

# Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

Bearbeitet von  
Stein Husebø, Gebhard Mathis, Eberhard Klaschik

6. Auflage 2017. Buch. XXII, 468 S. Softcover  
ISBN 978 3 662 49038 9  
Format (B x L): 12,8 x 18,8 cm  
Gewicht: 462 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Schmerztherapie, Palliativmedizin](#)

Zu [Leseprobe](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care? . . . . .</b>	1
	<i>S. Husebø, G. Mathis</i>	
1.1	<b>Historische Wurzeln . . . . .</b>	2
1.2	<b>Definitionen, Begriffsbestimmungen und Deutungen . . . . .</b>	3
1.3	<b>Grundsätze der Palliativversorgung . . . . .</b>	5
1.4	<b>Versorgungsstrukturen für Hospizarbeit und Palliative Care . . . . .</b>	6
	<b>Literatur . . . . .</b>	9
<b>2</b>	<b>Ethik . . . . .</b>	11
	<i>S. Husebø, G. Mathis</i>	
2.1	<b>Autonomie oder Paternalismus? . . . . .</b>	13
2.1.1	Ethik und Moral . . . . .	15
2.1.2	Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte . . . . .	19
2.2	<b>Sterbenlassen – passive Sterbehilfe . . . . .</b>	24
2.2.1	Gibt es Situationen, in denen der Tod nicht mehr der Feind des Patienten ist? . . . . .	24
2.2.2	Entscheidungen über Behandlungsabbruch . . . . .	31
2.2.3	Passive Sterbehilfe – klinische Beurteilung und Definition . . . . .	34
2.2.4	Wann sollen wir eine das Sterben verlängernde Therapie einstellen? . . . . .	36
2.2.5	Wann sollen wir die lebenserhaltende Therapie nicht einstellen? . . . . .	38
2.2.6	Wenn die Entscheidung besonders schwer fällt, sollte man sich Zeit lassen . . . . .	39
2.2.7	Wie soll eine Therapie eingestellt werden? . . . . .	40
2.3	<b>Sterbehilfe – wie aktiv? . . . . .</b>	48
2.3.1	Sterbewunsch . . . . .	48
2.3.2	Definitionen . . . . .	52
2.3.3	Internationale Rechtslage . . . . .	53
2.3.4	Wie denkt die Ärzteschaft? . . . . .	55
2.3.5	Folgen der Gesetze international . . . . .	57
2.4	<b>Tötung auf Verlangen oder Palliativmedizin? Die neue Entwicklung in Europa und deren Konsequenzen . . . . .</b>	60
2.4.1	Indirekte Sterbehilfe . . . . .	68
2.4.2	Was bedeuten Begriffe wie »unwürdig«, »unerträglich« und »friedvoll«?	69
2.4.3	Zusammenfassung: Respekt vor dem Leben und vor dem Sterben – aber nicht töten . . . . .	74
2.5	<b>Palliativmedizin und aktive Lebenshilfe – die Alternative zur Euthanasie . . . . .</b>	76

<b>2.6</b>	<b>Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung – 2010</b>	79
<b>2.7</b>	<b>Schwer Kranke und Sterbende – Richtlinien für ethische Entscheidungen angesichts des Abbruchs oder im Hinblick auf das Nichteinleiten lebensverlängernder Therapiemaßnahmen</b>	85
	<b>Literatur</b>	94
<b>3</b>	<b>Kommunikation</b>	99
	<i>S. Husebø</i>	
<b>3.1</b>	<b>Kommunikation – Hintergründe</b>	102
<b>3.2</b>	<b>Sollen wir den Patienten vor der Wahrheit schützen?</b>	103
3.2.1	Wie wird heute über bösartige Erkrankungen informiert?	104
3.2.2	Wie viel Information und Offenheit wollen die Patienten?	108
3.2.3	Ist es besser für den Patienten, wenn wir ihn vor unangenehmen Wahrheiten schützen?	109
<b>3.3</b>	<b>Warum sind Aufklärungsgespräche so schwierig?</b>	113
3.3.1	Wir schützen uns vor etwas, das für uns unerträglich ist	114
3.3.2	Es fehlt uns an Fachkenntnissen über die Reaktionen von Patienten	115
3.3.3	Es fällt uns schwer, eine Niederlage zuzugeben	117
3.3.4	Es fehlt uns an Ausbildung, Erfahrung und guten Vorbildern	118
3.3.5	Wir haben Erfahrung mit Aufklärungsgesprächen, die schwere Folgen hatten	119
3.3.6	Es ist nicht jedermann's Sache, sich mit gefühlsmäßigen Reaktionen auseinanderzusetzen	121
3.3.7	Wir möchten nicht sterben	122
<b>3.4</b>	<b>Das schwierige Gespräch</b>	122
3.4.1	Praktische Grundlagen	122
3.4.2	Vorbereitung	123
3.4.3	Inhalt	123
3.4.4	Der Rahmen	126
3.4.5	Die Bereitschaft	130
3.4.6	Was wurde nicht angesprochen?	134
<b>3.5</b>	<b>Es ist schwer zu sterben</b>	135
3.5.1	Es ist schwer, über den eigenen Schatten zu springen	137
3.5.2	Die Lebensgeschichte und die Wertsysteme des Patienten sind grundlegende Voraussetzungen für die Kommunikation	137
3.5.3	Für schwierige Gedankenprozesse brauchen Patient und Arzt Zeit	137
3.5.4	Ein Gespräch, in dem die Teilnehmer Befürchtungen und Gefühle äußern dürfen	139
3.5.5	Ein früheres, brutales Aufklärungsgespräch oder eine fehlende Aufklärung können die Ursache für Leugnen und Verdrängung sein	140

