

Inhaltsverzeichnis

Grundlagen der Palliativmedizin	34
1.1. Von der Hospizidee zur Palliativmedizin	34
1.2. Definitionen	34
1.3. Historische Entwicklung	35
1.3.1. Ursprünge der Hospiz- und Palliatividee	35
1.3.2. Geschichte der Palliativmedizin in Deutschland	35
1.4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	37
1.5. Grundlagen palliativmedizinischen Handelns	37
1.6. Mythen und Fakten	39
Versorgungsstrukturen	41
2.1. Organisation Palliativmedizin und Hospiz	41
2.2. Aktuelle ambulante Versorgungsstrukturen und Definitionen	42
2.3. Definitionen stationärer und tagesstationärer Hospiz- und Palliativ-Einrichtungen	47
2.4. Gibt es eine bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung im ambulanten Sektor?	50
2.5. Neue Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin	50
2.5.1. 75. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 2002	50
2.5.2. 79. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder 2006	51
2.5.3. Empfehlung der DGP zur Struktur der Versorgung von Palliativpatienten	51
2.5.4. Der aktuelle Stand der Dinge	51
2.5.5. Die Organisation der SAPV	54
Lebensqualität in der Palliativmedizin	57
3.1. Der Begriff "Lebensqualität"	57
3.2. Definitionen	58
3.3. Lebensqualität des Palliativpatienten	59
3.3.1. Zufriedenheitsparadox	60
3.3.2. Response-Shift	60
3.4. Lebensqualität aus der Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen im multidisziplinären Team	60
3.5. Messung von Lebensqualität	61
3.6. Einige Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung	63
3.7. Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität	63
3.7.1. Würde	64
3.7.2. Hoffnung	64
Kommunikation	67
4.1. Kommunikationsmodelle: die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung sterbender Menschen	67
4.1.1. Warum benötigen wir einen personenzentrierten Ansatz in der Sterbebegleitung?	67
4.1.2. Die personenzentrierten Einstellungen in der Sterbebegleitung	68
4.1.2.1. Kongruenz, Authentizität	68
4.1.2.2. Bedingungsfreie positive Wertschätzung	69
4.1.2.3. Einführendes Verstehen, Empathie	70
4.1.3. Selbstauseinandersetzung der Begleiter mit Sterben und Tod	72

4.1.4.	Hilfen für die beruflichen Helfer	73
4.1.5.	Die drei personenzentrierten Haltungen nach C. Rogers - Zusammenfassung	74
4.2.	Kommunikation im Team	76
4.2.1.	Team	76
4.2.1.1.	Die Entwicklung eines Teams, die Positionen seiner Mitglieder und die Dynamik zwischen ihnen	76
4.2.1.2.	Teamfähigkeit	77
4.2.2.	Kommunikationsstil erfolgreicher Teams	77
4.3.	Teamarbeit	79
4.3.1.	Der Teambegriff im Bereich Palliative Care	79
4.3.2.	Teamarbeit und Palliative Care in der Organisationslogik des Unternehmens	81
4.3.3.	Einstiegsfragen zur Teamarbeit	82
4.3.4.	Phasen der Entscheidungsfindung	82
4.3.5.	Die Rolle der Teamleitung	83
4.3.6.	Kooperatives Arbeiten im Team	83
4.4.	Interdisziplinärität	84
4.4.1.	Warum Interdisziplinärität und Interprofessionalität?	84
4.4.2.	Was ist Interdisziplinärität?	84
4.4.3.	Wer arbeitet interdisziplinär und interprofessionell zusammen?	86
4.4.4.	Welcher Art sind die gesetzlichen Vorgaben?	86
4.4.5.	Fazit	87
4.5.	Die Rolle des Arztes	87
4.6.	Ehrenamt im Palliative Care Team	90
4.6.1.	Ehrenamt: Die Schwierigkeit der Definition	91
4.6.2.	Struktur und Finanzierung der Hospizarbeit in Deutschland	92
4.6.3.	Vorbereitung und Ausbildung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit	92
4.6.4.	Modell der Krankheitsbewältigung und -bearbeitung	93

Aufklärung

99

5.1.	Grundlagen	99
5.1.1.	Rechtliche Grundlagen	100
5.1.2.	Unterschiedliche "Wirklichkeiten" im Aufklärungsgespräch	100
5.1.3.	Was macht die Mitteilung der Wahrheit so schwierig?	101
5.1.4.	Kommunikative Kompetenz	102
5.1.5.	Hoffnung	102
5.2.	Kontext und Kenntnisstand	103
5.3.	Gesprächsrahmen	103
5.4.	Abklärung des Informations- und Kenntnisstands und der Bedürfnisse des Patienten	103
5.4.1.	Herausfinden, was der Patient weiß	103
5.4.2.	Herausfinden, was der Patient wissen möchte	103
5.5.	Vorwarnen und Übermitteln der schlechten Nachricht	104
5.6.	Umgang mit emotionalen Reaktionen des Patienten	105
5.7.	Abschluss des Gesprächs	105
5.8.	Dokumentation	105
5.9.	Aufarbeitung im Team	107
5.10.	Das Sechs-Punkte-Protokoll SPIKES	107
5.10.1.	Setting (Situation)	108
5.10.2.	Perception (Patientenwissen)	109
5.10.3.	Invitation (Informationsbedarf)	109
5.10.4.	Knowledge (Kenntnisvermittlung)	109
5.10.5.	Empathy (Emotionen wahrnehmen)	109

