



öifam

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
Schule für medizinische Assistenzberufe

A- 9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 34, www.allmed.at

Leitung: Dr. Wilfried Tschiggerl

ZVR-Zahl: 477634321

# **Wie kann ich als Pflegeassistentin Palliativpatient/innen im Umgang mit ihren Bedürfnissen und ihren Schmerzen unterstützen?**

Martina Auernig

10.04.2017

Betreuer:

Federico Harden, DPGKP

Akademisch geprüfter Lehrer für

Gesundheitsberufe

# Inhaltsverzeichnis

<b>VORWORT</b>	<b>VI</b>
<b><u>1. DEFINITION</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2. §§ 82, 83 DER GUKG–NOVELLE 2016</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>3. PALLIATIVE CARE</u></b>	<b><u>4</u></b>
3.1. THERAPIEN UND MAßNAHMEN BEI PALLIATIVPATIENT/INNEN	5
3.2. ZUSAMMENFASSUNG	5
4.1. NETZWERKE	9
4.2. ORGANISATIONSSTRUKTUREN VON PALLIATIVEN BETREUUNGSEINRICHTUNGEN	11
4.3. TEAMS IN PALLIATIVEN BEREICHEN	12
4.4. ZUSAMMENFASSUNG	13
<b><u>5. ARTEN DER ZUSAMMENARBEIT</u></b>	<b><u>13</u></b>
5.1. DAS INTERDISZIPLINÄRE/INTERPROFESSIONELLE TEAM	14
5.2. ZUSAMMENFASSUNG	15
<b><u>6. DAS SYMPTOM SCHMERZ</u></b>	<b><u>15</u></b>
6.1. DAS SCHMERZERLEBEN	16
6.1.1. SCHMERZEINTEILUNG	16
6.1.2. EINTEILUNG DER SCHMERZEN NACH ZEIT	17
6.1.3. DIE HÄUFIGSTEN SCHMERZFORMEN	17
6.1.4. BEEINFLUSSUNG DES SCHMERZERLEBEN	18
6.1.5. SCHMERZDIMENSIONEN	18
6.1.6. SCHMERZEINSCHÄTZUNG	20
6.1.7. SCHMEZVERLAUFSPROTOKOLL / SCHMERZTAGEBUCH	21
6.1.8. MEDIKAMENTÖSE UND NICHTMEDIKAMENTÖSE SCHMERZTHERAPIE	22
6.1.9. DIE PFLEGE IN DER SCHMERZTHERAPIE	26
6.2. ZUSAMMENFASSUNG	26
<b><u>7. BEGLEIT-ERKRANKUNGEN UND STÖRUNGEN IN DER PALLIATIVPFLEGE</u></b>	<b><u>27</u></b>
7.1. ASTHENIE – CHRONISCHE MÜDIGKEIT – GRANDE FATIGUE,	27
7.2. OBSTIPATION, VERSTOPFUNG,	29

<b>ERSCHWERTE UND VERZÖGERTE STUHLAUSSCHIEDUNG</b>	<b>29</b>
<b>7.3. SCHMERZBEKÄMPFUNG VOR SCHMERZENDER PFLEGE</b>	<b>31</b>
<b>7.4. VERWIRRTHEIT –UNRUHE</b>	<b>31</b>
<b>7.5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>32</b>
<b><u>8. DIE FÜNF STERBEPHASEN</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b>8.1. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>35</b>
<b><u>9. ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>10. LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>37</u></b>

Im Sinne des Gender Mainstreaming weise ich darauf hin, dass ich mich bemüht habe, wo immer es ging, den Grundsätzen der sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter zu entsprechen, ohne die Lesbarkeit des Textes zu erschweren.

## Ehrenwörtliche Erklärung für Fachbereichsarbeit

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiteres, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

(Unterschrift)

(Ort, Datum)

## Abkürzungsverzeichnis

WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

## **Abstract:**

In der vorliegenden Fachbereichsarbeit wird der Schwerpunkt auf die würdevolle Begleitung von Palliativpatient/innen gelegt. Nach kurzer Definition der Palliative Care und Schmerz bzw. Symptome, die durch eine unheilbare Krankheit entstehen, möchte ich auch meinen Aufgabenbereich als Pflegeassistentin den/die Leser/in durch die GuKG-Novelle 2016 näherbringen. In weiterer Folge ist es mir auch ein Anliegen, kurz den Verlauf der Hospizbewegung und die verschiedenen Teams für Palliativpatient/innen zu erläutern sowie die verschiedenen Begleiterkrankungen und die Sterbephasen der Patient/innen zu beschreiben. Durch einen speziellen Umgang und einem speziellen fachlichen Wissen werden Palliativpatienten mit größtmöglichem Wohlbefinden gepflegt und individuell betreut und begleitet. Würde, Autonomie, Respekt, Individualität, Empathie und auch der Kontakt zwischen den sterbenden Kranken, deren Angehörigen und dem Pflegepersonal, stehen im Mittelpunkt. Mein Ziel ist es, dem/der Leser/in den Umgang mit Palliativpatienten, mit ihren Bedürfnissen und Schmerzen bzw. Symptomen, näher zu bringen.

## Vorwort

Schon vor meiner Fachbereichsarbeit habe ich mich sehr für Palliative Care interessiert. Für mich persönlich ist es sehr wichtig, dass jeder Mensch, der an einer unheilbaren Erkrankung leidet, eine adäquate Schmerztherapie bekommt. Empathie, Achtung, Akzeptanz und Wertschätzung stehen an oberster Stelle. Das Verhalten der Palliativpatient/innen darf nicht kritisiert, sondern muss verstanden werden. Während eines Praktikums in meiner Pflegehelferausbildung in einem Altenheim wurde mir bewusst, dass noch sehr viel Handlungsbedarf besteht und dass die Pflege von Palliativpatient/innen verbessert werden muss. Unverständlich für mich war, dass Palliativpatient/innen stundenlang im Aufenthaltsraum ohne Beschäftigung saßen.

Mobilisation und Therapie sind sehr wichtig, doch die individuellen Bedürfnisse sollten nicht vergessen werden. Ein Umzug in ein Altenheim ist für die Betroffenen nach jahrelanger Selbstständigkeit ein einschneidendes Erlebnis.

Schwerkranke Menschen ziehen in ihr neues Zuhause und ihr Leben wird größtenteils fremdbestimmt. Es ist daher erstrebenswert, die Einzigartigkeit jeder Person zu erhalten, damit diese Menschen auch noch in diesem Abschnitt ihres Lebens ihre Würde und Autonomie behalten können. Die Art, wie wir auf Menschen zugehen, bestimmt oft die Antwort, die wir bekommen, sei es nonverbal oder verbal. Mit der vorliegenden Facharbeit möchte ich durch Darstellen der Palliative Care und dem Symptom Schmerz einen möglichen Weg aufzeigen, der die Pflege von Palliativpatient/innen verständlicher machen oder auch verändern könnte. An dieser Stelle der Arbeit möchte ich mich bei allen bedanken, die mich vor und während des Schreibens dieser Arbeit unterstützt haben. Mein erster Dank geht an Frau Karin Grollitsch für die positive Vorbereitung auf die Fachbereichsarbeit und meinem Betreuer Federico Harden, DPGKP Akad. gepr. Lehrer für Gesundheitsberufe, der mich während des Schreibens dieser Arbeit unterstützt, begleitet und mir viele wertvolle Tipps gegeben hat. Auch bedanke ich mich bei allen Korrekturlesern und Korrekturleserinnen, die sich die Zeit genommen und die vorliegende Arbeit durchgelesen haben. Vielen herzlichen Dank!

Rangersdorf, 10.04.2017

Martina Auernig



## DEFINITION

„Palliativ“ kommt von lat. *palliare* und bedeutet, *mit einem Mantel bedecken*. PALLIATIVMEDIZIN und PALLIATIVPFLEGE sind beides Teildisziplinen der PALLIATIVE CARE. Ihr Ziel ist die ERHALTUNG der LEBENSQUALITÄT sterbender und schwerkranker Menschen (vgl. Feichtner 2014, S. 16).

### **Palliative Care**

#### **WHO1990**

„Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“ (dhpv WHO1990)

#### **WHO2002**

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“ (dhpv WHO 2002)

#### **WHO2016**

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Palliativ Portal 2016 WHO)

## Schmerz

Die WHO Definition: Schmerz ist ein unangenehmes Gefühls- und Sinnes-erlebnis, das als Folge einer Gewebsirritation oder Gewebeschädigung auftritt. Der Schmerz ist ein Symptom, ein Ausdruck dafür, dass etwas nicht stimmt und somit immer ein Ausdruck des Organismus in seiner Bedürftigkeit (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 9).

Die Österreichische Krebshilfe definiert den Schmerz so: Was der Patient als Schmerz empfindet, nicht was der Helfer befindet (vgl. Feichtner 2014, S. 151).

„Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“(Mc Caffery 1999, zitiert nach Feichtner 2014, S. 151).

Die **International Association for the Study of Pain** (Internationale Schmerzgesellschaft) liefert für Schmerzen folgende Definition: "Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird". (onmeda 2016)

## §§ 82, 83 der GuKG–Novelle 2016

Es kommt bei den derzeit bestehenden Berufen zu einer Erweiterung der Kompetenzen und Tätigkeitsbereichen für vormals Pflegehelfer.

### Berufsbild

§ 82. (1) Pflegeassistentenberufe sind die Pflegeassistenten und die Pflegefachassistenten.

Sie sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten.

(2) Die Pflegeassistentenberufe umfassen die Durchführung der ihnen nach Beurteilung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Pflegeprozesses übertragenen Aufgaben und

Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen.

