



# Palliativpflege

## -eine Übersicht-

Ein Referat von Olaf Höwer

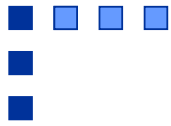
Gehalten am 16.11.2000 an der Fachhochschule Frankfurt am Main

### Inhalt:

---

1. Palliativ - Eine Begriffsklärung	2
2. Wann beginnt Palliativpflege?	4
3. Geschichte der Palliativpflege	5
4. Interdisziplinarität	6
5. Blickwinkel Pflege	6
5.1. Pflegekonzept	7
5.2. Die Angehörigen in der Palliativpflege	9
5.3. Pflegeprozess	10
5.4. Pflege des Patienten in der Sterbephase	12
5.5. Voraussetzungen der Pflege in der Palliativpflege	12
6. Beispiel Dyspnoe	13
6.1. Was ist Dyspnoe?	13
6.2. Bedeutung im Zusammenhang mit Palliativpflege	15
6.3. Symptomlinderung/Umgang	16
7. Literaturverzeichnis	21





# 1. Palliativ - Eine Begriffsklärung

Palliativ ist ein neulateinisches Kunstwort und stammt von Pallium (lat.) = Mantelartiger Überwurf ab. So soll Palliativpflege den Patienten umhüllen und schützen.

Palliativ steht heute im Gegensatz zu Kurativ,

Die WHO Definiert Palliative Care als:

*"Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families. Many aspects of palliative care are also applicable earlier in the course of the illness, in conjunction with anticancer treatment."*

*Palliative care:*

- ▼ *affirms life and regards dying as a normal process;*
- ▼ *neither hastens nor postpones death;*
- ▼ *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- ▼ *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- ▼ *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- ▼ *offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement.*

*Radiotherapy, chemotherapy and surgery have a place in palliative care, provided that the symptomatic benefits of treatment clearly outweigh the disadvantages. Investigative procedures are kept to a minimum."<sup>1</sup>*

Zu deutsch:

*"Palliativversorgung ist die aktive totale Pflege von Patienten, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht. Die Kontrolle des Schmerzes, von anderen*

---

<sup>1</sup> WHO 1990



- *Symptomen und von psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen haben höchste Priorität. Das Ziel von Palliativpflege ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für Patienten und ihre Familien. Viele Aspekte der Palliativpflege sind auch schon in frühen Stadien einer Krankheit, etwa in Verbindung mit einer Krebstherapie anwendbar.*

*Palliativversorgung:*

- ▼ *bestätigt das Leben und versteht den Tod als normalen Prozeß*
- ▼ *will den Tod weder beschleunigen noch verschieben;*
- ▼ *liefert Linderung von Schmerz und anderen bedrückenden Symptomen;*
- ▼ *integriert die psychologischen und geistlichen Aspekte der Patientenzentrierten Pflege*
- ▼ *bietet ein Unterstützungssystem an, um dem Patienten zu helfen, so aktiv und selbstbestimmt wie möglich bis zum Tode zu leben;*
- ▼ *bietet ein Unterstützungssystem an, um der Familie während der Krankheit des Patienten und in ihrem eigenen Trauerfall zu helfen.*

Strahlentherapie, Chemotherapie und Operationen haben einen festen Platz innerhalb der Palliativpflege, vorausgesetzt, daß die symptomatischen Nutzen der Behandlung die Nachteile eindeutig überwiegen . Enthüllende Verfahren sind auf ein Minimum zu beschränken."<sup>2</sup>

Da dies eine sehr umfassende Definition ist, ist Palliative Care wohl am ehesten mit **Palliativversorgung** zu übersetzen. Palliativversorgung ist in diesem Zusammenhang als Überschrift zu sehen. Die Palliativversorgung wird demnach durch ein Interdisziplinäres Team erbracht, zu dem unter anderem auch die Ärzte durch die Palliativmedizin sowie die Pflege durch die Palliativpflege vertreten sind.

**Palliativmedizin** wird Definiert als "the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life."<sup>3</sup>

**Hospizpflege** ist für viele ein Begriff. Da jedoch bereits zu viele Assoziationen mit diesem Wort und dieser Form von Pflege verbunden sind, die sich stark auf die stationäre Einrichtung des Hospizes beziehen, wird dieser Begriff dem weiten

---

<sup>2</sup> Eigene Übersetzung nach WHO, 1990.

<sup>3</sup> Doyle, Hanks, Macdonald 1998, S. 3



- Spektrum der Palliativpflege, die unter anderem in allen Settings durchführbar ist, nicht gerecht.<sup>3</sup>

**Terminal Care** ist ein schwieriger Begriff, da kaum zu definieren ist, wann "terminal" anfängt. Des weiteren drückt er sehr stark die Endgültigkeit und damit auch ein Stück Vorbestimmtheit und Hoffnungslosigkeit aus, somit steht er im Gegensatz zu den eigentlichen Zielen der Palliativpflege, auch wenn sich ähnliches hinter beiden Begriffen verbirgt.<sup>3</sup>

## 2. Wann beginnt Palliativpflege?

Palliativpflege beginnt nicht erst am Ende des Lebens, sondern sobald die Erkenntnis gereift ist, daß die Zeit knapp ist. Zwar ist in vielen Definitionen von einer "limited prognosis" die Rede, jedoch wurde diese nie genauer von den verschiedenen Gesundheitsberufen definiert. Lediglich Gesetzgeber und Kostenträger haben sich in verschiedenen Regelungen auf bestimmte Zeitangaben festgelegt.<sup>4</sup>

Da die Palliativmedizin in ihren Zielen jedoch in einem klaren Gegensatz zur Kurativen Medizin steht, könnte man den Beginn der Palliativversorgung mit dem Abbruch der kurativen Behandlung gleichsetzen. Der Abbruch einer Behandlung wird jedoch vielfach noch als ein Eingestehen der Hilflosigkeit verstanden. Erst wenn die Palliativversorgung als existierende und von allen Berufsgruppen gewürdigte alternative Behandlungsform anerkannt ist fällt es den Ärzten in der Regel leichter, eine Therapie abzubrechen und den Patienten weiter Palliativmedizinisch zu betreuen.<sup>5</sup> Da eine Änderung der Behandlungsstrategie jedoch ein heute häufiger ein Prozeß ist als eine Tat, nimmt die Palliativversorgung heute in dem Maße zu, wie kurative Behandlungsstrategien weniger erfolgversprechend und sinnvoll werden.