5.10.6.	Summary (Strategie und Zusammenfassung)	110
5.10.7.	Voraussetzungen für eine angemessene Aufklärung	110

Ethik und Recht

112

6.1.	Entscheidungen am Lebensende - Überblick	112
6.1.1.	Klarere Definitionen seit 2006	112
6.1.2.	Euthanasie und Lebenswert? Historie, nationaler und internationaler Kontext	113
6.1.2.1.	Historie	113
6.1.2.2.	Internationaler Kontext	113
6.1.2.3.	Mehr statt weniger Medizin: Palliativmaßnahmen	114
6.1.3.	Entwicklungen und Diskussionsstand	115
6.1.3.1.	Entwicklungen in 2006/2007	115
6.1.3.2.	Diskussionen in 2007/2008	115
6.1.3.3.	Bundestagsdebatte Juni und Dezember 2008 zur Patientenverfügung	116
6.1.3.4.	Bundesratsdebatte im Juli 2008 zur aktiven Sterbehilfe	117
6.1.4.	Ethisch und rechtlich erlaubte palliative Vorgehensweisen	118
6.1.4.1.	Beendigung/Nichteinleitung von Maßnahmen	118
6.1.4.2.	Palliative Sedierung	119
6.1.5.	Patientenverfügungen	119
6.1.6.	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung	119
6.1.7.	Streitfälle	119
6.2.	Patienten äußern ihren Willen	120
6.2.1.	Möglichkeiten der Willensbekundung	121
6.2.2.	Vorsorgevollmacht	121
6.2.3.	Patientenverfügung	122
6.2.4.	Betreuungsverfügung	123
6.2.5.	Bewertung	123
6.3.	Patientenwillen eruieren und dokumentieren	123
6.3.1.	Ärztliche Beratung und Aufklärung	124
6.3.2.	Ärztliche Dokumentation	125
6.3.3.	Aufbewahrung	125
6.4.	Den Patientenwillen umsetzen	125
6.4.1.	Den tatsächlichen Willen im Gespräch feststellen	125
6.4.2.	Den vorausverfügten Willen feststellen	125
6.4.2.1.	Wirksamkeit einer Vorsorgevollmacht	125
6.4.2.2.	Verbindlichkeit einer Patientenverfügung	126
6.4.2.3.	Umsetzung einer Patientenverfügung in Kombination mit einem Gespräch mit einem bevollmächtigten Ansprechpartner	126
6.4.3.	Konflikte bei der Ermittlung des vorausverfügten Willens und Ermittlung des mutmaßlichen, aktuellen Willens	126
6.4.4.	Wann muss das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden?	126
6.4.5.	Handeln in Notfallsituationen	127
6.4.6.	Entscheidungsdiagramm für die Frage nach Beendigung/Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen	128
6.4.7.	Grundsätzlicher Vorrang des Patientenwillens und Implikationen bei der Umsetzung	128
6.5.	Ethik-Konzepte entwickeln, einführen und bekanntmachen	129
6.5.1.	Den Entwicklungsprozess ethischer Leitlinien und Grundsätze andeuten am Beispiel: Kaiserswerther Diakonie	129
6.5.2.	Strukturierte Vorgehensweisen beschließen und einführen am Beispiel der Barmherzigen Brüder Trier e.V.	130
6.5.3.	Ethik-Standards entwickeln am Beispiel der Uniklinik Erlangen: VaW (Verzicht auf Wiederbelebung)-Anordnung	130