(3) Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen die Pflegeassistentenberufe die ihnen von Ärzten übertragenen oder von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege weiterübertragenen Maßnahmen durch.

## **Tätigkeitsbereich**

§ 83. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten umfasst die Durchführung folgender Aufgaben:

- Mitwirkung an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen (Abs. 2),
- Handeln in Notfällen (Abs. 3),
- Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (Abs. 4).

Die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),
4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,
7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,

8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
10. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen.

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Ärzten oder Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen (GuKG 2016, §82; § 83).

## **Palliative Care**

Die Definition Palliative Care siehe Seite 1. „Palliativ“ entstammt dem lateinischen Wort *pallium*.

Dieser steht für *Mantel, Bedeckung, Hülle*. „Care“ ist ein englischer Begriff, der sich nur schwer ins Deutsche übertragen lässt. Die Bedeutung „care“ kommt am ehesten einer umfassenden Fürsorge, Betreuung und Pflege von Patienten und Begleitung dar.

Der Begriff „Palliative Care“ wird in Österreich nicht übersetzt, sondern als englischsprachiger Begriff verwendet (Pleschberger 2002, S.15, zitiert nach Feichtner 2014, S.16).

Für die Patient/innen kann eine palliative Therapie existenziell eine der Heilung vergleichbare Lebensqualität bedeuten (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 1).

Es wird nicht nur auf die besondere Bedeutung des Assessments (Einschätzung, Bewertung, Beurteilung) hingewiesen, es wird auch deutlich, dass es stets um die Patient/innen und deren Angehörigen geht. Pflegende sollen nie vergessen, dass ein Mensch nicht nur gesund oder nicht nur krank ist, denn jeder hat seine Defizite und seine Ressourcen. Ziel der Palliativpflege sollte es sein, eine Brücke zu den Patient/innen zu bauen und ihnen mit Empathie zu begegnen (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 85).

Palliative Care soll als Ansatz schon sehr früh im Krankheitsverlauf eingesetzt werden, nämlich bereits bei der Diagnosestellung (vgl. Feichtner 2014, S. 17).

### 3.1. Therapien und Maßnahmen bei Palliativpatient/innen

Die Entscheidung über Therapie und Maßnahmen erfolgt durch die Abwägung von Nutzen und Belastung in Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen, also unter Einbeziehen von Patient/innen, Angehörigen und dem Team (vgl. Feichtner 2014, S. 18). Monique Weissenberger-Leduc gibt in ihrem Buch *Handbuch der Palliativpflege* an, dass die verschiedenen palliativen Maßnahmen immer ein Gesamttherapiekonzept sein müssen. Behandlungsziele müssen immer mit den Patient/innen auf ihren Wunsch hin und nur mit deren Einverständnis erfolgen, sie sollen immer sehr kritisch erfolgen, immer reflektiert werden, denn was heute gilt, muss in zwei Monaten nicht mehr gelten (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 2).

Palliative Care wird schon längst nicht mehr nur von onkologischen Patient/innen in Anspruch genommen, sondern bei allen Erkrankungen ohne Heilungsaussicht.

Es geht um Menschen mit chronischen und lebensbegrenzten Erkrankungen, unabhängig vom Lebensalter. Unheilbar Kranke und Sterbende sind in unserem Gesundheitssystem die am meisten benachteiligten Patienten/innen (vgl. de Ridder 2011, S. 239, zit. nach Feichtner 2014, S. 18). Palliativpflege ist eine Spezialpflege, die auch eine spezielle Ausbildung verlangt. Sie erfordert viel praktisches Können, umfassendes Wissen und eine hohe soziale Kompetenz (vgl. Feichtner 2014, S. 20).

„Nicht mehr die Krankheit steht im Mittelpunkt der Bemühungen, sondern der Mensch in seiner schicksalhaften Lebenssituation“ (Müller/Busch 2006, zitiert nach Feichtner 2014, S. 19).

### 3.2. Zusammenfassung

Palliativpatient/innen sind in der heutigen Gesellschaft ein aktuelles Thema, da diese Gruppe stetig zunimmt. Palliative Maßnahmen müssen stets in ein Gesamttherapiekonzept eingebunden werden. Behandlungen müssen immer mit dem Patienten auf seinen Wunsch hin besprochen und festgelegt werden. Das gesamte Palliativteam soll sich eine Meinung über den Patienten bilden und miteinander ein Konzept ausarbeiten. Von einem Palliativteam wird viel Teamgeist, Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation verlangt.

## Die Hospizbewegung

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass die Hospizbewegung als Zielsetzung die innerere Haltung, Grundhaltung und Respekt vor individuellen Bedürfnissen bewahren möchte.

Hospiz stammt vom lat. *hospitium*, *Gastfreundschaft*, *Herberge*. Unter Hospiz versteht man eine Raststätte für Menschen auf ihrer letzten Reise. Die Hospizbewegung drückt die Erhaltung von Würde und Selbstbestimmung der Sterbenden unter Beachtung von individuellen Bedürfnissen aus. Somit macht sich die Hospizbewegung zum Ziel, Sterbende und ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase eine bestmögliche Unterstützung zuteilwerden lassen (vgl. Feichtner 2014, S. 20).

### **Geschichtliche Entwicklung:**

Der Begriff Hospiz wurde bereits zur Zeit der Römer verwendet. Schon damals wurden Bedürftige, Kranke und Sterbende im Hospiz versorgt (vgl. Feichtner 2014, S. 20). Im Christentum wurden solche Einrichtungen von religiös engagierten Frauen geleitet. Im Mittelalter (Zeitspanne 476 nach Christus bis 1492) gab es schon einige Hospizorden, diese befanden sich meist an Alpenpässen und Flussübergängen entlang der Pilgerwege. Damals war ein Hospiz eine Herberge und Raststätte für Reisende und eine wertvolle soziale Einrichtung, um Hilfsbedürftigen Schutz, Geborgenheit, Erfrischung, Stärkung und Heilung zu bieten. Palliativmedizin und Palliativpflege sind von Anbeginn in der Geschichte der Menschheit verankert. Bis ins 19. Jhd. wurde aufgrund der früheren medizinischen Möglichkeiten als Behandlungsziel die Linderung von Schmerzen und nicht die Heilung angestrebt. Doch durch die Entwicklung der Antibiotika, die Einführung der Anästhesie, Radio- und Chemotherapie wurde die Möglichkeit des Heilens in der Medizin immer größer. Dadurch wurden unheilbare Kranke und Sterbende in den Krankenhäusern zunehmend unwillkommen, sie waren zu teuer, da sich der hohe Aufwand an Personal und Technik nicht mehr als gerechtfertigt herausstellte. Erst vor 40 Jahren entwickelte sich ein zunehmendes Bewusstsein für die Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Menschen. Die Hospizidee hat zur Bewusstseinsbildung beigetragen, indem sie die Fragen um die Bedürfnisse und Wünsche sterbender

Menschen thematisiert hat. Neu in der Palliativpflege ist die hohe Fachlichkeit dieser speziellen Form der Pflege, nicht die Palliativpflege selbst (vgl. Feichtner 2014, S. 21).

### **Die moderne Hospizbewegung**

Die Betreuung von Sterbenden wurde in der 1. Hälfte des 20. Jhd. zunehmend vernachlässigt (vgl. Klaschik 2003, S. 2, zit. nach Feichtner 2014, S. 21).

Veränderung in der Betreuung mit sterbenden Menschen gab es Anfang der 1960er-Jahre, dass bewirkten 2 Frauen Namens **Cicely Saunders** und **Elisabeth Kübler-Ross** (vgl. Feichtner 2014, S. 21).

**Cicely Saunders** war Krankenschwester, und später auch Ärztin in England, sie erkannte die unzureichende Behandlung und Betreuung von sterbenden Menschen zur damaligen Zeit (vgl. Feichtner 2014, S. 21). Saunders gründete 1967 das *St. Christopher's Hospice* in London, von dort geht die heute weltweite Bewegung aus. Diese Hospizidee von Saunders ist in über 80 Ländern verbreitet (vgl. Feichtner 2014, S. 22).

**Elisabeth Kübler-Ross**, Psychiaterin aus der Schweiz, beschäftigte sich ebenfalls mit der Begleitung von schwerkranken Menschen und war maßgeblich daran beteiligt, das Thema Sterben in die Öffentlichkeit zu bringen und zu enttabuisieren. 1969 schrieb sie das Buch *Interview mit Sterbenden*, wodurch sie sehr bekannt wurde.

Im Jahr 1986 war Kübler-Ross auch daran beteiligt, dass der amerikanische Senat eine Effizienzstudie durchführen ließ, in der nachgewiesen werden konnte, dass die Hospizbetreuung ökonomisch sinnvoll ist. So wurde der Hospizgedanke fester Bestandteil des amerikanischen Gesundheitssystems. Diese beiden Frauen trugen jedenfalls entscheidend zu einem würdevollen Umgang mit Sterbenden und einen höheren Stellenwert der Familienbetreuung und Nachbarschaftshilfe bei (vgl. Klaschik 2003, S. 2, zit. nach Feichtner 2014, S.22).

### **Internationale Entwicklung**

Die Hospizidee nahm ihren Ausgangspunkt in den 1970er-Jahren in England. Mittlerweile hat sie sich weltweit ausgebreitet. Vom Grundsatz dieser Idee hat sich

das Palliative-Care-Konzept entwickelt. Aus einer Idee in den 1970er Jahren ist ein gesellschafts- und gesundheitspolitisches Versorgungs- und Betreuungskonzept gewachsen (vgl. Pleschberger 2002, S. 21, zit. nach Feichtner 2014, S. 22).

