



**Palliativversorgung und  
Hospizkultur in Pflegeheimen  
in Herne, Wanne-Eickel,  
Castrop-Rauxel**

**Leitfaden**

## Inhaltsverzeichnis

### Wir stellen uns vor:

<b>Das Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e. V.</b>	<b>4</b>
Einleitende Worte	5
Vorwort	6
<b>Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeheimen</b>	<b>7-8</b>
Grundgedanken	7
Unser Verständnis von Palliativversorgung in Pflegeheimen	7
Für uns bedeutet Palliativpflege	8
Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team	8
<b>Die Herausforderung einer bedürfnisorientierten Pflege</b>	<b>9-10</b>
Körperliche Dimension	9
Psychosoziale / soziale Dimension	10
Spirituelle Dimension	10
<b>Organisatorische Aspekte</b>	<b>11</b>
<b>Was für uns in Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel wichtig ist</b>	<b>12</b>
<b>Unsere Leitsätze</b>	<b>13</b>
<b>Tipps für die Praxis</b>	<b>14-47</b>
Schmerz und Leid	15-19
Luftnot (Dyspnoe)	20
Rasselatmung	21-22
Übelkeit / Erbrechen	23-24
Andauernde Übelkeit (Nausea)	25
Mundpflege	26-30
Essen und Trinken am Lebensende	31
Positionswechsel	32
Palliative Wunden und Gerüche	33-35
Angehörigenbegleitung	35
Juckreiz (Pruritus)	36-37
Unruhe in der letzten Lebensphase	38-39
Komplementäre Pflege / Aromapflege	40-43
Ethischen Fallbesprechung	44-45
Beispiel einer ethische Fallbesprechung	46-47
<b>Notfallbox</b>	<b>48-49</b>
<b>Quellenangaben und hilfreiche Literatur</b>	<b>50-51</b>
<b>Notizen</b>	<b>52-53</b>
<b>Impressum</b>	<b>54</b>

### **Das Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e. V.**

hat sich 2007 erstmals getroffen und ist seit 2009 ein eingetragener, gemeinnützig anerkannter Verein. Neben 4 Mitgliederversammlungen und 6 Vorstandssitzungen pro Jahr finden regelmäßig Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit statt. Aktuelle Themen, wichtige Schwerpunkte werden in Arbeitsgruppen aufgegriffen und vertieft, diese arbeiten eigenständig. Eine dieser Arbeitsgruppen ist die AG Heime im Palliativ-Netzwerk, die sich Ende 2012 gegründet hat.

### **Die Mitglieder und Arbeitsgruppen:**

Mitglieder: Ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen, Trauernetzwerk Herne, PKD (Palliativmedizinischer Konsiliardienst), Krankenhäuser mit und ohne Palliativstationen, Ambulante Pflegedienste, Apotheken, Homecare-Unternehmen und Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Weiterbildungseinrichtungen, Fördervereine, Träger mehrerer Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Arbeitsgruppen (Stand 2022): Ambulantes Ethikkomitee, AG Junge Familien, AG Letzte Hilfe Kurse, AG Digitales und AG Heime.

### **10 Jahre AG Heime – aktuelle Mitgliederliste:**

- Ambulanter Hospizdienst Herne
- Ambulanter Hospizdienst Castrop-Rauxel, Caritasverband
- APPH Ruhrgebiet
- ASB Seniorenheim Mont Genis Herne
- AWO Herne Seniorenzentren Else-Drenseck / Grete-Fährmann / Willi-Pohlmann
- AWO Castrop-Rauxel Seniorenzentrum Ickern / Wilhelm-Kauermann-Seniorenzentrum
- Diakonische Stiftung Wittekindshof Herne
- DRK Herne Altenhilfezentrum Königsgruberpark, Hausgemeinschaften, Haus am Flottmannpark
- Ev. Johanneswerk Eva-von-Tiele-Winckler-Haus, Ludwig-Steil-Haus, Haus am Ginsterweg
- Ferdinand-Dienst-Haus
- Geros Seniorenzentren Castrop-Rauxel Domizil am Stadtgarten, Helena, Philogeria
- Lebenshilfe Herne
- Dr. Wolfgang Scherbeck, Palliativmediziner Castrop-Rauxel
- Brunhilde Schlachter, Vorstandsmitglied Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e. V.
- St. Elisabethgruppe Herne, St. Elisabeth-Stift und Widumer Höfe
- Wewole Stiftung Herne und Castrop-Rauxel

Die AG Heime im Palliativ-Netzwerk besteht in diesem Jahr seit 10 Jahren!

Vertreter verschiedener Heim-Träger und verschiedener Berufsgruppen haben sich im November 2012 unter dem Dach des Palliativ-Netzwerks zusammengeschlossen. Neben fachlichem Austausch und gegenseitiger Stärkung stand immer auch die Weiterentwicklung und Implementierung von Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen im Fokus.

Die Coronapandemie hat es besonders dieser Gruppe schwer gemacht, ihre Arbeit fortzuführen. Somit ist es noch mehr hervorzuheben, dass ein Redaktionsteam aus dieser AG sich mitten in der Pandemie wieder zusammengefunden hat, um diesen Leitfaden zu überarbeiten und zu ergänzen.

Die erste Auflage 2015 war schon eine Erfolgsgeschichte, er wurde in jeder Einrichtung an jeden Mitarbeiter, egal aus welcher Berufsgruppe ausgehändigt. Er wurde sogar überregional beachtet und wurde bis nach Süddeutschland versendet. Der Hospizdialog NRW berichtete 2016 darüber und im Juni 2017 wurden viele Inhalte in einem netzwerkweiten Fachtag vertieft. Trotzdem wurde schnell deutlich, dass Themen fehlten und dass auch die Zielgruppe zu überdenken war.

Nun liegt die zweite, vollständig überarbeitete Auflage vor, die dank des Redaktionsteams aus Süreyya Melnik (AWO Ickern), Dr. Wolfgang Scherbeck (Palliativarzt), Heike Schlegel (Geros Castrop-Rauxel) und Anja Schröder (Ambulanter Hospizdienst Herne) sehr praxisnah den Bedürfnissen angepasst wurde. So konnten auch neue Themen wie der Schmerz, die ambulante Ethikberatung oder die Notfallbox mit aufgenommen werden.

Herzlichen Dank dafür und hoffentlich kommt dieses hilfreiche Heft bei allen Mitarbeitern, aber auch interessierten Ehrenamtlichen oder Angehörigen, an.

Wir danken auch den Spendern und Unterstützern des Palliativ-Netzwerks mit deren Hilfe wir die grafische Umsetzung und den Druck finanzieren können.

### ***Karin Leutbecher und Brunhilde Schlachter***

(Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende  
Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e. V.)

Ein Pflegeheim ist kein Hospiz, aber der hospizlich-palliative Gedanke „Leben bis zuletzt“ bei möglichst hoher Lebensqualität wird verfolgt und gelebt.

Trotz schwerer Krankheitsbeschwerden und zunehmender Pflegebedürftigkeit hat jeder Mensch das Recht seine letzte Lebensphase als lebenswert erfahren zu dürfen. Das beinhaltet für alle, die sich um das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner sorgen, ein umsichtiges, achtsames und respektvolles Handeln. Die Einrichtung muss sich den Aufgaben stellen, die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen besonders in den Blick nehmen und ein umfassendes Begleitkonzept zu entwickeln.

Um die Umsetzung von Palliativversorgung und Hospizkultur im Pflegeheim weiter zu intensivieren, hat sich die Arbeitsgruppe Heime des Palliativ-Netzwerkes Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel das Ziel gesetzt, einen praxisnahen Leitfaden zu entwickeln und in zweiter Auflage nun zu überarbeiten.

Die Grundlage war das gemeinsame Erfassen der wichtigen und verschiedenen Sichtweisen aller an der Versorgung in den Einrichtungen Beteiligten, um daraus als Kernstück zentrale Leitsätze (s. Seite 13) zu formulieren. Daraus entwickelte sich ein Leitfaden, der Grundlage und Hilfestellung zur Umsetzung von Palliativversorgung und Hospizkultur in den einzelnen Einrichtungen sein kann.

Die Tipps für die Praxis wurden von vielen der beteiligten Pflegeheime beigesteuert.

### Grundgedanken

- Ein Bewohner<sup>1</sup>, der sterbend ist, ist grundsätzlich aus einer palliativen Grundhaltung zu versorgen
- Nicht jeder Sterbende braucht einen Arzt oder Palliativmediziner
- Benötigt ein Bewohner palliativmedizinische Versorgung muss grundsätzlich der Hausarzt informiert werden. Nur dieser kann die Palliativärztliche Versorgung einleiten
- Ein Bewohner, der sterbend ist, hat Anspruch auf psychosoziale und spirituelle Begleitung, z.B. durch den Ambulanten Hospizdienst oder einen Seelsorger. Dazu gehört auch die Begleitung der Angehörigen

Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass unser Menschsein sich in vier Dimensionen ausdrückt, die unterschiedlich, nach Veranlagung, Erziehung und Lebensgeschichte stärker oder weniger stark ausgeprägt sind. So spricht man von der physischen (körperlichen), der psychischen, der sozialen und der spirituellen Dimension.

### Unser Verständnis von Palliativversorgung in den Pflegeheimen ist:

- Eine bedürfnisorientierte medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung, die das individuelle Wohlbefinden steigern, die Sicherheit und Geborgenheit in allen Stadien des Leidens und Sterbens vermitteln soll und die Angehörigen mit einbezieht
- Dass die Pflegemitarbeiter zum interdisziplinären Team gehören, zu dem neben den Haus-, Fach- und Palliativmediziner, dem Sozialdienst, der Seelsorge und allen anderen an der Versorgung Beteiligten auch die freiwillig Engagierten aus dem Besuchsdienst und Ambulanten Hospizdienst zählen

<sup>1</sup> In dem vorliegenden Leitfaden wurde bewusst auf geschlechterspezifische Endungen verzichtet, um den Lesefluss nicht zu stören. Selbstverständlich sind in der jeweils gewählten Form immer weibliche, männliche und diverse Personen gleichermaßen gemeint.

### Für uns bedeutet Palliativpflege

Ein strukturierter und bedürfnisorientierter Pflegeprozess, wird durch die Wünsche, Bedürfnisse, Möglichkeiten und die subjektive Wahrnehmung des Pflegebedürftigen und nicht durch die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Pflege bestimmt. Zugrunde liegende ethische Prinzipien der Pflege haben innerhalb der palliativen Pflege einen besonderen Stellenwert. Dazu gehören vor allem:

- Die Wahrung der Würde und der Autonomie des Bewohners, auch über dessen Tod hinaus
- Die Akzeptanz des Sterbens und des Todes als Teil des Lebens, die Integration eigener und familiärer Ressourcen und deren Einbindung in den Pflegeprozess
- Die Anwendung des Grundsatzes „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ („High Touch Low Tech“), der insbesondere die Überversorgung und die Einschränkung der Lebensqualität durch medizinische und pflegerische Maßnahmen verhindern soll
- Der Versuch, das Leben weder künstlich zu verlängern noch zu verkürzen

### Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team

Alle an der Versorgung Beteiligten (intern und extern) haben ein gemeinsames Verständnis von Palliativversorgung (Palliative Care). Der alte, kranke und demente Bewohner erfährt eine optimale und situationsangepasste multiprofessionelle Versorgung.

- Alle am Team Beteiligten werden als gleichwertig betrachtet, dabei gibt es klare Rollen- und Aufgabenverteilungen
- Wesentliche Elemente sind: Regelmäßige Teamgespräche, Kommunikation, Reflexion und Supervision
- Spezielle fachliche Fort- und Weiterbildungen der Pflegemitarbeiter und aller anderen Mitglieder des Teams werden angestrebt

### Körperliche Dimension

#### Symptomerfassung:

Um Schmerzen und andere belastenden Symptome lindern zu können, spielt das Symptom-, beziehungsweise das Schmerzerfassungsmanagement eine wesentliche Rolle. Entsprechende Pflegeassessmentinstrumente (Dokumentationen) dienen der Erfassung individueller Schmerzwahrnehmung oder anderer Symptome. Zu den häufigsten Beeinträchtigungen, die neben Schmerzen auftreten, gehören Luftnot, Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Verstopfung, Durchfälle, Übelkeit und Erbrechen, Veränderungen der Mundschleimhaut, Müdigkeit, demenzielle Veränderungen, Körperbildveränderungen, Angst, Unruhe, Wunden und Blutungen.