6.5.4.	Das Einrichtungskonzept den Betroffenen bekanntmachen	130
6.5.5.	Das Nimwegener Modell zur Klärung ethischer Anliegen anwenden	134
6.5.6.	Krisen-Vorsorge treffen mit vorausschauenden Notfallplänen am Beispiel Pflegeheim	136
6.5.6.1.	Ziele	136
6.5.6.2.	Vorbereitung von Krisen- und Notfallplänen im Gespräch	136
6.5.6.2.1.	In besonderen Gesprächsangeboten (= aktives Abklären im Vorfeld)	136
6.5.6.2.2.	Im pflegerischen Alltag (= reaktives Abklären)	137
6.5.7.	Durchführung der Krisenvorsorge und Beratungsgespräche	137
6.5.7.1.	Auswertung (bezogen auf die eingangs genannten Ziele)	138
6.5.8.	Die ersten Schritte zur Verwirklichung	138
6.5.8.1.	Schulungsangebote finden und wahrnehmen	138
6.5.8.1.1.	Basiskurs Palliative Care / Aufbaumodule Palliativmedizin	138
6.5.8.1.2.	Ausbildung zur Moderation von Ethischen Fallgesprächen	138
6.5.8.1.3.	Masterstudium Medizinethik / angewandte Ethik	139
6.5.8.2.	Ein Projekt initiieren und sich gegebenenfalls beraten lassen	139
6.5.9.	Ethische Standards und Maßnahmen evaluieren	142
6.5.9.1.	Evaluation mittels konkreter und bereits erprobter "Kennzahlen für eine ethische Kompetenz in Pflegeeinrichtungen"	142
6.5.9.2.	Erste Erfahrungen bei der Erprobung von Kennzahlen zur Palliativkompetenz in einer Pflegeeinrichtung aus Wuppertal	143
6.5.10.	Zusammenfassung: Ethikberatung in der klinischen Medizin	144
6.6.	Fallbeispiel und Übung	151
6.6.1.	Fallbeispiel	151
6.6.1.1.	Schriftliche Fallvorstellung durch E. W.	151
6.6.1.2.	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	152
6.6.2.	Übung	152
6.6.2.1.	Rückfragen an die Falleinbringerin	155
6.6.2.2.	Sieben Handlungsoptionen zum Beatmungsabbruch	156
6.6.2.3.	Mögliche Gründe für die eigene Entscheidung	156
6.6.2.4.	Lösungen	157
6.6.2.5.	Der tatsächliche Patientenwille ist hier entscheidend	157
6.6.2.6.	Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist hier wesentlich	158
6.6.2.7.	Die Ärztin darf sich in ihrer Entscheidung selbst ernst und wichtig nehmen	159
6.6.2.8.	Zusammenfassung	159
6.6.3.	Weiterer Behandlungsverlauf	159
6.7.	Wichtige Links zum Thema (Stand: 10. Dezember 2008)	160

Symptomkontrolle

162

7.1.	Einführung	162
7.2.	Angst	164
7.2.1.	Ängste schwerkranker Menschen	165
7.2.2.	Entstehung von Ängsten	165
7.2.3.	Teufelskreise der Angst	166
7.2.4.	Diagnose einer Angststörung	166
7.2.5.	Bewältigungshilfen und Behandlungsmöglichkeiten	167
7.2.5.1.	Institutionelle Hilfen	168
7.2.5.2.	Psychotherapeutische Hilfen	168
7.2.5.3.	Pharmakologische Bewältigungshilfen	169
7.3.	Depression	170
7.3.1.	Formen depressiver Verstimmung	170
7.3.2.	Diagnose	171
7.3.3.	Ursachen für Depressionen	171
7.3.4.	Depression und Trauer	172

7.3.5.	Hilfen zum Umgang mit depressiven Patienten	172
7.3.5.1.	Institutionelle Hilfen.....	174
7.3.5.2.	Psychotherapeutische Unterstützung.....	174
7.3.5.3.	Medikamentöse Behandlung und Depressionen	174
7.3.6.	Suizid.....	175
7.3.6.1.	Risikofaktoren für Suizidalität.....	175
7.3.6.2.	Protektive Faktoren bei Suizidalität	176
7.3.6.3.	Suizidgedanken.....	176
7.3.6.4.	Abschätzung des Suizidsrisikos	176
7.3.6.5.	Psychotherapeutische Interventionen	177
7.3.6.6.	Kriterien für die Erwägung einer stationären Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei Suizidalität ..	177
7.3.6.7.	Basisversorgung bei Suizidalität	178
7.4.	Dermatologische Symptome.....	179
7.4.1.	Modernes Wundmanagement.....	179
7.4.1.1.	Moderne Wundtherapie.....	179
7.4.1.2.	Wundsäuberung	180
7.4.1.3.	Débridement	180
7.4.1.4.	Wundauflagen	181
7.4.1.5.	Vakuumtherapie	182
7.4.1.6.	Wundrandschutz.....	182
7.4.1.7.	Schmerztherapie	182
7.4.1.8.	Fazit	182
7.4.2.	Allergische Symptome	183
7.4.3.	Infektion.....	184
7.4.4.	Juckreiz.....	185
7.5.	Durst und Mundtrockenheit	186
7.5.1.	Physiologie des Durstes	187
7.5.2.	Physiologische Einflüsse auf das Trinkverhalten	187
7.5.3.	Konditionierte Einflüsse auf das Trinkverhalten.....	188
7.5.4.	Humorale und pharmakologische Einflüsse auf das Trinkverhalten.....	188
7.5.5.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillung durch Substitution	188
7.5.6.	Therapeutische Überlegungen zur Durststillung über pflegerische Verfahren	189
7.6.	Dyspnoe	191
7.6.1.	Definition.....	191
7.6.2.	Ursachen der Atemnot	192
7.6.3.	Diagnostik	192
7.6.3.1.	Kriterien zur Beurteilung von Dyspnoe.....	193
7.6.3.2.	Bewertungsinstrumente von Dyspnoe	193
7.6.4.	Therapie.....	193
7.6.4.1.	Medizinisch-pflegerische Maßnahmen.....	193
7.6.4.2.	Onkologische, strahlentherapeutische und chirurgische Therapie.....	193
7.6.4.3.	Medikamentöse Therapie	194
7.6.4.3.1.	Kortikosteroide	194
7.6.4.3.2.	Bronchodilantien.....	194
7.6.4.3.3.	Opioide	194
7.6.4.3.4.	Sedativa	195
7.6.4.3.5.	Antibiotika	195
7.6.4.3.6.	Sekretolytika	195
7.6.4.4.	Spezielle Krankheitsbilder	195
7.6.4.4.1.	Rasseln in der Terminalphase ("death rattle").....	196
7.6.5.	Kardinalfehler in der Therapie der Luftnot.....	196
7.6.6.	Zusammenfassung.....	196

