

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

07.2022

PFLEGE

Es muss nicht immer Dekubitus sein

Jeder dritte Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege hat Probleme mit der Haut infolge von Feuchtigkeit und Reibung. Wenn ein Hautschaden am Gesäß auftritt, hält man diesen häufig für einen Dekubitus. Das muss nicht sein. Zu unterscheiden ist zwischen einer Inkontinenz Assoziierten Dermatitis (IAD) und einem Dekubitus.

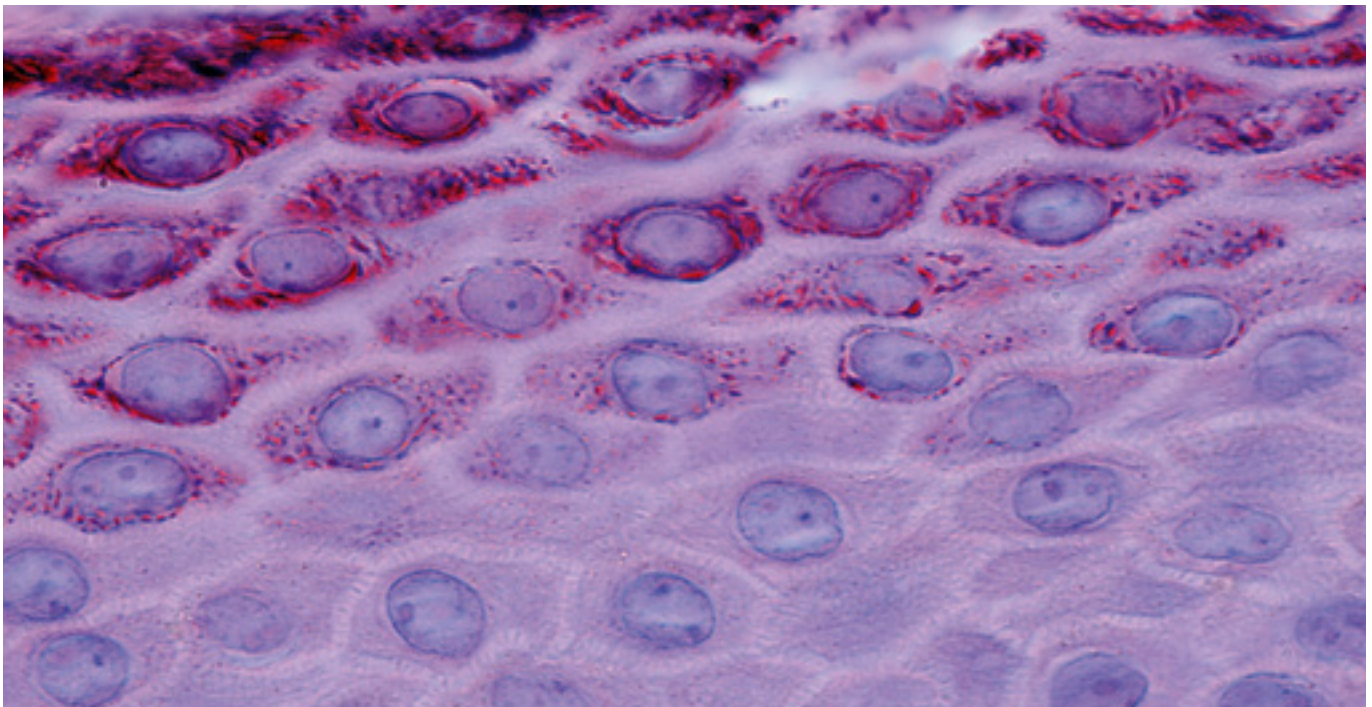


Foto: AdobeStock/Josius

Bei der IAD wird zunächst die oberste Schicht der Haut - die Epidermis - geschädigt.

