



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

# Pflege von Menschen mit geschlechtsspezifischen Erkrankungen am Beispiel Brustkrebs

Grundzüge der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

MIT UNS KOMMEN SIE WEITER!

Elena Schock  
DGKP, Pflegepädagogin

AUSBILDUNGSZENTRUM

# Spezifische und unspezifische Symptome von Brustkrebs

## Spezifisch

- tastbarer Knoten in der Brust
- Hautveränderungen (z. B. „Orangenhaut“)
- Einziehung der Brustwarze
- blutige oder klare Sekretion aus der Mamille

## Unspezifisch

- Schmerzen
- Spannungsgefühl
- allgemeine Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit

# Beobachtung und Beschreibung

- Regelmäßige Inspektion und Palpation der Brustregion
  - Selbstuntersuchung zur Früherkennung!!!
  - 2-3 Tage nach Menstruation
  - [https://www.youtube.com/watch?v=l4FpUG\\_xnf4](https://www.youtube.com/watch?v=l4FpUG_xnf4)
- Dokumentation von Veränderungen
- Kommunikation auffälliger Befunde an Pflegefachpersonen oder ärztliches Personal

# Erleben und Bedeutung

- Überlegen Sie was bedeutet es für eine Frau an Brustkrebs zu erkranken?
- Welche Sorgen, Ängste und Einschränkungen bringt eine Brustkrebserkrankung mit sich?

# Erleben und Bedeutung

- Diagnose Brustkrebs als Lebenskrise
- Betroffene erleben Angst, Unsicherheit, Ohnmachtsgefühle
- Verlust der körperlichen Unversehrtheit
- wirkt sich auf das Selbstbild und soziale Rolle aus

# Bedeutungen der weiblichen Brust

- **Fruchtbarkeit und Mutterschaft:**
  - essenziell für Ernährung des Säuglings und steht eng mit Fruchtbarkeit und Mutterschaft in Verbindung
- **Nahrungsquelle:**
  - dient als primäre Nahrungsquelle für Neugeborene
- **Wohlstand:**
  - In einigen Kulturen wurde die Brust als Zeichen für Wohlstand und Reichtum interpretiert
- **Körperbild:**
  - ist tief in das weibliche Körperbild und Selbstwertgefühl integriert und spielt eine wichtige Rolle für die Identität einer Frau
- **Schönheitsideal:**
  - Darstellung der Brust hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, wobei verschiedene Formen und Größen als attraktiv galten

# Körperbildstörungen

- **Operationen** (z. B. **Mastektomie**) können Körperbild erheblich beeinträchtigen
- Folgen:
  - Scham,
  - Rückzug,
  - gestörtes Selbstwertgefühl
- Unterstützung durch:
  - Gespräche,
  - Akzeptanz und Ressourcenförderung

# Körperbildstörungen

## ■ Haarverlust

- Haarverlust für viele sichtbares Zeichen der Erkrankung
- Verlust der Weiblichkeit: Kopfhaare, aber auch Wimpern und Augenbrauen
- Stigmatisierung: Sichtbarer Haarverlust führt zu sozialem Rückzug, Scham oder Angst
- Angst und Kontrollverlust: Alopezie oft als unfreiwilliger Kontrollverlust erlebt

# Körperbildstörungen

- **Haarverlust**
  - Ursachen → **Zytostatika** greifen Haarwurzeln an
- **Haarausfall beginnt 2–4 Wochen nach Therapiebeginn**
- **Kopfhaare, Augenbrauen, Wimpern und Körperbehaarung** betroffen
- **Nicht alle Brustkrebstherapien** führen zu Haarausfall – z. B. Hormontherapien selten

# Körperbildstörungen

- **Haarverlust-** Pflegemaßnahmen bei bestehendem Haarverlust
  - **Schonende Haarpflege:**
    - Milde Shampoos
    - Föhnen mit kalter Luft, nicht färben oder glätten.
  - **Kopfbedeckung, Perücken oder Tücher:**
    - Krankenkasse beteiligt an den Kosten
  - **Kopfhygiene:**
    - Pflege der Kopfhaut, um Trockenheit, Juckreiz oder Infektionen vorzubeugen.
    - Sanftes Eincremen mit neutralen Lotionen
  - **UV-Schutz beachten**
    - Kopfbedeckung im Freien

# Kosten einer Echthaar-Perücke

- Preise von 1.500 - 3.000 Euro
- Übernahme der Krankenkassa mit Rezept
  - Bei Chemo Patientinnen: 90% → max. 1.200 Euro brutto
- **Wichtig:** Nur Leistungen Vertragspartner der Kasse oder qualifizierte Perückenspezialisten werden übernommen
- Internet-Shops zählen nicht!