7.7.	Fatigue	197
7.7.1.	Definitionen	197
7.7.2.	Diagnose	198
7.7.2.1.	Fatigue und Schwäche	199
7.7.2.2.	Fatigue und Depression	200
7.7.2.3.	Fatigue und Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)	200
7.7.2.4.	Erfassung von Fatigue	200
7.7.3.	Ursachen von Fatigue	200
7.7.4.	Folgen von Fatigue	201
7.7.5.	Allgemeine Maßnahmen bei Fatigue	201
7.7.5.1.	Psychotherapeutische Ansätze	202
7.7.5.2.	Medikamentöse Behandlungsansätze	202
7.8.	Schwäche	204
7.8.1.	Behandelbare Ursachen	204
7.8.2.	Diagnostik	204
7.8.3.	Therapie	204
7.9.	Gastrointestinale Symptome in der Palliativmedizin	205
7.9.1.	Obstipation	205
7.9.1.1.	Risikogruppe Schmerz- und Palliativpatient	205
7.9.1.2.	Obstipationsformen	206
7.9.1.3.	Diagnostik	206
7.9.1.4.	Prophylaxe und Therapie	207
7.9.2.	Gastrointestinale Obstruktion	208
7.9.3.	Ileus	209
7.9.4.	Diarrhoe	209
7.9.5.	Inappetenz	210
7.9.5.1.	Ursachen von Inappetenz	211
7.9.5.2.	Diagnostik	211
7.9.5.3.	Konfliktbereich Inappetenz	212
7.9.5.3.1.	Inappetenz aus der Sicht des Patienten	212
7.9.5.3.2.	Inappetenz aus der Sicht der Zugehörigen	212
7.9.5.3.3.	Wege aus dem Dilemma	212
7.9.5.4.	Maßnahmen zu Ernährung	213
7.9.5.5.	Therapie	213
7.9.6.	Nausea/Emesis	214
7.9.7.	Dysphagie	216
7.9.8.	Kachexie	216
7.10.	Knochenmetastasen	217
7.10.1.	Einführung	217
7.10.2.	Metastasierungswege	218
7.10.3.	Diagnostik	218
7.10.3.1.	Klinische Leitsymptome von Wirbelsäulenmetastasen	219
7.10.3.2.	Radiologische Verfahren	219
7.10.4.	Therapie	219
7.10.4.1.	Operative Interventionen	220
7.10.4.2.	Radiotherapie	220
7.10.4.3.	Embolisation	220
7.10.4.4.	Bisphosphonattherapie	220
7.10.4.5.	Hormontherapie	221
7.10.4.6.	Operative Therapie	221
7.10.4.7.	Medikamentöse Therapie	222

