

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Grußworte	Prof. Dr. Dr. M. Wannenmacher..... 2
Veranstalter 3
Einführung	<i>B. Lebert</i> 4
Programm am 28.2.2001 5
Programm am 1.3.2001 6
Programm am 2.3.2001 7
Referentenübersicht (A - K) 8
Referentenübersicht (L - Z) 9
 <u>28. Februar 2001</u>	
Vortrag	<i>Prof. Dr. A. D. HO</i> 10
Vortrag und Workshop	<i>Dr. phil. C. KAMINSKY</i> 11
Vortrag	<i>F. MERSI</i> 12
Vortrag und Workshop	<i>Pfr. Th. WIGANT</i> 13
Vortrag	<i>Dr .med. M. DUECK</i> 14
Vortrag und Workshop	<i>Dr. med. M. SCHRÖTER-KUNHARD</i> 15
Vortrag und Workshop	<i>Sr. K.-M. HANNE</i> 16
Übersicht Workshops am 28.2.2001	17
Workshop	<i>P. WECHSUNG</i> 18
Workshop	<i>E. HORNBURG</i> 19
Workshop	<i>Dr.med. M. KELLER</i> 20
Workshop	<i>Sr. A.-L. FACKLER</i> 21
Workshop	<i>W. SCHULTE</i> 22
Workshop	<i>R. SCHMITT</i> 23
Workshop	<i>V. KURZ-FEUERSTEIN</i> 24
 <u>1. März 2001</u>	
Vortrag und Workshop	<i>Dr.med. Ph. WASHINGTON</i> 25
Vortrag	<i>I. BOCK</i> 26
Vortrag und Workshop	<i>J. KRAUTH</i> 27
Vortrag und Workshop	<i>L.. ZIERBECK</i> 28
Vortrag	<i>M. KERN</i> 29
Vortrag und Workshop	<i>S. BORKER</i> 30
Vortrag	<i>A. GOLL-KOPKA od. B. SÜSSDORF</i> 31
Übersicht Workshops am 1.3.2001	32
Workshop	<i>M. KERN</i> 33
Workshop	<i>S. MOSTER</i> 34
Workshop	<i>Dr. H. HÄBERLE</i> 35
Workshop	<i>A. GOLL-KOPKA und B. SÜSSDORF</i> 36
 <u>2. März 2001</u>	
Vortrag	<i>H. DAHLHAUS</i> 37
Vortrag	<i>M. RENNO</i> 38
Vortrag	<i>A. JANDT</i> 39
Vortrag	<i>K. AURHAMMER</i> 40
Vortrag	<i>Ch. MÜLLER-FRÖHLICH</i> 41

Vorwort

Das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim ist stolz, dass es Geburtshelfer der mittlerweile etablierten und ausgesprochen anerkannten Fachweiterbildung Pflege des Tumorpatienten und schwerst chronisch Kranken war und heute quasi sein Pate ist. Die regelmäßig stattfindenden Fortbildungssymposien bereichern das Weiterbildungsangebot erheblich und machen deutlich dass ein großes Bedürfnis zur Fort- und Weiterbildung und zum Erfahrungsaustausch bei den Pflegerinnen und Pflegern besteht.

Das zwölfte Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege hat sich wieder einem anspruchsvollen Thema gewidmet der Pflege von Krebspatienten in der Terminalphase. Nicht allein die physische Belastung der Pflege schwerst kranker Menschen vor allem die psychische Belastung muss vom Pflegenden bewältigt werden. Dafür soll mit Vorträgen und Workshops inhaltliche, methodische und didaktische Empfehlungen gegeben werden. Auch dieses Fortbildungssymposium wird die Krebskrankenpflege erheblich bereichern.

Prof. Dr. Dr. M. Wannemacher

Sprecher des Lenkungsausschusses

des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim

Veranstalter

Veranstalter:

Universitätsklinikum Heidelberg

Pflegedirektorin Hildegard Hütter-Semkat

Symposiumsleitung:

Burkhard Lebert

Leiter der Fachweiterbildung

Pflege des krebserkrankten,
chronisch kranken Menschen

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Monika Keller

Leitung der Psychosozialen Nachsorgeeinrichtung

Prof. Dr. med. Thomas Lehnert

Leiter der Sektion Chirurgische Onkologie

Pfarrer Thomas Wigant

Katholischer Klinikseelsorger



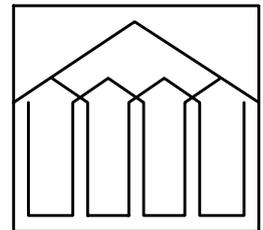
Schirmherrschaft:

Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim

Prof. Dr. Dr. Michael WANNENMACHER

Sprecher des Lenkungsausschusses

Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim



Anerkennung:

European Oncology Nursing Society

Das 12. Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege
ist anerkannt von der European Oncology Nursing Society
(EONS).



Einführung

"Leben bis zuletzt..." - Herausforderungen für die Pflege

In der Onkologie ist der Begriff "Leben" vielfältig belegt. Die "*Über-Lebens-Zeit*" zählt nach wie vor als Erfolgskriterium von adäquaten Therapien, mit der *Lebensqualität* wird der Einfluss der Therapie auf das verbleibende Leben gemessen und als das "*Leben mit Krebs*" wird von Selbsthilfegruppen provokativ die Zeit postuliert, die sich nach der Mitteilung der Diagnose einstellt. Damit möchte man weg kommen von dem Stigma, dem die Krankheit Krebs anhaftet wie Leiden, Schmerzen, Siechtum und qualvoller Tod, womit die Ängste in der Bevölkerung vor dieser Erkrankung erklärt werden.

Nicht jede Krebsart führt zum baldigen Tod, aber viele Menschen sterben an Krebs, wie das statistische Bundesamt belegt. Jährlich sind es 218000 Menschen in Deutschland, das ist der 2. Platz in der Todesursachenstatistik. Nach Schätzungen sterben 70 % davon in Krankenhäusern, also ist dies ein Thema, das wir nicht verleugnen können.

Was heißt dann "Leben" im Hinblick auf das Wissen, dass das Leben begrenzt ist?

Erich Fried hat dies 2 Jahre vor seinem Tod folgendermaßen umschrieben:

*"In der letzten Zeit vor meinem Tod könnte ich manchmal fast glauben,
daß es die erste Zeit meines Lebens sei.
Aber das wäre ein Irrtum."*

Dieses Symposium will sich mit Sterben, Tod und Trauer als individueller Prozess mit ethischen und organisatorischen Grenzfragen beschäftigen. Die Pflege und Betreuung sterbender Menschen sowie deren Umfeld wird dabei im Besonderen reflektiert und die Konsequenzen für alle Beteiligten erörtert.

