



Konzeptpapier zur Präsentation

Einführung in die Palliative Geriatrie

- Systematische Begleitung der Angehörigen -

Vorgelegt am 8. Mai 2012

Präsentation am 14. Mai 2012

Vorgelegt von van Hövell, Clara Hundt, Nicola

Kontaktdaten Corrensstr. 74 Gescherweg 49
cv154380@fh-muenster.de nicolahundt@fh-muenster.de

Vorgelegt bei Dipl.-Pflegerwiss. M. Schwermann

Modul Wahlvertiefung im SS 2012
V-WV-02 Einführung in die Palliative Geriatrie

Abstract (C. van Hövell)

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Arbeit, vor allem im Kontext der Palliativen Geriatrie. Die Angehörigen kennen den Angehörigen, seine Vorlieben und Bedürfnisse am besten und können durch ihre Unterstützung maßgeblich zu einer Verbesserung der individuellen Sterbebegleitung beitragen. Vor allem alte, gebrechliche Menschen erfahren am Ende ihres Lebens viel Halt und Sicherheit durch die Anwesenheit und Unterstützung ihrer nahen Angehörigen und Freunde. Die professionell Pflegenden können viel von den Angehörigen lernen und umgekehrt ebenso. Es ist Aufgabe und Verantwortung der Pflege, die Angehörigen bestmöglich in den Pflegeprozess zu integrieren, sodass eine erfolgreiche Kooperation entsteht, aus der alle Beteiligten nur profitieren. Häufig wird die Angehörigenarbeit jedoch noch als notwendiges Übel in der Pflege angesehen, vor allem wenn es um die sogenannten „schwierigen Angehörigen“ geht. Um dieser Denkweise entgegenzuwirken werden in der vorgelegten Arbeit einerseits Schwierigkeiten der Angehörigenarbeit beleuchtet, andererseits aber auch Lösungswege und Handlungsoptionen aufgezeigt.

Inhalt

Abstract (C. van Hövell)	2
1. Einleitung (C. van Hövell).....	5
2. Begriffserklärung (C. van Hövell)	6
2.1 Palliative Geriatrie.....	6
2.2 systematische Angehörigenarbeit.....	7
2.2.1 Die 3 Ebenen systematischer Angehörigenarbeit.....	8
2.3 Wer sind die Angehörigen?.....	8
3. Probleme bei der Kooperation zwischen Angehörigen und Pflegepersonal	10
(C. van Hövell).....	10
3.1 Warum entstehen Konflikte?.....	11
3.2 Lösungsstrategien.....	11
4. Formen von Angehörigenarbeit (N. Hundt).....	16
4.1 Stützung durch Wertschätzung und Respekt.....	16
4.2 Beratung	16
4.3 Anleitung in medizinisch-pflegerische Tätigkeiten	17
4.4 Hilfe bei Abschied und Trauer	19
4.4.1 Zahlen und Daten vom Sterben in Deutschland.....	19
4.4.2 Ängste von Angehörigen und Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegekräften	20
4.4.3 Kommunikation mit den Angehörigen nach dem Versterben der Patienten.....	22
4.4.3 Möglichkeiten und Funktionen von Trauerritualen	24
5. Fazit (N. Hundt).....	25
6. Literatur- und Quellenverzeichnis	26
Erklärung zur Erstellung der Gruppenarbeit.....	28
Erklärung zur Erstellung der Gruppenarbeit.....	28

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1</i> Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Quelle: Student & Napiwotzky, 2007, S.29)	5
<i>Abbildung 2:</i> Prozessablauf der Angehörigenarbeit (in Anlehnung an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, 2004, Schwermann, 2009).	15
<i>Abbildung 3</i> Pflegebedürftige 2009 nach Versorgungsart (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009).....	20
<i>Abbildung 4</i> vorläufige Daten über Sterbeorte nach Ländern (Quelle: WHO, 2008, S.21)	20
<i>Abbildung 5</i> Ängste von Angehörigen und Interaktionsmöglichkeiten der Pflegekräfte (Eigendarstellung in Anlehnung an Student, 2004)	21

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i> Möglichkeiten zur Vorgehensweise beim Überbringen von Todesnachrichten in Anlehnung an Hametner.	23
--	----

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Deshalb wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. Einleitung (C. van Hövell)

Ein sehr wichtiger Aspekt in der palliativen Geriatrie ist die Kommunikation und Kooperation mit den Angehörigen des sterbenden Menschen. Die Pflegestatistik aus dem Jahr 2009 zeigt, dass die Angehörigen nach wie vor die Hauptlast in der Versorgung von Pflegebedürftigen tragen. 69% der Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2009 von Familienangehörigen in der häuslichen Umgebung versorgt (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 4). Es wird deutlich, dass eine erfolgreiche palliative Begleitung des Sterbenden nur erfolgreich und zufriedenstellend verlaufen kann, wenn die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ebenfalls gut gelingt. Diese kennen den Patienten am besten und sind in der letzten Lebensphase ein wichtiger Wegbegleiter. Ihre Rolle ist nicht nur für den Sterbenden sondern auch für die professionell Pflegenden von immenser Bedeutung. Sowohl in stationären Einrichtungen als auch im ambulanten Bereich, in dem eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch die professionell Pflegenden in der letzten Lebensphase nicht gewährleistet werden kann, ist die Einbindung der Angehörigen sowie eine gute Kommunikation zwischen Pflegenden, Ärzten und Angehörigen sehr wichtig, damit alle Beteiligten eine bestmögliche Sterbebegleitung gewährleisten können. Ebenso kann es notwendig werden, dass die Angehörigen Trost und Unterstützung in dieser schwierigen Zeit benötigen (Schwermann, 2009, S.109). Abbildung 1 zeigt, dass der Angehörige gemeinsam mit dem Patienten im Zentrum aller Bemühungen stehen sollte. Die Pflegekraft fungiert als Schnittstelle, die Kontakte zu relevanten Berufsgruppen vermittelt.



Abbildung 1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Quelle: Student & Napiwotzky, 2007, S.29)

Diese Arbeit beleuchtet verschiedene Aspekte der Angehörigenarbeit. Zunächst werden einige Begrifflichkeiten in Bezug auf Palliative Care und Palliative Geriatrie sowie der Begriff „systematische Angehörigenarbeit“ näher erläutert. Im Folgenden setzen die Autoren sich mit Problemen in der Angehörigenarbeit, ihren Ursachen sowie möglichen Lösungsstrategien auseinander. Im letzten Abschnitt der Arbeit werden schließlich verschiedene Formen der Angehörigenarbeit aufgegriffen, welche dazu dienen können, diese möglichst erfolgreich zu gestalten.

2. Begriffserklärung (C. van Hövell)

2.1 Palliative Geriatrie

Ziel der Palliativen Geriatrie ist es, dem alten und hochbetagten Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Der Begriff Palliative Geriatrie leitet sich aus dem Konzept der Palliative Care ab, welche von der WHO folgendermaßen definiert wurde:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002).

Palliative Care bietet demnach ein Unterstützungssystem, das psychologische und spirituelle Aspekte der Versorgung integriert und dem Patienten und seinen Angehörigen in der Bewältigung der auftretenden Probleme hilft, um einen bestmöglichen Erhalt der Lebensqualität zu erwirken.