# Körperbildstörungen

## ■ Haarverlust

- Psychosoziale Unterstützung
  - Gesprächsangebote
- Selbsthilfegruppen
- psychoonkologischer Beratung
- Förderung eines positiven Körperbilds
  - z. B. Kosmetikseminare (Feel Again)
  - <https://www.youtube.com/watch?v=181s3UQTRok>

# Breast Care Nurse

- spezialisierte Pflegekraft (DGKP)
- Konzentriert sich auf Betreuung von Patientinnen mit Brustkrebs
- unterstützt Betroffene während der gesamten Erkrankung (Diagnose – Nachsorge)

# Aufgaben der BCN

- **Beratung und Aufklärung**
- **Psychosoziale Unterstützung**
  - Begleitung bei Ängsten, Sorgen und emotionalen Belastungen.
- **Koordination**
  - Organisation Behandlungsabschnitte
  - Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und anderen Fachbereichen.
- **Schulung**
  - z.B. Umgang mit Nebenwirkungen oder Wundpflege.
- **Dokumentation**
  - Erfassung und Überwachung des Behandlungsverlaufs.
- **Prävention**
  - Förderung von Früherkennung und gesundheitsbewusstem Verhalten.

# Brustprothetik

- Im KH: textile Erstprothese → wird im BH getragen
  - ÖGK zahlt 100%
- Ca. 3 Wochen nach OP → Silikon Brustprothese mit Prothesen BH (z.B. Bständig)
  - ÖGK übernimmt Silikonprothese zu 10% und Teil des Prothesen Bhs

# Brustprothetik

- Je nach Kostenträger Anspruch auf neue Prothese bzw. BH
  - WGKK
    - BH alle 6 Monate
    - Prothese alle zwei Jahre
  - Gewicht verändern sich (dadurch auch Brustgröße):
    - sofort Anspruch aber Verordnungsschein mit Diagnose notwendig+ Bewilligung der ÖGK
- Badeanzüge mit Prothese: keine Kassenleistung

# Erstversorgung

- Baumwolle oder Mikrofaser → OP Wunde empfindlich auf Druck
- Sind befüllbar und individuell anzupassen

# Erstversorgung



SANFTE, WEICHE PROTHESE ZUR ERSTVERSORGUNG

# Brustausgleich und Teilprothesen

- Bei Brusterhaltender OP → Volumensdefizid
- 
- Ausgleich durch Silikon



AUSGLEICHSMÖGLICHKEITEN

# Brustausgleich und Teilprothesen



TEILPROTHESE IN TRAPEZFORM



TEILPROTHESE IN DREIECKSFORM

# Vollsilikon Prothesen

Man unterscheidet zwischen Voll-, Leicht- und gewichtsreduzierten Komfortprothesen, die es in Dreiecksform, Tropfenform und asymmetrischer Form gibt. So kann je nach Operationstechnik und Aussehen der erhaltenen Brust die passende Versorgung gewährleistet werden.



PROTHESE FÜR  
NARBENUNEVENHEITEN



BRUSTPROTHESE

# SuperSoft Prothesen

- Luftkammer- Technologie
  - Durch hinzufügen und ablassen von Luft kann Prothese angepasst werden

Prothese Adapt Air Xtra Light 2SN



# Selbsthaftende Prothesen

- Haften direkt auf der Haut – wie die natürliche Brust
- Haftkraft – Prothese kann lt. Hersteller täglich ohne Pause getragen werden
- Tägliche gründliche Reinigung – aktiviert Haftkraft

# Selbsthaftende Prothesen



SELBSTHAFTENDE BRUSTPROTHESE

# Prothesen BH

- Passender BH Voraussetzung für sicheren Sitz der Prothese

# Kompressions- BH

- Postoperativ
- Unterstützt Heilungsprozess durch kontrollierte Kompression und Entlastung der Lymphabschlusswege



# Entlastungs- BH

- Höher ausgeschnittener Achselbereich
- Weicher Unterbrustbund
- Besonders gut zur Lymphödem Versorgung
- Kann auch als Spezial BH für Prothesenhalterung verwendet werden