#### Symptomlinderung:

Die Pflege bietet dem Bewohner innerhalb der interdisziplinären Aufgabe vor allem unterstützende Linderung der Symptome an. Darüber hinaus berät und leitet sie den Bewohner und seine Angehörigen an und koordiniert die entsprechenden Maßnahmen und/oder Therapien.

Der Verlauf der Symptomatik und der Erfolg individueller Maßnahmen und Therapien werden durch die Pflegedokumentation aufgezeichnet, kontrolliert und bewertet. Die Ergebnisse gehen in die Pflegeplanung ein.

Vorausschauendes Handeln ist die Grundlage unserer Arbeit. Potenzielle Probleme und Beschwerden am Lebensende werden so früh wie möglich erfasst und Maßnahmen intern und extern vorab vereinbart. Hierzu wird individuell auf den jeweiligen Bewohner bezogen eine entsprechende Handlungsempfehlung zum hausinternen Expertenstandard erstellt. Sie ist allen Teammitgliedern zugänglich.

## Die Herausforderung einer bedürfnisorientierten Pflege

### Psychosoziale / soziale Dimension

Eine Integration in das soziale Netz, die Regelung von unerledigten Dingen und die Konfliktbewältigung sind wichtige Gesichtspunkte in unserer täglichen Arbeit.

Für den Bewohner und seinen Angehörigen entsteht durch das Fortschreiten der Erkrankung und den nahenden Tod eine Grenzsituation. Es treten Verlustängste, Wut, Trauer, Hoffnungslosigkeit und ähnliche Gefühle auf.

Die Aufgabe der Pflegekraft ist es, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, diese Emotionen zu äußern und sich in dieser Situation ernst- und angenommen zu fühlen. Signalisieren die Betroffenen zusätzlichen Gesprächsbedarf oder andere Bedürfnisse, fordert sie Unterstützung durch das multiprofessionelle Team an bzw. bindet Angebote des Palliativ-Netzwerk (z. B. Ambulanter Hospizdienst) mit ein.

Die Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Pflege, ebenso wie die Vermittlung und Kompromissfindung zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen des Pflegenden und der Bezugspersonen.

### Spirituelle Dimension

In der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Tod stellen sich für den Erkrankten Fragen nach der Sinnhaftigkeit und der Bilanz seines Lebens.

Alle an der Versorgung Beteiligten begegnen dem Bewohner hierbei mit Respekt, Offenheit und Akzeptanz, sie ermutigen ihn und geben ihm Raum und Zeit für Rituale, damit er die Möglichkeit hat, seine eigene Spiritualität zu leben.

Der individuell notwendige psychosoziale / seelsorgerische Beistand wird unter Beachtung der persönlichen kulturellen und religiösen Werte wahrgenommen und in die Wege geleitet.

## Organisatorische Aspekte

- Nicht jeder alte und hochbetagte Bewohner ist ein Palliativpatient
- Ein palliativmedizinisch zu betreuender Bewohner leidet unter einer sehr ersten Erkrankung, die nicht mehr geheilt werden kann und an der er als Folge dieser Erkrankung in absehbarer Zeit versterben wird. Um zusätzlich zur hausärztlichen Betreuung eine palliativmedizinische Betreuung einzuleiten, müssen weitere Symptome wie Schmerzen, Luftnot, neurologische Komplikationen, anhaltende Übelkeit mit rezidivierendem (immer wieder auftretend) Erbrechen, Verstopfung oder extreme Angstzustände vorliegen
- Unter den oben genannten Bedingungen kann ein Palliativarzt des PKD (palliativmedizinischer Konsiliardienst), bei Bedarf, hinzugezogen werden. Er kann nicht als Ersatz für den Notdienst oder die Feuerwehr eingeschaltet werden, sondern ist konsiliarisch für den Hausarzt tätig und muss auch über den Hausarzt in die Therapie mit einbezogen werden
- Die Einschreibung zur palliativmedizinischen Mitbehandlung durch den PKD kann immer nur durch den behandelnden Hausarzt erfolgen
- Ein Bewohner darf und kann am Ende seines Lebens ohne Versorgung durch einen Palliativarzt versterben, sofern er nicht unter entsprechenden oben genannten Beschwerden leidet

## Was uns in Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel wichtig ist

Die Implementierung von Palliativversorgung unterstützt den aktuellen Auftrag der Träger von Pflegeheimen.

Sie dient darüber hinaus der Würde der Menschen, die in unseren Heimen leben. Dies leitet sich aus den meisten Leitbildern der Träger unserer Einrichtungen ab. Wenn uns das Bemühen um Lebensqualität antreibt, lässt sich Palliativkompetenz erreichen.

Erich Loewy<sup>2</sup> hat eine passende Antwort formuliert auf die Frage

**„Was ist Lebensqualität?“**

**„Nicht nur am Leben sein, sondern ein Leben haben.“**

Wir als Arbeitsgruppe Heime im Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel möchten daher den oft zitierten Satz von Cicely Saunders<sup>3</sup> auch für die Herner Heime übernehmen:

**„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.  
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig,  
und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden  
sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“**

<sup>2</sup> Erich Hans Loewy: \* 31. Dezember 1927 in Wien † 26. Oktober 2011 in Sacramento – österreichisch-US-amerikanischer Kardiologe und Bioethiker.

<sup>3</sup> Dame Cicely Mary Strode Saunders, \* 22. Juni 1918 in Barnet, Hertfordshire; † 14. Juli 2005 in London) – Ärztin, Sozialarbeiterin, Krankenschwester.

## Unsere Leitsätze

1. Die Würde und Selbstbestimmung unserer kranken und sterbenden Bewohner gehört zum Selbstverständnis unseres Handelns
2. Zu unserer ganzheitlichen Betreuung gehört die pflegerische, psychosoziale, spirituelle und medizinische Zuwendung
3. Der besonderen Situation von Menschen mit Demenz wird mit Achtung und würdevoller Begegnung Rechnung getragen
4. Die Linderung der Leiden steht im Mittelpunkt unserer Arbeit, alle an der Versorgung Beteiligten bilden die begleitende Einheit
5. Die Versorgung und Betreuung der Bewohner am Lebensende erfordert eine hohe Sensibilität für die sich verändernden Bedürfnisse und Wünsche
6. Unsere innere Haltung, das Sterben als Teil unseres Lebens anzunehmen und zu respektieren, gibt uns die Chance den Sterbenden empathisch zu begleiten
7. Unser Handeln wird grundsätzlich von Fragen nach dem WARUM und dem SINN für den Bewohner und seine Angehörigen begleitet sein
8. Sterben und Trauer spielen auch im religiösen Denken eine wichtige Rolle. In unseren Gemeinden und Lebensgemeinschaften sind kulturell verschiedene Bewohner angesiedelt. Deren Besonderheiten wollen wir mit Respekt begegnen

## Tipps für die Praxis

In der Palliativversorgung ist die Lebensqualität und das Wohlfühl unserer Heimbewohner das oberste Pflegeziel. In der täglichen Arbeit müssen Pflegeziele stetig neu definiert, der Situation und den aktuellen Beschwerden angepasst und mit Handlungsstrategien versehen werden. Das erfordert ein stetiges Umdenken und Handeln, Flexibilität und Kreativität.

Unsere Tipps und Informationen sind als anregende Möglichkeiten zu sehen und sind den individuellen Möglichkeiten des Bewohners anzupassen. Sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die therapeutischen Angaben, insbesondere von Medikamenten sowie deren Dosierungen und Applikationen müssen entsprechend der ärztlichen Verordnungen erfolgen. Die angegebenen Namen von Präparaten sind beispielhaft ausgewählt. Damit ist keine Wertung und Bevorzugung gegenüber anderen Substanzen verbunden.

Wir haben Wert darauf gelegt am Anfang der Tipps die jeweilige Besonderheit in der palliativ-hospizischen Situation herauszuarbeiten und auf das Wesentliche zu begrenzen. Die Formulierungen sind ebenso zu betrachten. Die jeweiligen Hinweise am Ende der Tipps sind uns wichtig, um das eigene Handeln immer wieder überprüfen und in Frage stellen zu können.

## Tipps für die Praxis – *Schmerz und Leid*

Der Wunsch, ohne Schmerzen sterben zu können, ist das am Lebensende am häufigsten geäußerte Bedürfnis.

**„Dem Schmerz von sterbenden Menschen zu begegnen ist keine rein medizinische Aufgabe.“**

Schmerz ist nicht nur eine Wahrnehmung, sondern eine Empfindung, ein Erlebnis, bei dem Bewusstsein, Gefühl, Sinn und emotionale Zusammenhänge eine wesentliche Rolle spielen. Daraus erklärt sich das Total Pain Konzept (Cicely Saunders<sup>4</sup>), welches für uns handlungsführend ist.



4 Dame Cicely Mary Strode Saunders, \* 22. Juni 1918 in Barnet, Hertfordshire; † 14. Juli 2005 in London) – Ärztin, Sozialarbeiterin, Krankenschwester.

### Physischer oder körperlicher Schmerz

Körperliche Schmerzen in einer palliativen Situation sind im Regelfall tumorbedingte Schmerzen, wie zum Beispiel durch Befall des Skelettsystems, durch Infiltration (einwachsen) oder Kompression (zusammendrücken) von peripheren Nerven, durch Tumorbefall von Organen oder durch tumorbedingte Weichteilinfektion mit Entzündung, Ulzerationen und Nekrosen. Aber auch eine fortgeschrittenen arterielle Verschlusskrankheit, neurologische Systemerkrankungen, altersbedingte Skeletterkrankungen (Arthrose, rheumatische Erkrankungen) oder Demenz können solche Zustände verursachen.

Nozizeptorschmerzen haben ihre Ursache in einer direkten Reizung von Schmerzrezeptoren durch direkte Gewebsschädigung (z.B. durch einen Tumor) oder durch eine tumorbedingte Entzündungsreaktion. Fast alle Gewebe und Organe enthalten Schmerzrezeptoren, die bei einer Reizung die entsprechenden Informationen über das Rückenmark ins Gehirn leiten, wo diese Sinneswahrnehmung dann als Schmerz realisiert wird. Unter funktionellen und therapeutischen Gesichtspunkten ist eine weitere Unterteilung in somatischen Schmerzen und viszeralen Schmerzen sinnvoll. Somatische Schmerzen haben ihren Ursprung in der Haut, der Skelettmuskulatur, den Gelenken, den Knochen und dem Bindegewebe. Sie sind gut lokalisierbar und haben einen dumpfen, bohrenden oder einen spitz-scharfen Charakter. Typischerweise nehmen sie bei Bewegung der betroffenen Körperteile zu.

Viszerale Schmerzen haben ihren Ursprung im Brust- oder Bauchraum. Sie werden als drückend oder kolikartig beschrieben, werden in der Tiefe des Körpers empfunden und sind nur unscharf begrenzt.

Im Unterschied zum Nozizeptorschmerz entstehen neuropathische Schmerzen, wenn periphere Nerven, Nervenplexus (Nervengeflecht) oder Nervenwurzeln direkt durch Kompression oder durch Einwachsen eines Tumors geschädigt werden. Sie haben einen brennenden Charakter und gehen im Regelfall mit sensiblen Störungen im Ausbreitungsbereich des betroffenen Nervens einher.

Die ursächliche oder pathophysiologische Klassifizierung der Schmerzen ist von wesentlicher Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie. Bei entzündlich bedingten Schmerzen oder Knochenschmerzen werden in erster Linie Antirheumatika (teilweise in Kombination mit Opioiden) eingesetzt. Bei viszeralen Schmerzen kommen in erster Linie spasmolytisch wirksame Medikamente in Kombination mit Analgetika (z. B. Buthylscopolamin und Novaminsulfon) und bei neuropathischen Schmerzen Antidepressiva oder Antiepileptika (auch hier, wenn notwendig in Kombination mit Opioiden) zum Einsatz. Ziel ist jeweils die Herstellung einer stabilen Schmerzsituation mit möglichst wenigen Schmerzdurchbrüchen.

Wie Eingangs bereits dargestellt können jedoch auch psychische Probleme sich in Form von körperlichen Schmerzen manifestieren. Erwartungsgemäß reagiert diese Schmerzform nur unzureichend auf Schmerzmittel und muss alternativ behandelt werden (siehe folgende Kapitel).