In Kanada wurde 1975 die weltweit erste Palliativstation eröffnet, welche bereits einen Hausbetreuungsdienst und einen Konsiliardienst anbot. In Deutschland wurden Ende der 1970er-Jahre zahlreiche lokale Hospizgruppen und 1985 der Christophorus-Hospiz-Verein in München gegründet. Die erste deutsche Palliativstation gab es 1983 an der Universitätsklinik in Köln und 1986 wurde das erste Hospiz Deutschlands in Aachen errichtet. Durch Paul Becker wurde auch 1986 in Deutschland eine internationale Vereinigung für Sterbebegleitung und Lebensbeistand initiiert. Dem zufolge entstanden landesweit Palliativstationen und Hospize. In England errang die Palliativmedizin im Jahr 1987 erstmals die Anerkennung als eigenständige Subdisziplin der Medizin. 1994 wurde in Deutschland die Gesellschaft für Palliativmedizin eingerichtet und 1998 entstand die österreichische Palliativgesellschaft (vgl. Feichtner 2014, S. 23).

### **Hospizbewegung in Österreich**

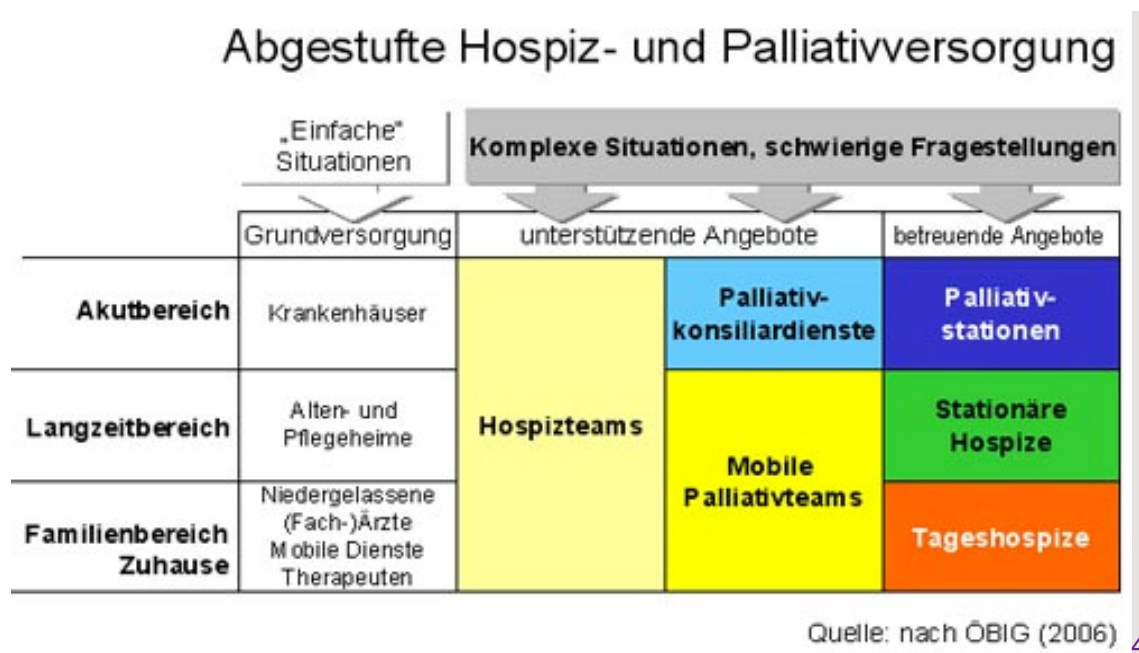
Mit Ende der 1970er-Jahre wurde von medizinischen Laien die Hospizbewegung in Österreich organisiert und dies zur Gänze aus privaten Spenden und durch Wohlfahrtsverbände, zunächst über kirchliche Trägervereine wie Caritasverband, Diakoniewerk und verschiedene Orden. Im Jahr 1987 wurde begonnen, die Hospizarbeit ambulant durch das interdisziplinäre Außenteam anzubieten.

1992 entstand die erste stationäre Hospizeinrichtung *Hospiz St. Raphael* in Wien, 1993 formte sich der Dachverband *Hospiz Österreich*. Im selben Jahr begann das *Ambulante Hospizteam* in Innsbruck schwer kranke und sterbende Menschen zu Hause zu betreuen, ab 1995 gab es dann in allen österreichischen Bundesländern Hospizteams. Erst im Jahre 1998 konnte aufgrund bis dahin fehlender finanzieller Unterstützungen das erste stationäre Hospiz in Innsbruck gegründet werden. Auch die Palliativstation St. Vinzenz in Ried und die ersten Palliativbetten am Krankenhaus der Elisabethinen in Graz wurde eingerichtet.

1999 erfolgte die Verankerung der Palliativmedizin im österreichischen Gesundheitswesen. 2002 wurde für Angehörige von schwer Kranken und Sterbenden die Familienkarenz eingeführt, seitdem besteht die Möglichkeit, sich für 6 Monate karenzieren zu lassen. 2004 wurde das Konzept der abgestuften Hospiz-



und Palliativversorgung entwickelt, dies bedeutet, dass die palliativen Versorgungsangebote auf jeden einzelnen Patienten zugeschnitten werden (vgl. Feichtner 2014, S. 24). Mit diesem deklarierten gesundheitspolitischen Ziel wurde das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den Österreichischen Strukturplan 2010 aufgenommen (vgl. Gesundheit Österreich 2012, S. 1).



2007 wurde an der Medizinischen Universität in Wien der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin geschaffen. Das erste mobile Kinderhospizteam gibt es seit 2003, ebenfalls in Wien. Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheit entwickelte 2004 einen Strukturplan zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, nach dem sollten pro Million Einwohner/innen 60 Hospiz- bzw. Palliativbetten zur Verfügung stehen. Acht Jahre nach der Entwicklung dieses Strukturplans gibt es in Österreich nur einen Flächendeckungsgrad von 49,4% deshalb ist der Bedarf an weiteren stationären Hospizen hoch und dringend notwendig. (vgl. Nemeth, Datenerhebung 2012 des DVHÖ, ST.AT, GÖG o.S. In: Feichtner 2014, S. 25).

#### 4.1. Netzwerke

**Österreichische Palliativgesellschaft:**

1998 erfolgte die Gründung der OPG (Österr. Palliativgesellschaft). Sie versteht sich als eine interprofessionelle und interdisziplinäre Gesellschaft, die sich mit der Ausbildung und Forschung der Palliative Care befasst (vgl. Feichtner 2014, S. 25).

#### **Dachverband der Hospiz- und Palliativeinrichtung:**

Seit dem Jahre 1993 existiert in Österreich der Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Aufgabe des Dachverbandes ist es, alle Hospizgruppen und Palliativeinrichtungen sowie Vereine zu vernetzen. Der interdisziplinäre zusammengesetzte Vorstand arbeitet mit Vertreter/innen aller Bundesländern zusammen. Sie setzen sich für den Schwerpunkt Bildungsarbeit, aber auch für den Auf- und Ausbau und die Qualitätssicherung der Hospizeinrichtungen ein (vgl. ebd., S. 26).

#### **Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF):**

Der Sitz dieses Institutes befindet sich in Klagenfurt. Das IFF hat einen Lehr- und Forschungsschwerpunkt in Organisationsethik und Palliative Care etabliert. Vorrangig geht es dabei um eine nachhaltige Entwicklung von Versorgungskontexten für alte, pflegebedürftige, demenziell veränderte, chronisch kranke, schwer kranke und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen und Bezugspersonen (vgl. ebd., S. 26).

#### **Bildungsangebote:**

In Österreich werden nicht nur Ausbildungskurse für ehrenamtliche Begleiter/innen im Hospizbereich, sondern auch Basiskurse für Palliative Care für Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen angeboten. Auch von den verschiedenen Ärztekammern werden Palliativlehrgänge speziell für Ärzte/innen angeboten. Einige Bildungseinrichtungen bieten für Fachpersonal, aber auch für Laien einen Lehrgang für Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung an. Im Rahmen des Projektes Hospiz und Palliative Care bietet das Hospiz Österreich Schulungen in Alten- und Pflegeheimen an, verbunden mit einem Organisationsentwicklungsprozess. Das Ziel ist die Integration von Palliative Care und Hospizkultur in Pflege- und Altenheimen. Die Alpen-Adria-Universität Klagenfurt hat einen Lehr- und Forschungsschwerpunkt in der Palliative Care und Organisationsethik etabliert.

## **4.2. Organisationsstrukturen von palliativen Betreuungseinrichtungen**

Die Entwicklung der Palliative Care stammt von der Hospizidee und ist zentraler Ausgangspunkt für die Hospizbewegung. Hospizbewegung und Palliativstationen verfolgen dieselben Ziele. Beide wollen für schwer kranke und sterbende Menschen ein „Leben bis zuletzt“ ermöglichen (vgl. ebd., S. 26).

Die Lücke in der Regelversorgung schließt sich mit den speziellen Aufgaben und der Grundversorgung durch ergänzende Angebote. Die Versorgungssysteme sind auf unterschiedliche Bedürfnisse angepasst. (vgl. Gesundheit Österreich 2012, S. 5).

### **Stationäre Hospize**

Dies sind Einrichtungen, die über eine eigenständige Organisationsstruktur verfügen, aber auch einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein können. Stationäre Hospize verstehen sich auch als traditionelle Orte zum Sterben, wo Menschen in Geborgenheit und Sicherheit mit umfassender psychosozialer und medizinisch-pflegerischer Betreuung die Zeit ihres Sterbens verbringen können. Neben der Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen sind vor allem schwierige pflegerische Situationen und psychosoziale Krisensituationen gegeben. Die Patient/innen sind weitgehend über unheilbare Krankheit aufgeklärt und über die Möglichkeiten und Ziele des stationären Hospizes informiert (vgl. ebd., S. 53).