# Entlastungs- BH



# **Pflegemaßnahmen und Krebspatient\*innen**

# Immunsuppression

- Durch Chemotherapie, Bestrahlung → Erhöhtes Infektionsrisiko!
- **Pflegeinterventionen bei Immunsuppression**
  - **Hygienemaßnahmen strikt einhalten:**
    - Händehygiene + Mundschutz, ggf. Schutzisolierung.
  - **Frischblumen, Topfpflanzen, ungewaschene Lebensmittel vermeiden**
  - **Temperatur regelmäßig kontrollieren** (mind. 1x täglich)
  - **Symptome von Infektionen frühzeitig erkennen**
  - **Auf Anzeichen einer Sepsis achten,**
    - Infektionen bei immunsupprimierten Patient\*innen schnell lebensbedrohlich

# Ernährung

- **Hygienische Zubereitung der Nahrung:**
  - keine rohen tierischen Produkte
  - Ausgewogene Ernährung
  - Mundpflege
  - Ernährung anpassen (z. B. bei Übelkeit durch Therapie)

# Mundpflege

- entwickeln häufig Entzündungen durch Chemotherapie oder Bestrahlung
- Regelmäßige Mundinspektion
- Weiche Zahnbürsten
- alkoholfreie Mundspülungen (z. B. mit Kamillenextrakt, Chlorhexidin)
- Verzicht auf gewisse Lebensmittel (scharf, sauer, heiß)

# Prophylaxen

- **Thromboseprophylaxe**
- **Dekubitusprophylaxe**
- **Infektionsprophylaxe**
- **Soor- Parotitisprophylaxe**

**Schmerz**

# Schmerzen

- treten bei bis zu **80 % der Patient\*innen** auf
- resultieren aus:
  - **Tumorinfiltration** (z. B. Knochen, Nerven)
  - **Therapiebedingten Schmerzen** (Chemo, Strahlentherapie)
  - **Begleitphänomenen** (z. B. Dekubitus, Muskelverspannungen)
  - **Psychosomatischen Faktoren** (Angst, Stress, Depression)

# Total Pain

- Begriff **Cicely Saunders** geprägt
- Schmerz vielschichtig und umfasst verschiedene Dimensionen:

## 1. Physischer Schmerz

- körperliche Schmerz, z. B. Tumorschmerzen, Nervenschmerzen, Nebenwirkungen von Therapien

## 2. Psychischer Schmerz

- Angst, Depression, Verzweiflung, Trauer oder Stress

## 3. Sozialer Schmerz

- Probleme in Familie, Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen oder Gefühl der Isolation

## 4. Spiritueller Schmerz

- Krise im Glauben, Sinnverlust, existenzielle Fragen, Angst vor Tod oder Verlust des Lebenssinns

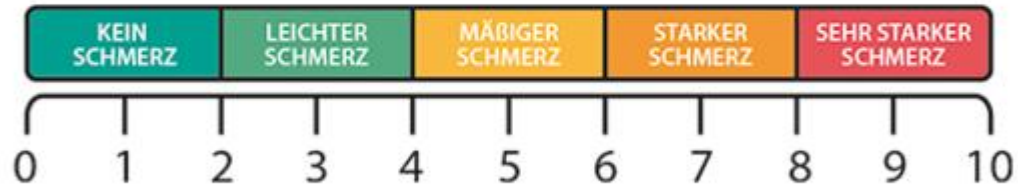
# Warum ist das wichtig?

- Nur wenn alle Dimensionen erkannt und behandelt werden, kann Schmerz gelindert werden
- **ganzheitlich** denken und handeln
- gute palliative Versorgung bezieht körperliche, seelische, soziale und spirituelle Bedürfnisse mit ein.

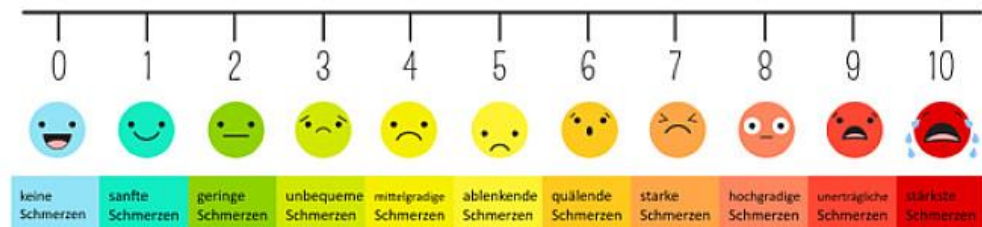
# Praktische Umsetzung Schmerzassessment