7.11.	Neuropsychiatrische Symptome	223
7.11.1.	Einführung in die neurologische Palliativmedizin.	223
7.11.2.	Agitiertheit	225
7.11.2.1.	Motorische Unruhe.	225
7.11.2.2.	Angst	226
7.11.2.3.	Depression.	227
7.11.3.	Desorientiertheit, Verwirrtheit und Delir	228
7.11.4.	Epileptische Anfälle und Myoklonien	230
7.11.5.	Management neurologischer Palliativpatienten	230
7.12.	Schlafstörungen / nicht erholsamer Schlaf bei Palliativpatienten	231
7.12.1.	Diagnose	231
7.12.1.1.	Insomnie.	232
7.12.1.2.	Hypersomnie	232
7.12.2.	Ursachen von Schlafstörungen	232
7.12.3.	Folgen von Schlafstörungen.	233
7.12.4.	Therapie	234
7.12.4.1.	Grundprinzipien	234
7.12.4.2.	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	234
7.12.4.3.	Psychotherapeutische Maßnahmen.	234
7.12.4.4.	Medikamentöse Maßnahmen.	235
7.13.	Schmerz in der Palliativmedizin.	236
7.13.1.	Grundlagen und Ätiologie.	236
7.13.1.1.	Grundlagen	236
7.13.1.2.	Physiologie	238
7.13.1.3.	Schmerzformen	239
7.13.1.4.	Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung	240
7.13.1.5.	Diagnostik	241
7.13.1.6.	Behandlungsziele	242
7.13.2.	Therapie	243
7.13.2.1.	Nicht-medikamentöse Therapieverfahren.	243
7.13.2.1.1.	Psychologische Aspekte des Schmerzes und psychologische Schmerztherapie	243
7.13.2.1.2.	Schmerzphysiotherapie	253
7.13.2.1.3.	Gegenirritationsverfahren	255
7.13.2.2.	Medikamentöse Verfahren	256
7.13.2.2.1.	WHO-Stufenschema.	257
7.13.2.2.2.	Mechanismenorientierte Schmerztherapie	258
7.13.2.2.3.	Nicht-Opioide.	265
7.13.2.2.4.	Opioide	269
7.13.2.2.5.	Koanalgetika	281
7.13.2.2.6.	Adjuvantien	284
7.13.2.2.7.	Einige spezielle Probleme	285
7.13.2.3.	Invasive Therapieverfahren.	287
7.13.2.3.1.	Grundlagen.	287
7.13.2.3.2.	Ports und Pumpen	288
7.13.2.3.3.	Nervennahe Verfahren	290
7.13.2.3.4.	Sympathikusblockaden	291
7.13.2.3.5.	Rückenmarksnahe Gabe von Medikamenten	291
7.13.2.3.6.	Neurodestruktive Verfahren	293
7.13.2.3.7.	Neuroablativ Eingriffe in der Tumorschmerztherapie	294
7.13.2.3.8.	Kontraindikationen aller invasiven Analgesieverfahren	294
7.13.2.3.9.	Management invasiver Analgesieverfahren in der Praxis.	294
7.13.2.3.10.	Zusammenfassung	294

7.14.	Schwitzen (Hyperhidrosis)	295
7.14.1.	Definition	295
7.14.2.	Ursachen	296
7.14.3.	Folgen	296
7.14.4.	Erfassung	296
7.14.5.	Behandlung	296
7.15.	Urologische Symptome	297
7.15.1.	Harnretention	297
7.15.1.1.	Harnstauungsniere	297
7.15.1.2.	Blasenentleerungsstörungen	298
7.15.2.	Katheterassoziierte Symptome	299
Notfälle in der Palliativmedizin		300
8.1.	Allgemeines	300
8.2.	Die eigentlich palliativorientierte Notfallbehandlung	300
8.2.1.	Nicht-medikamentöse Behandlung	300
8.2.2.	Medikamentöse symptomorientierte Notfallbehandlung	301
8.3.	Ausgewählte Notfallsituationen in der Palliativmedizin	302
8.4.	Schlussbetrachtung	304
Onkologische Therapie in der Palliativmedizin		305
9.1.	Systemische Chemotherapie	305
9.2.	Intracavitäre Chemotherapie	306
9.3.	Strahlentherapie	306
9.4.	Hämotherapie	306
Strahlentherapie in der Palliativmedizin		308
10.1.	Grundlagen	308
10.2.	Indikationen und strahlentherapeutische Konzepte	309
10.2.1.	Neurologische Störungen	309
10.2.2.	Schmerzen	310
10.2.3.	Obstruktion	311
10.2.4.	Exulceration, Blutung, tumorbedingtes Lymphödem	311
Pädiatrische Palliativmedizin		313
11.1.	Angehörigenbetreuung: Sterbende Kinder und ihre Familien	313
11.2.	Schmerztherapie bei Kindern in der Palliativversorgung	316
11.2.1.	Kindliches Schmerzempfinden oder: Haben Kinder Schmerzen - genau wie Erwachsene?	316
11.2.2.	Einflussfaktoren und Messung oder: Wie empfinden Kinder Schmerz und lässt er sich messen?	317
11.2.3.	Medikamentöse Schmerztherapie - Besonderheiten bei Kindern oder: Sind in der Schmerztherapie bei Kindern spezifische Aspekte zu beachten?	317
11.2.3.1.	Die Zielgruppe	317
11.2.3.2.	Medikamentenwahl und Applikation	318
11.2.3.2.1.	Opioide	318
11.2.3.2.2.	Nicht-Opioide	319
11.2.3.3.	Dosierungen	320
11.2.3.3.1.	Opioide	320
11.2.3.3.2.	Nicht-Opioide	320
11.2.3.4.	Zulassung	320
11.2.4.	Akupunktur	320