---

<sup>4</sup> PKV-Publik 8/2000, S. 93

<sup>5</sup> Sounders, Baines 1995, S.3



- Wünschenswert ist jedoch das Einsetzen der Palliativpflege schon mit der Diagnosestellung, Parallel zum Einsetzen der kurativen Behandlung.<sup>6</sup>

## 3. Geschichte der Palliativpflege

Palliativpflege und Medizin sind schon so alt wie die Geschichte des Menschen selbst.

Aufgrund der früheren Medizinischen Möglichkeiten waren das Behandlungsziel bis ins 19. Jahrhundert hinein oftmals die Linderung von Leiden, dadurch bildete die Palliativpflege auch den Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit. Da diese Form der Pflege und Behandlung die übliche war, wurde sie freilich nicht mit so einem glorifizierendem Namen wie heute mit dem Begriff "Palliativversorgung" versehen.

Durch die Entdeckung von Antibiotika, die Einführung moderner Anästhesie, Radio- und Chemotherapien wurden die Möglichkeiten des Heilens für Ärzte immer Größer. Dadurch setzte ein Paradigmenwechsel ein, indem das Heilen als die eigentliche Medizinische Aufgabe betrachtet wurde und man Patienten ohne Heilungschance nur noch Palliativ versorgen konnte. Der Unheilbar Kranke wurde unwillkommen, teuer, der hohe Aufwand an Personal und Großgeräten lohnte sich nicht, sterbende erhielten (und erhalten einigen Britischen Studien zufolge heute noch)<sup>7</sup> die geringste Aufmerksamkeit des medizinischen wie pflegerischen Personals.

Vor ca. 25 Jahren begann ein neuerlicher Paradigmenwechsel, nachdem sich die Beschwerden von unzufriedenen Patienten sowie unzufriedenem Pflegepersonal häuften und auch in der Schmerztherapie Erfolge verzeichnet werden konnten. Das erste moderne Hospiz, das St. Christophers Hospice in London, nahm 1967 unter der Leitung von Cecil Saunders seine Arbeit auf. Inzwischen ist die Palliativmedizin ein eigenes Medizinisches Fachgebiet, das sich aus vielen verschiedenen Disziplinen zusammensetzt. In der Definition von Palliativmedizin taucht sogar vor der Behandlung des Patienten die Forschung auf.<sup>3</sup> Palliativpflege wird heute in den

---

<sup>6</sup> Fallon, O'Neill 1998, S. 2

<sup>7</sup> Wilson-Barnett, Richardson 1998 in Doyle, Hanks, MacDonald, 1998 S. 193f



- verschiedensten Settings geleistet, zu Hause, auf speziellen Stationen im Krankenhaus, in eigenen Hospizeinrichtungen.<sup>8</sup>

## 4. Interdisziplinarität

Aufgrund des Ganzheitlichen Ansatz und den sich daraus ergebenden vielfachen Zielen und Aufgaben kann die Palliativversorgung nicht allein durch einen Gesundheitsfachberuf ausgefüllt werden. Für das hochkomplexe Ziel "Sicherung einer möglichst hohen Lebensqualität" ist vielmehr ein Interdisziplinäres Team nötig, in dem verschiedene Kompetenzen vereint werden. Mit zu diesem Team gehören die Ärzte, die Pflegenden, die Sozialarbeiter, Geistliche, z.T. auch Freiwillige, in jedem Fall jedoch auch die Angehörigen und ganz wichtig: der Patient selbst. Seine Erfahrungen und Informationen bilden schließlich die Grundlage der Palliativen Versorgung. Dieses Verständnis bedeutet jedoch, daß der Patient als Teammitglied auch über alle relevanten Informationen unterrichtet wird.

Es bieten sich verschiedene Möglichkeiten zur Teambildung an: Auf kleineren Einheiten können alle Mitarbeiter zu einem Team zusammengeschlossen werden, in größeren Organisationen ist es darüber hinaus möglich, sogenannte Symptom Relief Teams zu erstellen, die, je nach Bedarf, aus verschiedenen Spezialisten zusammengestellt sind, z.B. Schmerztherapeuten, einer Diabetes Fachkrankenschwester oder ähnliches. Diese Teams können z.B. in Krankenhäusern bei Bedarf auch von anderen Stationen "gebucht" werden, wenn deren Kompetenz dort gefragt ist.

Die Aufgaben der Pflege in diesem Team werden unter dem Kapitel 6 dargestellt.

## 5. Blickwinkel Pflege

In der Palliativversorgung nimmt die Pflege einen wichtigen Stellenwert ein. Sie ist die Berufsgruppe, die den größten Kontakt zum Patienten und seiner Familie pflegt, und ist über den aktuellen Zustand und verschiedene Umstände, die die spezielle

---

<sup>8</sup> Doyle 1998, in Doyle, Hanks, MacDonald 1998, S. 44ff



- Situation des Patienten bedingen, oft besser informiert als andere Berufsgruppen. Daher bietet es sich an, der Pflege die Aufgabe des "Care Coordinators" zu übertragen, wobei "Care" hier weit mit Versorgung übersetzt werden sollte.

Mit fortschreitender Erkrankung bedürfen die Patienten darüber hinaus immer stärker der Hilfestellung der Pflege. Auch dadurch ist die Pflege ein wichtiger Baustein zu einer umfassenden Palliativversorgung.<sup>9</sup>

Neben der oben angesprochenen Unterstützung in den ATL kann die Pflege jedoch auch einen eigenständigen Beitrag zur Symptomlinderung beitragen, neben der Ausübung der ärztlichen Assistenzaufgaben. Verschiedene Beispiele für solche Pflegeinterventionen werden später unter dem Beispiel Dyspnoe aufgeführt. Da die Pflegeinterventionen oft ohne Nebenwirkungen für den Patienten sind, sind sie gerade für palliativmedizinische Behandlungen eine willkommene Ergänzung. Durch die Kombination von medizinischer Therapie und Pflegeherapie kann somit das Wirkungsspektrum der Behandlung nicht nur erweitert, sondern die medikamentöse Behandlung eingeschränkt und somit die Nebenwirkungen und Toxizität niedriger gehalten werden. (S.170, Lehrbuch...)