Die Palliative Geriatrie versucht den besonderen Betreuungserfordernissen von alten Menschen gerecht zu werden. Da Hochbetagte vor allem in der letzten Lebensphase häufig multimorbide sind und unter chronischen Erkrankungen sowie unter dem geistigen und körperlichen Zerfall leiden, benötigen sie eine spezielle Form der palliativen Pflege (Müller, 2011, S. 16). Nach Müller erfordert die Palliative Geriatrie die Umset-

zung eines ganzheitlichen Konzeptes, das sich an den von Student beschriebenen grundlegenden Prinzipien der Hospizarbeit orientiert:

1. *Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes.*
2. *Der Gruppe der Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung.*
3. *Freiwillige Helferinnen und Helfer werden einbezogen.*
4. *Ärzte und Pflegekräfte verfügen über gute Kenntnisse und Fertigkeiten in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle.*
5. *Die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe muss gewährleistet sein.*

(Student, 1999, zit. nach Müller, 2011, S. 16).

An dieser Stelle wird erneut deutlich, dass bei allen pflegerischen Bemühungen nicht nur der Patient, sondern immer auch die Angehörigen in den Blickpunkt genommen werden müssen.

2.2 Systematische Angehörigenarbeit

Es wurde bereits deutlich, dass die Angehörigen ein elementarer Bestandteil der palliativen Pflege sind und dass Palliative Geriatrie nur gelingen kann, wenn die Angehörigen in den Pflegeprozess integriert werden und man versucht, auch ihren Bedürfnissen in dieser besonderen Lebenslage gerecht zu werden.

Der Begriff Angehörigenarbeit hat vor allem in der Begleitung eines alten Menschen in seiner letzten Lebensphase eine sehr große Bedeutung. Gerade hier ist eine gute Verständigung und Kooperation mit den Angehörigen wichtig. Angehörigenarbeit beginnt mit der ersten Kontaktaufnahme mit Patienten und seiner Familie und endet erst nach dem Tod des Patienten. Durch eine offene Kommunikation mit den Angehörigen und ihre Einbeziehung in Pflege und Betreuung des Sterbenden in dem Maße, in dem es von den Angehörigen gewünscht ist, versucht man den Bedürfnissen des Sterbenden bestmöglich gerecht zu werden. Da der Sterbeprozess für jeden Menschen auch mit Ängsten und Unsicherheiten besetzt ist, kann eine emotionale Unterstützung und Trauerbegleitung der Angehörigen vor allem in der finalen Phase einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Das Gelingen von Angehörigenarbeit ist von vielen Faktoren abhängig. Um sie langfristig zu professionalisieren bedarf es deshalb der Systematisierung der Angehörigenarbeit, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Untersuchungen zeigen zwar, dass Angehörigenarbeit in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen verbreitet ist, aber nicht auf systematischer Grundlage. Dort, wo jedoch Angehörigenarbeit systematisch betrieben wird, stellen sich positive Effekte ein: „Angehörige werden aktiver, die Integration der Bewohner gelingt erfolgreicher und es ist ein besseres soziales Klima in den Wohngruppen zu verzeichnen.“ (vgl. Kremer-Preiß, 1996, zit. nach Schmidt, 2005).

2.2.1 Die 3 Ebenen systematischer Angehörigenarbeit

Um eine Systematisierung der Angehörigenarbeit erfolgreich voranzutreiben, sollte eine Orientierung an drei verschiedenen Ebenen stattfinden:

- Beziehungsebene
- Interaktionsebene
- Institutions- und Professionsebene

Auf der Beziehungsebene werden Ressourcen der Angehörigen sowie potentielle Probleme in der Beziehung zwischen Patient und Angehörigen eingeschätzt. Auf der Interaktionsebene werden die Möglichkeiten zur Mitwirkung der Angehörigen herausgestellt und Überlastungen erkannt und vermieden. Auf der Institutions- und Professionsebene findet schließlich eine Öffnung der Institution für die Angehörigen statt, sie bekommen Angebote der Partizipation und Mitgestaltung (Schwermann, 2009, S. 111).

2.3 Wer sind die Angehörigen?

Die Angehörigen sind in erster Linie die Verwandten des Patienten. Dazu zählen Eltern, Kinder und Ehepartner im weiteren Sinne aber auch Familienmitglieder weiterer Verwandtheitsgrade. Aufgrund der wandelnden Lebensführung werden jedoch in Zukunft voraussichtlich in der Angehörigenarbeit zunehmend Menschen an Bedeutung gewinnen, die zwar nicht mit dem Betroffenen verwandt sind, die ihm aber sehr nahe stehen, wie Lebenspartner, Freunde oder auch Nachbarn (Behrens, 2011, S. 98).

Die Angehörigen können in der Begleitung und Betreuung des Pflegebedürftigen sehr unterschiedliche Rollen einnehmen. Daneke unterscheidet drei Gruppen von Angehörigen, wobei an dieser Stelle in erster Linie Angehörige von Patienten in Langzeitpflege-

einrichtungen gemeint sind. Da sind zum einen die „delegierenden Angehörigen“, zu denen meist Kinder und Schwiegerkinder gehören. Diese Angehörigen beschäftigen sich meist wenig mit dem Patienten selbst, sondern kümmern sich eher um die wirtschaftliche Versorgung und Finanzen. Häufig besteht bei diesen Personen eine gespannte Beziehung zu dem Patienten. Sie sehen die Institution als Service-Einrichtung und sich selbst als Überwachungsinstanz (Daneke, 2010, S. 146). Zur zweiten Gruppe von Angehörigen gehören die „aktiv pflegenden Angehörigen“ (ca. 10%), dies sind meist Personen, die die Patienten bereits in der häuslichen Umgebung gepflegt haben. Sie kennen meist die Wünsche und gesundheitlichen Probleme des Patienten sehr genau und tun sich schwer, die Verantwortung für den Hilfebedürftigen abzugeben (ebd., S. 149). Als dritte Gruppe gibt es noch die „psychosozial stabilisierenden Angehörigen“ (ca. 1/3). Diese Personen wirken unterstützend im psychosozialen Bereich, sie beschäftigen sich viel mit dem Patienten und haben eine sehr enge Beziehung zu ihm, pflegen ihn aber seltener aktiv körperlich (ebd., S. 151, f.). Obwohl man Angehörige selten eindeutig einer der drei Gruppen zuordnen kann, kann diese Kategorisierung hilfreich sein, um die hinter dem Verhalten der Angehörigen verborgenen Motive besser erkennen und adäquat darauf reagieren zu können (ebd., S.153).

Die Rolle der häuslich pflegenden Angehörigen unterscheidet sich vor allem hinsichtlich der körperlichen und emotionalen Belastungen. Diese Personen sind durch die intensive Pflege der Erkrankten häufig schwerwiegenden Belastungsfaktoren ausgesetzt. Aus einer Studie zur Belastung und gesundheitlichen Situation von pflegenden Angehörigen aus dem Jahre 1998 ging hervor, dass 15% der Pflegenden stark bis sehr stark belastet waren, 61% mittelgradig und nur 24% nicht oder nur gering belastet (Knipping, 2007, S. 375). Da sich vor allem in der letzten Lebensphase häufig der körperliche Pflegebedarf und abhängig von dem kognitiven Status des Pflegebedürftigen auch der Betreuungsbedarf erhöht, lässt sich erahnen, vor welcher großen Herausforderungen die Gewährleistung der häuslichen Pflege die Angehörigen stellt. In dem folgenden Selbstzeugnis einer Angehörigen wird deutlich, welche Ängste, Unsicherheiten und Belastungen mit der Übernahme der häuslichen Pflege verbunden sind.

