

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• November 2016

11 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Am Lebensende ^x

Digitaler Nachlass
Die Spuren im Internet

Hoffnung spenden, wo keine mehr ist
Gesprächsführung mit Palliativpatienten

Komplementärmedizin
Alles nur Hokusfokus?



**HIER HAST DU ZEIT
FÜR PATIENTEN.
UND FÜR DEINE KARRIERE.**

Jetzt auf eine
von 460 Stellen
bewerben - auch als
Quereinsteiger.

Mach, was wirklich zählt:
**IN DEN PFLEGE- UND THERAPIEBERUFEN
IM SANITÄTSDIENST**

Jetzt informieren: [bundeswehrkarriere.de](https://www.bundeswehrkarriere.de)



Bundeswehr

Dem Tod ebenbürtig

MARIA MOSKALEVA

Wer Kinder hat oder Fantasy mag, kennt bestimmt die Geschichte der drei Brüder aus „Harry Potter und die Heiligtümer des Todes“ von J.K. Rowling. Drei Zauberer reisten einst durch das Land und erreichten einen reißenden Fluss. Für gewöhnlich ertranken Reisende hier, doch die Brüder schwangen ihre Zauberstäbe und erschufen eine Brücke. Der Tod, wütend dreier Seelen beraubt worden zu sein, erschien den Brüdern und versuchte sie zu überlisten. Er bot ihnen Geschenke an, in der Hoffnung, sie zu verführen.

Der älteste Bruder bekam einen mächtigen Zauberstab. Wenige Tage später traf er auf seinen alten Rivalen. Dieser – vor Eifersucht ganz blind – tötete den ersten Bruder und stahl den Zauberstab. Und so bekam der Tod die erste Seele zurück.

Der zweite Bruder verlangte von dem Tod die Macht, Tote wieder aufzuerstehen zu lassen, in der Hoffnung, seine verstorbene Verlobte wiederzusehen. Doch das Mädchen war kalt und gefühllos, als es ihm erschien – denn Tote gehören zu den Toten, nicht zu den Lebenden. Der zweite Bruder – vor Sehnsucht verzweifelt – brachte sich selber um, um wahrhaftig bei ihr zu sein. Und so bekam der Tod die zweite Seele zurück.

Der jüngste Bruder bat den Tod um einen Tarnumhang und zog damit von dannen. Weit und fern suchte der Tod nach ihm, doch konnte er ihn nicht entdecken. Erst als Greis legte der dritte Bruder den Umhang ab und begrüßte den Tod wie einen alten Freund. Ebenbürtig verließen sie dieses Leben.

Hermine Granger, eine Freundin von Harry Potter, sagte, dies sei eine Geschichte darüber, wie Menschen den Tod fürchteten. Aber es ist auch eine Geschichte über Selbstbestimmung. Der jüngste Bruder stirbt, als er dazu bereit ist: nach seinen Regeln und zu seinen Bedingungen – der Tod ist kein Schicksalsschlag und der jüngste Bruder ist kein Opfer – sie sind ebenbürtig.

Nun, die Menschen, die Sie betreuen, sind keine Zauberer und sie haben auch keinen Tarnumhang. Sie können sich nicht vor dem Tod verstecken, bis sie bereit sind, ihn zu treffen. Doch auch für sie ist es wichtig, keine Opfer zu sein und nicht zu einem Spielball der Umstände zu werden.

Laut dem DAK-Report wünschen sich die meisten, zu Hause sterben zu können, umgeben von ihren Lieben, in ihrem eigenen Bett. Doch die Realität sieht anders aus: Rund 80% der Menschen starben in Deutschland im vergangenen Jahr in einer Institution, obwohl

viele von ihnen davor zu Hause gepflegt worden sind. Der Grund für die häufigen Krankenhauseinweisungen am Lebensende ist die schlichte Überforderung der Angehörigen. Wenn sich der Zustand der Kranken rapide verschlechtert und sie unerträgliche Schmerzen quälen, brauchen die Angehörigen professionelle Hilfe und einen Notfallplan. Nadine Lexa erläutert ab Seite 680, wie wichtig es ist, vorausschauend mit den pflegenden Angehörigen zu kommunizieren.

Manchmal lässt sich eine Krankenhauseinweisung aber nicht vermeiden. Daher ist es wichtig, dass auch Gesundheits- und Krankenpfleger mit palliativen Methoden vertraut sind. Auf der Seite 638 berichtet Franziska Bach von

der Implementierung des Liverpool-Care-Pathways in deutschen Krankenhäusern. Dieser Interventionspfad soll es ermöglichen, den Sterbenden auch in einem Akutkrankenhaus eine umfassende palliative Versorgung zuteil kommen zu lassen.

In der Klinik statt zu Hause zu sterben – dieses Schicksal trifft Patienten mit einem Schlaganfall besonders häufig. Sie werden meist mitten aus dem Leben gerissen. Die Familie und Angehörige haben in der Regel kaum Zeit, sich an den Gedanken des nahenden Todes zu gewöhnen. Auf der Intensivstation, zwischen blinkenden Lichtern und hektischen Pflegern, fällt es besonders schwer, die richtigen Worte, die Zeit und die Ruhe für den Abschied zu finden. Lesen Sie dazu auf Seite 672.

Der sicherste Weg, Kontrolle über seinen Tod zu behalten, scheint eine Patientenverfügung. Doch immer wieder kritisieren Verbände, dass diese zu ungenau seien, nicht auf die aktuelle Situation passten, oder im Notfall einfach unauffindbar seien. Auf Seite 646 stellt Michael Coors die häufigsten Stolpersteine vor. Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Ihre
Dr. Maria Moskaleva



Foto: hokolaj2/Fotolia

Telegramm

Hodenhagen (dpa) - Die Begegnung mit Giraffen, Katta-Äffchen und anderen Tieren hat positive Effekte auf den Heilungsprozess von depressiven Patienten.

Zu diesem Ergebnis kommen Psychotherapeuten der Medizinischen Hochschule Hannover nach mehr als dreijähriger Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Serengeti-Park Hodenhagen. Die Stimmung der Patienten sei noch drei Wochen nach dem Ausflug wesentlich heller als vorher, sagte der Leiter der MHH-Trauma-Ambulanz, Andreas Feyerabend. Voraussetzung sei aber, dass sich die Patienten schon in der Stabilisierungsphase befinden.

Neben den monatlichen Ausflügen in den Park gibt es auch wöchentliche Besuche im Zoo Hannover. Der Einsatz von Tieren bei der Therapie psychisch Kranker war Thema einer Tagung in Hodenhagen.

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

medproduction GmbH, Köln
Redaktion & Projektmanagement:
Sabina Filipovic, Nicole Lücke, Veronika Toth,
Dr. Martin Waitz

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Prof. Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Prof. Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräske, Bremen
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart
Dr. Sascha Köpke, Lübeck
Prof. Christa Lohrmann, Graz
Prof. Rüdiger Ostermann, Münster
Prof. Bernd Reuschenbach, München
Prof. Friederike Störkel, Münster
Dr. Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.kohlhammer-pflege.de abgerufen oder per Email angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



VORSCHAU 12/2016

Schwerpunkt: Ernährung

Adipositas
Optimierung der Therapie und der Ernährung

Krebsbedingte Kachexie
Ernährung in der Onkologie

Schluckstörungen
Trink- und Sondenernährung

ZUR DISKUSSION

- 636 **✕** **Übertherapie bei Sterbenden**
Ein Ruf nach Veränderung
MATTHIAS THÖNS

PFLEGEMANAGEMENT

- 638 **✕** **Leitfaden zur Sterbebegleitung**
Chancen und Grenzen des Liverpool Care Pathways
FRANZISKA BACH

- 642 **✕** **Palliative Zertifizierung im Pflegeheim**
Fürsorgliche Pflege trotz Papierkram
ERICH RÖSCH & MEIKE SCHWERMANN

- 646 **✕** **Advance Care Planning**
Neue Wege im Umgang mit Patientenverfügungen
MICHAEL COORS

PFLEGERECHT

- 651 **✕** **Der digitale Nachlass**
Im Spannungsfeld von Datenschutz und Erbrecht
MARTINA WEBER

PFLEGEPRAXIS

- 654 **✕** **Hoffnung trotz enttäuschter Hoffnung auf Heilung**
Umgang mit Palliativpatienten
STELLA CALO & TIM SCHUSTER

- 658 **✕** **Ergänzende Methoden in der Palliativmedizin**
Komplementäre und alternative Medizin
JUTTA HÜBNER

- 662 **✕** **Entscheidungen am Lebensende auf Intensivstationen**
Die ELIPS-Studie
JOCHEN GANTER

- 667 **✕** **Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende**
Sterben in Würde
KONRAD STOLZ

- 672 **✕** **Sterben neurologische Intensivpatienten anders?**
Palliativpflege in der Klinik
ALEXANDRA CHRISTOF

- 676 **✕** **Akut-internistische Station für Menschen mit Demenz**
Demenz im Krankenhaus
DANIEL LÜDECKE, GEORG POPPEL & CHRISTOPHER KOFAHL

- 680 **✕** **Vorausschauende Kommunikation: Unterstützung für Angehörige**
Häusliche Palliativpflege
NADINE LEXA

- 686 **Multiresistente Erreger**
Hygiene im Krankenhaus
HARDY-THORSTEN PANKNIN

CAMPUS

- 683 **Die Bearbeitung von recherchierter Literatur**
Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche
MELANIE MESSER



Foto: Photographee.eu/Fotolia

654 Bis zuletzt Hoffnung spenden

Was sagt man jemandem, dessen Tod unweigerlich naht? Wie geht man mit den Ängsten um? Wie schafft man es, Zuversicht auszustrahlen ohne zu lügen und ohne falsche Hoffnung zu wecken? Calo und Schuster geben Tipps für den Umgang mit Palliativpatienten.

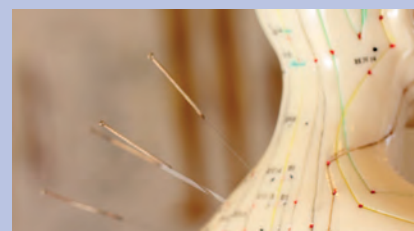


Foto: bcorn/Fotolia

658 Alles nur Hokuspokus?

Wenn Menschen schwer erkranken, greifen sie schon mal nach jedem Strohalm. Jutta Hübner erläutert, welche Methoden der komplementären Medizin anerkannt sind, was tatsächlich den Patienten helfen und was sogar eher schaden kann.



Foto: Frank Günther/Fotolia

667 Sterben in Würde

Sterben in Würde bedeutet für viele Menschen, auch das Ende ihres Lebens selbst bestimmen zu können. Mit einer Patientenverfügung können wir unser Recht auf Selbstbestimmung im Voraus wahrnehmen – Konrad Stolz berichtet.

629 Editorial

630 Impressum

632 Kurzberichte

685 ImPuls der Wissenschaft

692 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: Jan Becke/Fotolia

Vegane Ernährung Was als gesund gilt, kann zu schweren Mängeln führen

Vom Bioladen bis zum Discounter: Vegane Lebensmittel boomen. Doch anders als viele Verbraucher glauben, ist eine vegane Ernährung nicht automatisch gesünder. Im Gegenteil: Wer einfache tierische durch pflanzliche Produkte ersetzt, riskiert Mangelerscheinungen.

Algenpulver als Ersatz für Butter und Ei in Backwaren, Soja-, Reis- und Haferdrinks statt Kuhmilch und Tofu statt Fleisch: Eine wachsende Zahl an Produkten macht es heute möglich, auf tierische Lebensmittel zu verzichten. „Vegane Ernährung treibt derzeit Innovationen auf dem Lebensmittelmarkt an“, beobachtet Prof. Dr. Peter Grimm, Geschäftsführer der Sektion Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE-BW).

Die meisten Veganer verzichten aus ethischen Gründen auf den Verzehr tierischer Produkte, aber die rein pflanzliche Ernährung steht auch in dem Ruf, besonders gesund zu sein – ein gefährlicher Fehlschluss, wie Prof. Dr. Grimm weiß: „Die Annahme, bei veganer Ernährung automatisch gesund zu leben, ist falsch.“

Vegane Ernährung: gut beraten lassen

Ein Grund: Durch die gestiegene Nachfrage hat sich der Markt für vegane Nahrungsmittel inzwischen dem normalen

Markt angeglichen. Viele der angebotenen Lebensmittel seien hoch verarbeitete Fertigprodukte, die mit Zusätzen versehen sind und mit gesunder Ernährung nur noch wenig zu tun haben, so Prof. Dr. Grimm: „Ob vegan oder nicht vegan: Fertigprodukt ist Fertigprodukt.“

Auch bei einem veganen Lebensstil gelte es, auf ausgewogene Ernährung zu achten. „Selbst bei veganen und Bio-Produkten gilt: um einen gesundheitlichen Vorteil zu bekommen, muss man sein Ernährungsverhalten im Auge behalten.“

Der Ernährungswissenschaftler rät daher dazu, sich bei der Entscheidung zum Verzicht auf tierische Produkte qualifiziert beraten zu lassen. „Wer sich vegan ernähren möchte, muss sich intensiv damit beschäftigen.“

Risiko Mangelernährung

Ein weiteres gesundheitliches Risiko der veganen Ernährung sieht der Ernährungswissenschaftler bei der Nährstoffzufuhr. „Pflanzliche Ersatzprodukte für Fleisch und Milch liefern manche Nährstoffe einfach nicht, zum Beispiel Vitamin B12“, so Prof. Dr. Grimm. Zwar würden Produkte wie Algen oder Shiitake-Pilze als Lieferanten für Vitamin B12 beworben. „Doch nur weil das Vitamin in diesen Produkten enthalten

ist, heißt das noch lange nicht, dass der Körper es auch daraus gewinnen kann.“ Nach dem heutigen Wissensstand sei das bei den meisten Menschen nicht in ausreichender Menge möglich.

Ohne Nahrungsergänzungsmittel geht es nicht

Der Mangel an Vitamin B12 könne allerdings durch Nahrungsergänzungsmittel, zum Beispiel in Form von Vitamin-Tabletten, ausgeglichen werden, so Prof. Dr. Grimm. Für einige Bevölkerungsgruppen sei aber auch das nicht ausreichend: „Für Schwangere, Stillende, Säuglinge, Kinder und Jugendliche kann man eine vegane Ernährung nicht empfehlen, da diese Gruppen mehr Nährstoffe brauchen.“

Kinder und Jugendliche, die sich im Wachstum befinden, reagierten sehr empfindlich auf Nährstoffmangel. Prof. Dr. Grimm spricht sich daher entschieden gegen eine rein vegane Verpflegung an Kitas und Schulen aus. „Vegane Ernährung an Kitas und Schulen trifft auch Haushalte, die diese Ernährung zuhause nicht umsetzen können – sei es aus Gründen der Motivation, des Wissens oder des Geldes. Eine ausgewogene Ernährung ist damit nicht gegeben.“

(Barsch / Klebs, Universität Hohenheim)

Jeder sechste Erwachsene ist fettleibig Deutsche Dicker als der EU-Durchschnitt

Mehr als die Hälfte der Erwachsenen in der Europäischen Union ist übergewichtig und jeder sechste Erwachsene sogar fettleibig. Dies geht aus einem Bericht der europäischen Statistikbehörde Eurostat hervor. Die Deutschen sind dicker als der EU-Durchschnitt, aber Adipositas (Fettleibigkeit) ist in zwölf anderen EU-Staaten ein noch größeres Problem. Adipositas ist definiert als Body-Mass-Index (BMI) von 30 oder mehr.

Der Statistik zufolge waren 2014 rund 46 Prozent der Erwachsenen in der EU normalgewichtig, 51,6 Prozent hatten Übergewicht. Als fettleibig galten 15,9 Prozent der EU-Bürger. Mit 16,9 Prozent liegen die Deutschen dabei über dem EU-Durchschnitt.

Besonders wenig adipöse Menschen gab es mit einem Anteil von nur 9,4 Prozent demnach in Rumänien, gefolgt von Italien (10,7) und den Niederlanden (13,3). Mit einem Adipositas-Anteil von 26 Prozent sind die Menschen auf Malta innerhalb der EU mit Abstand am schwerewichtigsten, gefolgt von Letten (21,3) und Ungarn (21,2).

Fettleibigkeit wird im Alter zunehmend zum Problem – aber auch der Bildungsstand spielt eine Rolle. Bis zur Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren steigt der Anteil der Fettleibigen in der EU auf 22,1 Prozent der Bevölkerung und sinkt in noch höherem Alter wieder ab. Fast 20 Prozent der EU-Bürger mit niedrigem Bildungsniveau sind adipös, aber nur



Foto: Heidi Mehl/Fotolia

11,5 Prozent der höher Gebildeten. In Deutschland liegen diese Werte bei 21,4 und 13,1 Prozent.

(dpa)

Langlebige Supernager Was Nacktmulle schmerzresistent macht

Berlin – Sie sind krebsresistent, enorm schmerzunempfindlich und langlebig: Nacktmulle gehören zu den wohl außergewöhnlichsten Säugetieren der Welt. Forscher sind den Eigenschaften der Nager schon auf der Spur - nun wurde eine weitere Superkraft entschlüsselt.

Nacktmulle sind schmerzfrei - im wahrsten Sinne des Wortes. Forscher haben nun herausgefunden, warum die Nager bestimmten Reizen gegenüber unempfindlich sind. Eine winzige Abweichung bei der Reizübermittlung sei der Grund dafür, dass den Tieren Hitze auf entzündeter Haut nichts ausmacht, berichten sie im Fachmagazin „Cell Reports“. Nacktmulle sind wahrlich nicht hübsch, als Labortier aber sehr beliebt: Forscher erhoffen sich wertvolle Erkenntnisse zu Alterungsprozessen und für Schmerztherapien.

Ziel der Forscher war es, einer bestimmten Form des Schmerzempfindens auf den Grund zu gehen, der sogenannten thermalen Hyperalgesie - einer Überempfindlichkeit gegenüber Hitze- reizen bei einer Entzündung.

Viele Menschen kennen das aus eigener Erfahrung: Mit Sonnenbrand auf der Haut schmerzen selbst milde Sonnenstrahlen heftig. Bei den meisten Tieren gibt es eine solche Kopplung von Entzündung und Wärmereiz, Nacktmulle hingegen kennen derlei nicht.

Bei einer bestehenden Entzündung binden in den sensorischen Neuronen bei höheren Temperaturen Nervenwachstumsfaktor-Moleküle (NGF) an einen bestimmten Rezeptor, TrkA genannt. Dadurch wird eine Kaskade von Signalen in Gang gesetzt, die die sensorischen Neuronen letztlich losfeuern lässt. Im Gehirn wird dies als „Schmerz“ registriert. Die Kaskade läuft bereits bei Temperaturen, die normalerweise nicht als schmerzhaft empfunden werden.

Das Team um Gary Lewin vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) in Berlin führte Dutzende Versuche durch, um dem Unterschied auf die Spur zu kommen. Ursache der Schmerzunempfindlichkeit ist demnach eine kleine Veränderung im TrkA-Rezeptor der Tiere. In der Folge wird die Kaskade nicht ganz ausgeschaltet, aber erheblich geschwächt. Erst mit zehn-



Foto: beltzar/fotolia

fach erhöhter NGF-Dosis reagierten die Nacktmulle wie andere Tiere auch.

Ein Erbgutvergleich mit der TrkA-Sequenz 26 anderer Säugetiere sowie fünf eng verwandter Arten ergab, dass es lediglich ein bis drei winzige Veränderungen bei Aminosäuren sind, die den Rezeptor weniger empfindlich machen. „Obwohl die Nacktmull-Version des TrkA-Rezeptors fast identisch mit der einer Maus oder Ratte ist, gibt es einen deutlichen Effekt auf die Fähigkeit der Tiere, Schmerz zu empfinden“, erklärt Lewin.

Die thermale Hyperalgesie hat einen schützenden Effekt: Durch Verletzung oder Entzündung vorgeschädigtes Gewebe soll vor weiteren Schäden bewahrt werden. Für Nacktmulle sei es aber wohl vorteilhafter, auf das Schmerzsystem zu verzichten: In der heißen Lebenswelt der dicht gedrängt in unterirdischen Kolonien hausenden Tieren schade sie eher, als sie nutze. Zudem lebten Nacktmulle in ständigem Mangel und es sei ein sinnvoller Schritt der Evolution, an jedem noch so kleinen System zu sparen, das für die Körperfunktion nicht dringend benötigt werde.

Nacktmulle sind fast blind, haben eine faltige, rosabraune Haut mit nur weni-

gen Haaren und keine Ohrmuscheln. Oft werden sie als Inbegriff der Hässlichkeit empfunden - lassen Forscher aber seit Jahren immer wieder aufs Neue staunen. Die Tiere verfügen offenbar über eine Art inneren Jungbrunnen: Sie bekommen keinen Krebs, ihre Zellen altern kaum, die Lebenserwartung liegt bei etwa 30 Jahren - eine ähnlich große Maus nur ein bis zwei Jahre.

Faszinierend ist auch die Schmerzresistenz der Tiere: Auf chemische Reize wie Säure oder Chili-Extrakt reagieren sie kaum. Forscher vermuten die Ursache im extremen Lebensumfeld: Der hohe Kohlendioxidgehalt der Luft in den Kolonien würde bei Säugetieren üblicherweise zu einer Übersäuerung des Gewebes und damit einhergehend zu starken Schmerzen führen.

Nacktmulle bilden in den Halbwüstenregionen Ostafrikas Kolonien von bis zu 300 Tieren. Wie bei Bienen und Ameisen gibt es eine Königin, die die Gruppe anführt - auch das ist außergewöhnlich für Säugetiere. Nur sie pflanzt sich mit wenigen Männchen fort, alle anderen Tiere sind Arbeiter, kümmern sich um den Nachwuchs, die Bauten und die Verteidigung der Kolonie. (dpa)

Strukturiertes perioperatives Schmerzmanagement in der Kardiologie Postoperative Schmerzen bei Katheterablation und Device-Implantation vermeiden

Berlin – Ein strukturiertes perioperatives Schmerzmanagement bei elektrophysiologischen Interventionen wie Ablationen oder bei Im- und Explantationen von Schrittmachern oder Kardioverter-Defibrillatoren trägt deutlich zu einer Reduktion der Zahl von Patienten bei, die nach solchen Maßnahmen unter mäßigen bis starken Schmerzen leiden. Das zeigt eine Studie aus Leipzig, die im Rahmen der DGK Herztage in Berlin präsentiert wurde.

Verglichen wurden die Schmerzscores auf einer Numerischen Skala von 1 bis 10 (NRS), die Lokalisierung der Schmerzen und der Schmerzmittelbedarf von 102 Patienten bzw. 116 Patienten, die

vor bzw. nach der Implementierung eines strukturierten Programms zu Schmerzerfassung und -management eine Ablation oder einen Device-Eingriff erhielten.

Vor der Einführung des Programms litten innerhalb der ersten 24 Stunden nach Intervention bzw. Eingriff 60,8 Prozent der Patienten unter mäßigen bis starken Schmerzen von mehr als 3 Punkten auf der NRS, nach der Einführung eines strukturierten perioperativen Schmerzmanagements waren es 47,4 Prozent. Diese Reduktion war insbesondere einem deutlich geringeren Anteil von Patienten geschuldet, die acht bis 24 Stunden nach der Intervention bzw. dem

Eingriff noch an mäßigen bis starken Schmerzen litten - dieser ging von 40 auf 16 Prozent zurück. „Die Ergebnisse zeigen die große Bedeutung strukturierter Programme der Schmerzerfassung und des Schmerzmanagements“, resümieren die Leipziger Forscher. „Denn solche Maßnahmen verringern den Anteil der Patienten, die nach einer Ablation gegen Vorhofflimmern oder Tachykardie oder nach einer Device-Prozedur an mäßigen bis starken Schmerzen leiden signifikant.“ (DGK)

Fünf Prozent der Jugendlichen in Deutschland pflegen Angehörige Bundesweit unterstützen etwa 230.000 der 12- bis 17-Jährigen regelmäßig bei der Pflege

Berlin – Rund 1,9 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, werden zu Hause versorgt. In gut zwei Drittel dieser Fälle wird die Pflege ausschließlich durch pflegende Angehörige geleistet. Auch minderjährige Kinder und Jugendliche unterstützen regelmäßig bei Pflegeaufgaben in der Familie. Etwa fünf Prozent aller Jugendlichen in Deutschland - also rund 230.000 - sind dabei bedeutend in die Versorgung Angehöriger eingebunden. Dies zeigt eine repräsentative Befragung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) unter 1.000 12- bis 17-Jährigen.

„Wir sind als Gesellschaft gefordert, unsere Sinne für die Belange junger Pfleger zu schärfen. Denn obwohl sie oft mit besonderen Problemen konfrontiert sind, findet ihre Situation in der Öffentlichkeit kaum Beachtung. Auch in den Schulen ist das Thema oft nicht auf dem Radar. Es fehlt an gezielten Informations- und Unterstützungsangeboten für junge Pfleger“, erklärt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

Dabei ist der Umfang der Hilfe, die pflegende Jugendliche leisten, beträchtlich. Die überwiegende Mehrheit von ihnen (90 %) hilft mehrmals in der Woche, ein Drittel (33 %) sogar täglich. Sie übernehmen vielfältige Aufgaben: Zumeist gehen sie den Pflegebedürftigen bei Einkäufen zur Hand (58 %) oder begleiten bei der Freizeitgestaltung (50 %). Viele von ihnen helfen ihren Angehörigen beim Zubereiten der Mahlzeiten (34 %), beim Aufstehen und Gehen (33 %) oder bei der Nahrungsaufnahme (27 %). Bei der Einnahme von Medikamenten oder bei der Körperpflege unterstützen 16 bzw. sieben Prozent ihr Familienmitglied.

Während die eine Hälfte der pflegenden Jugendlichen sich durch die Pflegesituation nicht beeinträchtigt fühlt (49 %), gibt die andere Hälfte (51 %) an, dadurch belastet zu sein. Konkret benennt mehr als die Hälfte der pflegenden Jugendlichen ihre Sorgen um den Angehörigen. Negativ wird auch der Mangel an Freizeit (12 %), die körperliche Anstrengung (10 %) oder niemanden zum Reden zu haben (9 %) empfunden. Positiv eingeschätzt wird hingegen von fast allen

Befragten dieser Gruppe (93 %), dass sie helfen können. Sehr viele finden es außerdem gut, dass die Familie durch die Pflegesituation stärker zusammenhält (74 %).

„Es spricht erstmal nichts dagegen, junge Menschen in eine familiäre Pflegesituation einzubeziehen. Aber die Aufgaben müssen altersangemessen sein. Dominiert die Pflege den Alltag der Kinder und Jugendlichen, drohen emotionale, soziale und schulische Probleme. Langfristig kann all das chronische Erkrankungen und Nachteile in Bezug auf Bildung und Ausbildung zur Folge haben“, sagt Suhr.

Nach möglichen Unterstützungsangeboten gefragt, gibt jeweils ein gutes Drittel an, Hilfe durch einen Pflegedienst oder eine Beratung in Anspruch nehmen zu wollen (34 % bzw. 36 %). 24 Prozent würden sich gerne an ein Sorgentelefon wenden. (ots)

Schilddrüsenunterfunktion bremst Körper und Geist aus Unspezifische Symptome erschweren die Diagnose

Münster/Mainz – Schlafstörungen, Haarausfall, Gewichtszunahme, Müdigkeit und Weinerlichkeit - all das sind Beschwerden, die Menschen haben, deren Schilddrüse die Hormonproduktion nicht mehr richtig steuert. In dem schmetterlingsförmigen Organ werden Hormone gebildet, die für Zellwachstum und Stoffwechsel benötigt werden. Funktioniert das nur maximal 30 Gramm schwere Organ nicht mehr richtig und produziert bei einer Unterfunktion weniger Hormone als der Körper braucht, wirkt sich das auf den gesamten Stoffwechsel aus: Die Betroffenen frieren schnell, sind müde, leiden aber auch unter innerer Unruhe und sind weinerlich.

„Es sind häufig sehr unspezifische Symptome“, sagt Markus Quante, Facharzt für Innere Medizin und niedergelassener Hausarzt in Münster. „Die Patienten klagen über einen Leistungsabfall und Antriebsarmut, können sich nicht mehr konzentrieren, haben Verstopfung und brüchige Haare oder Fingernägel.“ Viele Betroffene berichten zudem von depressionsartigen Verstimmungen, sie brechen scheinbar grundlos in Tränen aus und können sich ihren Zustand nicht erklären. „Sie fühlen sich wirklich schlecht“, erklärt Quante.

Wenn extreme Müdigkeit oder emotionale Verstimmung über mehrere Wochen anhalten und weitere Symptome wie Verstopfung oder brüchiges Haar hinzukommen, sollte man zum Arzt, sagt Quante. Dort könne anhand der Blutwerte abgeklärt werden, ob tatsächlich die Schilddrüse für die Probleme verantwortlich ist - oder vielleicht doch andere Ursachen infrage kommen: zu viel Stress im Job, eine Infektion oder eine Depression.

„Man kann anhand der unspezifischen Beschwerden schon erkennen, dass es schwierig ist, eine Zuordnung zu machen“, sagt der Endokrinologe Prof. Matthias M. Weber. Er ist Leiter des Schwerpunktes Endokrinologie und

Stoffwechselerkrankungen der Universitätsmedizin Mainz.

Symptome wie Haarausfall oder Müdigkeit allein seien nicht aussagekräftig, bestätigt er: „Man braucht immer eine Laboruntersuchung.“ Zudem werde die Schilddrüse per Ultraschall überprüft, um Veränderungen in Größe oder Struktur aufzuspüren. Gibt es bei den Blutwerten bestimmte Auffälligkeiten - eine Erhöhung des sogenannten TSH-Wertes - sei es absolut notwendig, auch die Werte der Schilddrüsenhormone Triiodthyronin (T3) und Thyroxin (T4) zu bestimmen, sagt Weber, der auch Sprecher der



Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie ist. Wichtig sei das vor allem deshalb, um andere Gründe für die Beschwerden auszuschließen: „Sonst schiebt man zu schnell einfach alles auf die Schilddrüse und übersieht andere Ursachen.“

Alexandra Burmeister erlebte das Gegenteil. Bei der 40-jährigen Hamburgerin wurde die Schilddrüsenunterfunktion erst sehr spät erkannt. Auch bei ihr waren die Symptome unspezifisch: „Anfangs hatte ich vor allem Stimmungsschwankungen, Panikattacken und Ängste.“ Ihr TSH-Wert sei unauffällig gewesen. Es wurde immer schlimmer, Burmeister schlief fast nur noch, konnte nicht mehr arbeiten, ließ sich sogar in eine Psychiatrie einweisen.

Erst sieben Jahre später machte eine Hausärztin einen Ultraschall der Schilddrüse, weil sie den TSH-Wert zwar noch

im Normbereich, jedoch recht hoch fand. „Da kam heraus, dass meine Schilddrüse nur noch sechs Millimeter groß war, das ist viel zu klein“, sagt Burmeister. Diagnose: Schilddrüsenunterfunktion, verursacht durch Hashimoto-Thyreoiditis.

„Das ist eine der häufigsten Autoimmunerkrankung beim Menschen überhaupt“, erklärt Prof. Weber. „Dabei wird das Schilddrüsenewebe zerstört und die Schilddrüse inaktiviert - bis zum kompletten Funktionsausfall.“ Die Autoimmunerkrankung ist die Hauptursache, warum das Hormonkraftwerk Schilddrüse seinen Betrieb drosselt oder komplett einstellt. Weiterer Grund einer Unterfunktion könne zum Beispiel eine Lithiumtherapie bei psychischen Erkrankungen sein, sagt der Münsteraner Arzt Quante. Auch nach Schilddrüsenoperationen etwa wegen Krebserkrankungen müssten die dann nicht mehr durch den Körper selbst produzierten Schilddrüsenhormone ersetzt werden.

Aber: „Eine Unterfunktion ist gut zu behandeln“, erläutert Quante. „Die Patienten erhalten L-Thyroxin, das die nicht oder zu wenig gebildeten Schilddrüsenhormone in Tablettenform ersetzt.“

Die Behandlung sei „in den allermeisten Fällen“ lebenslang, sagt Weber. „Daher sollte man mit der Diagnose „Schilddrüsenunterfunktion“ auch sehr genau sein.“ Bei unklaren Laborwerten empfiehlt er Patienten, einen erfahrenen Endokrinologen zurate zu ziehen. Eine tatsächlich diagnostizierte Schilddrüsenunterfunktion müsse jedoch unbedingt behandelt werden, betonen Quante und Weber. Funktioniert das winzige Organ nicht richtig, kann das komplette System zusammenbrechen.

Alexandra Burmeister rät Betroffenen, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. „Dort gibt es zum Beispiel Insider-tips, welche Ärzte sich besonders gut auskennen.“ (dpa/tmn Corinna Kuhs)

Foto: Sebastian Kaulitzki/Fotolia



> Übertherapie bei Sterbenden

Ein Ruf nach Veränderung

MATTHIAS THÖNS

Die 90-jährige demenzbetroffene Paulina* lebt mit ihrem greisen Ehemann in einem gemeinsamen Zimmer in einem Altenpflegeheim. Immer wieder geht eine Wunde an einem der Zehen auf, und immer wieder hat sie Schmerzen dort. Selbst moderne Wundverbände lassen die Wunde nur unzureichend abheilen. Schließlich wird sie – wegen erneuter starker Schmerzen – an einem Abend vom ärztlichen Notdienst in die Klinik eingewiesen. Immer wieder fordert sie: „Kein Krankenhaus! Kein Krankenhaus!“ In der Klinik angekommen wird dem als Betreuer eingesetzten Ehemann telefonisch mitgeteilt, es lägen Durchblutungsstörungen am Bein vor, es müsse operiert werden. „Ein kleiner Schnitt in der Leiste, wir machen die Gefäße wieder weit, und rasch sollten auch die Schmerzen weg sein.“ Obgleich Paulina auch auf der Station wiederkehrend sagt „Keine Operation!“ erfolgt ein größerer gefäßchirurgischer Eingriff.

Von der fünfstündigen Narkose erholt sich die auch ansonsten schwerkranke Paulina unzureichend. Es kommt zur Nachblutung, sie wird trotz umfangreicher Intensivtherapie nie wieder richtig erwachen. Da Essen und Trinken in dieser Situation nicht möglich ist, wird dem Ehemann eindringlich zur PEG-Sondenanlage (Magensonde) geraten. Doch er lehnt ab, dies habe Paulina sicher niemals gewollt! „Er möge sich das bitte noch einmal überlegen“, ist die Antwort der Ärzte. Als der Ehemann nicht einlenkt, wird Paulina der Zentralvenenkatheter gezogen, sie wird mit der Empfehlung der Medikation mit ASS, L-Thyroxin (zur Behandlung von Schilddrüsenun-

terfunktion), Pantozol (Protonenpumpenhemmer), Torasemid (Diuretikum), Spironolacton (Diuretikum) und Keppra (Antiepileptikum) sowie einer künstlichen parenteralen Ernährung an einem Samstag in das Pflegeheim zurückverlegt. Zu Deutsch: Sie ist schluckunfähig, sterbend und ohne Schmerztherapie aus der Klinik rausgeschmissen worden.

Eine Weiterbehandlung im Pflegeheim war am Samstag nicht organisiert. Außerdem wäre die künstliche Ernährung, die ohnehin dem Willen der Patientin widersprach, gar nicht möglich gewesen, da ja der Zentralvenenkatheter gezogen worden war.

Erst am Sonntagmorgen wird das Palliativnetz in dieser desolaten Situation dazugerufen. Es gelingt nur noch durch eine Morphininfusion die schweren

Schmerzen zu mildern. Bei der Zweitvisite abends lag die Patientin unter guter Symptomkontrolle in ihrem Pflegebett. Wir ließen die Bettgitter runter, schoben die Pflegebetten der Eheleute zusammen und wurden mit einem Lächeln des Ehemanns dafür mehr als belohnt. Er legte sich neben Paulina, streichelte ihre Hand und ließ sie nicht mehr los, bis sie am nächsten Morgen – fast unmerklich – aufhörte zu atmen.

Rechtliche Grundlagen für Eingriffe

Offenkundig folgten die Einweisung der 90-Jährigen, die Operation, die Intensivbehandlung und die künstliche Ernährung weder einem klaren Therapieziel, noch waren sie durch den Wil-

*Namen und Umstände wurden aus Gründen der Ärztlichen Schweigepflicht verändert.
Foto: sudok1/Fotolia

len der Patientin gedeckt. Dabei spielt es auch keine Rolle, dass der Ehemann formal einwilligte. Denn eine Einwilligung ist erst rechtswirksam, wenn sie nach ausführlicher Aufklärung – auch der Behandlungsalternativen – erfolgt. Paulina hatte vormals keine ausreichende Schmerztherapie erhalten. Mit dieser wäre sie aller Wahrscheinlichkeit nach gar nicht operiert worden und wäre nicht leidvoll gestorben.

Dabei drehen sich hier – wie so oft – die Grundlagen von Ethik und Recht in ihr komplettes Gegenteil: Nicht das Nichtdurchführen eines Eingriffs bedarf einer Begründung, sondern die Durchführung bedarf zweier Grundvoraussetzungen:

1. Es muss eine Indikation vorliegen. Das heißt, der Arzt ist der Überzeugung, dass durch die Maßnahme ein Therapieziel im Sinne des Patienten erreicht werden kann.
2. Der Patient muss über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden und der Therapie anschließend (mutmaßlich) zustimmen.

Ist auch nur eine Bedingung nicht erfüllt, handelt es sich um strafbare Körperverletzungen. Gerade bei der künstlichen Ernährung mittels PEG gibt es eine aktuelle Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: Sie ist bei Demenz nicht angezeigt (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2016).

Fehlanreize fördern Übertherapien

Über wirtschaftliche Fehlanreize, Mengenausweitung von Eingriffen und „Ausweitung der Indikationen“ sowie der Durchführung von nicht indizierten Eingriffen berichten Bundesärztekammer (2013), die Bertelsmannstiftung (2015), der Deutsche Ethikrat (2016) und jüngst die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (2016) in einem Positionspaper mit dem bezeichnenden Namen: „Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.“

Und dieses Problem wächst seit Anfang des Jahrtausends zu dem Hauptproblem in der Versorgung Sterbender heran. Seitdem wurde das wirtschaftliche Risiko der Kliniken im Wesentlichen durch eine Änderung des Abrechnungsmodus auf die Klinikleitungen übertragen. Während früher die Kliniken anhand der Liegedauer eine Kostendeckung erhielten, wird durch das neue

DRG-System (diagnosis related groups) auf der Basis eines Diagnosemix und anhand der durchgeführten Prozeduren eine Fallpauschale bestimmt: Je schlimmer die Krankheit und je aufwändiger der Eingriff, umso mehr Geld fließt in die Klinikkasse. Über Bonusverträge werden leitende Ärzte an lukrativen Eingriffen oder am Gewinn beteiligt. Betrachten wir dabei nur den kleinen Teilaspekt der Chefarztbonusverträge. Obgleich diese von Ärztetag zu Ärztetag kritisiert werden und der Gesetzgeber auf Verzicht auf diese Klauseln drängt, erhielten 2015 97 Prozent der untersuchten Chefarztverträge entsprechende Geldanreize (Maybaum 2016).

Fehlende Entscheidungsfähigkeit im Diagnose-schock

So entsteht ein hoher (Fehl-)Anreiz, bei Schwerkranken und Sterbenden möglichst umfangreiche Eingriffe durchzuführen. Denn allzu groß ist das Interesse am Ausgang der Eingriffe nicht. Bezahlt wird schließlich auch bei schlechtem Resultat, fehlender Indikation oder fragwürdiger Einwilligung. Mittlerweile schätzen namhafte Experten, dass die Hälfte der Sterbenden Opfer einer Übertherapie sind (Borasio 2016). Sie sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Willen kundzutun oder zu widersprechen. Selbst wenn ein Schwerkranker Herr seiner Sinne ist, so ist dieser, nachdem er von einer schlimmen Erkrankung erfährt, im „Diagnoseschock“. Fachleute sprechen dabei von einem hypnoseähnlichem Zustand (Cheek 1962). Das heißt, Dritte können die Gedanken eines Menschen manipulieren, er ist durch Vorschläge, Meinungen und Ideen anderer beeinflussbar. Gleiches gilt übrigens für die Angehörigen. So ist ein sterbenskranker Patient ein „Patient ohne Verfügung“, wie der Titel weiterführender Literatur

lautet (Thöns 2016). Probleme bestehen aus Sicht eines aktiven Palliativmediziners auch an der Basis: Bei der Versorgung von Krebskranken mit Chemo-, mit Strahlentherapie oder mit Operationen. Auch Patienten mit Herz-, Lungen-, Nierenversagen oder schweren Hirnerkrankungen sind betroffen. Freiwillige Selbstkontrolle greift hierbei nicht.

Was können wir tun?

Derartige Missstände in der medizinischen Versorgung entstehen nicht nur durch einzelne schwarze Schafe. Sie werden ermöglicht durch eine große Zahl an Mitwissern, die tatenlos zusehen. Dabei ist insbesondere das Pflegepersonal sensitiv für die Bedürfnisse der Menschen, was eine Untersuchung zur Beachtlichkeit des Patientenwillens zeigt, deren Ergebnis leider keinerlei öffentliche Aufmerksamkeit erregt hat: Demnach finden Pflegekräfte den Willen in 70 % der Fälle „beachtlich“, Chefarzte hingegen nur zu 36 % und Verwaltungsdirektoren von Kliniken nur zu 22,9 % (Schimmer et al. 2016). Einen Eingriff durchzuführen, ohne den Willen zu beachten, ist in unserem Land seit 1894 eine Straftat (Reichsgerichtshof 1894). Niemand muss sich gegen sein Gewissen hieran beteiligen, keine Krankenschwester, kein Angehöriger und kein Arzt. Also: Schweigen wir nicht weiter! Haben Sie Übertherapie erlebt? Dann melden Sie sich bitte beim Autor.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Dr. med. Matthias Thöns, Palliativnetz-Witten e.V., Autor des Buches „Patient ohne Verfügung“
Kontakt: thoens@mobileanaesthesie.de

Zusammenfassung

Durch eine Umstellung der Klinikfinanzierung auf wirtschaftlichen Erfolg gibt es hohe Fehlanreize, große Eingriffe, Krebsbehandlungen oder intensivmedizinische Maßnahmen durchzuführen. Gerade deren Einsatz weitet sich bei Sterbenskranken in letzter Zeit deutlich aus. Untersuchungen zufolge entsprechen diese Behandlungen oftmals nicht dem Willen des Patienten oder erfolgen bei unzureichendem Verständnis der Aufklärung.