### Psychischer oder seelischer Schmerz

Bei Sterbenden meint der Begriff des psychischen Schmerzes insbesondere die schmerzliche Erfahrung, dass der Sterbende und seine Angehörigen nur noch eine letzte, begrenzte Chance haben, letzte Dinge zu erledigen oder ungelöste Konflikte zu Ende zu bringen. Angst vor dem Schmerz, der Ungewissheit, dem Leiden oder dem Versagen sind ebenfalls dieser Kategorie des Schmerzes zuzuordnen. Sich ausgeschlossen oder gar isoliert zu fühlen verursacht ebenfalls Schmerzen. Unabhängig von der Anwesenheit oder Abwesenheit von Menschen kann Einsamkeit empfunden werden, nämlich immer da, wo das Gefühl bleibt mit seinen Ängsten und Problemen oder auch Hoffnungen allein zu sein – „warum versteht mich denn keiner?“

In dieser Phase können die unterschiedlichsten Gefühle und Empfindungen aufkommen. Zorn, Depression sowie Abwehr und Verzweiflung können das Entstehen von psychischen Schmerzen erklären. Angst ist ein weiterer Aspekt, da Hoffnungslosigkeit gepaart mit Angst vor dem bevorstehenden Tod Schmerzen jeder Art verstärken können. Aber nicht nur die Angst vor dem bevorstehenden Tod, sondern auch vor Verlust oder vor körperlicher Schwäche, kann als auslösender Faktor für psychischen Schmerz verstanden werden.

#### Psychischer Schmerz kann auftreten bei:

- Ungelösten Konflikten
- Angst vor dem Ungewissen
- Angst vor dem Versagen
- Angst vor Isolation/Ausgeschlossenheit
- Angst davor Unerledigtes nicht mehr regeln zu können
- Angst allein zu sein

Zu den psychischen Beschwerden können niedergeschlagene Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, Antriebsminderung, herabgesetztes Selbstwertgefühl, Suizidgedanken und -versuche sowie Abnahme der Konzentrations- und Gedächtnisleistungen zählen.

Den Sterbenden in dieser Situation aufzufangen, die Probleme nicht zu bagatellisieren und sofern möglich bei der Lösung zu helfen ist bei dieser Schmerzgenese (Ursache) die sinnvollste Therapieoption.

### **Spirituellder Schmerz**

Spirituellder Schmerz ist nicht nur auf eine bestimmte Religion oder Konfession bezogen, sondern in verschiedenen Kulturen ist auch der Umgang mit spirituellem Schmerz unterschiedlich. Gemeint ist zunächst eine übergeordnete Ebene, bei der der Mensch anfängt über sich hinaus zu denken und dabei unsicher wird. So sind unter spirituellen Schmerzen all die Schmerzen zu verstehen, die sich an der Sinnfrage entzünden:

- Die Frage nach dem Sinn des Lebens
- Die Frage nach dem Sinn des Leidens
- Die Frage nach dem Sinn des Sterbens

Eine nicht selten geäußerte Frage ist die nach dem Woher und Wohin des Lebens. Fast alle Sterbenden habe Fragen, die unter dieser Dimension zusammenzufassen sind.

### **Der spirituelle Schmerz kann auftreten bei:**

- Unbeantworteten Fragen nach dem „Warum“
- Fragen nach dem Sinn des Lebens
- Fragen nach dem Sinn des Seins
- Verlust und Veränderungen gewohnter Rituale und Bräuche
- Verlust von sinngebenden Aufgaben
- Verlust der eigenen Zukunft
- Veränderungen der Möglichkeiten den eigenen Glauben zu leben
- Veränderungen der Möglichkeiten die eigene Religiosität zu leben
- Fragen und Nöten die sich aus der jeweiligen Kultur ergeben

### **Spirituellder Schmerz im hohen Alter**

Menschen im hohen Alter sind oftmals mit vielen Verlusten konfrontiert. Viele von Ihnen sprechen deutlich aus, dass Sie sich unnützlich oder wertlos fühlen. Gerade im hohen Alter stellt sich die Sinnfrage oft mit großer Dringlichkeit. Ältere Menschen fragen sich häufig bei einem Einzug in Pflegeheim, ob ihr Leben dort noch einen Sinn haben kann, ob sie überhaupt noch für etwas gut sind.

### **Sozialer Schmerz**

Menschen äußern angesichts ihres Lebensendes am häufigsten den Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen und im Sterben nicht allein gelassen zu werden. Die soziale Dimension des Sterbens ist hier angesprochen. Dem Sterbenden ist es wichtig, im sozialen Umfeld aufgehoben zu sein, umgeben zu sein von den Angehörigen, Freunden, dem Partner, all denjenigen, die ihm nahestehen und zu denen er liebevolle Beziehungen unterhält. Aber auch der Wunsch nach Helfern wird deutlich, nach solchen, die stark genug sein mögen, den Sterbeprozess auszuhalten, die in der Lage sind, mit dem Thema Sterben frei umzugehen. Aber auch die Sorge um die soziale Stellung der Menschen, die zurückbleiben, ist nicht unbedeutend. Wenn z. B. ein Mensch stirbt, der für den Unterhalt der Familie zuständig war, kann dies zur Besorgnis führen, wie die Familie zukünftig weiter versorgt werden könnte.

### **Sozialer Schmerz kann auftreten bei:**

- Abschied/Verlust von Angehörigen und vertrauten Menschen
- Verlust sozialer Rollen
- Verlust der eigenen Rolle
- Verlust der eigenen Häuslichkeit
- Verlust der sozialen und finanziellen Absicherung
- Verlust der Selbstständigkeit

### **Mitarbeiterschmerz**

Anders als die zuvor genannten Schmerzdimensionen ist dieser Schmerz dadurch gekennzeichnet, dass er von außen zugefügt wird und nicht in der Auseinandersetzung mit dem Sterben begründet ist.

Diese etwas unglückliche Formulierung ist die Übersetzung des englischen „Staffpain“. Darunter werden die „Schmerzen“ verstanden, die auftreten und dadurch bedingt sind, dass es mit dem Personal zu keiner wahren Begegnung oder Kommunikation kommt. Diesem Schmerz kann man sehr gut dadurch begegnen, dass innerhalb des Teams eine kontinuierliche Verständigung erfolgt und Raum für Bezugspflege gelassen wird und somit eine personelle Kontinuität in der Begegnung gewährleistet wird.

**„Alle Dimensionen des Schmerzes müssen in die Antwort auf das Gesamtphänomen Schmerz eingebracht werden.“**

## Tipps für die Praxis – **Luftnot (Dyspnoe)**

### **Besonderheit**

Es ist grundsätzlich zu beachten: Luftnot ist für jeden Menschen ein subjektives Empfinden. Der Bewohner hat das Gefühl zu ersticken. Die Atemtätigkeit steigt an, die Frequenz erhöht sich (normale Frequenz 16 Züge/Min.)

**Luftnot ist für den Betroffenen akut lebensbedrohlich.  
Luftnot verursacht Todesangst!  
Todesangst verursacht Luftnot!**

### **Ziel**

Angstminderung, erleichterte Atmung.

### **Möglichkeiten**

- Den Betroffenen nicht alleine lassen
- Keine Hektik, eigene Ruhe bewahren
- Für kühle, frische Luft sorgen, evtl. Ventilator aufstellen, Handventilator anbieten
- Beengende Kleidung entfernen
- Ruhige Kommunikation mit dem Bewohner und ihm das Gefühl vermitteln, dass man ihm in seiner schweren Situation beisteht
- Wenn in der Situation verbale Kommunikation nicht möglich ist, auf nonverbale Zeichen des Bewohners achten
- Atmung erleichtern durch Lageveränderung (unterstützen bei der Oberkörperhochlagerung)  
Bei Bedarf „Kutschersitz“ anwenden. Gebeugte Arme auf die Oberschenkel abstützen, die mechanische Atmung wird unterstützt, der Brustkorb kann sich dehnen, das tiefe Durchatmen wird begünstigt
- Damit der Bewohner seine Atmung besser spürt, ggfs. Hand auf seine Flanken legen
- Spray für Asthmatiker immer griffbereit halten
- Ggfs. kurze Sauerstoffgabe, Bedarfsmedikation nach ärztlicher Anordnung
- Aufgeregte Bewohner oder Besucher aus dem Zimmer schicken

### **Hinweis**

Bei nicht rückgängiger Atemnot wird der Arzt/Palliativmediziner/Notarzt informiert

## Tipps für die Praxis – **Rasselatmung**

### **Besonderheit**

Rasselatmung ist eine geräuschvolle, durch Rasseln charakterisierte Atmung, die in den letzten Lebensstunden oder -tagen auftritt (auch genannt Brodeln, Röcheln, Todesrasseln). Die Rasselatmung kann sowohl bei wachen als auch bei komatösen und somnolenten Bewohnern beobachtet werden. Die Rasselatmung ist seit Jahrhunderten als Zeichen für den nahenden Tod bekannt. Der sterbende Mensch ist zunehmend zu schwach um Sekret abhusten zu können. Auch der Schluckreflex funktioniert häufig nicht mehr, Speichel kann nicht mehr geschluckt werden. Das nicht geschluckte bzw. abgehustete Sekret bewegt sich in der Luftröhre mit jedem Atemzug auf und ab. Das klingt meist für die Angehörigen und Pflegenden gleichermaßen bedrohlich. In dieser Situation ist die Ein- und Ausatmung nicht behindert. Es kann davon ausgegangen werden, dass daher kein erhöhter Leidensdruck beim Bewohner entsteht. Das zum Teil sehr laute Atemgeräusch ist für Angehörige jedoch oft sehr belastend, weil sie fürchten, dass der sterbende Mensch darunter leiden oder ersticken könnte.

### **Ziel**

Den sterbenden Menschen nicht durch unnötige Maßnahmen (insbesondere Absaugen) belasten. Durch den Einsatz von Medikamenten kann die Produktion des Bronchialsekrets (Bronchialschleim) reduziert oder unterdrückt werden. Die Angehörigen werden in den Prozess erklärend mit einbezogen, damit sie die Situation einordnen und Ängste relativieren können.

## Tipps für die Praxis – *Rasselatmung*

### Möglichkeiten

#### *Pflegerische Maßnahmen*

- Alle Personen, die das Zimmer betreten, also Pflegende, Betreuende, Ehrenamtliche, Mitarbeiter, Reinigungsdienst, Physiotherapeuten sollten ebenso wie die Angehörigen über den Zustand des Sterbenden informiert sein
- Seitliche Lagerung mit leicht erhöhtem Oberkörper (30° Grad)
- Den Kopf seitlich lagern, damit Sekret abfließen kann (darauf achten, dass bei dieser Lagerung die Zunge nicht nach hinten fallen kann – zusätzlicher Sekretstau)
- Die Unterlage eines Handtuchs oder einer saugfähigen Unterlage ermöglicht ein Auffangen des Sekrets
- Mund- und Lippenpflege kann z. B. das vorsichtige Entfernen von Sekret im Mundraum mit Kompressen oder Watteträgern einschließen
- Auf die Gabe von Flüssigkeit kann meistens verzichtet werden. Sterbende haben in der Regel keinen Durst mehr und die Zufuhr von Flüssigkeit regt die Speichel- und Sekretbildung an
- Sekret sollte in den letzten Lebensstunden nicht mehr abgesaugt werden
- Reduktion oder Beendigung von Flüssigkeitsgaben über PEG oder als Infusion (ärztliche Anordnung) Medikamentengabe bei zusätzlicher Unruhe: Z. B. Tavor Expidet®
- Frühzeitiges Verabreichen von Medikamenten zur Hemmung der Sekretbildung z.B. Buscopan® oder Scopolamin®

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/rasselatmung.pdf>

### **Hinweis**

Angehörige und Begleiter brauchen Erklärungen und Begleitung.