3.5.6	Ich werde bald gesund und gehe dann nach Hause . . . . .	140
<b>3.6</b>	<b>»Wie lange habe ich noch, Herr Doktor?« . . . . .</b>	<b>141</b>
<b>3.7</b>	<b>»Ihr Kind ist tot« . . . . .</b>	<b>144</b>
3.7.1	Höfliches und respektvolles Benehmen . . . . .	146
3.7.2	Ein ungestörter Raum . . . . .	146
3.7.3	Information teilen . . . . .	147
3.7.4	Die Botschaft im richtigen Moment verständlich erklären . . . . .	147
3.7.5	Gefühle und Ohnmacht zulassen . . . . .	147
<b>3.8</b>	<b>»Ja, Sie haben Krebs.« . . . . .</b>	<b>148</b>
3.8.1	Welche Geschichte hat der Patient? . . . . .	151
3.8.2	Gemeinsames Gespräch mit der wichtigsten Bezugsperson . . . . .	151
3.8.3	Die Krankenschwester nimmt an dem Gespräch teil . . . . .	152
3.8.4	Höflichkeit und Menschlichkeit . . . . .	152
3.8.5	Offenheit und nicht alles auf einmal . . . . .	153
3.8.6	Die Lage der Kinder . . . . .	154
3.8.7	Wiederholung . . . . .	155
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>155</b>
<b>4</b>	<b>Schmerztherapie in der Palliativmedizin . . . . .</b>	<b>159</b>
	<i>O. Gehmacher, R. Likar, R. Sittl, G. Mathis</i>	
<b>4.1</b>	<b>Medikamentöse Schmerztherapie . . . . .</b>	<b>160</b>
4.1.1	Einleitung . . . . .	160
4.1.2	Placebo- und Nocebo-Effekt . . . . .	161
4.1.3	Das WHO-Stufenschema . . . . .	162
4.1.4	Stufe I-Medikamente . . . . .	163
4.1.5	Stufe II schwache Opioide . . . . .	169
4.1.6	Stufe III-Medikamente – starke Opioide . . . . .	170
4.1.7	Koanalgetika . . . . .	179
4.1.8	Neuropathische Schmerzen . . . . .	185
<b>4.2</b>	<b>Invasive Schmerztherapie . . . . .</b>	<b>187</b>
<b>4.3</b>	<b>Nichtmedikamentöse Schmerzbehandlungen . . . . .</b>	<b>197</b>
4.3.1	Physiotherapie . . . . .	200
4.3.2	Psychotherapie . . . . .	203
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>208</b>
<b>5</b>	<b>Symptomkontrolle . . . . .</b>	<b>215</b>
	<i>H. Watzke</i>	
<b>5.1</b>	<b>Dyspnoe . . . . .</b>	<b>217</b>
5.1.1	Ursachen der Dyspnoe (und ihre Behandlung) . . . . .	218
5.1.2	Chronische Atemnot und ihre Behandlung . . . . .	219
5.1.3	Atemnot bei Krebserkrankungen . . . . .	221

