

M&B Marketing-Bildung Inst. Ltd ®



Palliativ Care

2. Auflage 2017

Urheberrecht

Dieses Lernscript ist urheberrechtlich geschützt und darf nur von Kursteilnehmern unserer Einrichtung zu Lernzwecken verwendet werden. Die kommerzielle Vermarktung und/oder das Vertrieben bzw. die Nutzung von Dritten bzw. anderen Bildungsträgern ist untersagt.

Inhaltsverzeichnis

Urheberrecht	2
Inhaltsverzeichnis	3
Palliative Care - Zusammenfassung / Abstrakta	4-17
Bedürfnisorientierung	18-24
Philosophie nach Kübler-Ross	25-29
Das Sterben	29-30
Sterbehilfe	30-31
Testament	31
Aufklärung und Information	31
Sichere Todeszeichen	33-34
Schmerztherapie (nach Uhr und Stufenplan)	35-51
Rechtskunde	52-59
Gesetze	60-61
Betreuungsrecht	62-64
Literaturverzeichnis	65-66

Einleitung

Begriffsdefinitionen

Die Einzeldisziplin der Palliativpflege wird international als Palliative Care Nursing bezeichnet, das zur Palliation gehörende Gebiet der sterbebegleitenden Pflege, die auch Hospizpflege genannt wird, hat sich der Begriff End-of-Life-Care (dt. Ende des Lebens) in der Pflegewissenschaft etabliert.

Der international verwendete Begriff Palliative Care lässt sich aufgrund der Mehrschichtigkeit des englischen Ausdrucks Care, der im Deutschen sowohl Fürsorge, Pflege wie auch Behandlung bedeutet, kaum adäquat übertragen. Deutsche Bezeichnungen für diesen ganzheitlichen Ansatz sind Palliativbetreuung oder Palliativversorgung.

Palliative Care

Zusammenfassung / Abstrakta

Der Aspekt der Sterbebegleitung im Heim gewinnt v.a. aufgrund veränderter Strukturen, die in der Folge zu einem späteren Heimeinzug führen und gleichzeitig zu einem frühzeitigen Versterben in den Einrichtungen, immer mehr an Bedeutung. Diese Umstände führten in der Vergangenheit zu einem Spagat der Heime zwischen Kostendeckung und sozialem Anspruch und im Weiteren dazu, sich mit dieser Thematik intensiver auseinanderzusetzen. Folglich hat sich die Situation in den Institutionen deutlich verändert und damit auch die Anforderungen an die Mitarbeiter in diesem Bereich. Nun bedarf es der Erneuerung von Versorgungsstrukturen im Bereich der stationären Altenhilfe und der Implementierung eines Versorgungskonzeptes, durch das die umfassende Betreuung und Begleitung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen und Sterbenden ermöglicht wird. Nachfolgend wird Palliative Care als ein solches Konzept vorgestellt und genauer beleuchtet. Die WHO definierte Palliative Care in Anlehnung an die in der Hospizbewegung entwickelten Betreuungskonzepte als umfassende Betreuung und Behandlung für Menschen, deren Erkrankungen auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr anspricht. Im Vordergrund steht die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen und Problemen. Ziel der Arbeit ist stets die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien (vgl. WHO 1990, in: Knipping 2006, S.31). Zentral ist der Hinweis, dass Palliative Care ein Angebot für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung darstellt. Damit ist es nicht gleichbedeutend mit der letzten Lebensphase. Palliative Care kann und muss grundsätzlich in jeder Phase der unheilbaren Erkrankung möglich sein (vgl. Steffen-Bürgi 2006, in: Knipping 2006, S.35). Konsens dieser Darstellung ist die deutliche Abgrenzung des Palliative Care Konzeptes vom End-of-Life-Care. Beide existieren als mögliche Versorgungs- und Betreuungskonzepte für Sterbende, doch der bedeutende Unterschied liegt darin, dass Palliative Care bereits einsetzt, wenn die todbringende Erkrankung diagnostiziert wird bzw. eine Heilung nicht mehr zu erwarten ist und somit in jeder Lebensphase möglich sein muss. End-of-Life-Care betrachtet ausschließlich die letzte Lebensphase (vgl. Steffen-Bürgi 2006, in: Knipping 2006, S.35).