## Tipps für die Praxis – *Übelkeit / Erbrechen*

### Besonderheit

Übelkeit und Erbrechen sind häufig krankheitsbedingte Beschwerden im Rahmen einer fortschreitenden Krebserkrankung. Sie können sowohl in direkter Beziehung zur Erkrankung stehen als auch eine Begleiterscheinung in Zusammenhang mit Chemo- und /oder Schmerztherapie sein. Weitere Ursachen können auch andere Faktoren sein z. B.: Obstipation (Verstopfung), Darmverschluss (Ileus), starke Schmerzen, Angst, Stress, Depressionen, starke Gerüche, Geschmacksveränderungen, sozialer Druck, spirituelle Fragestellungen etc.. Das oft wiederholte Auftreten der Beschwerden beeinträchtigt in besonderem Maß die Lebensqualität, es ist kräftezehrend, es grenzt den Betroffenen nicht selten aus, die Nahrungsaufnahme ist erheblich beeinträchtigt. Eine besondere Beachtung braucht das Aufkommen von Scham und Ekel beim Bewohner, wie auch bei den Angehörigen und dem begleitenden Team.

### Ziel

Das Wohlbefinden des Bewohners verbessern bzw. erhalten, Leiden lindern.

### Möglichkeiten

#### *Pflegerisches Assessment*

Situation aushalten, beim Bewohner bleiben, Fragen nach möglicher Ursache (z. B. Obstipation), Wissen um Medikamente und Nebenwirkungen, Kompetenter Umgang mit Bedarfsmedikation und prophylaktischer Gabe von Medikamenten, Gesamtsituation im Blick behalten, sicheres, sensibles und ruhiges Auftreten.

#### *Medikamente*

- Medikamente sollten mit unterschiedlichen Wirkansätzen verordnet werden. Manche Medikamente wirken direkt am Brechzentrum im Gehirn, andere im Magen. Eine Kombination mehrerer Mittel kann sinnvoll sein, auch um der Übelkeit vorzubeugen, bevor sie eintritt. Die eventuell notwendige Verordnung erfolgt durch den behandelnden Arzt

#### *Entspannende Faktoren*

- Für eine entspannte Atmosphäre sorgen und dem Wunsch nach Ruhe nachkommen
- Entspannungsübungen z. B. Musiktherapie
- Düfte und Gerüche eindämmen z.B. Blumen wegstellen, keine Speisereste in unmittelbarer Nähe
- Raumdüfte zur Linderung anbieten (Zitrone, Orange, Grapefruit)
- Für Frischluft sorgen
- "In guten Zeiten" absprechen, was sich der Bewohner wünscht
- Regelmäßige Mundpflege
- Mundpflege nach Erbrechen durchführen
- Hilfsmittel wie Schale, Beutel und Tücher in Griffweite bereitstellen, aber außer Sichtweite
- Betroffene bequem nach Wunsch lagern, somnolente Bewohner in eine stabile Seitenlagerung bringen
- Gesicht und Hals kalt abwischen
- Ingwerwurzelstück kauen lassen

## Tipps für die Praxis – Übelkeit / Erbrechen

### Diätetische Maßnahmen

- Anbieten von Wunschkost
- Nahrung nur in kleinen, appetitlichen Portionen anbieten
- Saure Lebensmittel anbieten (werden häufig gut toleriert)
- Süße, stark gewürzte und fettreiche Speisen vermeiden
- Essen gut kauen
- Trockene leichte Kost wie Zwieback, Kartoffeln oder Püree, Salzstangen
- Kalte Getränke und Nahrung (z.B. Eis) bevorzugen, kleine Eiswürfel lutschen lassen
- Bevorzugte Tees: Ingwertee, Fencheltee

### HINWEIS

Um die Lebensqualität zu verbessern, müssen die Beschwerden differenziert betrachtet und beschrieben werden, um sie klar voneinander abgrenzen zu können.

Wenn nicht mehr die Krankheit, sondern das Lindern von Leiden im Vordergrund steht, gelten andere Regeln. Nun heißt es: Gemeinsam entscheiden und mutig sein, von gewohnten Standards abzuweichen. „Leiden lindern durch Pflege“ beeinflusst nun jegliches Handeln.

Wichtig: Bei einer latenten Übelkeit kann das Erbrechen für den Betroffenen für kurze Zeit eine Linderung seiner Beschwerden sein.

## Tipps für die Praxis – Andauernde Übelkeit (Nausea)

### Besonderheit

Der Betroffene spürt durch seine Übelkeit ein starkes Unwohlsein und ein subjektives Krankheitsgefühl. Dieses Symptom wird als belastend, quälend und lebeenseinschränkend erlebt. Mögliche zusätzliche Beschwerden sind Schwindel, Erbrechen, Fieber, Durchfall und Bauchschmerzen.

### Ziele

- Übelkeit und Erbrechen auf ein Minimum reduzieren
- Ursachen von Übelkeit kennen und entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung oder Linderung ergreifen
- Individuelle Unterstützung unter Wahrung der Intimsphäre gewährleisten
- Ekel, Angst und Scham in Bezug auf Übelkeit kommunizieren, um möglicherweise den Umgang damit zu erleichtern
- Kenntnisse über individuelle Strategien zur Linderung von Übelkeit in der Therapie und Versorgung berücksichtigen
- Das Wohlbefinden des Bewohners verbessern bzw. erhalten
- Schweregrad der Übelkeit einschätzen und dokumentieren, um eine Verlaufskontrolle zu erhalten
- Eine individuell gewünschte Ernährung gewährleisten
- Eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung anbieten

### Möglichkeiten

#### Pflegerische Maßnahmen

- Der Arzt wird über die andauernde Übelkeit informiert
- Betroffenen Ruhe geben
- Für frische Luft und bequeme Kleidung sorgen
- Essensgerüche vermeiden
- Magen-Darm-Tee aus Kamille, Ingwer oder Pfefferminze
- Leichte Kost (nach Wunsch des Bewohners) anbieten
- Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt anbieten
- Möhrensuppe oder Möhrenbrei anbieten (Möhren enthalten viele Ballaststoffe, die im Darm Giftstoffe binden und dazu beitragen können, dass die Übelkeit ggfs. schneller wieder abklingt)

### HINWEIS

Die Bedürfnisse, Wünsche, Vorlieben und Abneigungen des Betroffenen immer beachten und einbeziehen.

### Besonderheiten

In der letzten Lebensphase hat die Mundpflege einen zentralen Stellenwert. Die Lebensqualität des Bewohners kann durch unterschiedliche Probleme der Mundschleimhaut stark beeinträchtigt werden. Die Mundpflege ist damit eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen in der palliativen Versorgung. Zu den häufigsten Problemen gehören Mundtrockenheit mit der Bildung von Borken und Belägen, Entzündungen wie Mucositis oder Stomatitis (Entzündung der Schleimhaut), Soorinfektionen (Pilzbefall) sowie andere schmerzhaft beschwerende im Mundraum (englisch: Painful Mouth). Diese sind häufig mit starkem Mundgeruch verbunden. Durch Medikamente oder eine Mundatmung hervorgerufene Mundtrockenheit empfindet der Bewohner als Durst. Flüssigkeitszufuhr lindert diese Symptome selten. Die Mund- (Schleimhaut) pflege ist daher ein wesentlicher Bestandteil des Wohlbefindens.

Der Mundraum gehört zu den wahrnehmungsstärksten und intimsten Zonen. Das eigene Bewusstsein, bei der Mundpflege in die Intimzone einzudringen, ermöglicht einen behutsamen, sensiblen und respektvollen Umgang mit der Intimität des Bewohners. Es bedarf einer Haltung, die nicht nur die Indikation der pflegerischen Maßnahmen beinhaltet, sondern gleichwertig die Bedürfnisse, Wünsche und Ängste des Bewohners mit einbezieht.

Probleme treten dann auf, wenn der Bewohner den Mund nicht freiwillig öffnet. Die Herausforderung für Pflegende besteht darin, dies als Willensbekundung zu erkennen und zuzulassen, sowie die Unterlassung der pflegerischen Maßnahmen im Team und im Kontakt mit den Angehörigen zu kommunizieren.

### Ziel

Primär: Bewohner öffnet den Mund freiwillig und verbindet mit der Mundpflege ein angenehmes Gefühl. Weitere mögliche Ziele: Wohlbefinden fördern, Linderung von vorhandenen Beschwerden, Abheilung von möglichen Entzündungen, Wiederherstellung einer feuchten, weichen und intakten Mundschleimhaut, Verbesserung der Kommunikation und Nahrungsaufnahme, Geruchsreduzierung (zum Beispiel bei Tumorzerfall). Der Bewohner behält, so lange wie möglich, die Entscheidungsgewalt über seinen Intimbereich Mund.

### Möglichkeiten

Eine gute Lippenpflege (zum Beispiel mit Bepanthen® Lippensalbe, Panthenolsalbe®, Lippenpflegestifte ohne Glycerin, Sonnenblumen-, Oliven-, Sesam- oder Rosenöl).

### Bei zähem Speichel

Speicheldrüsenmassage und Mundspülungen mit Mineralwasser.

### Bei Mundtrockenheit – Anregen des Speichelflusses

- **Getränke:** Zitronen- oder Malventee, grundsätzlich alles was der Bewohner mag, auch Sekt, Wein, Bier, Cola, Schnaps, Likör - zum Trinken, zur Mundspülung, zum Besprühen oder gefroren zum Lutschen. Einsatz von reinen ätherischen Ölen (Zitronen-, Orangenöl) in Mineralwasser
- Zitronen-, Orangenstücke kauen oder lutschen, pürierte und geeiste Ananas aus der Dose (das Enzym Ananase regt die Speichelproduktion an und das ebenfalls enthaltene Bromelain wirkt entzündungshemmend) oder Birne aus der Dose (enthält keine Fruchtsäure und ist deshalb gut bei Schleimhautdefekten einsetzbar), sekundärer Effekt: Die Zunge wird von Borken gereinigt
- Wenn möglich Einsatz von sauren Bonbons, Lutscher, basale Stimulierung der Speicheldrüsen, kleine Menge Sahne, Mandelöl im Mund zerfließen lassen (schützt vor Austrocknen)
- Mit einer Scheibe fettiger Salami den Mund auswischen oder kauen lassen
- **Aromalampen** mit ätherischen Ölen wie Zitronenöl können unterstützend eingesetzt werden. Bewohner mit andauernder Übelkeit haben häufig Schwierigkeiten, etwas in den Mund zu nehmen. Der leichte Zitronenduft in der Raumluft regt die Speichelproduktion an

## Tipps für die Praxis – Mundpflege

### Bei Belägen und Borken

- Butter, Margarine, Sahne und Öle
- Mineralwasser, Bier, Limonade, säuerliche Tees: Früchte-, Hibiskus-, Malventee
- Salami kauen lassen oder mit einer Salamischeibe den Mundraum auswischen und die Zunge abwischen, trockne Brotrinde kauen lassen, Würfelzucker, Eiswürfel, gefrorene Ananas-, Birnenstückchen lutschen lassen
- Ein paar Krümel AHOI-Brause mit einigen Tropfen Flüssigkeit auf die Zunge geben (Schaum löst die Borken)
- Rosenhonig – das Öl der Rose enthält ein Borken auflösendes Ferment und der Honig zieht aus den umgebenden Kapillaren Flüssigkeit in den Mundraum

### Bei Infektionen im Mund

- Mundspülungen mit Salbei-, Thymian-, Ringelblumen-, Zinnkrauttee, Salviathymol®

### Bei Soor

- Nach ärztlicher Anordnung Antimykotika z. B. Ampho-Moronal® Suspension, Tabletten (oral)
- Zunge mit Zahnbürste, Zungenbürste, Watteträger reinigen
- Mundrauminfektionen belasten Bewohner in der Regel sehr. Bei starken Infektionen und bei Schmerzen benötigt der Patient ein Schmerzmittel vor dem Essen und Trinken oder wenn er viel sprechen möchte (zum Beispiel bei Besuch)

### Bei schmerzhaftem Mund (Painful Mouth)

durch entzündliche Prozesse, Soor oder Tumorwachstum im Mund und Rachenbereich

- Eisstückchen lutschen, keine sauren Getränke oder Nahrungsmittel
- Nach Rücksprache und ärztlicher Anordnung anästhesierende Lutschtabletten, Gels, Lösungen oder Sprays
- Reisschleim zur Behandlung schmerzhafter Prozesse in Rachen und Speiseröhre: 300 ml Reisschleim (Milch und Reisflocken): Ca. einen Esslöffel Reisschleim schlucken oder auch nach kurzer Zeit wieder ausspucken lassen. Anwendung entweder regelmäßig oder bei Bedarf z. B. vor der Mundpflege oder vor dem Essen. Vorsicht: Alkoholhaltige Analgetika vermeiden, da sie ein brennendes Gefühl auf der Zunge auslösen und damit den Schmerz verstärken können. Zu beachten ist, dass bei lokaler Betäubung ein Verschlucken gefördert werden kann

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/mundschleimhautprobleme.pdf>

## Tipps für die Praxis – Mundpflege

**Therapeutische Anwendung** von Tees sollte nur nach sorgfältiger Indikationsstellung erfolgen. Loser Tee ist Teebeuteln vorzuziehen, da die Inhaltsstoffe im losen Tee noch weitgehend enthalten sind.