Besonders ältere Menschen sind betroffen: Jeder dritte Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege hat Probleme mit der Haut infolge Einwirkung von Feuchtigkeit und

Reibung. Die Feuchtigkeit ist z.B. Urin, Schweiß oder Wundexsudat. Solche Hautschädigungen nennt man „MASD“ (Moisture Associated Skin Damage – also Hautschaden durch Feuchtig-

keit). Doch wenn ein Hautschaden am Gesäß auftritt, hält man diesen häufig für einen Dekubitus. Nachfolgend die Unterschiede zwischen Dekubitus und IAD (Inkontinenz Assoziierte Derma-



- titis) sowie Möglichkeiten der Prävention. 2014 hat sich eine internationale Arbeitsgruppe zusammengesetzt, um das vorhandene Wissen zusammenzutragen und zu veröffentlichen. Schnell wird klar: Vieles basiert auf Erfahrung, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse fehlen noch. Es besteht auch hier großer Forschungsbedarf.

Was ist eine IAD?

Eine Inkontinenz Assoziierte Dermatitis ist „eine irritative Kontaktdermatitis (Entzündung der Haut), die bei Patienten mit Stuhl- und/oder Harninkontinenz auftritt“ (Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinenceassociated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015). Eine IAD entsteht also immer durch Urin und/oder Stuhl. Stuhl ist wegen des höheren Ammoniakgehaltes wesentlich aggressiver als Urin, der jedoch häufiger als Inkontinenzform vorkommt. Zunächst ist ein rosafarbenes Erythem erkennbar, das sich flächig über große Hautflächen erstreckt. Weil die Haut entzündet ist, kann sie wärmer und härter sein. Bei Wunden sind diese bis in die Dermis, also die zweite Hautschicht, reichend. Eine IAD ist meist schmerzhaft, kann jucken oder brennen. Auf dem Boden einer IAD kann sich sehr schnell eine Pilzinfektion entwickeln: Rund 30 Prozent der Patient:innen mit einer IAD haben eine Mykose. Mykosen zeigen sich als leuchtend roter Ausschlag, der sich von einem zentralen Bereich ausbreitet. Die Diagnose einer Mykose ist jedoch schwierig und sollte durch einen Abstrich ergänzt werden. Hier sollte die ambulante Pflege den Dermatologen rechtzeitig einschalten. IAD kann überall dort auftreten, wo die Haut Kontakt mit Urin oder Stuhl hat: Perineum (also der Bereich zwischen Anus und Vulva bzw. Skrotum). Bei Frauen sind typischerweise die Schamlippen betroffen, bei Männern das Skrotum und die Innenseiten der Oberschenkel. Tabelle 1 stellt die wichtigsten Unterschiede zwischen Dekubitus und IAD dar. Denn mehr als 60 Prozent der Hautschäden am Gesäß werden fälschlicherweise für einen Dekubitus gehalten.

	Dekubitus	IAD
Wichtigste Ursachen	Langeinwirkender Druck	Feuchtigkeit und Reibung
Wichtigste Lokalisation	Über Knochenvorsprüngen: Kreuzbein (Sakrum)	In Hautfalten: Steißbein oder flächig, diffus
Aussehen der Wunde	Schlecht durchblutet, tief, eher nekrotisch	Gut durchblutet, oberflächlich
Umgebende Haut	Nicht direkt betroffen	Direkt betroffen

Tabelle 1

Dennoch muss darauf geachtet werden, dass der Hautschaden durch Feuchtigkeit die elastischen Eigenschaften der Haut negativ verändert und somit der Faktor Druck schneller einen Dekubitus entstehen lässt. Bei allen Patient:innen, die einen Feuchtigkeitsschaden der Haut haben und gleichzeitig immobil sind, muss Dekubitusprävention durchgeführt werden.

Wie entsteht eine IAD?

Bei der IAD wird zunächst die oberste Schicht der Haut – die Epidermis – geschädigt. Dies erfolgt durch Feuchtigkeit (Aufquellen) und Reibung. Die oberste Hautschicht ist aus einer besonderen Schicht der Keratinozyten mit Eiweißbausteinen und Feuchtigkeit aufgebaut. Der pH-Wert der normalen Haut ist leicht sauer bei 5 bis 5,5, wodurch die Abwehr durch Bakterien auf der Haut unterstützt wird. Zusätzlich wird durch den pH-Wert die Barrierefunktion der obersten Hautschicht gestärkt. Stuhl hat einen deutlich höheren pH-Wert als Urin und zerstört den Hautschutz stärker. Möglicherweise spielen auch spezielle Medikamente wie Antibiotika (inzwischen durch Studien belegt), Steroide, Chemotherapeutika oder deren Metabolite eine Rolle. Ebenfalls kann eine falsche Vorbeugung/Behandlung IAD verstärken: längerer Kontakt mit Urin und/oder Stuhl; absorbierende Inkontinenzmaterialien, da sie die Feuchtigkeit an der Hautoberfläche halten, wenn die Hälfte des Fassungsvermögens erreicht ist; häufige, intensive Reinigung der Haut mit Reibung durch Waschlappen. Wichtigste Risikofakto-