Burkhard Lebert

Fachlicher Leiter der Weiterbildung

Pflege des krebskranken, chronisch kranken Menschen

Universitätsklinikum Heidelberg

Programm

Mittwoch, 28. Februar 2001

9.00 - 9.15 Uhr	<i>Begrüßung</i>	Michael WANNENMACHER
	<i>Musikalischer Auftakt</i>	Christine HÖGL
	<i>Einführung in das Symposium</i>	Burkhard LEBERT

"LEBEN BIS ZULETZT..." - INTERDISZIPLINÄRER DISKURS

Vorsitz: Axel DOLL

9.30 - 11.00 Uhr		
	Leben nach Chemotherapie	Anthony D. HO
	Selbstbestimmung durch Patientenverfügung?	Carmen KAMINSKY
	Seelische Konflikte Pflegender bei der Betreuung Sterbender	Florian MERSI
	Ethikkonsil als Raum der Entscheidungsfindung	Thomas WIGANT

11.00 - 11.30 Uhr ***P a u s e***

11.30 - 13.00 Uhr		
	Möglichkeiten und Grenzen der chirurgischen Palliation	Margret DUECK
	Nahtoderfahrungen-als Thema am Sterbebett?	M. SCHRÖTER-KUNHARDT
	Was kann ich tun, wenn ich nichts mehr tun kann?	Katharina-Maria HANNE

13.00 - 14.30 Uhr ***M i t t a g s p a u s e***

14.30 - 17.00 Uhr	WORKSHOPS	(Übersicht auf Seite 17)
-------------------	------------------	--------------------------

17.00 - 17.15 Uhr ***P a u s e***

17.15 - 18.00 Uhr
MUSIKALISCHER AUSKLANG DES TAGES

Eigene Kompositionen zur Harfe	Christine HÖGL
--------------------------------	----------------

Programm

Donnerstag, 1. März 2001

"LEBEN BIS ZULETZT..." - PFLEGEPRAKTISCHE ASPEKTE

Vorsitz: Wolfgang SCHULTE

9.00 - 10.30 Uhr

Schmerztherapie krebskranker Menschen
in der Terminalphase

Phoebe WASHINGTON

"Ein Indianer kennt keinen Schmerz" oder
von der (Un) Fähigkeit zu trauern.

Irene BOCK und
Stefan MOSTER

"Ich möchte da am liebsten gar nicht reingehen..."
Wie können Auszubildende bei der Betreuung
sterbender Menschen angeleitet und unterstützt werden?

Jürgen KRAUTH

10.30 - 11.00 Uhr

Pause

11.00 - 13.00 Uhr

Ernährung schwerst kranker Menschen

Siegfried BORKER

Schmerzarme Bewegung Sterbender

Lutz ZIERBECK

Sexualität und Zärtlichkeit -
ein Thema für die Sterbebegleitung?

Martina KERN

Zum Umgang mit den eigenen Belastungen

Andrea GOLL-KOPKA
und Birgit SÜSSDORF

13.00 - 14.30 Uhr

Mittagspause

14.30 - 17.00 Uhr

WORKSHOPS

(Übersicht auf Seite 32)

Programm

Freitag, 2. März 2001

"LEBEN BIS ZULETZT..." - INSTITUTIONELLER RAHMEN

Vorsitz: Alrun SENSMEYER

9.30 - 11.00 Uhr

Auseinandersetzung mit dem Tod
aus der Sicht eines Patienten

Karin STEINER

Abschied nehmen
mit Unterstützung der Brückenpflege

Hildegund DAHLHAUS

Menschenwürdiger Beistand
beim Sterben zu Hause

Martin RENNO

Rituale des Abschieds im Pflegeheim

Andrea JANDT

11.00 - 11.30 Uhr ***Pause***

11.30 - 13.00 Uhr

DEBATTE zum Thema:

Moderation: Birgit TRIERWEILER-HAUKE

Brauchen wir eine Palliativstation?

Klaus AURNHAMMER und

Christa MÜLLER-FRÖHLICH

Posterprämierung

Hildegard HÜTTER-SEMKAT

Musikalischer Ausklang

Sarah GERHARDT

Verabschieden

Burkhard LEBERT

Referenten

AURNHAMMER	Klaus	Krankenpfleger, Dipl.-Theol.	St. Michael-Krankenhaus Völklingen
BOCK	Irene	Lehrerin für Krankenpflege	Universitätsklinikum Heidelberg
BORKER	Siegfried	Krankenpfleger; cand. Dr. rer. medic.	Osnabrück
DAHLHAUS	Hildegund	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege	Universitätsklinikum Heidelberg; Brückenpflege
DOLL	Axel	Fachkrankenschwester zur Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch kranken	Humboldt- Universität Berlin
DUECK	Margret	Dr. med.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg;
FACKLER	Sr. Anna Lioba	Lehrerin für Krankenpflege	Hospiz Louise Heidelberg
GOLL-KOPKA	Andrea	Dipl. Psych; Tanztherapeutin; Familientherapeutin; Psych. Psychotherapeutin;	Heidelberg
HÄBERLE	Heidi	Dr. rer. pol.; MA; Psych. Psychotherapeutin; Familientherapeutin	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung;
HANNE	Sr. Katharina- Maria	Dipl. Pflegepädagogin; Krankenschwester, Kinderkrankenschwester;	Hospiz Luise Hannover
HO	Anthony D.	Prof. Dr. med.	Ärztlicher Direktor der Universitätspoliklinik Heidelberg
HÖGL	Christine		Owingen / Bodensee
HORNBURG	Elisabeth	Betreuungsschwester	Heidelberg
HÜTTER-SEMKAT	Hildegard	Pflegedirektorin	Universitätsklinikum Heidelberg
JANDT	Andrea	Fachkrankenschwester zur Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch kranken	St. Marienhaus Freiburg e. V.
KAMINSKY	Carmen	Dr. phil.	Philosophische Fakultät der Universität Düsseldorf
KELLER	Monika	Dr. med. ; Fachärztin f. Psychotherapie;	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung;
KERN	Martina	Krankenschwester;	Pflegerische Leitung Zentrum Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn;
KRAUTH	Jürgen	MPA; Lehrer für Pflegeberufe	Universitätsklinik Heidelberg; Schwesternschule;
KURZ-FEUERSTEIN	Verena	Bestatterin und Tanatopraktikerin	Bestattungshaus Kurz-Feuerstein

Referenten

LEBERT	Burkhard	Lehrer für Pflegeberufe	Universitätsklinikum Heidelberg; Fachweiterbildung Pflege des krebskranken, chronisch. kranken Menschen;
MERSI	Florian	Fachkrankenpfleger für die Pflege des Tumorpatienten und schwerst- chronisch Kranken; Stationsleitung	Universitätspoliklinik Heidelberg
MOSTER	Stefan	Lehrer für Pflegeberufe; Supervisor i. A. (EAS)	Universitätsklinikum Heidelberg Krankenpflegeschule
MÜLLER-FRÖHLICH	Christa	Lehrerin für Pflegeberufe	Universitätsklinikum Freiburg; Fachweiterbildung Pflege des Tumorpatienten und schwerst- chronisch Kranken;
REITH	Anja	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
RENNO	Martin	Fachkrankenpfleger für Intensivpflege	Pflegedienst Sonnenschein Wilhelmsfeld
SCHMITT	Ralf	Krankenpfleger	Universitätsfrauenklinik Heidelberg
SCHRÖTER- KUNHARTD	Michael	Dr. med.	Neurologisch-psychiatrische Praxis, Mosbach
SCHULTE	Wolfgang	Lehrer für Pflegeberufe	Universitätsklinik Heidelberg Personalrat
SENSMEYER	Alrun	Dipl. Pflegewirtin	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
SÜSSDORF	Birgit	Tanz- und Bewegungstherapeutin	Universitätsklinikum Heidelberg Psychosomatische Klinik Abt. für Med. Psychologie
TRIERWEILER- HAUKE	Birgit	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
WANNENMACHER	Michael	Prof. Dr. Dr. med.	Ärztlicher Direktor der Radiologischen Universitätsklinik Heidelberg; Sprecher des Lenkungsausschusses des Tumorzentrums HD / MA;
WASHINGTON- DORADO	Phoebe	Dr. med.; Schmerztherapeutin;	Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg; Schmerzambulanz;
WECHSUNG	Petra	Soz. grad.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung;
WIGANT	Thomas	Pfarrer	Universitätsklinik Heidelberg; Klinikseelsorge;
ZIERBECK	Lutz	Krankenpfleger; Kinästhetik Trainer; Erwachsenenbildner;	Basel