- Kamille wirkt entzündungshemmend, antibakteriell, beruhigend und schmerzlindernd: 1-2 Teelöffel auf 150 ml heißem Wasser übergießen, 10 Minuten ziehen lassen und absieben
- Salbei wirkt antibakteriell, adstringierend, virostatisch und austrocknend. Anwendung bei Entzündungen im Mund- und Rachenraum: 1-2 Teelöffel geschnittene Blätter mit 150 ml kochendem Wasser übergießen, 3 Minuten ziehen lassen und absieben
- Thymian wirkt durchblutungsfördernd, antibakteriell, fungizid und desodorierend. Anwendung bei Entzündungen des Mund- und Rachenraumes, Prophylaxe und unterstützende Behandlung bei Soor und Mundgeruch: 1-1,5 Teelöffel Thymian mit kochendem Wasser übergießen, 10 Minuten ziehen lassen und absieben

**Wichtig: Salbeitee und Kamillentees wirken austrocknend**

### Materialien zur Mundpflege

Watteträger, Gaze, Tupfer, Plastik-Pipette, Plastik-Klemme, Zahnbürste, Zungenbürste, Sprühflasche, Mundpflegestäbchen mit Schwammkopf.

Sprühflasche = Glasflasche mit Zerstäuberaufsatz. Der Inhalt legt sich wie ein Film auf die zu besprühende Fläche – der Inhalt sollte mindestens 1 x täglich erneuert werden. Bepanthen® oder Panthenol® Salbe zur Lippenpflege.

### HINWEIS

- Vor der Durchführung aller Maßnahmen sich langsam über Wangen, Lippen an den Mundraum herantasten (basale Stimulation)
- Ätherische Öle nur mit fachlichem Hintergrund anwenden (siehe: Komplementäre Pflege)
- Gefrorenes bei Menschen mit Demenz und wahrnehmungsgestörten Bewohnern in der Mitte eines kleinen Baumwolltuches oder einer Kompresse (10x10cm) legen und zusammendrehen, das Ende aus dem Mund hängenlassen und festhalten – Saugreflex fördert die Mundpflege
- Glycerinhaltige Mittel nur kurz anwenden (Glycerin trocknet aus)
- Künstlichen Speichel möglichst nicht benutzen (schlechter Geschmack)
- Speicheldrüsenmassage (zur Anregung des Speichelflusses): Unterhalb beider Ohrläppchen mit sanften, kreisenden Bewegungen vom Kiefer in Richtung Mund massieren

Diese Tipps sind beabsichtigt nicht vollständig, da die Möglichkeiten der Art und Anwendung vielfältig sind und im Arbeitsalltag immer wieder neu überdacht und in veränderter Form zur Anwendung kommen dürfen. Sie sind so individuell wie die Menschen, die versorgt werden und die Menschen, die sich der Herausforderung einer kreativen und individuellen Umsetzung stellen.

**„Eine intensive Mundpflege ist eine der wichtigsten Maßnahmen, die wir sterbenden Menschen anbieten können.“  
(R. Twycross 1997)**

### Besonderheit

In unserem Kulturkreis signalisiert ein guter Appetit Gesundheit und Wohlbefinden. Zuneigung wird nicht selten über Essen und Trinken ausgedrückt. Schmerzen, Übelkeit, Schluckstörungen, Medikamente und/oder Sonden-Ernährung etc. schränken den schwerstkranken, sterbenden Bewohner in der Nahrungsaufnahme häufig ein und sein mangelnder Appetit wird zum Problem. Er fühlt sich permanent dem gut gemeinten Druck der Angehörigen und des betreuenden Teams ausgesetzt, etwas zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig zu differenzieren, welche Bedeutung die Nahrungsaufnahme für den Bewohner, für die Angehörigen und für das versorgende Team hat. Für die Lebensqualität des Bewohners ist entscheidend, dass er eine individuell auf ihn abgestimmte, im Idealfall appetitfördernde Ernährung, ggfs. losgelöst von traditionellen Essgewohnheiten erhält, die ihm nicht aufgedrängt wird. Maßgebend ist der geäußerte, verfügte oder mutmaßliche Wille des Bewohners. Es gilt achtsam zu sein, was der Betroffene möchte, wie er sich entscheidet. Das erfordert eine hohe Sensibilität und eine offene, transparente Kommunikation. Die Angehörigen brauchen in dieser Auseinandersetzung eine besondere Unterstützung.

### Ziel

Das Selbstwertgefühl des Bewohners stärken, seine Individuellen Gewohnheiten und Wünsche wahrnehmen und achten.

### Möglichkeiten

- Wunschkost anbieten
- Individuelle Essenszeiten
- Kleine Portion auf kleinem Teller anrichten
- Mundgerechte Zubereitung, Häppchen, Essenstablett gestalten (Serviette, Blume, Kerze etc.)
- Aperitif anbieten
- Geschmackliche Vorlieben beachten
- Einsprühen des Mundraums mit dem Lieblingsgetränk, Wasser, Tee, Kaffee, Likör etc., um alternative Geschmackserlebnisse zu ermöglichen
- Einfrieren von Lieblingsgetränken in kleinen Portionen
- Pürieren von Speisen /Teilkomponenten
- Bequeme Oberkörperhochlagerung gewährleisten
- Servieren direkt am Bett
- Essen in Gemeinschaft
- Regelmäßige und sorgfältige Mundpflege (s. Tipp Mundpflege)
- Alternativen anbieten z. B. an Stelle der Mahlzeiten Hand- Fußmassage, Entspannungsübungen, nach draußen gehen / fahren etc., Angehörige anlernen

### HINWEIS

Eine künstliche Ernährung (parenteral, enteral) als Maßnahme gegen den eintretenden Appetitverlust ist in der letzten Lebensphase nicht mehr indiziert.

Entscheidend ist der geäußerte bzw. mutmaßliche Wille des Bewohners. Essen ist nicht alles, viel wichtiger ist es bei dem Betroffenen zu bleiben und die Situation auszuhalten.

***Der Mensch stirbt nicht, weil er nicht mehr isst und trinkt.  
Er isst und trinkt nicht mehr, weil er stirbt.***

### **Besonderheit**

In der Bewertung der eigenen pflegerischen Tätigkeit wird das Entstehen eines Dekubitus als Pflegefehler erlebt und es kommt zu Schuldgefühlen. Das Vermeiden eines Dekubitus bleibt vorrangiges Ziel. Die Palliativpflege integriert die Wünsche des Bewohners als gleichwertig in den Versorgungsprozess. In der Palliativpflege (Sterbephase) entsteht in der Dekubitusprophylaxe und -versorgung ein Konfliktfeld: Ein sterbender Mensch wünscht sich in der Regel maximale Ruhe, Umgebungsreize werden als störend wahrgenommen. Veränderungen der Körperlage können als bedrohlich und irritierend erlebt werden und starke Unruhe und Schmerzen auslösen. In dem Spannungsfeld zwischen den Maßnahmen zur Dekubitus Vermeidung und den Wünschen und Bedürfnissen des Bewohners ergibt sich die Frage, ob die Vermeidung in dieser Situation das vorrangige Ziel ist. Die Folgen des Unterlassens konsequenter Positionswechsel müssen im Team ggfs. unter Einbeziehung des Bewohners und seiner Angehörigen diskutiert und dokumentiert werden.

### **Ziel**

Positionswechsel nach Wohlbefinden

Der Positionswechsel des sterbenden Bewohners erfolgt unter folgenden Aspekten:

- Der Orientierung im Raum
- Des sich Wohlfühlens
- Der Veränderung des Wahrnehmungsfeldes (durch Lagerung spürt der Bewohner seinen Körper)

### **Pflegerische Maßnahmen**

- Positionswechsel nach Bedürfnis
- Kein starres Bewegungsschema
- Mit Kissen, Rollen, Keilen, Decken, Bettlaken, Handtüchern etc. (Minimallagerung)
- Auf Vorlieben achten

Auch kleine Positionswechsel erleichtern und verbessern eventuell das Wohlbefinden!

Der Positionswechsel sollte immer unter Vermeidung von Scher- und Reibungskräften erfolgen, der Bewohner soll sich möglichst viel selbst mitbewegen und sein Körpergewicht günstig verteilen. Umlagerungshilfen dürfen nicht unter dem Bewohner liegen bleiben – können zu Druckstellen führen, Wunde Stellen polstern, sie dürfen keine Druckbelastung erfahren.

### **HINWEIS**

**Wichtig:** Dieser Tipp soll nicht implizieren, dass in der Sterbephase nicht mehr gelagert wird. In jedem Fall wird ein Bewegungsplan erstellt, der die speziellen Bedürfnisse und Risikofaktoren des Patienten berücksichtigt und immer wieder den neuen Anforderungen angepasst wird. Am Lebensende gelten alle und keine Positionswechsel (Leitfaden Palliativmedizin, Palliativ-Care).

### **Besonderheit**

Kann das erreichbare Ziel in der Abheilung einer Wunde nicht mehr angestrebt werden, muss in der palliativen Situation gemeinsam mit dem Bewohner und/oder den Zu-/Angehörigen eine neue Zieldefinition erarbeitet werden. Diese sind an den Bedürfnissen des Bewohners orientiert und müssen an die aktuelle Lebenssituation und den anderen belastenden Beschwerden angepasst werden. Das benötigt neben der fachlichen Kompetenz ein hohes Maß an Empathie, Flexibilität und Kreativität.

### **Ziel**

- Wohlbefinden und Lebensqualität erhalten
- Vermeidung von Infektion/Blutungen
- Geruchsbekämpfung
- Erkennen der Belastung des Bewohners und der Zu-/Angehörigen
- Kosmetisch akzeptabler Verband
- Maßnahmen werden abgeleitet unter Berücksichtigung des allgemeinen Befindens des Bewohners
- Ängste werden wahrgenommen und anerkannt

### **Möglichkeiten**

#### **Geruchsbindung oder -neutralisation**

- Im Raum durch Kaffeepulver (in Wohnernähe) und/oder Waschpulver (z. B. kleine Schale unter das Bett stellen)
- Täglicher Wechsel der Körper- und Bettwäsche
- Für ausreichend Frischluft sorgen

### **Sezernierende Wunden, Fisteln, exulzierende Tumoren**

#### **Auffangen von Sekret**

- Stark saugendes Verbandmaterial, Kohlekompressen
- Zinkpaste auf Wundränder, Panthenol Salbe auf Hautumgebung

### **Blutungen**

- Bei oberflächlichen Blutungen – Komprimieren der Wunde mit Kompressen, die mit Otriven Nasentropfen® getränkt sind
- Bei stärkeren Blutungen – nach ärztlicher Anordnung Komresse mit Hämostyptikum
- Z. B. Tabotampgase® oder mit Calcium getränkte Kompressen auflegen (führt zur Verengung der Gefäße), alternativ Kompressen getränkt mit Adrenalin 0,1 %
- Blutungsneigung beim Verbandwechsel – Ablösen des Verbandes durch Auflegen von in kaltem Salbeitee getränkte Kompressen (adstringierende = zusammenziehende Wirkung)

## Tipps für die Praxis – Palliative Wunden und Gerüche

### • Bei unstillbaren, terminalen Blutungen – Vorbereitende Maßnahmen:

Bei gefäßnahen Wunden die Möglichkeit einer unstillbaren Blutung mit Bewohner, Angehörigen, Arzt und Team besprechen und abgesprochene Maßnahmen vorbereiten (angemessene Kommunikation)

- Ziel festlegen (Leidenslinderung) und Maßnahmen vorbereiten
- Notfallmedikation nach ärztlicher Anordnung (z. B. Sedativa) im Bewohnerzimmer deponieren
- Dunkle Tücher zum Abdecken bereithalten, z.B. Wunde sofort mit dunklen Tüchern abdecken (bei hellen Tüchern wird die Blutung sichtbarer und von Bewohner und Angehörigen evtl. als belastend erlebt)
- Informationsaustausch mit Haus-/Palliativarzt, wenn möglich, geplante und vorbereitete Maßnahmen einleiten
- Bewohner nicht allein lassen, Begleitung und Unterstützung der Angehörigen

### Infektionen/Geruch durch Keimbeseidung

#### Reinigen der Wundfläche

- Mit NaCl 0,9%, evtl. Abduschen der Wunde mit Wasser (feiner Brausestrahl)
- Nach ärztl. Anordnung Behandeln der Infektion mit Antibiotikallösung (Metronidazol/Clont®)
- Abdecken der Wundfläche mit wirkstofffreier Wundgase, um ein Verkleben der Wunde mit dem Verbandmaterial zu vermeiden
- Geruchseseitigung durch Auflegen mit Antibiotikallösung getränkter Kompresse
- Geruchs- und Flüssigkeitsbindung durch Auflegen von saugfähigen Kompressen, die mit zermörserten Kohletabletten gefüllt sind – bindet Geruch und Flüssigkeit (auch als fertige Kompressen erhältlich)
- Alternativ 2 % wässrige Chlorophylllösung (Blattgrün) – Geruchsreduktion durch desodorierende Wirkung

#### Abdecken der Wunde

- Wundränder mit Zinkpaste bestreichen, Haushaltsfrischhaltefolie über die Kompressen spannen und am Ende auf die Zinkpaste platzieren
- Kleine Einmalunterlage oder Inkontinenzeinlage/Flockenwindel (Strampelpeter) auflegen

#### Fixieren der Wundaufgabe je nach Lage der Wunde

- Mit Unterwäsche, T-Shirts, kreativ zu Hemdchen und Leibchen zerschnittene Netzhosen, Schlauchverbände etc.