Implementierung von Palliative Care in die stationäre Altenhilfe

Es stellt sich die Frage, kann die Einführung der palliativen Versorgung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Sterbesituation in Pflegeheimen führen?

„In den Lehrbüchern der Palliative Care kommen alte Menschen nicht vor und in den Lehrbüchern der Geriatrie wird nicht gestorben.“

In dem vorliegenden Fazit wird Palliative Care als Ansatz zur Pflege und Betreuung von Heimbewohnern und Sterbenden im Pflegeheim, als Klientel, das von dieser Versorgungsstruktur profitieren könnte, vorgestellt. Die Betonung liegt hier auf der Bezeichnung Klientel, da in der Vergangenheit überwiegend Menschen mit Tumorerkrankungen und fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen von palliativen Versorgungsstrukturen profitieren konnten; die Umsetzung von Palliative Care dagegen stellt in der stationären Altenhilfe noch eine jüngere Entwicklung dar (vgl. Wilkening, Kunz 2003).

Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass Pflegeheime keine Sterbehäuser sind, auch wenn sie sich scheinbar, v.a. im Zuge der demographischen Entwicklung mehr und mehr dahin entwickeln. Es gilt, dies an anderer Stelle kontrovers zu diskutieren. Im Kontext dieser Arbeit sollen Pflegeheime von Hospizen abgegrenzt werden, mit dem Ziel, den spezifischen Auftrag von Hospizen und den von Pflegeheimen zu umreißen: Hospize haben den Auftrag, die Begleitung des Betroffenen in der letzten Lebensphase und im Sterben zu realisieren. In Abgrenzung dazu: Zwar werden die Menschen, die sich für den Einzug in ein Heim entscheiden, mit großer Wahrscheinlichkeit auch dort sterben, aber die Begleitung der Sterbenden im Heim stellt, wenn auch eine wesentliche, nicht die primäre Aufgabe der Mitarbeiter dar. Dies verdeutlicht die Darstellung der Ergebnisse einer Studie von Höfflin 2005 vom Verband Deutscher Städtestatistiker. Demzufolge betrug die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen in Freiburg 2003 bei Männern 29,2 Monate (2 Jahre und 5 Monate), bei Frauen 37 Monate (3 Jahre, 1 Monat), 50% der Männer sind

weniger als ein Jahr (11 Monate) im Pflegeheim; 50 % der Frauen weniger als 2 Jahre (23 Monate). Ein Viertel der Männer ist lediglich 3 Monate und ein Viertel der Frauen lediglich fünf Monate im Heim.

Insgesamt hat die Verweildauer im Pflegeheim deutlich abgenommen (vgl. Höfflin 2005, S.30). Im Gegensatz dazu werden Hospize mit dem Ziel betrieben, unheilbar Kranke im Sterben zu begleiten und eine hochwertige palliativpflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Die durchschnittliche Verweildauer in Hospizen beträgt 24 Tage (vgl. Deutscher Bundestag 2005, S.73). Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Arbeit der Hospize allein auf eine würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase ausgerichtet ist.

Die durchschnittliche Verweildauer ist kurz und kann erfahrungsgemäß auch wenige Stunden, Tage oder einige Wochen betragen. Es mag hier eher von einer End-of-Life-Care die Rede sein, in der palliative Versorgungsstrukturen aufrecht erhalten werden, die aber allein auf den Beistand im Sterben und der würdevollen Begleitung des Betroffenen in der letzten Lebensphase und allen Beteiligten ausgerichtet sind.

Im Gegensatz dazu liegt der Auftrag von Pflegeheimen nicht eigentlich in der Sterbebegleitung, sondern v.a. in der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Betreuung und Unterstützung von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen. Zwar ist auch hier die Sterbebegleitung ein bedeutender Aspekt, doch dieser steht nicht im Mittelpunkt des täglichen Handelns. Hier ist, da Palliative Care bereits mit Feststellen einer todbringenden Erkrankung bzw. dann, wenn Hoffnung auf Heilung nicht mehr besteht einsetzt, eher von einer rein palliativen Versorgungsstruktur auszugehen. Entscheidend erscheint an dieser Stelle der Hinweis, dass nicht alle Heimbewohner palliativer Pflege bedürfen, d.h. sie definitorisch nicht zur Zielgruppe gehören.

