpumpen	143
16.4.6	Kurze schmerzhafte diagnostische und therapeutische Eingriffe (siehe oben)	144
	Literatur	144
17	Therapie mittels invasiver Techniken	147
	Wilfried Ilias	
17.1	Indikation zur „minimal invasiven Schmerztherapie“	148
17.2	Methoden	149
17.2.1	Ganglion Gasseri Blockade mit Hochfrequenzstrom (Tronnier et al. 2001)	149
17.2.2	Vorgangsweise	149
17.2.3	Ggl. Stellatum Blockade	152
17.2.4	Subarachnoidale Neurolyse	153
17.2.5	Epidurale Neurolyse	154
17.2.6	Ganglion coeliacum Blockade	154
17.2.7	Vertebroplastie	155
17.2.8	Angiosklerose (Montgomery und Sullivan 2001)	156
	Literatur	156
18	Systemische und rückenmarknahe Therapie mittels Schmerzpumpen und Ports	157
	Hans-Georg Kress und Birgit Kraft	
18.1	Einleitung	157
18.2	Subkutane Applikation über externe PCA-Pumpe	159
18.3	Implantiertes, intravenöses Portsystem mit externer PCA-Pumpe	159

18.4	Rückenmarknahe Dauerverabreichung von Analgetika	160
18.5	Pharmakologische Besonderheiten und Gefahren der rückenmarknahen Applikation	163
18.6	Wirksamkeit der rückenmarknahen Applikation bei Krebschmerzen	164
18.7	Perkutaner, getunnelt ausgeleiteter Spinalkatheter mit externer PCA-Pumpe	165
18.8	Implantiertes epidurales oder intrathekales Portsystem mit externer Pumpe	166
18.9	Intrathekale Katheter mit vollimplantierter Pumpe	167
	Literatur	168
19	Praxis der ambulanten parenteralen Schmerztherapie	171
	Carsten Klein, Dieter Märkert, Christa Geiß, Gabi Littschwager, Norbert Griebinger und Reinhard Sittl	
19.1	Technik	172
19.2	Indikationen	173
19.3	Organisatorische Voraussetzungen	173
19.4	Praktisches Vorgehen	174
19.5	Fallbeispiel	177
19.6	Zusammenfassung	178
	Literatur	179
20	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie in Gruppenform	181
	Reinhard Sittl	
20.1	Grundsätze	182
20.1.1	Definition	182
20.1.2	Indikation	183
20.1.3	Biopsychosoziales Schmerzmodell	183
20.2	Schmerztagesklinik	184
20.2.1	Organisationsstruktur	184
20.2.2	Personalstruktur	185
20.2.3	Patientenanfrage	185
20.2.4	Patientenaufnahme	185
20.2.5	Therapiezielvereinbarung	186
20.2.6	Elemente eines multimodalen Therapieprogramms	186
20.2.7	Multimodale Gruppenprogramme	188
20.2.8	Evaluierung	190
20.2.9	Nachsorgekonzept	190
20.3	Zusammenfassung	191
	Literatur	191
21	Interaktionen von Arzneimitteln in der Schmerztherapie	193
	Christina Dückelmann und Günter Fellhofer	
21.1	Nichtopioidanalgetika	193

21.2	NSAR (Nichtsteroidale Antirheumatika)	195
21.3	Mittelstarke Opioide	196
21.4	Starke wirksame Opioide	197
	Literatur	200
22	Rezeptur in verschiedenen europäischen Ländern:	
	Gesetzliche Grundlagen	201
	Eckhard Beubler	
22.1	Rezeptur starker Analgetika in Österreich	202
22.2	Rezeptur starker Analgetika in der Schweiz	203
22.3	Rezeptur starker Analgetika in Deutschland	204
	22.3.1 Betäubungsmittelrezepte	204
	22.3.2 Angaben auf dem BtM-Rezept	205
	22.3.3 Verschreibungshöchstmengen	206
	22.3.4 Ausnahmeregelungen	207
	22.3.5 Notfallverschreibung	207
	22.3.6 Verschreibung für Patienten in Alten- und Pfleheimen, Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	207
	22.3.7 Abgabe der Betäubungsmittel durch den Apotheker	208
	22.3.8 Verordnung im stationären Bereich	208
	22.3.9 Grenzüberschreitender Reiseverkehr	208
23	Neuraltherapie im Rahmen der Palliativmedizin	211
	Kurt Gold-Szklarski	
	Literatur	217
24	Schmerzbehandlung aus Sicht des Strahlentherapeuten/Radioonkologen	219
	Gerda Hohenberg und Karin Brinda-Raitmayr	
24.1	Therapieplanung	220
24.2	Die wichtigsten Indikationen für eine palliative Radiotherapie	221
	24.2.1 Knochemetastasen	221
24.3	Hirnmetastasen und Hirnnervenausfälle	221
24.4	Maligne Meningeose	222
24.5	Spinale Kompression und Kompression der Cauda equina	222
24.6	Symptome peripherer Nerven	222
24.7	Choroidale und orbitale Metastasen	222
24.8	Mediastinalkompression und Vena Cava Superior Syndrom	223
24.9	Bronchialobstruktion und Lungenkollaps	223
24.10	Oesophagustumore	223
24.11	Lebermetastasen	223
24.12	Splenomegalie	224