Neben den klassischen Verfahren zur Symptomlinderung, bei der z.B. Mundpflege bei Mundtrockenheit angefangen, kann Pflege durch Phantasie und Einfallsreichtum über unkonventionelle und nicht primär therapeutischer Verfahren einen positiven Einfluß auf die Behandlung ausüben, indem sie z.B. bei Appetitlosigkeit kleinere Portionen auf einem kleinen Teller Liebevoll garniert und etwa einen Apperetiv als Appetitanreger serviert.

Daneben es die Aufgabe der Pflege den Patienten genau zu beobachten und Veränderungen, Wünsche, noch vorhandene Ressourcen festzuhalten.

## 5.1 Pflegekonzept

Das Pflegekonzept der Palliativpflege unterscheidet sich stark von anderen Pflegekonzepten, da es sich auf wenige Krankheitsbilder beschränkt<sup>10</sup> und die

---

<sup>9</sup> Kern, Nauck 1998 in Aulbert, Klaschik, Pichlmaier 1998, S. 45

<sup>10</sup> Kern, Nauck 1998, in Aulbert, Klaschik, Pichlmaier 1998, S. 45; PKV Publik 8/2000, S.93



■ Lebenserwartung der gepflegten Patienten eine nur sehr geringe ist. Die Pflege muß in der Palliativpflege umsetzen, was in verschiedenen Pflegemodellen schon vielfach beschrieben worden ist: die ganzheitliche Sicht des Patienten, die seine Familie bzw. Umgebung integriert. Weiter kann man von einer starken Patientenzentrierung sprechen, da zum einen die Bedeutung der verschiedenen Symptome für den Patienten stark subjektiv geprägt ist und von außen nicht ohne weiteres wahrgenommen werden kann und zum anderen nur der Patient Lebensqualität, deren Erhalt das oberste Ziel der Pflege ist, für sich definieren kann.

Um dem Patienten wie auch der Pflegekraft bei einem Aufbau einer Beziehung und einer Vertrauensbasis zu unterstützen bietet sich das Konzept "Primary Nursing" an. Auch ist es leichter für das Team, von seiten der Pflege einen Ansprechpartner zu haben, der über den Patienten gut bescheid weiß und daher bei der Planung einer Behandlung von großer Bedeutung ist.<sup>11</sup>

Eigentlich selbstverständlich, aber dennoch erwähnenswert ist die Tatsache, daß nicht alle Menschen gleich, aber mit der gleichen Würde und Professionalität gepflegt werden, ganz gleich welche Weltanschauung oder welches Vorleben der Patient hat.

Durch die schon angesprochene Begrenzte Lebenserwartung und des nicht-kurativen Behandlungskonzeptes kommt es zu einer Verschiebung von Prioritäten, Bedürfnissen und Werten seitens des Patienten. So ist sein Ziel, die letzten Tage so angenehm wie möglich zu verbringen, wohingegen Patienten, deren Behandlungsziel eine Heilung darstellt, bereit sind eine längere Durststrecke auf sich zu nehmen. Ihr Wissen um den bevorstehenden Tod, die Angst vor dem Sterben und die zunehmende Abhängigkeit von anderen, z.B. dem Pflegepersonal kann das Erleben von Symptomen deutlich verstärken.<sup>10</sup>

Pflege muß diese Situation akzeptieren und ihren Beitrag zu leisten, eine möglichst hohe Lebensqualität durch einen würdevollen Umgang mit ihm und der Linderung der quälenden Symptome zu sichern.

Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist es darüber hinaus die Ängste der Patienten zu erkennen und auf ein realistisches Maß zu beschränken. Dies geschieht im wesentlichen durch das Schaffen einer tiefen Vertrauensbasis. Dazu gehört auch,

---

<sup>11</sup> Mary Manthey auf der Veranstaltung "Primary Nursing" am 13.11.2000 in der FH Frankfurt am Main





- dem Patienten stets die Wahrheit über seine Diagnose und akute Situation zu sagen. Probleme gibt es hierbei insbesondere mit einigen Angehörigen, die den Patienten nicht noch zusätzlich belastet wissen möchten. Die Erfahrung zeigt jedoch zum einen, daß ein Großteil der Patienten auch ohne Kenntnis der Diagnose sehr wohl weiß, wie es um ihn steht, so daß ein Vorenthalten der Wahrheit sich negativ auf die Beziehung Patient - Pflegender auswirkt, zum anderen daß die Patienten, denen frühzeitig die infauste Diagnose und damit auch die schmerzliche Prognose erläutert wurde, im nachhinein dankbar darüber waren, da sie die Situation nun klar einschätzen konnten.<sup>12</sup>

## 5.2 Die Angehörigen in der Palliativpflege

Neben der Patientenzentrierung rücken die Angehörigen sehr stark auch in das Blickfeld der Pflege. Zum einen, um die Lebensqualität des Patienten durch die Integration seines sozialen Umfeldes zu sichern, zum anderen, um die Angehörigen in dieser auch für sie schwierigen Situation zu unterstützen. Einer Studie zufolge werden 20% der Angehörigen durch den Streß bzw. ihr Copingverhalten körperlich krank.<sup>13</sup>

Aufgrund der umfassenden Selbstbestimmungsrechte auch des Sterbenden insbesondere in Bezug auf den Datenschutz sollte zu Beginn der Behandlung geklärt werden, inwieweit die Angehörigen über den Zustand und die Einzelheiten der Diagnose informiert und aufgeklärt werden sollen. Die Einbeziehung der Angehörigen kann, wie schon erwähnt, von großem Vorteil sein, geschieht dies jedoch gegen den Willen des Patienten, bedeutet dies großen psychischen Streß. Vielleicht möchte der Patient seine Angehörigen durch das Vorhalten von Informationen schützen. Jedoch: Ganz gleich wie sich der Patient entscheidet: Er setzt großes Vertrauen in die Pflegekräfte, teilt ihnen viele Intime Einzelheiten mit, und muß daher auch erwarten können, daß mit den sensiblen Informationen auch in seinem Sinne umgegangen wird.<sup>14</sup>

Ist eine Entlassung des Patienten angestrebt, sind die Angehörigen in die Pflege des Patienten soweit wie möglich einzubeziehen, um sie auf ihre Aufgabe vorzubereiten.