Ebenso gibt es Menschen, die zum Sterben in die Einrichtungen verlegt werden (vgl. Höfflin 2005, S.30) und der Pflege nach den Prinzipien des End-of-Life-Care bedürfen, in der palliative Strukturen allein auf die Phase des Sterbens ausgerichtet sind.

Den Einstieg der vorliegenden Arbeit bildet das Zitat „In den Lehrbüchern der Palliative Care kommen alte Menschen nicht vor, und in den Lehrbüchern der Geriatrie wird nicht gestorben.“ (Husebö 2003, in: Knipping 2006, S.131) In der Recherche wurde deutlich, dass die Implementierung von Palliative Care in die stationäre Altenhilfe eine derzeit noch wenig diskutierte Möglichkeit darstellt, eine Verbesserung der Sterbesituation zu erzielen. Palliative Care richtete sich in der Vergangenheit vor allem an junge Menschen mit Tumorerkrankungen oder fortgeschrittenen neurologischen Leiden (vgl. Wilkening, Kunz 2003). Der alte sterbende Mensch wurde weniger oder gar nicht in der Fachliteratur zu Palliative Care thematisiert.

Er findet erst innerhalb der neueren Entwicklung Berücksichtigung. Weiterhin wurde in der Recherche deutlich, dass das Sterben und die Begleitung des Sterbenden auch in der Altenpflege ein Thema ist, das bisher eher vernachlässigt wurde und wenig Beachtung fand. Erst in den neueren Publikationen gewinnt die Sterbebegleitung an Bedeutung. Das einleitende Zitat konnte dieses beobachtete Phänomen umfassend beschreiben.

Weiterhin ist bedeutsam, dass in der modernen Gesellschaft keine Sterbekultur mehr existiert. „Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts, etwa bis zum 1. Weltkrieg, veränderte im gesamten Abendland (...) der Tod eines einzelnen Menschen auf feierliche Weise den Raum und die Zeit einer sozialen Gruppe (...) Die soziale Gruppe war vom Tode angerührt worden und hatte kollektiv reagiert (...) der Tod ist stets etwas Soziales und Öffentliches gewesen. Heute hat die Gesellschaft den Tod ausgebürgert. Die Gesellschaft legt keine Pause mehr ein. Das Verschwinden eines einzelnen unterbricht nicht mehr ihren kontinuierlichen Gang.“ (Ariès 1995, S. 715f) Allein in den letzten 100 Jahren hat sich in unserer Gesellschaft eine deutliche Veränderung vollzogen, mit erheblichem Einfluss auf die Pflegebedürftigen und Sterbenden in den Einrichtungen.

Nicht nur, dass der Tod meist ausgeblendet und selten thematisiert wird, es existiert auch keine Kultur und kaum eine Vorstellung davon, wie ein Sterbender würdig begleitet werden sollte.

Wie nachfolgend dargestellt wird, könnte die Umsetzung des Palliative Care Konzeptes im Bereich der stationären Altenhilfe dort einen Rahmen für die würdevolle Sterbebegleitung und die Wiederentwicklung einer Sterbekultur in der modernen Gesellschaft sein. Aus sprachlichen Gründen wurde jeweils die männliche Form, synonym für beide Geschlechter, verwendet wurde, da es sich nicht um ein Thema handelt, das der Trennung des männlichen und weiblichen Geschlechts

bedarf.

Demographische Entwicklung

Zur Definition: „Der Begriff demographische Alterung bedeutet eine Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung.“ (Birg 2004, in: Jentschke 2007, S.8) Die derzeitige und zukünftige demographische Entwicklung ist mit einem erheblichen Einfluss auf die Situation in den Pflege- und Altenheimen verbunden. Der Altersdurchschnitt aller Bewohner in bundes-deutschen Pflegeheimen lag laut Statistischem Bundesamt 2005 bei 81,58 Jahren, Tendenz steigend (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, in: Warnken 2007, S.17), verdeutlicht auch in den nachfolgend dargestellten Schemata zur Altersstruktur von 1910 - 2040/ 2050.