Schlüsselwörter: *Übertherapie, Fehlanreize, Palliativversorgung, Intensivmedizin*

> Leitfaden zur Sterbebegleitung

Chancen und Grenzen des Liverpool Care Pathways

FRANZISKA BACH

Palliative Care ist ein Konzept in der Gesundheitsversorgung, das wegen der stetig alternden Gesellschaft immer mehr an Bedeutung gewinnen wird (WHO 2015). Mit dem Liverpool Care Pathway, kurz LCP, wurde ein Leitfaden zur Sterbebegleitung entwickelt, um vor allem Menschen am Lebensende in Einrichtungen der Akutversorgung bestmöglich zu begleiten. Ein solcher Leitfaden birgt gleichermaßen Chancen und Risiken.

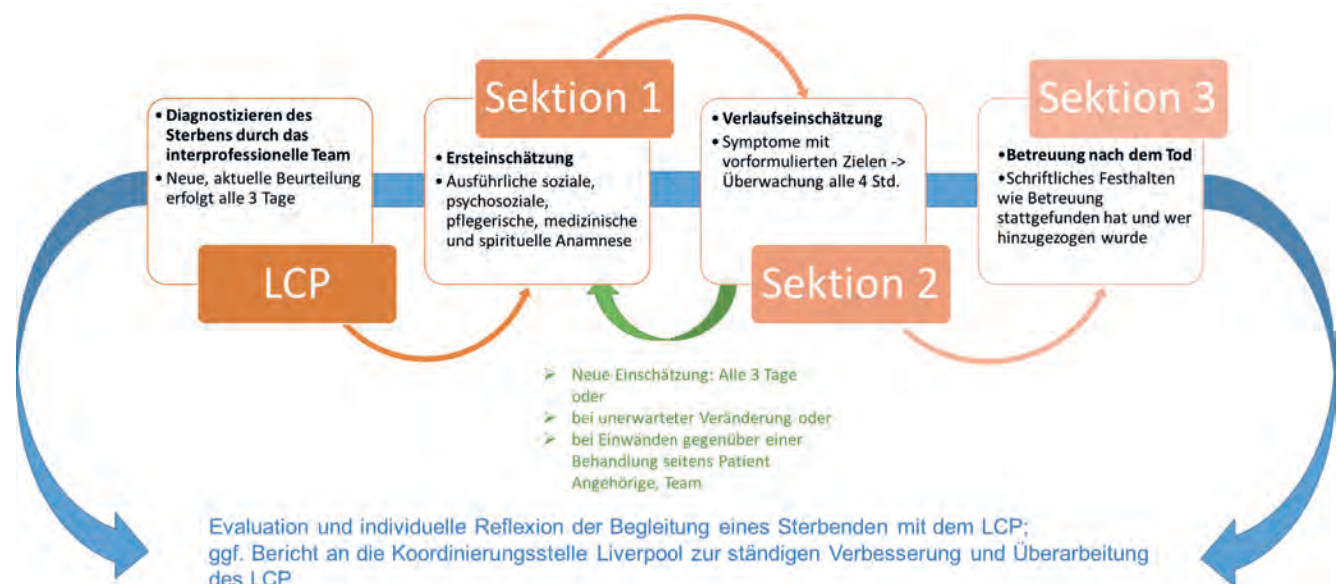
Die Ausgangssituation

Palliative Care wird in Hinblick auf den demografischen Wandel in Europa in den kommenden Jahren eine dynamische Entwicklung erfahren. Im Gesundheitswesen muss sich daher das Angebot für Betroffene und deren Angehörige vergrößern. Gleichzeitig sollte auf diesem Gebiet mehr geforscht werden. Auch das im Oktober 2015 vom Bundestag verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz fordert von Palliative Care, dass sich die Versorgung am Lebensende schwerstkranker und sterbender Menschen verbessert, um auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse bestmöglich eingehen zu können (von Mallinckrodt 2015). Die Bertelsmann

Stiftung beschreibt die Forderung des Gesetzes wie folgt: „Es soll die Hospiz- und Palliativversorgung so stärken, dass jeder, wo immer er seine letzte Lebensphase verbringt, im Sterben gleich gut versorgt und begleitet werden kann“ (Grote-Westrick & Vollbracht 2015). Ein in Großbritannien entwickeltes Konzept, das bereits international Anwendung findet, versucht genau hier anzusetzen: der Liverpool Care Pathway (LCP) – ein Leitfaden zur Sterbebegleitung. Dieses Instrument wurde in Deutschland bereits in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung eingesetzt. Somit stellt sich die Frage: Kann der LCP als Instrument unabhängig vom Sterbeort eine gleich gute Versorgung gewährleisten und ähnliche Erfolge erzielen?

Die Entwicklung

Der LCP wurde Ende der 1990er Jahre in Großbritannien vom Royal Liverpool University Hospital und dem Marie Curie Hospice in Liverpool nach evidenzbasierten Kriterien erstellt und wird seither international eingesetzt. Gründe für die Entwicklung eines solchen Konzepts waren zum einen die hohe Sterberate in britischen Krankenhäusern, zum anderen die mangelnde Versorgung am Lebensende in Einrichtungen der Akutversorgung (Neuberger 2013). Die Motivation lag daher vorrangig in der Qualitätssicherung und Handlungssicherheit auf Akutstationen, um Sterbende dort vor Ort zu begleiten. Der Leitfaden kann ebenfalls zur systematischen Unterstützung multidisziplinärer Entscheidungsfindungsprozesse dienen und zur kritischen Betrachtung von Stärken und Schwächen einer Einrichtung beitragen sowie als Beratungs- und Schulungsprogramm eingesetzt werden (Müller 2012). Die Durchführung des LCP erfolgt durch ein multiprofessionelles bzw. interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeu-



Drei Sektionen des Liverpool Care Pathways, eigene Darstellung.

ten und Experten weiterer Disziplinen – und schließt zudem die Betroffenen und ihre Angehörigen mit in den Prozess ein. Eine enge Zusammenarbeit ist von Anfang an unabdingbar, denn das Team wendet den LCP erst in den letzten drei bis vier Lebenstagen eines Patienten an. Alle Beteiligten müssen sich daher intensiv und reflektierend austauschen, um diesen Zeitpunkt zu bestimmen.

Wie bei fast allen spezifischen Instrumenten ist auch der LCP als ein Leitfaden dem Risiko einer Standardisierung ausgesetzt – in diesem Fall der Standardisierung des Sterbens (Müller 2012). Entsprechend wichtig ist es, die Erfahrungen mit dem LCP zu analysieren, um eine kontinuierliche Überarbeitung und Weiterentwicklung voranzutreiben.

Das Konzept

Die aktuelle Version ist die deutschsprachige LCP-Version 12. Sie soll die individuelle Pflegeplanung der jeweiligen Einrichtung ersetzen. Ein Schema skizziert das theoretische Vorgehen beim „Diagnostizieren des Sterbens durch das interprofessionelle Team“ (LCP 2012). Der LCP ist in drei große Sektionen unterteilt.

Die erste Sektion beinhaltet die „Ersteinschätzung“ des Patienten. Sie dokumentiert Basisinformationen und die Darstellung der primären Diagnosen. Vorformulierte Ziele sollen Aspekte zu Kommunikation, den spirituellen Aspekten, der Medikation, aktuellen Interventionen, Ernährung, Hydratation, Hautpflege und eine Erläuterung zum Betreuungsplan erfassen. Die vorformulierten Ziele des Leitfadens können mit „erreicht“, „Variante“, „bewusstlos“ oder mit „Ja“/„Nein“ beurteilt werden. Am Ende der Sektion ist Platz für eine sogenannte Variantenanalyse. Wurde ein Ziel nicht mit „erreicht“ oder „Ja“ beantwortet, kann bei der Variantenanalyse das Ziel individuell umgeschrieben und angepasst werden. Des Weiteren sind Ursachen für die Abweichung, Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren.

Die zweite Sektion stellt die „Verlaufsinschätzung“ dar. Diese weist zuerst darauf hin, dass die Ersteinschätzung (Sektion 1) nach drei Tagen erneut durchgeführt werden muss. Das sollte auch passieren, wenn sich der Allgemeinzustand unerwartet verändert oder einer der Beteiligten Einwände gegen das Vorgehen äußert. Die Verlaufsein-

schätzung ist symptomorientiert formuliert, jeweils mit einem nachstehenden vorformulierten Ziel und der Durchführungszeit. Die Erhebung soll alle vier Stunden erfolgen. Dem Bogen wird eine Therapieempfehlung beigelegt, welche die medizinische Symptomkontrolle bei Bedarf unterstützen soll.

Eine dritte Sektion benennt die Dokumentation der Betreuung nach dem Tod. Es werden ebenfalls vorformulierte Ziele erfasst zu den Oberpunkten: würdevolle Versorgung des Sterbenden, Informationen für Angehörige und Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen.

Abschließend wird die Begleitung des verstorbenen Menschen mit dem LCP reflektiert. Dabei wird sowohl auf Stärken und Schwächen während der Durchführung eingegangen als auch auf die Erkenntnisse, die daraus gewonnen werden konnten. Zuletzt stellt sich die Frage, ob bestimmte Themen mit den LCP-Koordinierungsstellen geklärt werden müssen.

LCP-Einsatz in Deutschland

Das Palliativzentrum des Kantonspitals St. Gallen in der Schweiz ist das Koordinierungszentrum zur Implementierung und Übersetzung des LCP im deutschsprachigen Raum. Das Zentrum für Palliativmedizin an der Uniklinik Köln steht als erster Ansprechpartner in Deutschland zur Verfügung. Entschließt sich eine Einrichtung in Deutschland dazu, den LCP einzuführen, muss sie mit der Koordinierungsstelle Köln Kontakt aufnehmen. Den Anwendern wird empfohlen, im Webportal der Koordinierungsstelle in Liverpool eine „post-pathway Analyse“ zu erstellen, einen detaillierten Bericht über die Anwendung des LCP, welcher die Qualitätssicherung zusätzlich unterstützen soll (Palliativzentrum St. Gallen 2014).

Implementierung im Krankenhaus

Das Evangelische Krankenhaus Oldenburg führte in dessen Palliativzentrum im Mai 2007 als erste Einrichtung in Deutschland den LCP im Krankenhaus ein – mit anschließender Forschung zu den Ergebnissen der „Erstimplementierung“. Ziel der Studie war es, erste Erfahrungen von Mitarbeitern einer Palliativstation zu erfassen, um eine

gute Sterbebegleitung mit dem LCP im Krankenhaus sicherzustellen. Vorteile, welche die Mitarbeiter der Palliativstation durch den Einsatz des LCP sahen, waren:

- Ihr Selbstvertrauen steigerte sich.
- Sie fühlten sich sicherer und waren wachsamer bei Betreuung sterbender Menschen.
- Die Symptomkontrolle funktionierte besser aufgrund von Therapieempfehlungen zur medikamentösen Symptomkontrolle. Das war vor allem für junge, unerfahrene Mitarbeiter hilfreich.

Bei der Gesamtbewertung des LCP durch die Mitarbeiter zeigte sich ein Durchschnittswert von 8,2 Punkten, was einem sehr positiven Ergebnis entspricht. Den Zeitpunkt, zu dem der Einsatz des LCP startet, empfanden die Akteure als einen sehr intensiven und wichtigen Moment. Sie erwähnten, dass ein offener und sensibler Austausch aller Disziplinen im multiprofessionellen Team wichtig war, um die Entscheidung, ob sich der Patient im Sterbeprozess befindet, mit Bedacht zu treffen. Diese Form der Kommunikation sah das Team auch als Möglichkeit, um sich gemeinsam über die folgenden Maßnahmen abzustimmen. Es erwies sich als hilfreich, den Patienten und Angehörigen Informationsmaterial auszuhändigen und so auf den kommenden Verlauf vorbereiten zu können. Die nach jedem Einsatz des LCP durchgeführte Bewertung wurde von allen Mitarbeitern als sehr positiv gesehen. Denn sie schafft die Basis für eine bessere und reflektiertere Anwendung des LCP beim nächsten Einsatz.

Die Mitarbeiter empfanden das Dokumentationssystem jedoch an einigen Stellen als sehr schematisch und wenig individuell, was vor allem Checklisten betraf. Zudem wurde ein hoher Zeitaufwand bei der Dokumentation bemängelt, weil das Instrument für alle neu und ungewohnt war.

Die Mitarbeiter der Palliativstation sollten den LCP auf seine Wirkungsweise als Instrument einer guten Sterbebegleitung im Krankenhaus testen – vor allem um ihn später auf Akutstationen einsetzen zu können. Er wurde von den Teilnehmern auch als ein Instrument zur Qualitätsverbesserung auf allgemeinen Stationen empfohlen. Die Forschungsgruppe kritisierte jedoch, dass die erste Implementierung auf einer Palliativstation mit einer sehr kleinen Fokusgrup-

pe von zehn Mitarbeitern stattgefunden habe und die dabei gewonnenen Erfahrungen nicht auf die Akutstationen eines Krankenhauses übertragbar gewesen seien. Denn sie verfügen nicht zwangsläufig über geschultes Personal der Palliativversorgung und weisen keine erhöhte Bettenzahl auf. Die Wissenschaftler empfahlen daher, hierzu weitere Untersuchungen durchzuführen.

Einsatz im Pflegeheim

Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung des LCP-Einsatzes im Pflegeheim durch Elke Müller gab es dazu nur wenig Forschungsergebnisse. Müller ist die Koordinatorin des Interventionsprojekts „Liverpool Care Pathway for the Dying (LCP) – Behandlungspfad zur Begleitung Sterbender im Pflegeheim“. Die Untersuchung fand in zwei Pflegeheimen in Heidelberg statt. Müller stützt sich in ihrem Bericht auf bisherige Forschungsarbeiten zum Einsatz des LCP und ihre eigenen Erfahrungen vor, während und nach der Implementierung.

Der Einsatz in den Pflegeheimen startete mit einer theoretischen Einführung für alle Akteure. Nach dieser ersten Schulung hatte der LCP bei vielen Mitarbeitern bereits einen sehr guten Eindruck hinterlassen. Sie empfanden den Leitfaden als sehr anspruchsvoll in Bezug auf den Sterbeprozess. Während der Anwendung wurde die verstärkte Kommunikation als Vorteil wahrgenommen. Auch die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team empfanden die Mitarbeiter als Unterstützung. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten ist jedoch im Pflegeheim nicht immer umsetzbar, vor allem wenn erst der Hausarzt informiert werden muss oder nachts die Wohnbereichsleitung fehlt, wenn schnell eine Entscheidung nötig wird.

Bei Personalengpässen könnte es daher schwierig sein, die Indikation für den LCP zu stellen. Den intensiveren Austausch mit Angehörigen in Bezug auf den Sterbeprozess bewerteten die Mitarbeiter positiv, da es im Pflegeheim schon immer eine große Rolle spielte, Angehörige einzubeziehen. Als hilfreich empfanden sie es zudem, dass Ziele bei der Dokumentation vorgegeben waren und sie mit Therapieempfehlungen zur Symptomkontrolle arbeiten konnten. Das half den Akteuren, ihre Arbeit zu planen und selbstkritisch zu bewerten.

Vor allem die Therapieempfehlungen begrüßten sie als Erweiterung ihres Horizonts, da nach Müller (2012) Pflegekräfte im Altenheim zur Schmerzbehandlung gut geschult sind – aber kaum zu anderen Symptomen. Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation in Palliative Care sahen in diesem Instrument eine große Chance, um ihre Kompetenz und Handlungssicherheit zu stärken.

Kritische Betrachtung des LCP in Deutschland

Es gab aber auch kritische Stimmen. Mitarbeiter berichteten, dass beim LCP die Gefahr einer Standardisierung bestünde. Außerdem bemängelten sie den enormen Dokumentationsaufwand, der beispielsweise bei einer mehrtägigen Protokollierung der zweiten Sektion bis zu sechzehn Seiten umfasst. Außerdem wird die Wahl des „richtigen Zeitpunkts“ für den Start des LCP bei einem Patienten als eine sehr schwierige Entscheidung erlebt, was häufig große Unsicherheit auslöst. Hinzu kommt die Problematik, dass geriatrische Patienten im Pflegeheim meist multiple Erkrankungen aufweisen oder an Demenz leiden. Die Sterbeverläufe sind weniger linear und können, anders als bspw. bei chronisch Kranken, eine uneindeutige Verlaufskurve aufzeigen. Ein plötzlicher Tod kann die Folge sein, oder der Patient wird ins Krankenhaus verlegt, weil sich der Allgemeinzustand akut verschlechtert hat. Der LCP-Einsatz ist somit beendet.

In den beiden Heidelberger Einrichtungen zeigten sich ähnliche Erfolge und Misserfolge. Der LCP wurde vor allem von Mitarbeitern ohne Fachweiterbildung in Palliative Care eingesetzt, um ein hohes Maß an Handlungssicherheit der Versorgung am Lebensende zu erreichen. Ein kontinuierlicher Einsatz des LCP wird jedoch auf Akutstationen und im Pflegeheim nicht möglich sein: Daher sollten nach Vorschlägen der Mitarbeiter der Einrichtungen regelmäßige Schulungen zur Anwendung stattfinden. Dafür ist auch die Unterstützung durch ein Palliative-Care-Team in der Nähe unbedingt notwendig. Dass das Instrument in die „richtigen Hände“ fällt, im Sinne eines motivierten und kommunikativen Teams, sehen alle Akteure als unumgänglich für eine korrekte und adäquate Anwendung. Weitere Studien empfinden die Forschungsteams als wünschenswert, bspw. mit Kontroll-

gruppen, um die Versorgung von Menschen am Lebensende mit und ohne LCP vergleichen zu können.

Internationaler Vergleich und Erfahrungen

Ein Vergleich der ausgewählten Forschungsarbeiten aus Deutschland mit internationalen Studien aus Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Schweden zeigte in vielen Aspekten ähnliche Erfahrungswerte bei der Implementierung des LCP. Mit Ausnahme eines Reviews aus Großbritannien (Neuberger 2013), welcher die Ablösung des LCP durch einen individuellen Versorgungsplan am Lebensende forderte, waren alle Untersuchungsgruppen vom Konzept des LCP überzeugt.

Die Ergebnisse aller Forschungsarbeiten zeigten, dass enge Zusammenarbeit und die Kommunikation im multiprofessionellen Team primäre Voraussetzungen für eine gelungene Versorgung darstellen. Da spielt vor allem die Absprache, ab wann mit LCP begonnen werden soll, eine wichtige Rolle. Im deutschen Pflegeheim wurde dieser Schritt als schwierig, im Krankenhaus Oldenburg als ein sehr wichtiger und intensiver Moment für alle Beteiligten beschrieben. Hingegen wurde im britischen Review bemängelt, dass häufig die Ärzte alleine über den Start des LCP entschieden hätten – ohne weitere Absprachen mit dem gesamten Betreuungsteam.

Fand bei der Entscheidungsfindung eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation statt, wie es in den Niederlanden, Schweden und im Krankenhaus Oldenburg in Deutschland geschah, profitierten Angehörige ebenfalls von einer engen Betreuung und fühlten sich in guten Händen (Simon et al. 2009).

In Italien und Schweden führten Forschungsgruppen Fall-Kontrollstudien zur Symptomkontrolle unter dem LCP durch. Alle zeigten, dass sich Atemnot verbesserte. Constantini et al. (2013) erkannten in Italien jedoch keine weiteren deutlichen Unterschiede bei der Symptomkontrolle zwischen den Patienten, die mit und denen, die ohne LCP betreut wurden. Brännström et al. (2015) hingegen sahen in Schweden Fortschritte in der Symptomkontrolle von Schmerz, Übelkeit und bei dem allgemeinen Wohlbefinden. Das Krankenhaus Oldenburg,

die Pflegeheime bei Heidelberg sowie die niederländische Studie um Natasja Raijmakers untersuchten diese Fragestellung nicht, erwähnen jedoch ebenfalls, eine verbesserte Symptomkontrolle festgestellt zu haben, u.a. durch den beigefügten Therapieplan.

In den Studien aus Deutschland und den Niederlanden gab es keine Daten zur durchschnittlichen Einsatzdauer des LCP pro Patient. In italienischen Studien betrug der Wert 31,6 Stunden pro Patient, in Schweden 67 Stunden, also beinahe drei Tage. Während Schweden damit im Bereich des gewünschten Einsatzzeitraums des LCP liegt, hatte man in Italien offensichtlich zu spät mit dem LCP begonnen. Constantini et al. nennen für diese Problematik keine direkten Gründe. Sie regen jedoch an, dass eine verbesserte und damit bestmögliche Kommunikation und Symptomkontrolle erreicht werden kann, wenn die Palliativbehandlung des Patienten im Allgemeinen früher einsetzt.

Fazit

„Forschung an sterbenden Menschen und die Aushandigung von komplexen Interventionen im klinischen Setting der Primärversorgung sind von großer Bedeutung, aber grundsätzlich methodologisch eine Herausforderung“ (Brännström et al. 2015). Diese Einschätzung von Brännström und Kollegen gibt in einem Satz wieder, welche Schwierigkeiten der Einsatz des LCP als Leitfaden zur Sterbebegleitung mit sich bringt. Es ist schwierig zu erfassen, ob der LCP seiner Aufgabe gerecht wird und eine mit der von Hospizen und Palliative-Care-Teams vergleichbare Leistungen in anderen Settings der Gesundheitsversorgung erbringen kann, ohne dass es zu einer Standardisierung des Sterbens kommt. Hierzu ist eine detaillierte Betrachtung und die Erfahrung mehrerer Jahre in

verschiedenen Kliniken und Heimen nötig (Simon et al. 2009; Constantini et al. 2013).

Der Liverpool Care Pathway soll eingesetzt werden, um die besten Methoden der Hospizarbeit in andere Bereiche einzuführen (Constantini et al. 2013; Müller 2015). Der Einsatz auf Akutstationen im Krankenhaus eignet sich hierfür besonders. Zum einen ist ein multiprofessionelles Team rund um die Uhr im Haus, zum anderen verfügen die meisten Krankenhäuser heutzutage über eine integrierte Palliativstation. Dies bietet die Möglichkeit, immer einen fachgebundenen Ansprechpartner an der Seite zu haben. Ob der LCP das richtige Instrument für eine Einrichtung darstellt und sich alle Mitarbeiter mit dem Leitfaden identifizieren können, muss zwingend hinterfragt werden, denn Motivation, Durchhaltevermögen und Flexibilität aller Beteiligten sind entscheidende Erfolgsgaranten (Raijmakers et al. 2014). Eine kontinuierliche Forschung ist und bleibt bei der Einführung von komplexen Leitfäden ein wichtiger Bestandteil, um sich über aktuelle Erfolge und Misserfolge auszutauschen (Constantini et al. 2013). Allen Anwendern wird somit die Möglichkeit geboten, von Erfahrungen anderer zu profitieren und eine ständige Überarbeitung und Weiterentwicklung voranzutreiben, um die hohe Qualität von Leitfäden wie dem LCP zu sichern. <<



Literatur

Brännström M., Fürst C. J., Tishelam C., Petzold M., Lindqvist O. (2015) Effectiveness of the Liverpool Care Pathway for the dying in residential care homes: An exploratory, controlled before-and-after study. *Palliative Medicine*. Sage Publications. 30 (1), S. 1-10.

Constantini M., Romoli V., Di Leo S., Beccaro M., Bono L., Pilastrri P. et al. (2013) Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *The Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61725-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61725-0), Zugriff am 19. Februar 2016.

Grote-Westrick M. & Vollbracht E. (2015) Palliativversorgung: Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. *Spotlight Gesundheit – Faktencheck Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Liverpool Care Pathway (2012) Liverpool Care Pathway (LCP) Offizielle deutschsprachige LCP-Version 12. Kantonspital St. Gallen und Uniklinik Köln. http://palliativzentrum.uk-koeln.de/zentrum-palliativmedizin/dateien/lcp-version-12-deutschsprachige-mutterversion_092012_querformat_safe.pdf, Zugriff am 20. Februar 2016.

Müller E. (2012) Der „Liverpool Care Pathway fort he Dying (LCP)“: Ein Leitfaden zur Begleitung Sterbender. In: Fuchs C., Gabriel H., Raischl J., Steil H., Wohlleben U., (Hrsg.) (2012) *Palliative Geriatrie: Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S. 357-362.

Müller E. (2015) Sterbebegleitung mit Hilfe von Leitfäden am Beispiel des LCP: Pro und Contra. *Pflegen*. Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit e.V. (4), Wiesbaden S. 18-21.

Neuberger J., Guthrie C., Aranovitch D., Hameed K., Bonser T., Professor Lord Harries of Pentregarth et al. (2013) More care, less pathway. A review of the Liverpool Care Pathway GOF. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf, Zugriff am 18. Februar 2016.

Raijmakers N., Dekkers A., Galesloot C., Van Zuylen L., Van der Heyde A., (2014) Barriers and facilitators to implementation of the Liverpool Care Pathway in the Netherlands: a qualitative study. *BMJ Supportive and Palliative Care* 5 (3), S. 1-7.

Simon S. T., Martens M., Sachse M., Bausewein C., Eychmüller S. Schwarz-Eywill M. (2009) Sterbebegleitung im Krankenhaus-erste Erfahrungen mit dem „Liverpool Care Pathway“ (LCP) in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134, S. 1399-1404.

Von Mallinckrodt M. (2015) Bundestag beschließt neues Hospiz- und Palliativgesetz. <https://www.tagesschau.de/inland/palliativgesetz-101.html>, Zugriff am 6. Februar 2016.

Autorenkontakt:

Franziska Bach (Autorin), Gesundheits- und Krankenpflegeschülerin Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart, Studentin B.A. Pflege an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg
Kontakt: franziska_bach@gmx.de
Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam (Betreuer), Professor für Pflegewissenschaft, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Protestant University of Applied Sciences
Kontakt: p.schiffer@eh-ludwigsburg.de

Zusammenfassung

Das Instrument LCP soll die besten Methoden der Hospizarbeit in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung wie Akutkrankenhäuser oder Pflegeheime transferieren, um damit eine bessere Versorgung am Lebensende zu gewährleisten. Dabei spielt es eine entscheidende Rolle, im multiprofessionellen Team zusammenzuarbeiten und die Angehörigen einzubeziehen. Motivation bei der Arbeit mit dem LCP und ein regelmäßiger, intensiver Informationsaustausch führen zu einer erfolgreichen Einbindung des Leitfadens – und beugen der Gefahr der Standardisierung des Instruments vor.

Schlüsselwörter: Sterbebegleitung, Leitfaden, multiprofessionelles Team



› Palliative Zertifizierung im Pflegeheim

Fürsorgliche Pflege trotz Papierkram

ERICH RÖSCH & MEIKE SCHWERMANN

Menschen individuell begleiten, Prozesse standardisieren und Einrichtungen zertifizieren – ein Widerspruch? Wer lange genug in stationären Pflegeeinrichtungen arbeitet, kennt das Problem: Vor lauter Qualitätsmanagement bleibt für die eigentliche Pflege, den Kontakt mit den Bewohnern und deren Angehörigen scheinbar immer weniger Zeit. In der eng getakteten Abarbeitung von in Pflegestandards gefassten Verrichtungen am „Objekt Mensch“ hat menschliche Zuwendung keinen Platz mehr. Fast scheint es so, als sei die Pflege der Datenbestände in der Pflegedokumentation weit wichtiger als die Pflege der Menschen, die sich hinter dieser Dokumentation verbergen.

Die Situation in Alten- und Pflegeheimen

Etwa 800.000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beziehen derzeit Leistungen der Pflegeversicherung. Das Statistische Bundesamt verzeichnete für das Jahr 2013 insgesamt 13.030 stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland. In diesen Einrichtungen arbeiteten zum damaligen Zeitpunkt über 685.000 Menschen (Bundesgesundheitsministerium 2016).

Natürlich ist die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Altenhilfe keine neue Aufgabe. Neu sind allerdings die praktischen Anforderungen an die Pflegekräfte, was die schiere Masse an Patienten und die Geschwindigkeit, mit der diese versorgt werden sollen, angeht. Mehrere Aspekte kennzeichnen die Herausforderungen in Alten- und Pflegeheimen.

Beispiele für Betroffene sind:

- zunehmendes Durchschnittsalter beim Einzug in ein Pflegeheim

- hoher Anteil an Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder demenzieller Erkrankung bereits beim Einzug, oft nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- wachsende Pflegeintensität und Multimorbidität in der letzten Lebensphase
- sinkende verbleibende Lebenszeit (im Durchschnitt ist die gesamte Bewohnerschaft innerhalb von drei Jahren verstorben)
- Vielzahl ethisch spannungsreicher und hochsensibler Entscheidungssituationen (z.B. über lebensverlängernde Maßnahmen)
- hohe Anforderung an Schmerztherapie und Symptomlinderung (etwa hoch komplexe chronifizierte Schmerzen, deren Ursachen teils nicht ermittelbar sind)
- unzureichende fachärztliche Versorgung (Voges 2007; Ariès 1991; Werner 2011)

Auf der Seite der Mitarbeiter ist die Situation gekennzeichnet von:

- emotional hoher Belastung
- massivem Erleben von Sterben, Tod und Trauer
- unzureichender Qualifizierung für Palliative Care in den Aus- und Weiterbildungen
- zunehmendem Mangel an Pflegefachkräften (Müller & Pfister 2014)

Zwischenfazit: Pflegeheime wandeln sich und werden zu einer Art Häuser für Sterbende. Allgemein wird davon ausgegangen, dass etwa 10% der Bewohner einer Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedürfen, vermutlich ist dieser Anteil in der Realität höher.

Hospizkultur und Palliativkompetenz zertifizieren

„Es sind Traumnoten, die deutsche Pflegeheime seit Start des Pflege-TÜV 2009 jedes Jahr erhalten: Der Durchschnitt für alle 12.500 Einrichtungen liegt bei 1,3. Also alles gut in deutschen Pflegeheimen.“

men? Keineswegs. Der Wert verschleiert die tatsächliche Situation, anstatt für Angehörige und Pflegebedürftige Vergleichbarkeit bei der Wahl eines Heims zu schaffen. Bei der Berechnung der Endnote können beispielsweise schlechte Werte bei der Wundversorgung mit einem gut leserlichen Speiseplan gegen gerechnet werden“ (Unsöld 2015).

Es ist also kaum verwunderlich, dass stationäre Pflegeeinrichtungen dem Thema Zertifizierung eher mit gemischten Gefühlen begegnen. Was soll da zertifiziert werden? Die Pflegedokumentation? Die Pflegestandards? Oder gar die gesamte Einrichtung? Wie soll das funktionieren, und welchen Sinn soll es haben, aus der Momentaufnahme einer Zertifizierung Rückschlüsse auf die Qualität einer Einrichtung zu ziehen? Und was ist eigentlich Qualität in der Pflege? Wer sagt, was gut ist? Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)? Die Heimaufsicht oder eine der anderen zahlreichen Aufsichtsbehörden, die der Pflegeeinrichtung das Leben schwer machen und mit Begeisterung nach immer noch mehr Nachweisen von Qualität auf dem Papier suchen? Der Bewohner und seine Angehörigen sind viel zu sehr emotional involviert, als dass sie die Qualität einer stationären Einrichtung objektiv beurteilen könnten. Oder? Wo kämen wir da hin? Kaum ein Bewohner, kaum ein Angehöriger hat Einblick in die komplexen Arbeitsabläufe einer stationären Pflegeeinrichtung. Wie wollen sie dann die Qualität der Dienstleistungen beurteilen, die mit einem differenzierten Qualitätsmanagementsystem strategisch zielgerichtet ständig verbessert werden wollen?

Qualitätsmanagement

Der Versuch, Qualitätsmanagement im Zusammenhang mit der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu etablieren, steht auf den ersten Blick im Widerspruch zur Hospiz-Idee, die im besonderen Maße Wert darauf legt, individuelle Lösungen anbieten zu können. Qualitätsmanagement lebt dagegen auch von der Standardisierung, von der Organisation, von Vorhersehbarkeit, von der Regelmäßigkeit und Wiederholbarkeit sowie aufeinander aufbauenden Prozessen. All dies scheint in die Welt der Hospiz- und Palliativversorgung nicht zu passen. Doch bei genauerer Betrachtung ist auch

dieser Bereich von Anbeginn an damit befasst gewesen, Reproduzierbarkeit zu gewährleisten. Nichts soll dem Zufall – noch dem Schicksal – überlassen werden, was durch planvolles Handeln und entsprechende Rahmenbedingungen zu einer Entspannung in der Versorgungssituation beitragen könnte. So geht es in Zukunft immer mehr darum, das Qualitätsmanagement zu nutzen, um günstige Vorbedingungen – statt „Sterbequalität“ – herzustellen. Man könnte sagen: Qualität ist das Skelett einer Organisation, Geld ist die Nahrung, Beziehungen sind die Seele.

Beziehungen lassen sich nicht in Checklisten prüfen. Die Seele eines Hauses folgt keinen Skalen oder Noten. Deshalb setzt das Zertifizierungsverfahren PallExcellence® bei der Überprüfung eines Hauses in Punkto Hospizkultur und Palliativkompetenz auf Kommunikation. Das gesamte Verfahren ist ein kommunikativer Prozess, der es erlaubt, der Qualität – die Hospizbewegung würde sagen, der Haltung eines Hauses – auf den Grund zu gehen und mit Verbesserungen dort anzusetzen, wo sie den Bewohnern wirklich nutzen. Das gesamte Verfahren wird publiziert unter dem Titel „PallExcellence® – der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen“.

Palliativpflege im Heim

Das Pflegeleitbild der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP 2012) begreift den Menschen mit seinen in Abhängigkeit stehenden physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Dimensionen. Hier ist auch verankert, dass die Pflege eine individuelle Fürsorge und Zuwendung für die verschiedenartigen Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen gewährleistet. In der Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung schafft die Palliativpflege Bedingungen, damit die letzte Lebensphase von den Betroffenen und ihren Angehörigen als würdevoll erlebt werden kann.

Der Kern liegen darin, Probleme und Symptome frühzeitig zu erkennen, Beschwerden vorzubeugen, familiäre Krisen zu verhindern und die Patienten pflegerisch professionell und fürsorglich zu versorgen. Das erfordert fachliche Qualifikation, eine kontinuierliche Reflexion der Expertise sowie eine hohe Personal- und Sozialkompetenz.

Die Palliativpflegenden haben den häufigsten Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen. Sie erkennen frühzeitig das Leid und Probleme auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene und tragen ihre Beobachtungen und Erkenntnisse in das multiprofessionelle Team. Sie führen ein umfassendes Symptommanagement (im Sinne von Bewertung und Therapie) durch und koordinieren die Begleitung und Versorgung durch andere Berufsgruppen und die Ehrenamtlichen.

Damit eine fachlich fundierte und sich selbst überprüfende Palliativpflege umgesetzt werden kann, ist ein Management erforderlich, das selbst den Tod als Teils des Lebens anerkennen kann und offen für Veränderungen im Sinne der Palliative-Care-Kultur ist (DGP & DHPV 2012; Althoff et al. 2014).

Palliative-Care-Qualifikation

Die Qualifikation aller Mitarbeiter stellt in einer Einrichtung das Kernelement der Palliativkompetenz dar. Hier wird unterschieden zwischen einer Basisqualifikation für alle Mitarbeiter und der Weiterbildung nach einem anerkannten Lehrplan in Palliative Care für die Leitungs- und Pflegekräfte (DGP & DHPV 2012). Es ist nicht definiert, wie viele Pflegekräfte diese 160-Stunden-Weiterbildung absolvieren sollten. Elementar ist, dass in jeder Schicht, auch in Urlaubs- und Abwesenheitszeiten, qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Im Hospiz- und Palliativgesetz ist die Anerkennung des erhöhten Kostenfaktors nicht berücksichtigt worden, der entsteht durch die Qualifizierung von Mitarbeitern, den Aufwand für die Vernetzung und Koordination sowie für die Entwicklung einer reflexiven Organisationskultur. Hier besteht dringender Nachholbedarf.

Lösungsansatz des Gesetzgebers

Mit dem am 8. Dezember 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) greift der Bundesgesetzgeber die Situation schwerstkranker und sterbender Menschen explizit auf und nimmt in seiner Gesetzesbegründung ausführlich Bezug auf die Situation von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, deren Hospizkultur und Palliativversorgung er

mit verschiedenen gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt sehen möchte. Wichtig sind hierbei (Bundesgesetzblatt 2015):

- §119b SGB V (Kooperation mit Hausärzten): Wichtige Partner einer guten Hospiz- und Palliativversorgung sind die niedergelassenen Ärzte. Das HPG stärkt erneut ihre Rolle, setzt aber auch im §87 SGB V klare Zeichen (qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung; Qualifikationsanfordernisse; Arbeit in der interprofessionellen Struktur und im Hospiz- und Palliativnetz; Sicherung der Versorgungsqualität). Eine Pflegeeinrichtung kann somit die Versorgung nachhaltig verbessern, wenn sie die eingeforderten Kooperationsverträge aktiv mitbestimmt.
- §132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bzw. Advanced Care Planning): Eine Herausforderung und Chance zu gleichen Teilen bildet diese Regelung, die vergütungsrelevant ist. Hält man an der Idee fest, die eigene Pflegeeinrichtung im zukünftigen regionalen Versorgungsgeschehen gut zu positionieren, so ergeben sich zwei Adressaten der Beratungsarbeit, ergänzt um die Aufgaben von Koordination, Moderation und Dokumentation einer Fallbesprechung: der Bewohner/Patient und sein Beziehungsnetzwerk sowie die Pflegeeinrichtung und ihre Netzwerkpartner.
- 39b SGB V (Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen): Dahinter verbirgt sich ein weiterer Hinweis zur Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes. Es ist kaum anzunehmen, dass „in allgemeiner Form“ informierte Versicherte hinreichend Klarheit und Sicherheit im Umgang mit einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht haben. Hier kann das Heim dem Patienten helfen und ihn beraten, welche Kooperationen und externe Partner hierbei sinnvoll sind.
- §39a SGB V Abs. 1 (stationäres Hospiz): Eine der Änderungen ermöglicht Pflegeheimbewohnern, in ein stationäres Hospiz zu wechseln.
- §39a SGB V Abs. 2 (ambulante Hospizarbeit): Durch die Einfügung eines kleinen Passus, dass Pflegeeinrichtungen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten sollen, kann sich zum einen die Notwendigkeit erge-

ben, die konkrete Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit zu beschreiben. Zum anderen entsteht daraus der erste Ansatzpunkt, die Qualität in der stationären Versorgung deutlich zu verbessern.

- §114 SGB XI Abs. 1 (Qualitätsprüfungen): Zu guter Letzt werden die Heime im Rahmen der zukünftig durchzuführenden Qualitätsprüfungen verpflichtet, die Ergebnisse zu veröffentlichen. Das ist zum einen eine Chance, eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen, zum anderen kann die eigene Einrichtung in neuem Licht gezeigt werden.

Im Gesetz nicht explizit benannte, aber in der Konsequenz wichtige Themen sind:

- Einführung eines Hospiz- und Palliativbeauftragten (Rösch et al. 2016)
- Auf- oder Ausbau von Hospizkultur und Palliativkompetenz einschließlich Zertifizierung (Rösch & Kittelberger 2016; Rösch et al. im Druck)

Das Zertifizierungsverfahren PallExcellence® hat diese gesetzlichen Aspekte im Blick, um die Versorgung im Alten- und Pflegeheim zu verbessern.

Praktische Ansätze

„Die palliative Versorgung erfordert von allen Mitarbeitern eine hohe fachliche, soziale, personale und methodische Kompetenz. In Palliative Care sind Empathie, Ehrlichkeit, Akzeptanz und Authentizität wesentliche Qualitäten in der Versorgung von Patienten mit lebensbegrenzenden Erkrankungen, und diese hängen stark zusammen mit den professionellen Einstellungen“ (Simon et al. 2009, S. 405).

Die Fähigkeit, sich zu verabschieden und loslassen zu können wird vom Einzugs an unterstützt (Althoff et al. 2014):

- Auf der physischen Ebene durch ein fundiertes Symptommanagement und Krisenintervention, die die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, aber auch der Hausärzte fordert. Notwendig sind der Zugang zum SAPV-Team oder zum Palliativnetz und ein zentrales Medikamentendepot, das 24 Stunden zugänglich ist.
- Auf der psychischen und sozialen Ebene durch das Angebot an Gesprächen, Information und Unterstützung, die

durch ausreichende Zeitressourcen und der Zusammenarbeit zwischen dem Pflegeteam und dem sozialen Dienst inklusive der Alltagsbegleiter erst möglich wird.

- Auf der spirituellen Ebene helfen achtsame Gespräche über den Sinn des Todes. Zudem sollen religiöse Auseinandersetzungen und Rituale am Lebensende und nach dem Tod ermöglicht werden. Nötig ist eine Grundqualifikation aller Mitarbeiter, die enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospizdienst und der Seelsorge, ggf. auch mit einem Bestatter.
- Die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team nimmt einen hohen Stellenwert ein. Hierfür müssen interne und externe Netzwerke und Kooperationen aufgebaut werden. Die professionelle Begleitung hochbetagter, multimorbider und demenziell veränderter Menschen kann nicht nur von einzelnen Fachexperten umgesetzt werden und braucht viele Akteure, die gerade in Zeiten kontinuierlicher ökonomischer und personalpolitischer Grenzerfahrungen gemeinsam eine würdevolle Begleitung ermöglichen (Schwermann 2016).

Für die Mitarbeiter in den Alten- und Pflegeheimen gilt es, das Sterben als natürlichen Teil des Lebens anzunehmen – bei anderen und sich selbst.

Hierzu gehört es auszuhalten, Abstand zu nehmen von der Aktion, dem Eifer, standardisiert alles unter Kontrolle zu bringen und Leiden eliminieren zu wollen. Es gilt, die Begegnung zwischen dem Betroffenen und seinen Angehörigen zu unterstützen, um gemeinsam mit ihnen die Behandlung und Versorgung individuell zu gestalten. Dabei muss der reale Zustand individuell beurteilt werden, auf der Grundlage vorhandener Ressourcen, Perspektiven und Probleme. Anschließend sollten die Ergebnisse im Rahmen einer Kriseninterventionsplanung am runden Tisch oder bei einer ethischen Fallbesprechung fixiert werden.