---

<sup>12</sup> Sounders, Baines 1991, S. 7ff ; Doyle 1997, S. 21

<sup>13</sup> Dunlop, Hockley 1998, S. 12

<sup>14</sup> Sounders, Baines 1991, S. 7ff



- Sind die Angehörigen in die Versorgung eingebunden, so sollten sie insbesondere auf den nahen Tod des Patienten vorbereitet werden. Hierzu gehört auch eine Erläuterung dessen, was sie in der Sterbephase des Patienten erleben werden: daß der Patient evtl. stinkt, daß sich seine Extremitäten abkühlen, daß sich seine Haut verfärbt, daß sich seine Atmung verändert und evtl. zu rasseln beginnt;<sup>15</sup>

Auch nach dem Tod des Patienten ist es die Aufgabe der Pflege, die Angehörigen in ihrer Trauer zu begleiten. Dies kann durch eine Zeit des Abschiednehmens geschehen, durch eine aktive Mithilfe an der Versorgung des Leichnams oder durch eine aktive Trauerarbeit durch die Vermittlung z.B. eines Geistlichen.

## 5.3 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist in der Palliativpflege aufgrund verschiedener Umstände mit größeren Schwierigkeiten umzusetzen als in anderen Pflegebereichen, jedoch ist dieser auch hier eine unverzichtbare Voraussetzung für eine professionelle und erfolgreiche Pflege.

Insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen verändern sich die Symptombilder in rasch aufeinanderfolgenden Zeitabständen. Der progrediente Krankheitsverlauf verhindert oft den Erhalt einer stabilen Lebenssituation, das Anknüpfen an bekannte Fähigkeiten ist kaum möglich. Ein Eingangsassessment ist daher kaum ausreichend. Vielmehr sollte regelmäßig eine Situationseinschätzung vorgenommen werden, aus der die Patientenprobleme sowie die noch vorhandenen Ressourcen hervorgehen. Auch die festgesetzten Ziele sowie die Pflegeplanung müssen aus dem gleichen Grunde ständig überprüft und angepaßt werden. Somit erhält der Pflegeprozess eine ganz eigene, dem Krankheitsverlauf angepaßte Dynamik.

Es ist von entscheidender Wichtigkeit, den Patient in allen Phasen des Pflegeprozesses mit einzubeziehen. Dadurch erhält der Patient unter anderem das Gefühl, aktiv in seine aktuelle Situation mit eingreifen zu können, das Erleben des Ausgeliefertseins gegenüber der Krankheit und dem Pflegepersonal gilt es zu reduzieren. Nicht zuletzt wird somit die Autonomie des Kranken gestärkt. Darüber hinaus können die Ziele der Pflege im wesentlichen nur die Ziele des Patienten sein.

---

<sup>15</sup> Sounders, Baines 1991, S. 7ff



- Diese Einbeziehung des Patienten, ist natürlich nur im direkten Gespräch mit diesem Möglich. Eine Frage kann sein: "Was muß heute passieren, damit der Tag für sie erfolgreich wird?"<sup>16</sup> Wichtig ist darauf zu achten, offene Fragen zu stellen ("Wie geht es ihnen heute?"), da bei Fragen wie "Sind die Schmerzen heute schwächer?" Oft nur darauf geantwortet wird, andere belastende Dinge, die für die Pflege von großer Wichtigkeit sind werden oft nicht ausgesprochen, da der Patient die Befürchtung hat, diese seien aus Sicht der Pflegenden trivial oder erhöhen nur den Arbeitsaufwand. Die Pflegekraft sollte daher stets Bemüht sein, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, in der sich der Patient ungestört mitteilen kann, denn nur ein ausgesprochenes Problem ist ein Symptom, unausgesprochenes kann nicht behandelt werden! Ebenso ist es wichtig, die Bedeutung der Symptome für den Patienten zu erfragen, da oft unausgesprochene Ängste mit den Symptomen verbunden sind. Auch hierfür gilt oben gesagtes.<sup>17</sup>

Nach der Zustandserfassung müssen die Ziele festgelegt werden. Diese sollten möglichst konkret definiert und nach Prioritäten geordnet werden. Aussagen wie "Wohlbefinden herstellen" helfen hier nicht weiter. Die Ziele sollen kurzfristig gesteckt und so vorausschauend realistisch wie möglich sein. Stellt sich z.B. heraus, daß ein Symptom nicht gelindert werden kann, kann als Ziel die Akzeptanz dieses Symptoms definiert werden. Enttäuschungen des Patienten sollten möglichst vermieden werden.

Bei der Pflegeplanung ist der Patient ebenso mit einzubeziehen wie auch schon bei der Zielabsprache, da er in der Regel sehr gut weiß, welche Interventionen ihm gut getan haben und welche nicht. Pflegende sollten darüber hinaus versuchen, möglichst viele verschiedene Techniken auszuprobieren, um festzustellen, welche Form der Intervention die positivste Wirkung auf den Patienten hat.

Bei der Umsetzung von Zielen im Rahmen der Pflegeplanung sind die Grenzen der Behandlung mit dem Patienten durchzusprechen, so daß ihm das erleben eben dieser Grenzen erspart bleibt.

Die Umsetzung der Pflegeplanung sollte so zeitnah wie möglich erfolgen, da schon kurze Zeit später aufgrund eines fortschreitens der Krankheit einige Ziele gar nicht

---

<sup>16</sup> Marie Manthey auf der Veranstaltung Primary Nursing am 13.11.00 in der FH Frankfurt

<sup>17</sup> Doyle 1997, S.20



- mehr relevant sind und die Linderung z.B. neu aufgetretener Symptome höchste Priorität für den Patienten besitzt.