- regelmäßig und ganzheitlich durchführen
- Gespräche führen über Ängste, Sorgen und Wünsche
- Angehörige einbeziehen und soziale Unterstützung
- Zusammenarbeit mit Psychoonkologie, Seelsorge, Sozialdienst
- Symptomkontrolle medikamentös und nicht-medikamentös

## Die Schmerzskala



## Schmerzskala



# WHO-Stufenschema der Schmerztherapie

- WHO entwickelte 1986 das 3-Stufen-Schema
- aktualisiert 2022
- zur **oralen** medikamentösen Schmerzbehandlung

# WHO Stufenschema

Stufe	Schmerzgrad	Medikamentöse Maßnahme
1	Leichte Schmerzen	Nicht-Opioide (z. B. Paracetamol, NSAR)
2	Mäßige Schmerzen	Schwache Opioide + Nicht-Opioide (z. B. Tramadol + Ibuprofen)
3	Starke Schmerzen	Starke Opioide (z. B. Morphin, Fentanyl) + ggf. Co-Analgetika

# Aufgaben der PA beim Schmerzmanagement

- **Beobachtung & Dokumentation**
  - Schmerzen regelmäßig mit Skalen (z. B. NRS) erfassen
  - Veränderungen der Vitalzeichen (RR, Puls, Atmung)
  - Wirkung/Nebenwirkungen der Medikamente dokumentieren
- **Kommunikation**
  - Weitergabe von Schmerzangaben
  - Empathischer Umgang mit Patient\*innen

# Aufgaben der PA beim Schmerzmanagement

- **Medikamentengabe**
  - Verabreichung oraler Medikamente laut Anordnung
  - Kontrolle der Einnahmezeiten
- **Nicht-medikamentöse Maßnahmen**
  - Positionierung
  - Wärmeanwendungen
  - Entspannungstechniken
  - Anleiten einfacher Atemübungen

**Angst**

# Bedeutung der Angst in der Onkologie

- Krebspatient\*innen → Angststörungen bei 10 %
- depressive Störungen → bei 20 %
- „Progredienzangst“ – Angst vor Rezidiv zählt zur häufigsten psychischen Belastung

# Was ist Angst?

- normale Reaktion auf Bedrohung
- kann körperlich, psychisch und sozial
- In Onkologie besonders häufig
  - Angst vor Diagnose
  - Angst vor Therapie
  - Angst vor Nebenwirkungen
  - Angst vor Schmerzen
  - Angst vor Tod
  - Angst vor Kontrollverlust

# Ziel der Pflegeinterventionen bei Angst

- Angstsymptome lindern
- Sicherheit und Orientierung geben
- Ressourcen aktivieren
- Weiterleitung bei starker Belastung (z. B. an Psychologie)

# Kommunikation bei Angst

## **Aktives Zuhören**

Patient ausreden lassen, nonverbale Signale beachten (Blickkontakt, Nicken, Körperhaltung)

## **Validierung**

Gefühle spiegeln und benennen: „Ich sehe, dass Sie sehr besorgt sind...“

## **Offene Fragen stellen**

Z. B. „Was genau macht Ihnen Sorgen?“ oder „Was beschäftigt Sie gerade am meisten?“

## **Angst benennen**

Hilft, Unsagbares in Worte zu fassen: „Haben Sie Angst vor dem, was kommt?“

## **Ruhige Sprache & Körpersprache**

Stimme, Mimik und Haltung vermitteln Ruhe und Kontrolle

## **Information geben**

Aufklärung reduziert Angst – z. B. über Abläufe, Nebenwirkungen, Optionen

# Psychoedukation & Ressourcenarbeit

**Erklären von Angstsymptomen**

Z. B. Herzrasen, Zittern, Unruhe – als normale körperliche Reaktion

**Entspannungsimpulse**

Atemübungen, progressive Muskelentspannung, beruhigende Musik (wenn möglich)

**Stärken und Bewältigungsstrategien ansprechen**

Erinnern an frühere Krisen, „Was hat Ihnen früher geholfen?“

**Tagesstruktur fördern**

Sicherheit durch Abläufe: Zeiten für Aufstehen, Pflege, Aktivität, Ruhephasen

**Ressourcen aktivieren**

Angehörige einbeziehen, Lieblingsmusik, gewohnte Rituale (z. B. Tee, Kreuz, Foto)