Ernährung in der Palliativmedizin 324

12.1.	Enterale Ernährung	324
12.1.1.	Indikation.....	324
12.1.2.	Therapeutische Maßnahmen	324
12.1.2.1.	Änderung der Nahrungskonsistenz und Portionierung	324
12.1.2.2.	Spezielle Zugangstechniken zum Verdauungstrakt.....	325
12.1.3.	Spezielle Mundpflege	326
12.2.	Parenterale Ernährung	327
12.2.1.	Indikation.....	327
12.2.1.1.	Störung der Resorption des Verdauungstraktes	327
12.2.1.2.	Veränderte anatomische Strukturen	327
12.2.2.	Therapiemodalitäten	327
12.2.2.1.	Zentral-venöse Substitution	327
12.2.2.2.	Peripher-venöse Substitution.....	327
12.2.3.	Lebensqualität versus Befindlichkeit	327

Grundlagen der Pflege in der Palliativmedizin 329

13.1.	<i>Die Sprache der Pflege</i>	330
13.1.1.	Kommunikation mit Sterbenden.....	330
13.2.	Kommunikative Berührung	331
13.2.1.	Die Bedeutung der Berührung.....	331
13.2.2.	Die Berührung im Kontext der Pflegesituation	331
13.3.	Lagerung.....	332
13.3.1.	Körperbild und Körpergefühl	332
13.3.2.	Mikrolagerung	333
13.3.3.	Lagerungsformen.....	333
13.4.	Kinästhetik	334
13.4.1.	Das Konzept	334
13.4.2.	Kinästhetische Prinzipien.....	334
13.4.3.	Interaktion.....	335
13.4.4.	Massen und Zwischenräume	335
13.4.5.	Bewegungsmuster.....	336
13.5.	Basale Stimulation®.....	336
13.5.1.	Das Konzept	337
13.5.2.	Die unterschiedlichen basal stimulierenden Angebote	337
13.5.2.1.	Die Initialberührung.....	337
13.5.2.2.	Ganzkörperwaschung.....	338
13.5.3.	Die Atemstimulierende Einreibung (ASE).....	338
13.5.4.	Weitere Stimmulationsangebote	339
13.6.	Schlussbemerkung	341

Grundlagen der Physiotherapie in der Palliativmedizin 342

Psychologische Aspekte in der Palliativmedizin 344

15.1.	Belastungen durch schwere Erkrankung.....	344
15.1.1.	Stellenwert psychischer Belastungen	344
15.1.2.	Diagnostik psychischer Belastungen	345
15.2.	Psychoonkologisch / psychotherapeutische Behandlungsstrategien in Palliative Care.	347
15.2.1.	Entspannungsverfahren.....	347
15.2.2.	Imagination.....	348

15.2.3.	Genusstraining.....	348
15.2.4.	Biographische Arbeit.....	348
15.2.5.	Kognitive Verhaltenstherapie.....	348
15.2.6.	Systemische Familientherapie.....	349
15.2.7.	Gesprächspsychotherapie.....	350
15.2.8.	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP).....	350
15.2.9.	Gruppentherapie.....	350
15.2.10.	Psychotherapeutischer Ansatz in der Palliativmedizin im Unterschied zur "klassischen" Psychotherapie.....	351
15.2.11.	Zur Wirksamkeit psychoonkologischer Methoden.....	351
15.3.	Psychoonkologische Betreuung.....	351
15.3.1.	Arbeit mit Patienten.....	351
15.3.1.1.	Ziele klinisch-psychologischer Unterstützung.....	352
15.3.1.2.	Das psychotherapeutische Gespräch.....	352
15.3.1.3.	Diagnostik psychischer Belastungen und des Unterstützungsbedarfs.....	353
15.3.1.4.	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.....	353
15.3.1.5.	Begleitung und freundschaftliche Unterstützung.....	354
15.3.1.6.	Krisenintervention.....	354
15.3.2.	Angehörige.....	354
15.3.3.	Team.....	354
15.4.	Verlust.....	355
15.4.1.	Hilfen bei der Bewältigung von Verlust.....	355
15.5.	Krankheitsverarbeitung.....	356
15.5.1.	Wie verarbeiten Menschen die Diagnose einer Tod bringenden Erkrankung?.....	356
15.5.1.1.	Phasenmodell nach E. Kübler-Ross.....	356
15.5.1.2.	Abwehrmechanismen.....	357
15.5.2.	Krankheitsbewältigung.....	358
15.6.	Angehörige und soziales Umfeld.....	359
15.6.1.	Zum Begriff "Angehörige".....	359
15.6.2.	Soziale Unterstützung.....	359
15.6.3.	Rolle der Angehörigen.....	360
15.6.4.	Angehörige als Unterstützer.....	361
15.6.5.	Hilfen für Angehörige.....	361
15.7.	Sexualität in der Palliativmedizin.....	362
15.7.1.	Was ist Sexualität?.....	362
15.7.2.	Sexualität schwer kranker Menschen.....	362
15.7.3.	Das PLISSIT-Modell.....	363
15.7.4.	Vorteile von PLISSIT.....	364
15.7.5.	Aufgaben des behandelnden Teams.....	364
15.8.	Trauer.....	364
15.8.1.	Begriffsbestimmung.....	364
15.8.2.	Der Trauerprozess.....	365
15.8.2.1.	Symptome der Trauerphasen.....	366
15.8.2.2.	Hilfen in den Trauerphasen.....	366
15.8.2.3.	Problematische Reaktionen in den Trauerphasen.....	366
15.8.2.4.	Aufgaben in der Trauerarbeit.....	367
15.8.2.5.	Duales Prozess-Modell der Trauer.....	367
15.8.3.	Komplizierte (pathologische?) Trauer.....	367
15.8.3.1.	Definition der "komplizierten Trauer".....	369
15.8.3.2.	Diagnostik der komplizierten Trauerreaktion.....	370
15.8.3.3.	Psychotherapie der komplizierten Trauer.....	370
15.8.3.4.	Pharmakologische Hilfen.....	370