Selbstzeugnis einer Angehörigen (aus Student, Mühlum & Student, S.53-54):

Die lebensbedrohliche Erkrankung meiner Mutter traf uns völlig unerwartet. Nach drei Wochen Klinikaufenthalt erhielten wir den Auftrag, für sie so schnell als möglich einen Pflegeplatz zu besorgen. Mein Sohn...sagte spontan: „Wir könnten Omi doch zu Hause pflegen“. Die Gedanken und Gefühle, die mich überfielen, waren wesentlich zwiespältiger: Wie soll das gehen? Ich bin berufstätig. Die Verantwortung kann ich gar nicht übernehmen. Ich bin nicht kompetent für eine solche Aufgabe. Was passiert, wenn ich körperlich versage oder die Last seelisch nicht verkrafte? An wen wende ich mich im Notfall? Kann ich 24 Stunden Verantwortung für eine Sterbende aushalten? Wer wird mir helfen, diesen Prozess zu begleiten? An wen kann ich mich wenden, um Rat und professionellen Beistand zu erhalten?...

3. Probleme bei der Kooperation zwischen Angehörigen und Pflegepersonal (C. van Hövell)

Auszug aus einem Fallbeispiel aus dem Buch M. Kojer „Alt, krank und verwirrt - Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie“(S.218-220):

Herr K., selbst schon in Pension, hatte seine Mutter jahrelang zu Hause betreut, ehe sie, über 90-jährig, bei uns aufgenommen wurde. Von Anfang an entpuppte er sich als „schwieriger Angehöriger“. Er war in seinem Beruf sehr erfolgreich gewesen und hatte über viele Jahre eine Führungsposition bekleidet...Er war gewohnt zu befehlen...Er war ein Mann, dem man gehorchte! Mit großer Selbstverständlichkeit behielt er auch bei uns den Befehlston bei. Wir konnten machen was wir wollten – er war ewig unzufrieden... Frau K., eine kleine, zarte, psychisch labile und sehr empfindsame Frau, war sehr ruhebedürftig und erschrak leicht...Der laute Befehlston ihres Sohnes ließ sie stets schmerzhaft zusammensucken...Herr K...beurteilte die Welt ausschließlich aus seinem persönlichen Blickwinkel...Diese Einstellung hinderte ihn oft daran, die Bedürfnisse seiner Mutter zu erkennen. Seine Sicherheit, alles besser zu wissen als wir, beruhte bis u einem gewissen Grad auf den Erfahrungen aus der langen Zeit, in der er seine Mutter zu Hause betreut hatte...Den wesentlichsten Teil aber machte die unerschütterliche Überzeugung aus, dass er, der große Herr K.,

nicht irren konnte. Mit dieser Einstellung überforderte er nicht nur seine Mutter, er überforderte auch uns alle restlos! Die Krise war vorprogrammiert...

3.1 Warum entstehen Konflikte?

Anhand des vorliegenden Beispiels wird deutlich, dass es sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in der stationären Pflege zu Konflikten zwischen Angehörigen und zuständigem Pflegepersonal kommen kann. Häufig sind die Ursachen für solche Konflikte Kommunikationsprobleme zwischen den verschiedenen Parteien. Da gibt es zum einen die stets fordernden Angehörige, die scheinbar immer mit irgendetwas unzufrieden sind und zum anderen die Pflegenden, die häufig aufgrund des Zeitmangels nicht allen Patienten gleichermaßen gerecht werden und denen ebendiese Angehörigen wichtige Zeit rauben. Es fehlt die Zeit und Ruhe für ausführliche Gespräche und die Einstellungen und Vorurteile der jeweiligen Beteiligten spitzen sich unnötig zu.

Bei den pflegenden Angehörigen in der häuslichen Umgebung wiederum können die Konflikte mit dem Pflegepersonal auch aus der starken Belastung heraus resultieren. Sie fühlen sich häufig nicht ausreichend unterstützt und beklagen, dass sie nur unzureichende Informationen und zu geringe Anleitung im Symptommanagement bekommen, was zu Handlungsunsicherheiten und einer allgemeinen Unzufriedenheit führt (Knipping, 2007, S. 375). Angesichts der Tatsache, dass müde, überlastete und gestresste Angehörige dem sterbenden Patienten kaum die notwendige Pflege und emotionale Unterstützung anbieten können die wünschenswert wäre, gibt es auch in der häuslichen Pflege viel zu tun, um die Angehörigenarbeit zu optimieren (Knipping, 2007, S.377).

3.2 Lösungsstrategien

Wie vorab beschrieben, kann eine gute Kommunikation zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden nur gelingen, wenn der Angehörige von Beginn an in die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen einbezogen wird. Nur so kann eine gegenseitig akzeptierende und wertschätzende Haltung entstehen. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie Angehörigenarbeit in Bezug auf die häusliche und stationäre Pflege optimaler Weise ablaufen sollte. Dazu orientieren sich die Autoren an dem Prozessablauf von Urlaub (2004).

1. Wünsche und Bedürfnisse ermitteln

In dieser ersten Phase des Prozessablaufes werden im Rahmen des Erstkontaktes die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen in Bezug auf die palliative Begleitung ermittelt. Hilfreich kann bei der Anamnese die gemeinsame Erstellung eines Biographiebogens sein, mit dessen Hilfe individuelle Bedürfnisse des Bewohners ermittelt werden (Schwermann, 2009, S. 112).

Es gilt, die Schlüsselpersonen und die Hauptpflegepersonen im Umfeld des Erkrankten zu ermitteln, so dass wichtige Familienstrukturen identifiziert werden. Ein strukturiertes Assessment hilft, die Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme im familiären Umfeld zu erkennen. Unter Umständen werden auch innerfamiliäre Konflikte aufgedeckt und thematisiert, wodurch die Pflegenden unter Umständen die Verhaltensweisen der einzelnen Angehörigen besser nachvollziehen können.

Im häuslichen Bereich ist das ausführliche Assessment ebenso von großer Bedeutung, weil es dazu dienen kann die Belastungen der pflegenden Angehörigen zu erfassen und entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten einzuleiten. Ein hilfreiches Instrument zur Einschätzung der Belastungen im deutschen Sprachraum ist die häusliche Pflegeskala (HPS). Dieses Instrument dient dazu, die individuellen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zu erkennen, Unterstützungsangebote zu planen und den Verlauf der Belastungen zu beurteilen (Knipping, 2007, S.376).

2. Möglichkeiten der Begleitung mit den Angehörigen erläutern

In dieser Phase sollte ermittelt werden, auf welche Art und Weise die Angehörigen vor allem in der finalen Phase in die Betreuung des Erkrankten einbezogen werden können und wollen. Hierbei spielen vor allem psychosoziale Unterstützungsangebote wie das Sitzen bei dem Sterbenden, das gemeinsame Hören von Musik oder das Vorlesen eine wichtige Rolle. Wichtig ist, dass den Angehörigen vermittelt wird, dass sie jederzeit da sein dürfen aber nicht müssen (Schwermann, 2009, S. 117).

Auch im Bereich der häuslichen Pflege sind solche Gespräche sinnvoll, auch wenn die Angehörigen hier per se stärker in die Pflege des Erkrankten einbezogen sind. Oft helfen konkrete Handlungsangebote, mit der Situation besser umgehen zu können.