### **Palliativstationen**

Sie arbeiten eigenständig, sind jedoch an ein Krankenhaus oder an eine integrierte Station angebunden und arbeiten interdisziplinär zusammen. Die bestmögliche Linderung von Symptomen ist ihr Ziel. Der Schwerpunkt der Betreuung auf der Palliativstation liegt wie bei den Hospizen in der Verbesserung der Lebensqualität für schwer kranke Menschen und für ihre Angehörigen, doch die Aufenthaltsdauer ist zeitlich begrenzt. Die Palliativstationen werden finanziell über die Krankenanstaltsfinanzierung geregelt. Hingegen wird der Aufenthalt von Hospizpatient/innen durch die Pflegeheimfinanzierung abgerechnet, die Patient/innen müssen im Rahmen des Möglichen finanziell wesentlich dazu beitragen (vgl. ebd., S. 27).

### **Das Tageshospiz**

Ziel des Tageshospizes ist die Entlastung und Unterstützung der Patient/innen, sodass diese so lang wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Gleichmaßen Betroffene haben tagsüber die Möglichkeit, gemeinsam an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen. Nicht nur Betreuung von Patient/innen und deren Angehörigen ist Aufgabe des Tageshospizes, sondern es umfasst auch palliativpflegerische, palliativmedizinische und psychosoziale Betreuung durch ein multiprofessionelles Team. Patient/innen, die mobil bzw. transportfähig sind und die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, sind die Zielgruppe eines Tageshospizes. Angehörige werden dadurch entlastet (vgl. Gesundheit Österreich 2012, S. 75).

Drei Tageshospize gab es Ende 2012 in Österreich, je eines in Salzburg, in der Steiermark und in Wien (vgl. Feichtner 2014, S. 29).

### **4.3. Teams in palliativen Bereichen**

#### **Das mobile Palliativteam**

Es bietet professionelle Betreuung vor Ort an und unterstützt Palliativpatient/innen sowie ihre Angehörigen in der Betreuung, Beratung und Begleitung zu Hause bzw. im Pflegeheim. Das Team ist multiprofessionell. Ziel ist, dass Patient/innen in der gewohnten Umgebung bleiben können. Das mobile Palliativteam unterstützt auch die Übergänge zwischen Krankenhaus und der Versorgung zu Hause (vgl. Gesundheit Österreich 2012, S. 112).

#### **Der Palliativkonsiliardienst**

Die Zusammensetzung dieses im Krankenhaus geleisteten Dienstes ist multiprofessionell. Das Ziel des Palliativkonsiliardienstes ist in erster Linie eine beratende Unterstützung für die betreuenden Pflegepersonen und Ärzt/innen im Krankenhaus. Es werden aber auch Konsiliarbesuche auf den Stationen und Ambulanzen durchgeführt. Der Palliativkonsiliardienst berät in der Schmerztherapie, bei der Symptomkontrolle, bei ganzheitlicher Pflege und bietet psychosoziale Begleitung an (vgl. ebd. S. 94). Auch Fort- und Ausbildungen werden organisiert sowie telefonische Beratung angeboten (vgl. Feichtner 2014, S. 31).

#### **Das Hospizteam**

Setzt sich aus qualifizierten, ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen und mindestens einer hauptehrenamtlichen koordinierten Fachkraft zusammen, die in allen Versorgungskontexten tätig sind. Betroffenen Patient/innen und ihren Angehörigen bietet das Team in der Zeit der Krankheit, des Abschieds und der Trauer Begleitung und Beratung an. Auch ein wesentlicher Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Patient/innen, Angehörigen und Betreuungsgruppen, wird vom Team geleistet. Das Hospizteam arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen und ist Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes (vgl. ebd.).

#### 4.4. Zusammenfassung

Die Hospizbewegung findet ihren Ursprung in den frühen 70iger Jahren in England. Stamm vom *lat. hospitum* und bedeutet *Gastfreundschaft/Herberge*. Die geschichtliche Entwicklung des Hospizes (als ursprünglicher Gedanke) wurde schon im frühen Mittelalter in Klöstern praktiziert und von Hospitalorden geleistet. Die Hospizbetreuung begleiten Menschen in der letzten Phase ihres Lebens – in der Sterbephase. Die Schwerpunkte des Hospizgedankens beruhen auf den Umgang mit Sterbenden, Familienbetreuung mit höherem Stellenwert und auch auf Nachbarschaftshilfe (vgl. ebd.).

### Arten der Zusammenarbeit

In diesem Kapitel geht es um das Thema Zusammenarbeit, diese findet zwischen mindestens zwei Personen unterschiedlicher Disziplinen statt.

Definition: Zusammenarbeit bedeutet, ein Ziel zu erreichen, wobei als Grundlage das Vertrauen im Mittelpunkt steht. Da die Probleme von sterbenden Menschen oft sehr komplex sind, erfordert eine optimale Betreuung ein hohes Maß an Fachwissen und eine große Bandbreite an Angeboten, deshalb ist es für eine einzige Berufsgruppe nicht möglich, allen Anforderungen der Patient/innen gerecht zu werden. Daher sind Personen aus unterschiedlichen Fachrichtungen erforderlich (vgl. ebd., S. 32).

#### Multiprofessionelle Zusammenarbeit

In fast jedem medizinischen Bereich wird in multiprofessionellen Teams gearbeitet, dies bedeutet, dass verschiedene Professionen eigenständig und unabhängig voneinander arbeiten. Multiprofessionelle Teams kümmern sich um die Bedürfnisse der Kranken und bewerten sie in einer Form, die der hierarchischen Struktur innerhalb des multiprofessionellen Teams entspricht. Diese Bewertungen haben den Aspekt, dass medizinische Maßnahmen immer an oberste Stelle stehen, von außen festgelegt werden und nicht aus den momentanen vorrangigen Bedürfnissen der Kranken ergehen (vgl. ebd., S. 32).

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Hier handelt es sich um ein gemeinsames Streben nach einem übergeordneten Ziel: den Bedürfnissen der schwerkranken Menschen zu entsprechen. Aktuelle Bedürfnisse der Patient/innen bestimmen die Rangordnung innerhalb eines interprofessionellen Teams und nicht die hierarchische Struktur. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen lässt sich gut durch ein Uhrwerk symbolisieren. Ein Uhrwerk funktioniert nur durch eine enge Verbindung von verschiedenen Zahnrädern, welche maßgebend für die Funktion des ganzen Werkes sind. Deshalb arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen wie Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge und Sozialarbeit eigenständig, weitgehend gleichberechtigt und auch sehr eng zusammen (vgl. ebd., S. 33).

#### **5.1. Das interdisziplinäre/interprofessionelle Team**

Dies ist eine Gruppe von Personen, die mit einer gemeinsamen Absicht zusammenarbeiten. Es geht nicht nur darum, am selben Strang zu ziehen, sondern vielmehr am selben Ende dieses Strangs (vgl. Metz/Heimerl 2002, S. 303f, zit. nach Feichtner 2014, S. 34). Das Palliative-Care-Team setzt sich durch eine enge Zusammenarbeit folgender Professionen zusammen: Medizin, Pflege, Physio-, Psycho- und Ergotherapie, Logopädie, Diätendienste, Seelsorge und Sozialarbeit. Im weiteren Sinn dazu gehören auch noch ehrenamtlich Tätige, die für diese Aufgabe speziell geschult werden, ebenso Stationshilfsdienste, Hauswirtschaft und Reinigungspersonal (vgl. ebd., S. 34). Alle Berufsgruppen sind im gleichen Ausmaß wertvoll. Eine fruchtbringende Zusammenarbeit kann nur erfolgen, wenn jeder

Berufsgruppe das Recht zugestanden wird, sich einzubringen, Vorschläge zu machen und gehört zu werden (vgl. ebd., S. 35). Alle Fachkräfte bringen in ihren Bereich wertvolle Aspekte ein, wenn es um Behandlungsentscheidungen geht (vgl. ebd., S. 36). Diese besondere Herausforderung interprofessioneller Zusammenarbeit liegt in der Balance von Widersprüchen sowie in der Integration und den Unterschieden für ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame Haltung zugunsten der Kranken (vgl. Heller 2007, S. 201, zit. nach Feichtner 2014, S. 37). Schwierig ist das Zeitmanagement, um alle Berufsgruppen an einem Tisch zu versammeln (vgl. Böker et al. 2005, S. 328). Die Zeit, die für die Kommunikation innerhalb des professionellen Teams investiert wird, lohnt sich vielfach (vgl. Feichtner 2014, S. 37). Einen besonderen Stellenwert einer Besprechung im Team hat die Analyse von Fehlern, die gemacht wurden, welche im Team angesprochen und zu reflektiert werden sollen. Letztlich geht es immer um die Sicherheit der Patient/innen (vgl. ebd., S. 40).

## **5.2. Zusammenfassung**

Es wird unterschieden zwischen multiprofessioneller und interprofessioneller Zusammenarbeit. Das interdisziplinäre/interprofessionelle Team hat die Absicht, eine gute Zusammenarbeit zu leisten. Alle Berufsgruppen sind gleichgestellt und haben das Recht, sich einzubringen. Ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame Haltung und die Sorge um die Sicherheit der Patient/innen ist letztlich immer das, was eine gute Zusammenarbeit bedeutet.

## **Das Symptom Schmerz**

In diesem Kapitel möchte ich kurz aufzeigen, dass der Schmerz uns als wichtiges Warnsignal dient und wie die Patienten am besten damit umgehen können.