## 5.4 Pflege des Patienten in der Sterbephase

Wann genau die Sterbephase beginnt, ist schwer zu beschreiben. Derek Doyle schreibt, daß eine erfahrene Pflegekraft erkennt, wenn der Patient zu sterben beginnt.<sup>18</sup> Gemeint ist hier der in der Literatur oft zu findende Zeitraum der letzten 48 Stunden. In der Terminalphase verschieben sich die Ziele der Pflege von der Bewahrung der Autonomie und Lebensqualität des Patienten hin zur Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit. Der stark geschwächte Patient sollte vor einer Reizüberflutung geschützt werden. So sollte das Zimmer des Patienten für seine speziellen Bedürfnisse hergerichtet werden. Oft beschränkt sich die Kommunikation seitens des Patienten auf Berührungen, so dass Konzepte wie z.B. die basale Stimulation an Bedeutung gewinnen. Die Pflege hingegen ist gefordert, an der Körpersprache und anderen Äußerungen das Wohlbefinden des Patienten einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren.

Neben der Überprüfung und Reduzierung der Medikation seitens der Ärzte sind auch originäre Pflegetätigkeiten zu überdenken. So werden z.B. in der Terminalphase sämtliche Prophylaxen ausgesetzt, da diese oft mit Unannehmlichkeiten für den Patienten verbunden sind, die unter diesen neuen Voraussetzungen als bedeutender zu werten sind als z.B. eine intakte Haut. Sollte der Patient bei vollem Bewußtsein sein kann es unter Umständen angebracht sein, ihn zu katheterisieren.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Angehörigen zu informieren und sie auf die kommenden Stunden vorzubereiten und sie, genau wie den Patienten, in dieser schwierigen Phase zu begleiten.<sup>19</sup>

## 5.5 Voraussetzungen der Pflege in der Palliativpflege

Pflegende müssen den Patienten als ganzheitliche Person wahrnehmen und seine Bedürfnisse auf allen Ebenen des Menschseins berücksichtigen.

---

<sup>18</sup> Doyle 1997, S. 106f

<sup>19</sup> Doyle 1997, S. 107ff



- Darüber hinaus müssen die Pflegenden sich mit dem Leiden, dem Sterben und dem Tod auseinandersetzen können und wollen, hierbei sollten sie von Seelsorgern oder anderen qualifizierten Kräften unterstützt und begleitet werden.

Eine weitere Voraussetzung ist die Fähigkeit und Bereitschaft zur Teamarbeit, innerhalb der eigenen Berufsgruppe sowie auch im Interdisziplinären Team, so z.B. im Symptom Relief Team (s.o.). Basis hierfür ist eine hohe Kommunikationsbereitschaft, so daß Fragen aber auch neue Erkenntnisse anderen mitgeteilt und anschließend gemeinsam diskutiert werden können. Eine hohe Kommunikationsfähigkeit ist außerdem in Bezug auf den Patienten und dessen Angehörigen notwendig, um einen einfühlsamen und würdevollen Umgang zu gewährleisten.

Eine hohe pflegerisch-fachliche Kompetenz, die auch medizinisches, psychosoziales und seelsorgerisches Wissen umfaßt.

Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist es nötig, das Pflegepersonal ständig fortzubilden. Auch ist ein gewisses Alter und Berufserfahrung auch für die eigene Bewältigung dieser schwierigen Aufgabe erforderlich.

Ein Praxiseinsatz während der Pflegeausbildung wird in der Literatur unterschiedlich bewertet.

Die Finanzierung von stationären Hospizleistungen ist seit dem 1. Januar 1997 gesetzlich geregelt worden. Demnach bezuschussen die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Pflegeversicherungen Patienten mit definierten Krankheitsbildern in den letzten beiden Lebenswochen vor ihrem Tod. Ist eine Krankenhausbehandlung nötig, ist der Aufenthalt über die Krankenversicherung abzurechnen.<sup>4</sup>

## 6. Beispiel Dyspnoe

### 6.1 Was ist Dyspnoe?

Der Pschyrembel beschreibt Dyspnoe als: "jede Form der Atemstörung; subjektives Phänomen; das Bewußtwerden vermehrt Atemtätigkeit leisten zu müssen mit





- Atemnot, Lufthunger, Kurzatmigkeit. Physiologisch ist die Dyspnoe von 2 Faktoren abhängig: von dem Beitrag der pulmonalen Ventilation, [...] und der Fähigkeit des Atemapparates, die erforderliche Ventilation mit einem Minimum an Atemarbeit zu ermöglichen [...]”<sup>20</sup> Da Dyspnoe in allen bekannten Definitionen unter anderem als ein subjektives Phänomen erklärt wird, ist es wichtig, den Patienten regelmäßig zu seinem Zustand zu befragen. In einer Studie stellten bei ein und derselben Patientengruppe Ärzte bei 28%, Pflegekräfte bei 35% und Angehörige bei 43% der Patienten Dyspnoe fest.

Das Symptom Dyspnoe kann aufgrund vielfältiger Ursachen und Grunderkrankungen zurückgeführt werden:

### **Azidotische Dyspnoe**

Hier ist ein erniedrigter pH-Wert die Ursache an der Atemnot, da das Atemzentrum versucht durch das Abatmen von CO<sub>2</sub> die Übersäuerung des Blutes zu mildern.

### **Kardiale Dyspnoe**

Bei dieser Form der Dyspnoe ist das Herz aufgrund einer Insuffizienz nicht in der Lage, das HMV der aktuellen Stoffwechselsituation anzupassen. Durch einen Anstieg des CO<sub>2</sub>-Wertes wird vom Atemzentrum eine verstärkte Atemtätigkeit ausgelöst

### **Pulmonale Dyspnoe:**

Hier sind verschiedene Erkrankungen der Atemwege der Auslöser des auch Lufthungers genannten Symptoms. Bei obstruktiven Erkrankungen vermindert sich das Bronchiallumen, wodurch weniger Luft eingeatmet werden kann (z.B. Lungenkarzinom, chronische Bronchitis oder Asthma), bei restriktiven Erkrankungen ist die Gasaustauschfläche vermindert (so z.B. bei einem Lungenemphysem sowie Sekret oder Blutansammlung in den Alveolen, bei einer verminderten Ausdehnungsfähigkeit des Thorax-, Lungen- oder Zwerchfellsystems, Pneumonie).