ren einer IAD: Art der Inkontinenz (besonders hohes Risiko bei Stuhlinkontinenz); okklusive Inkontinenzprodukte; schlechter Hautzustand, eingeschränkte Mobilität, Einschränkungen bei Körperhygiene; erhöhte Körpertemperatur, spezielle Arzneimittel; schlechter Ernährungszustand. Inkontinenz verursacht keinen Dekubitus, ist aber ein Risikofaktor. Wenn die Haut bereits geschädigt ist, treten druckbedingte Schädigungen schneller auf. Je größer das Risiko für eine IAD, desto größer das Risiko für Dekubitus.

Wie kann man vorbeugen?

Zur Risikoeinschätzung gibt es verschiedene Instrumente, von denen das IADIT-D ein Instrument mit Empfehlungen ist. Allerdings werden Assessments in dem Papier nicht empfohlen, sondern eine regelmäßige Hautinspektion. Dennoch sollte die IAD in die drei Schweregrade eingeteilt werden: Keine Rötung, Haut intakt. Kategorie 1 (gerötete, aber intakte Haut) und Kategorie 2 (gerötete Haut mit Hautschäden).

Zwei Schritte zur Prävention:

1. Management der Inkontinenz
2. Strukturiertes Hautpflegeprogramm: Reinigung, Hautschutz.

Mehr dazu in der folgenden Ausgabe. ◀

Das besprochene Papier kann kostenlos heruntergeladen werden: www.woundsinternational.com



Foto: Privat

Gerhard Schröder
Lehrer für Pflegeberufe, PDL, Leiter der Akademie für Wundversorgung, info@akademie-fuer-wundversorgung.de

INTERKULTURELLE PFLEGE

Kultursensibilität bis zum Lebensende

Infolge der Globalisierung wird das Pflegepublikum kulturell diverser. Wie gehen wir mit dieser Veränderung um? Wie können die Lösungswege für eine gelungene Integration in der Pflege aussehen?



Foto: AdobeStock/presentator

Unerlässlich ist, die Migrations- oder Fluchthistorie des Pflegebedürftigen zu kennen.

Was ist kultursensible Altenpflege? Für den Begriff „Kultursensibilität“ gibt es bis dato keine allgemeingültige Definition. Gemeint ist, aufgeschlossen gegenüber anderen Kulturen, Lebensarten und Religionen zu sein und diese annehmen zu können. In der kultursensiblen Pflege wird die pflegebedürftige Person gemäß ihrer individuellen religiösen und kulturellen Werte entsprechend wahrgenommen und versorgt. Das umfasst nicht nur Migrant:innen und Geflüchtete, sondern auch Menschen, die in kulturell diversen Strukturen leben, wie zum Beispiel Menschen mit Beeinträchtigungen, Wohnungslose oder Menschen aus dem Strafvollzug.

Immer wichtiger

Warum wird die kultursensible Pflege immer wichtiger? Mitte der 50er Jahre boomte im Nachkriegsdeutschland die Wirtschaft. Bald wurden die Arbeitskräfte knapp, vor allem in der Landwirtschaft, dem Bergbau und in den neuen Fabriken brauchte man mehr Arbeiter:innen für die Schwerstarbeit. Die gab es im Ausland und die erste große Zuwanderung an Gastarbeiter:innen begann. Viele der Gastarbeiter:innen machten Überstunden, sparten jeden Cent, um das verdiente Geld nach Hause zu schicken. Die gewünschte Integration blieb aus und viele Arbeiter:innen blieben unter sich.

Bis zum Anwerbestopp 1973 kamen rund 14 Millionen Gastarbeiter:innen nach Deutschland, etwa 11 Millionen gingen zurück in ihre Heimatländer. Die, die geblieben sind, sind heute Rentner:innen und durch die körperliche Schwerstarbeit häufig gesundheitlich beeinträchtigt. Diese Menschen haben all die Jahre versucht, ihren Glauben, ihre Normen, ihre Kultur zu bewahren und waren maßgeblich am deutschen Wiederaufbau und Wirtschaftswunder beteiligt.