Fallbesprechungen nach dem Tod eines Bewohners können dazu dienen, Erfahrungen auszutauschen, z.B. zu der Zusammenarbeit der Pflegekräfte und der Behandlung sowie Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Wurden die gesteckten Ziele der Palliativversorgung erreicht? Und wenn nicht, wie kann dies künftig funktionieren? Besonders wichtig ist hier die

Supervision, in der die Pflegekräfte lernen, innezuhalten – auch um der Frage nachzugehen, ob „gegen das Leitbild gehandelt wird, ob aufgrund von Personal-mangel mit einer Minimalvariante von Fachpersonal gearbeitet wird, ob gefährliche Pflege in den Einrichtungen an der Tagesordnung“ (Krobath & Heller 2010, S. 19) und keine Zeit vorhanden ist, um eine würdevolle und bedürfnisorientierte Pflege im Sinne von Palliative Care zu ermöglichen.

Fazit

Zwar ist es noch ein langer Weg, bis ein §87c im SGB XI eingeführt wird, der analog zur Versorgung und Begleitung demenziell erkrankter Menschen (§87b SGB XI) Zusatzentgelte bereitstellt für die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Angehöriger. Es wird noch dauern, bis die Initiative für eine angemessene Versorgung auch einen angemessenen finanziellen Rückfluss ergibt, dessen Aufwendungen der Gesetzgeber bisher noch bei den Einrichtungsträgern ablädt. Dennoch ist es jetzt an der Zeit, einige grundlegende konzeptionelle Weichenstellungen in Angriff zu nehmen und deren Nachhaltigkeit durch ein geeignetes Werkzeug auch immer wieder zu überprüfen und nachzuweisen.

Ein Blick auf das Gesetz und seine Bestimmungen macht deutlich: Die Hospiz-Idee kann und soll in die Regelversorgung integriert werden. Beschrieben werden dabei Aufgaben, die sowohl bei den Leistungserbringern der Regelversorgung (also z.B. den Heimen) angesiedelt sind als auch von den Anbietern der Hospizversorgung – zumindest in guter Kooperation – mit erbracht werden können.

All dies kann ohne ein entsprechendes Qualitätsmanagementsystem kaum

gelingen, geht es doch nicht nur darum, neue Maßnahmen zu beschreiben und umzusetzen oder Pflegestandards einzuführen. Hier ist ganz deutlich der Ansatz und die Forderung nach einer tiefgreifenden Organisationsentwicklung formuliert, die Aussicht auf Erfolg haben wird, wenn sie von einem entsprechenden Qualitätsmanagement begleitet wird. <<



Literatur

Althoff I., Gottenströter J., Schwermann M. (2014) Palliative Care in der Altenpflege. Orientierung für die Praxis. Vincentz, Hannover.

Ariès P. (1991) Geschichte des Todes. 5. Aufl. dtv, München.

Bundesgesetzblatt (2015) Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I (48),
www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=bgbl115s2114.pdf%255D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D__1460275527634, Zugriff am 24. August 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016) Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_01-2016.pdf, Zugriff am 24. August 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2004) Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestagsdrucksache 15/4125.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/041/1504125.pdf>, Zugriff am 24. August 2016.

DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. – Sektion Pflege (2012) Pflegeleitbild der Sektion Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitbild%20Sektion%20Pflege_6_07_12.pdf, Zugriff am 28. August 2016.

DGP & DHPV – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; Deutscher Hospiz-

und Palliativverband e.V. (2012) Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe www.dhvp.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/Grundsatzpapier-stationaere-Altenpflege_DHPV-DGP.pdf, Zugriff am 28. August 2016.

Krobath T. & Heller A. (2010) Ethik organisieren. Einleitung zur Praxis und Theorie der Organisationsethik. In: Krobath T. & Heller A. (Hrsg.) (2010) Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Lambertus, Freiburg im Breisgau, S. 13-42.

Müller M. & Pfister P. (Hrsg.) (2014) Wie viel Tod verträgt das Team. Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Rösch E., Gratz M., Roser T. (2016) Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (3), S. 120–126.

Rösch E. & Kittelberger F. (2016) Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen entwickeln und nachweisen. Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart.

Rösch E., Alsheimer M., Kittelberger F. (im Druck) PallExcellence® – der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen. Kohlhammer, Stuttgart.

Schwermann M. (2016) Kompetenzförderung durch eine ethisch reflexive Organisationskultur. Die hospizzeitschrift 18 (69), S. 28-31.

Simon S.T., Ramsenthaler C., Bausewein C., Krischke N., Geiss G. (2009) Core attitudes of professionals in palliative care: a qualitative study. International Journal of Palliative Nursing 8, S. 405.

Unsöld J. (2015) Der Pflege-TÜV – durchgeführt? www.tagesschau.de/inland/pflegewerten-101.html, Zugriff am 24. August 2016.

Voges W (2007) Probleme der Finanzierung – SGB XI + SGB V. In: Reuter U. (Hrsg.) (2007) Palliative Geriatrie – würdevoll sterben. Erwin-Stauss-Institut, Bremen, S. 49-60.

Werner B. (2011) Alter und Pflege-Herausforderungen an Gesellschaft und Gemeinden. Vortrag an der Philosophisch-Theologischen Fakultät Vallendar, 15. Januar 2011.

www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Akademietage/PowerPoint_Vortrag_Werner_01.pdf, Zugriff am 24. August 2016.

Zusammenfassung

Ende 2015 ist das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft getreten. Es fordert eine Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen und Krankenhäusern. Nun gilt es, die Chancen, die diese Regelung eröffnet, zu erkennen und die unbestritten große Herausforderung anzunehmen, auch wenn der Gesetzgeber wiederholt die Refinanzierung dieser Bemühungen zunächst schuldig bleibt. Mehr denn je ist daher planvolles Vorgehen gefragt, damit dieser wichtige Bereich mitmenschlicher Zugewandtheit und fachlicher Kompetenz nicht zum „Papiertiger“ in der Dokumentationsmappe verkommt.

Schlüsselwörter: *Pflege, Palliativ, Hospiz*

Autorenkontakt:

Dr. Erich Rösch ist in der Hospizbewegung engagiert und verfügt u.a. über Erfahrung mit Qualitätsmanagement und Zertifizierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Einrichtungen

Kontakt: roesch@bhpv.de

Meike Schwermann ist Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin, leitet den Studiengang „Pflege dual“ im Fachbereich Pflege und Gesundheit der FH Münster

Kontakt: meike.schwermann@fh-muenster.de

> Advance Care Planning

Neue Wege im Umgang mit Patientenverfügungen

MICHAEL COORS

Wenn das im Herbst 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) in §132g von einer „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ und die S3-Leitlinie Palliativmedizin (2015) von einer „vorausschauenden Versorgungsplanung“ sprechen, dann beziehen sich beide Dokumente auf das, was im Englischen als „Advance Care Planning“ (ACP) bezeichnet wird. In der Fachliteratur wird dieser nur schwer ins Deutsche zu übersetzende Begriff auch mit „Gesundheitliche Vorausplanung“ oder „vorausschauende Behandlungsplanung“ übersetzt (Coors et al. 2015, S. 21).



Foto: Andreas Ernst/Fotolia

Advance Care Planning wurde in den 1990er Jahren zunächst und vor allem in den USA entwickelt, umgesetzt und fortlaufend wissenschaftlich ausgewertet (Hammes 2003; Hammes & Briggs 2015). Inzwischen gibt es ACP-Programme auch in Großbritannien (Thomas & Lobo 2014), Australien (Detering & Silvester 2015) und Neuseeland (Manson et al. 2015). Österreich befindet sich mit einem „Nationalen Vorsorgedialog“ ebenfalls auf dem Weg zum ACP (Beyer et al. 2015). In Deutschland wurde ACP erstmals im Rahmen des Modellprojektes „beizeiten begleiten“ regional eingeführt und wissenschaft-

lich ausgewertet (in der Schmittgen & Marckmann 2015).

Die wissenschaftlichen Evaluationen der jeweiligen ACP-Modelle machen deutlich, dass ACP zu einer beträchtlichen Verbesserung der Versorgung am Lebensende führt: Es liegen mehr und aussagekräftigere Patientenverfügungen vor (in der Schmittgen & Marckmann 2014), und sehr viel häufiger geben Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte an, dass die Patienten entsprechend ihrem vorausverfügten Willen behandelt wurden (Hammes et al. 2010; Detering et al. 2010).

Die Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen

ACP reagiert in erster Linie auf Defizite im Umgang mit Patientenverfügungen, die von in der Schmittgen & Marckmann (2014, S. 50) klar benannt werden: „Patientenverfügungen sind wenig verbreitet, bei Bedarf nicht zur Hand, selten aussagekräftig, von fragwürdiger Validität und bleiben von medizinischem Personal häufig unbeachtet.“ Ein Problem ist, dass Patientenverfügungen oft zu ungenau formuliert („Ich will nicht an Schläuchen hängen“) und im Notfall nicht immer verfügbar sind.

Dies soll hier anhand je eines Fallbeispiels verdeutlicht werden:

Fall 1: Herr F., 69 Jahre alt, liegt in Folge eines schweren Unfalls seit längerer Zeit in einem tiefen Koma. Die Prognose ist ungewiss, es besteht aber eine Chance, dass Herr F. irgendwann aus dem Koma wieder aufwachen wird. Die Ärzte gehen davon aus, dass Herr F. für den Rest seines Lebens pflegebedürftig sein wird. In einer Patientenverfügung hat Herr F. angegeben, dass er im Falle eines irreversiblen Komats in Folge einer Gehirnschädigung keinerlei lebenserhaltende Behandlung wünscht. Im Einzelnen werden in dieser Situation insbesondere künstliche Beatmung, künstliche Ernährung (PEG) und Antibiotikagabe abgelehnt. Der als Vorsorgebevollmächtigter eingesetzte Sohn drängt nun unter Verweis auf diese Regelung in der Patientenverfügung darauf, dass die lebenserhaltende Behandlung seines Vaters eingestellt wird.

Anders als vom Sohn angenommen, regelt hier die Patientenverfügung allerdings nichts für die aktuelle Situation von Herrn F., da sie nur Anweisungen für den Fall eines irreversiblen Komats enthält. Das Koma von Herrn F. ist aber potenziell reversibel, auch wenn die Prognose unklar ist. Das bedeutet, dass der Inhalt der Patientenverfügung offensichtlich von dem vorsorgebevollmächtigten Sohn nicht richtig verstanden wurde. Das wiederum wirft die Frage auf, ob denn Herr F. selbst eigentlich wirklich wusste, was er verfügt hat: War ihm die eingeschränkte Reichweite klar, oder dachte Herr F., er habe mit dieser Patientenverfügung grundsätzlich für alle Situationen eines Komats vorgesorgt, wie es auch sein Sohn zu denken scheint?

Hier zeigt sich, dass eine fehlende ärztliche Beratung bei der Abfassung einer Patientenverfügung zu erheblichen Problemen führt, weil damit faktisch das sonst unumstritten geltende Prinzip der Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (informed consent) ausgehebelt wird: Geht man normalerweise in Medizinethik und -recht davon aus, dass ein Patient informiert sein muss, um eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können, so ist diese Grundregel bei Patientenverfügungen aufgege-

ben. Denn eine Patientenverfügung ist von Rechts wegen auch gültig, wenn keine ärztliche Aufklärung des Verfassers stattgefunden hat. Das aber führt dazu, dass Menschen unter Umständen etwas verfügen, dessen Reichweite oder Bedeutung sie nicht verstehen.

Fall 2: Frau M., 89 Jahre alt, lebt seit einem Jahr in einem Pflegeheim. Sie hat in einer Patientenverfügung festgehalten, dass sie – aufgrund des weit fortgeschrittenen Alters und ihrer Pflegebedürftigkeit – unter keinen Umständen reanimiert werden möchte. Während einer Nacht kommt es zu starken Herzrhythmusstörungen. Die Nachtwache ruft einen Notarzt. Als der Notarzt eintrifft, hat Frau M. einen Herzstillstand erlitten. Der Notarzt reanimiert Frau M. und will sie in die Intensivstation eines nahegelegenen Krankenhauses einliefern. Frau M. stirbt noch auf dem Weg ins Krankenhaus.

Hier liegt das Problem nicht in der Patientenverfügung, die hinreichend klar formuliert ist. Überhaupt ist es schwer, in diesem Fall einen Schuldigen auszumachen: Die Nachtwache handelt korrekt, als sie den Notarzt ruft, und auch der Notarzt handelt korrekt, wenn er in der akuten Notsituation sofort reanimiert. Selbst eine Aussage der Pflegekraft, dass diese Bewohnerin nicht reanimiert werden will, hätte nicht wirklich eine Auswirkung auf das Handeln des Notarztes. Zwar ist die Willensäußerung der Patientin auch im Notfall verbindlich, für den von außen hinzukommenden Arzt aber ist unklar, woher die Pflegekraft ihr Wissen hat, welche Verbindlichkeit ihrer Auskunft zukommt und was die Rechtsgrundlage derselben ist.

Das Problem liegt hier also nicht bei einer der beteiligten Personen, sondern es liegt in den Organisationsabläufen der Pflegeeinrichtung und der Kommunikation über die Grenzen der verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens hinweg.

Wie kann man dafür sorgen, dass ein Notarzt diese unstrittig klare Willensäußerung der Patientin schnell und für ihn verbindlich zur Kenntnis nehmen kann, sodass er auf die Reanimation entsprechend dem Willen der Patientin verzichtet?

Wichtige Elemente von „Advance Care Planning“

Auf diese Probleme geben ACP-Programme Antworten, indem sie ein umfassendes Beratungs- und Begleitungsangebot anbieten, um Menschen beim Abfassen von Patientenverfügungen bzw. im Prozess der vorausschauenden Planung für die gesundheitliche Versorgung zu unterstützen. Gleichzeitig sorgen sie für einen strukturierten, verlässlichen und regional sektorenübergreifenden Umgang mit Patientenverfügungen und anderen Willensbekundungen.

„Facilitation“: beraten, begleiten, moderieren

Im Kern bedeutet ACP, dass es für jeden möglichen Patienten ein ständiges Gesprächsangebot von Seiten des Gesundheitswesens gibt. Damit nehmen Ärzte und Pflegekräfte die Fürsorgeverpflichtung ernst, jeden einzelnen in seiner selbstbestimmten Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Zu diesem Zweck werden Menschen im Rahmen von ACP-Programmen durch einen sogenannten „Facilitator“ (Begleiter) beraten (Hammes & Briggs 2015, S. 186–189). Dieser führt Gespräche mit den Personen, die eine Vorausplanung machen wollen, um sie in der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Er trägt aber auch dafür Sorge, dass z.B. Angehörige mit in diese Gespräche einbezogen werden, dass ein rechtlicher Stellvertreter von der betroffenen Person gefunden und benannt wird. Er vermittelt ggf. Gespräche mit einem Arzt oder auch anderen Personen, sofern dies für die Entscheidungsfindung hilfreich ist. Ein „Facilitator“ ist also ein Gesprächsbegleiter (in der Schmittgen & Marckmann 2015) oder ein (ethischer) Berater, der die Betroffenen bei der eigenen (ethischen) Urteilsbildung unterstützten soll (Coors 2015).

Die (ethische) Beratung und Begleitung von Menschen im Zuge einer Vorausplanung ist dabei als ein fortlaufender Prozess zu verstehen. Im Rahmen des Modellprojektes „Respecting Choices“ in den USA wird die Vorausplanung, z.B. abhängig von der eigenen Lebenssituation, immer wieder angepasst: Eine Person, die mitten im Leben steht und von Krankheit noch nicht betroffen ist, wird in der Regel nur eine sehr allgemeine Vorausplanung machen und dabei insbesondere an Situationen denken,

die auch zu diesem Zeitpunkt schon eintreten können (wie z.B. schwere Gehirnverletzungen infolge eines Unfalls). Die Situation ist jedoch eine andere für Menschen, die bereits unter einer Erkrankung leiden. In diesen Fällen kann viel konkreter geplant werden (Hammes & Briggs 2015).

In Deutschland wird ACP erst relativ spät im Lebensverlauf eingesetzt, weil es sowohl im Rahmen des Modellprojektes „beizeiten begleiten“ also auch im Hospiz- und Palliativgesetz bei der stationären Pflege angesiedelt ist: Die Aufgabe der ACP-Berater liegt hier dann vor allem darin, mit Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen werden, über ihre Vorausplanung zu sprechen, vorhandene Patientenverfügungen auf Lücken und Missverständnisse hin durchzugehen und diese mit den Betroffenen, Angehörigen und rechtlichem Stellvertreter zu besprechen. Wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist, wird man ebenfalls ein Gespräch führen, um den Willen der betroffenen Person herauszufinden und um ggf. auf dieser Grundlage eine Patientenverfügung abzufassen. Sollte die betroffene Person selber nicht mehr urteilsfähig sein, wenn sie in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wird, wird man diese Gespräche mit dem rechtlichen Stellvertreter und den Angehörigen führen, um den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person herauszufinden. In jedem Fall ist es sinnvoll, Angehörige in solche Gespräche mit einzubeziehen, um spätere Missverständnisse zu vermeiden (siehe Fall 1).

Verlässliche Dokumentation: Vertreterverfügung, Notfallbogen

Führt man solche Gespräche und kommt zu Ergebnissen, dann ist für den organisatorischen Ablauf der weiteren medizinischen und pflegerischen Versorgung die Frage nach einer guten, transparenten und schnell zugänglichen Dokumentation entscheidend. Alles, was eine betroffene Person für ihre Versorgung festlegt, kann i.d.R. in einer Patientenverfügung dokumentiert werden. Will eine Person keine Patientenverfügung aufsetzen, so ist der entscheidende Gewinn des Gespräches, dass der rechtliche Stellvertreter um den Willen der betroffenen Person weiß, sodass er dann später darüber Auskunft geben kann. Hilfreich kann es in dieser Situation sein, Behandlungswünsche schriftlich

Hausärztliche Anordnung für den Notfall HANo® beizeiten begleiten®

Name: _____ Modellprojekt _____
 Vorname: _____
 geboren am: _____

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

A ■ ■ ■ ■ ■ **Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

B0 ■ ■ ■ ■ ■ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

B1 ■ ■ ■ ■ ■ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung**

B2 ■ ■ ■ ■ ■ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation**

B3 ■ ■ ■ ■ ■ **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)**

C ■ ■ ■ ■ ■ **Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

den ____ . ____ . 20__

„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“
 Unterschrift und Stempel des zertifizierten Hausarztes

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
 Unterschrift des Betroffenen (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HANo gibt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen angemessen wieder.“
 Unterschrift und NAME des Vertreters/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
 Unterschrift und NAME des zertifizierten Begleiters

Diese HANo ist der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (Nichtzutreffendes streichen) vom ____ . ____ . 20__ der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß beizeiten begleiten-Standard zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bewollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Vers. 2011-05 © 2011

Abbildung 1: Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo) aus dem Projekt „beizeiten begleiten“. Die Verwendung des Formulars setzt eine ACP-Begleitung/Beratung und eine Vernetzung voraus! Quelle: www.beizeitenbegleiten.de (mit freundlicher Genehmigung von Jürgen in der Schmitt).

festzuhalten, ohne dass man ihnen die Form einer Patientenverfügung gibt. Sie dienen dann später als Grundlage für die Feststellung des mutmaßlichen Willens (§1901a BGB).

Wenn das Gespräch nicht mehr mit der betroffenen Person selbst geführt werden kann, sondern nur noch mit dem rechtlichen Stellvertreter und den Angehörigen, dann können auch die Ergebnisse dieses Gespräches schriftlich festgehalten werden. Dabei kann es zum Beispiel darum gehen, eine vorliegende Patientenverfügung zu verstehen oder zu präzisieren. Die Beteiligten können aber auch ohne eine Patientenverfügung

ausschließlich über den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person sprechen. Dieser sollte schriftlich festgehalten und vom rechtlichen Stellvertreter unterschrieben werden. Das Vorliegen einer solchen Vertreterverfügung – Formular auf www.beizeitenbegleiten.de – ermöglicht es, den festgestellten mutmaßlichen Willen der betroffenen Personen jederzeit umzusetzen, auch wenn der rechtliche Stellvertreter nicht unmittelbar präsent ist (in der Schmitt et al. 2015).

Das alles würde allerdings im oben geschilderten Fall 2 nicht helfen. Denn für akute Notfallsituationen muss

nochmals gesondert vorgesorgt werden. Hier braucht es eine schnell zu erfassende Dokumentation in Form eines Notfallbogens (in der Schmittgen et al. 2015). Notfallbögen dokumentieren ausschließlich die für den Notfall relevanten Entscheidungen. Damit solch ein Notfallbogen als verbindlich akzeptiert wird, ist allerdings vorausgesetzt, dass die betroffene Person über die Bedeutung ihrer Entscheidungen ärztlich aufgeklärt wurde. Darum hat man im Rahmen des Modellprojektes „beizeiten begleiten“ den Notfallbogen als eine ärztliche Notfallanordnung konzipiert, die mit dem Betroffenen oder dem rechtlichen Stellvertreter und dem Hausarzt besprochen und ausgefüllt wird (s. Abb. 1). In dieser Notfallanweisung wird dokumentiert, ob im akuten Notfall eine lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkung gewünscht ist (A), oder ob aus der Therapie einzelne Aspekte ausgeschlossen werden: Wiederbelebungsmaßnahmen (B0), invasive (Tubus-)Beatmung (B1), Behandlung auf der Intensivstation (B2), Mitnahme ins Krankenhaus (B3). Es kann auch verfügt werden, dass nur vor Ort palliativ behandelt werden soll (C).

Hätte also in Fall 2 Frau M. nach einem entsprechenden Beratungsgespräch mit dem behandelnden Arzt in solch einem Notfallbogen bei B0, B1, B2, B3 oder C ein Kreuz gesetzt, so hätte eine klare ärztliche Anweisung vorgelegen, dass Frau M. ihrem Willen entsprechend nicht wiederbelebt werden soll. Damit dieser Notfallbogen dann aber auch für einen eintreffenden Notarzt oder Rettungssanitäter eine verbindliche Wirkung hat, ist es natürlich notwendig, dass dieser über die Bedeutung und Funktionsweise eines solchen Notfallbogens informiert ist.

Notwendigkeit der Vernetzung und der regionalen Implementierung

Damit wird deutlich, dass ACP nur greift, wenn man es regional einführt und sich mit den relevanten Akteuren in einer Region vernetzt. Zwar können beispielsweise Pflegeeinrichtungen durchaus in ACP einsteigen, indem sie selbst erste Schritte unternehmen, wie z.B. Patientenverfügungen von Bewohnern aufmerksam zu lesen und sie mit diesen und ihren Angehörigen zu besprechen. Da aber z.B. die Dokumentation des Patientenwillens in einer Pflegeeinrichtung immer auch für den jeweiligen Hausarzt eine Bedeutung hat, müssen die Haus-

ABRECHNUNG von Pflegeleistungen

Individueller Service und ein Höchstmaß an Abrechnungskompetenz sichern Ihre Liquidität.

- + Abrechnung
- + Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern
- + Mahnverfahren
- + Vorfinanzierung

Wir machen das!

Fordern Sie Ihr Angebot an. Jetzt!

Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Tel. 0208 4847-739
info-pria@ihre-pvs.de

www.pvs-pria.de

ärzte, die mit einer Pflegeeinrichtung zusammenarbeiten, stets in die Entwicklung eines ACP-Programms einbezogen werden: Sie müssen um die Idee wissen, müssen bereit sein, sich an entsprechenden Beratungsgesprächen zu beteiligen, und sie sollten die Bedeutung der jeweiligen Dokumentationsbögen kennen.

Mit Blick auf Notfallsituationen ist es wichtig, dass die jeweils in einer Region tätigen Rettungsdienste ebenfalls über die Funktionsweise, die Bedeutung und die Verbindlichkeit der Notfallverfügungen Bescheid wissen – ebenso die Krankenhäuser, in die die Bewohner einer Einrichtung überwiesen werden können. Fehlt dieser Hintergrund, ist die Einführung eines Notfallbogens nicht sinnvoll, sondern eher gefährlich, weil sie zu Verunsicherung führen kann.

Das heißt, die Implementierung von ACP muss immer regional erfolgen und verlangt ein sektorenübergreifendes Netzwerk in einer Region. Will man daher auf der Grundlage von §132g SGB V eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende“ schaffen, wird eine Pflegeeinrichtung dafür mit den Hausärzten zusammenarbeiten müssen, die die meisten ihrer Bewohner versorgen, die wichtigsten Rettungsdienste mit einbeziehen und sinnvollerweise auch mit Palliativdienst, Sozialdienst und Seelsorge vor Ort zusammenarbeiten.

Fazit: Die Möglichkeiten des HPG nutzen

Das im Herbst 2015 verabschiedete HPG ermöglicht es, in Deutschland nun erstmals ein umfassendes, regional vernetztes ACP zu implementieren. In §132g SGB V sieht es für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit vor, betroffene Personen umfassend und wenn nötig mehrfach zu beraten. In diese Fallbesprechungen

sollen die Hausärzte mit einbezogen werden (bezahlt über die vertragsärztliche Gesamtvergütung). Auch die Vernetzung mit anderen Anbietern und Einrichtungen in einer Region ist ausdrücklich vorgesehen. All dies soll, wenn es von Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe angeboten wird, über die Krankenkassen refinanziert werden. Über die Details der inhaltlichen Ausgestaltung werden die Kassen im Laufe des Jahres 2016 mit den Trägereinrichtungen verhandeln.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Möglichkeit intensiv in Anspruch genommen wird, um in unterschiedlichen Regionen ACP-Programme zu implementieren – damit möglichst viele Menschen am Ende ihres Lebens ihren jeweiligen Vorstellungen entsprechend behandelt und versorgt werden. <<



Literatur

Beyer S., Ertl R., Bitschnau K. (2015) Dialog als Vorsorge – Ist die Vorbereitung auf Krisensituationen in Pflegeheimen möglich? Erfahrungen aus Österreich. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 225–233.

Coors M. (2015) Gespräche über Leben und Tod. Ethische Beratung zur gesundheitlichen Vorausplanung. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 141–151.

Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (2015) *Advance Care Planning: eine Einführung*. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 11–22.

Detering K., Hancock A. D., Reade M. C., Silvester E. (2010) The impact of ACP on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *British Medical Journal* 340, S. c1345.

Detering K. & Silvester W. (2015) Implementierung von Advance Care Planning in

Australien: das Programm „Respecting Patient Choices“. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 196–206.

Hammes B. J. (2003) Update on Respecting Choices four years on. *Innovations in End of Life Care* 5 (2), S. 1–18.

Hammes B. J., Rooney B. L., Gundrum J. D. (2010) A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *Journal of the American Geriatric Society* 58 (7), S. 1249–1255.

Hammes B. J. & Briggs L. (2015) Das „Respecting Choices“ Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 181–195.

in der Schmitt J. & Marckmann G. (2015) Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 75–94.

in der Schmitt J., Jox R. J., Rixen St., Marckmann G. (2015) Vorausplanung für nicht-einwilligungsfähige Personen – „Vertreterverfügungen“. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 119–140.

in der Schmitt, Rixen St., Marckmann G. (2015) Vorausplanung in der Notfall- und Intensivmedizin. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 288–301.

in der Schmitt J., Lex K., Mellert M., Rothärmel S., Wegscheider K., Marckmann G. (2014) Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (4), S. 50–57.

Leitlinienprogramm Onkologie (2015) S3 Leitlinie Palliativmedizin. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>, Zugriff am 16. September 2016.

Manson L., Muir Sh., Snow B. (2015) Das Erfolgsmodell „Our Voice – tō tātou reo“: Advance Care Planning in Neuseeland. In: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg) *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 207–224.

Thomas K., Lobo B. (Hrsg.) (2014) *Advance Care Planning in End of Life Care*. Oxford University Press, Oxford.

Zusammenfassung

„Advance Care Planning“ (ACP) oder „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ ist inzwischen dank neuer rechtlicher Grundlagen (HPG) auch in Deutschland Gegenstand intensiver Diskussionen. Im Kern geht es dabei um die professionelle Unterstützung von Menschen bei der Vorausplanung von späteren Behandlungsentscheidungen und um die strukturierte Anwendung von Dokumenten wie Patientenverfügung, Vertreterverfügung und Notfallbogen.

Schlüsselwörter: *Advance Care Planning, Patientenverfügung, Vorausplanung*

Autorenkontakt:

Dr. theol. Michael Coors, Theologischer Referent, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover
Kontakt: michael.coors@evlka.de

› Im Spannungsfeld von Datenschutz und Erbrecht

Der digitale Nachlass

MARTINA WEBER

Jeder Nutzer des Internets hinterlässt nach seinem Tod unzählige digitale Spuren. Eine der zentralen Fragen zum digitalen Nachlass besteht darin, ob die Erben vom Provider einen Zugang zum E-Mail-Account des Verstorbenen verlangen dürfen. Die Rechtslage ist umstritten. Eine erste Gerichtsentscheidung zur Vererbbarkeit eines Facebook-Accounts liegt vor.

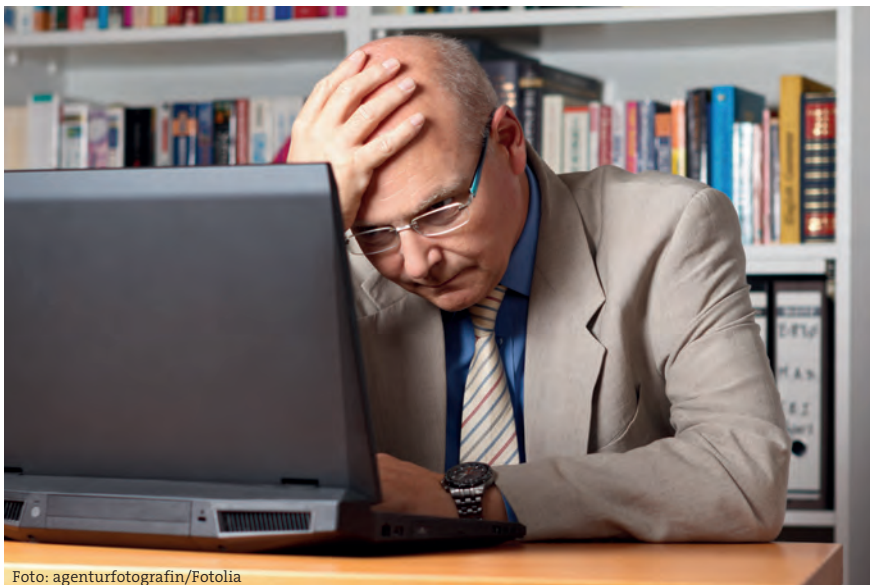


Foto: agenturfotografin/Fotolia

Obwohl die Nutzung des Internets und der E-Mails bereits seit der Jahrtausendwende zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist, hat die Rechtswissenschaft die Frage, was mit dem digitalen Nachlass einer Person geschehen soll, erst vor wenigen Jahren entdeckt, als das Problem im März 2012 auf dem 7. Deutschen Erbrechtstag thematisiert wurde. Seither wird das digitale Erbe auch in der Tagespresse, in populären Ratgebern zur Testamentsgestaltung und natürlich auch im Internet besprochen.

Was ist der digitale Nachlass?

Eine gesetzliche oder sonst allgemein gültige Definition gibt es bisher nicht. Der Deutsche Anwaltverein erfasst als digitalen Nachlass „die Gesamtheit des digitalen Vermögens, also Urheberrechte, Rechte an Websites, Domains

sowie sämtliche Vertragsbeziehungen zwischen Providern und Erblasser hinsichtlich der Nutzung des Internets selbst, aber auch hinsichtlich diverser Internetangebote [...] und damit auch die Gesamtheit aller Accounts und Daten des Erblassers im Internet“ (Deutsch 2014, S. 2).

Zum digitalen Nachlass gehören also E-Mail-Konten, Profile bei Facebook und Xing, Twitter, Blogs und Einträge auf Foren, private Videos bei YouTube, verschiedene Internetidentitäten, Cloud-Daten, Rechte an einer Domain, Guthaben bei PayPal, virtuelle Adressbücher, aber auch Vertragsabschlüsse über das Internet, zum Beispiel auf Amazon oder Zalando oder unter Privatpersonen per E-Mail.

Meist wird der Begriff des digitalen Nachlasses über die oben genannte Definition über das Internet hinaus erweitert: auf Daten des Erblassers auf

Festplatten, Smartphones und anderen Speichermedien. Insgesamt werden unter dem Begriff des digitalen Nachlasses also zahlreiche verschiedene Rechte zusammengefasst.

Der Erbfall

Grundsätzlich tritt der Erbe in vollem Umfang in die Rechte und Pflichten des Erblassers ein (Grundsatz der Gesamtrechtsnachfolge oder Universalsukzession nach Paragraph 1922 Bürgerliches Gesetzbuch). Der Erbe wird Eigentümer aller dem Erblasser gehörender Rechtspositionen: das heißt er wird Eigentümer aller zum Erbe gehörender Datenträger und übernimmt grundsätzlich alle Rechte und Pflichten aus den Verträgen, die der Erblasser abgeschlossen hat, wozu selbstverständlich auch über das Internet abgeschlossene Verträge zählen. Um sich über den Nachlass eines Internetnutzers einen Überblick zu verschaffen, ist der Zugang zu dessen E-Mail-Account also von zentraler Bedeutung. Dieser Zugang ist jedoch durch ein Passwort geschützt, das der Erbe nicht kennt. Die Frage nach der Berechtigung zum Zugang zum E-Mail-Account eines Verstorbenen wird in der juristischen Fachliteratur intensiv diskutiert. Darf der Erbe die E-Mails des Erblassers ebenso lesen wie einen auf dem Dachboden aufgefundenen Brief?

Einigkeit besteht darüber: Der Erblasser kann zu Lebzeiten in seinem Testament wirksame Regelungen zu seinem digitalen Erbe treffen (Herzog 2013, S. 3750). Idealerweise listet der Betroffene alle digitalen Konten auf, notiert, wo Zugangsdaten zu finden sind und legt fest, wie mit ihnen nach seinem Tod zu verfahren ist.

Beispiel: Meine E-Mail-Adresse lautet maja.musterfrau@gmx.de. Das Passwort findet sich verschlüsselt auf einem USB-Stick in meiner Erbfallmappe und das Generalpasswort dazu bei Rechtsanwältin N.N. (Adresse). Nach meinem Tod erlaube ich meinen Erben den Zugang zu meinem E-Mail-Account zur

Regelung des Nachlasses. Wenn private Nachrichten eingehen, so sind die Absender über meinen Tod zu informieren (Weitere Praxishinweise mit Musterformulierungen bei Rott/Rott 2013, S. 167 ff; Mecchia/Sittig 2016, S. 96 ff; Apel 2015, S. 211 ff).

Ein Erblasser kann ebenso wirksam verfügen, dass die Zugangsdaten zu seinem E-Mail-Account nur bestimmten Personen oder überhaupt niemandem zugänglich gemacht werden dürfen.

Umstrittene Fälle

Wie aber ist zu verfahren, wenn – wie in den weitaus meisten Fällen – eine Verfügung des Erblassers zum Umgang mit seinem digitalen Nachlass nicht vorliegt? Sind die Diensteanbieter für E-Mail-Accounts dann verpflichtet, den Erben einen Zugang zum Account des Verstorbenen verschaffen? Oder dürfen sie das gar nicht?

Da eine gesetzliche Regelung zum digitalen Nachlass fehlt, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche juristische Fachartikel publiziert, die verschiedene Rechtspositionen und auch ethische Fragestellungen ausgelotet und kontrovers diskutiert haben.

Einerseits gibt es in E-Mails geschäftliche Korrespondenz, die Verträge von unter Umständen hohem Wert enthält. Andererseits finden sich in E-Mails persönliche, intime und vielleicht sogar heikle Informationen, die nicht für die Erben bestimmt sind und die sie lieber auch nicht zur Kenntnis nehmen sollten, um den Erblasser in positiver Erinnerung zu behalten. Privatpersonen nutzen ihre E-Mail-Adresse üblicherweise für geschäftliche und persönliche Zwecke. So wird die Meinung vertreten, man müsse unterscheiden zwischen E-Mails mit vermögensrechtlichem Bezug (diese seien vererbbar) und solchen mit nicht vermögensrechtlichem Bezug (Freundschafts-, Gruß- oder Liebes-E-Mails), die den nächsten Angehörigen (die nicht die Erben sein müssen) zustehen (Hoeren 2005, S. 2114, anderer Meinung: Herzog 2013, S. 3749). Würde man diese Unterscheidung akzeptieren, stellt sich als nächstes die Frage, ob jemand die E-Mails nach ihrem Inhalt vor der Weiterreichung an die Angehörigen oder Erben sortieren muss und wer dies sein soll.

Müsste man im Erbfall zwischen solchen E-Mails unterscheiden, die der

Erblasser als Empfänger abgerufen hat und die also auf seiner Festplatte ruhen, und solchen, die er noch nicht abgerufen hat, die also noch auf dem Server des Anbieters liegen und die kein vererbbares Eigentum darstellen? (Hoeren 2005, S. 2114). Könnten Persönlichkeitsrechte von E-Mail-Absendern betroffen sein und müssten nicht deshalb die Absender zustimmen, bevor der Provider den Erben einen Zugriff auf den Account erlaubt?

Eine weitere umstrittene Frage ist die, ob die E-Mails in einem Email-Account dem in Artikel 10 Absatz 1 Grundgesetz und Paragraph 88 Telekommunikationsgesetz geregelten Fernmeldegeheimnis unterliegen (Hoeren 2005, S. 2115; Deutsch 2014, S. 5). Würde sich infolgedessen der Provider nach Paragraph 206 Strafgesetzbuch wegen Verletzung des Post- oder Fernmeldegeheimnisses strafbar machen, wenn er Daten aus einem E-Mail-Account an die Erben weitergibt (Hoeren 2005, S. 2115)?

Endet der Schutz personenbezogener Daten mit dem Tod des Betroffenen (Deutsch 2014, S. 4)? Wenn die Daten Verstorbener nicht mehr unter Datenschutz stehen, könnte dann nicht das Persönlichkeitsbild des Verstorbenen gefährdet und das postmortale Persönlichkeitsrecht verletzt werden (Martini 2012, S. 1147)?

Erlischt der E-Mail-Vertrag, den jemand mit einem Provider abgeschlossen hat, generell mit dem Tod, so dass er gar keine vererbare Position mehr darstellt (Rott/Rott 2013, S. 163) oder geht der digitale E-Mail-Nachlass – auch, was die höchstpersönlichen Inhalte angeht – auf die Erben über (Herzog 2013, S. 3751)?

Der Deutsche Anwaltsverein schlug im Jahr 2013 vor, das Telekommunikationsgesetz um eine Regelung zu ergänzen, die es den Providern erlaubt, den Erben Zugriff auf die Daten eines verstorbenen Nutzers zu verschaffen (Deutsch 2014, S. 5). Das Bundesjustizministerium sah jedoch keinen Regelungsbedarf.

Vererbbarkeit einer Website

Die Rechte an einer Domain sind vererbbar, sie stellen eine eigentumsfähige Position dar, die aus dem Vertrag mit der DENIC e.G. (www.denic.de) folgt. Paragraph 28 Absatz 1 Urheberrechtsgesetz legt die Vererbbarkeit des Urheberrechts fest und nach Paragraph 30 Urheberrechtsgesetz hat der Rechtsnachfolger

die gleichen Rechte wie der Urheber selbst. Die Erben einer Domain sollten auf der Website über den Todesfall informieren. Besteht eine Impressumspflicht, müssen sie innerhalb von sechs Wochen nach dem Todesfall das Impressum ändern (Rott/Rott 2013, S. 166). Der Impressumspflicht unterliegen alle nicht rein privaten Webseiten (Paragraph 5 Telemediengesetz). Der Erbe kann die Domain weiter betreiben oder den Vertrag mit der DENIC e.G. kündigen.

Vorgehen wichtiger Diensteanbieter

Anbieter von E-Mail-Konten und Social Media haben die Frage nach dem Zugang bei inaktivem Konto oder für Erben eines verstorbenen Nutzers entweder gar nicht oder fragmentarisch und uneinheitlich in ihren AGBs festgelegt (Martini 2012, S. 1146; Ehmann 2015, S. 117; Apel 2015, S. 146 ff).

Mitglieder von Facebook können festlegen, ob ihr Konto im Fall ihres Todes in einen Gedenkstatus versetzt oder gelöscht wird. Einen Zugang zum Konto erhalten die Erben nicht. Xing legt den Account beim Nachweis eines Todesfalls still und löscht ihn nach drei Monaten. Twitter deaktiviert den Account ebenfalls bei einem Todesnachweis und löscht die Daten nach 30 Tagen. Der Cloud-Dienstleister Dropbox teilte mit, er wisse nicht, wie er mit Daten verstorbener Nutzer umgehe (Deutsch 2014, S. 3). Die E-Mail-Provider GMX und web.de schreiben ein inaktives Konto nach sechs Monaten an und löschen es, wenn niemand aktiv wird. Den Erben wird nach Vorlage eines Erbscheins Zugang gewährt. Yahoo Deutschland beendet den Vertrag über ein E-Mail-Account mit dem Tod des Nutzers; Erben erhalten keinen Zugang.

Vererbbarkeit eines Facebook-Accounts?

Im Dezember 2015 gab es in Deutschland die erste Gerichtsentscheidung zur Vererbbarkeit eines Facebook-Accounts. Klägerin war die Mutter (und gesetzliche Erbin) einer im Alter von 15 Jahren verstorbenen Jugendlichen. Das Mädchen hatte sich im Januar 2011 im Alter von 14 Jahren bei Facebook angemeldet. Im Dezember 2012 wurde sie in einem Berliner U-Bahnhof von einer einfahrenden U-Bahn erfasst und starb.

Die Mutter versuchte daraufhin, sich in das Facebook-Konto ihres verstorbenen Kindes einzuloggen, um herauszufinden, ob eine Suizidabsicht bestand, zumal der U-Bahnfahrer Schmerzengeld gefordert hatte. Das Benutzerkonto war jedoch bereits durch einen Nutzer in den Gedenkzustand versetzt worden, ein Zugriff war der Mutter trotz korrekter Zugangsdaten nicht möglich. Facebook lehnte ein Entsperren des Nutzerkontos mit Hinweis auf die Nutzungsbedingungen ab. Die Mutter reichte Klage ein. In seinem Urteil vom 17. Dezember 2015 gab das Landgericht Berlin der Mutter Recht (Aktenzeichen 20 O 172/15, in: Zeitschrift für Datenschutz 2016, S. 182 ff). Das Gericht formulierte folgenden Leitsatz: „Der Erbe, der zugleich Sorgerechtigter eines 15-jährigen Kindes war, ist berechtigt, den Zugang zu dessen Netzwerk-Account zu fordern. Weder Vorschriften des Datenschutzes noch Persönlichkeitsrechte Dritter stehen dem entgegen.“ Nach Ansicht des Gerichts war der Nutzungsvertrag der Tochter mit Facebook im Weg der Erbfolge auf die Mutter übergegangen. Die zwischen 2012 und 2014 geltenden Gedenkzustandsrichtlinien von Facebook seien mit dem AGB-Recht nicht vereinbar, sie stellten eine unangemessene Benachteiligung der Nutzer und ihrer Erben dar.

Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Facebook hat Berufung eingelegt. Das Landgericht Berlin hat klargestellt, dass eine Verletzung des postmortalen Persönlichkeitsrechtes ausgeschlossen ist, weil die Erblasserin noch ein Kind war und die Erben dessen Sorgerechtigter. Ob die Entscheidung auf volljährige Erblasser übertragen werden kann, ist offen.

Zusammenfassung

Die Rechte an einer Website gehen auf die Erben über. Der Verbleib des digitalen Nachlasses findet, was E-Mail-Accounts und Sozial Media angeht, dagegen in einer rechtlichen Grauzone statt. In der ersten Entscheidung hat das Landgericht Berlin am 17. Dezember 2015 der Mutter einer 15-jährigen verstorbenen Nutzerin den Zugang zum Account gewährt. Irgendwann wird der Gesetzgeber tätig werden. Wer es als Verbraucher nicht dem Zufall überlassen möchte, ob nach seinem Tod jemand Einsicht in seine digitalen Daten, insbesondere in seine E-Mail-Korrespondenz, haben darf und wer dies sein soll, muss selbst tätig werden und eine testamentarische Regelung treffen.

Schlüsselwörter: *Digitaler Nachlass, Testament, Datenschutz*



Literatur

- Apel, P. (2015): Mein Recht im Netz, Stiftung Warentest, Berlin
- Brinkert, M. / Stolze, M. / Heidrich, J. (2013): Der Tod und das soziale Netzwerk. Digitaler Nachlass in Theorie und Praxis, in: Zeitschrift für Datenschutz, Heft 4, 3. Jahrgang, S. 153-157
- Deutsch, F. (2014): Digitales Sterben: Das Erbe im Web. 2.0, in: Zeitschrift für Erbrecht und Vermögensnachfolge, Heft 1, 21. Jahrgang, S. 2-8
- Ehmann, E. (Hrsg.) (2015): Lexikon für das IT-Recht 2015/2016, 3. Auflage, Rehm, Heidelberg
- Herzog, S. (2013): Der digitale Nachlass – ein bisher kaum gesehenes und häufig missverständliches Problem, in: Neue Juristische Wochenschrift, Heft 52, 66. Jahrgang, S. 3745-3751
- Hoeren, T. (2005): Der Tod und das Internet – Rechtliche Fragen zur Verwendung von E-Mail und WWW-Accounts nach dem Tode des Inhabers, in: Neue Juristische Wochenschrift, Heft 30, 58. Jahrgang, S. 2113-2117
- Martini, M. (2012): Der digitale Nachlass und die Herausforderung postmortalen Persönlichkeitsschutzes im Internet, in: Juristenzeitung 2012, 67. Jahrgang, Heft 23, S. 1145-1155
- Mecchia, S. / Sittig, M. (2016): Das Nachlass-Set. Testament, Vermögensübersicht. Digitaler Nachlass. Bestattungsverfügung, Stiftung Warentest, Berlin
- Rott, E. / Rott, A. (2013): Wem gehört die E-Mail? Rechts- und Praxisprobleme beim digitalen Nachlass, in: NWB Erben und Vermögen, Heft 5, 5. Jahrgang, S. 160-168
- Solmecke, C. / Beuger Solmecke, W. / Schmitt, R. (2016): Anmerkung zu LG Berlin 17. Dezember 2015, 20 O 172/15, in: Zeitschrift für Datenschutz, Heft 5, 6. Jahrgang, S. 186-187

Autorenkontakt:

Martina Weber, Volljuristin (Ass. jur.), wissenschaftliche Autorin, Dozentin in der Pflegefortbildung
Kontakt: marsweber@hotmail.com

Anzeige



Nadine Lexa

Pflege von Palliativpatienten

Grundlagen, Stand und Ausblick – ein praxisnahes Lehrbuch für Ausbildung, Studium und Beruf

2013. 144 Seiten, 9 Abb.,
 13 Tab. Kart. € 14,90
 ISBN 978-3-17-022396-7

auch als
 EBOOK

Pflegekompakt

Es gibt einen immer größeren Bedarf an Versorgung von Palliativpatienten. Die Versorgung und die Begleitung von unheilbar kranken Menschen sind sehr vielschichtig und herausfordernd. So können Symptome wie beispielsweise Atemnot, Unruhe und Schmerzen einzeln, aber auch gleichzeitig auftreten. Das Buch ist als Leitfaden für die Praxis gedacht, um den Pflegenden Anregungen und Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten zu geben. Sie können so den Betroffenen und deren An- und Zugehörigen eine gute palliative Begleitung ermöglichen. Es richtet sich an professionelle Palliativpflegekräfte und insbesondere an Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen, in der ambulanten Pflege sowie im Akutbereich von Krankenhäusern.

Nadine Lexa, MAS, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Master of Advanced Studies in Palliative Care, zertifizierte Verfahrenspflegerin nach dem Werdnigk-Weg, Dozentin, Lehrbeauftragte, Fachautorin und Herausgeberin einer Palliative Care Buchreihe. Berlin und ist aktuell für die KTQ-GmbH tätig.

W. Kohlhammer GmbH
 www.kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

> Umgang mit Palliativpatienten

Hoffnung trotz enttäuschter Hoffnung auf Heilung

STELLA CALO & TIM SCHUSTER

Der direkte Umgang mit schwerkranken Menschen stellt viele Pflegekräfte vor eine erhebliche ethische und kommunikative Herausforderung. Dabei ist es empirisch belegt, dass für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine offene Kommunikation in der palliativen Versorgung eine der wichtigsten Hilfen in der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit darstellt. Aber wie sollte die aussehen – und was ist mit den Angehörigen und Freunden der Betroffenen?



Foto: Katarzyna Bialasiewicz photographee.eu/Fotolia

Es gibt immer mehr ältere Menschen, was unter anderem mit den Möglichkeiten der modernen Medizin zusammenhängt. Trotzdem oder gerade deswegen nimmt auch die Zahl schwerstkranker Patienten zu. Vor allem ältere Menschen, oftmals ohne Angehörige, verbringen ihre letzte Lebensphase häufig alleine und unter Bedingungen, die menschenunwürdig sind. Sie erhalten lediglich eine unzureichende und unpersönliche pflegerische Versorgung, weit entfernt von Mitmenschlichkeit und Nähe.

Es gibt zwar auch eine positive Entwicklung, die sich durch eine immer größer werdende Anzahl an Hospizen, Palliativstationen und spezialisierten ambulanten palliativen Pflegediensten im ganzen Land zeigt. Eine große Heraus-

forderung ist jedoch die flächendeckende, adäquate psychosoziale Betreuung von Palliativpatienten unterschiedlichen Alters, Herkunft oder Diagnosen (Husebø 2013).

Gestorben wurde schon immer, und ebenso war es immer eine Aufgabe von Pflegenden, Sterbende zu begleiten. Noch nie gab es jedoch eine so hohe Anzahl an palliativen Patienten in beinahe allen Bereichen der Pflege, deren Bedürfnisse hochkomplexe und professionelle pflegerische Tätigkeiten erfordern: Tätigkeiten, die insgesamt nur unzureichende Beachtung in der Ausbildung der heutigen Alten- und Krankenpfleger finden. Wir sind doch eher mit der Heilung, dem „Gesundwerden“ beschäftigt. Und selbstverständlich ist es einfacher,

sich mit einer Genesung als mit dem nahenden Tod zu beschäftigen. Trotzdem stehen ambulante Pflegedienste und Krankenhausmitarbeiter täglich vor der Herausforderung, sich genau diesem Thema zu widmen: den Patienten und nicht zu vergessen den betroffenen Familien und Angehörigen, die sich an die Anwesenheit, Professionalität und Empathie der Pflegekräfte und Ärzte klammern. Und diese Pflegekräfte und Ärzte bedürfen mehr spezieller Schulung, Förderung und Aufmerksamkeit.

Patienten fördern und begleiten

Die Pflegekraft besitzt hier, im medizinischen Kontext betrachtet, eine geson-



Foto: Photographee.eu/Fotolia

Die Angst vor dem Schmerz kann schlimmer als der Schmerz selbst sein, daher ist eine hoffnungsvolle Gesprächsführung entscheidend.

derte Aufgabe. Der Schwerpunkt liegt nicht darin, normale Körperfunktionen wiederherzustellen. Stattdessen sollte sie den Patienten dabei fördern und begleiten, eine bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse zu erreichen. Eine gute palliativpflegerische Versorgung bedarf daher neben medizinisch-fachlichen Wissens vor allem einer ausgeprägten sozialen Kompetenz. Eine sehr intensive Zusammenarbeit bedingt, dass die Pflegekraft ein Gespür für die passende Nähe, aber auch Distanz zum Patienten entwickelt. Wie das dem Einzelnen gelingt, ist unterschiedlich. Für jeden in dieser Situation ist es sicherlich hilfreich, sich rege mit Kollegen auszutauschen, zum Beispiel über Supervisionen und Fallbesprechungen. Gleichzeitig müssen Pflegende erkennen, dass Professionalität und Nähe nicht zwangsläufig getrennt voneinander zu sehen sind.

Die Rolle der Aufklärungsgespräche

Es gibt wohl wenige Wörter, die im Umgang mit Palliativpatienten häufiger genutzt werden als „Würde“. Doch was Würde für jeden einzelnen Patienten bedeutet, ist weder allgemein definierbar, noch konstant im Empfinden. An dieser Stelle ist die Kommunikation zwischen dem behandelnden Team und dem erkrankten Menschen sehr wichtig. Doch gerade im Bereich der Aufklärung über das Ausmaß der Erkrankung bestehen teilweise noch Missstände.

Bis vor wenigen Jahrzehnten fanden Aufklärungsgespräche in der Regel gar nicht statt. Eine etwaige Unheilbarkeit eines Patienten wurde regelrecht tabuisiert und oft sogar durch barmherziges

Lügen verschleiert. Die Absicht dahinter war ein auf positives Denken reduziertes Verständnis von Hoffnung. Die Patienten sollten sich ihrer hoffnungslosen Lage schlichtweg nicht bewusst werden (Kappauf 2011). Ebenso gab und gibt es immer wieder Fälle, in denen die Familie für den Patienten entscheidet – zum Beispiel, eine Diagnose zu verschweigen. Doch vielleicht kann es auch schon würdevoll sein, Unerträgliches sichtbar zu machen und den kranken Menschen nicht in seiner schweren Situation alleine zu lassen, sondern ihm Hilfe anzubieten und ihm so zu zeigen, dass man sich seiner Ängste, Sorgen und Probleme annimmt.

Bedeutung der Umgebung

Auch die Umgebung, in der sich ein Mensch befindet, wird häufig unterschätzt. Die stressige, von Zeitnot und wenig menschlicher Nähe geprägte Situation in einem Krankenhaus, kann ein Leiden durchaus negativ beeinflussen. Nach einer Verlegung in ein Hospiz beschreiben viele Patienten, dass sich der subjektive Leidensdruck verringert hat (Cherny 1994). Wichtiger als die konkreten Handlungen ist in diesem Zusammenhang das Erleben des Patienten:

- Wie werde ich aufgenommen?
- Was ist der Unterschied zu einer Versorgung im Krankenhaus
- Was kann das Personal für mich leisten?
- Wie offen kann ich mit meinen Gefühlen umgehen?
- Erhalte ich ausreichend Wertschätzung?
- Kann ich mich auch in psychischen Krisensituationen aufgehoben fühlen?

An dieser Stelle ist die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Pflegekraft gefragt, um die angesprochenen Fragen und Sorgen zu erkennen und sich ihrer anzunehmen.

Pauschal davon auszugehen, dass ein würdevoller Umgang mit Sterbenden in einem allgemeinen Krankenhaus ausgeschlossen ist, wäre falsch. Jedoch führen Personalmangel, Zeitnot, finanzielle Einsparungen und eine oftmals sehr sterile Umgebung häufig dazu, dass die Bedürfnisse dieser Patientengruppe nicht befriedigt werden. Ein Hospiz und das eigene Zuhause sind dafür geeigneter. Gerade die eigene Wohnung oder das eigene Haus als Ort zum Sterben entspricht überwiegend dem Herzenswunsch vieler palliativer Patienten. Einer aktuellen Studie zufolge wollen nur sechs Prozent aller Befragten in einem Krankenhaus sterben. Tatsächlich aber starben zwischen 2011 und 2013 immerhin 46 Prozent in deutschen Krankenhäusern (Bertelsmann Stiftung 2014). Es ist daher notwendig ambulante Pflegedienste auszubauen, die sich auf die palliativ-medizinische Versorgung spezialisiert haben. Ohne die fachliche Qualifikation werden gerade Pfleger im ambulanten Bereich oftmals über ihre Grenzen hinaus beansprucht.

Kommunikative Kompetenz der Pflegenden

Unsere kommunikativen Fertigkeiten erlernen wir im Laufe unseres Lebens. Einen maßgeblichen Einfluss haben hierbei Erfahrungen in der Kindheit, wie zum Beispiel das Beobachten guter und weniger guter Vorbilder, Eigenreflexion oder auch die Interaktion mit einfachen und schwierigen Gesprächspartnern.

Doch bestimmte Situationen erfordern ein bestimmtes Basiswissen sowie ein kommunikatives Training. Hierzu zählt insbesondere die Interaktion mit Palliativpatienten.

Die gute Kommunikation ist weder persönlichkeitsgebunden, noch verbessert sie sich automatisch mit steigender Berufserfahrung: Sie lässt sich erlernen. Hierbei erweisen sich Kommunikationstrainings, die die Sprachfähigkeit fördern, häufig als wenig hilfreich. Die wichtigsten Fertigkeiten im palliativmedizinischen Bereich sind nämlich das Wahrnehmen und das Zuhören (Köhle et al. 1990). Fortbildungen im Bereich der Gesprächsführung von Palliativ-Pflegekräften sollten daher schon bei der Schulung der Wahrnehmung und dem Verstehen der Situation, in der sich der Patient befindet, anfangen, bevor man auf bestimmte psychologische Gesprächstechniken eingeht.

Perspektivwechsel

Eine Pflegekraft benötigt zunächst eine subjektive Sicht auf die Krankheit, also eine innere Haltung gegenüber der Situation und dem Erleben einer schwerkranken Person. Subjektivität ist ein bedeutender Bestandteil der wissenschaftlichen Definition von Schmerz (Seravalli 1988). Die Vorstellung eines Betroffenen über die Schmerzen hat einen maßgeblichen Einfluss auf das tatsächliche Schmerzerleben. Ähnlich wie bei der Vorstellung über das Hineinbeißen in eine Zitrone werden auch bei Vorstellungen von Schmerzen bestimmte psychophysiologische Reaktionen ausgelöst, die eine Person sensibler reagieren lassen.

Hierzu ein Beispiel:

Fisher et al. beschreiben 1995 den Fall eines jungen Bauarbeiters, der auf einen knapp 18 Zentimeter langen Nagel gesprungen ist. Dieser durchbohrte seinen gesamten Schuh. Die Schmerzen des Mannes waren so stark, dass er eine intravenöse Sedierung benötigte. Als der Schuh aufgeschnitten wurde, stellten die Ärzte fest, dass der Metallnagel den Fuß vollständig verfehlt hatte und lediglich zwischen den Zehen klemmte – der Fuß war unversehrt. Die quälenden Schmerzen wurden ausschließlich durch seine Vorstellung hervorgerufen.

Da also die Psyche einen maßgeblichen Einfluss auf das Schmerzerfinden eines Menschen hat, können

geschulte Pflegekräfte mithilfe verschiedener Techniken aktiv zur Schmerzlinderung beitragen.

Hoffnung trotz enttäuschter Hoffnung auf Heilung

Eine offene Aufklärung und die Vermittlung von Hoffnung schließen sich nicht aus. Eine ehrliche und empathische Kommunikation vermittelt unheilbar kranken Menschen die Hoffnung, als Gegenüber auch im wohl schwersten und letzten Lebensabschnitt ernst genommen zu werden – abseits aller bedeutenden Information zur jeweiligen Erkrankung. Vor allem Pflegekräfte haben meist, bedingt durch eine hohe Kontaktzeit und Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen, eine enge Beziehung zu den Patienten. Hier sind die Möglichkeiten der Einflussnahme auf das psychische Wohlbefinden nicht zu unterschätzen. Die Grundvoraussetzung ist ein ehrliches und empathisches Interesse. Dann kann eine Pflegekraft im Gespräch über Unheilbarkeit und Sterben Hoffnung erhalten und fördern, indem sie die Gesprächssituation steuert, aktiv zuhört, verständliche Informationen liefert und gewichtet, nonverbale Botschaften aufgreift und verlässliche Kompetenz sowie Unterstützung zusichert (Kappauf 2011). Hier empfiehlt es sich nach dem Konzept der gewaltfreien Kommunikation von Marshall B. Rosenberg vorzugehen (Rosenberg 2012):

1. **Schritt:** Zuhören! Die Situation möglichst objektiv erkennen und wiedergeben
2. **Schritt:** Gefühle artikulieren
3. **Schritt:** Erkennen, welche Bedürfnisse dahinter stecken
4. **Schritt:** Formulierungen von Wünschen und Bitten

Eine Palliativsituation ist von Unsicherheit, Angst und Hoffnungslosigkeit geprägt. Eine rein sachliche Informationsvermittlung im Rahmen einer Aufklärung kann dem Patienten und seinen Angehörigen daher keineswegs gerecht werden. Der Aufklärungsprozess sollte in einem Dialog mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen ein Konzept liefern, um sowohl für den gegenwärtigen als auch den zukünftigen Umgang mit angstbesetzten und bedrohlichen Krankheitsthemen einen Weg der Bewältigung zu finden. Subjektive Bewertungen sind für das Krankheitserleben von Menschen also sehr bedeutend.

Im Umgang mit Palliativpatienten gilt es, platte Phrasen zu vermeiden. Offene Fragen sind deutlich wirksamer:

- Was geht Ihnen jetzt durch den Kopf?
- Was würde Ihnen jetzt gut tun?
- Wie erleben Sie Ihre Krankheit momentan?

Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren

Es gibt auch immer wieder die Situation, dass Patienten keine Aufklärung über ungünstige Befunde erhalten möchten. Eine solche Einstellung gilt es zu respektieren. Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine derart gewünschte Nichtaufklärung, im Sinne des „Watzlawickschen Kommunikationstheorems“, ebenso eine klare Botschaft beinhaltet (Watzlawick et al. 1990). Diese Patienten möchten womöglich signalisieren, dass sie ein Gespräch über ihre aktuelle Situation zu sehr belastet und sie vermehrte psychosoziale Unterstützung benötigen – auch wenn das den Pflegenden gerade schwerfällt. Einem Patienten, der seit Jahren an vergleichsweise niedrigem Bluthochdruck leidet, kann es gerade in den letzten Wochen seines Lebens sehr wichtig werden, dreimal täglich den Blutdruck gemessen zu bekommen. Außenstehende würden den Patienten vielleicht eher dazu bewegen, seine Aufmerksamkeit auf seinen bereits Metastasen bildenden Leberkrebs zu richten, getreu dem Motto: Wen interessiert noch der Bluthochdruck, wenn man aufgrund des Tumors geschätzte zehn Liter Bauchwasser in sich trägt? Aber gerade dann ist es einfacher für den Patienten, sein Augenmerk auf etwas zu richten, was kontrollierbar und simpel im Vergleich zu dem drohenden Ende erscheint.

Das Schema der Sterbephasen

Hilfreich in diesem Zusammenhang kann es sein, sich die bekannten Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross vor Augen zu führen. Diese Ärztin stellte 1969 durch die Publikation ihres Buches „On death and dying“ einen Meilenstein zu diesem Thema auf. Sie arbeitete aufgrund ihrer Erfahrung mit Schwerstkranken und Sterbenden fünf Phasen heraus:

- das „Nicht-wahr-haben-Wollen“,
- der Zorn,
- das Verhandeln,
- die Depression und
- die Zustimmung.

Laut Kübler-Ross durchlaufen so gut wie alle Sterbenden diese fünf Phasen

– individuell lang, nicht schematisch geordnet, oft durcheinanderlaufend, manchmal unbeobachtet von Außenstehenden – und trotzdem finden sie sich so gut wie immer im Sterbeprozess wieder. Pflegekräfte, die über einen gewissen Zeitraum schon einmal einen Sterbenden begleitet haben, können dies bestätigen. Hier besteht die wahre Herausforderung darin, diese Phasen gemeinsam mit dem Patienten auszuhalten, den Weg mitzugehen und zu lernen, die eigenen Gefühle von denen der Patienten zu unterscheiden.

Körpersprache und Stimme

Viel wichtiger als das gesprochene Wort selbst sind die Körpersprache die paraverbale Kommunikation, also der richtige Einsatz der Stimme. Wissenschaftler untersuchten 1993, welche Merkmale eines Arztes bei der Aufklärung über eine Krebsdiagnose die Hoffnung fördern oder eben erschweren. Hierbei zeigte sich, dass ein unsicherer und nervöser Kommunikationsstil negative Auswirkungen auf das Befinden des Patienten hatte. Außerdem erwies sich eine implizit bedrohliche Struktur der Befundmitteilung als negativ. Damit ist der Versuch gemeint, bestimmte negativ besetzte Begriffe wie etwa „Krebs“ krampfhaft zu vermeiden (Sardell & Trierweiler 1993).

Folgende Faktoren förderten die Hoffnung bei einer Aufklärung:

- Sicherheit der Gesprächssituation: Eine Bezugsperson ist anwesend und der aufklärende Arzt bereits bekannt
- ausführliche und gewichtete Information von Seiten des Arztes über die Krankheit und Therapieoptionen, wobei eventuelle Statistiken kommentiert und der individuelle Krankheitsverlauf betont werden
- Empathie und Interesse: Ansprechen von Emotionen, sensibler Humor und

adäquater Körperkontakt, Fragen des Arztes zur Lebenssituation und -geschichte des Patienten, seinem aktuellen Krankheitserleben

- Zusicherung verlässlicher Kompetenz, kompetenter Symptomkontrolle, der bestmöglichen Behandlung und einer therapeutischen Beziehung, in der Patient nicht „aufgegeben“ wird
 - Unterstützung einer „zweiten Meinung“, Gesprächsangebot mit anderen Patienten, Hinweis auf Selbsthilfe- oder andere Betroffenengruppe, evtl. Kontakt zu Patienten mit gleicher Diagnose
 - Anregungen für aktives Krankheitsverhalten und das Sprechen über die Krankheit
- (nach Sardell & Trierweiler 1993).

Auch den pflegerischen Erstkontakt mit dem Patienten gilt es, nach diesen Punkten zu strukturieren. Ziel ist es, bewusst eine Vertrauensbasis aufzubauen, welche dem Patienten vermittelt, dass er sich in fürsorgliche Hände begibt. Der Patient soll wissen, dass er sich mit seinen Ängsten und Sorgen geborgen fühlen darf.

Es geht also nicht darum, Hoffnung als absolute Größe zu sehen, sondern mehr als eine individuell bestimmbare Variable. Hoffnung schwindet, sobald Handlungsmöglichkeiten geringer werden. Somit besteht die Aufgabe der Pflegekraft weniger darin, Hoffnung zu spenden, sondern eher, Hoffnung zu erfragen und den Patienten realistisch zu ermutigen. Eine Pflegekraft kann in Gesprächen mit Palliativpatienten selbst in unheilbaren Krankheitssituationen Hoffnung erzeugen, indem sie realistische Handlungsoptionen darlegt, den Menschen empathisch begleitet, ihm eine Wahl der Sterbeumgebung und der anwesenden Personen überlässt.

Für viele Palliativpatienten und deren Angehörige bedeutet eine The-

matisierung des Sterbens keineswegs Hoffnungslosigkeit. Ganz im Gegenteil – eine geschulte Kommunikation kann hier einen passenden Rahmen liefern, die letzten Momente würdevoll und den eigenen Wünschen entsprechend zu erleben. Diesen Weg mit dem Patienten und dessen Angehörigen gehen zu dürfen, ist nicht nur schwierig, es ist vor allem eine Ehre. <<



Literatur

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2014) Faktencheck Gesundheit. <http://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/interaktive-karte/im-krankenhaus-sterbende-65/>, Zugriff am 27. September 2016.

Cherny N. I., Coyle N., Foley K. M. (1994) Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *Journal of palliative care* 10 (2), S. 57-70.

Fisher J. P., Hassan D. T., O'Connor N. (195) Minerva. *British Medical Journal* 310, S. 70.

Husebø S. & Klaschik E. (2013). *Palliativmedizin: Praktische Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ethik und Kommunikation*. 2. Aufl. Springer, Heidelberg.

Kappauf H. W. (2001) Aufklärung und Hoffnung – Ein Widerspruch? *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2 (02), S. 47-51.

Köhle K., Simons C., Kubanek B. (1990) Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: Von Uexküll T. et al. (Hrsg) (1990) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, S. 1199-1244.

Kübler-Ross E. (1971) *Interviews mit Sterbenden*. Kreuz Verlag, Freiburg.

Rosenberg M. B. (2012) *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Junfermann Verlag, Paderborn.

Sardell A. N. & Trierweiler S. J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 72 (11), S. 3355-3365.

Seravalli E. P. (1988) The dying patient, the physician, and the fear of death. *The New England journal of medicine* 319 (26), S. 1728-1730.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1990). *Menschliche Kommunikation*. H. Huber Verlag, Stuttgart.

Autorenkontakt:

Tim Schuster, Wirtschaftspsychologe, Leiter der telefonischen Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung bei der BAD GmbH, Dozent für psychologische Fortbildungen im Sozial- und Gesundheitswesen, Geschäftsführer von miteinander reden

Kontakt: schuster@miteinander-reden.net
www.miteinander-reden.net

Stella Calo, Bachelor FH- Krankenpflege, Fachrichtung Mental Health; gegenwärtig Fachkrankenschwester auf gerontopsychiatrischer Station; Dozentin für Altenpflege und Psychiatrie bei miteinander reden

Kontakt: calo@miteinander-reden.net

Zusammenfassung

Es gehört wohl zu den anspruchsvollsten kommunikativen Aufgaben einer Pflegekraft, ein Gespräch mit einem unheilbar kranken Menschen zu führen. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Grundlagen der psychologischen Gesprächsführung im palliativpflegerischen Bereich und beschreibt außerdem für die Praxis hilfreiche Gesprächstechniken – etwa um schlechte Nachrichten zu überbringen oder Aufklärungsgespräche zu führen. Nach einem Leben, das von vielen Erfahrungen geprägt wurde, sind es häufig die letzten Eindrücke, die ein Mensch sammelt, welche er als sehr intensiv empfindet.

Schlüsselwörter: *Kommunikation, palliativ, Fortbildung, Pflege*

> Ergänzende Methoden in der Palliativmedizin

Komplementäre und alternative Medizin

JUTTA HÜBNER

Die beiden Begriffe komplementäre und alternative Medizin werden häufig in einem Atemzug verwendet, obwohl eine deutliche Trennung entscheidend ist. Alternative Medizin wird Patienten anstelle der schulmedizinischen Therapie angeboten. Konkret bedeutet dies: In der Onkologie wird verzweifelten Patienten und Angehörigen häufig ein Heilsversprechen gegeben. Dies birgt aber die Gefahr, dass Optionen der schulmedizinischen Therapie nicht genutzt werden. Außerdem werden oftmals auch die Möglichkeiten der Palliativmedizin – insbesondere im Hinblick auf die Symptomkontrolle – sowie das Potenzial einer umfassenden multiprofessionellen Betreuung nicht ausgeschöpft. Ganz im Kontrast hierzu steht die komplementäre Medizin, die sich als ergänzende und begleitende Methodik versteht und häufig auf naturheilkundliche Methoden zurückgreift. Patienten und Angehörige setzen sie zum Teil eigenverantwortlich ein, um die Patientenautonomie zu stärken und Symptome zu lindern.



Umgekehrt kann es aber auch dazu kommen, dass Patienten die ruhigere und besondere Atmosphäre von palliativen Einrichtungen besonders schätzen. Im Folgenden soll zunächst dargestellt werden, welche Möglichkeiten die komplementäre Medizin bietet, um die Kontrolle der wichtigen Symptome in der Palliativmedizin zu verbessern.

Hypnose und Akupunktur

Fatigue, also starke Erschöpfung und Antriebslosigkeit, ist ein Symptom, das zwar auch bei Patienten in frühen Krankheitsphasen auftritt, häufig jedoch verstärkt am Ende des Lebens. In einer Untersuchung wurden die Möglichkeiten der Komplementärmedizin zusammengefasst. Die Autoren fanden Hinweise, wenn auch keinen ausreichenden Nachweis für die Wirksamkeit von Hypnose (Finnegan-John et al. 2013). Auch Akupunktur wird genannt. Allerdings ist hier die Qualität der Untersuchungen niedrig, da es keine Studien mit adäquaten Kontrollgruppen gibt.

Hochdosiertes Vitamin C

In mehreren Phase-I-Studien wurde die Gabe von hochdosiertem Vitamin C bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren untersucht. Die Arbeitsgruppe von Hoffer und Kollegen (2008) konnte keine Verbesserung von Lebensqualität oder Fatigue nachweisen.

Eine Befragung von Patienten und Angehörigen in der Palliativmedizin hat gezeigt, dass es ihr wesentliches Ziel ist, die eigenen Kräfte zu erhalten, gefolgt von dem Wunsch, das Immunsystem zu stärken und der Möglichkeit, etwas für sich selbst tun zu können. Hierbei unterscheiden sich Patienten und Angehörige nur unwesentlich (Paul et al. 2013). Die Entscheidung von Patienten für die eine oder andere komplementäre oder auch alternative Methode hängt im Wesentlichen davon ab, wie sie sich die Entstehung der Tumorerkrankung vorstellen. Dabei stimmen diese Vorstellungen häufig nicht mit denen der modernen

Medizin überein, was zu erheblichen Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führen kann. Deshalb kann es gerade in der palliativen Situation wichtig sein, die Vorstellungen zur Tumorentstehung und -entwicklung zu klären, um ein Verständnis des Patienten für Therapieoptionen, aber auch für die palliative Situation zu erreichen. Viele Patienten halten Stress und psychische Traumata für wesentliche Faktoren. (Paul et al. 2013). Dies kann dazu führen, dass gerade die modernen Therapiemöglichkeiten als kontraproduktiv empfunden werden, da sie stress- und traumafördernd sind.

Ginseng

Eine mögliche Option stellt Ginseng dar, der von einer amerikanischen Studiengruppe in mittlerweile zwei randomisierten kontrollierten Studien untersucht wurde. Leider fehlt in beiden Studien ein Placebo-Arm, vielmehr wurden verschiedene Dosierungen eingesetzt und nur in einer Dosierung von 1.000 bis 2.000 mg/Tag eine mögliche Verbesserung festgestellt. Die zweite Einschränkung dieser Studien ist, dass es sich nicht um Patienten mit weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen gehandelt hat. Trotzdem bietet Ginseng eventuell eine Option. Zu beachten ist, dass die hohen Dosierungen nur mit wenigen in Deutschland erhältlichen Präparaten erreicht werden können und dass diese Therapie dann relativ teuer ist. Sie kann daher nicht für jeden Patienten empfohlen werden, da die Krankenkassen die Kosten in der Regel nicht übernehmen (Barton et al. 2010).

Omega-3-Fettsäuren

Eine alternative, preisgünstige und auch vom Konzept her einleuchtende Therapie könnte der Einsatz von Omega-3-Fettsäuren darstellen. Omega-3-Fettsäuren sind natürliche Entzündungshemmer und können auch chronische Entzündungen lindern. Eine der Erklärungen für die Entwicklung einer Fatigue bei Tumorpatienten ist ein solcher chronischer Entzündungsprozess, der durch die Interaktion von Tumor und Organismus ausgelöst wird. In ersten Studien gibt es Hinweise darauf, dass sich die Fatigue bei einem erhöhten Anteil von Omega-3-Fettsäuren in der Nahrung (Alfano et al. 2012) bessert. Gleichzeitig sind Omega-3-Fettsäuren möglicherweise in der Lage, den zunehmenden Verlust von Muskelmasse bei fortschreitender Tumorerkrankung abzubremsen (Murphy et al. 2011). Beim Einsatz der Omega-3-Fettsäuren ist zu bedenken, dass die meisten Kapseln zu Magen-Darm-Beschwerden und damit einem weniger kooperativen Verhalten der Patienten (Compliance) führen. Dies ist eventuell auch die Erklärung dafür, dass in mehreren Studien kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis gefunden wurde (Ries et al. 2012). Möglicherweise ist es günstiger, Patienten und Angehörigen die Verwendung von pflanzlichen Ölen in der Nahrung zu empfehlen. Die



Auswahl ist groß, und die Patienten können nach ihrem Geschmack entscheiden.

Ingwer

Zur Therapie mit Ingwer gegen Übelkeit und Erbrechen gibt es eine ganze Reihe von klinischen Studien (Ryan et al. 2009, Zick et al. 2009). Ingwer kann in Form von selbst hergestelltem Ingwertee und Ingwerwasser, aber auch als Ingwertabletten eingenommen werden. Es ersetzt nicht notwendige Übelkeitsmindernde Medikamente (Antiemetika) in der onkologischen und palliativen Therapie, kann aber zusätzlich Erleichterung bringen.

Spülungen bei Schleimhautentzündungen

Ein weiteres Problem, insbesondere bei noch laufenden onkologischen Therapien, kann eine Schleimhautentzündung (Mukositis) sein. Hier haben sich Spülungen mit Kamille, Salbei und Calendula bewährt (Shabanloei et al. 2009, Babae et al. 2013). In mehreren Studien wurde auch die Wirksamkeit von Honig gerade bei Mundschleimhautentzündungen belegt (Khanal et al. 2010). Für manche Patienten ist auch das regelmäßige Spülen des Mundes mit Öl entsprechend dem Ölziehen aus der ayurvedischen Medizin angenehm. Die meisten Patienten müssen sich jedoch zunächst an das Gefühl des Öls auf der Mundschleimhaut gewöhnen. Eine Studie konnte zeigen, dass die regelmäßige Spülung der Mundhöhle mit Vitamin-E

Öl Mukositiden unter der Bestrahlung von Kopf-Hals-Tumoren vermindern kann (Ferreira et al. 2004).

Probiotika

Veränderungen des Stuhlgangs, Durchfall (Diarrhoe) und Verstopfung (Obstipation) alleine oder im Wechsel sind ein weiteres häufiges Problem in der Palliativmedizin. Probiotika, zum Beispiel in Joghurt, aber auch als medikamentöse Zubereitungen in Kapselform, können hilfreich sein (Redman et al. 2014). Veränderungen des Stuhlgangs können zudem über Nahrungsmittel wie zum Beispiel geriebenen Apfel, gekochte Möhren und Heidelbeeren in verschiedener Zubereitung positiv beeinflusst werden, wenn die Magen-Darm-Passage dies noch zulässt.

Auflagen mit Silber oder Honig

Bösartig veränderte (maligne) Wunden stellen insbesondere durch die Geruchsentwicklung ein schwer zu behandelndes Problem in der Palliativmedizin dar. Eine Studie verglich Verbände mit Silberauflage und Honig und zeigte eine vergleichbare Wirksamkeit beider Methoden (Lund-Nielsen et al. 2011).

Breuss-Diät

In der alternativen Medizin werden verschiedene Krebsdiäten angeboten, unter anderem die Breuss-Diät, bei der die Patienten über mindestens 42 Tage nur vergorene Gemüsesäfte sowie Tee und keine anderen Nahrungsmittel zu sich nehmen dürfen. Trotz gegenteiliger Berichte im Internet gibt es keinen dokumentierten Nachweis einer Heilung durch diese Diät.

Gerson-Diät

Gleiches gilt für andere Formen des Heilfastens wie für die sogenannte Gerson-Diät, bei der Gemüse- und Obstsaft eingesetzt werden. Hinzu kommen verschiedene, angeblich den Stoffwechsel aktivierende und damit entgiftende Substanzen, und typischerweise Kaffeeeinläufe. Diese Diät kann zu lebensbedrohlichen Elektrolytentgleisungen führen. Auch für sie gilt, dass es keine dokumentierten Heilungen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen gibt.

Ketogene Diät

Umstritten ist auch die Ketogene Diät, bei der die Patienten möglichst wenig Kohlenhydrate zu sich nehmen. Die entstehende Ketose, oft auch als Hungerstoffwechsel bezeichnet, soll in der Lage sein, das Tumorwachstum zu hemmen. Befürworter behaupten, die Diät habe einen positiven Effekt auf die Wirkung von Chemo- und Strahlentherapie oder vermindere deren Nebenwirkungen. Die Evidenz für diese Ernährung ist gering. Publiziert wurden Fallberichte und Fallserien, aus denen sich keine der behaupteten Wirkungen beweisen lässt. Vielmehr werden eine ganze Reihe von Nebenwirkungen wie Übelkeit, Appetitmangel und vor allen Dingen ein Gewichtsverlust in allen diesen Publikationen berichtet (Otto et al. 2010).

Umgang mit komplementärer Medizin

Der Einsatz von komplementären Maßnahmen im Rahmen einer integrativen Onkologie setzt ein hohes Verantwortungsbewusstsein der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte voraus. Dürfen komplementäre oder gar alternative Methoden verwendet werden, um notwendige Gespräche über den Krankheitsverlauf und die Prognose zu vermeiden und Hoffnung zu generieren? Das Vorgehen mancher ärztlicher Kollegen, Mistel und Co. einzusetzen, wenn keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen, widerspricht wesentlichen ethischen Prinzipien und raubt dem Patienten die Möglichkeit, wichtige Entscheidungen auf der Basis zuverlässiger Informationen zu treffen.

Umgekehrt kann die komplementäre Onkologie wesentlich dazu beitragen, Patientenautonomie zu fördern und den Patienten und Angehörigen auch in der letzten Phase Handlungsmöglichkeiten zu geben. In diesem Kontext könnten auch Methoden der sogenannten nicht-biologisch basierten komplementären Medizin wie die Mind-Body-Therapien und Elemente aus Entspannungsverfahren und Meditation hilfreich sein.

Hinzu kommen Anwendungen aus der Pflege wie körperbasierte Therapien (Massagen, Aromatherapien etc.), die Symptome wesentlich verbessern können. Nicht zuletzt gehört auch körperliche Aktivität – und sei es im Rahmen einfacher physiotherapeutisch angeleiteter Übungen – zu den Methoden, den Patienten eine aktive Teilhabe am Leben zu ermöglichen. <<



Literatur

Alfano C. M., Imayama I., Neuhaus M. L., Kiecolt-Glaser J. K., Smith A. W., Meeske K. et al. (2012) Fatigue, Inflammation and omega-3 and omega-6 fatty acid intake among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology* 30, S. 1280-1287.

Babae N., Moslemi D., Khalilpour M., Vejdani F., Moghadamnia Y., Bijani A. et al. (2013) Antioxidant capacity of calendula officinalis flowers extract and prevention of radiation induced oropharyngeal mucositis in patients with head and neck cancers: a randomized controlled clinical study. *Daru Journal of Pharmaceutical Sciences* 21 (1), S. 18.

Barton D. L., Soori G. S., Bauer B. A., Sloan J. A., Johnson P. A., Figueras C. et al. (2010) Pilot study of Panax quinquefolius (American ginseng) to improve cancer-related fatigue: a randomized, double-blind, dose-finding evaluation: NCCTG trial N03CA. *Support Care Cancer* 18, S. 179-187.

Ferreira P. R., Fleck J. F., Diehl A., Barletta D., Braga-Filho A., Barletta A. et al. (2004) Protective effect of alpha-tocopherol in head and neck cancer radiation-induced mucositis: a

double-blind randomized trial. *Head Neck* 26 (4), S. 313-321.

Finnegan-John J., Molassiotis A., Richardson A., Ream E. (2013) A systematic review of complementary and alternative medicine interventions for the management of cancer-related fatigue. *Integrative Cancer Therapies* 12 (4), S. 276-90.

Hoffer L. J., Levine M., Assouline S., Melnychuk D., Padayatty S. J., Rosadiuk K. et al. (2008) Phase I clinical trial of i.v. ascorbic acid in advanced malignancy. *Annals of Oncology* 19 (11), S. 1969-74.

Khanal B., Baliga M., Uppal N. (2011) Effect of topical honey on limitation of radiation induced oral mucositis: an intervention study. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* 39, S. 1181-1185.

Lund-Nielsen B., Adamsen L., Kolmos H. J., Rorth M., Tolver A., Gottrup F. (2011) The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds - a randomized study. *Wound Repair Regeneration* 19 (6), S. 664-670.

Murphy R. A., Mourtzakis M., Chu Q. S. C., Baracos V. E., Reiman T., Mazurak V. C. (2011) Nutritional Intervention With Fish Oil Provides a Benefit Over Standard of Care for Weight and Skeletal Muscle Mass in Patients With Nonsmall Cell Lung Cancer Receiving. *Cancer* 117, S. 1775-1782.

Otto Ch., Kämmerer U. (2010) Die ketogene Diät als Ernährungsoption für Tumorkranken – Krankheitsbedingte Mangelernährung. *Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) Schrift* 2010.

Paul M., Davey B., Senf B., Stoll C., Muenstedt K., Muecke R. et al. (2013) Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 130 (9), S. 1515-1522.

Redman M. G., Ward E. J., Phillips R. S. (2014) The efficacy and safety of probiotics in people with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology* 25, S. 1919-1929.

Ries A., Trottenberg P., Elsnor F., Stiel S., Haugen D., Kaasa S. et al. (2012) systematic review on the role of fish oil for the treatment of cachexia in advanced cancer: An EPCRC cachexia guidelines project. *Palliative Medicine* 26 (4), S. 294-304.

Ryan J. L., Heckler C., Dakhil S. R. et al. (2009) Ginger for chemotherapy-related nausea in cancer patients: A URCC CCOP randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of 644 cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 27:15s, 2009 (suppl; abstr 9511)

Shabanloei R., Ahmadi F., Vaez J., Ansarin K., Hajizadeh E., Javadzadeh Y. et al. (2009) Alloporinol, chamomile and normal saline mouthwashes for the prevention of chemotherapy-induced stomatitis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 3 (3), S. 1537-1542.

Zick S. M., Ruffin M. T., Lee J., Normolle D. P., Siden R., Alrawi S. et al. (2009) Phase II trial of encapsulated ginger as a treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 17 (5), S. 563-572.