Das Symptom Schmerz ist eines der wichtigsten Begleiterscheinungen in der Palliative Care, da der Schmerz die Lebensqualität eines Menschen sehr beeinflussen kann und auch viele an unheilbaren Erkrankungen leidende Patient/innen zumindest zeitweise davon betroffen sind. Die Ursache der Schmerzen bei der Palliative Care, z.B. bei tumorbedingten Schmerzen, kann nicht behandelt werden. Deshalb ist eine weitgehende Reduktion der Schmerzen das Ziel der

Schmerztherapie. Pflegepersonen müssen sich bewusst sein, dass die Schmerzkontrolle ein wichtiger Bestandteil ihres Tätigkeitsbereiches ist. Das Phänomen Schmerz ist sehr schwer zu beschreiben, da es nichts Objektives ist - es wird von jedem Menschen einzigartig und unterschiedlich verspürt. Der Schmerz ist immer ein subjektives Empfinden (vgl. ebd., S. 151).

Nur der Patient selbst kann von seinem Schmerz erzählen, er wird als subjektive, unangenehme und gefühlsmäßige Erfahrung beschrieben (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 9).

## 6.1. Das Schmerzerleben

Es dient uns als wichtigstes Warnsignal. Wenn wir keine Schmerzen empfinden würden, so würden wir auch nicht die Hand von der heißen Herdplatte zurückziehen (vgl. Feichtner 2014, S. 152). Schmerz ist die Folge einer Funktionsstörung oder einer Beeinträchtigung des Organismus = Reaktion des Körpers (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 9).

### 6.1.1. Schmerzeinteilung

Somatische Schmerzen gehen von den Schmerzrezeptoren der Haut, dem Bindegewebe, der Skelettmuskulatur, und den Gelenken aus. Z.B. ein Nadelstich auf einer oberflächlichen Körperstelle wird hell wahrgenommen, und es ist genau zu spüren, woher er kommt. Liegt ein Schmerz tiefer, z. B. bei einer Meniskusschädigung, kann er nicht gut lokalisiert werden, und fühlt sich eher dumpf an.

Viszerale Schmerzen gehen von den Schmerzrezeptoren der inneren Organe des Brust- und Beckenraumes aus. Diese lassen sich schwer lokalisieren und können drückend, ziehend und krampfartig sein, z.B. wie bei einer Gallenkolik.

Neuropathische Schmerzen sind die Reizung der Nerven des peripheren oder zentralen Nervensystems. Nervenschmerzen äußern sich als:

- Attacken, die einschneidend, schneidend oder stechend sein können oder
- Dauerschmerzen die bohren und brennend sich auswirken (vgl. Feichtner 2014, S. 153).

Monique Weissenberger-Leduc unterscheidet den Schmerz hingegen zwischen:



- Sinnvollem Schmerz = akuter Schmerz, dieser ist lebensnotwendig er hat eine Signalfunktion.
- Sinnlosem Schmerz = chronischer Schmerz, dieser hat keine Signalfunktion und beeinträchtigt die Lebensqualität (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 11).

### 6.1.2. Einteilung der Schmerzen nach Zeit

Akute Schmerzen dauern weniger als 3 Monate und haben ein voraussichtliches Ende.

Chronische Schmerzen dauern länger als 3 Monate, können dauerhaft oder immer wieder auftreten, z.B. Migräne. Chronische Schmerzen können sich als eigenständige Krankheit entwickeln. Patient/innen mit chronischen Schmerzen zeigen eine zunehmend geringere Schmerztoleranz auf (vgl. Feichtner 2014, S.153). Als Schmerztoleranz bezeichnet man das Ausmaß an Schmerzen, die ein Mensch ertragen kann (vgl. McCaffery 1997, In: Feichtner 2014, S. 154).

### 6.1.3. Die häufigsten Schmerzformen

Krebsschmerzen: Krebs muss nicht immer Schmerz bedeuten, da nur zwei Drittel aller Krebspatienten Schmerzen haben und ein Drittel von ihnen keine. Ein Fünftel der Patient/innen haben nur eine Schmerzlokalisierung, jedoch vier Fünftel haben zwei oder mehrere Lokalisationen

Altersschmerzen: Der Begriff „Altersschmerz“ kann irreführend sein, denn das Alter bewirkt keine Schmerzen, wohl aber die Abnutzungserscheinungen, die mit zunehmenden Alter auftreten können. 40% der über 80jährigen und 29% der 71 - 80jährigen leiden unter Schmerzen.

Kopfschmerzen: Laut Statistik leiden 20 bis 25% aller Erwachsenen unter Kopfschmerzen. Leistungsverminderung, Beziehungsprobleme und Rückzug sind meist die Folgen davon. Dies bedeutet in weiterer Folge Verlust von Lebensqualität und Lebensmotivation.

Kreuzschmerzen: Unter Kreuzschmerzen leiden fast 5 % der Bevölkerung.

Schmerzen im Bewegungs- und Stützapparat: Dies ist jene Gruppe, die mit steigendem Alter am meisten zunimmt.

Nervenschmerzen: Die Ursache von Nervenschmerzen kann eine Schädigung eines Nervs selbst sein, aber auch die Folge einer Infektionskrankheit, einer Stoffwechselerkrankung oder einer Verletzung im Bereich des Rückenmarks oder des Gehirns.

Viszeraler Schmerz (Eingeweideschmerz): Diese Schmerzen sind oft schlecht lokalisierbar. Organschmerzen aus Bauch- und Brustraum projizieren sich oft in anderen Körperregionen (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 12).

#### 6.1.4. Beeinflussung des Schmerzerleben

Die Subjektivität des Schmerzerlebens wird deutlich, wenn die Einflussfaktoren beleuchtet werden:

Soziokultureller Hintergrund – wie war die Kindheit, das Elternhaus, die Religion.

Persönlichkeit und persönliche Einstellung zu Schmerzen – Der Lauf des Lebens.

Bedeutung der Schmerzen – Wie stehe ich zu den Schmerzen?

Schwankungen – Hängt von der Tageszeit, dem Wetter und dem vegetativen Nervensystem ab.

Angst und Schmerz – Mit Angst wird der Schmerz stärker empfunden (vgl. Feichtner 2014, S. 154).

#### 6.1.5. Schmerzdimensionen

Schmerz ist ein multidimensionales Geschehen. Der Schmerz wird immer auf mehreren Ebenen erfahren. In der Pflege ist dieser Blickwinkel durchaus üblich, da Pflegemodelle den Menschen als psychisches, physisches, spirituelles und soziales Wesen begreifen und diese vier Bereiche in sich vereinen.

**Körperliche Dimension:** hier wird das Schmerzgeschehen über den Körper wahrgenommen. Dennoch gibt es keinen rein körperlichen Schmerz.

**Psychische Dimension:** der Schmerz wird ausgelöst und verstärkt durch Angst, Ungewissheit und Enttäuschung.

**Soziale Dimension:** der Schmerz kann ausgelöst werden durch Angst vor Einsamkeit oder durch eine veränderte soziale Rolle in der Familienstruktur.

**Spirituelle Dimension:** der Mensch wird als eine Einheit von Seele, Körper und Geist verstanden. Bei spirituellen und religiösen Fragen geht es oft um die Sinnhaftigkeit des Lebens. Diese Frage kann schwer kranke Menschen sehr belasten und beschäftigen und das kann sich auch schmerzverstärkend auswirken (vgl. ebd., S. 156).

### 6.1.6. Schmerzeinschätzung

Wie stark ihr Schmerz ist, können nur die Betroffenen selbst beurteilen. Dieser Satz ist der wichtigste Grundsatz in der Schmerztherapie, daraus ergibt sich nicht nur die Verpflichtung, die Aussagen der Patient/innen ernst zu nehmen, sondern sie auch als Experten für ihre Schmerzen anzuerkennen. Beim Schmerz-Assessment (Einschätzung, Bewertung, Beurteilung) ist es wichtig, dass ärztliches und pflegerisches Personal gut zusammenarbeitet und sich dieser Aufgabeüberschneidung bewusst ist. Hilfreich ist in diesem Fall ein gemeinsamer Anamnese-Fragebogen für Medizin und Pflege.

**Schmerzlokalisierung:** Patienten können auf einer Zeichnung des Körpers markieren oder zeigen, wo sich der Schmerz befindet (vgl. ebd., S. 157).

**Schmerzintensität:** Die Schmerzstärke wird mittels Skalen erfasst.

Es gibt verschiedene Skalen:

- Numerische Ratingskala: die Patient/innen geben ihr Schmerzempfinden auf einer Skala von 0-10 an. Jedoch fällt es vielen Menschen schwer, ihren Schmerz in Zahlen auszudrücken.
- Verbale Ratingskala: dies ist eine Skala mit vier Einteilungen
  - kein Schmerz
  - gut erträglich
  - gerade noch erträglich
  - unerträglich,

Diese Skala wird oft bei schwer kranken Patient/innen verwendet, wenn diese mit einer zehnstelligen Skala überfordert sind.

- Visuelle Analogskala: – Dies ist eine ca.10 cm lange Linie, auf der das momentane Schmerzempfinden markiert wird, mit zwei Einteilungen. Am Anfang der Skala: kein Schmerz und am Ende der Skala: stärkster, unvorstellbarer Schmerz.
- Smiley- Skala – mit 5 verschiedene Smiley-Gesichtern auf der Skala, von lachend bis weinend. Kann schon bei Kindern ab 4 Jahren eingesetzt werden sowie für Patient/innen, die sich verbal nicht mehr äußern können. Ebenso bei Migranten und Asylwerbern, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind.