Vortrag

Leben nach Chemotherapie - Grenzen und Möglichkeiten der Chemotherapie

Prof. Dr. med. A. D. Ho

José Carreras und Ted Kennedy sind zwei der glänzenden Beispiele dafür, dass das Leben nach Chemotherapie lebenswert ist. Bei einigen Krebsarten kann die Behandlung mit Zytostatika tatsächlich lebensrettend sein. In unserer Abteilung haben wir kürzlich eine Studie über die langfristige Lebensqualität bei 324 Patienten nach Hochdosis-Chemotherapie durchgeführt. Patienten mit Leukämien und Lymphomen haben durchaus dauerhafte Remissionen und lebenswerte Zeit. Die meisten werden wieder berufstätig und ins vorherige Sozialumfeld eingegliedert. Gerade bei den häufigsten Krebsarten sind die Langzeitergebnisse der Chemotherapie weniger ermutigend. Ansprechraten von weniger als 30 % sind keine Seltenheit und meist von kurzer Dauer. Chemotherapie ist oft assoziiert mit vielen Nebenwirkungen und initial mit dem Verlust an Lebensqualität. Eine Befragung über die Akzeptanz chemotherapeutischer Behandlung bei folgenden fünf Gruppen: 1) Krebspatienten, 2) onkologische Krankenschwestern, 3) Onkologen, 4) Hausärzte, 5) gesunde Vergleichspersonen haben gezeigt, dass Tumorpatienten fast jeden "Strohalm" ergreifen würden. Im Durchschnitt sagen die Tumorpatienten: auch wenn nur 1 % Wahrscheinlichkeit einer Heilung besteht, wären sie bereit, eine sehr belastende Behandlung durchführen zu lassen. Die Onkologen, die gemeinsam mit den Patienten die Entscheidung zur Chemotherapie treffen müssen, liegen in ihrer Antwort den Patienten am nächsten. Die Pflegekräfte, die am meisten mit den Nebenwirkungen und dem Verlust an Lebensqualität der Patienten konfrontiert werden, lehnen eine Therapie zu einem hohen Prozentsatz ab. Aus dieser Untersuchung wurde deutlich, wie schwer es ist, eine "gute" oder "richtige" Entscheidung zu treffen.

Wir müssen uns mit Offenheit und Sensibilität gemeinsam mit Patient und Angehörigen folgenden Fragen widmen:

- Wie ist der Patient aufgeklärt worden?
- Weiß er, dass keine Heilungsaussichten mehr bestehen?
- Welches Signal geben wir dem Patienten?
- Ist es unsere Hauptaufgabe, die Krankheit gemeinsam und mit allen Mitteln zu bekämpfen?
- Ist das gemeinsame Ziel die Planung von Wochen, Monaten und evtl. Jahren?
- Wird die Familie besser mit dem bevorstehenden Leben zurechtkommen, wenn wir eine jetzige "Lebenslüge" anbieten?

Die Beantwortung dieser Fragen entscheidet darüber, wie der Patient diese neue Lebenssituation bewältigen kann und wie er in dieser Lebensphase, die durch Unsicherheit, Angst, Wut und Verzweiflung geprägt ist, zurecht kommt. Respekt vor der Autonomie und Integrität des Patienten soll unsere Leitschnur im alltäglichen Umgang sein. Die Auseinandersetzung mit den obigen Fragen setzt nicht nur Fachkenntnisse in der Medizin voraus. Kompetenz in Ethik und Kommunikation ist gleichermaßen erforderlich, und Zusammenarbeit zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal ist unabdingbar.

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Selbstbestimmung durch Patientenverfügung?

Dr. Carmen Kaminsky

Jede medizinische und pflegerische Behandlung eines Patienten darf nur dann durchgeführt werden, wenn der Patient dieser Behandlung zustimmt. In den meisten Fällen ist dies unproblematisch: Patienten können sagen, welche Behandlung sie annehmen wollen und welche nicht. Sie können und sollen darüber selbst bestimmen. Schwierig wird es allerdings z.B. dann, wenn Patienten sich nicht (mehr) äußern können. Die vorsorgliche Patientenverfügung kann diese Schwierigkeit in vielen Fällen überwinden. Sie unterstützt Pflegende und Ärzte dabei, den mutmaßlichen Willen eines Patienten zu entdecken. Im Vortrag stelle ich dar, inwieweit Patienten mit dem Mittel der vorsorglichen Patientenverfügung über die Art und Weise ihrer Behandlung selbst bestimmen können. Darüber hinaus zeige ich, welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten für die Pflegekräfte und Behandlungsteams beim Umgang mit Patientenverfügungen entstehen.

Insgesamt geht es in dem Vortrag also um den Zweck von Patientenverfügungen sowie um die Chancen und Probleme beim konkreten Umgang damit.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag

Seelische Konflikte Pflegender bei der Betreuung Sterbender

Florian Mersi

Der pflegerische Alltag auf einer hämatologisch-onkologischen Station einer Uniklinik ist geprägt durch die Betreuung von Patienten vor, während und nach (Hochdosis)Chemotherapie und evtl. anschließender Blutstammzelltransplantation mit kurativer Zielsetzung.

Es befinden sich jedoch nicht selten mitten in diesem hektischen Alltag Patienten, die unter palliativen Aspekten behandelt werden und solche, deren letzte Lebensphase begonnen hat.

So entstehen bei den Pflegenden seelische Konflikte, ausgelöst durch

- persönliche Betroffenheit
- Zeitmangel
- fehlende Räumlichkeiten
- differierende Vorstellungen zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen und dem Personal bezüglich der Gestaltung der letzten Lebenszeit
- scheinbar unerfüllbare Wünsche der Betroffenen/der Angehörigen
- etc.

Auf diese und etliche weitere Konflikte , auslösende Situationen und Möglichkeiten, mit solchen Konflikten umzugehen, wird im Vortrag näher eingegangen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Ethik-Konsil als Raum zur Entscheidungsfindung

Pfr. Thomas Wigant

Die meisten in der Patientenversorgung Tätigen haben schon Situationen erlebt, in denen es schwierig war, die richtige Entscheidung zu treffen bzw. mitzutragen. Solche Situationen können z. B. auftreten durch neue Therapiemethoden, intensivierte Medizintechnik, Konflikte zwischen Behandelnden und Patienten/Angehörigen, sowie durch Konflikte zwischen Behandelnden untereinander.

Um dem wachsenden Bedarf nach Hilfestellung in ethischen Konfliktsituationen bei der Patientenversorgung im klinischen Bereich gerecht zu werden, hat sich auf Anregung der Klinikseelsorge am Heidelberger Uniklinikum (ausgehend von MitarbeiterInnen der Medizinischen Klinik und der Kinderklinik) der interdisziplinäre **Arbeitskreis „Ethik-Konsil“** gegründet. Zugleich besteht Kontakt zu Arbeitsgruppen an anderen Kliniken (z. B. Freiburg, Marburg, Göttingen), um gemeinsam Modelle angewandter Medizinethik zu erarbeiten.

Ein **Ethik-Konsil** bietet die Gelegenheit, mit anderen über problematische Situationen und ggf. über Alternativen und Lösungsmöglichkeiten zu sprechen und nach einem Konsens zwischen den Beteiligten zu suchen.