Zusammenfassung

Viele Patienten mit Krebs nutzen komplementäre oder alternative Medizin (KAM). In der palliativen Therapie ist an dieser Stelle die Verantwortung des Arztes besonders gefragt. Informationen zu Nutzen und Schaden müssen aus wissenschaftlichen Arbeiten gewonnen und den Patienten und ihren Angehörigen verständlich dargestellt werden, denn KAM ist kein Ersatz für das Gespräch über den Tod und das Sterben. Sinnvoll eingesetzt bieten komplementäre Methoden dem Patienten und seinen Angehörigen Handlungsoptionen und können damit Hoffnung auf Selbstbestimmtheit geben. Komplementäre Methoden können helfen, Beschwerden und Belastungen zu vermeiden.

Schlüsselwörter: *komplementäre und alternative Medizin (KAM), Handlungsoptionen für Krebspatienten, verantwortungsvoller Umgang mit alternativer Medizin*

Autorenkontakt:

PD Dr. med. Jutta Hübner, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft
Kontakt: huebner@krebsgesellschaft.de

Campus-Fragebogen

Thema: Komplementärmedizin

Punkte: 1



Identnummer: 20151004

Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

1. Was ist der Unterschied zwischen komplementärer und alternativer Medizin?

- Komplementäre Medizin ist nachweislich wirksam, alternative nicht.
- Komplementäre Medizin ersetzt die klassische Behandlung, die alternative ergänzt diese.
- Alternative Medizin ersetzt die klassische Behandlung, die komplementäre ergänzt diese.

2. Wür welche Indikation gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit von Hypnose?

- Schmerzen
- Fatigue
- Wundheilung

3. Kann hochdosiertes Vitamin C die Lebensqualität bei fortgeschrittenem Tumor verbessern?

- Ja, bei einer Dosierung von 100–200 mg/Tag
- Ja, bei einer Dosierung von 1.000–2.000 mg/Tag
- nein

4. Welche Dosierung von Ginseng wurde untersucht?

- 100–200 mg/Tag
- 1.000–2.000 mg/Tag
- keine

5. Welchen Effekt haben Omega-3-Fettsäuren bei Fatigue?

- Sie wirken entzündungshemmend und bessern die Fatigue.
- Sie reduzieren das Tumorwachstum.
- Keinen.

6. Bei welchen Beschwerden kann Ingwer Erleichterung bringen?

- Atemnot
- Fatigue
- Übelkeit

7. Was soll eine Ketogene Diät bewirken?

- Durch Mangelernährung soll der Tumor "ausgehungert" werden.
- Hohe Energiezufuhr durch fettreiches Essen soll Abmagerung vorbeugen.
- Vitamine und Mineralien aus dem Gemüse sollen die körpereigene Abwehr stärken.

8. Wovon hängt es im wesentlichen ab, ob sich ein Patient für alternative Medizin entscheidet?

- von dem Stadium der Erkrankung
- von seinem Wissen über die Erkrankung
- von der finanziellen Situation

Schulungsnummer: 20151004160011

Einsendeschluss: 30.11.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, www.regbp.de) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei regbp.de registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal www.kohlhammer-pflege.de herunter, füllen den Fragenbogen aus und schicken ihn per E-Mail an pflegeteilschrift@kohlhammer.de. Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über www.regbp.de zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart. Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.

> Die EL.IPS-Studie

Entscheidungen am Lebensende auf Intensivstationen

JOCHEN GANTER

In der EL.IPS-Studie, einer empirischen Erhebung auf Intensivstationen, wird die aktuelle Situation im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende aus der Sicht von Ärzten und Pflegekräften ermittelt. Wie sieht die Praxis aus? Welche Belastungsfaktoren gibt es? Wie funktioniert die Zusammenarbeit im Team? Werden Pflegekräfte ausreichend in die Entscheidungsfindung einbezogen? Welche Rolle spielen klinische Ethikkomitees?

Als Mitarbeiter auf einer Intensivstation – ob als Arzt / Ärztin oder Pflegekraft – sind wir beinahe täglich mit sogenannten Entscheidungen am Lebensende konfrontiert.“ Mit diesen Zeilen wurden im Frühjahr 2014 ärztliche und pflegerische Kollegen auf der Homepage der EL.IPS-Studie dazu eingeladen, an einer empirischen Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit im Fachbereich Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) teilzunehmen (Ganter 2015).

In der Intensivmedizin sind darunter Situationen zu verstehen, in denen sich Ärzte und Pflegekräfte fragen, ob eine intensivmedizinische Behandlung aufgenommen, eine bereits begonnene Therapie bis zu den Grenzen des technisch Machbaren ausgeschöpft oder im Extremfall eine solche eventuell gänzlich eingestellt werden sollte. Aus praktischer Sicht der Behandlungsteams geht es im Kern also darum, zu welchen Maßnahmen wann, bei wem, warum (noch) und zu welchen nicht (mehr) gegriffen wird.

Entscheidungen, Maßnahmen und die daraus folgenden Konsequenzen lassen sich in der Praxis jedoch nicht in

Foto: sudok1/Fotolia



schwarz oder weiß, nach der Patientenverfügung oder dem Reanimationsstatus einteilen. Die Intensivmedizin und Pflege ist weit komplexer und bewegt sich häufig in einer Grauzone: Ab wann wird beispielsweise eine medikamentöse Kreislaufunterstützung de facto zu einer „Dauer-Reanimation“ und eine nicht-invasive Beatmung zur „lebens-

verlängernden Maßnahme“, die vom Patienten abgelehnt wurde?

Obwohl hier in den letzten Jahren eine breite Entwicklung stattgefunden hat und sich sowohl die klinische Ethik als auch die Pflegewissenschaft zunehmend mit der Thematik auseinandersetzen (Junginger et al. 2008; Jox 2011; Michalsen 2013), sehen sich Ärzte und

Pflegekräfte in der Praxis oft Situationen gegenüber, die sich weder in Lehrbüchern, Leitfäden oder Handlungsempfehlungen wiederfinden.

Wie also gehen Mitarbeiter auf Intensivstationen mit diesen Grenzsituationen und schwierigen Entscheidungen um? Wie stellt sich die aktuelle Situation dar, wie gestaltet sich der praktische Umgang, und wo gibt es Probleme und Spannungen bzw. lassen sich Konfliktfelder erkennen oder Verbesserungsbedarf identifizieren? Wie werden bestehende Lösungsansätze bewertet?

Sind diese Fragen rein hypothetischer Natur, die sich gelegentlich an Einzelfällen entzünden? Hat sich der Umgang mit Entscheidungen am Lebensende (EaL) bereits im Behandlungsalltag etabliert?

Die Studie

36 Ärzte und 243 Pflegekräfte unterschiedlicher Fachdisziplinen und Einrichtungen folgten der Einladung, an der Umfrage teilzunehmen und beantworteten einen online-basierten Fragebogen. Der überwiegende Teil der pflegerischen Teilnehmer verfügte dabei über eine abgeschlossene Weiterbildung in der Intensivpflege (74,1%) und mehr als fünf Jahre Berufserfahrung (77,8%), womit die Studie die Stimmung von überwiegend erfahrenem Intensivpflegepersonal wiedergibt. Die Zahl teilnehmender Ärzte scheint zunächst gering, steht jedoch in einem ungefähren Verhältnis der zu Praxis auf Intensivstationen (Arzt-Pflege-Verhältnis). Ziel der EL.IPS-Studie war es, mögliche Problem- und Konfliktfelder aus der Praxis heraus zu identifizieren und erste Interventionsebenen abzuleiten, die einen fundierten Beitrag zum Umgang mit Entscheidungen am Lebensende

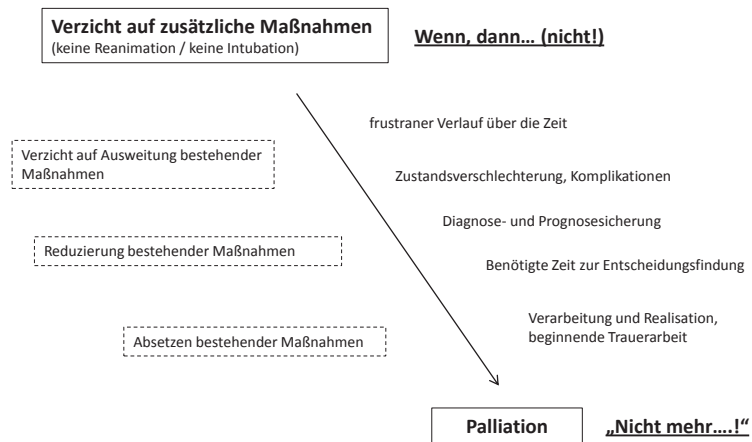


Abbildung 1: Stufen einer möglichen Therapiereduktion und deren Gründe, eigene Darstellung

auf Intensivpflegestationen darstellen können.

Basierend auf der Studienarbeit und einer Präsentation auf der Arbeitstagung Neuro-Intensiv-Medizin ANIM in Berlin 2015 stellt dieser Text in Kurzform erstmals die wichtigsten Ergebnisse einer breiteren Öffentlichkeit vor.

Entscheidungen in der Praxis

Ärzte und Pflegekräfte auf Intensivstationen sehen sich in der Mehrzahl mindestens einmal in der Woche mit Situationen konfrontiert, in denen Entscheidungen am Lebensende eine Rolle spielen (55% „wöchentlich“). Generell wird diesen ein hoher Stellenwert eingeräumt (67%), und mehr als die Hälfte der Teilnehmer verneint die Frage, ob diese tabuisiert werden. Mehr noch: über 90% aller Teilnehmer geben an, die Entscheidungen am Lebensende in der Regel akzeptieren und mittragen zu können. Eine Rechtsunsicherheit wie in anderen Veröffentlichungen (Jox et al. 2012) kann die EL.IPS-Studie nicht (mehr) feststellen. Diese Ergebnisse

können als positive Signale aus der Praxis bewertet werden.

Gründe für Änderungen des Therapieziels

Infauste Prognosen, die also aussagen, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist, sind der häufigste Grund dafür, dass eine Therapie nicht begonnen, limitiert oder eingestellt wird (34,3%, Patientenverfügung oder Wille 23,6%). Allerdings wird an dritter Stelle auch die Sinnhaftigkeit einer Weiterbehandlung aufgeführt (20,5%). Sind die voraussichtliche Aussichtslosigkeit einer Therapie oder der erklärte Willen gegen eine lebensverlängernde Therapie klare Aussagen, eröffnet sich für die dritthäufigste Nennung ein breiter Interpretationsspielraum.

Sterben Patienten nach einer Entscheidung am Lebensende (EaL), so geschieht dies nach Einschätzung der Teilnehmer in erster Linie, weil auf die Ausweitung bestehender Maßnahmen verzichtet wurde (30%). Keine Wiederbelebungsmaßnahmen durchzuführen (Reanimation) rangiert erst an zweiter Stelle der Nennungen (26,6%). Obwohl sich in der Auswertung der Studie eine leicht veränderte Rangfolge im Vergleich zur theoretischen Auseinandersetzung zeigt (Sold & Schmidt 2008), so scheint das Vorgehen in der Praxis tatsächlich einem Schema der stufenweisen De-Eskalation zu folgen, wie es in der Literatur beschrieben wird (Nauck 2008). Hier wie dort steht das Absetzen bestehender Maßnahmen, also ein Abbruch einer bereits bestehenden Therapie (Behandlungsabbruch) an letzter Stelle (19,2%) (Abbildung 1).

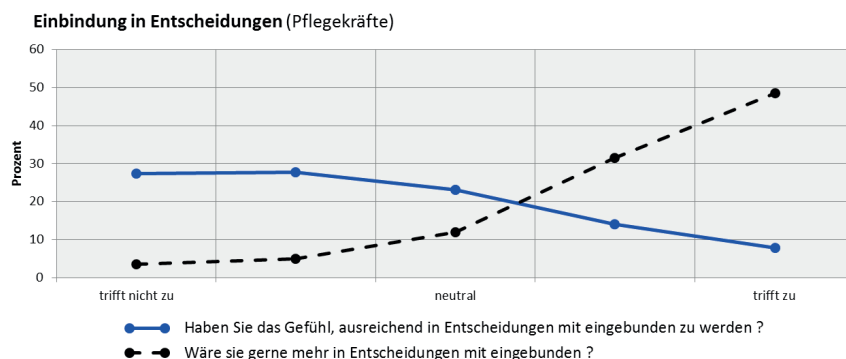


Abbildung 2: Einbindung im Entscheidungsprozess, eigene Darstellung

Frage / Feld / Item	Ärzte	Pflegekräfte
Unklare Anordnungen [gewählt]	8,8%	14,1%
Lange Entscheidungsprozesse [gewählt]	7,2%	19,1%
„Entscheidungen werden ausreichend kommuniziert“ – trifft eher zu	75,1%	42,7%
„...sind transparent und nachvollziehbar“ – trifft eher zu	71,9%	31,7%
„...werden zuvor abgestimmt“ – trifft eher zu	62,5%	18,0%
„...finden sich in klaren Anordnungen wieder“ - trifft eher zu	62,5%	21,7%

Tabelle 1: Potenzielle Konflikt- und Problemfelder aus der Gegenüberstellung der Antworten nach Berufsgruppen

Belastungsfaktoren und Spannungen

Formal richtig werden Gespräche über den weiteren Verlauf einer Therapie, Prognose usw. in erster Linie von einem Oberarzt oder dem Stationsarzt geführt. Pflegekräfte nehmen nur in 15% der Fälle an solchen Gesprächen teil, was konträr zu deren Wunsch steht, mehr eingebunden zu sein (79,9%, Abbildung 2). Passend hierzu beantworten sie Fragen zur Kommunikation, Transparenz und Abstimmung von Entscheidungen im Gegensatz zu den ärztlichen Teilnehmern auch eher negativ (siehe Tabelle 1). Bei genauerer Betrachtung der Tabelle zeigen sich dabei teilweise deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung von Ärzten und Pflegepersonal. Es stellt sich

die Frage, ob diese Unterschiede den Akteuren in der Praxis bewusst sind.

Sucht man nach einem Überbegriff für die angesprochenen Spannungsfelder, so lassen sich viele am ehesten unter fehlerhafter oder fehlgeleiteter Kommunikation ansiedeln.

Entscheidungen am Lebensende führen „manchmal“ (45,8%) bis „oft“ (25,8%) zu Spannungen innerhalb der Behandlungsteams oder zwischen den einzelnen Berufsgruppen und stellen einen höheren Belastungsfaktor dar als der Umgang mit Sterbenden oder die Begleitung im Sterbeprozess an sich (siehe Abbildung 3). Auf der einen Seite steht ein professioneller Umgang mit Tod und Sterben als Teil des Berufsbildes, der nur zu einer gering ausgeprägten Belastung führt. Auf der anderen Seite werden Ent-

scheidungen am Lebensende sehr wohl als belastend empfunden. Das zeigt, wie dringlich und wichtig die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema ist, vor allem in Bezug auf den Entscheidungsprozess und dessen praktische Umsetzung.

Dass die moderne Intensivmedizin ihre Grenzen hat, sie immer häufiger auch von Patienten abgelehnt wird oder unverhältnismäßige Mittel gewählt werden, scheint immer mehr akzeptiert zu sein. Spannungen scheinen sich daher häufiger aus dem Entscheidungsprozess selbst zu ergeben und aus der praktischen Umsetzung getroffener Entscheidungen. Letzteres spiegelt sich in der Studie vor allem in der Bewertung praxisrelevanter Detailfragen durch die Teilnehmer wider, in der u.a. „Kreislaufrunterstützung“ und „Beatmungseinstellungen“ als häufigste Konfliktfelder in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende genannt wurden (Abbildung 4). Dabei lassen sich am ehesten Kommunikationsdefizite als Erklärung heranziehen, wie weiter oben bereits erwähnt. Generelle Belastungsfaktoren zeigt die Tabelle 2.

Klinische Ethikkomitees

Die meisten Kliniken und Krankenhäuser verfügen über ein klinisches Ethikkomitee (KEK) oder eine ähnliche Einrichtung (76,5%). Ethische Beratungen im Bedarfsfall werden am häufigsten genannt, wenn nach konkreten Angeboten zur Unterstützung bei EaL gefragt wird. Allerdings werden diese Hilfsangebote insgesamt nur selten von den Befragten genutzt, wie Abbildung 5 zeigt.

Woran dies im Einzelnen liegt, wurde in der Studie nicht im Detail hinterfragt: Ob die überwiegende Zahl von EaL auf Stationsebene von den Akteuren selbst getroffen werden kann und klinische Ethikkomitees nur in speziell gelagerten, schwierigen Fallkonstellationen herangezogen werden oder ob andere Grün-

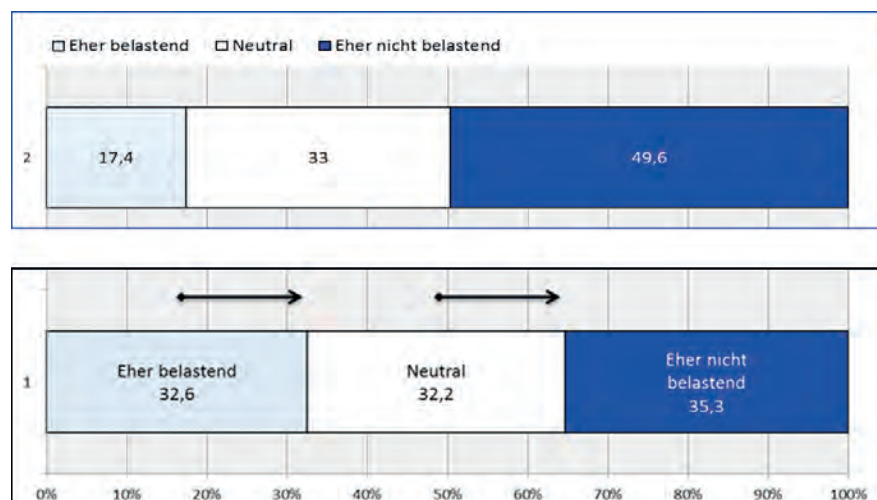


Abbildung 3: Belastung im Vergleich (n=264), eigene Darstellung. 1: Umgang mit Entscheidungen am Lebensende; 2: Umgang mit dem Sterben an sich.

Belastungsfaktoren; Top 5 Gesamtbetrachtung (n=261)

1. Mangelnde Zeit / Ressourcen (16,1%)
2. Unklare Anordnungen (14,6%)
3. Empfundene Inkonsequenz (12,9%)
4. Lange Entscheidungsprozesse (11,4%)
5. Sinnhaftigkeit (7,8%)

Tabelle 2: Belastungsfaktoren im Umgang mit EaL

de bestehen, ist unklar. Hier eröffnet sich bei der Betrachtung der Daten ein großer Interpretationsspielraum. Insgesamt bewerteten die Studienteilnehmer die Akzeptanz und Nützlichkeit von klinischen Ethikkomitees für die tägliche Praxis tendenziell leicht positiv.

In der Differenzierung nach Berufsgruppen bewerten Pflegekräfte klinische Ethikkomitees häufiger positiv (41,7%) als Ärzte (20%), die am häufigsten eine eher neutrale Position beziehen (44%).

Insgesamt kann die ELIPS-Studie damit weder eine klare Zustimmung noch eine deutliche Ablehnung bezüglich der Akzeptanz und dem Nutzen klinischer Ethikkomitees feststellen, sondern zeigt ein gemischtes Bild. Für die Rolle klinischer Ethikkomitees im Umgang mit EaL wurde in der Studie kein Erfolgsindikator oder ein Signifikanz-Niveau im Vorfeld festgelegt. Ob die Ergebnisse den theoretischen Ansprüchen klinischer Ethikkomitees allerdings genügen können, ist fraglich – hier wären weitere Untersuchungen außerordentlich spannend.

Die Frage nach bestehenden Leitlinien oder Handlungsempfehlungen wird im Allgemeinen verneint (79%). Sind solche vorhanden, werden sie jedoch überwiegend als hilfreich bewertet (Ärzte: 66,6%, Pflege: 47,8%).

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse und Aussagen stellen nur einen Bruchteil der Datenauswertung und deren Interpretation dar. Zusammenfassend waren die Ergebnisse der Studie:

- Entscheidungen am Lebensende sind Teil der Lebens- und Arbeitswirklichkeit auf Intensivstationen.
- Die Dokumentation, Definition von Begriffen und eine stufenweise De-Eskalation beim Rückzug lebensverlängernder Maßnahmen haben sich

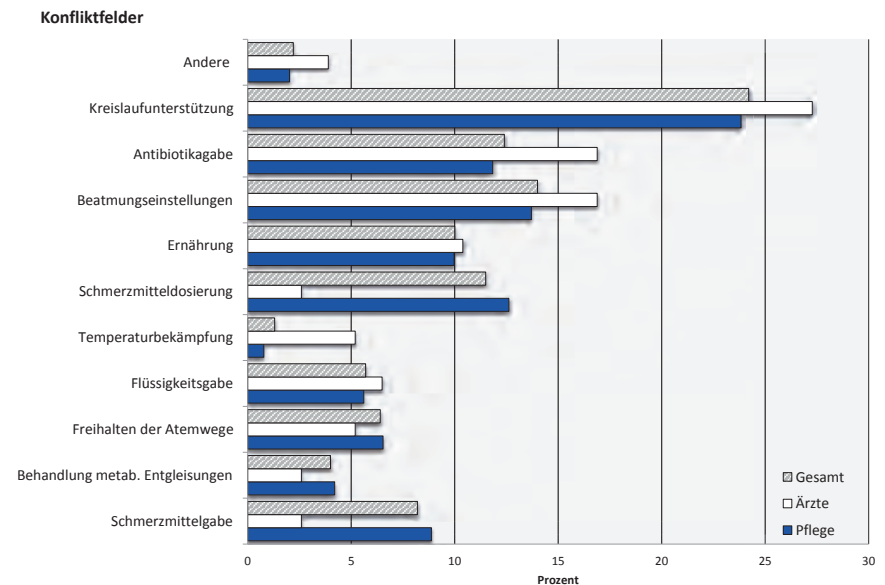


Abbildung 4: Die häufigsten Konfliktfelder nach Einschätzung der Teilnehmer in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende in der Praxis; Gesamt und nach Aufspaltung in Berufsgruppen (n=264). Eigene Darstellung.

weitgehend etabliert. Bei der Beschreibung und Festlegung unmittelbarer, praktischer Maßnahmen und Nicht-Maßnahmen herrscht jedoch weiterhin Handlungsbedarf.

- Obwohl tendenziell belastend und konfliktträchtig, können Entscheidungen zum Nicht-Beginn, zur De-Eskalation oder Einstellung einer Therapie in der Regel mitgetragen werden. Sie können jedoch zu Spannungen in den Behandlungsteams führen und stellen generell eine höhere Belastung für das Personal dar als der Umgang mit Tod und Sterben an sich.
- Potenzielle Spannungen und Problemfelder aus der Interaktion von Ärzten und Pflegekräften können unter dem Begriff der „Kommunikation“ zusammengefasst werden. Dabei wünschen sich Pflegekräfte, stärker an der Entscheidungsfindung beteiligt zu werden.

- Fragen der Kreislaufunterstützung und der Einstellung von Beatmungsparametern bergen hohes Konfliktpotential. Die Studie weist auf klärungsbedürftige Detailfragen im Umgang mit EaL hin. So stellt sich zum Beispiel nicht die generelle Frage nach Schmerzfreiheit, sondern die Frage der richtigen Dosierung von Schmerzmitteln rückt in den Vordergrund.
- Situation, Umgang und Erleben von EaL auf Intensivstationen scheinen im Allgemeinen homogen zu sein (ausgenommen Neonatologie). Klinische Ethikkomitees o.ä. sind in Kliniken und Krankenhäusern überwiegend vorhanden, werden jedoch nur selten angerufen.
- Werden Beratungen in Anspruch genommen, so wird ihre Nützlichkeit für die Praxis am ehesten neutral mit einer positiven Tendenz bewertet.
- Schriftliche Leitlinien oder Handlungsempfehlungen zum Umgang mit EaL auf den Stationen sind kaum vorhanden. Pflegekräfte würden diese begrüßen.

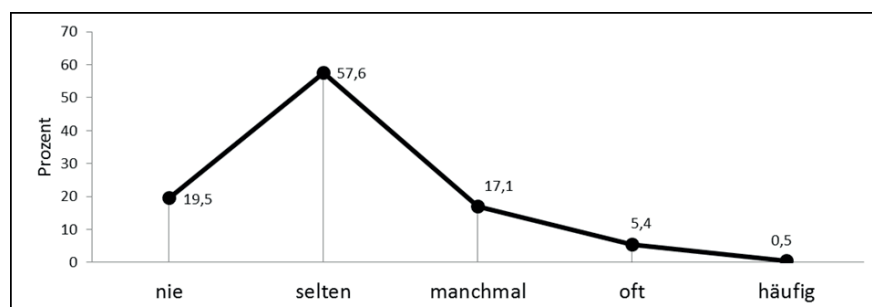


Abbildung 5: Nutzung bestehender Hilfsangebote (klinische Ethikkomitees), eigene Darstellung.

Die Zielsetzung der ELIPS-Studie war es, mögliche erste Handlungsempfehlungen und Strategien für die tägliche Praxis aus den gewonnenen Ergebnissen abzuleiten. Dass Entscheidungen am Lebensende immer einer gewissen Dynamik unterworfen sind und Konfliktpotential in sich bergen, liegt in

der Natur der Sache. Unterschiedliche Einstellungen zum Therapieverlauf oder zur Umsetzung einer Therapieziel-Änderung, Spannungen oder persönliche Wertevorstellungen treten immer wieder auf. Nichtsdestotrotz könnten die folgenden Anregungen Intensivpflegestationen dabei helfen, den Umgang mit Entscheidungen am Lebensende zu verbessern.

Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis auf Basis der EL.IPS-Studie

- Zentrale Gespräche über Entscheidungen am Lebensende mit Angehörigen sollten, wenn möglich, von Ärzten und Pflegekräften gemeinsam geführt werden.
- Die Dokumentation von Gesprächen oder getroffenen Entscheidungen sollte in einer Weise erfolgen, die es anderen ermöglicht, diese inhaltlich nachzuvollziehen („Gespräch stattgefunden“ und Festlegung des „Reanimationsstatus“ genügt nicht).
- Änderungen der Therapie sollten gemeinsam besprochen werden (im Idealfall auch gemeinsam festgelegt werden) und Maßnahmen oder Nicht-Maßnahmen abgesprochen und geplant werden.
- Unklarheiten (Pflegepersonal) oder Beweggründe (Ärzte, z.B. Prognoseunsicherheit) sollten offen kommuniziert werden.

- Kurze ad-hoc Besprechungen, z.B. während der Übergaben oder Visiten, können Differenzen im Vorfeld vermeiden.
- Regelmäßige interne Fallbesprechungen können dazu beitragen, Entscheidungen zu verstehen und zukünftigen Konflikten vorzubeugen.
- Regelmäßige Kurzfortbildungen tragen dazu bei, ein Grundverständnis von Entscheidungen am Lebensende bei allen Mitarbeitern zu entwickeln.
- Bei außergewöhnlichen, schwierigen Fällen sollte frühzeitig in Betracht gezogen werden, das klinische Ethikkomitee einzubeziehen. Darüber hinaus sollte es im Interesse eines Ethikkomitees liegen, in regelmäßigem Kontakt zu den Intensivstationen zu stehen.
- Plakative Begriffe (z.B. „keine CPR“) helfen in konkreten Entscheidungssituationen nicht weiter. Sie müssen mit konkreten Maßnahmen oder deren spezifischen Unterlassung unterfüttert werden – z.B. medikamentöse Kreislaufunterstützung, Unterlassung einer invasiven Beatmungstherapie.
- Pflegekräfte stehen nicht in der gleichen Verantwortung wie Ärzte, müssen Entscheidungen aber mittragen können. Gegenseitiger Respekt und offene Aussprachen sind unabdingbar (Perspektivenwechsel).
- Es gibt für alle Tätigkeiten Standards – warum nicht für „Nicht-Tätigkeiten“? Auch wenn es sich bei EaL immer um

individuelle Verläufe und Entscheidungen handelt, sollten bestimmte Handlungs- und Verhaltensweisen definiert werden. <<



Literatur

Jox R. J., Winkler E. C., Borasio G. D. (2012) Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie. Deutsche medizinische Wochenschrift 137 (16), S. 829–833.

Jox R. J. (2011) Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Körber-Stiftung, Hamburg.

Junginger T., Pernecky A., Vahl C.-F., Werner C. (Hrsg.) (2008) Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen. Springer, Heidelberg.

Michalsen A. & Hartog C. S. (Hrsg.) (2013) End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Springer, Heidelberg.

Ganter J. (2015) EL.IPS Studie, Entscheidungen am Lebensende auf Intensivpflegestationen. Eine empirische Erhebung zur aktuellen Situation, Umgang und Erleben auf Intensivpflegestationen aus Sicht von Ärzten und Pflegekräften zur Identifikation von Schwerpunkten und möglicher Problemfelder in der Praxis – unter Berücksichtigung der Rolle klinischer Ethikkomitees. Hamburger Fern-Hochschule.

Sold M. & Schmidt K. (2008) Therapiebegrenzung und Therapiereduktion – praktisch umgesetzt. In: Junginger T., Pernecky A., Vahl C.-F., Werner C. (Hrsg.) Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen. Springer, Heidelberg, S. 247-280.

Zusammenfassung

Mitarbeiter auf Intensivstationen sehen sich beinahe wöchentlich mit Situationen konfrontiert, in denen Entscheidungen am Lebensende (EaL) eine Rolle spielen (55%). Die EL.IPS-Studie zeichnet ein detailliertes Bild zur aktuellen Situation, dem Umgang mit den Entscheidungen. So sind Fragen der Rechtsunsicherheit und Terminologie inzwischen größtenteils geklärt. Unsicherheit und Konfliktpotential werden vor allem in praktischen Umsetzung deutlich. Obwohl tendenziell belastend und konfliktträchtig, können EaL mitgetragen werden (91,2%), führen jedoch manchmal zu Spannungen, die unter „Kommunikationsdefiziten“ zusammengefasst werden können – Pflegekräfte wünschen sich generell eine stärkere Einbindung in die Entscheidungsfindung.

Klinische Ethikkomitees sind weit verbreitet – allerdings weist die Studie auf eine geringe Durchdringung in der Praxis hin. Hilfsangebote werden jedoch tendenziell positiv bewertet, falls sie genutzt werden.

Schlüsselwörter: *Entscheidungen am Lebensende, Intensivstation, Ethik*

Autorenkontakt:

Jochen Ganter, Krankenpfleger und Dipl. Pflegewirt (FH)
Kontakt: joganter@outlook.com

› Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende

Sterben in Würde

KONRAD STOLZ

Sterben in Würde bedeutet für viele Menschen, auch am Ende ihres Lebens noch selbst bestimmen zu können und keine Schmerzen leiden zu müssen. Welche tatsächlichen und rechtlichen Möglichkeiten haben wir, aktuell oder im Voraus Einfluss auf die Art und Weise zu nehmen, wie wir dem Tod entgegen gehen? Wie können Pflegende uns dabei unterstützen?



Foto: Frank Günther/Fotolia

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben. Es soll alles getan werden, um den Sterbeprozess so würdevoll und erträglich wie möglich zu gestalten“, so lautet der achte Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (<https://www.pflege-charta.de>). Dementsprechend heißt es in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011(A 347): „Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können.“

Aber was genau ist unter menschenwürdigem Sterben zu verstehen? In einer Forsa-Umfrage im Jahr 2013 des Zentrums für Qualität in der Pflege

(ZQP) zur Versorgung schwerkranker Menschen am Lebensende wurde u.a. gefragt, welche Ängste und Wünsche hinsichtlich des eigenen Sterbens besonders bedeutsam seien. 92 Prozent der Befragten wollten über Maßnahmen in der Versorgung am Lebensende selbst entscheiden können und 95 Prozent befürchteten, Schmerzen oder andere belastende Symptome zu erleiden. Eine Reihe weiterer Befürchtungen wurde als deutlich weniger wichtig eingeschätzt. Wie kann das Selbstbestimmungsrecht bezüglich dieser beiden Umstände ausgeübt und durchgesetzt werden?

Was sagt das Grundgesetz?

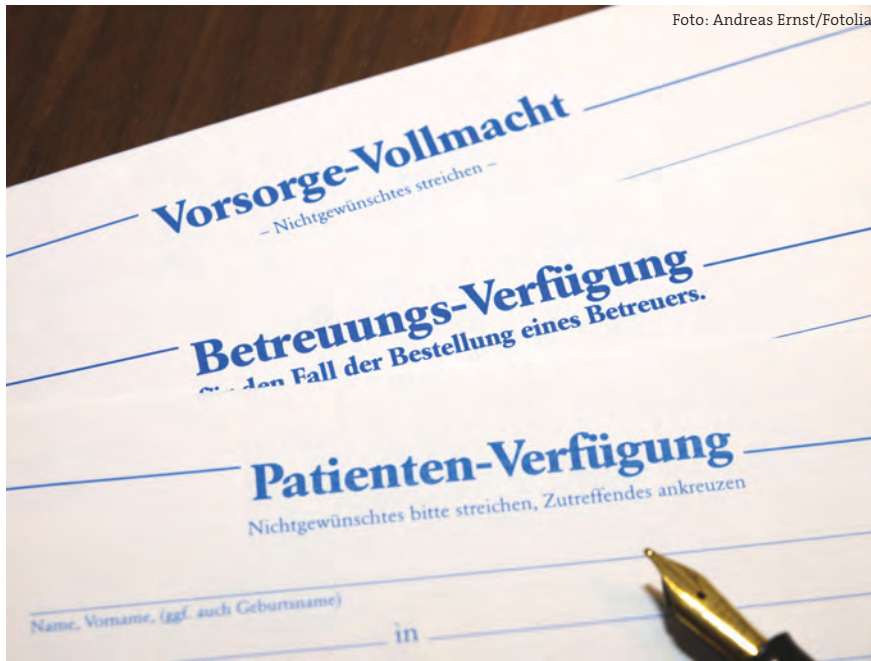
Das Selbstbestimmungsrecht findet sich in Art. 2 Absatz 1 des Grundgesetzes: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung

seiner Persönlichkeit“. Daraus folgt u.a., dass wir grundsätzlich selbst und frei über alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen bestimmen können. Wir können und dürfen ärztliche Maßnahmen ablehnen, selbst wenn wir uns dadurch selbst Schaden zufügen würden, „[...] denn der Staat hat von Verfassung wegen nicht das Recht, seine erwachsenen und zur freien Willensbestimmung fähigen Bürger zu bessern oder zu hindern, sich selbst zu schädigen“, so die Auslegung des Art. 2 des Grundgesetzes durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 22, 180/219 f).

Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts hinsichtlich der eigenen Gesundheit folge aus dem Achtungsanspruch, der jedem Menschen auf Grund seiner Menschenwürde nach Artikel 1 des Grundgesetzes zustehe. In einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGHSt 11, 111 (113)) heißt es dementsprechend: „Das [...] Recht auf körperliche Unversehrtheit fordert Berücksichtigung auch bei einem Menschen, der es ablehnt, seine körperliche Unversehrtheit selbst dann preiszugeben, wenn er dadurch von einem lebensgefährlichen Leiden befreit wird. Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden. Diese Richtlinie ist auch für den Arzt verbindlich.“

Dürfen wir Behandlungen verweigern?

Auch sterbensranke Menschen, die noch zur Selbstbestimmung fähig (juristisch: „einwilligungsfähig“) sind, bestimmen nach ärztlicher Aufklärung selbst, in welche ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sie einwilligen und welche sie ablehnen. In § 630 d Abs. 1 Satz 1 BGB heißt es dazu: „Vor Durchfüh-



Häufig sind Patientenverfügungen unbrauchbar, weil sie zu ungenau formuliert sind oder ganz fehlen. Daher ist es wichtig, dass die Angehörigen, der Betreuer und der Patient sich möglichst früh über das Vorgehen im Notfall abstimmen.

zung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“

Was in der Praxis häufig nicht beachtet wird: dies gilt auch dann, wenn der Patient unter rechtlicher Betreuung steht oder eine Vorsorgevollmacht erteilt hat. Ausschlaggebend ist allein, ob der Patient fähig ist, Für und Wider der vorgeschlagenen Maßnahme gegeneinander abzuwägen und sich dementsprechend zu entscheiden. Rechtliche Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheitsorge oder Bevollmächtigte für Gesundheitsangelegenheiten haben insoweit nur eine beratende oder unterstützende Funktion, dürfen aber nicht stellvertretend entscheiden, solange der Patient selbst dazu in der Lage ist.

Ob ein Patient bezüglich einer konkreten ärztlichen Maßnahme noch einwilligungsfähig in dem beschriebenen Sinne ist, muss der behandelnde Arzt entscheiden. In schwierigen Fällen empfiehlt sich eine Beratung mit Pflegenden, die „ihre“ Patienten auf Grund alltäglicher Kontakte und Gespräche oft gut kennen und zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit beitragen können. Manchmal ist es sogar notwendig, dass sich Pflegende zu „Fürsprechern“ des Selbstbestimmungsrechts „ihrer“ Patienten machen, wenn z.B. Angehörige nicht akzeptieren

können, dass ein nahestehender Mensch sich nicht behandeln oder ins Krankenhaus einweisen lässt und es vorzieht, in Würde zu sterben anstatt unter für ihn unwürdigen Umständen am Leben erhalten zu werden.

Können wir Behandlungen im Voraus verweigern?

Wie aber steht es um die Selbstbestimmung, wenn ein Patient in Folge einer Krankheit (z.B. schwerer Schlaganfall mit weitgehender Gehirnschädigung oder Demenz im Endstadium) nicht mehr einwilligungsfähig ist und nicht selbst über ärztliche Maßnahmen entscheiden kann? Hierzu sagt § 630 d Abs. 1 Satz 2 BGB: „Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.“ „Hierzu berechtigt“ im Sinne dieser Vorschrift sind rechtliche Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheitsorge oder Bevollmächtigte, wobei die Vollmacht ausdrücklich Gesundheitsangelegenheiten umfassen muss. Betreuer bzw. Bevollmächtigter vertreten jetzt den Patienten, weil dieser nicht mehr selbst entscheiden kann.

Die Patientenvertreter sind jedoch – ebenso wie Ärzte und Pflegende – an den Willen des Patienten gebunden.

Sie haben die Aufgabe zu prüfen, ob sich der Wille aus einer Patientenverfügung ergibt (§ 1901 a Abs. 1 BGB). Mit einer Patientenverfügung wird das Selbstbestimmungsrecht aus Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz im Voraus für den Fall wahrgenommen, dass der Wille in einer konkreten Gesundheitssituation nicht mehr aktuell gebildet und geäußert werden kann. „Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist“ (BGH 17. 3. 2003, BtPrax 2003, 123).

Bei schwerkranken und sterbenden Menschen muss der Arzt als erstes klären, ob noch eine Indikation für kurative Maßnahmen gegeben ist. Hierzu heißt es in der Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011 (A 346): „Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.“

Hält der behandelnde Arzt kurative Maßnahmen (z.B. künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr über eine PEG) für angezeigt, bespricht er mit dem Patientenvertreter, ob der Patient mit dieser Maßnahme einverstanden wäre. Dazu heißt es in § 1901 b Abs. 2 BGB: „Bei der Feststellung des Patientenwillens soll auch nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Patienten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden“. In Betracht kommen alle Personen (z.B. Pflegende, Angehörige, Hausarzt), die Kontakt zum Patienten hatten und über seine Wünsche und Vorstellungen Auskunft geben können. Ist aus früheren Äußerungen zu schließen, dass er es als würdelos empfinden würde, in der aktuellen Situation ohne Aussicht auf Besserung mit künstlichen Mitteln am Leben erhalten zu werden? Würde er unter diesen Umständen lieber in Würde sterben wollen? Wichtig ist: immer geht es (allein!) um die Frage, was der Patient als würdevoll oder als würdelos empfindet, nicht, was die Menschen um ihn herum als würdevolles Leben oder Sterben ansehen.

Sind der Arzt und der Patientenvertreter schließlich einig, dass eine indizierte

Maßnahme dem Willen des Patienten widerspricht, wird sie unterlassen. Nur wenn darüber kein Einvernehmen erzielt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht anzurufen und auf diesem Wege den Patientenwillen feststellen zu lassen.

Wann darf „abgeschaltet“ werden?

Oft werden nach einem plötzlichen Ereignis (z.B. Gehirnblutung, Schlaganfall) und anfangs unklarer Prognose lebenserhaltende Maßnahmen begonnen, um die Gesundheit und Einwilligungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen. Wenn sich in der Folgezeit herausstellt, dass dies nicht mehr möglich ist, stellt sich die Frage, wie lange die ergriffenen lebenserhaltenden Maßnahmen aufrechterhalten bleiben sollen und unter welchen Umständen sie abgebrochen werden dürfen. Der Bundesgerichtshof hat in mehreren Entscheidungen bestätigt, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Komapatienten rechtmäßig ist, wenn ein entsprechender Patientenwillen festgestellt werden kann. Ein Behandlungsabbruch kann nach Auffassung des Gerichts nicht nur durch bloßes Unterlassen weiterer Ernährung, sondern auch ein aktives Tun, das der Beendigung oder Verhinderung einer vom Patienten nicht gewollten Behandlung dient, erfolgen. Die Rechtsprechung stellt klar, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung entsprechend dem Willen des Patienten erlaubte passive Sterbehilfe im Sinne von Sterben lassen darstellt und keinesfalls als aktive Sterbehilfe anzusehen ist.

Was und wie können wir vorausplanen?

Hilfreich bei der Ermittlung des Patientenwillens kann es sein, wenn der Patient seinen Willen nicht nur einmal in einer Patientenverfügung festgeschrieben, sondern ihn im Gespräch mit seinem behandelnden Arzt, mit Pflegenden oder Angehörigen „fortgeschrieben“ hat. Bei einer derartigen „gesundheitlichen Vorausplanung“ (Advance care planning, ACP) können bei fortschreitenden Erkrankungen Änderungen von Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen des Patienten festgestellt und festgehalten werden (Nauck, Jaspers 2014).

Ist der Patient nicht mehr einwilligungsfähig, sollte diese Vorausplanung zusammen mit dem Patientenvertreter und weiteren an der Versorgung beteiligten Personen (Arzt, Pflegende, Angehörige) erfolgen. Grundlage wären die vorangegangenen Gespräche mit dem Patienten selbst, seine Patientenverfügung und ergänzende Auskünfte von Vertrauenspersonen. Vorbesprochen werden könnte z.B., ob im Falle plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes Rettungsmaßnahmen ergriffen werden sollen. Kann im Voraus Einvernehmen darüber hergestellt werden, was dem Willen des Patienten in einer Notsituation entspricht (Stolz, 2011)?