24.13	Tumoröse Haut und Weichteilveränderungen	224
24.14	Hämorrhagien	224
	Literatur.	224
25	Ziele und Aufgaben der Palliativchirurgie	227
	Hans-Werner Waclawiczek	
25.1	Welchen Stellenwert und welche Ziele hat nun die Chirurgie im Gesamtkonzept der Palliativmedizin?	228
25.2	Zusammenfassung	229
26	Übelkeit und Erbrechen	231
	Rudolf Likar, Günther Bernatzky und Reinhard Sittl	
26.1	Zusammenfassung	238
	Literatur.	239
27	Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Karzinompatienten am Lebensende	241
	Michaela Werni-Kourik	
27.1	Einleitung.	241
27.2	Multifaktorielle Genese der Tumorkachexie	242
27.3	Ernährung in der Endphase einer unheilbaren Tumorerkrankung	244
27.4	Der Stellenwert von Nahrungsergänzungsmitteln	246
27.5	Therapieansätze bei der Kachexie	246
27.6	Enterale oder parenterale Ernährung	248
27.7	Artifizielle Hydrierung in der letzten Lebensphase – sinnvoll oder sinnlos?	249
27.8	Ursachen für Dehydrierung	249
27.9	Patientenwillen und Einbindung der Angehörigen	252
27.10	Ethische und rechtliche Aspekte	253
	Literatur.	254
28	Psychologische Aspekte der palliativen Schmerztherapie.	257
	Franz Wendtner	
28.1	Schmerz	259
28.2	Stress	259
28.3	Kontrollüberzeugung	260
	28.3.1 Internale Kontrollüberzeugung.	260
	28.3.2 Externale Kontrollüberzeugung	260
28.4	Selbstwirksamkeitserwartung	261
28.5	Bewältigung/Bewältigungsstile	261
28.6	Vermeidung/Dissimulation	261
28.7	Rumination, Sinnsuche	262
28.8	Aktivität, Zupacken	263
28.9	Suche nach sozialer Unterstützung	263

28.10	Bewältigungsphasen.	263
28.11	Schock/Verleugnung	264
28.12	Aggression	265
28.13	Depression	265
28.14	Verhandeln	265
28.15	Akzeptanz	266
28.16	Trauer	266
28.17	Psychologische/psychotherapeutische Begleitung/Therapie	267
28.18	Begleitung	267
28.19	Diagnostik	267
28.20	Verfahren	268
28.21	Entspannung	269
28.22	Progressive Muskelentspannung – PMR (nach Jacobson).	269
28.23	Imagination	270
28.24	Musik	271
28.25	Qigong	272
28.26	Lebensqualität	273
28.27	Ausblick/Ziele	273
	Literatur	274
29	Nichtmedikamentöse schmerztherapeutische Methoden in der Palliativmedizin	279
	Günther Bernatzky und Rudolf Likar	
29.1	Übersicht an nicht medikamentösen Schmerztherapieverfahren (NMMs) mit Kurzkomentaren an Hand einiger Beispiele (Bernatzky et al. 2007; Parris und Abdi 2007; Lee und Raja 2011)	280
	Literatur	284
30	Musik in der Palliativmedizin	285
	Günther Bernatzky, Horst-Peter Hesse und Gunter Kreuz	
	Literatur	290
31	Biofeedback in der Palliativmedizin	291
	Wolfgang Pipam	
31.1	Einleitung	291
31.2	Begriffsbestimmung	292
31.3	Welche physiologischen Funktionen sind durch Biofeedback beeinflussbar?	292
31.4	Voraussetzungen für eine Biofeedback-Therapie	293
31.5	Biofeedback als Methode des Symptommanagements-Schmerzbewältigung	293
31.6	Biofeedback als „kognitive“ Methode	294