Wie jede Form der Beratung basiert auch ein **Ethik-Konsil bzw. Ethik-Beratung** auf dem Prinzip der Freiwilligkeit.

Richtschnur eines derartigen Beratungsgeschehens sind Leitlinien ethischer Reflexion im Gesundheitswesen, wie Achtung der Menschenwürde, Patientenautonomie, Fürsorgepflicht der Behandelnden, Schadensvermeidung, Gerechtigkeit und Fairness, Wahrhaftigkeit und Verschwiegenheit. Den Ratsuchenden werden in **Akutsituationen** und zur **Reflexion** problematischer Vorfälle folgende Entscheidungshilfen angeboten:

- Ein offenes Gespräch im interdisziplinären Rahmen;
- die Wahrnehmung der Situation aus verschiedenen Blickwinkeln;
- Unterstützung bei der Gesprächsführung.

Auf diese Weise kann das Verständnis füreinander in belastenden Situationen ermöglicht bzw. gestärkt werden. Für das Herbeiführen einer von allen Beteiligten mitgetragenen Entscheidung ist dies von unschätzbare Bedeutung.

Die endgültige Entscheidung und Verantwortung für das weitere therapeutische Vorgehen verbleiben dabei – wie vom Gesetzgeber bestimmt – bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt.

Vortrag und Workshop wollen das **Ethik-Konsil** als Möglichkeit angewandter klinischer Ethik u. a. auch anhand von Fallbeispielen vorstellen.

*Literaturhinweis: Themenheft „Ethik-Beratung in der Medizin“
in: Ethik in der Medizin Band 11 Heft 44 (1999)*

.....

.....

.....

.....

.....

Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Chirurgie

Dr. M. Dueck

In der onkologischen Chirurgie gibt es drei wesentliche Gründe für den operativen Eingriff

1. Die Operation kann den Patienten heilen, oder trägt eingebettet in eine multimodale Therapie zur Heilung des Patienten bei.
2. Die Operation wendet einen akut lebensbedrohenden Zustand des Patienten ab.
3. Durch chirurgische Massnahmen gelingt eine Verbesserung der Erkrankung mit einem deutlichen Zugewinn an Lebensqualität für den Patienten.

Die Ausführungen beschäftigen sich mit den Möglichkeiten von palliativen chirurgischen Eingriffen, mit den Problemen der Indikationsstellung zu einer Operation und welche Faktoren zu einer Limitierung operativer Massnahmen führen können.

Dies wird versucht anhand von Beispielen zu beleuchten.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Nahtoderfahrungen - als Thema am Sterbebett?

Dr. M. Schröter-Kunhardt

Bis zu einem Drittel aller Menschen, die schon einmal dem Tod nahe waren oder aber nahe zu sein glaubten, berichten von sog. Nah-Todeserfahrungen (NTEs), die sich in ihren Grundelementen erstaunlich ähneln, wenn auch die Ausgestaltung individuell und kulturell unterschiedlich ist. Diese in allen Kulturen aller Zeiten berichteten NTEs führen heute wie vor tausenden von Jahren zu ähnlichen Persönlichkeitsveränderungen: Die Erlebenden verlieren ihre Angst vor dem Tod, da sie nach dem NTE sicher sind, daß es ein Leben nach dem Tod gibt. Gleichzeitig erhalten die religiös-ethische Werte der eigenen Kultur ein größeres Gewicht im weiteren Leben. Gelegentlich kommt es auch zur Heilung seelischer Störungen. Der Lebensfilm erweist sich dabei als korrekte Wiedergabe des eigenen Lebens; einige andere NTE-Elemente sind direkte außersinnliche Wahrnehmungen, die möglicherweise auch einen realen Kern der individuell/kulturell unterschiedlichen Bilder ausmachen. Die neurophysiologischen Korrelate der NTEs wie die Freisetzung körpereigener Halluzinogene und die besondere Beteiligung des temporolimbischen Systems verweisen auf eine genetisch-biologische Basis dieser transkulturellen religiösen Grunderfahrung.

Im Workshop erfolgen Fallvorstellungen und Differentialdiagnostik mit Unterstützung durch Filmbeiträge.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Was kann ich tun, wenn ich nichts mehr tun kann?

Schwester Katharina-Maria Hanne

Therapeutische und pflegerische Behandlung schwerstkranker Patienten mag ein Therapie Minimum bedeuten, es bedeutet aber gleichzeitig einen maximalen Aufwand an pflegerischer und ärztlicher Betreuung und Zuwendung. Vor allem bedarf sie eines Maximums an Sensibilität und Wahrnehmungsfähigkeit.

Unsere fünf klassischen Sinne können bei der Betreuung sterbender Menschen eine Orientierungshilfe sein. Unter folgenden Überschriften soll versucht werden Hinweise für eine patientenorientierte Begleitung zu geben:

1. Sehen und gesehen werden
2. Hören und Gehör finden
3. Riechen und Spürsinn entwickeln
4. Schmecken und auf den Geschmack kommen
5. Fühlen und Berührt werden

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Übersicht Workshops am 28.2.2001

Nr.	Thema	Seite	Referenten	Ort	Plätze
1	Selbstbestimmung durch Patientenverfügung?	13	Dr. Carmen Kaminsky	Kommunikationszentrum 1. Stock	40
2	Ethikkonsil als Raum der Entscheidungsfindung	15	Thomas Wigant	Kommunikationszentrum 1. Stock	40
3	Was kann ich tun wenn ich nichts mehr tun kann?	18	Sr. Katharina Maria Hanne	Gemeinde St. Albert Vangerowstr. Meditationsraum	20
4	Kommunikation mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	20	Petra Wechsung	Nebengebäude der Kinderklinik, Im Neuenheimer Feld 154	16
5	Kommunikation mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	21	Elisabeth Hornburg	Schwesternschule Im Neuenheimer Feld 320	16
6	Terminale Erkrankung: Umgang mit den Familien	22	Dr. Monika Keller	Ernst Moro Haus Im Neuenheimer Feld 155 1. Stock	16
7	Spirituelle Haltung in existenziellen Krisen oder Individuelle Lebens- und Sterbenswege	23	Sr. Anna-Lioba Fackler	Altes Schwesternhaus der Chirurgie, Musikzimmer Im Neuenheimer Feld 105	20
8	Was ist die Autonomie eines Nichtwissenden wert? - vom Umgang mit der Patientenverfügung in der Klinik	24	Wolfgang Schulte	Schwesternschule Im Neuenheimer Feld 320	20
9	Wundbehandlung bei Sterbenden	25	Ralf Schmitt	Altes Schwesternhaus der Chirurgie; Sitzungszimmer; Im Neuenheimer Feld 105	16
10	Im Leben mit Tod und Sterben beschäftigen -Beerdigungsrituale aus der Sicht einer Bestatterin	26	Verena Kurz-Feuerstein	Bestattungshaus, Kurz-Feuerstein, Hauskapelle; Vangerowstraße 27-29	60
	Nahtoderfahrungen - als Thema am Sterbebett?	17	Dr. Schröter-Kunhard	Kommunikationszentrum Großer Hörsaal	ca. 60

Workshop

**Welchen Wert hat die Patientenautonomie bei Unwissenheit? oder
Wird durch das Ausfüllen einer Patientenverfügung alle Hoffnung begraben?**

Wolfgang Schulte

Patientenverfügungen werden zunehmend von Bürgerinnen und Bürger ausgefüllt. Sie wollen damit für den Fall der Unheilbarkeit selbständig, autonom sein. Sie bestimmen voraus, auch im Kranksein ohne Reagiermöglichkeit nach ihren Wünschen versorgt zu werden.