3. Mitwirkung bei der Betreuung und Pflege der Bewohner/ des Erkrankten

Ziel dieser Phase ist es, dass Angehörige aktiv an dem Pflegeprozess mitwirken, sie werden an allen Entscheidungen beteiligt und haben die Möglichkeit, an Fallbesprechungen teilzunehmen. Nur durch gleichermaßen verteilte Möglichkeiten der Partizipation können ein gegenseitiges Gefühl von Wertschätzung und ein Verständnis für das Handeln des Anderen entstehen. Um dies zu erreichen ist es notwendig, dass von allen Beteiligten gleichermaßen die Kommunikation gefördert und gestaltet wird (Schwermann, 2009, S. 117).

4. Unterstützung und Anleitung der Angehörigen

Vor allem in der Finalphase ist es wichtig, dass die Angehörigen über die ständige Erreichbarkeit des Pflegepersonals Bescheid wissen, gleichzeitig aber auch die Grenzen der Betreuung durch die Pflegenden erkennen. Erneut ist hier eine klare und offene Kommunikation gefragt. An dieser Stelle sollten, sofern es von den Angehörigen ebenfalls gewünscht ist, auch unterstützende Angebote beispielsweise von ehrenamtlichen Mitarbeitern oder dem Hospizdienst in Betracht gezogen werden.

Diese Unterstützungsmöglichkeiten können ebenfalls im häuslichen Bereich hilfreich sein und dazu beitragen, dass die Angehörigen sich gut aufgehoben fühlen (Schwermann, S. 118). In der häuslichen Pflege ist ebenso von großer Bedeutung, dass die Angehörigen ausreichend Anleitung und Schulung in Bezug auf bestimmte Pflegetechniken sowie Symptomkontrolle und –management erhalten, damit sie mehr Sicherheit in diesen Bereichen empfinden (Knipping, 2007, S.375).

5. Unterstützung der individuellen Trauerarbeit

In dieser Phase ist es wichtig, dass die professionell Pflegenden in der Lage sind, die Angehörigen in ihrer Trauer zu begleiten. Dies kann unter anderem durch die Einbindung aller Mitarbeiter und Angehörigen in spezifische Sterbe- und Trauerrituale erreicht

werden (Schwermann, 2009, S. 118). Auch hier spielt die Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitern oder dem Hospizdienst eine wichtige Rolle. Auf die Thematik der Trauerarbeit soll in Kap. 4.4 „Hilfe bei Abschied und Trauer“ näher eingegangen werden.

6. Trauerbegleitung und externe Beratungsangebote anbieten

Auch nach dem Tod des Erkrankten sollte weiterhin der Kontakt zu den Angehörigen gepflegt werden. Ein sogenanntes Trauernachgespräch kann sowohl für die Angehörigen als auch für die professionell Pflegenden hilfreich sein. Unter Umständen kann es dazu dienen, Veränderungen oder Weiterentwicklungen in der Angehörigenarbeit der Institution voran zu treiben (Schwermann, 2009, S.118).

7. Hausinterne Rituale, um Angehörigen Trauerbegleitung zu ermöglichen

Hausinterne oder auch individuelle, von den Angehörigen eingebrachte Trauerrituale sind nicht nur für die Angehörigen und die Pflegenden wichtig, sondern auch für die Mitbewohner, Freunde und Bekannte des Verstorbenen sowie für alle Mitarbeiter der Einrichtung. Sie verbinden die trauernden Menschen miteinander und geben Halt und Sicherheit in der schwierigen Lebensphase. Der gesamte Prozess soll in folgender Abbildung zusammenfassend dargestellt werden:

Systematische Begleitung der Angehörigen

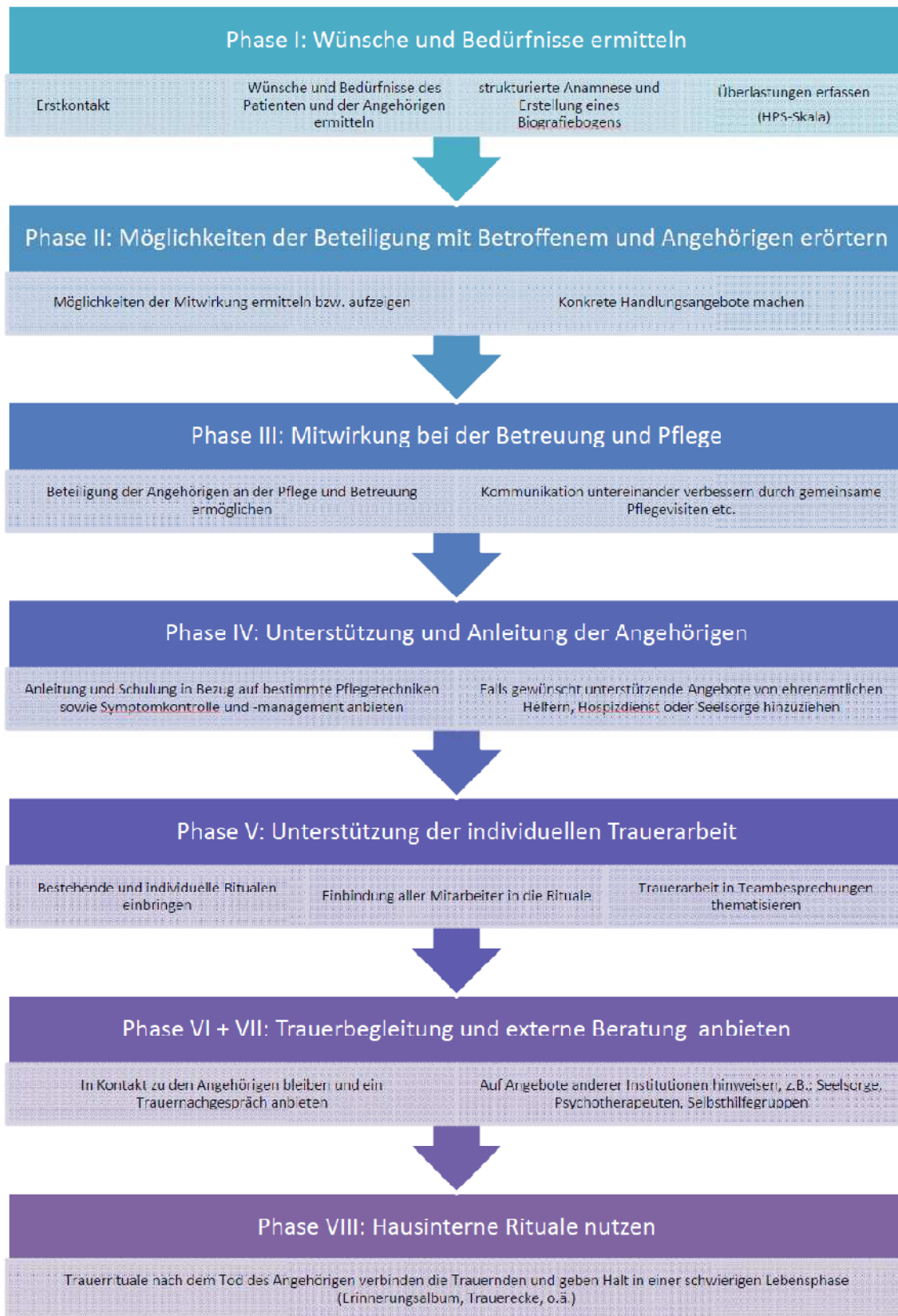


Abbildung 2: Prozessablauf der Angehörigenarbeit (in Anlehnung an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, 2004, Schwermann, 2009).