# Emotionale und soziale Begleitung

## **Beziehungsaufbau & Kontinuität**

Vertrauensvolle Beziehung reduziert Ängste

## **Einfühlsames Dasein**

Schweigen aushalten, Nähe anbieten

## **Ermutigung & Unterstützung bei Selbstfürsorge**

Patient\*innen das Gefühl geben, handlungsfähig zu sein

## **Einbezug von Angehörigen**

Familienmitglieder sind wichtige emotionale Stütze

## **Kontaktaufnahme zur Seelsorge / Psychologie**

Weiterleitung bei schwerer Belastung oder Gesprächstiefe

# Organisatorische und teambezogene Maßnahmen

## **Beobachtung & Dokumentation**

Frühwarnzeichen (Unruhe, Schlafstörung, Rückzug, Weinen) schriftlich festhalten

## **Team-Feedback**

Übergabe bei Veränderung des psychischen Zustands, Einbezug von Palliativteam

## **Standardisierte Angst-Screenings (z. B. PHQ-4)**

Instrumente, um Angst oder Depression frühzeitig zu erkennen

## Gesundheitsfragebogen (PHQ-4)

[PHQ-4 englisch](#) [PHQ-4 polnisch](#) [PHQ-4 arabisch](#) [PHQ-4 türkisch](#) [PHQ-4 russisch](#)

PHQ-4 angewendet in folgender Sprache:

Frage: **Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

### Ergebnis

Gesamtbelastung PHQ-4 (Items 1-4)  schwer  0 - 5: unauffällig  
6 - 8: mittelgradig  
>=9 : schwer

Ängstlichkeit GAD-2 (Item 1&2)  schwer  0 - 2: unauffällig  
3 - 4: mittelgradig  
>=5 : schwer

Depressivität PHQ-2 (Item 3&4)  schwer  0 - 2: unauffällig  
3 - 4: mittelgradig  
>=5 : schwer

Folgende Frage kann nur beantwortet werden wenn mind. 1 Ergebnis mit "mittelgradig" gekennzeichnet ist.

Frage: **Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?**

- ja
- nein

zusätzliche Informationen (max. 1500 Zeichen)

Pat. wünscht eine psychotherapeutische Beratung

Telefonnummer der Station/ für Rückfragen

Sobald die Frage mit "JA" beantwortet und das Formular im Status "vollständig" gespeichert wird, erhält der Konsildienst der Psychosomatik automatisch eine Anforderung.

# Rolle der PA

## Pflegeassistentz darf:

Zuhören, beruhigen, begleiten

Emotionen spiegeln, Gespräche führen

Symptome dokumentieren

Gespräche weiterleiten

## Pflegeassistentz darf NICHT:

Psychologische Therapie durchführen

Diagnosen stellen oder Medikamente verordnen

Entscheidungen ohne ärztliche/pflegerische Anordnung treffen

Schweigen bei auffälligem Verhalten oder Suizidgedanken

# Grundzüge der Palliativpflege

# Palliativ Care

- erste Definition der WHO 1990
- ist ein ganzheitliches Versorgungskonzept
- für Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen
- Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern
- Palliativ kommt von „pallium“ = der Mantel, das Umhüllende

# Geschichte

- Palliative Care hat sich aus der Hospizbewegung entwickelt
- im Laufe der Zeit zu eigenständigen Bereich der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung
- Mittelalter Hospize entlang von Pilgerwegen, in denen Sterbende betreut wurden
- „Hospiz“ → lat. *hospitium* → Gastfreundschaft

# Geschichte

- moderne Palliativversorgung durch Cicely Saunders (1918–2005) geprägt
- gründete 1967 erste moderne Hospiz, St. Christopher's Hospice in London
- In den 1970er wurde Palliativversorgung zunehmend medizinisch etabliert → erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in England
- seitdem ist die Palliativmedizin eine eigenständige Fachdisziplin

# Cicely Saunders (1918- 2005)



# Geschichte in Österreich

- 1980er Jahre begannen erste Aktivitäten im Bereich Hospiz und Palliative Care in Österreich
- 1987 wurde an der Universitätsklinik Innsbruck das erste Projekt zur Palliativversorgung gestartet
- Ab 1990 wurde die Hospiz- und Palliativversorgung professionalisiert
- 1992 entstand die erste Palliativstation im AKH Wien
- 1995 Gründung der Österreichischen Palliativgesellschaft (ÖPG)