Nach § 132 g des Hospiz- und Palliativgesetzes vom 1.12.2015 (Bundesgesetzblatt 2015 Teil I Nr. 48) sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten. Die Finanzierung soll durch die gesetzliche Krankenversicherung bzw. Pflegeversicherung erfolgen. Denkbar wäre, dass z.B. speziell ausgebildete Pflegendе diese Funktion übernehmen und so dazu beitragen, dass Selbstbestimmung und Würde der Patienten in der letzten Lebensphase gewahrt werden.

Wenn es schwierig wird ...

In schwierigen Behandlungs- und Entscheidungssituationen am Lebensende kann eine ethische Fallberatung (Riedel & Stolz 2015) sinnvoll sein. Die Initiative zu solchen Fallberatungen könnte durchaus auch von Pflegenden ausgehen, zumal Ärzte manchmal noch Vorbehalte gegen derartige Beratungsrunden haben und sich in ihrer Therapiefreiheit beeinträchtigt fühlen können. Unter professioneller Moderation können alle am Entscheidungsprozess Beteiligten (Arzt, Pflegende, Betreuer, Bevollmächtigte, Angehörige) ihre Sichtweisen und Meinungen bezüglich der fallrelevanten ethischen Konflikte besprechen. Sind noch kurative Maßnahmen indiziert oder steht die Symptomlinderung im Vordergrund? Treffen die Festlegungen in der Patientenverfü-

gung auf die aktuelle Gesundheitssituation zu? Gibt es ergänzende oder widersprüchliche Äußerungen des Patienten zu seiner Patientenverfügung? Können die Angehörigen „loslassen“?

Ziel einer solchen Fallberatung ist es, am Ende eine einvernehmliche Antwort auf die Frage zu finden, was dem Willen des Patienten bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen und seinen Vorstellungen über ein würdevolles Sterben möglichst nahe kommt. Eine gemeinsam erarbeitete Empfehlung bedeutet eine Entlastung für alle Beteiligten, auch für den Arzt, für Pflegende, Angehörige und den Patientenvertreter.

Wenn trotz aller Bemühungen zwischen Behandlungsteam und Patientenvertreter kein Einvernehmen über den Willen oder den mutmaßlichen Willen des Patienten hergestellt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht zur Feststellung des Patientenwillens anzurufen.

Wenn nichts „Schriftliches“ vorliegt ...

Liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor, trifft sie nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu,

Internethinweise:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Textbausteine einer „Patientenverfügung“
http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Anlagen/Patientenverfuegung_Textbausteine_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (abgerufen 19.10.2016)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V., Bundesärztekammer (Hrsg.): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf (abgerufen 19.10.2016)

F. Nauck, B. Jaspers 14.08.2014 in: Allgemeinarzt-Online
<http://www.allgemeinarzt-online.de/a/1662043> (abgerufen 25.2.2016)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) „Versorgung schwerkranker Menschen am Lebensende“ Oktober 2013
<http://www.zqp.de/upload/content.000/id00382/attachment00.pdf> (abgerufen 25.2.2016)

haben Arzt und Patientenvertreter die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Dabei sind nach der gesetzlichen Formulierung insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten zu berücksichtigen (§ 1901 a Abs. 2 BGB). Wiederum sollen dazu nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten gehört werden. Auch hier wäre es hilfreich, wenn auf (dokumentierte) Gespräche im Rahmen einer gesundheitlichen Vorausplanung zurückgegriffen werden oder mit Hilfe einer ethischen Fallbesprechung Einvernehmen über die weitere Behandlung erzielt werden könnte.

Das weitere Vorgehen entspricht demjenigen beim Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung: Stimmen Patientenvertreter und Arzt darin überein, dass in der konkreten Situation kurative Maßnahmen den Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten widersprechen, werden sie unterlassen. Stattdessen wird eine palliative Behandlung und Versorgung des Patienten eingeleitet. Nur im Diszensfalle ist eine gerichtliche Entscheidung erforderlich.

Palliativ statt kurativ

Mit welchen rechtlichen Mitteln können wir erreichen, dass wir beim Sterben keine Schmerzen oder andere belastende Symptome erleiden müssen? Ein Grundrecht auf Schmerztherapie und ein Recht auf Sterben ohne Schmerzen kann direkt aus dem Grundgesetz abgeleitet werden: Artikel 1 Abs. 1 GG umfasst die Unantastbarkeit der Würde des Menschen, Artikel 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben

und körperliche Unversehrtheit. Nach ständiger Rechtsprechung liegt eine strafbare Körperverletzung vor, wenn der Arzt Schmerzen pflichtwidrig nicht lindert.

Das Recht auf die erforderliche Schmerztherapie geht sogar so weit, dass der Patient nach entsprechender Aufklärung schmerzlindernde Medikamente verlangen kann, selbst wenn dadurch sein Leben verkürzt werden würde. Dazu heißt es im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.11.1996 (BGHSt 42, 301): „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ Dabei handelt es sich um erlaubte, sogenannte „indirekte Sterbehilfe“. Bei schwer belastenden Symptomen kann eine palliative Sedierung verlangt werden (Pakaki et al. 2010).

Ist der sterbensranke Mensch noch entscheidungsfähig, kann er selbst von seinem Arzt eine angemessene Schmerztherapie verlangen. Oft bedarf der Patient dabei jedoch der Unterstützung durch seine Angehörigen, aber auch der Pflegenden, die das Ausmaß der vorhandenen Schmerzen erkennen und den behandelnden Arzt entsprechend informieren können.

Für den Fall, dass der Patient einwilligungsunfähig wird und das Recht auf Schmerztherapie nicht mehr aktuell ausüben kann, hat er die Möglichkeit, in einer Patientenverfügung durch entsprechende Formulierungen eine angemessene Linderung von Beschwerden zu verlangen

Auch hier bedarf es Menschen, die dafür sorgen, dass die Patientenverfü-

gung in diesem Punkt beachtet wird. Der Patientenvertreter hat die Aufgabe, den Willen des Patienten durchzusetzen. Für eine gute palliative Versorgung des Patienten sind Arzt und Pflegende gleichermaßen verantwortlich. In schwierigen Entscheidungssituationen kann auch hier eine ethische Fallbesprechung hilfreich sein.



Literatur

Bundesärztekammer: Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011, Deutsches Ärzteblatt Jg. 108 Heft 7

Pakaki, N., Riedel, A., Stolz, K., Palliative Sedierung, *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* (2010) 4: 156–161

Riedel, A., Stolz, K., Ethische Fallbesprechungen – Relevanz für rechtliche Betreuer und betreuungsrechtliche Entscheidungen, *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* (2015) 4: 127–131.

Stolz, K.: Patientenverfügungen in Notfallsituationen, *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax)* (2011) 3:103–106

Zusammenfassung

Viele Menschen empfinden es als würdelos, durch Apparate künstlich am Leben erhalten zu werden, wenn ein bewusstes Leben nicht mehr möglich ist. Wir alle haben ein Recht darauf, auch am Lebensende selbst über unsere Behandlung und Pflege zu bestimmen und keine Schmerzen leiden zu müssen. Mit einer Patientenverfügung können wir unser Recht auf Selbstbestimmung im Voraus wahrnehmen. Wir bedürfen dabei der Unterstützung durch unsere Vertreter (Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer), des Arztes und nicht zuletzt der Pflegenden.

Schlüsselwörter: *Sterben, Lebensende, Patientenverfügung, ethische Fallbesprechung, Selbstbestimmung*

Autorenkontakt:

Prof. Konrad Stolz, Hochschullehrer i.R., ehemals Amtsrichter, Mitglied der Ethikkomitees der Kreiskliniken Esslingen und der Diakonie Stetten
Kontakt: konrad.stolz@freenet.de

+ Unser Plus an Information: pflege-onkologie.de

Als onkologische Pflegekraft nehmen Sie bei der Betreuung von Patienten mit Tumorerkrankungen eine Schlüsselrolle ein. Unter anderem sind Sie ein wichtiger Mittler zwischen Ärzten und Betroffenen. Um den hohen Anforderungen in diesem Berufsfeld gerecht zu werden, ist eine kontinuierliche Auffrischung von Informationen und Kenntnissen wichtig. Eine Unterstützungsmaßnahme für Ihre tägliche Arbeit in der Onkologie kann die Website www.pflege-onkologie.de sein.

Hier finden Sie u.a.:

- Vielfältige Behandlungsstrategien: Einfluss auf die Pflege unterschiedlicher Therapieformen und zahlreiche Informationen zur Ernährung, psychoonkologischen Unterstützung, Komplementärmedizin sowie TNM-Klassifikation
- Rund um Studien: kompakter Überblick zu den wichtigsten Begriffen
- Indikationen: nähere Beschreibung ausgewählter Tumorerkrankungen, ihren Beschwerdebildern und den Möglichkeiten der Behandlung
- Glossar: Stichwortverzeichnis rund um Krebserkrankungen und Therapien
- Kongress- und Konferenzkalender
- Links: eine Auswahl weiterführender Internetseiten von Arbeitsgemeinschaften, Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen

**Jetzt
online!**
+

Damit Sie Ihren Patienten zukünftig noch besser zur Seite stehen können, tragen wir Ihnen unter pflege-onkologie.de eine Vielzahl an Informationen zu onkologischen Themen zusammen.

Jetzt online!
Wir freuen uns auf Ihren Besuch. +

> Palliativpflege in der Klinik

Sterben neurologische Intensivpatienten anders?

ALEXANDRA CHRISTOF

Menschen beim Aushalten des Unaushaltbaren zu unterstützen, ist in jeder Situation schwierig – egal ob sich Betroffene jahrelang auf den Tod und die Folgen vorbereiten und sich damit auseinandersetzen konnten oder nicht. Gerade Patienten mit Schlaganfall werden oft mitten aus dem Leben gerissen: Die Bedürfnisse, Wünsche und Leiden eines solchen neurologischen Patienten zu erkennen und gleichzeitig die Familie, die völlig unvorhergesehen mit der Situation konfrontiert wurde, zu unterstützen, ist schwierig und belastend. Obendrein geschieht dies alles oft in einem Umfeld, in dem weder Zeit noch Platz für Sterben ist und der Tod als Zeichen für Versagen gilt.

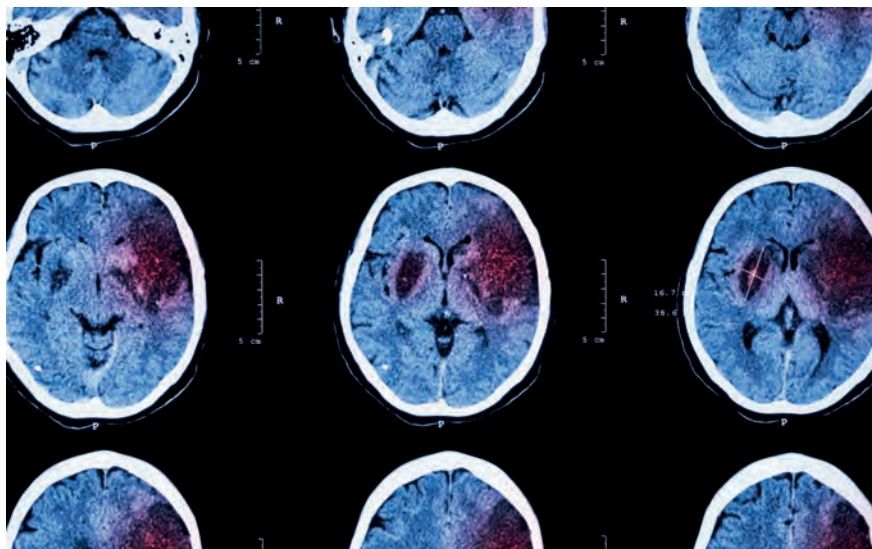


Foto: stockdevi/Fotolia

Können Pflegende auf einer Intensivstation einem sterbenden Patienten und seinen Angehörigen die Unterstützung bieten, die eine Palliativstation zu ermöglichen vermag, besonders dann, wenn sich keiner der Betroffenen mit dem Gedanken des Sterbens auseinandersetzen konnte? Wenn aus einem scheinbar gesunden Menschen von einer Minute auf die andere ein im Sterben liegender Patient wird, muss innerhalb weniger Minuten bis Stunden eine Therapieentscheidung getroffen werden? Lässt man den geliebten Menschen möglichst schmerzfrei und friedlich gehen, oder sollen alle noch möglichen lebenserhaltenden Therapien durchgeführt werden? Dabei werden qualvolle Eingriffe, Schmerzen und Leiden, Hoffen und Bangen, Leben in Abhängigkeit oder der schließlich doch eintretende Tod oft

wissentlich in Kauf genommen, nur um den Menschen nicht zu verlieren.

Wie belastend ist das Sterben für einen neurologischen Patienten auf der Intensivstation, insbesondere bei Schlaganfall? Wie ergeht es damit den Angehörigen und den Pflegenden?

Was hätte der Patient gewollt?

Besonders Schlaganfallpatienten trifft es, wie es der Name schon sagt, wie einen Schlag. Die meisten Patienten sind vor Beginn des Ereignisses gesund und fit und stehen oftmals in der Mitte ihres Lebens. Die wenigsten Patienten, ebenso wenig ihre Angehörigen, hatten sich im Vorfeld schon mit dem Thema Sterben auseinandergesetzt. Warum auch, gab es doch bisher nie einen Anlass dazu.

Dann ist plötzlich alles anders, und eventuell muss eine schwere Entscheidung so schnell wie möglich getroffen werden. „Wie ist die Prognose, was will der Patient? Eine Maximaltherapie um jeden Preis dient den Betroffenen jedoch nicht immer“ (Müller 2016). Der Betroffene selbst kann in den seltensten Fällen noch allein für sich entscheiden, weswegen die ganze Verantwortung und damit auch die Last auf den Schultern der Angehörigen liegt.

Doch was genau zählt bei der Therapieentscheidung? Die Patientenverfügung, der frühere mutmaßliche oder der aktuelle Wille, den man durch körperliche Äußerungen des Patienten zu interpretieren versucht? Hierbei stellt sich die Frage, wie es Pflegenden auf der Intensivstation zwischen Gerätlärm, Notfällen, Neuaufnahmen und der allgemein steigenden Arbeitsbelastung gelingen mag, dem Sterbenden und seinen Angehörigen eine größtmögliche Unterstützung zu bieten und ein würdevolles sowie friedvolles Umfeld zu ermöglichen – und das auf einer Station, die doch allem Anschein nach nicht fürs Sterben gemacht ist? Dabei sollten sich die Pflegekräfte in dieser belastenden Situation auch selbst nicht überfordern (Gerhard 2011).

Ein fiktives Fallbeispiel

„Jeder Mensch fängt die Welt an, und jeder endet sie“

(von Arnim 1820).

Einen Tag zuvor war die Welt für Frau Martin und ihre Familie noch in Ord-

nung, sie und ihr Mann feierten ihren 40. Hochzeitstag. Die 61-Jährige konnte sich bislang gesundheitlich nicht beklagen, war noch sehr fit und deshalb selten beim Arzt. Am Abend fühlte sie sich müder als sonst und hatte Kopfschmerzen, was sie aber auf den anstrengenden Tag schob. Sie wollte nur noch ins Bett.

Am nächsten Morgen jedoch gehorchte ihr Körper ihr einfach nicht mehr. Beim Versuch aufzustehen, prallte sie unsanft auf den Boden. Aus ihrem Mund drangen nur unverständliche Laute. Von da an ging alles sehr schnell: Der herbeigerufene Rettungsdienst brachte Frau Martin auf die neurologische Intensivstation. Dort wurde die Diagnose „maligner Mediainfarkt“ gestellt: Schlaganfall. Der Infarkt war schwer gewesen und drohte bereits, auf den Hirnstamm zu drücken, sodass die Prognose für Frau Martin nicht gut aussah. Ihr Zustand hatte sich seit dem Ereignis zugespitzt, sie war kaum noch bei Bewusstsein und fast nicht mehr ansprechbar. Es musste schnell eine Entscheidung über das weitere Vorgehen getroffen werden.

Nun war es an ihrer Familie, ihren mutmaßlichen Willen zu vertreten. Frau Martins Ehemann und ihre beiden Kinder waren davon überzeugt, dass sie das nie gewollt hätte, so dazuliegen, mit den ganzen Schläuchen überall. Sie war immer eine aktive Frau gewesen, die nie lange still sitzen konnte. Nach einem intensiven Gespräch mit dem Stationsarzt und der Pflegerin, die Frau Martin seit der Aufnahme betreut hatte, kam die Familie zu dem Schluss, dass es das Beste und auch in ihrem Willen gewesen wäre, die Therapien nicht weiter fortzuführen.

Da auf der Normalstation kein Einzelzimmer frei war, versuchten die Pflegenden, ihr Bett weitestgehend abzuschirmen. Frau Martin bekam etwas gegen ihre Kopfschmerzen, die sie allem Anschein nach in ihren Wachheitsphasen plagten. Dann stöhnte sie immer wieder auf, verzog dabei das Gesicht und griff an ihre Stirn. Zur Atemerleichterung wurde sie unter Anwendung der basalen Stimulation in einer A-Lagerung positioniert. Die Pflegerin erklärte der Familie die ganzen Geräte, alle ihre Schritte und leitete sie auch zur Mundpflege an. Die Angehörigen waren froh, nützlich sein zu können und nicht hilflos herumsitzen zu müssen – besonders weil diese mitbekommen hatten, wie viel die Pflegerin zu leisten hatte und sich immer in Ruhe

Zeit nahm, wo eigentlich keine Zeit war. Die Begleitung und Unterstützung half der Familie auch dabei, Ängste abzubauen und ganz für Frau Martin da zu sein. Das angebotene Zimmer im Wohnheim der Klinik nahm die Familie dankend an, und so konnten sich die Familienmitglieder am Bett abwechseln, um jeweils wieder Kraft zu tanken.

Am nächsten Abend vernahm man bei Frau Martin mit jedem Atemzug ein brodelndes Rasseln. Ihre Atmung war unregelmäßig, ihre Tochter rief besorgt nach einer Pflegerin, die sie wieder zurück an das Bett begleitete und ihr erklärte, dass dies ein Zeichen für den nahenden Tod war und das Absaugen des Sekrets aus der Lunge nur unnötig belastend wäre. Die Familie versammelte sich noch einmal um ihr Bett. Sie hielten ihre Hand, streichelten sie, lasen ihr vor. „Sie hat es geschafft“, sagte schließlich die Pflegerin und legte dabei eine Hand auf Herrn Martins Schulter. Nachdem der Arzt den Tod festgestellt hatte, wurde die Familie allein gelassen, um in Ruhe Abschied zu nehmen. Sie war dem Team sehr dankbar für die Begleitung in dieser so schwierigen und belastenden Phase und sich nun sicher, die richtige Entscheidung für ihre Ehefrau und Mutter getroffen zu haben.

Palliativmedizin auf der Intensivstation

Die moderne Medizin hat das Leben und das Sterben verlängert. Immer mehr Menschen, mittlerweile über 50 Prozent, sterben im Krankenhaus, davon 10 bis 20% auf der Intensivstation. Allgemein wird das Pflegepersonal auf Intensivstationen am häufigsten mit Sterben und Tod konfrontiert. Somit stellt die Palliativpflege einen wesentlichen Anteil des beruflichen Alltags der Pflegenden dar (Gerhard 2012).

Muss dies als eine Fehlentwicklung bezeichnet werden oder kann ein menschliches Sterben auch auf einer Intensivstation stattfinden? Hier werden lebensbedrohlich gefährdete Menschen mit potenziell guter Prognose behandelt. Die Intensivmedizin soll Leben erhalten, verlängern und Gesundheit wiederherstellen. Dabei wird sie in Grenzsituationen eingesetzt, in denen die Möglichkeit des medizinisch Machbaren dem tatsächlichen Nutzen für einen Patienten gegenübergestellt werden muss (Michalsen & Hartog 2013).

„Palliare“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „mit einem Mantel umhüllen“. In der Palliativmedizin hat eine psychologische, soziale und auch seelsorgerische Betreuung höchste Priorität. Der Schwerpunkt liegt auf der Linderung von Schmerzen und anderer belastender Symptome. Sie bejaht das Leben und sieht gleichzeitig das Sterben als einen normalen Prozess an, wobei sie den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern will (WHO 2016). Sterbenlassen wird als letzter Akt eines menschenwürdigen Lebens definiert. Kann diese Palliativmedizin überhaupt in die Intensivmedizin integriert werden?

Die Situation der Pflegenden

Besonders für die Pflegenden auf einer Intensivstation, die im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und anderen Stationen die meiste Zeit am Bett des Patienten verbringen, ist der Umgang mit Sterbenden nicht einfach. Sie bauen oft eine besondere Beziehung zu ihren Patienten und zu deren Angehörigen auf. Häufig zweifeln sie die ethische Angemessenheit von Behandlungen und den Untersuchungen an. Andererseits werden die Intensivpfleger auch von Versagensgefühlen geplagt, wenn die Therapie des Patienten eingestellt wird und sie sich somit an ein neues Ziel anpassen müssen. Denn ist einmal die Entscheidung getroffen, die Behandlung zu minimieren, beginnt eine schwierige Zeit, die wenige Stunden bis zu mehreren Tagen andauern kann (Prange et al. 2004).

Genauso schwierig ist es, die Angehörigen bei Trauer und Abschied zu betreuen und zu unterstützen. Denn häufig stehen sie dem Leid, Sterben und Tod hilflos gegenüber. Für eine gute Angehörigenbegleitung mangelt es jedoch oftmals an Raum und Zeit (Franz 2012). Auch eine Ausbildung im Umgang mit Sterbenden und ihren emotional belasteten Angehörigen fehlt (Janssens & Graf 2007). Zudem spielen die Pflegenden oft eine Art Vermittlung zwischen Patient und Angehörigen, aber auch zwischen Ärzten, Patient und Angehörigen.

Die Pflegekräfte werden nicht nur mit den Emotionen der Familie und des Sterbenden konfrontiert, sondern auch mit denen von Kollegen und den eigenen, die manchmal die schwierigsten sein können: Etwa wenn man selbst mit ei-

nem Trauerfall im privaten Umfeld noch nicht abgeschlossen hat, Erinnerungen wieder aufgewirbelt werden und man sich mit den Gefühlen, den Schmerzen und der Trauer der Angehörigen identifiziert. Wenn dann noch Kollegen mit Unverständnis auf solche hochkommenden Gefühle reagieren oder die Pflege eines Sterbenden als wenig aufwendig abtun, kommt es schnell zur Überforderung.

Angemessene Unterstützung für die Angehörigen

Die Angehörigen sind oft rund um die Uhr am Bett ihres Nächsten, haben wegen dessen Krankheit ihren Gesprächs- und Lebenspartner verloren und müssen zudem Entscheidungen für ihn übernehmen. Um eine Überforderung zu vermeiden, bedarf es der besonderen Unterstützung und Betreuung durch das Pflegepersonal (Gerhard 2010). Den Angehörigen sollte eine psychologische Unterstützung und eine Übernachtungsmöglichkeit angeboten werden. Dies hatte im Fallbeispiel auch die Familie von Frau Martin sehr entlastet.

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Anzahl derer, die auf der Intensivstation sterben, weiter ansteigen. Studien machen deutlich, dass durch eine gute Angehörigenbetreuung die Trauerarbeit aktiv unterstützt wird, die Betroffenen entlastet werden und so auch eine posttraumatische Belastungsstörung verhindert werden kann (Jannsens et al. 2007).

Besonderheiten der neurologischen Palliativpflege

Die neurologische Palliativpflege unterscheidet sich in manchen Aspekten signifikant von der Palliativpflege bei Tumorkranken. Sie ist deshalb nicht eins zu eins übertragbar und muss entsprechend den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe angepasst werden. Es gibt erhebliche Unterschiede in Bezug auf Häufigkeit und Bedeutung der Symptome. Neurologische Palliativpatienten sind hauptsächlich von Schmerzen, Atemnot (Dyspnoe), Bewusstseinsstörungen und kognitiven Einschränkungen betroffen. Tumorkranken hingegen leider eher unter Schmerzen und Erschöpfung und Antriebslosigkeit (Fatigue) (Franz 2012). Burton und Kollegen kamen 2010 in ihrer Studie sogar zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einem aku-

ten Schlaganfall sehr häufig einer palliativen Versorgung bedürfen, allerdings nur in den seltensten Fällen in einem Hospiz betreut werden.

Spurenlesen für die richtige Therapie

Im Gegensatz zu anderen Intensivpatienten wird bei einem Großteil der neurologischen Palliativpatienten aufgrund der schlechten Prognose bereits vor Eintreten einer akut lebensbedrohlichen Situation die Entscheidung getroffen, therapeutische Maßnahmen einzuschränken und auf Wiederbelebungsmaßnahmen zu verzichten (Prange & Bitsch 2004). Neuropsychiatrische Verhaltensstörungen wie Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit, Wesensveränderungen und kognitive Störungen führen zu einer fehlenden Schmerzmitteilung durch den Patienten und erfordern eine möglichst frühe Abklärung des Patientenwillens. Zum anderen folgt daraus eine deutlich höhere psychische Belastung für alle Beteiligten (Franz 2012).

Bedürfnisse und Leiden des Patienten zu erkennen und zu lindern, ist herausfordernd, was einen körpernahen und körpersprachlichen Dialog erfordert. Dies stellt wiederum besondere Anforderungen an das Personal (Gerhard 2011). Die Prinzipien der herkömmlichen Palliativpflege erfordern es, dass sich der Patient zu seinen Beschwerden und Bedürfnissen äußern kann. „Es ist wie Spurenlesen im Sprachdschungel, wenn man versucht, die wenigen Wörter, die ein Mensch mit einer Schädigung im Sprachzentrum äußern kann, zu entschlüsseln“ (Gerhard 2011, S. 13). Herkömmliche Skalen zur Symptombewertung können bei Schlaganfall-Patienten oftmals nur unzureichend angewandt werden. Aufgrund von veränderten körpersprachlichen Äußerungen und fehlenden Ausdrucksbewegungen erfolgt diese oft nur intuitiv.

Für eine zuverlässige Symptom- und Schmerzerfassung hat sich die „Zurich Observation Pain Assessment-Skala“ als hilfreiches Instrument erwiesen (Maier et al. 2015). Dabei werden Symptome durch eine aufmerksame, ganzheitliche Beobachtung von Verhaltensmerkmalen auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene erfasst und beurteilt. Dem Betroffenen muss immer in einem einfühlsamen und auch

körpernahen Dialogaufbau und einer suchenden Haltung begegnet werden (Gerhard 2010).

Unterstützung für die Pflegenden

Da der Patient nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf spiritueller, psychischer und sozialer Ebene betreut und begleitet werden muss, erfordert die neurologische Palliativpflege einerseits eine sehr ausgeprägte palliative Haltung und Expertise, andererseits gute neurologische Kenntnisse. Aus diesem Grund ist eine ineinandergreifende und sich gegenseitig unterstützende Zusammenarbeit vom palliativen und neurologischen Team unerlässlich (Gerhard 2011). Regelmäßige Schulungen, Fort- und Weiterbildungen, eine enge Zusammenarbeit mit Sozialdienst und Sozialstationen sowie der Austausch mit anderen Stationen können die Pflegenden in ihrem Umgang mit Sterbenden unterstützen und ihnen Sicherheit geben. Ein palliativer Konsiliardienst kann in besonders schwierigen Fällen und Situationen hinzugezogen werden und dem Team zur Seite stehen. Ebenso ist es von großer Bedeutung, dem Team ausreichenden Raum zu geben, um sich auszutauschen. Pflegenden sollten in Entscheidungsprozesse und Angehörigengespräche einbezogen werden. Zusätzlich kann das Wir-Gefühl im Team durch gemeinsame Entscheidungen gestärkt werden. Zudem sollte die Akzeptanz, Solidarität und Anerkennung für den Umgang mit Sterbenden gefördert werden. „Wichtig ist die Abgrenzung zum Leid des anderen. Mir darf es nicht schlecht gehen, wenn es dem Patienten schlecht geht“ (Lexa 2013). Den Pflegekräften muss entsprechend Zeit, Raum und Unterstützung für die Betreuung ermöglicht werden.

Raum für Patienten und Angehörige

Für den sterbenden Patienten ist es besonders belastend, dass Selbstbestimmung und Intimsphäre eingeschränkt sind. Der Verlust des sozialen Umfelds, die Sorge um die ihm nahestehenden Menschen und wichtigen Aufgaben wirken zermürend. Viele Patienten entwickeln Angst vor einer qualvollen, entwürdigenden Phase in einem lauten, hektischen und fremden Umfeld. Dabei haben sie oft schon genug mit der plötz-

lichen Veränderung in ihrem Leben, einem gestörten Körperbild, Schluckbeschwerden und Verständigungsproblemen zu kämpfen. Sie fühlen sich dadurch schnell unverstanden und allein gelassen. Dem Patienten sollte immer ein Sterben zuhause, in einem Hospiz oder zumindest in einem Einzelzimmer auf der Peripherstation ermöglicht werden. Für den Patienten selbst ist eine ruhige, stressfreie Umgebung innerhalb des Kreises der Familie, möglichst frei von Schmerzen und jeglichen anderen belastenden Symptomen, unabdingbar. Pflegende können dem Sterbenden mit Hilfe der basalen Stimulation Sicherheit geben und durch ihre Anwesenheit zeigen, dass er in dieser schwierigen Zeit nicht allein gelassen wird und immer jemand in der Nähe ist.

Enges Zusammenspiel von Neurologie und Palliativmedizin gefragt

Ein altes Medizinerspruchwort sagt „heilen – manchmal, lindern – oft, trösten immer.“ Doch können wir in der heutigen Zeit, in der es das Ziel der Menschen ist, immer älter zu werden und in der das Sterben als Niederlage angesehen wird, den Tod als Teil des Lebens nicht nur hin-, sondern auch annehmen? Ihn nicht mit allen Mitteln versuchen zu bekämpfen, sondern den Fokus auf den Moment zu legen und dem sterbenden Menschen möglichst viel Leben für den Augenblick zu geben? Denn die Entscheidung zur Palliativbehandlung ist keine Kapitulation, sondern eine medizinisch und menschlich optimale Therapie (Müller 2016).

Die Zahl der neurodegenerativen Erkrankungen wird weiter ansteigen. Das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel rechnet mit einer Zunahme der Schlaganfälle von 2007 bis

2050 um 63% (Franz 2012). Dies zeigt, dass die neurologische Palliativpflege besonders in Zukunft ein wichtiges Thema sein wird, das nicht außer Acht gelassen werden sollte. Weitere Studien und eine ineinandergreifende Zusammenarbeit von Neurologie und Palliativmedizin sind für eine individuelle und würdevolle Pflege unabdingbar. <<



Literatur

Burton C., Payne S., Addington-Hall J., Jones A. (2010). The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing* 39 (5), S. 554-559.

Franz P. (2012) Palliativmedizin in der Praxis. Neurologische Erkrankungen in der Krankheitsendphase unterversorgt. *Neuro Transmitter* 5, S. 53-63.

Gerhard C. (2011) Neuro-palliative care. Interdisziplinäres Praxishandbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Huber Verlag, Bern.

Gerhard C. (2010) Palliative Versorgung sterbender Schlaganfallpatienten. Bedürfnisse der Kranken werden oft verkannt. *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin. Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 3, S. 37-41.

Janssens U. & Graf J. (2007) Das Unfassbare verstehen: Kommunikation mit Angehörigen von sterbenden Patienten auf der Intensivstation. *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 44, S. 325-331.

Lexa N. (2013) Burnout und Burnout-Prävention in der Palliative Care: Praxishandbuch für Gesundheitsfachpersonal. Huber Verlag, Bern.

Maier J., Fröhlich M., Spirig R. (2015) Die standardisierte Fremdeinschätzung von Schmerzen bei bewusstseinsbeeinträchtigten Patienten mit dem Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA©) auf einer neurochirurgischen Intensivstation – Eine Fallstudie. *Pflege* 28, S. 19-31.

Michalsen A. & Hartog C. (2013) End-of-Life-Care in der Intensivmedizin. Springer, Heidelberg.

Müller T. (2016) Therapie um jeden Preis? <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/schlaganfall/article/904615/schlaganfall-therapie-jeden-preis.html>, Zugriff am 15. September 2016.

Nydahl P. & Bartoszek G. (2012) Basale Stimulation. Wege in der Pflege Schwerstkranker. 6. Aufl. Urban & Fischer, München.

Prange H. & Bitsch A. (2004) Neurologische Intensivmedizin. Praxisleitfaden für Neurologische Intensivstationen und Stroke Units. Thieme, Stuttgart.

von Arnim A. (1820) Isabella von Ägypten und andere Erzählungen. Kaiser Karl des Fünften erste Jugendliebe. Die Majoratsherren. Manesse Verlag, Zürich. 1959. S. 315 f.

World Health Organization (WHO) (2016) WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Zugriff am 12. März 2016.

Zusammenfassung

Ein immer höherer Anteil von Menschen stirbt im Krankenhaus. Das Intensivpflegepersonal sieht sich, im Vergleich zu anderen Stationen, am häufigsten mit sterbenden Patienten konfrontiert und muss tagtäglich den Spagat zwischen der lebenserhaltenden Intensivmedizin und der lindernden Palliativmedizin meistern. Eine gute Angehörigenbetreuung ist besonders im neurologischen Bereich unerlässlich, da sich die Patienten zu ihren Bedürfnissen kaum mehr äußern können. Da die Zahl der neurodegenerativen Erkrankungen weiter ansteigt, wird die Neuro-Palliativ Care auf der Intensivstation ein immer wichtigeres Thema werden.

Schlüsselwörter: *Neurologische Intensivpflege, Neuro-Palliative Care, Sterbegleitung auf der Intensivstation*

Autorenkontakt:

Alexandra Christof, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Stroke Nurse, Neurologische Intensivstation 2, Universitätsklinikum Freiburg,
Kontakt: alexandra.christof@uniklinik-freiburg.de

> Demenz im Krankenhaus

Akut-internistische Station für Menschen mit Begleitdiagnose Demenz

DANIEL LÜDECKE, GEORG POPPEL & CHRISTOPHER KOFÄHL

Der Großteil der Akutkrankenhäuser ist für Menschen mit Demenz nicht optimal vorbereitet. Personelle Ausstattung, Qualifikation sowie räumliche Bedingungen entsprechen selten den besonderen Erfordernissen zur Behandlung demenzerkrankter Patienten. Das kann zur Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität führen. Das Modellkonzept der Station DAVID versucht, Lösungsansätze zu finden und umzusetzen.

In Deutschland sind derzeit ca. 1,2 Millionen Bürger (1,5 Prozent der Bevölkerung) von der Demenz betroffen. Bis zum Jahr 2060 wird sich diese Zahl mehr als verdoppeln (3,8 Prozent; Rothgang et al. 2010). Menschen mit Demenz haben ein etwa gleich hohes akutmedizinisches Erkrankungsrisiko wie die übrige ältere Bevölkerung. Auf die über 60-Jährigen entfällt derzeit etwa die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte. Schätzungen gehen davon aus, dass diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf 62 Prozent steigen wird, wobei schon 2020 jeder fünfte Krankenhausfall ein über 80-jähriger Patient sein wird (Statistisches Bundesamt 2010). Wegen des starken Zusammenhangs zwischen Hochaltrigkeit und Demenz (Weyerer 2005; Weyerer & Bickel 2007) ist deshalb von einer deutlichen Zunahme von Menschen mit Demenz im Krankenhaus auszugehen.

Für Menschen mit einer stationär behandlungsbedürftigen Akuterkrankung (wie Lungenerkrankungen, Herzinfarkt, entgleister Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen) und der (Neben-)Diagnose „Demenz“ ist der Großteil der Akutkrankenhäuser nicht optimal vorbereitet. Pflegenden Angehörige und die Alzheimer Gesellschaften weisen immer wieder auf die schwerwiegenden Folgeprobleme hin, die aus einer nicht demenzgerechten Versorgungspraxis im Akutkrankenhause resultieren können (Angerhausen 2008; Burkhardt et al. 2007; Kleina & Wingenfeld 2007):

- Demenzielle Symptome werden als alterstypische Verhaltensweisen fehlinterpretiert und bleiben entsprechend unbehandelt.
- Die psychische Belastung für Menschen mit Demenz bei einer Behandlung im Krankenhaus ist enorm, da die Unterbringung „gegen ihren Willen“ sie stark verunsichert, verängstigt und beunruhigt. Mit ihrem Verhalten stören sie gewohnte medizinische Abläufe auf normalen Akutstationen und werden aus Not häufig fixiert oder sediert und oft unzureichend behandelt entlassen.
- Ist das Krankenhauspersonal auf den Umgang mit Menschen mit Demenz nicht eingestellt, führt dies dazu, „dass demenzerkrankte Patienten über die Auswirkungen ihrer akuten Erkrankung hinaus physische und kognitive Fähigkeiten verlieren und damit dauerhaft an Selbständigkeit einbüßen“ (Angerhausen 2008).
- Häufiger Orts- und Personalwechsel erhöhen insbesondere das Delir-Risiko (Verwirrtheit oder deren Zunahme) erheblich bis zu einem vital bedrohlichen Zustand.

In diesem Kontext steigen die Behandlungskosten durch die genannten Folgekomplikationen sowie erhöhte Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit bis zur Einweisung ins Pflegeheim (z.B. durch weitere Demobilisierung in Folge von freiheitsentziehenden Maßnahmen).

Demenzranke haben ein doppelt bis dreifach erhöhtes Sturz- sowie ein bis zu vierfach erhöhtes Verletzungsrisiko (van Doorn et al. 2003); 60–80 Prozent der Demenzpatienten stürzen mindestens einmal pro Jahr (Anstey et al. 2006; van Doorn et al. 2003). Die vermeidbaren Folgekosten von Stürzen belaufen sich nach Hochrechnungen für das Gesundheitswesen auf ca. 1 Milliarde Euro pro Jahr (Hoffmann 2010). Insbesondere die internistischen Abteilungen sind überdurchschnittlich oft von Sturzproblemen betroffen (Lange, Dassen & Heinze 2006).

Demenzkrankungen sind die häufigste Ursache für den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bettgittern, Fixiergurten, Therapeutischen und die Verabreichung von ruhig stellenden Medikamenten. Die ethischen und gesundheitlichen Implikationen sind offensichtlich und erheblich. Der Einsatz dieser restriktiven Maßnahmen ist in erster Linie den Rahmenbedingungen der Akutkrankenhäuser geschuldet, deren Arbeitsabläufe und räumlich-architektonische Bedingungen nicht auf die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der demenzerkrankten Menschen ausgerichtet sind (Krüger, Meyer & Hamers 2010).

Um eine den besonderen Problemen der Patienten mit Demenz angemessene Behandlung durchführen zu können, wurde im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA, Hamburg) ein neues Modellkonzept „Station DAVID“ (Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz) implementiert. Ziel ist es, die Patienten aus ihrer vertrauten Umgebung direkt auf die Station aufzunehmen – ohne die für Patienten mit Demenz besonders belastenden Umwege über die Notaufnahme oder andere Stationen.



Die Untersuchungen werden möglichst auf Station durchgeführt. Die Untersuchung kommt zum Patienten – nicht umgekehrt, wie sonst im Krankenhausablauf üblich.

Auf die Bedarfe Demenzkranker ausgerichtete Stationen existieren bereits in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Diese behandeln sowohl die altersbedingten chronischen Erkrankungen – insbesondere Multimorbidität – als auch demenzielle Erkrankungen, sind aber nicht auf akut-medizinische und Notfallsituationen ausgerichtet. Auf der Station DAVID wiederum liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung der akuten somatischen Erkrankungen mit den speziellen internistischen, diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen und Qualitätsstandards. Die Station DAVID ist bundesweit eines der ersten Beispiele einer Fachabteilung für Innere Medizin, in der nicht nur ein einzelner Baustein, sondern ein Gesamtkonzept umgesetzt wird.

Für die geriatrischen Bereiche liegen bereits Forschungsergebnisse vor, während für den akut-medizinischen Bereich noch viele (Forschungs-)Fragen offen sind. Daher wurde das Projekt bereits während der Implementierung und der Aufbauphase der Station DAVID von Februar 2011 bis Februar 2012 wissenschaftlich begleitet (Lüdecke, Döhner & Peiser 2012). Die Evaluation befasste sich hier im Wesentlichen mit den Veränderungs- und Optimierungsbedarfen bei der Umsetzung des Modells (Struktur- und Prozessevaluation). Im Fokus der Untersuchung standen die Sichtweisen und Erfahrungen der Mitarbeiter. Derzeit läuft die „zweite Projektphase“ der Begleitforschung mit dem Ziel, die vorliegenden Erkenntnisse des bereits umgesetzten Konzepts im Rahmen einer kontrollierten quantitativ-empirischen Studie im Hinblick auf die Optimierung bestehender Prozessabläufe und die für

einen nachhaltigen Erfolg des Konzepts wichtigen Aspekte zu untersuchen. In dieser zweiten Evaluationsphase liegt der Fokus vorrangig auf der Ergebnisevaluation. Die primären Ergebnisse auf Patientenebene beziehen sich auf die Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen somit sowohl die Versorgungs- und Betreuungsbedarfe der Patienten – aber auch ihrer Angehörigen – als auch die Maßnahmen, die diesen pflegerisch, therapeutisch, kommunikativ und architektonisch begeben.

Die Station DAVID

Auf die Station DAVID werden akut erkrankte Patienten mit der Nebendiagnose Demenz aufgenommen. Abgedeckt wird ein breites Spektrum an akuten bzw. exazerbierten chronischen, internistischen Primärerkrankungen wie beispielsweise:

- Lungenentzündung, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung
- Harnwegsinfekt, Nierenbeckenentzündung, Gallenblasenentzündung, Nierenschwäche
- Herzschwäche, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Bluthochdruckkrisen
- Tumorerkrankungen, Magen-/Darmblutungen
- entgleister Diabetes mellitus

Darüber hinaus werden Vorsorgeuntersuchungen in den Bereichen Herz-Kreislauf und Krebs übernommen, wenn sie bei bestimmten Patienten ambulant nicht durchführbar sind.

Ziele einer erfolgreichen Behandlung durch eine optimale medizinische, pflegerische und therapeutische Betreuung

sind eine möglichst geringe Irritation des Betroffenen und seiner Angehörigen, Verhinderung einer umweltbedingten beschleunigten Progredienz der Demenz und ihrer potenziellen Begleiterkrankungen mit der möglichen Folge einer Pflege- und Rehabilitationsbedürftigkeit. Erst wenn eine notwendige Behandlung ambulant nicht mehr möglich ist, soll die stationäre Aufnahme erfolgen. Diese soll so kurz wie möglich sein, um den Patienten so bald wie möglich wieder in seine vertraute Umgebung entlassen zu können.