4. Formen von Angehörigenarbeit (N. Hundt)

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Angehörigenarbeit durchzuführen. Sie gestaltet sich unterschiedlich und ist abhängig von der Situation des Patienten und von den Persönlichkeiten der an der Pflege beteiligten Personen. Im folgenden Kapitel seien deshalb exemplarisch Grundsätze aufgeführt, die in der Arbeit mit Angehörigen generell gelten sollten. Desweiteren wird explizit auf den für die Palliative Geriatrie so besonderen Aspekt der Trauerarbeit und der damit verbundenen Angehörigenarbeit eingegangen.

4.1 Stützung durch Wertschätzung und Respekt

Grundsätzlich sollten Pflegende die Angehörigen eines Patienten als Bereicherung und Ressource im Pflegeprozess sehen. Dies impliziert eine Grundhaltung gegenüber Angehörigen, die von Wertschätzung und Respekt geprägt sein sollte. „Angehörige und Freunde sind vom Sterben eines geliebten Menschen in mehrfacher Hinsicht betroffen. Sie leiden mit dem Sterbenden, antizipieren den Verlust und werden mit der eigenen Sterblichkeit mit allen damit verbundenen Unsicherheiten und Ängsten konfrontiert. In der Rolle der wichtigsten Bezugspersonen haben sie eine besondere Aufgabe in der Sterbebegleitung, bei der sie selbst Unterstützung benötigen. (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 53). Pflegende Angehörige erfahren durch ihre Arbeit häufig wenig oder gar keine Anerkennung von ihrem Umfeld, hält Wild (2002, S.263) fest. Besonders belastend sei dies, wenn Lob und Anerkennung von den Betreuten selbst ausbleiben. (ebd. S.263). Gerade dann ist es wichtig, den Angehörigen Mut zuzusprechen und sie in ihrer so wertvollen Arbeit zu unterstützen. „Pflegende Angehörige brauchen Verständnis, Unterstützung und Kompetenz, um soziale Situationen erfolgreich verändern zu können“, so Wild (S.259). Nur wenn Angehörige vom Grundsatz her als Bereicherung und nicht als „zusätzliche Last“ gesehen werden, kann eine systematische Angehörigenarbeit gelingen und für alle Beteiligten eine Bereicherung sein.

4.2 Beratung

Sowie in der gesamten Gesundheits- und Krankenpflege, so ist auch speziell in der palliativen Geriatrie der Aspekt der Beratung ein sehr bedeutungsvoller. „Die Angehörigen kennen meist die Bedürfnisse ihrer Angehörigen sehr genau und entwickeln sich zu wahrlichen „Pflegeprofis“. Doch gerade diese Tatsache kann dazu führen, dass viel zu spät Hilfe von außen in Anspruch genommen wird. Viele Angehörige überfordern und

verausgaben sich grenzenlos“ (Plandor, 2002, 272). Sie wissen nichts von möglichen Angeboten mit Entlastungsfunktionen wie Kurzzeitpflege, Nacht- und Tagespflege oder ähnlichem (Kostrzewa, 2008, S. 125). Die Beratung, speziell hinsichtlich möglicher Entlastungsmöglichkeiten sollte deshalb möglichst früh stattfinden und ist demnach ein wichtiger Teil der pflegerischen Aufgabe. Das Aufzeigen verschiedener Möglichkeiten, wie beispielsweise das Angebot der Mithilfe von Ehrenamtlichen, die stundenweise beim Kranken bleiben, ist demnach eine Möglichkeit der psychosozialen Beratung. Plandor beschreibt hierzu exemplarisch die Hilfestellung beim Organisieren von weiteren Diensten und diversen Pflegehilfsmitteln sowie eine psychosoziale Begleitung (S.272-273). Desweiteren sollten Angehörige zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die im Rahmen der Symptomkontrolle eingesetzt werden, beraten werden. Die Beratung über den Tod des Patienten hinaus beinhaltet beispielsweise das Erläutern und die Hilfestellung bei Maßnahmen, die unmittelbar nach dem Eintritt des Todes zu treffen sind. Trauerbegleitung ist hier ein wichtiger Bereich der professionellen Pflege. Informationsbroschüren und Flyer von den jeweiligen Institutionen sowie Adressen von Selbsthilfegruppen können in jeder Hinsicht des Beratungsaspektes eine sinnvolle Ergänzung sein. Gezielte Informationen und Kontaktadressen, an die sich die Angehörigen wenden können, vermindern Unsicherheiten und bieten Möglichkeiten rund um die Uhr einen Ansprechpartner zu haben. Kostrzewa beschreibt als weitere Möglichkeit der Angehörigenberatung ein sogenanntes „Informationstelefon“. Hier erhalten Angehörige Informationen zu einem bestimmten Thema. Desweiteren schlägt er feste Angehörigensprechzeiten in Wohnbereichen von Pflegeheimen vor (2008, S.126). Hierdurch hat es den positiven Effekt, dass Beratung und Anleitung nicht „nebenher“ geschieht sondern in einem festgesetzten Rahmen stattfinden kann.

4.3 Anleitung in medizinisch-pflegerische Tätigkeiten

Die Anleitung von Angehörigen in medizinisch-pflegerische Tätigkeiten sollte (wie bei jeglicher Form von Angehörigenarbeit) sowohl für den Patienten, für das Pflegepersonal und auch für die Angehörigen eine „win-win“ Situation darstellen. Für den Patient kann es bedeuten, dass er Gewissheit haben kann, dass in einer Situation, in der „nichts mehr geht“ einen Vertrauten an seiner Seite hat, der für ihn Entscheidungen trifft und der seine Bedürfnisse gut kennt. Wird der Angehörige gezielt in die Pflege mit eingebunden, kann dies für den Patienten die Möglichkeit darstellen, ihm noch einmal oder vielleicht