- Schmerzschieber: Hier kann von den Patient/innen mittels eines Schiebers die momentane Schmerzintensität angezeigt werden. Es ist eine ähnliche Skala wie die Visuelle Analogskala mit zwei Unterteilungen. Wichtig ist, gemeinsam mit den Patient/innen das für Sie passende Messinstrument zu wählen und immer dasselbe Messinstrument zu verwenden (vgl. ebd., S. 159).

Oft sind es aber nonverbale Ausdrucksformen, die Patient/innen tätigen, um ihren unzureichend behandelten Schmerz auszudrücken:

- *Körpersprache* z.B. eingeschränkte Bewegung
- *Gesichtsausdruck* z.B. Tränen
- *Stimmlicher Ausdruck* z.B. Seufzen - Weinen
- *Andere Auffälligkeiten* z.B. Rückzug – Stillsein

Deshalb ist es wichtig für das Pflegepersonal, die Patient/innen genau auf ihr nonverbales Verhalten hin zu beobachten, oder aber auch Informationen von Angehörigen einzuholen und dies zu dokumentieren (vgl. ebd., S.161).

#### **6.1.7. Schmerzverlaufsprotokoll / Schmerztagebuch**

Dies ist ein wichtiges Hilfsmittel, um einen Überblick über die Schmerzstärke und die Häufigkeit der auftretenden Schmerzen zu erhalten.

Im Schmerztagebuch können verschiedene Parameter erfasst werden: z.B.

- Datum – Uhrzeit – Dauer
- Schmerzausmaß
- Auswirkung der Schmerzen
- Auftreten von anderen Beschwerden
- Wirksamkeit von schmerzlindernden Maßnahmen

Wenn die Möglichkeit besteht, sollte ein Schmerzprotokoll/Schmerztagebuch von den Patient/innen selbst geführt werden, ansonsten von Angehörigen oder Pflegepersonal (vgl. ebd., S. 162).

Ein Schmerztagebuch wird auch geführt, um einen Überblick über den Krankheitsverlauf zu bekommen. Wie hat sich der Patient gefühlt, wie waren die Schmerzen? Die Patient/innen sind aktive Experten für ihre Schmerzen (vgl. Weisenberger-Leduc 2008, S. 23).

#### **6.1.8. Medikamentöse und nichtmedikamentöse Schmerztherapie**

Medikamentöse Schmerztherapie wird von Angehörigen der Gesundheitsberufe verschrieben und verabreicht. Die Verabreichung von Placebos in der Schmerztherapie ist absolut abzulehnen, da dies einen Vertrauensbruch darstellt. Ein Placebo ist ein Scheinpräparat, es sieht aus wie das originale Medikament, aber es enthält keine medizinisch wirksame Substanz (vgl. Feichtner 2014, S. 163).



**Das WHO-Stufenschema zur medikamentösen Schmerztherapie ist international anerkannt und besteht im Wesentlichen aus drei Stufen:**

Nichtmedikamentöse Schmerztherapie

Stufe	Medikamente
Stufe 1	<p>Nicht-Opioidanalgetika (z.B. Diclofenac, Paracetamol, Novalgin usw.) Werden bei leichten Schmerzen verabreicht. Wenn die Wirkung dieser Medikamente nicht ausreicht, können sie mit Medikamenten der Stufe 2 kombiniert werden, ebenso wie mit Medikamenten der Stufe 3. Sie werden als Basismedikamente bezeichnet.</p>
Stufe 2	<p>Niederpotente Opioidanalgetika + Nicht-Opioidanalgetika (z.B. Tramal, Codein usw.) Haben ein leichtes Suchtpotential. Werden bei mittelgradigen bis starken Dauerschmerzen eingesetzt oder wenn Medikamente der Stufe 1 nicht mehr ausreichen. Sie können mit Medikamenten der Stufe 1 kombiniert werden, nicht aber mit solchen der Stufe 3, dies sollte vermieden werden.</p>
Stufe 3	<p>Hochpotente Opioidanalgetika + Nicht-Opioidanalgetika“ (z.B. Fentanyl, Morphinderivate = Substanzen die sich chemisch von Morphin ableiten, Hydal.) Können mit Medikamenten der Stufe 1 kombiniert werden (vgl Feichtner 2008, S. 171).</p>

Ein kurzes Gespräch mit den Patient/innen kann oft eine Tablette ersetzen. Hektik und Aufregung sollte man vermeiden, sowie für Ruhe und Entspannung sorgen (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S.159).



**Physikalische Therapie:** Dazu gehören Wärme - und Kälteanwendungen sowie Lagerungen.

Kälte und Wärmeanwendungen werden zur Schmerzlinderung schon seit Jahrhunderten genutzt und können in der palliativen Pflege zur Linderung von Schmerzen einen großen Beitrag leisten. Patient/innen erfahren durch diese Anwendungen Fürsorge und Zuwendung und dies führt in weiterer Folge zu einem besseren Wohlbefinden der Betroffenen (vgl. Feichtner 2014, S. 164).

**Die Wärmeanwendung** wird unterschieden zwischen trockener (Wärmeflasche, Kirschkernsäckchen) und feuchter (Wickel, Kompressen) Wärme. Die Wirkung dieser Anwendungen ist krampflösend, entspannend, vermehrt die Durchblutung und verringert die Peristaltik. Die Wärme darf nicht angewendet werden bei einer Blutung und Schwellung, beeinträchtigtem Wahrnehmungsvermögen und bewusstlosen Patient/innen.

**Die Kälteanwendung** wird auch zwischen trockener (Coldpacks, Kirschkernsäckchen) und feuchter (Eis direkt auf die Haut) Kälte unterschieden. Eine Eisanwendung darf nicht länger als 10 Minuten dauern, da es sonst zu Gewebsverletzungen kommen kann. Die Wirkung der Kälte ist: der Muskeltonus wird erhöht und die Hautempfindlichkeit herabgesetzt sowie die Peristaltik gefördert (vgl. ebd., S. 165).

Besonders wichtig ist die Lagerung, da bei Patient/innen mit chronischen Schmerzen bei einer richtigen Lagerung das Wohlbefinden, aber auch die Schmerzlinderung eintritt. Die Wahl der Lagerung richtet sich jedoch nach dem subjektiven Empfinden der Patient/innen. Entspannungstechniken: Das Symptom Schmerz ist meist mit Anspannung und Angst verbunden. Deshalb wirkt es sich günstig auf die Patient/innen aus, wenn sie sich entspannen können. Zum Entspannen gibt es verschiedene Methoden wie z.B. Entspannungsmusik, Atemtherapie, autogenes Training, aber auch Gespräche oder gemeinsames Singen können sich wohltuend auf die Patient/innen auswirken (vgl. ebd., S. 167).

### 6.1.9. Die Pflege in der Schmerztherapie

Eine effektive Schmerztherapie kann erfolgen, wenn eine gute Zusammenarbeit von Mitgliedern der Gesundheitsberufe und den Angehörigen gegeben ist.

Die Aufgaben der Pflege sind:

- Schmerz-Assessment, Schmerz-Anamnese, Schmerz-Analyse
- Dokumentation
- Schmerz-Therapie
- Korrekte Anwendungen von pflegerischen und schmerzlindernden Maßnahmen
- Patienten aktiv an Therapie beteiligen
- Sorgfältige Patient/innen Beobachtung
- Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung zu Patient/innen
- Erstellung des Pflegeplans
- Wahl des idealen Zeitpunkts zur Therapie (vgl. ebd., S. 168).

### 6.2. Zusammenfassung

Angelika Feichtner teilt den Schmerz in somatischen Schmerz, viszeralen Schmerz und neuropathischen Schmerz ein. Monique Weissenberger-Leduc teilt den Schmerz hingegen in sinnvollen und sinnlosen Schmerz ein. Die Schmerzeinteilung unterscheidet sich nach Zeit, es wird unterschieden zwischen akuten Schmerzen und chronischen Schmerzen. Die häufigsten Schmerzformen sind Krebschmerzen, Altersschmerzen, Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Nervenschmerzen und viszeraler Schmerz. Das Schmerzerleben wird von jedem/r Palliativpatient/in anders empfunden, da er einzigartig und unterschiedlich verspürt wird. Die Schmerzeinschätzung bei an unheilbaren Erkrankungen leidenden Patient/innen werden mittels verschiedenen Skalen erfasst. Sehr wichtig ist auch, dass ein Schmerzverlaufsprotokoll/Schmerztagebuch geführt wird, um einen Überblick über den Krankheitsverlauf der Patient/innen zu bekommen. In der Schmerztherapie wird zwischen medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapien unterschieden. Eine effektive Schmerztherapie kann nur erfolgen, wenn eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal, den Ärzten und Ärztinnen sowie den Angehörigen gegeben ist.

## Begleit-Erkrankungen und Störungen in der Palliativpflege

In diesem Kapitel wird kurz aufgezählt, zu welchen Begleit-Erkrankungen, Störungen und Notfällen es bei unheilbar Kranken und sterbenden Menschen kommen kann:

- Anämie - Blutarmut
- Angst und Depression
- Anorexie – Appetitlosigkeit
- Asthenie – chronische Müdigkeit – grande Fatigue
- Death Rattle – Todesrasseln
- Decubitus – Wundliegen
- Diarrhoe – Durchfall
- Dysphagie – Schluckstörungen
- Dyspnoe – Atemnot
- Epigastrisches Syndrom
- Exsikkose – Dehydration
- Harnwegssymptome
- Hirnmetastasen
- Hyperhidrose – übermäßige Schweißbildung
- Hyperkalzämie
- Ileus – Darmverschluss
- Infektionen
- Insomnia – Schlaflosigkeit
- Kachexie – Kräfteverfall
- Konvulsionen – Krampfanfälle
- Ulzerierende Wunden
- Urämie – Nierenversagen
- Verwirrtheit – Unruhe (vgl. Weissenberger-Leduc 2008, S. 90-196).