Um professionelle Pflege gewährleisten zu können, ist es wichtig, Menschen aller Kulturen einen gleichberechtigten Zugang zur Pflege zu



- ermöglichen. Und genau hier knüpft die kultursensible Pflege an.

Herausforderungen

Für viele Migrant:innen und Geflüchtete fängt die Problematik bereits bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Situation an. In ihren Heimatländern werden Pflegebedürftige in der Familie gepflegt, oft ist die Institution eines Pflegeheims nicht ausreichend bekannt. Hinzu kommen sprachliche sowie finanzielle Barrieren. Die deutsche Bürokratie hinsichtlich Pflegegesetz und Pflegerechte ist für viele Eingewanderte undurchsichtig und sie wissen nicht, welche Möglichkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten für sie in Frage kommen.

„Kultursensibilität“ bedeutet, aufgeschlossen gegenüber anderen Kulturen, Lebensarten, Religionen zu sein.

Der Migrantenanteil in Pflegeheimen ist immer noch gering und es gibt kaum Einrichtungen, die auf ihre Bedürfnisse vorbereitet sind und kultursensible Pflege anbieten können. Sprachbarrieren und Ausgrenzungen lassen nicht zu, dass sich Zugewanderte wie Zuhause fühlen. Hinzu kommt, dass demenziell Erkrankte, die einst deutsch gut verstanden und sprachen, mitunter die Sprache vergessen und nur noch in ihrer Muttersprache kommunizieren können.

Prinzipiell haben fast alle Menschen ähnliche pflegerische Bedürfnisse und Ängste, wie zum Beispiel Angst vor Leid oder die Angst vor Autonomieverlust. Bei Menschen mit Migrationshintergrund kommen jedoch die kulturellen Bedürfnisse hinzu. Etwa das Begehen von religiösen Feiertagen oder die traditionelle, ländertypische Küche. Essen ist ein Stück Heimat und es ist längst nicht in jeder Einrichtung möglich, halal oder kosher zu kochen. Auch das Ausleben der Religiosität kann zu Befremdlichkeiten führen.

Lösungen in der ambulanten Pflege

Gerade der Pflegesektor ist ein Bereich, der von mehr kultureller Vielfalt profitieren kann. Mehrsprachige Mitarbeiter:innen einzustellen und sich für ausreichende Weiterbildung in den Bereichen kultursensible Pflege und interkulturelle Kommunikation einzusetzen, sorgt nachhaltig dafür, eine gleichberechtigte, bedürfnisorientierte Pflege zu integrieren.

Wenn wichtige Ereignisse wie beispielsweise die Begutachtung des Medizinischen Dienstes zur Einschätzung des Pflegegrads anstehen, ist eine gute, funktionierende Kommunikation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen essenziell. Notfalls macht es Sinn, für solche Ereignisse einen Dolmetscher zu beauftragen. Diese Aufgabe sollte bestenfalls kein Familienmitglied übernehmen, sondern ein professioneller Übersetzer, der emotional nicht involviert ist und eine objektive Sicht vertritt. Pflegen Sie Ihre SIS und den Maßnahmenplan! Es ist unerlässlich, die Migrations- oder Fluchthistorie der Pflegebedürftigen zu kennen und so auf Tabus reagieren zu können. Nehmen Sie Einladungen und Geschenke an,

es könnte die Patient:innen kränken abzulehnen. In manchen Kulturen gilt es als unhöflich, die Hand zu geben oder Augenkontakt aufzunehmen, in anderen ist es genau andersherum. In vielen Ländern gilt es als besonders respektvoll, ältere Menschen als „Tante/Onkel/Oma/Opa“ anzusprechen, anstatt sie zu siezen.

Je detaillierter Ihre Aufzeichnungen sind, desto einfacher ist es für alle Mitarbeiter:innen, sich daran zu halten. Schaffen Sie Verständnis. Kultursensible Pflege kann nur stattfinden, wo beide Parteien den Willen zur Umsetzung haben. Es kann den Alltag erleichtern, Standards zu verfassen, die die Mitarbeiter:innen beachten können und gegebenenfalls auch Übersetzungscharts mit den wichtigsten Vokabeln anzu fertigen. Das gibt sowohl den Patient:innen als auch den Pflegekräften Sicherheit.