auch genau deshalb (wieder) nahe zu sein. Für die Angehörigen bietet sich dadurch eine Möglichkeit, aktiv an der Pflege teilzuhaben. Sie gehören „dazu“, „sind in einem Boot“. Dies kann die zum Teil unerträglichen Situationen der Verzweiflung erleichtern. Die Angehörigen fühlen sich durch ihre Mitarbeit gebraucht und sind häufig froh darüber, „etwas tun zu können“. Aber auch das Pflegepersonal kann von der Unterstützung Angehöriger profitieren. „Gerade in der ambulanten Pflege sind sie oft unverzichtbar für die häufig stündlich notwendige, lückenlose Durchführung der Mundpflege“ (Rödiger & Davids, 2011, S.54). Durch gezielte Angehörigenarbeit führen sie eine ganzheitliche Pflege durch und sehen eben nicht nur den Patienten mit seiner Erkrankung, sondern das soziale System, was es bei einer professionellen Pflege zu berücksichtigen gilt. Neben den genannten positiven Aspekten der Angehörigenarbeit bezüglich medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten, gilt es allerdings auch zu beachten, welche Gefühle die Durchführung entsprechender Tätigkeiten bei Angehörigen auslösen kann. Es gibt viele Möglichkeiten im medizinisch-pflegerischen Bereich als Angehöriger tätig zu sein. So verabreichen Angehörige im ambulanten Bereich nicht selten Medikamente, führen die Mundpflege, einen Verbands- oder Bewegungswechsel durch, bedienen das Pflegebett oder verabreichen gar Betäubungsmittel mit einer Schmerzpumpe. Es ist pflegerische Aufgabe gegebenenfalls immer wieder von neuem abzuschätzen, wann Angehörige eventuell mit der Situation überfordert sind und wann Gefühle wie Ekel, Angst oder Scham das Ausführen von pflegerischen Tätigkeiten für Angehörige unmöglich machen. Es ist also einerseits von Bedeutung, dass das Anleiten Angehöriger fachlich korrekt durchgeführt wird, andererseits müssen Pflegekräfte die Angehörigen empathisch begleiten und sie gegebenenfalls emotional bei dieser Handlung entlasten (Rödiger & Davids, 2011, S.54). Besonders von Bedeutung bei der Anleitung Angehöriger ist es, Wünsche und Bedürfnisse aber auch Ängste der Angehörigen offen zu kommunizieren um sie so in die Pflege mit einzubeziehen, wie sie es können und wünschen. Für Plandor (2002, S.275) ist es wichtig, dass die Pflegekräfte den Angehörigen bestätigen, dass die Art und Weise wie sie pflegen korrekt ist, beziehungsweise dass Verbesserungs- oder Änderungsvorschläge angeboten werden, falls dies nötig ist. Dabei sollten Pflegemaßnahmen konkret gezeigt und eingeübt werden. Weiter schreibt sie, dass Angehörige gezielt darauf vorbereitet werden sollen, wie sich die pflegerische Situation voraussichtlich weiterentwickeln wird, welche Symptome zu erwarten sind und was dagegen getan

werden kann. Desweiteren zählt es besonders in der ambulanten Versorgung zu den pflegerischen Aufgaben, die Angehörigen in die Verabreichung von Medikamenten einzuweisen, damit eine kontinuierliche Schmerzbehandlung gewährleistet werden kann.

4.4 Hilfe bei Abschied und Trauer

„Es ist eine verbreitete Erfahrung unter Hospizhelfern, dass der Sterbende häufig das kleinere, die Angehörigen dagegen das größere Problem sind und haben. Dafür gibt es Gründe, wie ein Sprichwort weiß: „Den eignen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der andern muss man leben!“ (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 54). Dieses Zitat lässt erahnen, dass dieser Aspekt der Angehörigenarbeit in der palliativen Geriatrie ein sehr Bedeutsamer ist. Der individuelle Umgang mit dem Verlust eines Angehörigen ist durch die Biographie der Betroffenen geprägt und erfordert von Pflegekräften Sensibilität und Achtung (Kern & Nauck, 1998, S.57).

4.4.1 Zahlen und Daten vom Sterben in Deutschland

Nicht nur der Sterbende muss im Blickfeld der Betrachtung stehen, auch seine Angehörigen bedürfen besonderer Fürsorge und Unterstützung. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2009, S.4) gibt es gut 2,3 Millionen Pflegebedürftige. Davon werden mehr als zwei Drittel (69 % bzw. 1,62 Millionen) zu Hause versorgt. „Entgegen der Präferenz vieler Menschen, zu Hause versorgt zu werden und dort auch zu sterben, ist in der Praxis in vielen Ländern der Tod im Krankenhaus die Regel“ (Davies & Higginson, 2008, S.21). In Deutschland starben demzufolge im Jahr 2005 etwa 42% der Menschen im Krankenhaus (Hametner, 2011, S.50). Die folgenden Abbildungen verdeutlichen diese Aussagen.

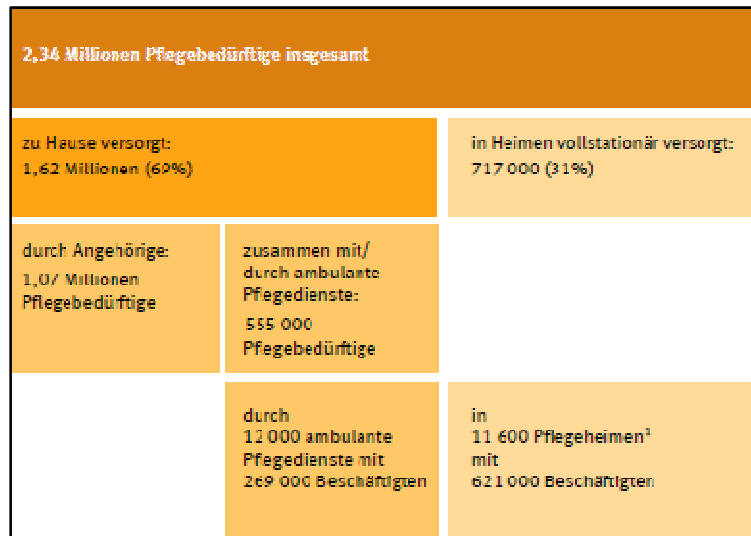


Abbildung 3 Pflegebedürftige 2009 nach Versorgungsart (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009)

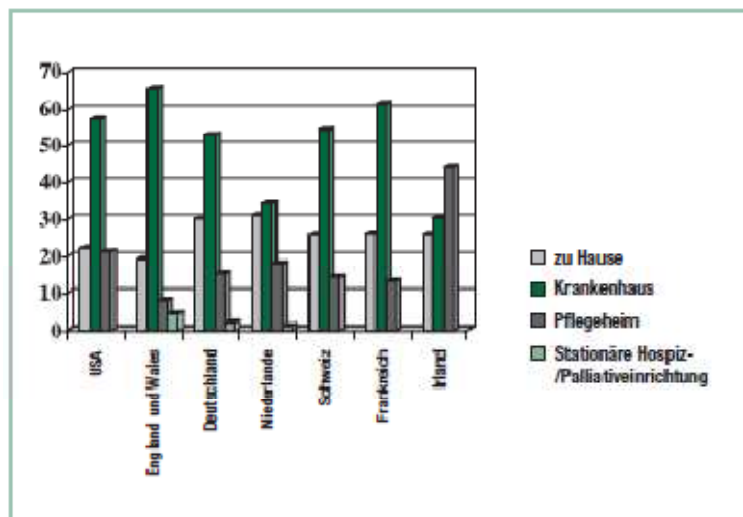


Abbildung 4 vorläufige Daten über Sterbeorte nach Ländern (Quelle: WHO, 2008, S.21)

4.4.2 Ängste von Angehörigen und Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegekräften

Es stellt sich also die Frage, weshalb die Menschen in ihrer letzten Lebensphase hauptsächlich nicht zu Hause versorgt werden um dort sterben können. Hierfür gibt es sicherlich vielfältige Gründe wie Struktur der Einrichtungen und Dienste oder kulturelle Aspekte, worauf allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen werden soll. Vielmehr soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass es auch andere Gründe für

Angehörige geben kann, ihre Pflegebedürftigen nicht bis zum Tod zu Hause versorgen zu können. Möglicherweise fühlen sie sich mit der Situation zu Hause überfordert.,,Tod und schwere Krankheit gehören heute nicht mehr zu den selbstverständlichen Lebenserfahrungen. Darüber hinaus werden sie aus unserem Leben ausgeklammert. Gerade hierdurch werden sie aber zu etwas Unfassbarem und Bedrohlichen und wecken Ängste“ (Aulbert, 1998, S. 32). Student beschreibt zu dieser Thematik vier Arten von Ängsten, die bei pflegenden Angehörigen auftreten können; die Angst vor der Ungewissheit, vor dem Leiden, vor Verlusten und die Angst vor dem Versagen.