**Wichtig:** Zur Vermeidung zusätzlicher Wunden nicht mit Pflasterstreifen fixieren

- Für einen kosmetisch akzeptablen Verband ist Kreativität notwendig, er sollte dem Bewohner Sicherheit geben
- Kleidung anpassen (keine enganliegende Kleidung)

## Tipps für die Praxis – Palliative Wunden und Gerüche

### HINWEIS

Gefühle wahrnehmen und Verständnis, Akzeptanz, Mitgefühl und Gesprächsbereitschaft signalisieren. Ganz wichtig für Betroffene sind offene Gespräche über die Versorgung der Wunde und die damit verbundene Problematik (wie z.B. Scham, Ekelgefühl, Ängste, Schmerzen, Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben etc.). Gespräche mit den Zu-/Angehörigen des Bewohners führen und potenzielle Probleme und Maßnahmen mit Ihnen absprechen. **Wichtig:** Um auftretende Schmerzen während des Verbandwechsels zu vermeiden, empfiehlt sich vor dem Verbandwechsel, Schmerzmittelgabe nach ärztliche Anordnung zu verabreichen.

## Tipps für die Praxis – Angehörigenbegleitung

### Besonderheit

Angehörige oder Bezugspersonen gehören ebenso in den Mittelpunkt wie die hochbetagten, schwerstkranken oder sterbenden Bewohner. Angehörige sind Betroffene mit eigenem Leid, sie brauchen Begegnung auf gleicher Augenhöhe.

### Ziel

Angehörige schützen und stützen.

### Möglichkeiten

- Angehörige so früh wie möglich einbeziehen
- Angehörigen mit Toleranz und Respekt begegnen
- Verhalten von Angehörigen nicht bewerten
- Gesprächsbereitschaft bei Unsicherheiten oder offenen Fragen signalisieren
- Unsicherheiten, Hilflosigkeit, Trauer und Ängste offen ansprechen
- Das Befinden der Angehörigen wahrnehmen und ansprechen
- Informationen über Veränderungen im Sterbeprozess zeitnah weitergeben
- Getränke und etwas zu Essen anbieten
- Gesprächssetting schaffen
- Angehörige mit einbinden (z. B. Mundpflege, gemeinsames Beten, einfach da sein)
- Möglichkeit schaffen, Tag und Nacht beim sterbenden Bewohner zu sein
- Seelsorgerische Gespräche und/oder hospizliche Begleitung anbieten (z.B. durch Ambulanten Hospizdienst)
- Zeit und Raum geben zum Trauern und Abschied nehmen
- Bei Bedarf über den Tod des Angehörigen hinaus Hospizdienst, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Kirchengemeinden empfehlen (z.B. für Trauergespräche einzeln oder in Gruppen)

### HINWEIS

Angehörige von Sterbenden zu begleiten, erfordert von Pflegekräften das Zulassen von Nähe und Distanz. Zur eigenen Gesunhaltung müssen Begleitungen im Team reflektiert und gemeinsam getragen werden, sowie Möglichkeiten des eigenen Abschiednehmens vorhanden sein.

## Tipps für die Praxis – Juckreiz (Pruritus)

### Besonderheit

Juckreiz gehört in der Palliativversorgung zu den Beschwerden, die häufig schwierig zu behandeln sind. Er kann die Erholungsphasen des Ruhens und Schlafens erheblich stören. Er beeinflusst das Wohlbefinden des Betroffenen körperlich, psychisch, geistig und sozial. Juckreiz ist für den Bewohner sehr belastend und muss von Anfang an ernst genommen werden. Das Bedürfnis, sich zu kratzen kann zu Hautverletzungen führen, die eine Infektion auslösen können. Der Bewohner ist verzweifelt. Dieses Gefühl der Hoffnungslosigkeit kann mit Depressionen einhergehen.

### Ziel

Primär: Der Bewohner spürt weniger Verlangen sich zu kratzen, das Risiko von Hautverletzungen und Infektionen verringert sich.

### Weitere Ziele:

- Ungestörte Ruhe- und Schlafphasen
- Linderung von Schmerzen
- Abklingen von Hautreizungen/ Abheilung von Hautverletzungen
- Verbesserung des seelischen Wohlbefindens
- Fähigkeit adäquat am Leben teilzunehmen kann wieder hergestellt werden

### Pflegerisches Assessment

**Direkte Beobachtung**, regelmäßige Befindlichkeitsüberprüfung und Dokumentation verschiedener Auffälligkeiten, die auf einen Juckreiz hinweisen (sehr trockene Haut, Hautreizungen und Entzündungen, gerötete Hautstellen)

Fragen nach Quantität und Qualität des Juckreizes sind hilfreich:

- Wann begann der Juckreiz?
- Wo tritt er auf?
- Wie intensiv ist er? – Nutzung der VAS-Schmerz-Analogskala
- Was verstärkt und was lindert den Juckreiz?
- Wie stark beeinträchtigt der Juckreiz die Lebensqualität?
- Welche Erklärung /Ursache gibt es für den Juckreiz? (z.B. Gallenabflussstörung, Urämie (Nierenversagen), Xerosis (trockene Haut), medikamenteninduziert, Tumorgeschehen, Stauungsdermatitis (Entzündung der Haut), Allergie, Unruhe, Angst, Langeweile etc.)
- Verordnete Medikamente und Zusatzmedikationen überprüfen
- Ganzheitliche Betreuung unter Einbindung verschiedener interner und/oder externer Netzwerkpartner. Je nach Ursache und Bedarf gehören dazu z. B. Haus-, Fach- und Palliativärzte, ambulante Hospizdienste, Psychologen, Physio- und Kunsttherapeuten, Seelsorger
- Angehörige unterstützen
- Zusammenarbeit, Transparenz und gute Absprachen treffen

## Tipps für die Praxis – Juckreiz (Pruritus)

### Pflegerische Möglichkeiten

#### Hauttrockenheit:

- Einreibungen mit fett- und harnstoffhaltigen Lotionen und Cremes (z.B. Eucerin 5% Urea Spezial Creme®), Ölhaltiger Bad-/Duschzusatz (z.B. Linola Fett Öl Bad®)

- Juckreizstillendes Hautpflegeöl: Siehe Kapitel „Komplementäre Pflege“

#### Mögliche Waschungen bei Juckreiz:

- im Waschwasser aufgelöstem Stärkemehl (drei bis fünf Esslöffel auf fünf Liter Wasser)
- bei fettiger Haut mit Obstessig (drei Esslöffel auf fünf Liter Wasser)
- bei verschwitzter Haut mit schwarzem Tee, Pfefferminz, Salbei, Hagebuttentee (15 Minuten ziehen lassen)
- zur Schweißreduzierung Ganzkörperwaschung mit Salbeitee (ein Liter Salbeitee auf vier Liter Wasser)

#### Umschläge kühlend:

- Gurkenmus (Gurke pürieren und Brei auftragen)
- mit gekühltem Quark oder Naturjoghurt

### Medikamentöse Möglichkeiten nach ärztlicher Anordnung einbeziehen

Mit medikamentösen Substanzen versetzte Salben / Hautcremes sind verschreibungspflichtig. Die Therapie richtet sich nach der möglichen Ursache des Juckreizes.

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/juckreiz.pdf>

### HINWEIS

Die Reaktion auf Juckreiz ist Kratzen, Reiben, Drücken, Kneten der Haut. Starkes Kratzen verursacht Schmerz, es reduziert aber nur kurzfristig die Juckwahrnehmung und fördert damit weiteres Kratzen. Es entsteht ein Teufelskreis. Es kann zu einer veränderten Körperwahrnehmung führen, da der Bewohner seinen Körper nur noch auf die juckenden Hautregionen reduziert. Für Zu- /Angehörige ist das ständige Kratzen schwer auszuhalten. Es entstehen Ängste, sie sind verzweifelt, wie der Betroffene selbst. Hilfreich ist, die Angehörigen mit einzubeziehen in das Eincremen mit speziellen Ölen, Cremes oder das Massieren mit einer weichen Bürste. So können sie dem Betroffenen Linderung verschaffen und gleichzeitig selbst etwas tun.

### Besonderheit

Die letzte Lebensphase ist individuell und so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Sie kann einhergehen mit einer Unruhe, die der Betroffene in unterschiedlicher Form ausdrückt.

Die Unruhe ist in ihrer Kausalität (Ursache) nicht immer eindeutig.

Durch kognitive Einschränkungen wie Krankheit, Therapie oder Demenz können wir die gedankliche Auseinandersetzung mit dem nahen Tod vom Bewohner nicht erwarten.

Er kann seine Unruhe, den Bewegungsdrang, die Aggression und gleichsam sein „Fluchtverhalten“ nicht steuern. Er kann auch nicht ermessen, was diese Unruhe für die Menschen in seiner Umgebung bedeuten mag. Er entwickelt Kräfte, die schon längst verschwunden schienen, mit Worten ist selten etwas zu klären. Alle an der Versorgung Beteiligten stehen in dieser Situation vor einer großen Herausforderung.

### Es können Beschwerden verschiedener Ursachen auftreten

#### Psychisch:

- **Angst vor dem, was kommt** – hier stellt sich die Frage nach der religiösen Beheimatung und ob der Glaube trägt
- **Identifikationskrise** – wer bin ich noch in meiner Krankheit, ich erkenne mich nicht mehr wieder, meine früheren Beziehungen und Wertvorstellungen tragen mich nicht mehr
- Alleinsein
- Unerledigtes, nicht Gelebtes, früher oder aktuell erlittene Verluste, Schuld- und Reuegefühl
- Reizüberflutung

#### Körperlich:

- Schmerzen, Unwohlsein, Luftnot, Juckreiz, Durst, Mundtrockenheit, Harnverhalt, Obstipation
- Verlust des Körpergefühls
- **Veränderungen des Zentralen Nervensystems:** Metabolische Enzephalopathie (Stoffwechselbedingte Hirnerkrankung), zerebrale (hirnbedingt) Beteiligung der Tumorerkrankung, zerebrale Hypoxie (Sauerstoffmangel)

**Aspekte der Umgebung:** Z.B. zu kalt, zu warm, zu hell, zu dunkel, zu laut

#### Ziel

Ursachen erkennen und lindern. Der Bewohner ist ausgeglichen. Er fühlt sich in unserer Umgebung sicher und geborgen. Er spürt ein vertrautes, sicheres und ruhiges Umfeld.