5.1.4	Atemnot bei neuromuskulären Erkrankungen . . . . .	223
<b>5.2</b>	<b>Übelkeit und Erbrechen . . . . .</b>	226
5.2.1	Auslöser der Übelkeit . . . . .	226
5.2.2	Erbrechen . . . . .	227
5.2.3	Klinische Syndrome, die mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen . . . . .	229
5.2.4	Therapie von Übelkeit . . . . .	230
<b>5.3</b>	<b>Obstipation . . . . .</b>	233
5.3.1	Klinisches Bild und Diagnose . . . . .	233
5.3.2	Behandlungsstrategien . . . . .	235
<b>5.4</b>	<b>Intestinale Obstruktion . . . . .</b>	238
5.4.1	Chirurgische Therapiemaßnahmen . . . . .	239
5.4.2	Pharmakologische Therapiemaßnahmen . . . . .	241
5.4.3	Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase . . . . .	242
<b>5.5</b>	<b>Hyperkalzämie . . . . .</b>	243
5.5.1	Klinisches Bild und Diagnose . . . . .	243
5.5.2	Behandlung . . . . .	244
<b>5.6</b>	<b>Delir . . . . .</b>	246
5.6.1	Klinisches Bild und Diagnose . . . . .	246
5.6.2	Behandlung . . . . .	248
5.6.3	Nicht-pharmakologische Therapiemaßnahmen . . . . .	248
5.6.4	Pharmakologische Therapiemaßnahmen . . . . .	249
	<b>Literatur . . . . .</b>	251
<b>6</b>	<b>Palliative Onkologie – Möglichkeiten und Herausforderungen</b>	257
	<i>G. Mathis</i>	
<b>6.1</b>	<b>Supportive Care, Palliative Care, Hospice Care –</b>	
	<b>Reflexionen zu Begriffen . . . . .</b>	259
<b>6.2</b>	<b>Modelle zur Integration von Onkologie und Palliative Care/</b>	
	<b>Palliativmedizin . . . . .</b>	261
<b>6.3</b>	<b>Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus . . . . .</b>	264
<b>6.4</b>	<b>Palliative Grundversorgung im ambulanten Bereich . . . . .</b>	266
<b>6.5</b>	<b>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung . . . . .</b>	268
<b>6.6</b>	<b>Indikatoren für eine Integration von Onkologie und Palliative Care</b>	269
<b>6.7</b>	<b>Frühintegration . . . . .</b>	270
<b>6.8</b>	<b>Vorausschauende Versorgungsplanung</b>	
	<b>(Advance Care Planning – ACP) . . . . .</b>	272
<b>6.9</b>	<b>Über Sterben reden für das Leben – End of live discussions . . . . .</b>	274
<b>6.10</b>	<b>Müssen wir alles tun, was wir machen können? . . . . .</b>	276
	<b>Literatur . . . . .</b>	278

<b>7</b>	<b>Palliative Care bei Nicht-Krebserkrankten</b>	281
	<i>G. Mathis</i>	
7.1	<b>Ausweitung von Palliativmedizin</b>	283
7.1.1	Schubweiser, unterschiedlicher und schwankender Krankheitsverlauf	283
7.1.2	Unsichere Prognose erschwert vorausschauende Planung	284
7.1.3	Indikatoren für einen Einsatz von Palliative Care zur richtigen Zeit	286
7.2	<b>Herzversagen</b>	287
7.3	<b>Lungenversagen</b>	291
7.3.1	Symptomlast bei COPD	291
7.3.2	Vorausschauende Planung	295
7.3.3	Ab wann soll Palliative Care eingesetzt werden?	295
7.4	<b>Nierenversagen</b>	296
7.4.1	Symptomtherapie bei Niereninsuffizienz	297
7.4.2	Nierenersatztherapie oder konservatives Management?	298
7.5	<b>Leberversagen</b>	300
7.5.1	Prognose	304
7.5.2	Frühzeitige Palliative Care bei Leberversagen	304
	<b>Literatur</b>	305
<b>8</b>	<b>Palliativmedizin im Pflegeheim – wie alte, schwer kranke Menschen leben und sterben</b>	309
	<i>B. Sandgathe-Husebø, S. Husebø</i>	
8.1	<b>Sterben im hohen Alter – früher und heute</b>	311
8.1.1	Demographie und Berufstätigkeit	312
8.1.2	Pflegebedürftigkeit im Vergleich	313
8.1.3	Diskriminierung alter Menschen	314
8.1.4	Medizinische Herausforderungen	314
8.1.5	Die ärztliche Versorgung	315
8.2	<b>Qualität und Forschung in der Pflegeheimmedizin</b>	316
8.3	<b>Demenzverlauf, Funktionsniveau und neuropsychiatrische Symptome im Pflegeheim</b>	320
8.4	<b>Erfassung und Behandlung von Schmerzen bei Personen mit Demenz</b>	322
8.4.1	Schmerzen bei Personen mit unterschiedlichen Typen von Demenz	323
8.4.2	Unterschiedliche Fragebögen zur Erfassung von Schmerz bei Demenz	324
8.4.3	MOBID-2-Schmerzskala	325
8.4.4	Typisches Schmerzverhalten und Verhalten in Verbindung mit Demenz	328
8.5	<b>Schlaf im Alter</b>	330
8.6	<b>Arzneimittelgebräuche im Pflegeheim</b>	334
8.7	<b>Kommunikation am Lebensende</b>	336