# Zahlen und Fakten

- **Wie viele Menschen sterben jährlich weltweit?**
  - ca. 60 Mio. Menschen (WHO, 2023)
  - ca. min. 40 Mio. davon brauchen eine Form von Palliative Care
  - nur 14% erhalten diese tatsächlich
- **Sterben in Österreich**
  - jährlich ca. 90.000 Menschen (Statistik Austria, 2023)
  - ca. 75–80 % sterben in Krankenhäusern oder Pflegeheimen
- **Angst vor dem Tod**
  - 50–60 % der Menschen in Europa haben Angst vor dem Sterben
  - nicht so sehr vor dem Tod selbst, sondern vor dem Leiden, Kontrollverlust oder Alleinsein

# Kombination kurativer/palliativer Maßnahmen

- Ziel:
  - Lebensqualität erhalten,
  - Schmerzen lindern,
  - Symptome behandeln
- Kombination von kurativen Maßnahmen (z. B. Chemotherapie) mit palliativen (z. B. Schmerztherapie)
- PA unterstützt durch Nähe, Begleitung, Hilfe bei Alltagsverrichtungen

# **Versorgung am Ende des Lebens (End- of- Life- Care)**

# End-of-Life-Care

- Pflege und Begleitung von Patient\*innen in der letzten Lebensphase
- Ziel → Lebensqualität erhalten, Schmerzen und Leiden lindern
- Unterstützung der Angehörigen, die während dieser Zeit eine wichtige Rolle spielen

# Zentrale Ziele

- **Schmerzlinderung und Symptomkontrolle**
  - Morphine, Antiemetika oder Benzodiazepine
  - würdiges Sterben ermöglichen
- **Psychosoziale und emotionale Unterstützung**
- **Spiritualität**
  - z.B. Krankensalbung

# Herausforderungen

- **Autonomie vs. Fürsorge**
- **Lebensverlängernde Maßnahmen**
  - Fortsetzung oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen
- **Sterbehilfe**
  - **Aktive/ passive Sterbehilfe/ assistierten Suizid**
  - **rechtlichen und moralischen Aspekten**

# Aktive Sterbehilfe

- gezieltes Herbeiführen des Todes durch medizinische Handlung

→ Verabreichen eines tödlichen Medikaments

- In Österreich **illegal**
- wird als Tötung auf Verlangen betrachtet
  - **Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren**

# Passive Sterbehilfe

- Unterlassen oder Abbrechen von lebenserhaltenden Maßnahmen
  - Abschalten von Beatmungsgeräten
  - Nicht-Weiterführen von Behandlungen
- in Österreich **rechtlich zulässig**
- Entscheidung im Einklang mit dem **Patientenwillen** oder in Übereinstimmung mit **Patientenverfügung**

# Assistierter Suizid

- tödliches Medikament wird verschrieben, damit Patient sich selbst das Leben nehmen kann
- **2021 Verfassungsgerichtshof → Verbot der Hilfe zur Selbsttötung verfassungswidrig**
- Seit 1. Dezember 2022 ist assistierte Suizid in Österreich **unter bestimmten Bedingungen erlaubt**

# Rolle der Pflege in der End- of Life-Care

- **zentrale Rolle**
- medizinische Versorgung,
- emotionale und psychologische Betreuung
- **Bindeglied** zwischen Patienten, Ärzten und Angehörigen, um ein **ganzheitliches Versorgungskonzept** sicherzustellen
- In der letzten Lebensphase ist **Empathie und Achtsamkeit** entscheidend.

# Die Bedeutung der Angehörigen

- **Emotionale Unterstützung**

Angehörige sind oft ebenso erschöpft und belastet wie die Patient\*innen

- **Entscheidungsfindung**

stehen häufig vor schwierigen Entscheidungen.

gute Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Angehörigen ist entscheidend

- **Praktische Unterstützung**

Unterstützung bei der Organisation von Hilfe, wie z. B. bei der Anmeldung von Hospizdiensten etc.