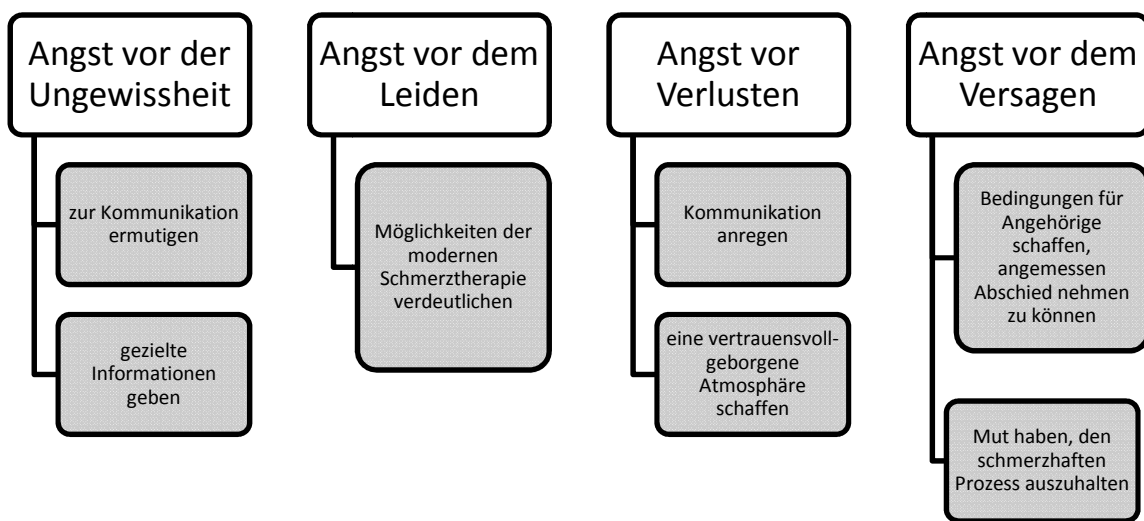


Abbildung 5 Ängste von Angehörigen und Interaktionsmöglichkeiten der Pflegekräfte (Eigendarstellung in Anlehnung an Student, 2004)

Es gilt also bei der Betreuung und Beratung von Angehörigen in diesen Situationen besonders auf diese Ängste einzugehen. Besonders die Angst vor der Ungewissheit kann in unserer heutigen Gesellschaft von Bedeutung sein. „Da das Sterben heute meist aus dem Erfahrungsbereich verbannt ist, fehlen Alltagskenntnisse und Verhaltensmuster für den Sterbeprozess. Daher fürchten sich viele davor, das Sterben eines Angehörigen zu Hause erleben zu müssen und ziehen es vor, den Sterbenden an eine Institution abzugeben“ (Student et al. 2004, S.55-56). Aufgabe der Pflegekräfte ist es hier, gezielte Information zu geben um Ängste und Befürchtungen abzubauen. Ebenso sollten sie zur Kommunikation anregen und die Angehörigen ermutigen, über ihre Sorgen zu sprechen. Ähnlich verhält es sich mit der Angst vor dem Leiden. Den Angehörigen sollte verdeutlicht werden, dass die Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie ebenso im häusli-

chen Umfeld stattfinden kann, wie in der stationären Versorgung. Die Angst vor Verlusten kann nach Student vor allem dann bearbeitet werden, wenn der Sterbende und seine Familie normal und alltäglich leben können, Gefühle zulassen und ausdrücken können und sich gemeinsam innerlich auf das Sterben vorbereiten können (2004, S.56). Das häusliche Umfeld bietet aller Regel nach dafür sicherlich einen besseren Rahmen als eine fremde Institution. Die Aufgabe der Pflegekräfte – sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen – ist es, eine „vertrauensvoll-geborgene Atmosphäre“ zu schaffen oder zu unterstützen. Sie sollten versuchen, die Kommunikation der Beteiligten in Gang zu bringen. Dies erfordert ein besonderes Einfühlungsvermögen und die Kunst, sich individuell auf den Patienten und seine Angehörigen einzustellen. Die vierte Angst, die Student benennt ist die Angst der Angehörigen vor dem Versagen. „Auch wenn das Gefühl des Versagens in der Geborgenheit häuslicher Atmosphäre seltener auftritt, gehört es doch zum normalen Trauerprozess und ist kaum mit rationaler Vergewisserung und schon gar nicht mit Appellen zu beseitigen“ (Student et al., S.57). Um diese Angst zu mildern, muss dem Angehörigen ermöglicht werden, angemessen Abschied nehmen zu können. Dies kann individuell natürlich ganz unterschiedlich aussehen und erfordert nach Student vor allem „mitmenschliche Kompetenz und den Mut, den schmerzhaften Prozess auszuhalten und nicht davor wegzulaufen“.

4.4.3 Kommunikation mit den Angehörigen nach dem Versterben der Patienten

Die Art und Weise wie Todesnachrichten überbracht werden, beeinflusst den Trauerprozess (Hametner, 2011, S.104). Alsheimer beschreibt einen „Dreischritt“ der plausibel erscheint und nach Rücksprache mit Pflegekräften als Orientierungshilfe wertvoll ist:

1. Das Überbringen der Nachricht sollte vorbereitet werden.
2. Beim Überbringen der Nachricht sollten bestimmte Regeln eingehalten werden.
3. Das Gespräch sollte nachbereitet werden.

Hametner entwickelte in Anlehnung an diesen „Dreischritt“ bestimmte Vorgehensweisen, die individuell an die jeweilige Situation angepasst werden müssen. Auszüge dieser Vorgehensweisen sind in der nachfolgenden Tabelle exemplarisch dargestellt:

Tabelle 1 *Möglichkeiten zur Vorgehensweise beim Überbringen von Todesnachrichten in Anlehnung an Hametner.*

Vorbereitung	sorgfältiger Kontaktaufbau mit Bewohner & Angehörige vom ersten Moment der Begegnung an
	Abspraken treffen, wer bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder dem Tod benachrichtigt werden möchte
	Abspraken in der Dokumentation festhalten, damit diese wichtigen Informationen allen Teammitgliedern zur Verfügung stehen
	das Vorgehen bei plötzlichen Todesfällen im Team absprechen
	Abspraken treffen über individuelles Vorgehen bei außergewöhnlichen Reaktionen der Angehörigen im Vorfeld
	wichtige Kontaktpersonen wie Seelsorger, Hausarzt, etc. im Vorfeld ermitteln
Überbringen der Nachricht	Zeit nehmen für das Überbringen der Nachricht
	Überprüfen des Vorliegens von Akten der verstorbenen Person und entsprechenden Telefonnummern der Angehörigen
	Versichern, ob die gesuchte Person am Telefon ist und in welcher Situation sie sich gerade befindet
	Als Gesprächseinstieg auf eine traurige Nachricht hinweisen
	Informieren, ohne herumzureden, oder die Angehörigen selber die Tatsache aussprechen lassen
	Der Person Zeit lassen um Fragen zu stellen
	empathisch auf den Gesprächspartner eingehen
	Reaktionen der Gesprächspartner nicht bewerten
	Den weiteren Ablauf erläutern
	Ansprechpartner bekannt geben
sich erkundigen, welche Personen dem Gesprächspartner evtl. unterstützen können	

	eine Rückrufnummer hinterlassen
	sich vergewissern, ob das Gespräch beendet werden kann
Nachbereitung	das Gespräch noch einmal gedanklich durchgehen, bevor zu einer anderen Aufgabe gewechselt wird
	wichtige Informationen an weitere Teammitglieder weiter geben
	Verlauf und Inhalt des Gesprächs dokumentieren
	evtl. das Gespräch mit einem Teammitglied reflektieren