Die vier häufigsten Begleit-Erkrankungen möchte ich ein wenig näher beschreiben:

### 7.1. Asthenie – chronische Müdigkeit – grande Fatigue,

Die „grande Fatigue“ ist ein Begleiter auf dem Weg des Krankheitsverlaufes. Bis zu 70 % der Patient/innen im fortgeschrittenen Krebsstadium leiden an dieser pathologischen Müdigkeit, die ein subjektiv negatives Erleben aufweist und die Lebensqualität sehr stark beeinflusst.

Bei vielen Patient/innen wirkt sich die chronische Müdigkeit auch auf das Intimleben aus. Viele Ärzte glauben nicht, dass diese Müdigkeit existiert, da es schwierig ist, diese zu messen. Es gibt ein Messsystem in Form eines Fragebogens, das zunehmend als Standard verwendet wird.

### **Beschreibung**

Die Patient/innen beschreiben die „grande Fatigue“ als Schwäche, Energiemangel, Kraftlosigkeit, Konzentrationsmangel, Schläfrigkeit und Erschöpfung. Sogar das Lesen oder das Telefonieren ist anstrengend, und die Patient/innen sind unfähig, zu arbeiten. Durch genügend Schlaf und Ruhe wird das Erleben der „grande Fatigue“ nicht verändert.

### **Ursachen**

- Kachexie (pathologischer Gewichtsverlust)
- Dehydratation (Austrocknung)
- Infektionen
- Anämie (Blutarmut)
- Vegetative Nervensystemstörungen
- Depression
- Nebenwirkungen von Chemo-, Strahlen-, Immun- und Schmerztherapie usw.

### **Symptome**

Starkes Ruhebedürfnis, übermäßige Erschöpfung, Übelkeit, Immunschwäche,  
Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Anorexie (das Essen ist zu anstrengend), Konzentrationsstörung, Depression, Vernachlässigung der Körperpflege usw.

### **Nichtmedikamentöse Therapie**

Die Unterstützungsmaßnahmen für die Patient/innen und deren Umfeld müssen sehr kreativ sein: Energie sparend, erhaltende und erhöhende Maßnahmen sowie Anpassung der Lebensgestaltung. Haltung der Wertschätzung, Zulassung des Müde-Seins, Ruhezeiten vereinbaren, Schlafqualität verbessern, Aktivitäten und Entspannungstechniken anbieten usw.

### **Medikamentöse Therapie**

Kausale Therapie (Medizinische Behandlung) ist selten möglich (vgl. ebd. S. 101-104).

## **7.2. Obstipation, Verstopfung, erschwerte und verzögerte Stuhlausscheidung**

Die Beobachtung von Ausscheidung und die Mundpflege gehören zur Grundausbildung in Pflegeberufen, aber in der Praxis werden sie immer noch vernachlässigt. Auch wenn Patienten nicht essen, produzieren sie Stuhl, da der Kot nicht nur aus Nahrungsresten, sondern auch aus geschliffenen Partikeln der Darmwand bildet.

### **Ursachen**

Bei schwerkranken Menschen treten mit dem regelmäßigen Stuhlgang häufig Probleme auf:

- Bettlägrigkeit, Exikose (Austrocknung), wenig Nahrungsaufnahme
- Einnahme von Analgetika (Opioiden), von Eisenpräparaten, von Antidepressiva, Sedativa und anderen Medikamenten
- Angst vor anstrengender schmerzhafter Stuhlentleerung und vor Benutzung der Bettschüssel
- Depression und Verwirrtheit
- Organische (Magen, Darm, Rektum), neurologische (Lähmungen, Metastasen) und endokrine (Stoffwechselstörung) Erkrankungen.

Obstipation verursacht abdominelle Beschwerden, sie kann sogar zum Darmverschluss führen, sodass der Darm manuell entleert werden muss.

## **Begleitsymptome**

Der Unterleib ist aufgebläht und der absteigende Dickdarm gut zu ertasten. Auch Darmgeräusche sind ständig zu hören. Obstipation führt zur Anorexie (Appetitlosigkeit), zu Erbrechen, Unruhe, Verwirrtheit, und zum Drang zur Harnentleerung. Da die Blase aber nicht entleert werden kann, sind die Patient/innen sehr unruhig und fühlen sich nicht wohl. Gefühle der Hilflosigkeit, Verzweiflung und Scham treten auf.

## **Betreuungsziel**

Ziel einer guten Patientenbetreuung ist eine regelmäßige und leichte Stuhlentleerung. Eine Stuhlanamnese parallel zum Schmerz-Assessment muss stattfinden. Bei den Patient/innen soll solange wie möglich auf faserreiche Kost und auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Abführende Maßnahmen sind eher zu vermeiden, da dies zu großer Anstrengung führt und die Restenergie der Kranken aufbrauchen könnte. Jedoch können natürliche Abführmittel wie Obst und Fruchtsäfte oder Sauerkrautsäfte und lauwarmes Wasser auf nüchternen Magen angeboten werden.

- Die Kranken sollen, solange es möglich ist, die Toilette aufsuchen, dadurch werden Mobilität und die Intimsphäre besser bewahrt.
- Bettlägrige Patienten benötigen oft Laxanzien (Abführmitteln).

## **Medikamentöse Therapie:**

Zuerst muss die Frage geklärt werden, ob eine gastrointestinale Obstruktion (Passagestörung des Magen-Darm-Trakts durch teilweise oder vollständigen Verschluss des Darmlumen) vorliegt: Wenn ja, dürfen keine Laxanzien gegeben werden. Stuhlaufweichende und Peristaltik (zusammenziehen der glatten Muskulatur von Hohlorganen, wodurch deren Inhalt transportiert wird) anregende Substanzen in Kombination haben sich als nützlich erwiesen. Der Stuhl kann mit Lactulose, Lactitol, Diabetesmarmelade oder Sorbit weichgehalten werden. Vor jeder manuellen Entleerung und jeder rektalen Untersuchung sollte ein Lokalanästhetikum wie Lidocain Gel benutzt werden (vgl. ebd., S. 162-165).

### 7.3. Schmerzbekämpfung vor schmerzender Pflege

Die Patient/innen sollten vor jeder schmerzhaften Prozedur schmerzstillende Mittel bekommen.

#### **Die Schmerztherapie hängt ab von:**

- Der Dauer: Alle schmerzhaften Handlungen wie Waschen, Einlagen oder Verband wechseln, Einlauf, Lagerung und Mobilisation sollten optimal organisiert werden.
- Der Dauerschmerztherapie: Zusätzliche Gabe von Medikamente.
- Der medizinischen Voraussetzung: Nieren und Leberfunktion?
- Wunsch der Patienten: Was ist wichtig für sie?
- Pflegeziel: Was kann ich mit meiner Pflege erreichen?
- Pflegeplan: Vorgehensweise, Materialaufwand, Dauer.  
Die Durchführung der Pflege soll so exakt geplant werden, dass eine Unterbrechung verhindert wird.
- Komfort des Pflegenden: Beste Arbeitsbedingungen schaffen, meine Pflegewünsche mit den Wünschen der Patient/innen koordinieren (vgl. ebd., S. 184).

### 7.4. Verwirrtheit –Unruhe

Verwirrtheit und Unruhe sind beängstigende Geisteszustände, die mit Gedankeneintrübung, Desorientiertheit, Verständnis und Gedächtnisstörung einhergehen. Es handelt sich um ein organisches Gehirnsyndrom, das chronisch oder akut sein kann. Vorsicht ist aber bei verängstigten und schwerhörigen Patient/innen geboten, da sie nicht, wie oft behauptet, verwirrt sein müssen.

#### **Auslöser:**

Ungewohnte Reize:

- Temperaturveränderung
- Über- oder Unterstimulierung
- Volles Rektum oder volle Blase
- Übelkeit, Schmerzen usw.

Umgebungsveränderung:

- Gewohnte Umgebung verlassen
- Bettstellung verändert, Schlafmangel
- Bettlägerigkeit, neue Abteilung, neue Bettnachbarn

Stoffwechselstörung:

- Hormonstörungen, Leber oder Nierenfunktionsstörung
- Dehydration (Austrocknung), Urämie (Urin im Blut),
- Hyperkalzämie (erhöhter Kalziumspiegel) usw.

Tumorbedingte Funktionsstörungen:

- Hirnmetastasen, Hirnblutung

Psychische Störungen:

- Depression, Angstzustände

Medikamentennebenwirkungen:

- Können zu Niereninsuffizienz und zu Verwirrheitszuständen führen

Medikamentenentzug:

- Benzodiazepine, Opioide, Alkohol usw.

Andere Gehirnerkrankungen:

- Demenz, Morbus Alzheimer, Epilepsie, Parkinsonsyndrom usw.

Zusatzinfektionen:

- Hohes Fieber, Lungenentzündung, Sepsis usw.

### **Therapie:**

Differenzialdiagnose durch Psychometer erstellen. Kausale Therapie (medizinische Behandlung), soweit es möglich ist. Vertraute Umgebung schaffen mit zwei oder drei Bezugspersonen. Basale Stimulation und Validation wirken beruhigend auf die Patient/innen. Sich Zeit nehmen und in Ruhe mit den Patient/innen arbeiten.

Ein Nachtlicht bietet Orientierung und nimmt die Angst vor der Dunkelheit. Medikamente überprüfen, aber auch Laborwerte. Indikation, Verträglichkeit sollten vor dem Einsatz gut überlegt werden (vgl. ebd., S. 194-196).