### Möglichkeiten

- Gemeinsam mit dem Arzt überprüfen inwieweit Schmerz, Unruhe und Medikamente im Zusammenhang stehen
- Medikamentöse Therapie z. B. bei Angstzuständen und anderen belastenden Beschwerden nach ärztlicher Anordnung, Form der Applikation (Darreichungsform) überprüfen und anpassen
- Wiederkehrende sensible, ruhige Kontaktaufnahme, um Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen
- Bewohner ohne kognitive Defizite offen fragen, ob er noch „etwas zu erledigen hat“, ob für ihn die wesentlichen Dinge im Leben geklärt sind
- Bei mangelnder Gehfähigkeit und Aufstehentendenz ggfs. ein „Nest“ mit Matratze, Decke auf dem Boden bauen
- Angenehme Lichtquelle in der Nacht schaffen
- Zeigt sich die Unruhe durch Rufen, Weinen, manchmal auch durch Hin- und Herbewegen des Körpers, kann sie möglicherweise nicht mehr verbal ausgedrückt werden. Körperkontakt kann hier als Geste des „Da-seins“ einer zugehörigen Person empfunden werden. Da körperferne Körperteile wie Hände und Füße häufig nicht mehr so gut wahrgenommen werden, sollte die Berührung klar definiert sein (punktuelle Berührung), z.B. an der Schulter. Die Hand kann auf eine bestimmte Stelle gesetzt und dort mit leichtem Druck ein Signal gegeben werden: „Ich bin hier - Sie sind nicht allein“
- Angebot von Hand- oder Fußeinreibungen
- Atmosphäre schaffen durch vertraute Musik, Kuschelkissen, Handschmeichler, evtl. glaubensgeprägte Symbole anbieten etc. (immer wieder neu überprüfen)
- Vorlesen vertrauter Texte, Psalmen etc.
- Wenn gewünscht, Besuch eines Pfarrers, Seelsorgers
- (ruhige) Anwesenheit von Angehörigen, vertrauten Personen, ehrenamtlichen Begleitern
- Anwendung von ätherischen Ölen (siehe folgendes Kapitel)
- Begleitung und Unterstützung der Angehörigen
- **Wichtig:** Beim Menschen mit Demenz kann hin und her Streicheln auf dem Arm oder im Gesicht, Unruhe fördern. Es werden viele verschiedene Reize über die Haut ausgelöst, die er nicht mehr eindeutig zuordnen kann

#### HINWEIS

Auch wenn keine Ursache für die Unruhe verantwortlich gemacht werden kann, ist ein aktives Handeln notwendig, einerseits um des Bewohners Willens, andererseits wegen der möglichen Beunruhigung der Angehörigen, da sie dieses Bild der Unruhe oft im Gedächtnis behalten. Das kann nach dem Tod des geliebten Angehörigen, Einfluss auf ihre Trauer nehmen und diese erschweren.

## Tipps für die Praxis – Komplementäre Pflege / Aromapflege

Die Nähe des Todes ruft bei Angehörigen und Wegbegleiter häufig Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit hervor. Ätherische Öle bieten angewendet in Form von Waschungen und Einreibungen die Möglichkeit, dem Bewohner eine Oase der Ruhe sowie Nähe und Geborgenheit zu vermitteln.

### Grundlegende Informationen: Die Nase ist der Boss!

Jeder Mensch hat seine eigene Wahrnehmung, sein eigenes Geruchserleben und seine eigenen Erinnerungen an diesen Duft. Dieses gilt für die Bewohner, das Personal und für die Angehörigen!

### Es werden hochwertige 100% naturreine ätherische Öle eingesetzt!

#### Die folgende Merkmale aufweisen:

- 100% naturrein, nicht „naturidentisch“ (= synthetisch)
- gegebenenfalls wird ein Trägeröl (z.B. Iris) auch verdünnt angeboten
- Name EINER Pflanze
- Deutscher Pflanzename
- Lateinischer Pflanzename
- Angabe des Pflanzenteils
- Gewinnungsverfahren
- Haltbarkeit nach dem Öffnen – Flasche mit dem Datum versehen
- Ursprungsland
- Chargen Nummer
- Angaben über den Anbau (aus kontrolliert-biologischem Anbau, aus einer Wildsammlung oder aus konventionellem Anbau)

#### Einsatzmöglichkeiten der ätherischen Öle:

- Raumbeduftung
- Einreibungen
- Waschungen / Bäder
- Auflagen
- Hautpflege

#### Was können ätherische Öle bewirken?

- Förderung von Entspannung und Wohlbefinden
- Positiver Einfluss auf Angst und Unruhezustände
- Schmerzverstärker wie Angst, Unruhe, Stress, Anspannung können reduziert werden
- Unterstützung von Verdauung und Ausscheidung
- Verbesserung von Ruhen und Schlafen
- Das Immunsystem wird gestärkt

## Tipps für die Praxis – Komplementäre Pflege / Aromapflege

### Wirkungsweise von ätherischen Ölen:

- **Stimmungsaufhellend:** Bergamotte, Orange, Thymian Linalool, Zeder
- **Beruhigend:** Lavendel fein, Mandarine rot
- **Entspannend:** Benzoe Siam, Bergamotte, Ho- Blätter, Lavendel fein, Palmarosa
- **Schleimlösend:** Cajeput, Rosmarin cineol
- **Antibakteriell:** Bergamottminze, Rosmarin cineol, Thymian Linalool
- **Antiviral:** Bergamottminze, Cajeput, Rosmarin cineol, Thymian Linalool
- **Schmerzstillend:** Cajeput, Myrte Anden, Vanille, Zeder
- **Anregend:** Fichtennadel, Rosmarin Cineol
- **Entkrampfend:** Bergamotte, Thymian Linalool
- **Angstlindernd:** Mandarine rot, Ho-Blätter, Zeder
- **Hustenstillend:** Benzoe Siam, Zeder
- **Antidepressiv:** Bergamotte, Orange
- **Hautpflegend:** Karottensamen, Lavendel fein, Palmarosa
- **Juckreizstillend:** Zeder, Bergamotteminze, Lavendel fein, Manuka, Ylang Ylang komplett
- **Geruchsbindend:** Grapefruit
- **Raumluftdesinfizierend:** Ravintsara
- **Hämatome auflösend:** Immortelle

### Anwendungsmöglichkeiten:

#### **Raumbeduftung:**

Es werden ausschließlich elektrische Duftlampen bzw. Aroma Vernebler verwendet. Das Wasser wird täglich neu befüllt. Es werden 5 bis 8 Tropfen des ätherischen Öls in den Wasserbehälter geträufelt.

**Hinweise:** Harze sind für den Vernebler nicht geeignet. Die Raumbeduftung sollte kurzzeitig sein.

#### **Einreibungen:**

Ätherische Öle werden nicht pur angewendet. Es handelt sich immer um eine 0,5 bis 3% Mischung. 20 Tropfen entsprechen etwa 1 ml = 1%. Mischungen werden mit einem Basis Öl: Jojobaöl, Mandelöl etc. hergestellt.

Mischungen werden nach einer Rezeptur durch die Apotheke hergestellt.

#### **Waschungen/Bäder:**

Richtig emulgieren:

Ätherische Öle sind wasserunlöslich! Ätherische Öle sind fett- und öllöslich! Deshalb muss immer vor der Anwendung, wie Waschungen und Bäder, mit Hilfe eines Emulgators, das Wasser mit den ätherischen Ölen verbunden werden. Geeignet ist Honig, Milch, Kondensmilch und Kaffeesahne.

#### **Handbäder:**

Die „einfache“ Alternative zu Fußbädern

1-2 Tropfen des ätherischen Öls in einer Waschschiessel emulgieren.

#### **Auflagen:**

Beispiel Brustauflage:

10 ml Basis Öl

1 Tropfen Zeder

1 Tropfen Benzoe Siam

Diese Mischung auf ein Baumwolltuch geben. Dieses in einer Plastiktüte mit einer Wärmeflasche oder Körnerkissen erwärmen. Das warme Baumwolltuch auf die Brust legen und mit einem Handtuch abdecken, die Auflage 30 Minuten aufliegen lassen.

### Juckreiz:

Inzwischen gibt es viele in der Praxis erprobte Rezepturen zur Körper- und Seelenpflege. Wichtig ist jedoch die persönliche Neigung des Bewohners. Er muss den Geruch mögen.

### Juckreizöl:

100 ml Mandelöl

20 Tropfen Lavendel fein

12 Tropfen Bergamotte

1 Tropfen Zeder

(können auf Anfrage in verschiedenen Apotheken gemischt werden.)

### **HINWEIS**

Es ist darauf hinzuweisen, dass der Einsatz ätherischer Öle ein wertvoller Begleiter sein kann, aber keine medizinische Therapie ersetzt. Ein sensibles Ausprobieren muss selbstverständlich sein, da ein einmal angewendetes ätherisches Öl, auch wenn es nicht mehr riechbar ist, eine Wirkung auslöst bzw. auslösen kann.

Der Umgang mit ätherischen Ölen sollte daher nur mit fachlichem Hintergrund angewendet werden. Es muss mit dem Bewohner und/oder Angehörigen und dem Arzt abgesprochen sein. Alle an der Versorgung Beteiligten setzen ätherische Öle nur kontrolliert, nach festgeschriebenen Rezepturen ein.

**Ethik befasst sich mit moralischen Werten und Überzeugungen.**

**Dazu gehören Themen wie**

- Selbstbestimmung
- Fürsorge
- Gerechtigkeit
- Nicht schaden
- Menschenwürde

Es kommt bei der medizinischen Versorgung von Patienten immer wieder zu Situationen, wo das Gefühl aufkommt, hier bei diesem Patienten werden einer oder mehrere dieser Werte nicht beachtet.

**Typische Situationen wären zum Beispiel:**

- Es wird eine Behandlung durchgeführt, die nur zu einer Verlängerung der Sterbezeit, aber nicht zur Erhaltung der Lebensqualität führt
- Es ist zu Konflikten bezüglich der Umsetzung des Patientenwillens zwischen Arzt, Angehörigen, betreuenden Personen und Pflegepersonal gekommen
- Es wird eine therapeutische Maßnahme durchgeführt, die gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten eingeleitet, weitergeführt oder beendet werden soll
- Der mutmaßliche Wille des Patienten ist unklar und es bestehen zu diesem mutmaßlichen Willen unterschiedliche Ansichten bei den Angehörigen

**Wer kann eine Ethische Fallbesprechung anregen?**

Eine Ethikfallberatung kann von jedem Betroffenen angefragt werden, der an Entscheidungen oder der Versorgung des Patienten beteiligt ist und Konflikte im Sinne der vorbekannten Situation erkannt hat.

Beispiele könnten sein:

- Betroffener Patient und Angehörige
- Behandelnde Ärzte
- Mitarbeiter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
- Betreuer und Vorsorgebevollmächtigte
- Haupt- und Ehrenamtliche der ambulanten Hospizdienste
- Seelsorger
- Mitglieder des Palliativ-Netzwerkes

**Wie kann man eine Ethikberatung anregen und wie läuft sie weiter ab?**

Jede der genannten Personen kann telefonisch eine Anfrage an das Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V. richten.

Anschließend wird ein Beratungsteam von ausgebildeten Ethikberatern zusammengestellt - das Ethikkomitee. Termin und Ort werden zeitnah nach Dringlichkeit festgelegt. Die Beratung sollte möglichst dort stattfinden, wo die betroffene Person lebt und versorgt wird. Das Gespräch dauert circa 1 Stunde und am Anschluss wird gemeinsam eine Empfehlung formuliert. Diese wird schriftlich festgehalten.

Für das Behandlungsteam stellt diese Empfehlung eine Orientierungshilfe dar und hat keinen bindenden Charakter. Alle am Gespräch beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

**Wer sind die Mitglieder des Ambulanten Ethikkomitees?**

Die Mitglieder des Ambulanten Ethikkomitees sind Vertreter unterschiedlicher Berufsgruppen und Organisationen. Die Moderatoren für ethische Fallbesprechungen sind im Umgang mit ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen nach den Richtlinien der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) geschult und zertifiziert.

**Wie können Sie das Ambulante Ethikkomitee im Palliativ-Netzwerk erreichen?**

**Anschrift:**

Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V.  
Gerichtsstraße 8  
44649 Herne

**Telefonisch:**

**Info-Telefon:  
0800 / 900 91 91**  
(täglich von 09.00 bis 17.00 Uhr)

**kostenlos aus dem deutschen Festnetz**

**Webseite:** [www.palliativ-netzwerk.de/schwerpunkte](http://www.palliativ-netzwerk.de/schwerpunkte)

**E-Mail:** [ethik@palliativ-netzwerk.de](mailto:ethik@palliativ-netzwerk.de)

**Die ambulante Ethikberatung ist kostenlos.**

### Patientin: 90jährige beatmungspflichtige Patientin

Team des ambulanten Ethikkomitees: Eine Moderatorin und ein Co-Moderator, der gleichzeitig das Protokoll führte. Ferner war die Leitung des Intensivpflegedienstes sowie der pflegende Sohn und dessen Ehefrau beteiligt.