Denken Sie daran, dass religiöse Bedürfnisse eventuell eine umsichtigeren Planung voraussetzen und spirituelle Waschungen und Gebetszeiten in den Pflegeplan zu integrieren sind. Das Wichtigste, um kultursensible Pflege ermöglichen zu können, sind Interesse und Kommunikation. Wenn Verhaltensweisen „fremd“ erscheinen, ist es immer sinnvoll nachzufragen. Nur so wächst das Verständnis füreinander. Heimat ist eine Quelle der Kraft und eine ambulante interkulturelle Pflege geht mit zufriedeneren, glücklicheren Patient:innen Hand in Hand. 🏡



Malin von Lingelsheim
Freie Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR



Die Ausgabe oder einzelne Beiträge als Download unter
haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis

ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Aktivierungsstunde zu Sprachen und Dialekten

„Et kütt wie et kütt“ – und so „kütt“ auch diese unterhaltsame Zehn-Minuten-Aktivierung, die Sie nutzen können, um mit Ihren Patient:innen ins Gespräch zu kommen und Erinnerungen wachzurufen.



Foto: AdobeStock/Mariposa-photo

Man geht davon aus, dass in Deutschland um die 20 verschiedenen Dialekte bekannt sind.

Es gibt schätzungsweise etwa 7.000 unterschiedliche Sprachen auf der Welt und unzählige Dialekte. In Deutschland gehen die ersten Ursprünge einer eigenen Mundart bereits auf die Zeiten der germanischen Stämme zwischen 200 v. Chr. und 900 n. Chr. zurück. Man geht davon aus, dass hier in Deutschland um die 20 verschiedenen Dialekte bekannt sind.

Zu diesem Thema im Rahmen einer Aktivierungsstunde bietet es sich an, einen regionalen oder internationalen Motto-Tisch zu decken. Gut umsetzbar sind hier zum Beispiel die Regionen Bayern, Berlin, Hamburg oder die Länder Spanien, Frankreich und Türkei.

Bereits beim gemeinsamen Eindecken kann man durch die Gesprächsanregungen und Fragen ins Gespräch kommen.

Fragen und Gesprächsanregungen

- Wurde bei Ihnen zuhause Dialekt gesprochen oder auch eine andere Sprache? Wenn ja, welche/r?
- Sind Sie vielleicht von einem Bundesland in ein anderes gezogen und mussten den Dialekt zunächst erlernen?
- Welche Sprachen können Sie sprechen? Erlernst oder Zweitsprache?
- Haben Sie in der Schule bereits andere Sprachen gelernt? Wenn ja, welche?

- Hatten Sie einen favorisierten Urlaubsort? Wenn ja, innerhalb oder außerhalb Deutschlands und haben Sie die Sprache gelernt?
- Sprechen Sie innerhalb der Familie anders, als sie mit ihren Mitmenschen sprechen? Wenn ja, warum?
- Welcher ist Ihr beliebtester Dialekt? Welcher ist der lustigste Dialekt?
- Welchen Dialekt verstehen Sie am leichtesten/schwersten?
- Wenn Sie einen Dialekt sprechen, fällt es Ihnen leicht oder schwer, ins Hochdeutsch zu wechseln? Wurden Sie immer verstanden?
- Wenn Sie Lieder, Musiktex te hören, sind diese in deutsch oder einer anderen Sprache?





Foto: AdobeStock/Hemalife

Materialien

- Tischdecken und Servietten in Landesfarben
- Landestypische Lebensmittel (z.B. Brezeln, Baguette, Franzbrötchen)
- Landestypische Getränke (bitte alkoholfrei)
- Bilder mit typischen Sehenswürdigkeiten (z.B. Eiffelturm, Schloss Neuschwanstein)
- Bilder von unterschiedlichen Landesflaggen
- Liedtexte zum Mitsingen
- Kärtchen mit dialektalen Begriffen

- Wenn Sie ein anderssprachiges Lied kennen, würden Sie es vorsingen?