# Häufige Ängste Angehöriger

- **Angst vor Ungewissheit**
  - „Was wird alles noch auf uns zukommen?“
- **Angst vor dem Leiden**
  - „Am schlimmsten ist, dass sie mir so leid tut.“
- **Angst vor Verlusten**
  - „Ich verlier nicht nur meinen Mann, in meinem Leben wird nichts mehr so sein wie davor!“
- **Angst vor dem Versagen**
  - „Wenn ich mehr darauf gedrängt hätte, dass sie zum Arzt geht, wäre die Erkrankung vielleicht noch heilbar gewesen“

# Patientenverfügung

# Patientenverfügung ein Überblick

- <https://www.youtube.com/watch?v=eSaJEqR7aZA>
- rechtliches Dokument
- legt im Voraus fest, welche medizinischen Maßnahmen in bestimmten gesundheitlichen Situationen gewünscht oder ablehnt werden
- gilt wenn ein Mensch selbst nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen
- in Österreich seit 2006 gesetzlich geregelt

# Inhalt der Patientenverfügung

- Festhaltung aller medizinischen Maßnahmen die im Falle einer schweren Erkrankung oder Verletzung abgelehnt werden
- **Lebenserhaltende Maßnahmen** wie künstliche Beatmung, Wiederbelebung oder Ernährungsmaßnahmen
- **Schmerzbehandlung und Palliativversorgung**, um das Leiden zu lindern
- **Organspende**, wenn der Wille zur Organspende vorliegt
  - **In Österreich gilt grundsätzlich die Widerspruchsregelung!**

# Gültigkeit und Voraussetzungen

- nur gültig, wenn von einer volljährigen, geschäftsfähigen Person abgegeben und in schriftlicher Form
- muss klar und eindeutig formuliert sein
- keine Unklarheiten über den Willen des Patienten bestehen

# Rechtliche Stellung

- ist in ein **rechtlich bindendes Dokument**.
- kann jederzeit geändert oder zurückgezogen werden
- solange die Person noch voll geschäftsfähig ist
- **Grundsätzlich in Österreich unbefristet gültig, sollte alle 5 Jahre überprüft und gegebenenfalls erneuert werden**
- Nach 5 Jahren nicht mehr automatisch **verbindlich**

# DNR, AND, RID

- **medizinische Anordnungen, die vom Arzt/ Ärztin ausgesprochen und dokumentiert** werden.
- basieren auf **geäußerten Willen** des Patienten etwa durch eine **Patientenverfügung (wenn vorhanden)**
- **DNR (Do Not Resuscitate)** → keine Wiederbelebensmaßnahmen
- **AND (Allow Natural Death)** → natürlichen Sterbeprozess Lauf lassen  
–mit palliativmedizinischer Begleitung zur Linderung von Leid
- **RID (Refusal of Invasive Diagnostics)** Verzicht auf belastende oder invasive diagnostische Maßnahmen (Blutabnahmen, CTs, Endoskopie oder chirurgische Eingriffe) – besonders dann, wenn sie nicht mehr zur Lebensverlängerung beitragen.

# **Versorgung eines verstorbenen Menschen**

# Feststellung des Todes

- offizielle Todesfeststellung durch Arzt/Ärztin
- Pflegekräfte:
  - Beobachtung + Info an Arzt/ Ärztin
    - Atemstillstand
    - fehlender Puls
    - keine Reaktion
    - Totenflecken
    - Totenstarre

# Versorgung des Körpers

- Augen sanft schließen
- Mund verschließen
- Intimpflege durchführen
  - oft Harn- oder Stuhlverlust
- Haare kämmen
  
- Wunden und Zugänge versorgen
  - müssen meist im Körper bleiben
  
- Hand und Fußpässe anbringen
  
- Kleidung und Positionierung
  - Nachthemd anziehen oder nach Wunsch der Angehörigen
  - Körper in ruhiger, würdevoller Haltung positionieren
    - Rückenlage
  
  - Körper in Leichentuch einhüllen
    - für späteren Transport
    - Meist 2h verbleib auf der Station

**Es gilt:  
SOP/Standard der  
jeweiligen Einrichtung  
beachten!**

# Umgang mit Verstorbenen

- Ruhig, achtsam, mit Respekt Versorgen
- Angehörige einbinden (Zeit, Raum geben zum Verabschieden)
- Würde!

# Abschied gestalten

Letzte Rituale:

- Musik, Worte, Umarmung
- Würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen
- Was sagt die Kultur/Religion?
- Was sagt der Mensch selbst?