Bei einer Lungenembolie kann es aufgrund der mangelnden Sauerstoffversorgung der Alveolen ebenfalls zur Dyspnoe kommen.

### **Zirkulatorische Dyspnoe:**

---

<sup>20</sup> Psychrembel, 1986



- Aufgrund einer Blutarmut werden die Zellen bei dieser Ursache mit zuwenig Sauerstoff versorgt, was durch eine verstärkte Atmung kompensiert werden soll.

### **Zerebrale Dyspnoe:**

In diesem Fall verstärkt das Atemzentrum aufgrund einer Schädigung im Gehirn ohne erkennbaren anderen Grund die Atemfrequenz.

### **Psychische Dyspnoe:**

Hier kann es z.B. aufgrund überhöhter Atemfrequenz wegen psychischer Erregung zu einer Hyperventilation (die im eigentlichen Sinne keine Dyspnoe ist), kommen.

### **Abdominale Dyspnoe:**

Durch eine Behinderung der Zwerchfellatmung wird der Atem flacher. Dies führt zu einem verminderten Gasaustausch, der durch eine höhere Atemfrequenz wieder wett gemacht werden soll. Die Gründe für die oben genannte Behinderung können z.B. starke Schmerzen oder eine Drucksteigerung im Bauchraum sein.

## **6.2 Bedeutung im Zusammenhang mit Palliativpflege**

Obwohl der Schmerz von den Patienten als die größte Belastung angesehen wird, sollte man die anderen Symptome, und darunter auch speziell die Dyspnoe, nicht ungeachtet lassen. So leiden je nach Studie zwischen 10% und 74% aller Palliativmedizinisch behandelten Patienten unter Luftnot, darunter vor allem Männer.<sup>21</sup> Bei Patienten, die am Folgetag verstarben, war die Prävalenz liegt die Prävalenz einer Studie zufolge bei 78,6%, wohingegen der Durchschnitt der Patienten dieser Palliativeinheit nur zu 55,5% über Atemnot klagte. Auch andere Studien stellen fest, daß die Prävalenz für Dyspnoe mit sinkender Lebenserwartung zunimmt.

Unter den anderen Symptomen, die in der Palliativversorgung neben dem Schmerz beschrieben werden, sind jene Symptome, die die Atmung betreffen, insbesondere die Dyspnoe, die quälendsten und die am schwersten Behandelbaren.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Aulbert, Radbruch, Grond, u.a. 1997 in Aulbert, Zech 1997, S. 167f; Ahmedzai 1998 in Doyle, Hanks, MacDonald 1998, S. 586f

<sup>22</sup> Doyle 1997, S. 31



- Darüber hinaus schränkt die Atemnot die Mobilität, Kommunikation sowie die Teilnahme am sozialen Leben des Betroffenen ein und vermindert so insgesamt das Wohlbefinden und die Lebensqualität.<sup>23</sup>

Gerade bei Patienten mit pulmonalen Tumoren, aber auch bei vielen anderen, wird die quälende Angst vor dem Erstickungstod zum zentralen Problem. Diese Tatsache wirkt sich verstärkend auf das Erleben der Atemnot aus. Gerade diese Angst verstärkt nun zusätzlich die Ateminsuffizienz, wodurch die Dyspnoe nochmals verstärkt wird.<sup>24</sup>

Des Weiteren können verschiedene Begleiterkrankungen

Daher ist es wichtig, sich gerade auch von Seiten der Pflege mit diesem Symptom auseinanderzusetzen.

## 6.3 Symptomlinderung/Umgang

In diesem Abschnitt werde ich im wesentlichen nur auf die pflegerischen Interventionen eingehen. Medizinische Maßnahmen werden nur soweit es zum Verstehen der pflegerischen Handlungen nötig ist angesprochen.

Zunächst ist es Aufgabe des Symptom Relief Teams die Ursachen für die Dyspnoe zu erkunden. Seitens der Ärzte erfolgt dies, angesichts des besonderen Konzeptes der Palliativmedizin, durch eine minimalinvasive Differentialdiagnostik. Die Pflegekräfte tragen im wesentlichen durch eine intensive Beobachtung und Befragung des Patienten zu Häufigkeit, Dauer, Schwere, vorangegangenen Situationen etc. zur Diagnostik bei. Abhängig von der so diagnostizierten Ursache der Dyspnoe gestaltet sich nun die Therapie. Die Kenntnis um die Ursache ist bis zu einem gewissen Grad auch für die Pflege wichtig, da z.B. mit einer kardial bedingte Dyspnoe, die häufig nachts und dann im Liegen auftritt, anders umgegangen werden muß als mit einer psychologischen Dyspnoe, wo auf eine beruhigende Atmosphäre geachtet werden muß. Eine mit Fieber einhergehende Dyspnoe kann ein Zeichen für eine Pneumonie sein.

Neben der Diagnostik erfordert eine gute Pflege eine regelmäßig Erfassung des Schweregrades und des Auftretens der Dyspnoe, um die geleistete Behandlung

---

<sup>23</sup> Binsack 1997, in Aulbert, Zech 1997, S. 600

<sup>24</sup> Weissenberger-Leduc 1997, S. 42; Fallon, O'Neill 1998, S. 8







evaluieren zu können bzw. so ebenfalls Rückschlüsse auf die Symptomlindernde bzw. -verstärkende Umstände ziehen zu können. Ähnlich wie die Schmerzskalen können auch zur Erfassung von Dyspnoe verbale und numerische Skalen eingesetzt werden.<sup>25</sup> Vor der Bestimmung des aktuellen Zustandes sollte jedoch auch hier nach der stärksten und der schwächsten Dyspnoe gefragt werden, die der Patient erlebt hat, um so die Ergebnisse besser interpretieren zu können. Auf Aufwendige Testverfahren wie ein Fahrrad-Ergometer-Test soll in der Palliativversorgung verzichtet werden. Ziel der Pflege ist es ja, die größtmögliche Lebensqualität gewährleisten zu können. Objektive Daten stehen daher im Gegensatz zu subjektiven eher im Hintergrund. Gerade bei Palliativpatienten kann sich der Zustand des Patienten sehr schnell verändern<sup>26</sup> (s.o.). Auch daher ist eine engmaschige Zustandserfassung notwendig.