Doch dieses ist nur möglich, wenn der Mensch um seine Situation weiß, wenn er vollständig aufgeklärt ist. **Patientenverfügungen** müssen, um Gültigkeit zu erlangen, an die aktuelle Situation angepasst werden. Damit ist der offene Umgang mit der **Patientenverfügung** Voraussetzung für ihre Aktualität.

Wie gehen Pflegende mit Patientenverfügungen um?

Werden sie anerkannt, umgesetzt im „Ernstfall“?

Darf beim Aufnahmegespräch nach einer **Patientenverfügung** gefragt werden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Workshop

Im Leben mit Tod und Sterben beschäftigen - Beerdigungsrituale aus der Sicht einer Bestatterin

Verena Kurz-Feuerstein

Generell sollen meine Ausführungen Angehörigen und Menschen, die beruflich mit Verstorbenen Kontakt haben helfen, offene Fragen zu beantworten.

Verschiedene Bestattungsarten: –Erd-, Feuer-, See- und Weltraumbestattung. Welche Kriterien sind zu beachten, um sowohl den Wünschen des Verstorbenen als auch denen der Angehörigen zu entsprechen? Wie ist die Tendenz bei der Erd-/Feuerbestattung gegenüber früher?

Hausaufbahrungen –zurück zu alten Traditionen

Wann und wie kann eine Aufbahrung zu Hause erfolgen? Was sollte man an gesetzlichen Vorschriften beachten? Wo kann man Rat und Hilfe bekommen?

Letzte Dienste für einen Verstorbenen

Waschen und anziehen eines Verstorbenen durch Angehörige. Wer kann dabei helfen und zur Seite stehen? Persönliche „Taten“ helfen Angehörigen bei ihrer Trauer wenn das Gefühl vermittelt wird, etwas Gutes für den Verstorbenen getan zu haben. Sind Grabbeilagen erlaubt?

Totenwache

Wie und wo ist sie zu verwirklichen? Auf dieses alte und typische Ritual wird immer mehr zurückgegriffen.

Den Toten berühren - den Tod begreifen. Ein wichtiger Aspekt für Trauerbewältigung!

Die Abholung eines Verstorbenen nach Eintritt des Todes

Welcher Zeitraum zur Abschiednahme ist gegeben? Wie halte ich die gesetzlichen Vorschriften ein? Wie viel Zeit darf bis zur Bestattung vergehen, wie lange kann man die Frist verzögern? Vergleich zwischen Tod in der Klinik oder zu Hause.

Unfall

Welche Wege gibt es, um Angehörigen eine Abschiednahme von einem Unfallopfer zu ermöglichen? Wo kann man Hilfe suchen und finden. Wo sind Grenzen des Möglichen?

Die Trauerfeier

Die individuell gestaltete Trauerfeier, abgestimmt auf den Verstorbenen und auf die Vorstellungen der Angehörigen. Was können Familie und Freunde selbst dazu beitragen. Wie steht die Kirche dazu?

Sarggestaltung

Dekoration; Ort der Trauerfeier; Musik; Blumen; Erinnerungen (Photos, Kondolenzliste, Tonträger); Neue Rituale (Tauben am Grab, Luftballons)

Die Bestattungsvorsorge

Immer mehr Menschen beschäftigen sich mit dem eigenen Tod. Wer soll ihre Bestattung nach ihrem Willen und ihren Vorstellungen durchführen?

Die verschiedensten Gründe regen Menschen an, Vorsorge zu treffen. Ein Grund ist die Vereinsamung oder der Wunsch nach finanzieller Absicherung.

Die Bestattungsnachsorge

Welche Möglichkeiten gibt es bei der Trauerbewältigung? Wo kann kompetente Hilfe gefunden werden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Schmerztherapie krebskranker Menschen in der Terminalphase

Dr. med. Phoebe Washington-Dorado

Wenn die Tumorerkrankung progredient und unwiderruflich zum Tode führt, sollte die dabei auftretende Schmerzproblematik für den Patienten zufriedenstellend behandelt werden. Der Allgemeinzustand, das Krankheitsstadium, insbesondere auch die psychosoziale Situation, die Organisation der Betreuung der Patienten im stationären oder ambulanten Bereich, sind wesentliche Faktoren für die Wahl des therapeutischen Konzeptes.

Wir unterscheiden in der Schmerztherapie kausale und symptomatische Therapieansätze; kausale Therapieansätze treten in dieser letzten Lebensphase jedoch weitgehend in den Hintergrund. Durch Strahlentherapie kann eine Schmerzlinderung erreicht werden, Chemo- und Hormontherapie können in ausgewählten Fällen einen Einfluss haben und sinnvoll eingesetzt werden. Beim Knochenschmerz kann der Einsatz von Analgetika rasche Linderung bringen, die Strahlentherapie, die ohne Zweifel bessere Langzeitergebnisse erzielt, kommt in der Terminalphase oft zu spät.

Natürlich ist in der Terminalphase – begrenzt durch den körperlichen Zustand der Patienten und der Gesamtsituation – ein semikausaler Therapieansatz nicht mehr möglich. Im Sterbeprozess, d.h. im Prozess der Annahme des Todes, sollten die noch verbleibende Lebensqualität des Sterbenden und die Bedürfnisse der ihn in dieser Phase begleitenden Angehörigen Priorität haben.

Der Pharmakotherapie kommt in 85 % - 90 % der Fälle die größte Bedeutung zu. Maxime sollte geringe Invasivität und vertretbarer organisatorischer Aufwand sein. In ausgewählten Fällen kann man sich zum Wechsel der Behandlungsart entschließen, falls die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Richtlinien keine ausreichende Schmerzlinderung bringen.

Anästhesiologische Regionalverfahren mittels Nervenblockaden, immer seltener neurochirurgische Verfahren, und insbesondere psychologische Betreuung sollten im Therapiekonzept enthalten sein. Die Multidimensionalität von Schmerz muss zu jeder Zeit in Form der Auswahl des Therapiekonzeptes berücksichtigt werden.

Eine völlige Schmerzfreiheit ist nicht immer zu erzielen. Eine sorgfältige Abwägung zwischen Schmerzfreiheit, evtl. Sedierung und der Erhaltung der möglichen Lebensqualität ist erforderlich. Die Angehörigen sollten in diesen Prozess miteinbezogen werden.

Workshop für Pflegekräfte im Schmerzzentrum der Klinik für Anaesthesiologie

TOP 1: Ambulante Versorgung von Tumorschmerzpatienten mit PCA-Pumpen

Praktische Übungen zu den Themen:

- Überwachung der Patienten
- Komplikationsmöglichkeiten
- Portpunktion
- sc.-Nadeln
- Programmierung der Pumpe
- Tipps und Tricks!

TOP 2 Rückenmarksnahe Opioidanalgesie

Praktische Übung zu den Themen:

- Regelmäßige Therapieüberwachung bei periduraler / intrathekalen Applikation
- Verbandwechsel
- Portpunktion bei intrathekalen Applikation
- Komplikationsmöglichkeiten und Management
- Tipps und Tricks!

.....

.....

.....

Vortrag

„Ein Indianer kennt keinen Schmerz,, oder von der (Un)fähigkeit zu trauern

Irene Bock

Trauer ist ein Gefühl, das mit uns geboren wird. Sie ist eine spontane, natürliche, normale und selbstverständliche Reaktion unseres Organismus auf Verlust, Trennung und Abschied.