15.8.4.	Trauerbegleitung	371
15.8.4.1.	Formen der Trauerbegleitung	371
15.8.4.2.	Wer sollte begleitet werden?	371
15.8.4.3.	Wann soll Trauerbegleitung beginnen?	372
15.8.5.	Anhang	372

Soziale Aspekte in der Palliativmedizin

375

16.1.	Unterstützung	375
16.2.	Soziales Umfeld	375
16.2.1.	Die Struktur des sozialen Umfelds	375
16.2.2.	Die Rolle des sozialen Umfelds	377
16.2.3.	Veränderungen des sozialen Umfelds	378
16.3.	Randgruppen	378
16.3.1.	Definitionen	378
16.3.2.	Schlussfolgerungen	379
16.4.	Kinder und Jugendliche als Angehörige/Trauernde	380
16.4.1.	Kinder sind ein fester Bestandteil des sozialen Umfelds. Sie gehören dazu!	380
16.4.2.	Kinder wissen nicht unbedingt weniger über den "Tod" als Erwachsene!	380
16.4.3.	Kinder können in jedem Alter selbst entscheiden, inwieweit sie einbezogen werden möchten ..	382
16.4.4.	Kinder sollen oftmals "behütet" werden vor den "Schrecken des Todes", werden dadurch aber meistens ausgegrenzt	382
16.4.5.	Kinder und Jugendliche haben andere Ausdrucksformen für ihre Trauer	383
16.4.6.	Kinder haben einen unmittelbaren Zugang zu ihren Gefühlen und erscheinen dadurch "schwankender"	383
16.4.7.	Kinder haben ihre eigenen Wege und Ansprechpartner (nicht unbedingt die Eltern)	383
16.4.8.	Auch Kinder können mit Wahrheiten und Realität besser umgehen als mit "irrealen Phantasien" und Beschönigungen	384

Spiritualität in der Palliativmedizin

386

17.1.	Spiritualität	386
17.1.1.	Definition	386
17.1.2.	Spiritualität als Ressource in der Krankheitsbewältigung	387
17.1.3.	Spirituelles Fragen im Rahmen von Seelsorge	387
17.1.4.	Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze	388
17.2.	Spiritualität und Medizin	388
17.2.1.	Religiosität/Spiritualität in der Palliativmedizin: Belastung oder Bewältigungshilfe?	389
17.2.2.	Sensibilität des Arztes	389
17.2.3.	Spirituelle Themen im Rahmen der Palliativmedizinerausbildung	389
17.2.4.	Spirituelle Anamnese als Schritt zur Krisenbewältigung	390
17.2.5.	Erhebung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen mit "SPIR"	390
17.3.	Spiritualität im therapeutischen Team	393
17.3.1.	Schritte und Aufgaben der spirituellen Begleitung im Team	393
17.4.	Der Sinn des Lebens	395
17.4.1.	Sinn als Werterleben in Beziehungen	395
17.4.2.	Die Warum-Frage	396
17.4.3.	Sinn durch Umdeutung	397
17.4.4.	Die Lebensbilanz	397
17.5.	Resümee	398