Viele erfolgreiche Formen der Symptombehandlung unterliegen in vielen Fällen den Ärzten, so z.B. eine Strahlentherapie, Invasive Maßnahmen, Medikamentöse Maßnahmen und ähnliches. Hier liegt die Aufgabe der Pflege bei der Unterstützung der Ärzte z.B. durch die Gabe von Medikamenten und der Überwachung der Patientenreaktion.

Jedoch dürfen sich Pflegende nicht auf die Assistenzaufgaben beschränken. Es ist nachgewiesen, daß Physikalische Methoden, die in den Bereich der Pflege fallen, in vielen Fällen (abhängig von der Ursache der Dyspnoe) gute Erfolge aufweisen.<sup>27</sup>

Oberstes Ziel seitens der Pflegekräfte sollte stets sein, dem Patienten die Angst vor dem Erstickungstod zu nehmen. Hierzu ist es wiederum nötig, eine Basis tiefen Vertrauens zum Patienten aufzubauen und zu halten.<sup>28</sup>

Im folgenden werde ich verschiedene Pflegeinterventionen zur Verringerung der Dyspnoe vorstellen:

Die Pflegenden sollten zunächst für eine **beruhigende Umgebung** sorgen, so daß der Patient sich sicher fühlt. Er soll nicht das Gefühl bekommen, allein gelassen zu werden. Das Zimmer des Patienten sollte regelmäßig gelüftet werden. Das

---

<sup>25</sup> Doyle 1997, S. 128

<sup>26</sup> Ahmedzai 1998, in Doyle, Hanks, Macdonald 1998, S. 590

<sup>27</sup> Binsack 1997, in Aulbert, Zech 1997, S. 604

<sup>28</sup> Weissenberger-Leduc 1997, S. 42



- Raumklima läßt sich relativ leicht durch das Aufstellen eines Luftbefeuchters oder auf Wunsch auch durch eine Aromalampe verbessern.<sup>29</sup>

Der Patient sollte so bequem wie nur möglich gelagert werden, so, daß er entspannt und frei und entspannt atmen kann. Die folgenden, bekannten Lagerungsmöglichkeiten sollten individuell getestet und nur in Absprache mit dem Patienten eingesetzt werden:

### **Oberkörperhochlagerung:**

Hierbei wird der Oberkörper des Patienten hochgelagert, halb hoch oder in eine sitzende Position. Eine weitere Atemunterstützung bringt die zusätzliche Hochlagerung der Arme, da dies zu einer Entlastung des Brustkorps von der Last der Schultern führt und zugleich die Atemhilfsmuskulatur unterstützt wird. Eine Knierolle führt zur Entspannung der Bauchdeckenmuskulatur und fördert neben der Bequemlichkeit ebenfalls die Atmung.

### **Seitenlagerung:**

Durch eine Seitenlagerung wird die Belüftung des obenliegenden Lungenflügels gefördert, ebenso dient sie als eine Drainagelagerung für evtl. angestautes Sekret, was dann abgehustet werden kann.

### **Halbmondlagerung:**

Diese Lagerung dient der Dehnung des Oberkörpers, wodurch die Lunge sich freier Entfalten kann und die Lungensegmente so besser und leichter belüftet werden können. Für die Halbmondlagerung wird eine Dauer von 5-15 min, je nach Toleranz, für jede Seite vorgeschlagen.

### **V-Lagerung:**

Bei der V-Lagerung werden dem Patienten für ca. 15 min. 2 nur wenig gefüllte Kissen von der linken bzw. rechten Schulter so in den Rücken gelegt, daß sie sich am Steißbein überlappen. dies hat den Effekt, daß die seitlichen Thoraxbereiche besser und belüftet werden können und die Atmung insgesamt erleichtert wird

### **A-Lagerung:**

---

<sup>29</sup> ebenda, S. 43



- Bei dieser Lagerung werden von der Halswirbelsäule ausgehend 2 ebenfalls nur wenig gefüllte Kissen so in den Rücken gelegt, daß sie ein umgedrehtes V ergeben und dadurch die Arme mit unterstützen. Auf diese Weise werden die Lungenspitzen intensiv belüftet.

### **T-Lagerung:**

Diese Lagerung, bei der zwei sich 2 nur wenig gefüllte Schiffchen so unter dem Rücken des Patienten kreuzen, daß die Schultern nicht unterstützt sind, dient der Dehnung des gesamten Thorax. Dadurch wird die Atmung insgesamt erleichtert.

### **135°-Lagerung:**

Hierbei wird der Patient im wesentlichen mit dem Bauch nach unten zur Hälfte auf 3 weiche Kissen gelegt. Dadurch werden die hinteren Lungensegmente optimal belüftet.

### **Kutschersitz:**

Beim Kutschersitz wird die Atemfläche durch die Dehnung des Brustkorbes vergrößert, wodurch eine tiefe Atmung begünstigt wird. Durch das Aufstützen der Arme wird der Brustkorb zusätzlich vom Gewicht der Schultergürtel befreit. Durch diesen Sitz kann sich der Patient bei akuter Atemnot Erleichterung verschaffen. Außerdem begünstigt sie das Abhusten von angestautem Sekret.<sup>30</sup>

Durch **Atemübungen** wird die noch vorhandene Vitalkapazität ausgeschöpft. Diese Atemübungen können nach einem bestimmten Schema erfolgen oder ganz **unkonventionell** durch Kerzenausblasen, ein schönes Stück Papier, das am Bettbügel befestigt wurde wegzublasen, mit einem Strohhalm Wasser in einem Glas zum Sprudeln bringen sowie bewußte Bauch- und Vollatmung geschehen. Hierbei sollte die Pflege eng mit der Physiotherapie zusammenarbeiten.