In einer Gesellschaft deren Werte geprägt sind von Leistung, Dynamik, Unversehrtheit und Schönheit, in der wir durch den raschen technischen Fortschritt gezwungen werden von alltäglichen Dingen und vertrauten Gewohnheiten Abschied zu nehmen, findet Trauer keinen Raum. Trauer ist

nicht erwünscht. Häufig werden wir dahingehend erzogen, dieses Gefühl vor anderen und in der Öffentlichkeit zu unterdrücken , da Trauer als „Schwäche,, betrachtet wird.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen heute, dass Trauer ein psychischer Prozess von höchster Wichtigkeit ist, da unausgedrückte Trauergefühle den Organismus „lähmen,, bzw. „krank,, machen. Obwohl Trauer schmerzhaft ist, hat sie von Natur aus befreiende, reinigende Aspekte. Diese können jedoch nur auftreten wenn das Trauergefühl ungehindert zum Ausdruck kommen kann, dann hilft es uns den Verlust mit der Zeit zu akzeptieren und fördert dadurch die Neuorientierung.

Da das Leben im Grunde ein permanentes Abschiednehmen ist, wird Trauer eine Erfahrung sein, die keinem von uns erspart bleiben wird.

Wie Trauer sich äußert, in welchen Phasen sie abläuft und wie wir ihr begegnen können wird anhand von Beispielen dargestellt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

“Ich möchte da am liebsten gar nicht reingehen...” - Wie können Auszubildende bei der Betreuung sterbender Menschen angeleitet und unterstützt werden

Jürgen Krauth

Die Begegnung mit Sterbenden wird von vielen Menschen als Bedrohung empfunden. Das hinlänglich beschriebene gesellschaftliche Leugnen von Sterben und Tod (Dorschner, 1995) mag ein Resultat hiervon sein.

Für Auszubildende in der Pflege ist die mögliche Begegnung mit sterbenden Menschen häufig mit einer besonderen Ambivalenz verknüpft: Zum einen gibt es eine nicht zu leugnende Anziehung, dem unfassbaren Phänomen „Sterben und Tod“ näher zu kommen. Andererseits bestehen beträchtliche Unsicherheiten und Berührungsängste, die nur mit einer gezielten Heranführung reduziert werden können.

Neben der frühzeitigen theoretischen Vorbereitung durch die Schule, die bereits in den ersten Ausbildungsmonaten stattfinden sollte, kommt der Betreuung im Praxisfeld besondere Bedeutung zu. Haltung und Verhalten von Auszubildenden werden in starkem Masse im Pflegealltag geprägt. Vorbilder (u. a. „Modell-Lernen“ nach Bandura, 1977) haben entscheidenden Einfluss.

Gerade für die ersten Begegnungen mit sterbenden Patienten ist es daher unerlässlich, dass die Auszubildenden selbst in dieser Situation „Begleitung“ erfahren.

Im Vortrag und im Workshop soll diskutiert werden, was eine gelungene Heranführung und Unterstützung Auszubildender bei der Betreuung Sterbender ausmacht. Besondere Berücksichtigung werden hierbei der „Pflegealltag“ und die „Realitätstauglichkeit“ finden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Schmerzarmes Bewegen von Sterbenden

Lutz Zierbeck

1. Sterbende Menschen brauchen Bewegung

Der Wunsch, Menschen im Sterbeprozess möglichst keine Schmerzen durch Bewegen zuzufügen, kann in bestimmten Situationen dazu führen, Patienten „in Ruhe zu lassen“.

Oft erhöht das allerdings die Anspannung der Muskulatur, was zu mehr Schmerzen führt.

Menschen reagieren auf steigende Körperspannung, indem sie die betreffende Muskulatur bewegen. Übernehmen Pflegende diese Idee, können sie z. B. durch viele kleine Lageveränderungen statt wenigen grossen „Umlagerungen“ einen Teil der Spannungen vermeiden. Gleichzeitig ermöglichen sie den Betroffenen, sich selbst nicht nur über den Schmerz wahrzunehmen.

2. Bewegung muss individuell und ohne grossen Kraftaufwand gestaltet werden

Alles menschliche Tun ist Bewegung. Die Unterstützung der Bewegung Anderer wird dann zu weniger Schmerzen führen, wenn Pflegende in der Lage sind, sehr genau auf die Signale der Patienten zu reagieren. Dabei ist die Wahrnehmung über das kinästhetische Sinnessystem der zentrale Faktor: spüren, wie gross eine Bewegung sein darf, welches Tempo der Betroffene erträgt und welchen Kraftaufwand er und ich benötigen. Hebe ich sein Gewicht weg von der Unterstützungsfläche, bringt das mehr Spannung und Schmerzen. Alternativen dazu müssen durchdacht und eingeübt werden; wichtig ist vor allem aber die Fähigkeit, sie an die momentane Situation anzupassen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag

Sexualität und Zärtlichkeit –ein Thema in der Sterbebegleitung?

Marina Kern

People who have cancer are people (von Eschenbach und Schouer).

Sie haben eine sexuelle Identität und – so unterschiedlich ihre Bedürfnisse auch sind-, so haben Sie doch eines gemeinsam: alle haben das Bedürfnis nach Liebe und Intimität und sind berechtigt, diese Gefühle zu leben.

Eine schwere Erkrankung verändert alles: es kommt zu einer Verschiebung des Gleichgewichts und von Prioritäten: gelähmt durch den Schock einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist die erste Frage natürlich die der Heilung, aber lautet nicht die zweite dringliche Frage: Wie wird sich die Erkrankung auf meine Lebensqualität auswirken? Wie werde ich mich fühlen? Werde ich trotzdem akzeptiert, geliebt und anerkannt sein?

Sexualität ist ein wesentlicher Aspekt der Lebensqualität und sexuelle Identität ist ein wichtiger Bestandteil des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls, so lange jemand lebt.

Wir sind häufig nicht in der Lage, Fragen und Ängsten von Patienten in dieser Lebensphase zu begegnen, bzw. diese überhaupt wahrzunehmen.

Der Vortrag möchte sensibilisieren für das Thema Sexualität bei fortschreitender Tumorerkrankung und anhand von Beispielen aus der täglichen Praxis Hilfestellung geben, den Fragen und Wünschen von Patienten und Angehörigen sicher zu begegnen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vortrag und Workshop

Ernährung schwerst kranker Menschen

cand. Dr. rer. medic. Siegfried Borker

Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen - so lautet ein Spruch des Volksmundes. Diese Weisheit verdeutlicht, daß die Nahrungsaufnahme nicht nur dazu dient, dem Körper die erforderlichen Nährstoffe zuzuführen, sondern kulturelle und soziale Aspekte ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen. Wie aber gestaltet sich die Nahrungsaufnahme bei einem schwerst kranken Menschen, der zudem die ihm angebotenen Speisen verweigert? Warum verweigert dieser Mensch die Nahrungsaufnahme und wie soll sich das Pflegepersonal verhalten? Dies sind wichtige Fragen, die sich in so einer Pflegesituation stellen. In meinem Vortrag möchte ich das Phänomen „Nahrungsverweigerung“ anhand meiner Ergebnisse aus meiner Doktorarbeit beschreiben, mögliche Ursachen einer Verweigerung aufzeigen und ihnen einen Nahrungsverweigerungsmodell vorstellen.