31.7	Biofeedback als supportive Therapie	294
31.8	Biofeedback in der Rehabilitation beim kolorektalen Karzinom	295
31.9	Zusammenfassung	295
	Literatur.	295
32	TENS – Transkutane elektrische Nervenstimulation in Palliativmedizin und onkologischer Schmerztherapie	297
	Timothy White und Bertram Disselhoff	
32.1	Zur analgetischen Wirkung der TENS.	298
32.2	TENS-Parameter	298
32.2.1	Frequenzen	298
32.2.2	Frequenzkombination: Die „Han-Stimulation“	299
32.2.3	Zur Frequenzwahl bei Patienten mit einer Opiatmedikation	299
32.2.4	Zur Stimulationsintensität	300
32.2.5	Zur Elektrodenanlage	300
32.2.6	Zur Dosierung.	300
32.3	Erfahrungen mit TENS in Palliativmedizin und onkologischer Schmerztherapie.	301
32.3.1	Schmerzen bei Knochenmetastasen	302
32.3.2	Sarkomschmerzen.	302
32.4	Onkologische Begleitsymptome	302
32.4.1	Fatigue	302
32.4.2	Chemotherapieinduzierte Nausea und Emesis	303
32.4.3	Radiatioinduzierte Xerostomie.	304
32.5	Häufigste Nebenwirkungen	304
32.5.1	Die Behandlung muskulärer Schwäche	304
	Literatur.	305
33	Humor – eine Möglichkeit in der Palliativmedizin	307
	Inge Patsch	
	Literatur.	310
34	Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse des Kranken	311
	Ernst Rupacher	
34.1	Das Problem der enteralen Obstruktion – ein Fallbericht aus meiner Praxis.	312
35	B-Zell Lymphom in linker Tonsille	315
	Gudrun Russ	
35.1	Vorgeschichte.	315
35.2	Aktuelle Situation	316
35.3	Analgetische Therapie	316

35.4	Kausale Therapie	316
35.5	Verlauf	317
35.6	Zusammenfassung	317
	Literatur	318
36	Das ärztliche Gespräch	319
	Birgit Hladschik-Kermer	
36.1	Einleitung	319
36.2	Ungewissheit und Unwissenheit	320
36.3	Gespräche führen – Wie und Wann	321
36.4	Durchführen des Gespräches	322
36.4.1	Setting (“setting up the interview”)	322
36.4.2	Perception (“assessing the patient’s perception”)	322
36.4.3	Invitation (“obtaining the patient’s invitation”)	322
36.4.4	Knowledge (“giving knowledge and information”)	323
36.4.5	Emotions (“addressing the patient’s emotions with empathic responses”)	323
36.4.6	Strategy and Summary	324
36.5	Zum Abschluss	326
	Literatur	326
37	Kommunikation und Interaktion in der Palliativbetreuung	327
	Gerald Gatterer	
37.1	Einleitung	328
37.2	Allgemeine Aspekte der Kommunikation	328
37.2.1	Definition	328
37.3	Funktionen der Kommunikation	330
37.4	Soziale Wahrnehmung als Grundlage kommunikativer Kompetenz	330
37.5	Anatomie einer Nachricht	332
37.6	Die Nachricht als Träger von Botschaften	334
37.7	Systemische Sicht der Kommunikation (was kann man wann sagen?)	336
37.8	Aktives Zuhören – die personenorientierte Gesprächsführung	338
37.9	Spezifische Aspekte der Kommunikation im Bereich der Palliativbetreuung	339
37.9.1	Allgemeine Richtlinien	339
37.9.2	Kommunikationsrichtlinien entsprechend der Sterbephasen nach Kübler-Ross (2001)	344
37.10	Die Rolle der Helfer in der Palliativbetreuung	347
37.11	Supervision und ihre Aufgaben	348
37.11.1	Allgemeine Aspekte der Supervision	348
37.12	Praktische Durchführung	349
37.12.1	Beziehungsaufbau	349
37.12.2	Problemidentifizierung	350

37.12.3 Sammlung von Information	351
37.12.4 Bearbeitung	352
37.12.5 Integration und Auswertung	353
37.13 Zusammenfassung	353
Literatur	354
38 Palliative Sorge um die Mitarbeiterinnen? Psycho-soziale Unterstützung von Hospice- und Palliative Care Teams	355
Klaus M. Schweiggel	
38.1 Zur „Lebensqualität“ der PatientInnen das Bestmögliche beizutragen, ist nach ihrem Selbstverständnis Hauptziel der Palliative Care	355
38.2 Die Bewältigung menschlicher Grenzerfahrungen, der Umgang mit der Angst vor Leid und Tod, Verlust und Trauer sind im Alltag von Hospice- und Palliative Care zentrales Thema.	356
38.3 Rücksicht auf sich selbst, die Mitarbeiter, das Team.	358
38.3.1 Rücksicht auf sich selbst	358
38.3.2 Rücksicht auf die MitarbeiterInnen	359
38.3.3 Rücksicht auf das Team	359
39 Schmerztherapie und Palliativmedizin: Rechtliche Aspekte	361
Kurt Schmoller	
39.1 Pflicht zur Schmerzbehandlung	362
39.2 Rechtliche Folgen einer unzureichenden Schmerzbehandlung	363
39.3 Selbstbestimmung des Patienten	366
39.4 Lebensverkürzende Schmerzbehandlung?	367
39.5 Euthanasie	368
Literatur	370
40 Alte Ängste und Vorurteile, allgemeine Richtlinien.	373
Rudolf Likar und Günther Bernatzky	
40.1 Grundregeln der Schmerztherapie	374
40.2 Mythen über Morphinium.	374