Hilfreich ist in diesem Zusammenhang auch die **dosierte Lippenbremse**: Hierbei atmet der Patient bei geschlossenem Mund über die Nase ein und läßt sie zwischen den aufeinanderliegenden Lippen leicht und ohne Anstrengung zu entweichen. Dadurch wird der Druck in den Atemwegen künstlich erhöht, wodurch einem Kollaps der Bronchien und Alveolen vorgebeugt wird. Der Patient sollte die Technik der Lippenbremse einüben und so gut beherrschen, daß er sie zu Beginn einer Atemnot

---

<sup>30</sup> Lagerungen: Seel 1998, S. 41ff; Schäffler 1997, S. 116ff



- einsetzen kann. Dadurch kann unter Umständen einer akuten Dyspnoe entgegengewirkt werden.<sup>31</sup>

### **Technische Hilfsmittel**

Durch verschiedene Hilfsmittel wie dem verlängerten Giebelrohr kann die Atemtiefe und damit die Atmung insgesamt verbessert werden. Die Anwendung dieser Geräte fällt jedoch in den eigentlichen Bereich der Physiotherapie.<sup>31</sup>

### **Atemstimulierende Einreibung**

Bei der ASE, die aus dem Bereich der basalen Stimulation stammt, verhilft dem Patienten zu einer gleichmäßigen, tiefen und entspannten Atmung. Neben der Konzentration auf die Atmung fördert sie durch die Kreisförmigen Massagebewegungen der Pflegeperson auf dem Rücken des Patienten auch die Körperwahrnehmung.<sup>31</sup>

### **Manuelle Sekretlösende Maßnahmen**

Eine wichtige Voraussetzung für ein leichtes Abhusten von angestauten Sekreten ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, die nicht unter 1500ml liegen sollte und bei Palliativpatienten unter Umständen nur schwer zu erreichen ist. Unterstützend für das Lösen des Schleims sind folgende Maßnahmen:

#### **Abklopfen und Vibrationsmassage:**

Während des Ausatmens klopft / bzw. vibriert die Pflegekraft mit ihren Händen den Rücken des Patienten von unten nach oben ab. Die so ausgelösten Schwingungen setzen sich im Körperinnern fort und lösen so den festsitzenden Schleim.

#### **Einreibung mit ätherischen Ölen:**

Hierzu eignen sich Öle wie etwa Eukalyptus-, Thymian-, Pfefferminz-, Fichtennadel-, Fenchel- oder Anisöl. Wie überall sollte auch hier auf die speziellen Wünsche des Patienten eingegangen werden.

Ätherische Öle werden zum Teil über die Haut aufgenommen, gelangen vor allem jedoch über die Atmung zu den Lungen, wo sie den Schleim lösen. Da die Öle in unterschiedlich starker Dosis die Atemwege verengen oder erweitern, ist hier Vorsicht und evtl. eine Rücksprache mit dem Arzt geboten.

---

<sup>31</sup> Schäffer 1997, S. 114f



## ■ **Warme Brustwickel**

Feuchtwarme Brustwickel um den Thorax herum fördern die Durchblutung und wirken entspannend, beruhigend und Sekretlösend. Hierzu wird ein Baumwolltuch in 40°C-50°C warmes Wasser gelegt, das nach belieben mit Kräutern versetzt ist, danach ausgewrungen und um die Brust des Patienten gelegt. Dort wird das Tuch mit trockenen Tüchern abgedeckt und der Patient mit einer dicken Baumwolljacke oder einem Schafsfell angezogen. Der Wickel kann eine halbe Stunde am Patienten bleiben, weitere 30 Minuten sollte der Patient ruhen können. Eine ähnliche Wirkung erzielen **warme Packungen**.<sup>31</sup>

## **Musiktherapie**

Auch der Einsatz von Musik kann sich positiv auf den Zustand des Patienten auswirken. Durch Musik, die ihm gefällt, fühlt er sich "zu Hause" und sicher, je nach Stilrichtung kann die Musik darüber hinaus beruhigend auf die Atmung wirken.

# 7. Literaturverzeichnis

- 1) Abenhardt, W.; Binsack, Th.; Blieninger, S.; (1995) (Hrsg.): „Die Betreuung des Krebspatienten“ In: „Supportive Maßnahmen in der Onkologie. 5“ Stuttgart.
- 2) Aulbert, Eberhard; Zech, Detlev (Hrsg.) (1997) „Lehrbuch der Palliativmedizin“ Stuttgart.
- 3) Viefhues, Herbert; Spikofski, Werner (1997) „Palliativeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung“ In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. 95; Baden-Baden
- 4) Doyle, Derek (1997) „Domiciliary Palliative Care. A Guide for the Primary Care Team“, Oxford
- 5) Doyle, Derek; Hanks, Geoffrey W.C.; MacDonald, Neil (Hrsg.) (1998) „Oxford Textbook of Palliative Medicine“ New York.
- 6) Dunlop, R.J.; Hockley, J.M. (1998) „Hospital-based palliative care teams The hospital interface“ New York
- 7) Fallon, Marie; O’Neil, Bill (Hrsg.) (1998) „ABC of Palliative Care“, London
- 8) PKV Publik (2000) „Hospizbewegung in Deutschland“, Köln.
- 9) Robbins, Margaret (1998) „Evaluating Palliative Care. Establishing the Evidence Base“ New York 1998.





- 10) Sounders, Cicely; Baines, Mary (1991) „Leben mit dem Sterben Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen“, Bern.
- 11) Sounders, Cicely; Baines, Mary (1995) „Living with Dying. A Guide to Palliative Care“ New York
- 12) Weissenberger-Leduc, Monique (1997) „Handbuch der Palliativpflege“, Wien
- 13) World Health Organisation (1990) „Cancer Pain Relief and Palliation Care“, In: *Technical Report Series. 804*; Genf, Internetquelle: <http://www.who.int/dsa/cat98/can8.htm#Palliative Care>, zuletzt besucht am 2.11.2000