Anlass für die Ethikberatung war die Fragstellung der Angehörigen und des betreuenden Intensivpflegedienstes inwieweit bei einer erneuten Verschlechterung der Situation mit Auftreten eines Herz-Kreislaufversagens auf eine erneute Reanimation und Klinikeinweisung verzichtet werden könnte und die Patientin im Rahmen einer solchen erneuten Verschlechterung der Situation versterben dürfe.

Die betroffene Patientin wurde als Folge einer fortgeschrittenen COPD im Stadium IV (schwere Lungenfunktionsstörung) seit 10 Jahren im häuslichen Umfeld beatmet. Sie wurde seit dieser Zeit von einem Intensivpflegedienst betreut. Im Jahre 2012 kam es zu einem Herz-Kreislaufversagen mit Reanimationspflichtigkeit sowie im Jahre 2016 zu einem Apoplex als Folge eines Kompletverschluss einer Hirnarterie. Eine Rehabilitation im Anschluss an die Klinikbehandlung wurde von den Klinikärzten mit Hinweis auf fehlenden Rehabilitationsfähigkeit abgelehnt. Nach der Klinikentlassung veranlasste der betreuende Hausarzt trotzdem über ein Jahr Physiotherapie und Krankengymnastik, ohne dass eine Besserung des Zustandes zu verzeichnen war. Die Patientin wurde zum Zeitpunkt der Ethikberatung über ein Tracheostoma (Luftröhrenschnitt) maschinell beatmet und über eine PEG ernährt. Sie tolerierte die Beatmung ohne Sedierung und ohne Analgesie. Auf Ansprache reagierte die Patientin mit Kopfwendung in Richtung der Ansprache ohne weitere Kommunikation. Die Augen waren geöffnet, die Mimik ausdruckslos. Eine Patientenverfügung lag nicht vor.

Die zentrale Problemlinie war das zukünftige therapeutische Procedere und Abklärung von Handlungsoptionen bei Auftreten einer erneuten Reanimationspflichtigkeit.

### Ethische Reflexion

Die Patientin war Muslima aus dem türkischen Kulturkreis. Sie war bis zur Beatmungspflichtigkeit im Jahre 2011 ein ausgeprägter Familienmensch. Sie hat 3 Söhne und eine Tochter. Familienzusammenkünfte spielten eine wichtige Rolle. Gespräche über ein gewünschtes Vorgehen am möglichen Lebensende und in sterbensnahen Situationen fanden in der Familie kulturbedingt nie statt (Aussage des Sohnes: Das hätte ja so ausgesehen als wolle man die Mutter loswerden). Abgesehen von der Familie des Sohnes, die mit der Mutter in einem Haus lebte und die sich an der Versorgung der Mutter auch aktiv beteiligte, interessierten sich die übrigen Kinder kaum für die Situation ihrer Mutter und besuchten sie nur selten. Aussagen zur Autonomie der Patientin waren bei dazu fehlenden Gesprächen in der Familie nur eingeschränkt möglich, sie schien jedoch innerhalb der Familie eine dominierende Rolle gespielt zu haben. Die aktuell betreuende Familie der Patientin wünschte, auch aufgrund des fortgeschrittenen Alters keine Verlängerung des Leidens um jeden Preis. Weitere Schmerzen und Schaden z. B. durch eine erneute Reanimation sollten vermieden werden. Vom Pflegedienst wurden mögliche Handlungsanweisungen bei einer erneuten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation erwartet.

Innerhalb der gesamten Gruppe wurde die aktuelle Situation sowie die Prognose des Krankheitsbildes ausgiebig diskutiert und im Anschluss unter Beachtung der ethischen Prinzipien Autonomie, möglichem Benefiz (Nutzen) und Non-Malefizien (kein Schaden) sowie unter Berücksichtigung der negativen Prognose, unter allen Beteiligten der ethischen Fallbesprechung folgender Konsens erzielt:

- Fortführung der aktuellen Beatmung und Ernährung über die PEG, da die Patientin ansprechbar ist, auch wenn eine Kommunikation nicht mehr möglich ist
- Keine Klinikeinweisung bei erneuter Verschlechterung der gesundheitlichen Situation
- Keine erneute Reanimation bei Reanimationspflichtigkeit
- Nach Rücksprache mit dem Hausarzt konsiliarische Mitbetreuung durch einen Palliativarzt, um bei auftretender Schmerzsymptomatik oder symptomatischer Verschlechterung ohne Klinikeinweisung eine Entlastung der Patientin zu erreichen

Bei nicht vorhandener Patientenverfügung wurde versucht den mutmaßlichen Willen der Patientin unter Zuhilfenahme der Angehörigen zu eruieren. Bei fehlenden diesbezüglichen Gesprächen in der Familie war das nur eingeschränkt möglich. Die Empfehlungen des Ambulanten Ethikkomitees sollten dem zuständigen Betreuungsgericht vorgelegt werden. Vom Ethikkomitee wurde darauf hingewiesen, dass die genannten Empfehlungen lediglich mögliche Optionen an den behandelnden Arzt darstellen und das jener situationsabhängig verantwortlich über das weitere Procedere entscheidet.

## Notfall-Box

Oftmals haben Patienten in der End of Life Care (am Lebensende) die Schwierigkeit, dass notfallmäßig akut benötigte Medikamente vor Ort nicht vorrätig sind. Hierbei handelt es sich vorrangig um Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Arznei gegen Übelkeit, Erbrechen, Luftnot und weitere Medikamente zur Symptomkontrolle. Mit Einführung der Notfallbox seit Anfang des Jahres 2022 soll dieses Problem gelöst werden. In dieser Box finden sich diesbezüglich notwendige Medikamente und auch einige Hilfsmittel.

Bei der Notfall-Box handelt es sich um einen großen braunen Pappkarton mit einem blauen Aufkleber für den Einmalgebrauch. Auf dem Aufkleber finden sich die LOGOs des PKD (Palliativmedizinischer Konsiliardienst) und des Palliativ-Netzwerks, sowie die Notfall Hotline des PKD. Zudem gibt es einen Warnhinweis in Form eines weiteren Aufklebers, der darauf aufmerksam macht, dass diese Box für Kinder unzugänglich aufzubewahren ist.

Jede Box wird für den Patienten personalisiert und in stationären Einrichtungen werden die Arzneimittel noch einmal separat mit Etiketten gekennzeichnet. Außerdem findet sich in jeder Box ein Flyer des Palliativ-Netzwerks Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V..

Die Box kann allen eingeschriebenen Palliativpatienten für die palliativmedizinische Betreuung zuhause, bzw. in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden. Sie sollte auch anschließend in der unmittelbaren Umgebung des Pflegebedürftigen vorgehalten werden. Bei Patienten mit bereits länger laufender palliativmedizinischer Betreuung wird die Box von den entsprechenden Pflegekräften bei Bedarf angefordert.

## Notfall-Box

Die enthaltenen Medikamente sind für den Patienten verordnet und gehen somit in seinen Besitz über, so dass der Einsatz der Notfallbox rechtlich sicher aufgestellt ist.

Auf die verordneten Medikamente ist die gesetzliche Zuzahlung von ca. 25-35 Euro zu leisten. Im häuslichen Umfeld müssen Angehörige im Umgang mit den enthaltenen Medikamenten geschult werden.

Die Notfallbox führt zu einer deutlichen Erleichterung in kritischen Situationen, die dann auch spontan vor Ort telefonisch gelöst werden können.

Der Inhalt der jeweiligen Box ist mit Namen des dazugehörigen Patienten auf einem beiliegenden Beiblatt (siehe Folgeseite) vermerkt. Die Medikation wird jeweils vom betreuenden Palliativarzt zusammengestellt.

Neben Morphinampullen, Midazolamampullen und Tavor Expidet® finden sich weitere Medikamente fakultativ in der Box, sofern diese für das jeweilige Krankheitsbild erforderlich werden sollten.

## Quellenangaben und hilfreiche Literatur

<https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/07/palliativ-in-pflegeeinrichtungen1.pdf>

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen  
Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis

<https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/juckreiz.pdf>

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen  
Symptom Juckreiz, Stand Mai 2015

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/rasselatmung.pdf>

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen  
Symptom Rasselatmung, Stand Mai 2015

<http://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2015/06/mundschleimhautprobleme.pdf>

Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen  
Probleme der Mundschleimhaut, Stand Mai 2015

<https://alpha-nrw.de/gemeinsam-auf-dem-weg-hospizkultur-und-palliativ-versorgung-in-pflegeheimen/>

Gemeinsam auf dem Weg – Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen Eine Broschüre für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen. Herausgegeben von ALPHA NRW unter Mitarbeit von Dr. Julia Bloech, Gerlinde Dingerkus, Andrea Gasper-Paetz, Dr. Felix Grützner, Martina Kern, Bianca Papendell, Prof. Dr. Lukas Radbruch, Robert Raß. 3. Auflage 2016

Leitlinien der DGP, Sektion Pflege. Juckreiz WebDokument:

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie\\_Pruritus\\_end.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Pruritus_end.pdf)

Stand: 6/2014.

<http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Leitlinien der DGP, Sektion Pflege. WebDokument

## Quellenangaben und hilfreiche Literatur

Schnell, M.; Schulz, C. (Hrsg.) (2012): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg: Springer Verlag

Praxis Aromatherapie: Monika Werner/Ruth von Braunschweig  
6. aktualisierte und erweiterte Auflage

Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag

Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin-Palliative Care, 3. Auflage von Claudia Bausewein (Herausgeber), Susanne Roller (Herausgeber), Raymond Voltz (Herausgeber), Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; Auflage: 7 (2021)

Da unsere Tipps zum Teil in Arbeitsgruppen der Einrichtungen der AG Heime im Palliativ-Netzwerk HER, WAN, CAS erarbeitet wurden und teilweise auf Erfahrungen basieren, war es trotz intensiver Bemühungen leider nicht bei allen Quellenangaben möglich, den Rechtsinhaber ausfindig zu machen. Für Hinweise sind wir dankbar. Rechtsansprüche bleiben gewahrt.





**Herausgeber:**

Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel,  
Castrop-Rauxel e.V.

Gerichtsstr. 8  
44649 Herne  
Tel. 0800 900 9191

[www.palliativ-netzwerk.de](http://www.palliativ-netzwerk.de)

[heime@palliativ-netzwerk.de](mailto:heime@palliativ-netzwerk.de)  
[info@palliativ-netzwerk.de](mailto:info@palliativ-netzwerk.de)

**Ansprechpartner:**

Karin Leutbecher (Vorstand),  
Brunhilde Schlachter  
(Vorstand und Leitung AG Heime)

Süreyya Melnik, Dr. Wolfgang Scherbeck,  
Heike Schlegel, Anja Schröder (Redaktionsteam  
Leitfaden)

**Gestaltung:**

Susanna Eusterfeldhaus, Diplom Designer (FH)

**Auflage:** 2000 Stück

**Stand:** 2. vollständig überarbeitete Auflage 2022



Gerichtsstraße 8  
44649 Herne  
Telefon: 0800/90091 91  
info@palliativ-netzwerk.de  
www.palliativ-netzwerk.de



**Vorstand** (Stand August 2022):  
Karin Leutbecher, Dr. Axel Münker,  
Eun-Kyong Lubnau, Brunhilde  
Schlachter, Christian Wald.

Amtsgericht Bochum, VR 4083 mit  
Anerkennung der Gemeinnützigkeit  
Finanzamt Herne-West (Bescheid vom  
21.10.2020).

#### **Spenden-Konto**

Commerzbank Herne-Wanne  
IBAN: DE60 4304 0036 0206 6090 00  
BIC: COBADEFFXXX

Volksbank Waltrop, Zweigniederlas-  
sung der Dortmunder Volksbank eG  
IBAN: DE29 4416 0014 8735 0678 00  
BIC: GENODEM1DOR

**Info-Telefon**  
**0800/90091 91**