Ganzheitlichkeit

Der Begriff Ganzheitlichkeit ist von dem Abstraktum Ganzheit des Adjektivs ganz abgeleitet, das sich in der deutschen Sprache bereits vor dem 8. Jahrhundert n. Chr. nachweisen lässt. Ganz bedeutet ursprünglich heil, unverletzt und vollständig. Ganzheitlichkeit ist die Betrachtung einer Sache in der gefüghaften Totalität aller Teile sowie in der Gesamtheit ihrer Eigenschaften und Beziehungen.

Ganzheitliche Medizin

Ganzheitliche Medizin ist ein Ansatz in der Gesundheitsfürsorge, wonach der ganze Mensch in seinem Lebenskontext mit der Betonung von Subjektivität und Individualität betrachtet und behandelt werden soll. Synonym werden auch die Begriffe holistische Medizin und Ganzheitsmedizin verwendet.

Danach wäre der Mensch ein strukturiertes, nach außen offenes System, dessen Teile in wechselseitiger Beziehung zueinander, zum ganzen Organismus und zur Außenwelt stünden. Zu berücksichtigende Faktoren wären bei einer ärztlichen Behandlung demnach die Einheit von Körper, Seele und Geist, Ideale und Wertvorstellungen des Patienten, seine Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Stress, Entspannung), die soziale Umwelt mit allen Beziehungen (Partner, Familie, Beruf, Mitmenschen, Gesellschaft), die natürliche Umwelt (Wasser, Boden, Luft, Klima), die künstliche Umwelt (Wohnraum, Arbeitsplatz, Technik) und nach teilweise vertretener Auffassung auch Übersinnliches (Religion, Glaube, Spiritualität).

Der Menschen ist mehr als die Summe seiner Glieder und Organe (Vielheit der Körperteile), erst durch deren funktionale Kontinuität ist der Mensch ein lebendes Ganzes (Einheit in der Vielheit). Dabei ist hier Kontinuität nicht rein zeitlich zu verstehen, sondern als ein stetiger, lückenloser Funktionszusammenhang. Der gesunde Organismus ist in der Tradition des Hippokrates gerade diejenige Ganzheit, deren Teile keinen Kontinuitätsbruch aufweisen. Die Krankheit offenbare sich in den Wunden als Folge der Kontinuitätsbrüche. In diesem Sinne wäre der Kontinuitätsbruch eine Aufhebung oder zumindest Störung der Einheit in der Vielheit. Der Extremfall des Kontinuitätsbruchs wäre das Abtrennen der einzelnen Körperteile und Organe, was zum Ende des Organismus (als einer lebenden Ganzheit) führen würde. Bereits Plotin hatte auf die Einheit von Körper und Seele hingewiesen:

„Die ganze Seele ist in jedem Teil des Körpers und ganz auch in seiner Gesamtheit.“

Die gesundheitlichen Problembereiche sollen nach Auffassung der holistischen Medizin mit ihren verschiedenen Verknüpfungen erkannt und eine einseitige Betonung einzelner Aspekte soll vermieden werden. Ziel ist die umfassende Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins und der Gesundheit. Der Mensch soll nicht nur ein Objekt ärztlicher Techniken sein, sondern im Sinne des Humanismus als Maß aller Dinge in seiner Ganzheit wahrgenommen und behandelt werden. Dabei werden die Methoden der wissenschaftlichen Medizin, der biologischen Medizin und alternative Heilmethoden mit Methoden der Psychotherapie zu einer einheitlichen Therapie kombiniert. Im engeren Sinn handelt es sich bei der Ganzheitsmedizin um einen umgangssprachlichen Begriff. Der Zuordnung verschiedener Heilmethoden liegen dann keine wissenschaftlich oder staatlich anerkannten Kriterien zugrunde. Auch die traditionelle chinesische Medizin, die anthroposophische Medizin oder Ayurveda betrachten sich als ganzheitliche Ansätze.