Dias und Folien sollen zur Diskussion für den anschließenden Workshop anregen. Im Workshop soll darüber diskutiert werden, welche Möglichkeiten das Pflegepersonal in der Situation einer Nahrungsverweigerung hat.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Übersicht Workshops am 1.3.2001

Nr.	Thema	Seite	Referenten	Ort	Plätze
11	"Ich möchte da am liebsten gar nicht reingehen..." Wie können Auszubildende bei der Betreuung sterbender Menschen angeleitet und unterstützt werden?	29	Jürgen Krauth Anja Reith	Schwesternschule Im Neuenheimer Feld 320	30
12	Kommunikation mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	20	Petra Wechsung	Nebengebäude der Kinderklinik, Im Neuenheimer Feld 154	16
13	Praktische pflegerische Aspekte in der Terminalphase - Umgang mit Atemnot und Mundpflege	36	Martina Kern	Kommunikationszentrum 1. Stock	40
14	Ernährung schwerst kranker Menschen	32	Siegfried Borker	Kommunikationszentrum 1. Stock	40
15	Schmerzarme Bewegung Sterbender	30	Lutz Zierbeck	Kommunikationszentrum Vorraum	30
16	Terminale Erkrankung: Umgang mit den Familien	22	Dr. Monika Keller	Ernst Moro Haus Im Neuenheimer Feld 155 1. Stock	16
17	"Ein Indianer kennt keinen Schmerz oder von der (Un) Fähigkeit zu trauern"	38	Stefan Moster	Altes Schwesternhaus der Chirurgie; Sitzungszimmer; Im Neuenheimer Feld 105	12
18	Umgang mit Sterben und Tod bei kranken Kindern/Jugendlichen und ihren Familien	39	Dr. Heide Häberle	Schwesternschule Im Neuenheimer Feld 320	20
19	Schmerztherapie krebserkrankter Menschen in der Terminalphase	27	Dr. Phoebe Washington	Schmerzambulanz Im Neuenheimer Feld 131	20
20	Eigene Kräfte stärken um auf Sterbende zugehen zu können	40	A.Goll-Kopka B.Süßdorf	Gemeinde St. Albert Vangerowstr. Meditationsraum	20
21	Kulturgeschichtliche Führung durch Heidelberg		M. Buselmaier	Achtung von 15 - 17.30 Uhr im Innenhof des Kurpfälzischen Museums; Hauptstraße 47	50

Workshop

Praktische pflegerische Aspekte in der Terminalphase

Martina Kern

Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen erfordert ein ganzheitliches Pflegekonzept mit neuen Schwerpunkten. Oftmals ist diese Phase im Verlauf einer Erkrankung durch viele Ängste und Unsicherheiten geprägt. Palliative Care bietet hier vielfältige neue Handlungsmöglichkeiten.

Unter Palliative Care versteht man ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung befinden.

Ziel ist es, die **Lebensqualität** des Patienten in seiner letzten Lebensphase zu verbessern bzw. möglichst langfristig zu erhalten. Dies erfordert eine symptomorientierte, individuelle und kreative Pflege und die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer.

Folgende thematische Schwerpunkte sind vorgesehen:

- spezielle Möglichkeiten der Grund- und Behandlungspflege (Mundpflege, Wundversorgung)
- Umgang mit Dyspnoe
- spezielle pflegerische Möglichkeiten in der Sterbephase
- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Workshop

"Ein Indianer kennt keinen Schmerz oder von der (Un) Fähigkeit zu trauern"

Stefan Moster

Mut zur Trauer (E. Kästner)

*Sei traurig, wenn du traurig bist
und steh nicht stets in deiner Seele Posten!
Den Kopf, der dir ans Herz gewachsen ist,
wird's schon nicht kosten.*

In diesem Workshop werden die Themen des Vortrags weiter verfolgt und die professionelle Seite der Trauerarbeit beleuchtet.

In der Retrospektive werden Pflegende ermutigt, Situationen aus Ihrem Alltag zu erzählen. Diese können von den vielfältigen Beziehungen zwischen Schwerstkranken, ihren Angehörigen und den Pflegenden erzählen.

Alle Geschichten haben hier einen Raum, ermutigende, traurige und solche die zunächst schwierig erscheinen, weil sie davon handeln, wie Menschen es schwer miteinander haben oder es sich schwer machen.

Dieser Workshop arbeitet mit der Beratungsmethode der Fallsupervision. Der einzelne Teilnehmer entscheidet, ob und welchen "Fall" er einbringen möchte. Mit Hilfe der anderen Gruppenmitglieder und unter methodischer Anleitung des Supervisors wird der eingebrachte "Fall" aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet um Trauerarbeit zu erleichtern.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Workshop

Umgang mit Sterben und Tod bei kranken Kindern/Jugendlichen und ihren Familien - bei Kindern sterbender Eltern

Dr. Heide Häberle

Von einem "Tod zur Unzeit" spricht man oft, wenn Kinder und Jugendliche sterben müssen. Die lebensbedrohende Erkrankung, das Sterben in diesen Altersgruppen stellen nicht nur für die Familienangehörigen, sondern auch für das onkologische Team eine große emotionale Belastung und Herausforderung dar. Kinder und Jugendliche konfrontieren uns sehr viel deutlicher und offener mit ihren Problemen und Kenntnissen als erwachsene Patienten. Sie fordern uns mit ihrem Wissen heraus und so entstanden in den letzten Jahren Konzepte der psychosozialen Begleitung sterbender Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien, auch der Angehörigenbetreuung nach dem Tod, die das Krankenhaus grundlegend veränderten. Diese Kenntnisse lassen sich in vielen Bereichen auch auf die Situation von Kindern sterbender Eltern übertragen, die gar zu oft im klinischen Alltag ausgeschlossen bleiben.

Über diese Probleme soll in der Gruppe anhand praktischer klinischer Beispiele diskutiert werden.

Kinderzeichnungen, Bilderbücher und Informationsschriften über den Umgang mit Sterben und Tod werden beispielhaft zum Thema eingebracht.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Workshop

Eigene Kräfte stärken um auf Sterbende zugehen zu können

Andrea Goll-Kopka und Birgit Süßdorf

In der Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen entstehen immer wieder Situationen, die die Kraft und das Einfühlungsvermögen des einzelnen Betreuenden soweit herausfordern, dass es zu emotionalen Belastungen führen kann. Diese behindern und verstellen zuweilen den Zugang auf die Patienten.

In diesem Workshop möchten wir Sie einladen ihre eigenen inneren Ressourcen zu erfahren und für sich und ihre Arbeit nutzbar zu machen. Mit dem Entdecken und Experimentieren der uns innewohnenden schöpferischen Kräfte können neue Quellen für den Umgang mit Belastungen wachsen. Durch kreative Gestaltung, Körpererleben in Bewegung und Entspannung können Stärkung und ein neues Verständnis für schwierige zwischenmenschliche Begegnungen möglich werden. Durch das Erleben und Erkennen der eigenen Selbst- und Fremdwahrnehmungsweise kann die Fähigkeit des Einfühlens und des Sich-Abgrenzen-Könnens erweitert werden. Der erweiterte Wahrnehmungshorizont kann mehr Klarsicht und neue Perspektiven des Zugehens auf Patienten ermöglichen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Abschied nehmen mit Unterstützung der Brückenpflege

Hildegund Dahlhaus

Die Zahl der Menschen die den Wunsch haben ihre letzte Lebensphase nicht in der Klinik sondern zu Hause zu verbringen wächst zunehmend. Laut Ärzteblatt vom 11.01.2001 sterben noch etwa 70% aller Tumorpatienten in Krankenhäusern und nur 30% in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung.