Rituale	399
18.1. Erfahrungen aus der Arbeit mit Trauernden	399
18.2. Zur Dynamik von Ritualen	400
18.3. Das richtige "Gefährt" für das jeweilige Bedürfnis	401
Sterben und Tod in den Kulturen	403
19.1. Wozu vergleichen?	403
19.2. Der verdrängte Tod	403
19.3. Die Beseitigung des Toten und ein Stück zur Erinnerung	404
19.4. Die Kränkung durch den Tod und psychische Gesundheit: Rituale und Emotionen	405
19.5. Der soziale Tod und der physische Tod: Der alleingelassene Sterbende	405
19.6. Migranten "im Elend"	406
Sterben und Tod	409
20.1. Point of no return	409
20.1.1. Finalphase	409
20.1.1.1. Definitionen	409
20.1.1.2. Tod - Würdigung - Regularien	410
20.1.1.3. Die Beteiligten in der Sterbebegleitung	410
20.1.1.3.1. Rückblick	411
20.2. Sterbebegleitung	413
20.3. Finalphase	414
20.3.1. Rasselatmung	414
20.3.2. Mundpflege in der letzten Lebensphase	421
20.3.2.1. Vorbemerkungen, begleitende Gedanken	421
20.3.2.2. Leitgedanken im Umgang mit der Mundpflege in der letzten Lebensphase	421
20.3.2.2.1. Der Patient	421
20.3.2.2.2. Die Angehörigen	421
20.3.2.2.3. Die Pflegenden	421
20.3.2.3. Ziele in Bezug auf Mundpflege	422
20.3.2.3.1. Der Patient	422
20.3.2.3.2. Die Angehörigen	422
20.3.2.3.3. Die Pflegenden	422
20.3.2.4. Erkrankungen des Mund und Rachenraumes	422
20.3.2.4.1. Allgemeine Anamnese	422
20.3.2.4.2. Allgemeine Mundpflege	422
20.3.2.4.3. Mundpflege bei Mundtrockenheit (Xerostomie)	423
20.3.2.4.4. Mundgeruch	424
20.3.2.4.5. Behandlung von Soor	426
20.3.2.4.6. Mukositis und "Painful mouth"	426
20.3.2.4.7. Tees zur therapeutischen Mundpflege (Auswahl)	427
20.3.3. Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase	428
20.3.3.1. Definitionen	428
20.3.3.1.1. Durst	428
20.3.3.1.2. Dehydration	429
20.3.3.1.3. Durst und Dehydration in der Finalphase	429
20.3.3.2. Pro und Kontra Flüssigkeitsgabe in der Finalphase	429
20.3.3.2.1. Pro Flüssigkeit	429
20.3.3.2.2. Kontra Flüssigkeit	429
20.3.3.2.3. Entscheidungsfindung	430

20.3.3.3.	Therapie	430
20.3.3.3.1.	Wie soll die Flüssigkeit substituiert werden?	430
20.3.3.3.2.	Was und wieviel soll gegeben werden?	430
20.3.3.4.	Kritische Reflexion.....	430
20.3.3.5.	DGEM-Leitlinien Enterale und Parenterale Ernährung (2008).....	430
20.3.3.6.	Zusammenfassung.....	431
20.4.	Palliative Sedierung.....	432
20.4.1.	Definition.....	432
20.4.2.	Abgrenzung zur Euthanasie und ethische Entscheidungsfindung.....	432
20.4.3.	Indikationsstellung.....	432
20.4.4.	Praxis.....	433
20.4.5.	Zusammenfassung.....	434
20.5.	Tod und Bestattung	434
20.5.1.	Nach dem Tod - Die Kette von Missverständnissen	437
20.5.1.1.	Wie lange darf ein verstorbener Mensch zu Hause bleiben?	437
20.5.1.2.	Ist es Vorschrift, einen Bestatter einzuschalten - und wenn ja, wozu benötigt man ihn?	438
20.5.1.3.	Innerhalb welchen Zeitraums muss/darf in Deutschland ein Mensch beerdigt werden?.....	438
20.5.1.4.	Muss jeder Mensch in Deutschland (auf einem Friedhof) beerdigt werden?	438
20.5.1.4.1.	Wer darf die Bestattung in Auftrag geben und den Rahmen bestimmen?	439
20.5.1.5.	Faktor Zeit	439
20.5.1.6.	Aufbahrung.....	440
20.5.1.7.	Hausaufbahrung	441
20.5.1.8.	Einkleiden	441
20.5.1.9.	Trauernde Kinder/Jugendliche.....	441
20.5.2.	Die Trauerfeier/Beerdigung	441
20.5.2.1.	Bestattungsformen.....	442
20.5.3.	Anhang.....	443

Das eigene Bild vom Tod 445

21.1.	Grundlagen	445
21.2.	Vorgehen	445
21.3.	Untersuchungen zur Sterbemeditation.....	446

Burnout-Syndrom und Burnout-Prophylaxe 448

22.1.	Burnout-Syndrom	448
22.2.	Burnout-Prophylaxe	450
22.3.	Supervision.....	452

Qualitätssicherung in der Palliativmedizin 454

23.1.	Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE)	454
23.2.	Qualität, eine Hinführung zum Begriff	454

Tipps für die tägliche Praxis 457

Index 458