## **7.5. Zusammenfassung**

Der Schmerz von Palliativpatient/innen wird oft von Pflegepersonal und Ärzten unterschätzt, obwohl seine Linderung ein therapeutisches **MUSS** ist und es



heutzutage genug wirksame Mittel gibt. Es ist die Aufgabe aller Pflegenden, den Schmerz vorzubeugen, auf ihn zu achten, ihn gut einzuschätzen und eine adäquate und so wenig wie möglich belastete Therapie für den Patienten einzusetzen.

Eine Kombination von Medikamenten, einer qualifizierten Pflege und einer aufrechten Beziehung bringt eine reale Verbesserung. Die Patient/innen erwarten von den Pflegenden eine aufmerksame Fachkenntnis, die es ihnen erlauben, als Mensch bis zum Lebensende anerkannt zu werden. Deshalb muss bei einer optimalen Pflege unter allen Umständen Achtung und Würde der kranken Menschen bewahrt werden.

Ein großer amerikanischer Arzt sagt: „Heilen – das können wir selten; lindern – das können wir oft; aber trösten – das können wir immer“ (vgl. ebd., S. 200).

„Wir alle können dafür entschuldigt werden, wenn wir Patienten nicht heilen können, aber nicht dafür, dass wir nicht versucht haben, das Leiden und den Schmerz zu lindern“ (Striebel, H.W. zitiert nach Weissenberger-Leduc 2008, S. 200).

Am Ende meiner Arbeit möchte ich noch die verschiedenen Sterbephasen von schwer kranken und sterbenden Patienten erläutern.

## Die fünf Sterbephasen

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass die verschiedenen Phasen und ihre Dauer bei jedem Patienten verschieden sein können. Elisabeth Kübler-Ross hat als junge Landärztin die Beobachtung gemacht, dass Menschen, die mit ihrem baldigen Tod konfrontiert sind, in der Regel fünf Phasen des Sterbens durchleben.

### **1. Phase: Nichtwahrhabenwollen** (Verdrängung, Verleugnung)

- Der Betroffene will die für ihn furchtbare Meldung beiseiteschieben;
- Ist überzeugt davon, dass die der Befund oder der Namen vertauscht worden sei;
- Besucht einen Arzt nach dem anderen;
- Die Wahrheit wird von der Familie fern- oder ihr vorenthalten;
- Lässt sich nichts anmerken und macht seine Tätigkeiten wie vorher

(vgl. Kübler-Ross 2003, S. 50-54).

## **2. Phase: Zorn**

Auf das Nichtwahrhabenwollen folgen Zorn, Wut, Groll und Neid.

- Warum denn gerade ich?
- Sieht dem hier und jetzt in die Augen;
- Klagt das Pflegepersonal und die Mitmenschen an;
- Begründeter und unbegründeter Zorn des Patienten (sollte toleriert werden);
- Wütend, reizbar, Abwehrhaltung, Widerspruch (vgl. ebd.; S. 55-58).

## **3. Phase: Verhandeln**

Diese Phase ist weniger bekannt, aber für die Patienten oft sehr hilfreich.

- Das unvermeidliche hinausschieben – nicht jetzt;
- Erledigungen machen vor dem Tod (Kinder, Haus, Arbeit);
- Lebensspanne verlängern, verhandeln mit Gott;

Für die Pflege gilt: Verbitterte, schwer kranke Menschen nicht kritisieren und deren Angst nicht als Kränkung an unserer eigenen Person zu verstehen, dann können sie sich in der nächsten Phase öffnen (vgl. ebd., S. 59-61).

## **4. Phase: Depression**

Der Todkranke kann seine Krankheit nicht länger verleugnen es folgen neue Eingriffe, neue Symptome und er wird immer schwächer und elender und kann er seinen Zustand nicht mehr mit einem Lächeln abtun.

- Trauer um seine Vergangenheit und längst vergangene Verluste;
- Schwermütige Gedanken werden nicht geäußert;
- Die Außenwelt wird ignoriert – er will keine Menschen mehr sehen;
- Der Schmerz wird schweigend durchlebt (ebd., S. 62-65).

## **5. Phase: Zustimmung**

In dieser Phase erreicht der Kranke ein Stadium, wo er sein Schicksal nicht mehr niedergeschlagen und zornig hinnimmt. Er sieht seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen, er ist müde und schwach, er will schlafen.

- Wenn sein Leben nicht künstlich verlängert wird und die Familie Abschied genommen hat, wird er imstande sein, in Frieden zu sterben;
- Gefühl: es ist soweit, ich kann gehen.

Diese Phase dauert unterschiedlich lange, sie alle sind sehr verschieden; manche Phasen sind für Außenstehende nicht immer erkennbar, manche wiederholen sich (ebd., S. 65-68).

### 8.1. Zusammenfassung

Die Phasen und ihre Dauer sind abhängig von:

- der Erkrankungsdauer, der Schwere und der Art der Krankheit
- dem Wissen über den Krankheitsverlauf des Betroffenen
- seiner Verarbeitung mit der Krankheit umzugehen
- seiner Religion, seiner Erziehung und der Prägung
- in welchen Kulturkreisen lebend
- den vorhandenen Informationen über die Krankheit und ihren Verlauf
- den augenblicklichen Einflüssen - fühlt er sich aufgehoben oder abgeschoben?

## ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Aufgrund dieser Umstände, und um eine auf die Erkrankten abgestimmte fachliche Pflege und Betreuung zu gewährleisten, wurde in der vorliegenden Arbeit die Forschungsfrage „Wie kann ich als Pflegeassistentin Palliativpatient/innen beim Umgang mit ihren Bedürfnissen und Schmerzen unterstützen?“ gestellt und zu beantworten versucht. Mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 sollte eine bessere Zusammenarbeit auf höherem Niveau am Krankenbett erreicht werden. Wie kann ich als Pflegeassistent beim Symptom „Verwirrtheit und Unruhe“ hilfreich intervenieren? Verwirrtheit und Unruhe äußern sich durch eine Orientierungsstörung und eingeschränkte Merkfähigkeit, dadurch kann es zu Wahrnehmungsstörung sowie Konzentrationsstörung und Leistungsabfall kommen. Verwirrtheit und Unruhe kann durch verschiedene Faktoren wie ungewohnte Reize,

Umgebungsveränderung, Stoffwechselstörung, tumorbedingte Funktionsstörung, psychische Störungen, Medikamentennebenwirkungen, andere Gehirnerkrankungen oder Zusatzinfektionen hervorgerufen werden.

Mein Aufgabenbereich als Pflegeassistent/in besteht darin:

- Dokumentation der Flüssigkeitszufuhr des Patienten.
- Mit Arzt oder DGKP gemeinsam die Medikamentenliste kontrollieren.
- Vitalzeichenkontrolle
- Stressfaktoren für Erkrankte ausschalten; oft bewirken aber Gespräche, Musik, Entspannungsübungen, Hände halten oder eine Umarmung Wunder.
- Besonderer Wert sollte auf eine vitaminreiche und ausgewogene Ernährung gelegt werden.

Trotz der immer weiteren Entwicklung in der Palliative Care ist es noch nicht gelungen, die Pflege für Palliativpatient/innen flächendeckend zu erfassen.

Unter dem Begriff Palliative Care fällt ein großes Spektrum an unheilbaren Krankheiten mit verschiedenen Symptomen. Für die Pflege und Betreuung der betroffenen Patient/innen sind die Teambesprechungen ein großer Gewinn, da die Kommunikation eingeschränkt sein könnte. Auch kann über das Empfinden während der Pflege gesprochen werden, um andere Sichtweisen kennen zu lernen und um eventuell auftretende Probleme zu besprechen.

Durch den Gesprächsaustausch entdecken die Pflegepersonen Lösungsansätze oder auch Lösungen der Probleme. Von größter Wichtigkeit ist es u.a. auch, dass bei einer Implementierung (Ausführung, Durchführung) das gesamte Team bis zu den Ärzten und der Geschäftsführung dahintersteht, um einen Erfolg zu erzielen. Durch verschiedene Schulungen in der Palliative Care kann sterbenden kranken Menschen eine spezielle Pflege geboten werden.

Dies wäre ein Weg, das Leben von Palliativpatient/innen lebenswerter und würdevoller zu gestalten, indem ihre Einzigartigkeit respektiert wird.

## Literaturverzeichnis

**Feichtner, Angelika** (2014): Lehrbuch der Palliativpflege. 4. Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2012): Prozesshandbuch Hospiz und Palliativrichtungen. Verlag Gesundheit Österreich GmbH, 1010 Wien.

**Kübler-Ross, Elisabeth** (2003): Das Lesebuch. Herausgegeben von Susanne Schaup, Kreuz Verlag GmbH & Co. KG Stuttgart.

**Weissenberger-Leduc, Monique** (2008): Handbuch der Palliativpflege. 4. Auflage, Springer-Verlag/Wien.

## Internetquellen:

WHO 1990 und 2002 Definition Palliative Care, [http://www.dhpv.de/themen\\_hospiz-palliativ.html](http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html) [23.02.2017, 20.15]

WHO 2016 Definition Palliative Care, <http://www.palliativ-portal.de/Definitionen#top> [27.11.2016, 09.00]

Schmerzdefinition, <http://www.onmeda.de/krankheiten/schmerzen-definition-1659-2.htm> [27.11.2016, 16.00 Uhr]

§§ 82, 83 der GuKG-Novelle 2016,  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [ Zugriff am 15.09.2016, 14.00]

## Abbildungsverzeichnis

**Abb. 1:** Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, Quelle: Nach ÖBIG (2006).

<https://www.hospiz-tirol.at/tagebuch/2010/03/forderungen-zum-recht-auf-hospiz-und-palliativversorgung-in-osterreich/> Zugriff am [03.12.2016 11:20]