Aus unserer Erfahrung der letzten Jahre ist eine Versorgung auch für Patienten mit erhöhten pflegerischen und medizinischen Aufwand zu Hause häufiger zu ermöglichen als gemeinhin von Ärzten und Pflegekräften angenommen wird.

Vorraussetzung für einen nahtlosen Übergang von der Klinik in den häuslichen Bereich ist eine umfassende Beratung und Betreuung von Patienten und deren Angehörigen notwendig. So können schon im Vorfeld, während des Klinikaufenthaltes, bestehende Ängste und Sorgen abgebaut werden. Für die Begleitung nach der Entlassung kann sich frühzeitig ein wichtiges Vertrauensverhältnis entwickeln.

Eine gut organisierte Entlassung sowie eine fachkompetente Betreuung zu Hause durch ambulante Pflegekräfte, Hausärzte, Brückenpflege und andere Dienste ermöglichen es dem schwerstkranken Tumorpatienten in seiner vertrauten Umgebung Abschied zu nehmen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rituale des Abschieds im Pflegeheim

Andrea Jandt

Im Abschied nehmen begleiten ist eine alltägliche Aufgabe in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Abschied nehmen und doch nicht die Freude am Leben verlieren, gemeinsam lachen und feiern und ein wenig ein Zuhause finden, dort, wo es das eigentlich gar nicht geben kann, dort, wohin man abgeschoben wird, dort, wo niemand sein möchte und nur sein muss; so sieht es jedenfalls die Gesellschaft und mit ihr auch die meisten professionell Pflegenden.

Die Menschen, die im Pflegeheim wohnen und leben, sind dem Abschied sehr nah, aber nicht nur dem Abschied vom Leben, sondern auch dem Abschied von sich selbst, wenn sie an einer Alzheimerdemenz leiden, auch dem Abschied von der Selbstständigkeit in vielen kleinen Dingen des Alltags, die nur noch mit Hilfe bewältigt werden können.

Die Pflegenden begleiten die Bewohner auf diesem Weg. Es entstehen Beziehungen, die nicht wie im klinischen Bereich nur Tage und Wochen andauern, sondern die Monate und Jahre dauern. Es ist eine Verbundenheit zum Bewohner vorhanden, die sich auch in seinem Sterben und Tod äußert, in der Weise äußert, dass diesem Raum gegeben und mit unterschiedlichen Ritualen begleitet wird, zum Beispiel mit dem Ritual, an der Bestattung teilzunehmen.

Die Geschichte von Bewohnern und Bilder des Abschiednehmens werden die Rituale des Abschieds im Pflegeheim, aber auch die Grenzen im Abschiednehmen, veranschaulichen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Debatte

Wir brauchen Palliativstationen

Dipl. Theologe Klaus Aurnhammer

Palliativstationen sind in ein Krankenhaus integrierte eigenständige Stationen.

Aufgenommen werden Patienten mit inkurablen fortgeschrittenen Erkrankungen und Symptomen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziel des ganzheitlichen Behandlungsansatzes sind die möglichst rasche Symptomlinderung, die Stabilisierung des Patienten und seines Umfeldes und die Entlassung in die häusliche Umgebung. Um diese Ziele zu erreichen, ist eine enge Zusammenarbeit von Pflegenden, Ärzten, Seelsorgern, Psychologen, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten u.a. nötig. Bei dieser Zusammenarbeit in Richtung Palliation zeigt sich immer wieder, dass die im Gesundheitssystem vorherrschende Haltung und Ausrichtung einer grundlegenden kritischen Reflexion bedürfen. Nicht Heilen, Führen und Alles-tun sind die Angelpunkte palliativer Arbeit, sondern Lindern, Begleiten und selektives Handeln. Diese neue Ausrichtung lässt sich am ehesten in selbständigen Palliativstationen erarbeiten, erproben und vertiefen. Langfristiges Ziel dabei ist, von dem dabei Gelernten wesentliche und bewährte Aspekte einfließen zu lassen in die anderen Bereiche des Gesundheitssystems. Denn Palliativpflege und Palliativmedizin sind für den kompetenten und humanen Umgang mit unheilbar Kranken notwendige Ergänzungen der curativen Medizin und Pflege. Die Frage, ob wir Palliativstationen brauchen, ist daher gerade mit Blick auf das bestehende, einseitige Gesundheitssystem zu bejahen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wir brauchen keine Palliativstationen

Christa Müller-Fröhlich

Palliativstationen sind für eine umfassende, menschliche und professionelle Betreuung in Akutkrankenhäusern nicht ausreichend. Ihre Einrichtung hat Risiken, da sie Angehörige des betreuenden Teams nicht dazu herausfordert, sich mit dem Erleben sterbender Patienten auseinanderzusetzen.

Das Ziel palliativer Betreuung ist die bestmögliche Lebensqualität für schwerkranke Patienten und deren Familien. Viele Aspekte einer palliativen Betreuung sind ebenso im früheren Verlauf einer schweren Erkrankung angezeigt, beispielsweise in Verbindung mit einer Krebstherapie. Palliative Zielsetzungen bei Radio-, Zytostatika- und operativer Therapie sind Alltag in Akutkrankenhäusern. Dieser Anteil beträgt ca. 20%. Die Einrichtung einiger Palliativbetten innerhalb eines im Bewusstsein auf Kuration ausgerichteten Systems bewirkt eine Ausklammerung des Palliativgedankens bei der alltäglichen Arbeit. Der Schaden für Patienten, welche nicht auf einer Palliativstation betreut werden, ist vorstellbar. Der Machbarkeitsgedanke erhält noch einmal Aufwind, wir haben ja jetzt eine Palliativstation...!

Welche Bedeutung hat es für Patienten auf einer Palliativstationen beziehungsweise nicht auf einer Palliativstation betreut zu werden? Die Frage, wie der Wille des Patienten bei einer solchen organisatorischen Veränderung berücksichtigt wird, ist nicht beantwortet.

Patientenzentrierte multiprofessionelle Zusammenarbeit für alle Patienten im gesamten Verlauf ihrer Erkrankung ist oberstes Gebot und zwar über die Grenzen des Akutkrankenhauses hinaus. Bei zunehmender Verkürzung der Verweildauer werden sterbende, schwerkranke Menschen einen Großteil der Patienten in Akutkrankenhäusern ausmachen.

Eine Auseinandersetzung auf breiter Basis ist angezeigt, sich auf Palliativstationen zu berufen, ist der falsche Weg.

.....
.....
.....
.....

Tears in heaven

Eric Clapton

Wenn ich Dir jetzt da oben im Himmel begegnen würde,
würdest Du mich dann wiedererkennen?

Wüßtest Du überhaupt noch, wie ich heiße?
Wäre dann alles wieder wie vorher?

Würdest Du mir die Hand geben, mich festhalten, mir helfen?
Ich muß halt stark sein. Weitermachen.

Weil ich nicht dahingehöre, wo Du jetzt bist.
Aber ich werde es schaffen, weil ich nicht da bleiben kann,
wo Du jetzt bist.

Zeit. Zeit kann Dich kaputtmachen, kleinmachen, brechen.
Dich in die Knie zwingen, Dich soweit runterholen,
daß Dein Stolz zerstört wird und Du zum erstenmal wieder um etwas bitten kannst.

Ich stehe vor dieser Tür, und Du bist dahinter.
Du und Frieden.

Weil es im Himmel keine Tränen gibt.
Davon bin ich überzeugt.