4.4.3 Möglichkeiten und Funktionen von Trauerritualen

In verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es bestimmte Vorgehensweisen und Rituale, wenn ein Mensch verstorben ist. „Aus der Trauerforschung ist bekannt, dass das Gestalten und Erleben des Abschieds von verstorbenen Personen den Verlauf der Trauerarbeit entscheidend beeinflussen“ (Hametner, 2011, S.102). Hametner schreibt weiter, dass Rituale zum Abschied nehmen Hilfen zum Leben und zum Sterben beinhalten, und zwar für alle Beteiligten. Hierbei zählen nicht nur die Angehörigen zu den Adressaten von Trauerritualen. Auch für Pflegende, Ärzte oder andere Berufsgruppen, welche mit dem Verstorbenen in Kontakt getreten sind, ist es wichtig den Abschied zu gestalten. Trauerrituale können insofern dabei helfen, den Tod eines Menschen zu realisieren. Die Vielfältigkeit von Ritualen ist groß. Im Folgenden sind gängige Rituale, wie sie häufig in Pflegeheimen oder Krankenhäusern durchgeführt werden, beispielhaft aufgeführt:

- Gemeinsames Gebet, Kirchenlied oder Vers beim Verstorbenen
- Zwiegespräch mit dem Verstorbenen
- Besprechen und Erinnern der gemeinsamen Zeit
- Kerzenlicht, Foto mit Kondolenzliste
- Erinnerungsbuch
- Steingarten

Die Auswahl eines oder mehrerer Trauerrituale hängt von den Vorlieben der Beteiligten und den Umgebungsfaktoren der Institution ab. Letztlich sollte es immer Ziel eines jeden Rituals sein, den Angehörigen (oder auch den Mitarbeitern) genügend Zeit zum Abschied nehmen einzuräumen. Dass der Verstorbene ein letztes Mal bewusst in die Mitte genommen wird und Angehörige und Mitglieder des Pflorgeteams die vergangene Zeit noch einmal reflektieren, ermöglicht den Angehörigen den Beginn bzw. die Fortsetzung der anschließenden Trauerarbeit und dem Pflorgeteam einen bewussten Abschied (Kern & Nauck, 1998, S.57).

5. Fazit (N. Hundt)

Beratung und Anleitung speziell im Hinblick auf Angehörigenarbeit ist aus dem heutigen Pflegealltag nicht mehr wegzudenken. In unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssektors ist sie Teil pflegerischer Arbeit – von der Kinderkrankenpflege bis hin zur Geriatrie, vom ambulanten Sektor über stationäre Einrichtungen, in Akutkrankenhäusern oder in Pflegeheimen. Speziell im Rahmen der Thematik „Palliative Care“ oder „Palliative Geriatrie“ wird den Angehörigen in unterschiedlicher Literatur ein Platz eingeräumt - zu Recht.

Angehörige werden häufig Experten ihrer zu pflegenden Angehörigen und deren Erkrankungen. Nichts desto trotz sollte stets berücksichtigt werden, dass diese Angehörigen dennoch Laien in der pflegerischen Tätigkeit sind, die sie ausüben und gezielte Anleitung, Beratung und Unterstützung von professionell Pflegenden bedürfen. Nur, wenn sie also systematisch in den Prozess der Pflege mit einbezogen, angeleitet und als Teil dessen angesehen werden, kann eine gute Arbeit im Sinne der Palliativen Geriatrie gelingen.

6. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aulbert, E. (1998). Ganzheitliche Symptomkontrolle als Basis der Palliativmedizin. In E. Aulbert, E. Klaschik & H. Pichlmaier (Hrsg.), *Palliativmedizin – Ein ganzheitliches Konzept*. (S. 25-36). Stuttgart: Schattauer.
- Behrens, C. (2011). Kommunikation. In: J. Becker-Ebel (Hrsg.). *Palliative Care in Pflegeheimen – Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. (S. 90-141). Hannover: Schlütersche.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., Deutscher Caritasverband e.V. & Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg) (2004). *Sorgsam. Qualitäts- handbuch für stationäre Hospize*. Wuppertal: Hospiz Verlag.
- Daneke, S. (2010). *Achtung, Angehörige! – Kommunikationstipps und wichtige Standards für Pflege- und Leitungskräfte*. Hannover: Schlütersche.
- Davies, E. & Higginson, I.-J. (Hrsg.) (2008). *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. Bonn: PalliaMed Verlag.
- Hametner, I. (2011). *100 Fragen zu Palliative Care*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Hasemann, W. (2007) Unterstützung (pflegender) Angehöriger in der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.). *Lehrbuch Palliative Care*. S. 372 – 377). Bern: Huber.
- Kojer, M. (2003). *Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kostrzewa, S. (2008). *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*. Bern: Hans-Huber.
- Müller, D. (2011). Selbstbestimmt bis zuletzt... *Themenheft Alter als Krankheit? Rundbrief 3/2011*. S. 16 – 17. Verfügbar unter:
http://www.vdaae.de/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=37&Itemid=68

- Plandor, B. (2002). Anleiten und Einbeziehen von Angehörigen in die Pflege. In S. Pleschberger, K. Heimerl & M. Wild (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*. (S.272-278). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Rödiger, N. & Davids, G. (2011). Symptomlinderung in der Palliativpflege. In J. Becker-Ebel (Hrsg.), C. Behrens, G. Davids, N. Rödiger, M. Schwermann, H.-B. Sittig & C. Wichmann, *Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. (S.51-89). Hannover: Schlütersche.
- Schmidt, R. (2005). Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Ulrich Otto, Petra Bauer (Hrsg.): *MitNetzwerken professionell zusammenarbeiten. Bd. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf und Lebenslageperspektive*. S. 575-616. Tübingen: dgvt.
- Schwermann, M. (2009). *Kompetenz in Palliative Care. Haltung – Wissen – Umsetzung*. Hannover: Vincentz Network.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009). *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Student, J.-C. & Napiwotzky, A. (2007). *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Student, J.-C., Mühlum, A. & Student, U. (2004). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. München: Ernst Reinhardt.
- Student, Johann-Christoph (Hrsg.). (1999). *Das Hospiz-Buch*. 4. erweiterte Auflage. Freiburg: Lambertus.
- World Health Organization Europe (2008). *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. Bonn: Pallia Med Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Definition of Palliative Care*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Erklärung zur Erstellung der Gruppenarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich meinen Beitrag zur vorliegenden Gruppenarbeit (Kapitel 4, 5 und 6) selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Münster, den 8. Mai 2012

Nicola Hundt

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Erstellung der Gruppenarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich meinen Beitrag zur vorliegenden Gruppenarbeit (Kapitel 1, 2 und 3) selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Münster, den 8. Mai 2012

Clara van Hövell

Ort, Datum

Unterschrift