Lieder

- „Dat du min Leevsten büst“ – niederdeutsches Volkslied
- „Auf de schwäbsche Eisebahne“ – Württembergisches Volkslied
- „Gehn m'r weng rüber“ – C. Harstenstein, Thüringische Volkslieder

Es gibt schätzungsweise etwa 7.000 unterschiedliche Sprachen auf der Welt und unzählige Dialekte.

Gedicht

Ick sitze da un'esse Klops
uff eemal klopp's
Ick kieke, staune, wundre mir,
uff eemal jeht se uff die Tür.
Nanu, denk ick, ick denk nanu

jetz isse uff, erst war se zu!
Ick jehe raus und kieke
und wer steht draußen? Icke! Icke! Icke!
Kurt Weill

Spiele

Bei diesen Spielen sind Zwischenrufe eindeutig gewünscht, das lockert die Stimmung auf und sorgt für Heiterkeit. Moderieren Sie die Teilnehmer:innen, damit jeder mal dran kommt.

Wörter suchen

Suchen Sie sich einen Überbegriff, dann werden so viele passende Wörter in verschiedenen Dialekten gesammelt, wie den Patient:innen einfallen.

Beispiel Begrüßung: Moin, Griaß di, Tach, Servus, Gliggauf, Grüezi

Dialekte raten

Dieses Spiel ist tatsächlich mit Schimpfwörtern am unterhaltsamsten, Sie können aber selbstverständlich alle Begriffe nehmen, die Ihnen einfallen. Schreiben Sie die verschiedenen Begriffe auf Kärtchen und lassen Sie die Patient:innen raten, welcher Dialekt es ist und was das Wort bedeutet.

Beispiele:

- Bangebüx, Hamburg, Angsthase
- Fatzke, Schlesien, Angeber

- Fickfacker, Hessen, Betrüger
- Mädleschmecker, Baden, Weiberheld
- Noodniggl, Bayern, Geizkragen
- Gröönhöker, Ostholstein, Gemüsehändler

Flaggen raten

Legen Sie die mitgebrachten Länderflaggen in die Mitte. Ziehen Sie jeweils eine oder lassen Sie die Patient:innen ziehen. Jetzt wird geraten, um welches Land es sich handelt. Wer es weiß, darf ein Wort oder einen Satz in der jeweiligen Sprache des Landes sagen. 🗣️

Malin von Lingelsheim

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](https://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

SPEZIALPFLEGE

Was bedeutet eigentlich Palliative Care?

Vielen von uns ist der Begriff „palliative Pflege“ bekannt. Allgemein wird damit die finale pflegerische Versorgung eines im wahrsten Sinne des Wortes „sterbenskranken“ Menschen beschrieben. Die wenigsten wissen jedoch, was sich hinter der Professionsbeschreibung wirklich alles verbirgt.



Foto: AdobeStock/Chinapong

Palliative Pflege will das individuelle Wohlbefinden so weit wie möglich steigern sowie Geborgenheit in allen Stadien des Leidens und Sterbens geben.

Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit in das SGB V aufgenommen. Seitdem hat jeder Versicherte in Deutschland das Recht auf diese Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen besonders aufwendigen Betreuungsbedarf haben. Stand 2018 gab es in Deutschland ca. 325 Teams in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, lediglich 31 davon für Kinder und Jugendliche.

Schaut man sich den Begriff „palliativ“ etwas genauer an, wird bereits deutlich, um was es im Kern der

Sache geht. Das Wort stammt aus dem Lateinischen (pallium – der Mantel) und bedeutet „mit dem Mantel bedecken, umhüllen“. Es geht hier um eine lindernde, ganzheitliche Fürsorge.

Die WHO formuliert es mit folgenden Worten: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch das Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fachgerechtes Einschätzen sowie Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Hinter dem Begriff Palliative Care

verbirgt sich damit also ein international anerkanntes und umfassendes Konzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen jeden Alters mit einer nicht mehr zu heilenden Grunderkrankung.