<b>8.8</b>	<b>Palliativmedizin bei Personen mit Demenz</b>	339
<b>8.9</b>	<b>Aktive Lebenshilfe</b>	342
	<b>Literatur</b>	344
<b>9</b>	<b>Psychosoziale Fragen</b>	349
	<i>S. Husebø</i>	
<b>9.1</b>	<b>Familie und Umfeld</b>	351
<b>9.2</b>	<b>Sollen wir immer einen »Strohhalm« anbieten?</b>	358
<b>9.3</b>	<b>Zu Hause oder im Krankenhaus?</b>	363
<b>9.4</b>	<b>Trauer</b>	366
9.4.1	Stadien der Trauer	367
9.4.2	Der Sinn des Trauerns	369
9.4.3	Vorbereitende Trauer – Trauer vor dem Tod	370
9.4.4	Pathologische Trauer – starke Trauer	371
9.4.5	Trauerarbeit – Aufgaben für Ärzte und das Krankenpflegepersonal	373
<b>9.5</b>	<b>Die Rolle der Kinder</b>	375
9.5.1	Trauer bei Kindern	378
9.5.2	Aufgaben der Ärzte und des Krankenpflegepersonals bei nicht heilbarer Krankheit oder beim Todesfall in der Familie mit Kindern	381
9.5.3	Aufgaben der Eltern bei nicht heilbarer Krankheit und beim Todesfall in der Familie mit Kindern	382
9.5.4	Aufgaben der Schule bei nicht heilbarer Krankheit und beim Todesfall in der Familie eines Schülers	383
<b>9.6</b>	<b>Angst, Depression, delirantes Syndrom und Verwirrheitszustände</b>	385
9.6.1	Angst	386
9.6.2	Depression	388
9.6.3	Delirantes Syndrom und Verwirrtheit bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung	389
<b>9.7</b>	<b>Suizid bei schwer kranken Patienten</b>	391
<b>9.8</b>	<b>Nähe – Distanz und Sexualität</b>	393
9.8.1	Physische Nähe	394
9.8.2	Psychische Nähe	396
9.8.3	Sexualität	398
<b>9.9</b>	<b>Seelsorge</b>	399
9.10	<b>Der Augenblick des Todes – und die Rechte der Sterbenden</b>	404
	<b>Literatur</b>	413

<b>10</b>	<b>Die Rolle der Helfenden</b>	417
	<i>S. Husebø</i>	
10.1	Wenn Ärzte an ihre Grenzen stoßen	418
10.2	Der ärztliche Alltag	419
10.3	Der hilflose Helfer	421
10.4	Quantität oder Qualität – das falsche Konzept?	424
10.5	Empathie und Menschlichkeit	430
10.6	Weg aus der Misere – die Gesundheit des Arztes	433
10.6.1	Fachliche Kompetenz	433
10.6.2	Eigene Reaktionen und Gefühle verstehen und zulassen	434
10.6.3	Die eigene Verwundbarkeit – und Empathie	435
10.6.4	Die eigene Sterblichkeit	436
10.6.5	Kollegialität	437
10.6.6	Zu Hause – das Leben – Liebe	439
10.7	<b>Hoffnung</b>	441
10.7.1	Heute hat Ihr Arzt Ihnen vermittelt, dass Sie schwer krank sind	443
10.7.2	Ein Beispiel	445
	<b>Literatur</b>	449
<b>11</b>	<b>Ausblick – Zukunft von Palliative Care</b>	453
	<i>G. Mathis</i>	
11.1	Demographische Entwicklung	454
11.2	Bewusstseinsbildung	455
11.3	Aus- und Weiterbildung	456
11.4	Forschung	457
11.5	Übertherapie am Lebensende – »futility«	458
	<b>Literatur</b>	459
	<b>Serviceteil</b>	461
	Stichwortverzeichnis	462



<http://www.springer.com/978-3-662-49038-9>

Palliativmedizin

Mitbegründet von E. Klaschik

Husebø, S.; Mathis, G. (Hrsg.)

2017, XXII, 468 S. 22 Abb., 13 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-49038-9