Das Konzept

Das Stationskonzept charakterisiert sich durch drei Leitbilder:

- „entschleunigte“ Station
- vertraut bleiben
- Heimat auf Zeit

Die Einweisung der dementen Patienten erfolgt bei einer entsprechenden akuten Erkrankung direkt auf die Station DAVID, die hinsichtlich der räumlichen und personellen Gestaltung an den speziellen Bedürfnissen dieser Patientengruppe ausgerichtet ist. Da Demenzerkrankte häufig ihre Krankheit nicht mehr artikulieren können, wird von Anfang an eine intensive Kommunikation mit den vertrauten Angehörigen oder Betreuungspersonen gepflegt, um sich ein möglichst umfassendes Bild über den Zustand und die Lebensgewohnheiten des Patienten zu machen.

Für einen angemessenen und möglichst komplikationslosen Behandlungsaufenthalt sind die strukturellen und personellen Bedingungen auf die demenztypischen Symptome ausgerichtet. Über die Raumgestaltung sowie das speziell geschulte Personal soll den Patienten eine Sicherheit und Vertrauen erweckende Umgebung geboten werden, um die existenzielle Verunsicherung, die meist Auslöser verschiedenster Verhaltensauffälligkeiten ist, zu reduzieren. Zur Prophylaxe von Komplikationen – wie beispielsweise Stürzen – werden auf der Station die vertrauten Gewohnheiten und Verhaltensmuster der Patienten aufgegriffen und in den Behandlungsalltag integriert. Zentrales Element ist ein strukturierter Tagesablauf nach den individuellen Patientenbedürfnissen, um Ängste, Unruhe und Irritationen auf ein Minimum zu reduzieren. Auf eine medikamentöse Ruhigstellung wird weitest-

Foto: EKA/Bertram Solcher



Im milieugerechten „Wohnzimmer“ können sich Patienten und Angehörige besser auf Gespräche einlassen.

gehend verzichtet. Damit die Patienten die Station während ihres Aufenthaltes nur in Ausnahmefällen verlassen müssen (z.B. für spezielle Diagnostik in anderen Krankenhausabteilungen), werden apparative Untersuchungen, Ultraschall und Konsiliaruntersuchungen auf der Station durchgeführt. Wenn dies nicht möglich ist, begleitet grundsätzlich eine geschulte, möglichst vertraute Person die Patienten.

Personalschulung

Für das Personal – ob in der Pflege, Medizin oder Hauswirtschaft – stellen herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz wie Schreien, motorische Unruhe, Herausdrängen, Verweigerung von Essen und Medikamenten oder die Abwehr von Untersuchungen eine Belastung dar (Weyerer et al. 2006). Daher wird das gesamte auf der Station DAVID arbeitende Personal

für den Umgang mit Menschen mit Demenz geschult. Im Mittelpunkt stehen dabei der Zeitfaktor und das Erlernen der erforderlichen Achtsamkeit. In innerbetrieblichen Fortbildungen sowie extern moderierten Schulungen und Fallbesprechungen werden Schulungsmethoden in Aktivitäten des täglichen Lebens, Validation, Biografiearbeit sowie basaler Stimulation vermittelt. Weiterbildungsmaßnahmen und Hospitationen in anderen Einrichtungen sind eingeschlossen. Zur Orientierung des Personals besteht ein hausinterner Leitfaden, der das gemeinsame Vorgehen aller Mitarbeiter des Krankenhauses auf der Station DAVID beschreibt.

Raumgestaltung

Die Station wurde räumlich vom übrigen Krankenhausbetrieb getrennt. Dadurch bietet sich der Vorteil eines abgeschlossenen Bereiches, ohne die

Freiheit der Patienten einzuschränken. Die Tagesbetreuung findet in einem großen wohnzimmerähnlichen Aufenthaltsraum statt. Hilfsmittel wie Anti-Sturz-Betten sowie bequeme, aber gleichzeitig abwaschbare Möblierung erleichtern den Arbeitsalltag für das Personal und gewährleisten trotzdem eine wohnliche Atmosphäre. Zudem ist das Mitbringen persönlicher Erinnerungs- und Alltagsgegenstände möglich, ebenso das Mitbringen von Haustieren durch Besucher.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Seit Herbst 2014 fördern die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg sowie die Homann-Stiftung die zweite Phase der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das Institut für Medizinische Soziologie (IMS) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Neben der umfassenden Evaluation der Station DAVID (Interventionsgruppe) ist eine weitere internistische Station eines anderen Krankenhauses als Kontrollgruppe mit einbezogen, um die Unterschiede aufzeigen zu können.

Im Einzelnen befasst sich die Studie mit den folgenden Untersuchungsebenen:

- Auf der Patienten- und Angehörigen-ebene sind Akzeptanz und Wirkungen des Konzepts sowie die erreichte Versorgungs- und Lebensqualität (z.B. in Form von seltener auftretenden Fol-

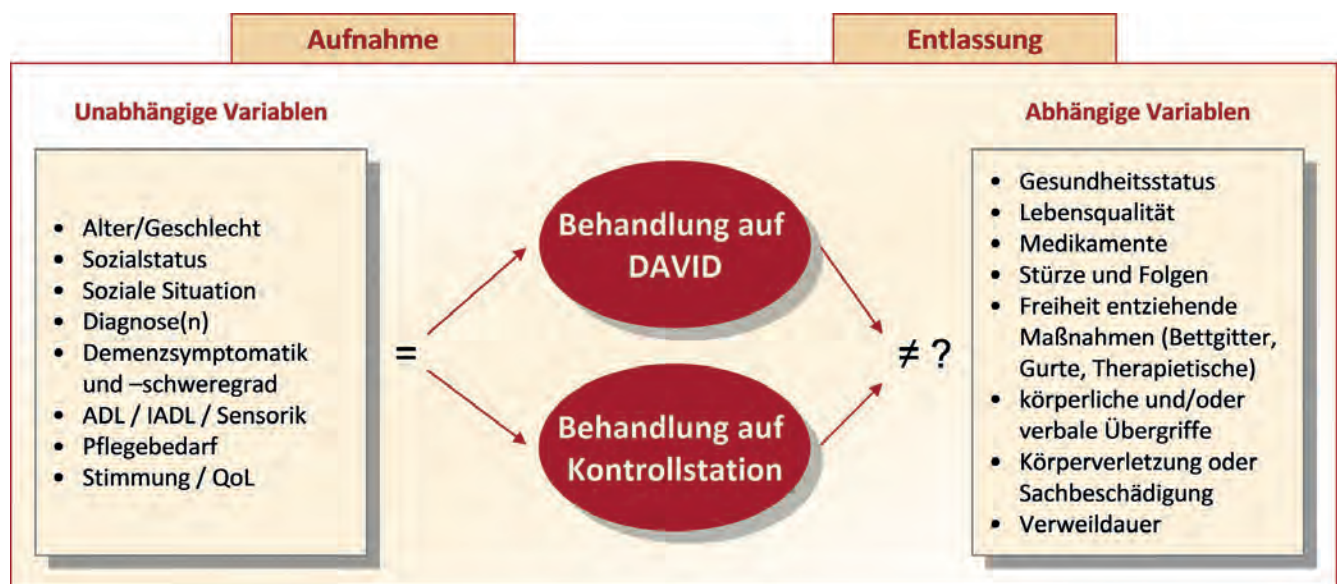


Abbildung 1: Design der Patientenbefragung



Literatur

Angerhausen S. 2008. Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr*: 460–466.

Anstey KJ, von Sanden C, Luszcz MA. 2006. An 8-year prospective study of the relationship between cognitive performance and falling in very old adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 54: 1169–1176.

Burkhardt H, Wehling M, Gladisch R. 2007. Prävention unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten. *Z. Für Gerontol. Geriatr.* 40: 241–254.

van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, Quinn CC, Taler G, May C, Magaziner J. 2003. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.* 51: 1213–1218.

Hoffmann SA. 2010. Expertenstandard Sturzprophylaxe. Vortrag gehalten auf der 8. Pflegefachtagung der „Freien“, Hamburg, Mai 11.

Kleina T, Wingenfeld K. 2007. Die Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld

Krüger C, Meyer G, Hamers J. 2010. Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. *Z. Für Gerontol. Geriatr.* 43: 291–296.

Lange A, Dassen T, Heinze C. 2006. Sturzinzidenz, Sturzfolgen und Sturzumstände im Krankenhaus. Hinweise für gezielte Prävention. *Pflegezeitschrift* 9: 556–560.

Lüdecke D, Döhner H, Peiser A. 2012. Projekt DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz. Hamburg: Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. 2010. Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag

Statistisches Bundesamt. 2010. Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern.

Weyerer S. 2005. Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28.

Weyerer S, Bickel H. 2007. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer

Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H. 2006. Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer

Autorenkontakt:

Dr. Daniel Lüdecke, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, d.luedecke@uke.de
Dr. Georg Poppele, Chefarzt der Inneren Abteilung, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, g.poppele@eka.alsterdorf.de
Dr. Christopher Kofahl, stellv. Institutsdirektor, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, kofahl@uke.de

- gekomplifikationen, wie Stürze, Verletzungen, Delir, Unruhe und Angst, Pflegebedürftigkeit etc.) zu untersuchen.
- Auf der Organisationsebene sollen Fragen zur Qualifikation des Personals, zur Einbindung der Ehrenamtlichen, zur strukturellen und architektonischen Ausstattung der Abteilung sowie zu den Arbeits- und Prozessabläufen beantwortet werden.
- Im Hinblick auf die Vernetzungsebene geht es um die Einbindung der Kooperationspartner und die Ausgestaltung des Überleitungs- und Entlassungsmanagements, mit dem das Krankenhaus eine Unterstützung für den ambulanten Sektor bieten und somit eine schnellere Rückkehr von Patienten in den vertrauten Sozialraum ermöglichen soll.
- Untersucht wird auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer solchen Spezialstation für Akutkrankenhäuser.

Die Ergebnisse der Studie sollen eine Umsetzung des Konzepts in andere Krankenhäuser ermöglichen. Ein Praxishandbuch soll Implementationsempfehlungen bereitstellen.

Studiendesign

Die Angehörigen wie auch das Personal werden mittels standardisierter Fragebögen befragt. Hinzugezogen werden die Perspektiven der Kooperationspartner und anderer Leistungserbringer (wie zum Beispiel Haus- und Fachärzte, Pflegeeinrichtungen oder weitere Krankenhäuser) in Form qualitativer Erhebungsmethoden.

Die Ergebnisse auf Patientenebene (Versorgungs- und Lebensqualität) werden durch eine prospektive nicht-randomisierte Kontrollstudie über 12

Monate untersucht, die Patientendaten jeweils zu zwei Zeitpunkten (Aufnahme und Entlassung) sowohl auf der Modellstation DAVID als auch auf der entsprechenden Station des Vergleichskrankenhauses erhoben (siehe Abb. 1). Geschulte Study-Nurses führen in allen beteiligten Abteilungen neben den routinemäßig erfassten Patientendaten weitere Assessments mit den Patienten durch.

Diskussion

Derzeit findet die Datenerhebung im Rahmen der Begleitforschung statt. Erste Ergebnisse sind voraussichtlich Ende 2016 zu erwarten. Bereits jetzt zeigt sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen, dass die betroffenen Patienten mit der (Neben-)Diagnose „Demenz“ und ihre Angehörige vom Konzept der Station DAVID profitieren – unter anderem durch die Fokussierung auf patientenorientierte Kriterien, wie eine verbesserte Versorgungsqualität und menschenwürdige Versorgung, eine stärkere Integration der Angehörigen sowie auch bessere Arbeitsbedingungen für das Personal. Sollten diese Aspekte auch durch die aktuelle wissenschaftliche Begleitforschung nachgewiesen werden können, dürfte das DAVID-Konzept auf das Interesse vieler stationärer Einrichtungen stoßen. Eine Verbreitung des Ansatzes würde nicht nur den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, sondern auch dem Personal unmittelbar zu Gute kommen. Durch die Einflechtung des Konzepts in die (ambulanten) Strukturen der nachsorgenden Versorgungseinrichtung kann zudem eine nachhaltige, qualitativ hochwertige sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit Demenz erreicht werden. <<

Zusammenfassung

In den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten wird in den Akutkrankenhäusern, insbesondere in deren internistischen Abteilungen, der Anteil an Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen drastisch zunehmen. Dies beeinflusst die Versorgungsqualität und zeigt sich unter anderem in erhöhtem Delir- oder Sturzrisiko für diese Patientengruppe. Das wissenschaftlich begleitete Modell der Station DAVID bietet Lösungsansätze, den besonderen demenzassoziierten Problemen und Risiken der betroffenen Patienten zu begegnen. Aus den Ergebnissen sollen Kriterien abgeleitet werden, die eine Umsetzung dieses Konzepts in andere Krankenhäuser ermöglichen.

Schlüsselwörter: Demenz, Innere Medizin, Versorgungsqualität, Krankenhaus

> Häusliche Palliativpflege

Vorausschauende Kommunikation: Unterstützung für Angehörige

NADINE LEXA

Der Großteil der Palliativpatienten möchte am liebsten bis zuletzt zu Hause leben. Angehörige versuchen, diesem Wunsch gerecht zu werden. Trotz eines guten Versorgungssystems durch Hausarzt, ambulanten Pflegedienst und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) kommt es dennoch häufig zu Krankenhauseinweisungen kurz vor dem Lebensende. Daher ist es wichtig, pflegende Angehörige in ihren Fähigkeiten zu stärken und ihnen Sicherheit in ihren Kompetenzen zu vermitteln, um ein „gutes“ Sterben zu Hause zu ermöglichen.



wichtig, Familie und Freunde schon im Vorfeld auf unterschiedliche Situationen vorzubereiten und mit ihnen durchzusprechen, wie sie sich beispielsweise bei einem Notfall verhalten können.

Palliativverantwortliche sollten zudem 24 Stunden erreichbar sein. Das kann den Angehörigen Sicherheit vermitteln: Im Notfall wissen sie, dass sie noch jemanden um Hilfe bitten können.

*„Vor allem in der Nacht. Es ist dunkel, und es ist einfach alles schlimmer. Da die Gewissheit zu haben, man könnte anrufen, wenn etwas ist. Das ist unglaublich wertvoll und wohltuend.“
(Pflegerische Angehörige)*

Der Sterbeverlauf ist nicht planbar. Allerdings gibt es einige formale Instrumente in der Vorsorgeplanung, die den Beteiligten zur Verfügung stehen. Dabei ist vorausschauende Begleitung hauptsächlich ein kommunikativer Prozess, in dem die Wünsche des Betroffenen gegenüber den begleitenden Personen rechtzeitig ausgesprochen werden. Die pflegerische Bezugsperson kann hierbei als Vermittler für alle Beteiligten fungieren. Grundsätzlich sollten immer der Wille und die Autonomie des Betroffenen die Grundlage aller Entscheidungen bilden.

Sicherheit durch Informationen

Wenn der Sterbende selbst keine Entscheidungen mehr für sich treffen kann

oder möchte, ist die Herausforderung für die Angehörigen besonders groß. Denn trotz vieler palliativer Angebote im ambulanten und stationären Bereich kommt es in den letzten Lebenstagen immer wieder zu unnötigen Krankenhauseinweisungen. Der Grund liegt häufig in mangelnden vorausschauenden Abstimmungen zwischen allen Beteiligten. Es ist daher wichtig, das Unausweichliche zu thematisieren und entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Viele Symptome wie beispielsweise starke Schmerzen, Unruhe und Atemnot können gleichzeitig und in unterschiedlicher Intensität auftreten. Angehörige sind damit überfordert, haben Angst, Fehler zu machen und womöglich am Tod des nahestehenden Menschen Schuld zu sein – die Folge ist eine Krankenhauseinweisung. Es ist daher enorm

Auf den Sterbeprozess vorbereiten

Der Tod eines nahestehenden Menschen ist trotz bester Vorbereitung immer schmerzhaft, und manchmal beginnt der Abschied nicht erst mit dem Tod, sondern viel früher. Denn wir alle wissen, auch wenn wir es manchmal verdrängen, dass der Tod nur selten plötzlich kommt, sondern sich oft ankündigt. Wir können heutzutage auf einen fundierten Erfahrungs- und Wissensschatz zurückgreifen und uns somit besser für die zu erwartenden Ereignisse am Ende des Lebens wappnen.

Deshalb wird der Bereich der vorausschauenden Kommunikation und Planung im Hinblick auf die Wünsche des Sterbenden immer wichtiger. Allerdings

besteht hierbei auch die Gefahr, alles planen zu wollen, wobei Individualität dann oft hintenanstehen muss. Die Planung soll den Angehörigen und dem Betroffenen Sicherheit geben, aber nicht zu einem bürokratisierten Sterben führen.

Das ACP-Programm

Vorausschauende Kommunikation sollte bereits sehr früh einsetzen und kann in manchen Konstellationen eine Patientenverfügung ersetzen. Erfahrungen aus anderen Ländern, die Patientenverfügungsgesetze haben, zeigen, dass der Einfluss dieser ohnehin marginal ist oder nur suggeriert, damit seien alle Probleme gelöst.

Weltweit finden unterschiedliche Instrumente und Programme Anwendung zu Advanced Care Planning (ACP). Ein Credo des breit angelegten Programms „Respecting Patient Choices“ (den Patientenwillen respektieren) in Australien trägt etwa den Titel „if your choices for healthcare are known, they can be respected“ (wenn Ihr Wille bekannt ist, kann er berücksichtigt werden). Die große Kunst besteht also darin, in einem kommunikativen Prozess Überlegungen anzustellen, zu diskutieren und zu dokumentieren. Ergebnisse von Studien zeigen, dass sich die Anzahl von Krankenhausweisungen am Ende des Lebens durch die Einführung des ACP-Programms deutlich reduziert hat. (Badger et al. 2009; Hockley et al. 2010).

Gerade Pflegende profitieren vom ACP-Programm, weil sie dadurch mehr Wissen aufbauen sowie Fähigkeiten und Sicherheit im Umgang mit Notfallsituationen und Symptomkontrolle am Ende des Lebens erlangen. Sie haben mehr Informationen und können besser mit Betroffenen sowie deren Familien und Freunden über deren Wünsche und Vorstellungen einer individuellen Versorgung diskutieren. Außerdem können sie vorausschauender pflegen und erkennen, in welchem Stadium des Sterbeprozesses sich der Betroffene befindet (Hockley et al. 2010). Die Kompetenz der Pflegenden in den Bereichen Wahrnehmung, Kommunikation und Beziehungsfähigkeit hat einen positiven Einfluss auf den Erfolg der ACP-Programme.

Rahmenbedingungen

In der häuslichen Versorgung wird der Betroffene in aller Regel von einer Be-

zugsperson begleitet. Die Pflegeperson ist Dreh- und Angelpunkt zu den anderen Beteiligten im Versorgungsprozess. Sie versucht, die Interessen des Sterbenden so gut es geht durchzusetzen und den Angehörigen in ihren Handlungen Sicherheit zu vermitteln. Durch die Kontinuität der Betreuung können Pflegenden eine vertrauensvolle Beziehung zu den Angehörigen aufbauen und Belastungsfaktoren frühzeitig erkennen. Pflegerische Bezugspersonen haben zudem ein großes Verständnis für die Situation, der ihnen anvertrauten Menschen und kommunizieren mehr als Ärzte mit den Familien. Aber für das Gelingen ist auch ein hohes Maß an interdisziplinärer und individueller Kompetenz des Behandlungsteams notwendig.

Vor dem Hintergrund von Palliative Care sind Mediziner, Seelsorger, Ehrenamtliche, Therapeuten und Angehörige wichtige Bestandteile des Teams. Sie sollten intensiv Informationen austauschen und die Qualität der Zusammenarbeit verbessern. Oftmals liegt es nicht am Willen der Akteure, sondern an kommunikativen Problemen und den entsprechenden „Eigenwilligkeiten“ der jeweiligen Berufsgruppe, wenn die vorausschauende Kommunikation nicht funktioniert.

Verschiedene Szenarien für Notfallpläne durchspielen

Es ist wichtig, die Wertvorstellungen der Betroffenen zu kennen, um eine würdevolle Begleitung bis zuletzt zu ermöglichen. Dazu stehen verschiedene formale Instrumente, die unter die Begrifflichkeit „Vorsorgeplanung“ fallen, zur Verfügung. Die offene, kontinuierliche, unabgeschlossene Kommunikation hat hierbei höchste Priorität – „Checklisten kommunizieren nicht“ (Wegleitner & Medicus 2012, S. 224). Kein einzelnes Dokument kann die Situation in ihrer Komplexität erfassen. „Notfallpläne“ für das Lebensende sind Instrumente, für die bereits im Vorfeld konkrete, sehr wahrscheinliche Szenarien thematisiert und entsprechende Vorbereitungen getroffen werden. Die zwei zentralen Fragen lauten:

- Wie können möglicherweise belastende Symptome behandelt werden?
- Wie gelingt es, eine unnötige Krankenhauseinweisung am Lebensende zu verhindern? Meist wird sie sogar gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt.

Für die Angehörigen ist es zum Beispiel eine große Entlastung, wenn Medikamente zur Therapie belastender Symptome schnell verfügbar sind und sie wissen, wie diese angewendet werden. Gerade in den letzten Tagen und Stunden kann zudem die regelmäßige Unterstützung eines vertrauten Hospizhelfers eine große Hilfe für Angehörige bedeuten. Ein offener Umgang mit Sterben und Tod als Teil des Lebens setzt nicht nur die Bereitschaft voraus, sich auf diese Fragen einzulassen, sondern auch die Bereitschaft, die Kunst des Sterbens anzuerkennen.

Vom Entscheiden-Müssen zum Entscheiden-Können

Autonomie ist ein zentraler Wert unseres Lebens und gewinnt gesamtgesellschaftlich an Bedeutung. Eine Entscheidung ist die Wahl zwischen Optionen. Diese Optionen müssen Menschen am Lebensende gründlich und dabei verständlich erklärt werden. Denn diese Entscheidungen sind existentiell und schwerwiegend und sie werden in komplexen Menschengeschichten bzw. Biografien zwischen den beteiligten Personen getroffen. An diesem Punkt ist jede Situation neu und muss individuell betrachtet werden, um eine gute Lösung für den Sterbenden zu finden.

Eine Pflegeperson, die zuhört und sagt: „Ich kümmere mich darum“, wäre für viele pflegende Angehörige eine große Unterstützung.

Unheilbar kranke Menschen sind meist in existenziellen Krisen. Sie können im Vergleich zu „normalen“ Kranken nicht alle Angebote vergleichen, um dann eines auszuwählen. Es hilft ihnen also nicht, wenn sie sich danach alleine entscheiden müssen: Sie und ihre Familien und Freunde fühlen sich überfordert, möchten oder können sich vielleicht auch gar nicht entscheiden, sind mit den bestehenden Möglichkeiten nicht einverstanden, oder es fehlen ihnen Informationen, um die Optionen zu überprüfen. Als Folge partizipieren sie nur scheinbar. Tatsächliche Autonomie und Entscheidungsfreiheit sind nicht vorhanden.

Alle Dokumente, und seien sie auch noch so gut durchdacht, müssen in ihrer Begrenztheit wahrgenommen werden. Es dürfen keine Entscheidungen gefor-

dert werden. Menschen, die sich nicht entscheiden können oder wollen, dürfen auf gar keinen Fall als Systemverweigerer hingestellt werden. Hinsichtlich ihres Lebensendes haben Betroffene Ängste und Wünsche oder lehnen vielleicht lebensverlängernde Maßnahmen bei Abnahme ihrer kognitiven Fähigkeiten und bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit ab. Manchmal können sie an Entscheidungen nur noch eingeschränkt oder gar nicht mitwirken – manchmal wünschen sie das auch einfach nicht.

Sensibler Umgang mit der Planbarkeit

Gerade in der Palliativpflege sollte genug Zeit sein, sich den Patienten aufmerksam zuzuwenden. Derlei Zuwendung und Fürsorge dürfen nicht im Rahmen von Rationalisierungen die Leistungen sein, auf die am ehesten verzichtet wird, weil sie sich schlecht messen lassen.

Erschöpfung und Überforderung Angehörigen

Frau S. pflegte über zwei Jahre lang ihren krebserkrankten Ehemann. Weder seine Kinder aus erster Ehe noch seine Eltern beteiligten sich an der Pflege oder unterstützten seine Ehefrau in anderer Form. Als sie eines Tages erfuhr, dass ihre Schwiegereltern sich bei anderen über sie beklagt hatten und ihr die Schuld an der Krankheit des Sohnes gaben, brach sie zusammen und rief – in einer Kurzschlussreaktion, wie sie selbst angibt – den Krankenwagen, der Herrn S. abholte. Nach einem kurzen Aufenthalt in einer Klinik wurde Herr S. in ein Hospiz entlassen.

Der Grund für die Krankenhauseinweisung von Herrn S. war nicht sein

schlechter Gesundheitszustand, sondern die Tatsache, dass seine Ehefrau an einem Punkt angelangt war, an dem sie schlichtweg nicht mehr konnte. Die hohe Belastung und Verantwortung, welche die tägliche Sorge um ihren Ehemann mit sich brachte, die fehlende Unterstützung der Familie, aber auch die soziale Isolation, waren alles Aspekte, die zu ihrer Erschöpfung beitrugen.

Emotionale, soziale, spirituelle, psychische und auch praktische Probleme der pflegenden Angehörigen sind häufige Gründe, weshalb es in einer „scheinbar“ ausweglosen Situation zu einer Krankenhauseinweisung kommt, „obwohl zumeist nur ein Ansprechpartner in einer persönlich nicht mehr überschaubaren Situation gesucht wird“ (Wiese et al. 2011, S. 6).

Hinzu kommt häufig die finanzielle Belastung. Denn die Kosten für die Betreuung eines sterbenden Menschen zu Hause sind nicht zu unterschätzen. Berufstätige pflegende Angehörige laufen Gefahr, ihren Arbeitsplatz langfristig zu verlieren und beträchtliche finanzielle Einbußen in Kauf nehmen zu müssen. Zudem werden für die häusliche Betreuung von den Kassen weniger Kosten übernommen als für Leistungen im Krankenhaus.

Aufgaben der Palliative Care

Es gehört zum Grundprinzip von Palliative Care, nicht nur die Bedürfnisse des Betroffenen zu beachten, sondern dafür zu sorgen, dass auch die Angehörigen und Pflegekräfte Unterstützung erhalten. Angehörige benötigen unter anderem einen Überblick über die verfügbaren Hilfsangebote, die verschiedenen Leistungserbringer und rechtlichen Grundlagen bezüglich finanzieller Un-

terstützung. Denn angesichts der Anforderungen durch die Pflege bleibt ihnen kaum Raum, sich wirklich mit der Situation auseinanderzusetzen, sich zu informieren und Hilfe zu suchen. Selbst das Personal im Gesundheitswesen fühlt sich oft alleine gelassen. Die Zeit fehlt, um sich wirklich auf die Patienten einlassen zu können.

Der weitere Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die pflegende Angehörige sowie ambulante Pflegedienste und Hausärzte bei der Versorgung von sterbenden Menschen zu Hause unterstützen, ist daher absolut notwendig. Dieser Ausbau der SAPV kann entscheidend dazu beitragen, dass mehr Menschen – wie von ihnen gewünscht – bis zuletzt zu Hause leben können. <<



Literatur

Badger, F., Clifford, C., Hewison, A. & Thomas, K. (2009) An evaluation of the implementation of a programme to improve end-of-life-care at home. *Palliative Medicine*, 23 (6), 502–511.

Hockley J., Watson J., Oxenham D., Murray S. (2010) The integrated implementation of two end-of-life-care tools in nursing care homes in the UK. *Palliative Medicine* 24 (8), S. 828–838.

Wegleitner K., Medicus E. (2012) Vorausschauende Betreuungsplanung in Palliative Care – Palliativer Behandlungsplan und ethischer Orientierungsrahmen. In: Wegleitner K., Heimerl K., Heller A. (Hrsg) *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Der Hospiz Verlag, Ludwigsburg, S. 220–238.

Wiese C., Vagts D., Kampa U., Pfeiffer G., Grom I., Gerth M., et al. (2011) Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. *Der Anaesthesist* 60 (2), S. 171–191.

Zusammenfassung

Gerade im Umgang mit unheilbar kranken Menschen gibt es viele Entscheidungen zu treffen. Vorausschauende Kommunikation kann dabei hilfreich sein, wenn es gelingt, zu den Betroffenen sowie zu den pflegenden Angehörigen vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Gleichzeitig muss vorausschauende Kommunikation als Prozess verstanden werden, in dem alle Beteiligten die Situation und den möglichen Umgang mit ihr reflektieren. Ein sensibler Umgang bedeutet, den Menschen die Möglichkeiten offen zu lassen, Teil dieses Prozesses zu sein und gerade den Betroffenen so viel Entscheidungsfreiheit zu lassen, wie sie wahrnehmen können und wollen. Wir können erraten, vermuten und hoffen, was uns am Lebensende erwartet: Der Anfang kennt jedoch das Ende nicht.

Schlüsselwörter: *Angehörige, zu Hause sterben, Lebensende, Palliative Care*

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, MAS, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, gelernte Krankenschwester, MAS Palliative Care, Autorin, Fachjournalistin, Lehrbeauftragte, Dozentin, Verfahrenspflegerin nach dem *Werdenfeller Weg*®, Auditorin bei PallCert und Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“

Kontakt: nadinelexa@gmail.com

› Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche

Die Bearbeitung von recherchierter Literatur

MELANIE MESSER

Der sichere Umgang mit Fachliteratur ist essenziell im Pflegestudium und im späteren Berufsleben. Auch bei einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger ist es wichtig, an zuverlässige und hochwertige Fachinformationen zu gelangen. Im fünften Teil der Serie steht die Frage im Vordergrund, wie man seine Rechercheergebnisse sichtet, eine Auswahl trifft und die Literatur auswertet.



Foto: contrastwerkstatt/Fotolia

Sie haben eine Recherchestrategie entwickelt und im Rahmen Ihrer Literatursuche eine Sammlung von Referenzen angelegt, die interessant erscheinen. Womöglich haben Sie diese bisher nur überflogen oder die Treffer ganzer Rechercheabfragen erst einmal ohne vertiefende Sichtung zusammengetragen. Dieses Vorgehen empfiehlt sich besonders dann, wenn Sie es mit größeren Mengen an Literatur bzw. Suchergebnissen aus Datenbankrecherchen zu tun haben (siehe Teil 4). Nun gilt es zügig die Publikationen zu identifizieren, die besonders relevant für Sie sind.

Ergebnisse sichten und eine Vorauswahl treffen

Zunächst einmal müssen Sie entscheiden, ob Sie gleich alle Referenzen im Volltext anschauen möchten, also beispielsweise den eigentlichen Zeitschriftenartikel. Alternativ könnten Sie auch zunächst eine Vorauswahl aus ihrer Sammlung anhand von Titel und Abstract der Publikationen treffen und sich dann nur mit ausgewählten Vollpublikationen beschäftigen. Bedenken Sie dabei, in Abhängigkeit der Anzahl der Referenzen, auch Ihre zeitlichen und

finanziellen Ressourcen. Doch unabhängig davon wie Sie sich entscheiden: Vergewissern Sie sich als erstes Ihren Rechercheauftrag mit der Zielsetzung und den Fragestellungen Ihrer Recherche (siehe Teil 1 und 3). Besonders hilfreich ist es, wenn Sie diese zu Beginn Ihrer Arbeit schriftlich dokumentiert haben. Wenn Sie mit einem Hilfsschema wie PICO, SPICE oder ECLIPSE gearbeitet haben (siehe Teil 3), können Sie hieraus einfach Ein- und Ausschlusskriterien für die Artikel definieren. Darüber hinaus bietet es sich evtl. an, zunächst doppelt vorhandene Referenzen, sog. Dubletten, auszusortieren, die durch die Recherche in verschiedenen Referenzdatenbanken entstanden sind. Bei der Nutzung eines Literaturverwaltungsprogramms ist hier die Unterstützung durch eine automatische Dublettensuche hilfreich.

Angenommen Sie haben sich dafür entschieden, erst einmal nur die Titel und Abstracts der Referenzen aus Ihrer Recherche zu sichten um eine Vorauswahl zu treffen. Schauen Sie sich jeden Titel und den dazugehörigen Abstract an und prüfen Sie anhand Ihrer Fragestellungen bzw. ihrer Ein- und Ausschlusskriterien, ob der Beitrag Ihre Anforderungen erfüllt. Stellen Sie beispielsweise fest, dass eigentlich eine andere Patientengruppe oder Intervention adressiert wird, als Sie suchen, können Sie die Referenz aussortieren. Am Ende dieses Arbeitsdurchgangs werden Sie die Zahl der Publikationen, die es als Volltext anzuschauen lohnt, erheblich reduziert haben.

Liegen Ihnen diese Volltexte dann vor, ist zu erwägen, ob Sie auch hier zunächst die Artikel wiederum anhand ihrer Kriterien zügig „durchscreenen“ und diejenigen selektieren die Sie weiterhin als relevant erachten. Schauen Sie sich beispielsweise hierfür selektiv die Fragestellung der Arbeit und die Methode an und überfliegen Sie den Ergebnisteil. Mitunter können Sie – falls nötig – auch zu diesem Zeitpunkt be-

reits eine erste inhaltliche Sortierung vornehmen und die relevanten Volltexte ggf. Ihren Fragestellungen oder Themenblöcken zuordnen. Wenn Sie mit einem Literaturverwaltungsprogramm arbeiten, können Sie alle diese Arbeitsschritte der Literatursortierung in Ihrer Datenbank vornehmen beispielsweise indem Sie die Referenzen in verschiedene Gruppen einsortieren. Doch einerlei ob Sie diesen Auswahlprozess per Hand vornehmen oder mit Hilfe eines Literaturverwaltungsprogramms, haben Sie abschließend die Studien und Beiträge ausgewählt, die zur Bearbeitung Ihrer Fragestellung tatsächlich relevant sind. Diese sind im nächsten Schritt vertiefend auszuwerten.

Literatur lesen und auswerten

Die Art und Weise wie Sie die Literatur weiter aufbereiten, bestimmt sich aus Ihrer Aufgabenstellung. Zu Beginn steht jedoch immer das gründliche Lesen der Publikation. Hierbei kann es hilfreich sein, zu exzerpieren d.h. bereits während des Lesens zu markieren und herauszuschreiben, was Sie wichtig finden. Auch beim Lesen und Exzerpieren sollte man zielgerichtet vorgehen und sich immer an der ursprünglichen Fragestellung orientieren. So ist es ein wesentlicher Unterschied, ob Sie in einer Publikation Antworten auf ganz bestimmte Fragen suchen oder ob Sie sich nur ganz allgemein in ein Thema einlesen möchten. Ein Exzerpt sollte folgende Angaben enthalten:

- die vollständigen bibliografischen Angaben des Volltextes
- Themen, die in dem Volltext adressiert werden

- zentrale Aussagen, die im Volltext zu dem jeweiligen Thema getroffen werden
 - ggf. wörtliche Zitate, die Ihnen besonders wichtig erscheinen
 - eigene Gedanken und Anmerkungen
- Wichtig dabei ist, die zentralen Aussagen möglichst in eigenen Worten zu formulieren und sie nicht einfach nur abzuschreiben. Sie könnten dann beispielsweise, mit entsprechendem Quellenverweis, auch in Ihrer Hausarbeit genutzt werden. Achten Sie unbedingt darauf, dass Sie Ihre Aussagen so aufbereiten, dass Sie diese auch noch nachvollziehen können, wenn einige Zeit verstrichen ist. Daher ist es oftmals besser, in ganzen Sätzen anstatt in Stichworten zu schreiben. Machen Sie wörtliche Zitate als solche kenntlich, um hier später Verwechslungen mit Ihren eigenen Aussagen und Gedanken zu vermeiden. Auch Exzerpte können, ganz nach Belieben, direkt in Literaturverwaltungsprogrammen angelegt oder auf Papier, Karteikarten oder auf dem Rand des jeweiligen Artikels festgehalten werden.

Darüber hinaus empfiehlt es sich, bereits beim Lesen schon erste Notizen zu machen, z.B. zu Thesen, Argumenten, Diskussionspunkten, neuen Erkenntnissen, Ansätzen für Problemlösungen, kontroversen Standpunkten und Widersprüchen in der Literatur, Lücken in der Forschung und der eigenen Einschätzung dazu. Wenn Sie beispielsweise eine argumentative Arbeit, wie eine Hausarbeit, verfassen, bilden diese Notizen eine wertvolle Grundlage bei der Erstellung des späteren Hauptteils der Arbeit.

Möglicherweise lautet Ihr Auftrag, strukturiert eine kritische Bewertung der gefundenen Studien vorzunehmen, wie es z.B. im Rahmen von Evidence Based

Nursing zentral ist. Für diesen Schritt existieren eigene Instrumente und Anleitungen, die es ermöglichen, für ganz unterschiedliche Studiendesigns Aussagekraft, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit einer Studie einzuschätzen (vgl. hierzu Behrens/ Langer 2010, Cochrane Deutschland 2016).

Literatur aufbereiten

Der letzte Schritt der Literaturrecherche ist das Gefundene aufzubereiten. Auch hier kommt es Ihnen zugute, wenn Sie Ihren Rechercheprozess gut organisiert haben. Legen Sie nun in strukturierter Weise die Erkenntnisse aus Ihrer Literaturrecherche dar. Verlieren Sie sich dabei nicht in der deskriptiven Darstellung einzelner Studien. Der „rote Faden“ Ihrer Arbeit bildet die Beantwortung der Fragestellung. Zu Beginn des Schreibprozesses lohnt es sich daher zu überlegen, wie Sie hierfür Ihre Argumentation aufbauen bzw. Themen zueinander in Bezug setzen möchten – erstellen Sie eine erste Gliederung. Als Grundlage für die inhaltliche Ausformulierung der einzelnen Gliederungspunkte können Sie dann auf Ihre Exzerpte und Notizen zurückgreifen. <<



Literatur

Behrens, J. /Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern u.a. Hans Huber

Cochrane Deutschland (2016). Literaturbewertung. <http://www.cochrane.de/de/literaturbewertung> (letzter Zugriff: 06.09.2016)

Zusammenfassung

Im Zentrum des Beitrags steht die Frage, wie man Rechercheergebnisse sichtet, eine Auswahl trifft und die Studien auswertet. Auch beim letzten Schritt der Literaturrecherche ist eine strukturierte Vorgehensweise zentral und bietet das Fundament für die spätere Darlegung der gewonnen Erkenntnisse. So gilt es zunächst aus dem Pool der potenziell relevanten Referenzen anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien eine Auswahl der tatsächlich relevanten Volltexte zu treffen. Das Lesen und Aufbereiten der gefundenen Literatur sollte anschließend mit Blick auf die zu bearbeitende Fragestellung erfolgen.

Schlüsselwörter: *Literaturrecherche, wissenschaftliches Arbeiten, Literaturverwaltung, Organisation, Exzerpieren*

Autorenkontakt:

Melanie Messer, M.A. Public Health/Pflegewissenschaft

Kontakt: melanie.messer@uni-bielefeld.de

Elternbegleitung in der Neonatologie

In Deutschland ist, ähnlich wie in anderen entwickelten Industrienationen, ein kontinuierlicher Anstieg an Frühgeburten (Geburtsgewicht < 1500g) zu beobachten. Die Versorgung findet in hochspezialisierten Perinatalzentren durch interprofessionelle Teams statt. Die Eltern der frühgeborenen Kinder durchleben in der postpartalen Phase eine Krisensituation, die mit Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst, Unsicherheit und Kontrollverlust verbunden ist. Professionelle Schulung und Information der Eltern kann sie elementar unterstützen, muss sich jedoch an realen Bedürfnissen der Eltern ausrichten.

Ziel einer qualitativen Studie war es, eine innovative Praxisinitiative in einer Klinik für Neonatologie zu evaluieren. Eltern von Frühgeborenen dieser Klinik erhielten von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Informationsangebote und wurden bei der Versorgung ihres Kindes beraten und angeleitet. Auch Unterstützung bei der emotionalen Bewältigung der Krisensituation wurde angeboten.

Um die Perspektiven der Eltern und der Pflegekräfte gegenüberzustellen, wurden sowohl fünf Interviews mit Eltern als auch sechs mit Elternberaterinnen durchgeführt.

Eltern und Pflegenden stimmten etwa darüber ein, dass die Mütter ihre Kompetenzen in der eigenständigen Versorgung ihres Kindes ausbauen wollten und dass aufklärende und beratende Gespräche eine dafür notwendige Wissensgrundlage vermitteln. Verschiedene Formate, wie Einzel- und Gruppenanleitungen, helfen beim Erwerb handlungspraktischer Fertigkeiten und ermöglichen zunehmend die Ausübung

der erwünschten Mutterrolle. Aus beiden Perspektiven wurde deutlich, dass die Mütter sich persönliche Wertschätzung und emotionale Zuwendung wünschen, um Vertrauen in die Pflegenden zu entwickeln.

Abweichende Ansichten zwischen Eltern und Pflegenden wurden beim tatsächlich empfundenen Vertrauen deutlich: Die Pflegenden setzen das Vorhandensein mütterlichen Vertrauens voraus. Die Eltern hingegen erleben auch häufig eine Verunsicherung durch die Bereitstellung von vielen Informationen und die Meinungen unterschiedlicher Professionen.

Die Autorin dieser Studie schlussfolgert, dass eine psychosoziale Elternberatung eine Unterstützung sein kann. Die Mütter werden von passiven Zuschauerinnen zu kompetenten und aktiven Gestalterinnen. Wichtig erscheint jedoch eine individuelle Einschätzung der Bedarfe und Bedürfnisse der Eltern, um die edukativen Angebote noch patientenzentrierter auszurichten.

Quelle:
Herzberg J (2016). Elternbegleitung in der neonatologischen Intensivversorgung – erste Erkenntnisse aus dem Vergleich der Perspektiven von Nutzerinnen und professionellen Akteurinnen. *Kinderkrankenschwester*. 35(7):256-259.