**Welche Rituale sind Ihnen bekannt?**

**Wie können diese in der Praxis umgesetzt werden?**

**Wie stelle ich mir eine würdevolle Begleitung in der Sterbephase vor?**

**Trauer**

# Trauer

- Reaktion auf Verlust eines geliebten Menschen
- verschiedene Formen und Intensitäten
- sehr individuell
- Trauerprozess umfasst emotionale körperliche und geistige Herausforderungen

# Trauerphasen - fünf Phasen der Trauer

- Modell nach Elisabeth Kübler-Ross (1960er)
  1. **Leugnung:** Verlust wird zunächst nicht wahrgenommen oder akzeptiert
  2. **Zorn:** Trauernde empfindet Wut, oft auch auf sich selbst oder andere
  3. **Verhandlung:** Versuch, Verlust rückgängig zu machen oder zu umgehen
  4. **Depression:** Trauernde erlebt tiefe Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit
  5. **Akzeptanz:** Verlust wird anerkannt, und der Trauernde lernt, mit dem Verlust zu leben

Verlaufen nicht linear, es ist möglich, Phasen zu überspringen oder mehrfach zu durchlaufen

# Begegnung mit Trauer

Denken Sie an eine Situation, in der Sie selbst Trauer erlebt haben oder jemanden in Trauer begleitet haben

- Wie haben Sie sich gefühlt?
- Wie sind Sie damit umgegangen?
- Welche Unterstützung hätten Sie gebraucht oder bekommen?
- Wie gehen Sie mit Trauer im beruflichen Kontext um?
- Welche Ängste oder Unsicherheiten haben Sie im Umgang mit trauernden Menschen?

# Trauerritualen

- Helfen beim Abschiednehmen und Verarbeiten des Verlusts
- Geben Struktur und Sinn in emotional belastenden Situation
- kulturell, religiös oder individuell geprägt
- Wichtig für Würde, Respekt und Umgang mit Tod

# Beispiele für Trauerrituale

- Kerze anzünden
- Schweigeminute
- Waschen des Verstorbenen (z. B. im Islam oder Christentum)
- Gebet, Segen oder Segnung
- Erinnerungsrituale wie Gedenkbücher oder Fotoalben
- Kulturelle Rituale:
  - Totenwache
  - Blumen
  - Musik

# In der Pflegepraxis wichtig

- Individuelle Wünsche/ religiöse Überzeugungen respektieren
- Angehörige aktiv einbinden und begleiten
- Würdevolle Gestaltung des Abschieds
  - Rückzugsraum für Angehörige zur stillen Verabschiedung

# Literatur

- OnkoZert / Deutsche Krebsgesellschaft (2023): Handlungsempfehlungen für onkologische Pflege. <https://www.krebsgesellschaft.de>
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022): Empfehlungen zur Infektionsprävention bei immunsupprimierten Patienten. <https://www.rki.de>
- Pape, H. / Aulenkamp, P. (2020): Pflege bei onkologischen Erkrankungen, in: Pflege Heute, Elsevier, 7. Aufl.
- Keppler, A. / Timm, H. (2021): Pflege von Menschen mit Krebs, Springer Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) (2024): Infektionsprophylaxe bei onkologischen Patientinnen\*. <https://www.dgho.de>
- Schäfer, J. / Schmid, M. (2019): Hygienemanagement in der Pflege, Thieme Verlag.
- Müller-Mundt, G. et al. (2021): Pflege heute. 7. Auflage. Elsevier Verlag.
- Aulenkamp, J., Voss, U. (2020): Pflegeassistenz – Das Lehrbuch. Elsevier, Urban & Fischer.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Informationen zur palliativen Pflege, abrufbar unter: <https://www.dbfk.de>
- Cicely Saunders: Konzept des „Total Pain“, in: Saunders, C. (2006): Hospice and Palliative Care. Oxford University Press.
- WHO (2022). *Cancer Pain Relief – With a Guide to Opioid Availability* (3rd ed.). World Health Organization.
- Husebø, B. S., & Klaschik, E. (2019). *Palliative Care: Schmerz- und Symptomkontrolle*. Schattauer.
- WHO (2022). *Cancer Pain Relief* (s. o.)
- Breivik, H., et al. (2009). Cancer-related pain: A pan-European survey. *Annals of Oncology*, 20(8), 1420–1433.
- Springer Pflege (2023): Umgang mit Angst und Depression in der Onkologie
- Pflege Heute (Elsevier): Psychische Pflegebedürfnisse
- GuKG Österreich: Aufgaben- und Kompetenzbereiche der PA / PFA
- Universimed.at: Rolle der Pflegeassistenz in der onkologischen Betreuung
- Lungenunion.at: Psychoedukation bei Krebs
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing.
- Kübler-Ross, E. (2003). *Interviews mit Sterbenden: Was Sterbende uns über das Leben lehren*. München: Knaur.