Palliative Pflege bedeutet damit eine bedürfnisorientierte Begleitung des Patienten mit dem Ziel, das individuelle Wohlbefinden so weit wie möglich zu steigern sowie Sicherheit und Geborgenheit in allen Stadien des Leidens und Sterbens zu geben. Hierbei ist es unerlässlich, das persönliche Lebensumfeld des Patienten mit einzubeziehen. Zielgruppen der Palliativpflege sind hierbei alle Menschen mit einer unheilbar fortschreitenden Erkrankung und einer damit einhergehenden

- erhöhten Symptomlast sowie deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen. Alle Handlungen sind auf den Betroffenen individuell zugeschnitten. Hauptziel ist die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen und die Erhaltung oder soweit möglich Wiederherstellung der Lebensqualität. Dies erfolgt immer im

Die Pflege findet nicht nur somatisch statt, sie integriert auch alle psychischen Aspekte.

interdisziplinären Team in enger Abstimmung mit dem Palliativmediziner. Angehörige werden begleitet, miteinbezogen und beraten. Pflege findet nicht nur somatisch statt, sondern integriert auch alle psychischen Aspekte.

Grundsätze der Palliativen Pflege

- Wahrheit und Offenheit:** Der Patient kann nur auf der Grundlage wahrer Fakten Entscheidungen für den Rest seines Lebens treffen. Deshalb hat er ein Anrecht auf wahre und hinreichende Informationen über sein Leiden/seine Erkrankung sowie über die Prognose des Krankheitsverlaufs. In welcher Detailtiefe diese Informationen weitergegeben werden sollen, muss in jedem Einzelfall mit dem betroffenen Patienten besprochen werden.
- Orientierung:** Der Patient darf nicht allein gelassen werden mit diesen Informationen und für ihn vielmals verwirrenden Fakten. Es ist Aufgabe des Palliativmediziners, dem Patienten die Situation und Faktenlage so aufzubereiten, dass er den Sinn und Inhalt versteht und mit diesen Informationen Entscheidungen für sich treffen kann.
- Autonomie:** Allein der Patient fällt die letzten, sein Leben betreffenden Entscheidungen. Diese mögen dem

pflegenden Team oder auch seinen engsten Kontaktpersonen/der Familie vielleicht falsch und nicht nachvollziehbar erscheinen, trotzdem müssen sie respektiert werden (solange keine strafrechtlichen Konsequenzen berührt werden). Der Palliativmediziner darf nur auf der Basis des informierten Einverständnisses tätig werden. Absprachen mit Angehörigen oder Bezugspersonen über den Kopf des Patienten hinweg sind nicht zulässig. Es gilt bei allem, auf die kulturelle und soziologische Situation des Patienten und seiner Familie Rücksicht zu nehmen.

- Patientenwille:** Willensäußerungen können durch den kompetenten Patienten selbst oder durch eine Patientenverfügung festgelegt werden. Der sogenannte „mutmaßliche Wille“ kann im Idealfall durch einen Betreuer und/oder den engsten Bezugspersonen ermittelt werden, ansonsten muss im Dialog entschieden werden. Grundsätzlich gilt, dass der behandelnde Palliativmediziner zu prüfen hat, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand des Patienten und die Prognose indiziert sind.
- Kausale Behandlung:** In der Palliativmedizin gilt das Prinzip, eine kausale Behandlung der Beschwerden anzustreben, soweit dies möglich und dem Patienten zumutbar ist. (kausal: eine medizinische Behandlung, die versucht, die Ursachen des Symptoms zu beseitigen)
- Benefizienz /Non-Malefizienz:** Jede Maßnahme muss daraufhin überprüft werden, ob sie dem Patienten wirklichen Nutzen bringt (Untersuchungen, deren Ergebnis keine therapeutischen Konsequenzen haben, sind z.B. zu unterlassen). Auf keinen Fall darf eine medizinische Maßnahme zu einer Vermehrung des Leidens beitragen. ⚡



Ulrich Kalvelage
TQM Auditor und Qualitätsmanager für die ambulante und stationäre Pflege

Konzeption und redaktionelle Begleitung



Foto: privat

Konzeption und redaktionelle Begleitung
Nele Trauernicht
Seifert&Trauernicht
GbR



Foto: provided

nele@seifert-trauernicht.de

Philipp Seifert
Seifert&Trauernicht
GbR

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:

Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:

Stefan Wattendorff (Leitung), Tel. 05 11/99 10-150,
stefan.wattendorff@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Maik Dopheide (Leitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Dennis Wasner; herstellung@vincentz.net

Verlag:

Vincentz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:

Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincentz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487