Kommentar



Diese nicht repräsentative Befragung von Müttern von Frühgeborenen und Elternberaterinnen dokumentiert die subjektiven Sichtweisen auf ein innovatives Beratungsangebot durch Pflegekräfte. Insbesondere die übereinstimmenden Ansichten über die Ziele der Elternberatung und die dafür notwendigen Voraussetzungen, zeigen, dass das Angebot im Wesentlichen die Bedürfnisse der Mütter adressiert. Die Differenzen etwa bei dem tatsächlich erlebten Vertrauen der Mütter in die Pflegenden (oder das Versorgungsangebot insgesamt) sind ein wichtiger Hinweis und Appell an eine kontinuierliche (Selbst-) Reflexion der Elternberaterinnen. Trotz der eingeschränkten Verallgemeinerbarkeit dieser Befunde, ist das hier beschriebene edukative Beratungsangebot durch Pflegekräfte ein wichtiger Impuls für die Verbesserung der Versorgung von Familien mit einem Frühgeborenen.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Dr. rer. cur. Antje Tannen**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: antje.tannen@charite.de

> Hygiene im Krankenhaus

Multiresistente Erreger

HARDY-THORSTEN PANKNIN

Multiresistente Erreger sind ein klinisch bedeutendes Problem: Allein in Deutschland erkranken nach Hochrechnungen pro Jahr 500.000-800.000 Menschen an Infektionen, die sie sich in Kliniken zugezogen haben, bis zu 15.000 sterben daran. Da stellt sich die Frage, ob die Vermeidung der Ausbreitung multiresistenter Erreger in der Intensivmedizin nicht auch eine Aufgabe in der Fachkrankenpflege sein kann.

Die Menschen werden dank des medizinischen Fortschritts immer älter. Somit steigt auch die Zahl von geriatrischen Patienten an, die häufig immungeschwächt sind. Auch die Anzahl mehrfach erkrankter Patienten nimmt zu, die sich im Krankenhaus mit multiresistenten Keimen häufiger infizieren. Die Synopsis in Abbildung 1 verdeutlicht diese Problematik. Antibiotika werden bei diesem Patientenklientel zehnmal häufiger verordnet als auf Normalstationen (Bergmans et al. 1997).

58% der Patienten einer hessischen chirurgischen Intensivstation wurden mit Antibiotika therapiert. Am häufigsten wurden dabei Cephalosporine, gefolgt von Penicillin in Kombination mit Beta-Lactamase-Inhibitor und Imidazolderivaten verwendet (Hartmann et al. 2004). Cephalosporine der zweiten Generation sind mit einem Anteil

von 15,1 % die häufigste angewendete Antibiotika-Klasse, die vor allem für die Prophylaxe im Rahmen chirurgischer Eingriffe verordnet wird. Die beiden Breitspektrum-Antibiotika-Klassen Fluorchinolone und Cephalosporine der dritten Generation machen einen Viertel aller Antibiotika-Anwendungen in deutschen Krankenhäusern aus. Diese Erkenntnisse hat jüngst die zweite nationale Prävalenzstudie über Krankenhaus-Infektionen in Deutschland und Antibiotika-Anwendung ermittelt (Behnke 2013).

So ist es auch nicht verwunderlich, dass die Antibiotika-Resistenz von Krankenhauserngergern gerade auf Intensivstationen ein weit verbreitetes Problem darstellt (Welte 2009; Engelmann et al. 2014; Hagel et al. 2015; Pletz et al. 2015).

Ausbreitung resistenter Bakterien

Ein unkritischer, wenig gezielter und langer Antibiotikaeinsatz ist der Hauptgrund für die Resistenzzunahme. Antibiotikaresistenz ist ein natürliches Phänomen, welches bei der Konkurrenz von Mikroorganismen um einen gemeinsamen Lebensraum oder Wirt auftritt (Darwin-Theorie), die Resistenzentwicklung wird jedoch durch den steigenden Einsatz von Antibiotika in der Human- und Tiermedizin beschleunigt und verstärkt.

Durch Antibiotika wird ein sehr hoher Selektionsdruck ausgeübt, der sowohl Entstehung als auch Ausbreitung resistenter Bakterien stark begünstigt. Unter Antibiotikaresistenz versteht man, dass ein Mikroorganismus die Fähigkeit erlangt, sich der wachstumshemmenden oder bakteriziden Wirkung einer antimikrobiellen Substanz zu widersetzen. Er wird gegen das Mittel resistent, das ihn eigentlich bekämpfen soll. Das kann entweder durch eine Spontanmutation oder durch die Übertragung eines Plasmids mit einem Resistenz-Gen von einem anderen Bakterium geschehen (Maclean 2010).

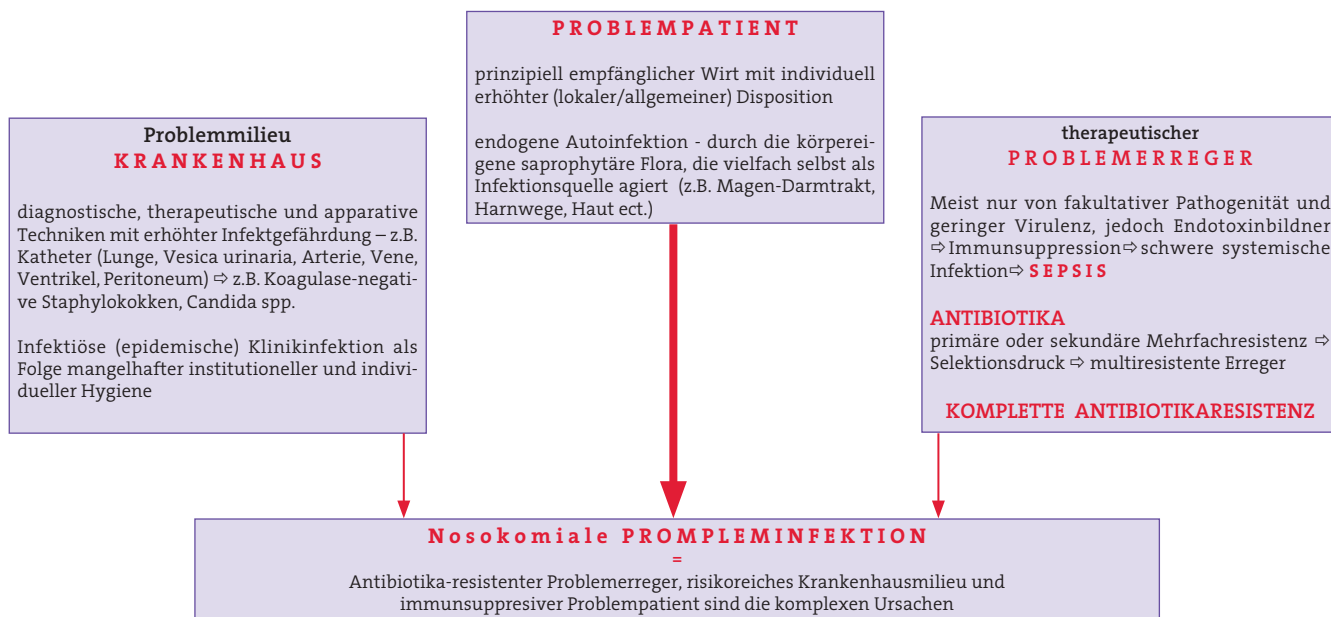


Abb 1. Ursachentrias der nosokomialen Probleminfektion (modifiziert nach Naumann 1981).

Quelle	Erreger	Ergebniss
DiazGranados et al. 2005	VRE vs. VSE	Patienten mit VRE-Sepsis zeigen eine fast 5-fach höhere Letalität als Patienten mit VSE-Sepsis Vancomycin-Resistenz ist unabhängiger Risikofaktor
DiazGranados & Jernigan 2005	VRE vs. VSE	Vancomycin-Resistenz führt bei Patienten mit einer Verminderung der Immunzellen zu erhöhter Sterblichkeit (63,6 % vs. 41,0 %)
Edmond et al. 1999	VRE vs. VSE	Erhöhung der Sterblichkeitsrate durch VRE um 37 % im Vergleich zu VSE
Cosgrove et al. 2002	MRSA vs. MSSA	Methicillinresistenz bei dem Bakterium Staphylococcus aureus ist assoziiert mit: einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes und signifikant höheren Kosten
Schwaber et al. 2006	ESBL vs. nicht ESBL	ESBL-Produktion hat einen signifikanten Einfluss auf: Sterblichkeitsrate, Aufenthaltsdauer, Erhöhung der Kosten
Sostarich et al. 2008	MRGNE vs. SGNE	Blutstrominfektionen durch MRGNE sind verbunden mit: erhöhter Sterblichkeitsrate (38 % MRGNE vs. 23 % SGNE), Verlängerung des Aufenthaltes auf Intensivstationen (12,4 Tage MRGNE vs. 5,8 Tage SGNE)

VRE: Vancomycin-resistente Enterokokken, VSE: Vancomycin-sensible Enterokokken, MRSA: Methicillin-resistenter S. aureus, MSSA: Methicillin-sensibler S. aureus, ESBL: erweitertes Spektrum an Betalaktamasen, MRGNE: multiresistente gramnegative Erreger, SGNE: sensible gramnegative Erreger

Tabelle 1. Veränderung des Outcome bei Sepsis durch multiresistente Erreger (Müller B. 2011).

Die Zunahme der Resistenz von Bakterien stellt ein globales Problem und eine Bedrohung der zur Verfügung stehenden Therapien dar (Abbildung 2).

Tabelle 1 zeigt eindrucksvoll die Veränderung des Therapieergebnisses bei Patienten mit Sepsis – als schwerste Form einer systemischen Infektion – durch multiresistente grampositive und gramnegative Erreger.

Tabelle 2 zeigt klinisch bedeutsame Resistenzen (Tominski et al. 2013) und Tabelle 3 zeigt Risikofaktoren für MRE auf (Welte 2009).

Resistente gramnegative Stäbchenbakterien werden zunehmend bei Klinikpatienten isoliert. Zusammengekommen sind sie inzwischen fast so häufig wie Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus-Stämme. Erhebliche klinische Probleme verursachen dabei besonders die ESBL-Bildner. ESBL steht für „extended spectrum beta-lactamase“ (Breitspektrum-Beta-Laktamase). Es handelt sich um eine Gruppe von Enzymen, welche Breitspektrum-Penicilline und Cephalosporine bis zur dritten und vierten Generation inaktivieren. Am häufigsten findet sich diese Form der Resistenz bei den Spezies Escherichia coli, sowie bei Klebsiella, Proteus und Enterobacter spp.

Die Daten aus der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) zeigen auch für Deutschland einen deutlichen Anstieg von Antibiotika-resistenten Erregern: Anteil von 4MRGN A. baumannii stieg

von 6,4 % (2008) auf 13,6 % (2011) an. Noch deutlicher fällt der Anstieg auf Intensivstationen aus (KRINKO 2012).

Risikofaktoren für eine nosokomiale Infektion

- Hospitalisierung für zwei oder mehr Tage in den letzten drei Monaten
- Bewohnen eines Alten- und Pflegeheims
- parenterale Therapie zu Hause (auch Antibiotika), was bedeutet, dass die Therapie unter Umgehung des Darmes erfolgt
- chronische Hämodialyse (Blutwäsche)
- Behandlung offener Wunden zu Hause
- Familienangehöriger, der mit multiresistenten Erregern befallen ist
- immunsupprimierende Erkrankung oder Therapie

Vermeidung von Antibiotikaresistenzen

Neue Antibiotika gegen multiresistente Erreger werden vermutlich in den nächsten 5 bis 10 Jahren nicht zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde ist es zwingend notwendig, die momentan noch wirksamen Reserveantibiotika wie Carbapeneme und Polymyxin-Derivate möglichst rational und zurückhaltend einzusetzen (Ruf & Kern 1999; Ruf & Lode 2001; Lode et al. 2013; Cross et al. 2008; Eggimann et al. 2001).

Um die Zielgenauigkeit von Antibiotika zu optimieren, wurde in einer Untersuchung von Gross et al. (2001) ein Managementprogramm entwickelt, mit dem die Verwendung einzelner Substanzklassen deutlich eingeschränkt wurde. Zwei verschiedene Strategien zur Verbesserung der Antibiotika-Verordnungen haben die Wissenschaftler verglichen:

- Empfehlungen eines Antibiotika-Managementteams, aus einem klinischen Pharmakologen und einem Arzt der Infektionsabteilung
- Empfehlungen ausschließlich von Infektionsspezialisten

Das Antibiotika-Managementteam war den Infektionsspezialisten deutlich überlegen. Antibiotika wurden deutlich häufiger angemessen eingesetzt und die primäre Heilungsrate der Infektionen war mit 64 % gegenüber 42 % signifikant höher.

Das Hospital Antibiotic Stewardship

Ein Hospital Antibiotic Stewardship (HAS) unter Beteiligung von verschiedenen Berufsgruppen eines Krankenhauses, wie Krankenhausapotheker, Infektiologen, Klinikhygieniker und Mikrobiologen, kann für die Patienten das bestmögliche klinische Behandlungsergebnis bei minimaler Giftigkeit (Toxizität) und mit möglichst günstigem Einfluss auf Resistenz-, Kosten- und Verbrauchsentwicklung erreichen

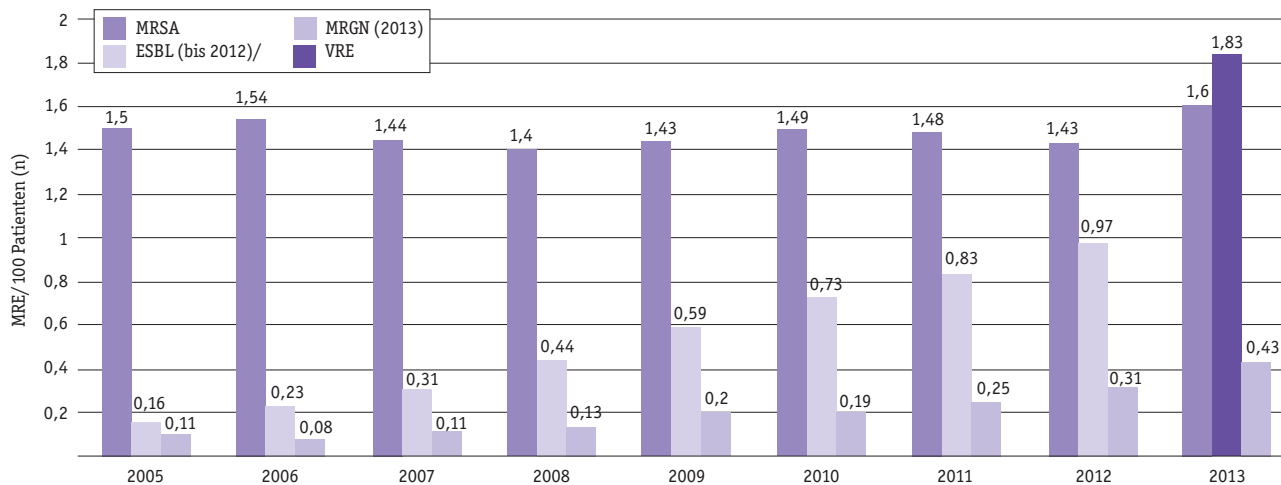


Abbildung 2: Gesamtprävalenz von multiresistenten Erregern (MRE) bei Patienten auf deutschen Intensivstationen in den Jahren 2005–2013. MRSA: methicillinresistentem *Staphylococcus aureus*, MRGN: multiresistente gramnegative Stäbchen, ESBL: Extended-spectrum-Beta-Laktamasen, VRE: Vancomycinresistente Enterokokken – Mit freundlicher Erlaubnis aus Bischoff et al. (2014).

(Abbildung 3; siehe Schatzmann 2014; Talpaert et al. 2011; de With 2009).

In Deutschland ist auch eine S3-Leitlinie zu Antibiotic Stewardship erschienen (de With et al. 2009, de With & Wechsler-Fördös 2015). In Tabelle 4 sind die Kernaussagen aufgezählt. Nach dem novellierten Infektionsschutz-Gesetz (IfSG) haben nun die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren auch sicherzustellen, dass Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs fortlaufend aufgezeichnet werden. Die lokale Resistenzsituation und sachgerechte Schlussfolgerungen – hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika – sind ebenfalls zu bewerten. Erforderliche Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes sind dem Personal mitzuteilen und müssen umgesetzt werden (Schweickert et al. 2014).

Interventionen bei multi-resistenten Erregern

Der Hauptübertragungsweg von MRE im Krankenhaus ist der direkte oder indirekte Kontakt. Die Hände des Personals und die eigenen Hände sind die wichtigsten Übertragungswege. Die wichtigste Maßnahme, um eine Übertragung zu verhindern, ist die Händedesinfektion (HD) vor und nach Patientenkontakt, vor aseptischen Tätigkeiten, nach Kontakt mit potenziell infektiösem Material und nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung.

Keimarme Einmalhandschuhe ersetzen die Händedesinfektion nicht! Sie fungieren als Barrieremaßnahme bei relevantem Kontakt (direkter Kontakt zum Patienten und Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung, wie Oberflächen und Gegenständen) und

zum Eigenschutz. In den neuen Empfehlungen der KRINKO zum Umgang mit MRSA werden Einmalhandschuhe nur noch zum Eigenschutz empfohlen (Kommission für Krankenhaushygiene 2014). Nach Ablegen der Handschuhe sollte eine Händedesinfektion erfolgen. Die Handschuhe selbst sind nicht sicher dicht, sodass eine Verschmutzung der Hände beim Ausziehen nicht ausgeschlossen werden kann (Kommission für Krankenhaushygiene 2012).

Ein Mund-Nasen-Schutz sollte bei möglicher Verschmutzung (Patient hustet oder niest und Tätigkeiten mit erhöhter Aerosolfreisetzung, wie endotracheales Absaugen, Intubieren, Wundversorgung) und ein langärmeliger Schutzkittel bei relevantem Kontakt sowie bei Reinigungsarbeiten getragen werden. Beide sollten nur einmal verwendet und direkt im Zimmer des

Problemkeime (Hospitalismuskeime)

„Problemkeime“ sind Bakterien, die schwer behandelbare Infektionen hervorrufen, häufig in Krankenhäusern	<ul style="list-style-type: none"> •• Methicillin-resistenter-<i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) •• Vancomycin-intermediärer sensibler (VISA) und -resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> •• Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), extended-spectrum-beta-Lactamase (ESBL)-produzierende Enterobacteriaceae (insbesondere <i>Klebsiella</i> spp. und <i>E. coli</i>) •• Carbapenemase-produzierende gramnegative Bakterien •• multiresistente (MDR) <i>Acinetobacter baumannii</i> •• multiresistente (MDR) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Resistente Stämme, die im klinischen Alltag an Bedeutung gewinnen	<ul style="list-style-type: none"> •• Ciprofloxacin-resistente <i>E. coli</i> •• Cotrimoxazol-resistente <i>E. coli</i>

Tabelle 2: Klinisch bedeutsame Resistenzen nach Tominski et al. (2013).

<ul style="list-style-type: none"> •• Antibiotische Vortherapie in den letzten 90 Tagen •• Hospitalisierung seit mindestens fünf Tagen •• Hohe Krankheitshäufigkeit durch multiresistente Erreger für die Region oder das Krankenhaus bekannt
--

Tabelle 3: Risikofaktoren für multiresistente Erreger nach Welte (2009).

- Etablierung eines interdisziplinären ABS-Teams (Mikrobiologe, Apotheker und Infektiologe)
- Anpassung der hauseigenen Therapierichtlinien an Empfehlungen/Leitlinien von Fachgesellschaften unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation
- Beachtung von Wechselwirkungen und Verträglichkeit/Nebenwirkungen
- rasche Diagnostik zur Resistenzerkennung
- Therapiedauer: so lange wie nötig, so kurz wie möglich
- keine Antibiotikaphylaxe über 24 Stunden im Rahmen einer Operation
- umfassende Schulungen für den Umgang mit und den Einsatz von Antibiotika sowie im Bereich Krankenhaushygiene
- Deeskalationstherapie, wenn möglich
- Umstellung auf orale Antibiotika, sobald wie möglich
- Kombinationstherapie nur dann, wenn erforderlich
- kein einseitiger Antibiotikaeinsatz
- Nutzung unterschiedlicher Substanzen, indikations- und patientenspezifisch, um weitere Resistenzselektion zu vermeiden

Tabelle 4: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus (de With et al. 2009)aus Pletz et al. 2015).

Patienten entsorgt werden. Bei MRSA sollte der Mund-Nasen-Schutz generell als Barrieremaßnahme bei Kontakt und Reinigung getragen werden (Kommission für Krankenhaushygiene 2014).

Regeln für den Umgang mit Patienten

Mit MRE besiedelte bzw. infizierte Patienten sollten in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Wenn die Einzelunterbringung nicht möglich ist, kann eine Kohortenisolierung (gemeinsame Unterbringung und Pflege von Patienten mit dem gleichen Erreger) erwogen werden. Bei 4MRGN sollte eine Zuordnung des Pflegepersonals zu kontaktisolierten Patienten erfolgen (Kommission für Krankenhaushygiene 2012). Wichtig ist der patientenbezogene Geräteinsatz (z.B. Stethoskop, Blutdruckmanschette, usw.). Vor Gebrauch bei anderen Patienten sollten Geräte und Materialien als Teil der Standardhygiene wischdesinfiziert werden. Eine strikte patientenbezogene Toilettenhygiene ist v.a. bei 4MRGN und VRE von besonderer Bedeutung. MRE-Patienten dürfen Besuch empfangen. Dieser soll durch das Stationspersonal in die Händedesinfektion und in Sicherheitsmaßnahmen eingewiesen werden.

Die als gesichert anerkannten klinisch-hygienische Maßnahmen, um Transmissionen bei multiresistenten Erregern auf Intensivpflegestationen zu vermeiden, sind in Tabelle 4 aufgelistet. Durch das gezielte Einhalten und Anwenden der Standardhygienemaßnahmen lassen sich die meisten Transmissionen

zwischen Patienten, aber auch Übertragungen auf das Personal, weitgehend vermeiden! Inwieweit dabei jede Einzelmaßnahme zum Erfolg beiträgt, ist nicht bekannt.

Dekontamination durch antibakterielle Waschungen

Chlorhexidin ist ein vor allem in den USA eingesetztes, überwiegend gut verträgliches Hautdesinfektionsmittel. Seit einigen Jahren wird es auch in Einmal-Waschtüchern eingesetzt. Es wurde nachgewiesen, dass tägliche Waschun-

gen mit Chlorhexidin das Risiko von Infektionen bei Patienten mit Gefäßkatheter mindern (O'Horo et al. 2012).

In einer weiteren Studie wurde der Einfluss der Chlorhexidinwaschungen auf die Akquisitionsrate von Vancomycin-resistenten-Enterokokken (VRE) untersucht. Die Akquisitionsrate war während der Waschphasen mit dem chlorhexidinhaltigen Produkt um 25 % geringer als während der Waschphasen mit nicht-antimikrobiellen Waschtüchern. Die Inzidenzrate der MRSA-Akquisitionen wurde zwar ebenfalls um 19 % gesenkt, dieses Ergebnis erreichte jedoch keine Signifikanz (Climo et al. 2013).

Nosokomiale Blutstrominfektionen wurden von 6,6 auf 4,78 Infektionsepisoden pro 1.000 Patientenliegetage gesenkt. Dies entsprach einer Absenkung um 28 %. Sekundäre Blutstrominfektionen wurden nicht reduziert. Bei Patienten mit primären Blutstrominfektionen zeigte sich eine deutliche Abhängigkeit des Effektes von der Liegedauer. Während sich in den ersten 6 Liegetagen noch kein signifikanter Effekt zeigte, sank die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenzrate) bei Patienten, die länger als 7 Tage auf der Station lagen im Vergleich zur Kontrollgruppe auf 0,69. Bei Patienten, die mehr als 14 Tage auf der Station lagen, sank sie auf 0,51. Von einer Signifikanz dieser Ergebnisse kann ausgegangen werden.

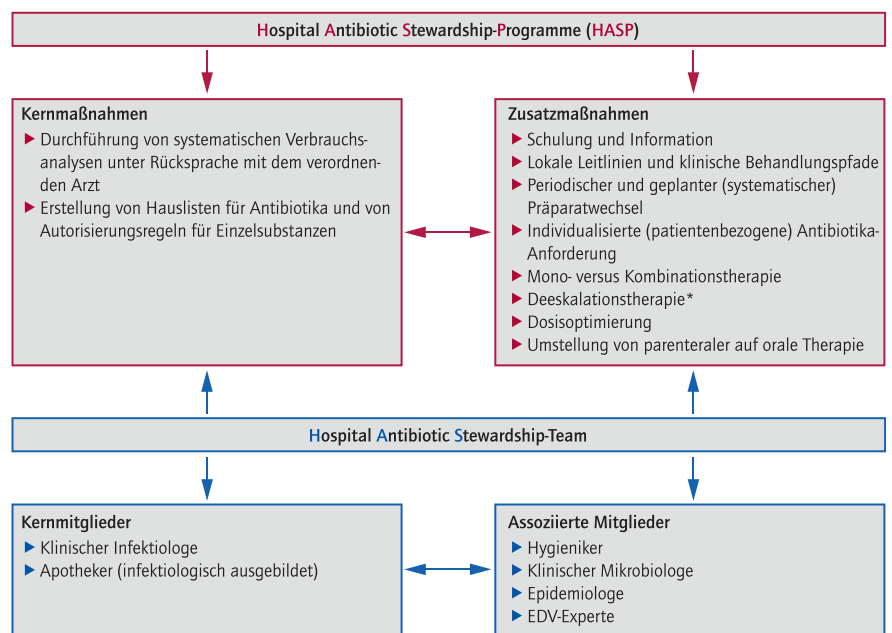


Abbildung 3: Aufbau von „Hospital-Antibiotic-Stewardship“-Programmen – modifiziert von de With (2009) nach Gerdemann et al. (2005). Deeskalationstherapie: Nach Ansprechen auf die erste Therapie, Umstellen auf weniger potente (orale) Präparate.

Die Rolle der Pflegekräfte in der Antibiotikatherapie

Während die Bedeutung einer individuellen Antibiotikaberatung durch ärztliche ABS-Experten heute allgemein anerkannt ist, wurde die Rolle der Pflegekräfte bei der Steuerung und Beurteilung des Erfolgs einer Antibiotikatherapie bisher stark vernachlässigt und unterschätzt. Dabei sind Pflegekräfte näher und kontinuierlicher mit dem Patienten in Kontakt als Ärzte. Klinische Veränderungen, z.B. das Ansprechen auf eine eingeleitete Antibiotikatherapie, nehmen sie als Erste wahr.

Eine US-amerikanische Veröffentlichung untersuchte kürzlich die Rolle der Pflegekräfte im Rahmen des Antibiotic Stewardship (Olans et al. 2016). Die Autoren prüften aktuelle Leitlinien-Empfehlungen zum ABS, die in den letzten Jahren von US-Medizinern, Epidemiologen, Hygienikern, Pharmazeuten und Pädiatern herausgegeben worden waren (American Society of Health-System Pharmacists 2013; Dellit et al. 2007, PIDS 2012). Dabei stellten sie fest, dass Pflegekräfte als mögliche Partner in solchen Programmen allenfalls am Rande erwähnt werden. Die Autoren sahen darin eine Diskrepanz zur klinischen Realität. Pflegekräfte sind in den meisten Kliniken, vor allem auf Intensivstationen, tagtäglich an der klinischen Beurteilung des Patienten in Bezug auf Infektionszeichen beteiligt. Sie nehmen mikrobiologische Laborproben ab, applizieren Antibiotika und nehmen auch als Erste das Auftreten von Nebenwirkungen wahr.

Informationsgewinnung bei der Patientenaufnahme

Bereits bei der Krankenhausaufnahme eines Patienten wird heute üblicherweise die Frage nach Risikofaktoren für eine Besiedlung mit resistenten Erregern gestellt. Diese Risikofaktoren umfassen eine kürzlich durchgeführte Antibiotikatherapie, einen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt, einen Auslandsaufenthalt oder eine frühere Besiedlung mit einem multi-resistenten Erreger. Meist übernimmt es die aufnehmende Pflegekraft, diese Fragen zu stellen, den Risikobogen auszufüllen und in der Krankenakte abzuheften. Falls sich aus den Antworten des Patienten eine Indikation ergibt, Abstriche auf re-

sistente Erreger abzunehmen, wird die aufnehmende Pflegekraft üblicherweise auch diese Aufgabe übernehmen. Dazu muss sie natürlich wissen, mit welchen Tupfern an welcher Körperstelle abzustreichen ist, welche Transportmedien verwendet werden und wie die Proben bis zum Transport ins Labor gelagert werden sollten.

Auch die Frage nach Allergien gehört zum Aufnahmeprozess. Die aufnehmende Pflegekraft hat an dieser Stelle eine hohe Verantwortung. Oft meinen Patienten, dass sie „allergisch“ gegen Penicillin sind, während in Wirklichkeit keine echte Allergie, sondern eine Unverträglichkeit (z. B. Übelkeit, Durchfall) besteht. Wird die Angabe des Patienten, er sei Penicillin-allergisch, unkritisch übernommen und in die Patientenakte eingetragen, so ergeben sich daraus für eine spätere Antibiotikatherapie meist

erhebliche Einschränkungen. Studien haben gezeigt, dass bei Patienten, deren Akte einen solchen Vermerk enthält, höhere Antibiotikakosten und höhere Gesamtkosten für den Klinikaufenthalt entstehen. Bei Patienten mit einem solchen Vermerk kommt es zudem häufiger zum Erwerb (multi-)resistenter Erreger während des Krankenhausaufenthaltes.

Auch die Übernahme früherer Warnvermerke aus älteren Krankenakten obliegt oft der Pflegekraft. An dieser Stelle ist es besonders wichtig, die Akten darauf zu überprüfen, ob bereits stationär eine Antibiotikatherapie durchgeführt, welches Antibiotikum angewandt und wie dieses vertragen wurde. Die Pflegekraft könnte an dieser Stelle einen Arzt auf erkennbare Diskrepanzen zwischen der Patientenaussage und der Dokumentation in der Akte aufmerksam machen

Abbildung 4: Mit freundlicher Erlaubnis AKTION Saubere Hände, Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité Universitätsmedizin Berlin



und ggf. eine Revision ursprünglicher Allergie-Aussagen herbeiführen.

Das richtige Timing für Probenabnahmen

Während die Abnahme von Blutkulturen üblicherweise eine Arztaufgabe ist, werden Abstrich-, Stuhl- und Urinproben meist vom Arzt angeordnet, jedoch von der Pflegekraft durchgeführt. Entscheidend ist dabei, dass die Kulturen zeitnah nach der Anordnung und vor dem Beginn einer Antibiotikatherapie abgenommen werden.

Das Verständnis für die Wichtigkeit dieses Timings muss bei Pflegekräften durch entsprechende Schulungen gestärkt werden. Wird der Zeitpunkt der Probenabnahme eher von der Zeitplanung der sonstigen pflegerischen Aktivitäten bestimmt, kann es vorkommen, dass sich ein Antibiotikum bereits im Blasenurin anreichert, bevor eine Harnprobe gewonnen wird. Das mikrobiologische Ergebnis fällt dann fast erwartungsgemäß negativ aus. Hieraus kann folgen, dass ein unnötig breit wirksames Antibiotikum appliziert wird. Auch die Abstrichtechnik ist extrem wichtig. Werden trockene Tupfer über ein trockenes Hautareal geführt, so werden meist keine Keime aufgenommen. Bei der Entnahme von Venenkatheterspitzen muss die Spitze mit einer sterilen Schere abgeschnitten und berührungsfrei in ein Röhrchen ohne Medium überführt werden. Auch dies übernimmt in der Regel die assistierende Pflegekraft.

Befunde richtig einschätzen

Eine wichtige Funktion des Pflegediens ist es, eintreffende mikrobiologische Befunde entgegenzunehmen und in ihrer Wichtigkeit einzuschätzen. Positive Blutkulturergebnisse, positive Abstriche auf resistente Erreger oder Nachweise pathogener Erreger werden vom Labor meist telefonisch an die Stationspflegekräfte durchgegeben.

Der nachfolgende Kommunikationsschritt zum zuständigen Arzt ist für das Infektions- und Hygienemanagement außerordentlich kritisch. Die Pflegekraft muss einschätzen können, dass beispielsweise ein positiver Liquor- oder Blutkulturbefund oder ein positives Ergebnis aus einem intraoperativen Abstrich eine andere Wertigkeit hat als ein Hautabstrich. Entsprechend ist der Arzt

sofort – auch wenn er nicht auf der Station ist – zu suchen und zu informieren. Andere Befunde haben unter Umständen Zeit bis zur nächsten Visite. Liegt eine Infektion bei dem Patienten vor und wird diese antibiotisch behandelt, so kann das Ansprechen auf die Therapie von der Pflegekraft am besten beurteilt werden. Auch mögliche Nebenwirkungen der Therapie fallen ihr frühzeitig auf und sollten dem Arzt zeitnah mitgeteilt werden.

Fazit

Ein erfolgreiches Antibiotic Stewardship ist nicht im Alleingang von Ärzten möglich. Das ABS stellt grundsätzlich immer eine Gemeinschaftsleistung verschiedener Berufsgruppen dar. Die Rolle der Pflegenden wurde dabei bisher unterschätzt und vernachlässigt. In der Praxis spielt sie dagegen eine große Rolle. Zukünftige Leitlinien sollten die Pflege stärker berücksichtigen. Ebenso wie Ärzte benötigen Pflegekräfte für diese verantwortungsvolle Aufgabe ein spezielles Training. Die Behandlungsqualität kann dadurch wesentlich verbessert werden.

Neuere Untersuchungen haben auch gezeigt, dass der derzeitige Personalbedarfsplan unter den gegebenen Hygienrichtlinien nicht ausreicht. Danach ist eine 1:1-Betreuung bei der Versorgung von intensivpflichtigen Patienten mit MRE unabdingbar (Kochanek et al. 2015; Daud-Gallotti et al. 2012).

Bei der Infektionsprävention wird dem medizinischen Personal ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das gilt beson-

ders für die hygienische Händedesinfektion als wichtigste Einzelpräventionsmaßnahme, um die Ausbreitung von Infektionserregern zu verhindern.

Abschließend muss aber auch betont werden, dass Krankenhausinfektionen durch MRE nur begrenzt reduziert werden können. Antibiotische Vorbehandlung und langer Krankenhausaufenthalt führen zu Veränderungen der Zusammensetzung der Haut- und Schleimhautflora, die die Entstehung solcher Infektionen fördern.

Nicht immer hängt der Verbrauch von Antibiotika mit der Resistenzrate zusammen! In-vitro-Studien zeigten, dass

1. erst ein kritischer Schwellenwert einer Antibiotikamenge überschritten werden muss, damit die Resistenzrate ansteigt,
2. unter gleichbleibendem Antibiotikaeinsatz die Resistenzraten trotzdem steigen können,
3. der Rückgang der Resistenzraten nach Reduktion der Antibiotikamenge langsamer erfolgt als deren Zunahme.

Eine signifikante Reduktion der Resistenzraten kann nur dann erreicht werden, wenn auch der Antibiotikaverbrauch signifikant reduziert wird (Austin, Kristinsson, Anderson 1999).

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Hardy-Thorsten Panknin,
Kontakt: E-Mail ht.panknin@berlin.de

Zusammenfassung

Effektive Eindämmung der globalen Ausbreitung von multiresistenten Erregern (MRE) kann nur durch gravierende Veränderungen in Landwirtschaft, Tierzucht und Gesundheitswesen mit zurückhaltender und möglichst gezielter Anwendung von Antibiotika erzielt werden. Eine gezielte Überwachung von Antibiotikaverbrauch und Resistenzentwicklungen wird empfohlen. Auch Empfehlungen zur Präparateauswahl sind Teil einer solchen Antibiotika-Überwachung, die inzwischen auch im novellierten Infektionsschutzgesetz berücksichtigt ist. Neue Antibiotika werden in den nächsten 10 Jahren nicht zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde ist es zwingend notwendig, die momentan noch wirksamen Reserveantibiotika möglichst rational und zurückhaltend einzusetzen. Gezielte Screeningmaßnahmen auf MRE und Isolierung als Expositionsprophylaxe mit ausreichend zur Verfügung stehenden Medizin- und Pflegefachpersonal sind im Kampf gegen die nosokomialen multiresistenten Erreger unabdingbar.

Schlüsselwörter: *Krankenhausinfektionen in der Intensivmedizin, multiresistente Erreger, Antibiotika, Hospital Antibiotic Stewardship, Screening, Präventionsstrategien*



**BACHELOR
PER FERNSTUDIUM –
OHNE ABITUR!**

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Sozialmanagement (B. A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Betrieblicher Gesundheitsmanager

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de Ein Unternehmen der Klett Gruppe



DY099



Ausbildung zum Heilpraktiker Psychotherapie

Bundesweite Prüfungsvorbereitungskurse, berufs begleitend in
nur 5 Wochenenden & HPP Abendkurse & Intensivkurse

Praxisorientierte Therapieausbildungen

Verhaltenstherapie (AVT, GSK), Systemische Therapie,
GPT nach Rogers, Hypnose, NLP

Fortbildungen

Betriebliches Gesundheitsmanagement, Stressmanagement,
Selbsterfahrung, Praxisgründung u.v.m.

HPP2GO

Ihr Spezialist unter den Heilpraktikerschulen

INSTITUT EHLERT

www.ehlert-institut.de

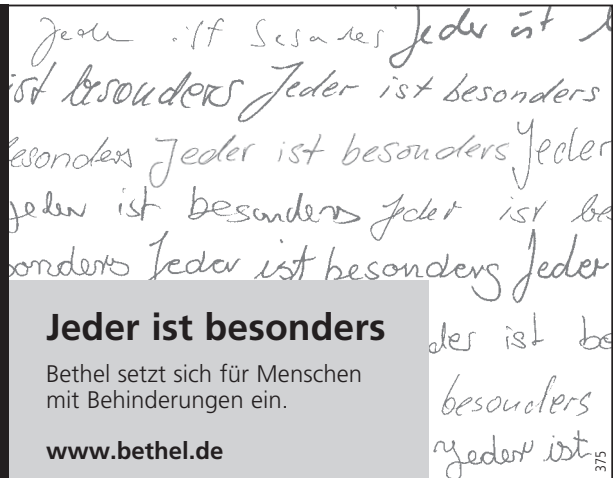
Tel: 02171 / 7 64 64 54

Bethel 

Jeder ist besonders

Bethel setzt sich für Menschen
mit Behinderungen ein.

www.bethel.de



Das Dominikus-Krankenhaus Berlin mit seinen Fachabteilungen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und internistische Intensivmedizin, Geriatrie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie Radiologie verfügt über 243 stationäre und 15 teilstationäre Betten. Unser Krankenhaus ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für unsere **interdisziplinäre Intensivstation** eine

Pflegerische Leitung (m/w)

Wir erwarten von Ihnen:

- eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege
- nach Möglichkeit eine mehrjährige Berufs- und Leitungserfahrung (auch stellvertretend) im Bereich der Intensivpflege
- nach Möglichkeit eine Weiterbildung zur Stationsleitung oder ein abgeschlossenes Studium im Bereich Pflege
- Durchsetzungsvermögen, Loyalität sowie die Fähigkeit, teamorientiert und konstruktiv mit allen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten
- ein lösungsorientiertes, innovatives und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln
- ein menschlich und fachlich überzeugendes Auftreten sowie die Fähigkeit, Mitarbeiter motivierend und zielorientiert in Veränderungsprozesse mit einzubeziehen
- die Identifikation mit den Leitgedanken unserer Einrichtung

Wir bieten Ihnen:

- ein attraktives Arbeitsumfeld in einer Abteilung mit einem sehr anspruchsvollen pflegfachlichen und medizinischen Niveau
- ein kooperatives und interdisziplinäres Team
- Certified Nursing Education (CNE) sowie ein attraktives Angebot an internen und externen Fort- und Weiterbildungen
- eine der Qualifikation entsprechende Vergütung nach AVR Caritas
- eine attraktive betriebliche Altersvorsorge

Rückfragen beantwortet Ihnen gerne unser Pflegedirektor, Herr Thomas Moser, unter der Telefonnummer 030/4092-536.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Dominikus-Krankenhaus Berlin-Hermsdorf GmbH

Personalabteilung • Kurhausstraße 30 • 13467 Berlin
oder auch gern per E-Mail: bewerbung@dominikus-berlin.de
www.dominikus-berlin.de



Der Anzeigenschluss für den Stellenmarkt der kommenden Dezember-Ausgabe ist am 21.11.2016.

Besuchen Sie uns auch im Internet auf www.kohlhammer-pflege.de
Hier erscheinen die Stellenanzeigen parallel zur Printausgabe.

Fordern Sie einfach unsere Mediadaten an!



Media-Service
0711 7863-7266
ivana.musa@kohlhammer.de

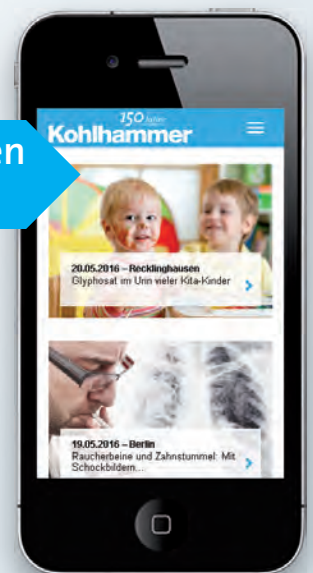
Hintergründe, Fakten, News ... Die Welt der Pflege auf einen Blick www.kohlhammer-pflege.de

Das Portal für Pflegende

Die Pflegezeitschrift als E-Paper

Auch auf Mobilgeräten bequem lesbar

- Tagesaktuelle News aus der Gesundheits- und Pflegebranche
- Monatlich wechselnde Schwerpunkte: Pro & Contra, Interviews, Portraits, Diskussionsthemen
- **Aktuelle Studien** der Pflegewissenschaft
- **Zertifizierte Fortbildungsmöglichkeiten** im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP)



HydroTherapy

Was wäre, wenn...
wir die Wundheilung
beschleunigen könnten?

NEU!

HydroTac®

Der hydroaktive Schaumverband
HydroTac® beschleunigt den
epithelialen Wundverschluss.^[2]
So ergänzt diese Innovation ideal
die reinigende Wirkung von
HydroClean® plus.

- Schneller epithelialer Wundverschluss
- Sicherer und schmerzärmer Verbandwechsel
- Feuchtigkeitsspendend
- Optimale Absorption

www.hydro-therapy.de

HydroTherapy
Wirksam. Und Einfach.^[1]



^[1]Humbert P., Falwe B., Véran Y., et al.: Protease-modulating polyacrylate-based hydrogel stimulates wound bed preparation in venous leg ulcers—a randomized controlled trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 28:1742-50 (2014) / Zöllner et al.: Biometric report on HydroTac (control) dated 6th June 2010
^[2]Smola H., Maier G., Junginger M., Kertel K., Smola S.: Hydrated polyurethane polymers to increase growth factor bioavailability in wound healing. Presented at the EORS Congress, 2014, Nantes / Smola H.: Stimulation of epithelial migration – novel material based approaches. Presented at EWMA Congress, 2015, London