



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Komplementäre Pflegemethoden in
stationären Einrichtungen der Palliative Care von
TumorpatientInnen in Österreich

Verfasserin

Irene Böhm

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Julia Inthorn

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich

- dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieselbe Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, im Mai 2011

.....
Irene Böhm

ABSTRACT

Die vorliegende Literaturarbeit befasst sich mit komplementärpflegerischen Methoden in stationären Einrichtungen der Palliative Care von Tumorkrankten in Österreich. Ein allgemeiner Teil informiert ausführlich über die palliative Versorgung von onkologischen PatientInnen in Österreich. Die historische Entwicklung wird ebenso dargestellt wie die aktuelle Situation zu Palliative Care. Wesentliche Begrifflichkeiten und Definitionen werden erläutert. Onkologische Erkrankungen sind trotz des medizinischen Fortschrittes oft immer noch nicht heilbar und die Betroffenen leiden meist an vielfältigen Symptomen, die mit herkömmlichen Methoden alleine nur schwer in Griff zu bekommen sind. Ein großes Kapitel widmet sich diesen Begleitsymptomen bei deren Behandlung komplementäre Pflegemethoden eine wichtige Ergänzung zur konventionellen Pflege bieten.

Das vorrangige Ziel in der Palliative Care ist es, durch konsequente Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie ganzheitliche Betreuung und Begleitung das Wohlbefinden des/der PatientIn sicherzustellen und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Gerade krebserkrankte Menschen suchen oft nach ergänzenden Möglichkeiten und zahlreiche Forschungsarbeiten bestätigen, dass komplementäre Pflegemethoden ein enormes Potential haben, Symptome und Begleitsymptome der Grunderkrankung zu reduzieren, die Nebenwirkungen von Medikamenten zu vermindern und durch ein besseres Gesamtbefinden die Lebensqualität zu erhöhen.

Die drei häufigsten Methoden in Hospizen und auf Palliativstationen in ganz Österreich, die anhand einer schriftlichen Befragung ermittelt wurden, sind die Aromapflege, die Anwendung von Wickel und Kompressen und die Basale Stimulation®. All diesen Methoden ist gemein, dass sie den Menschen in seiner Ganzheit betrachten und neben den körperlichen Beschwerden auch die psychische und soziale Komponente berücksichtigen. Als häufigste Wirkungsweisen wurden die Schmerzlinderung, die entspannende und beruhigende sowie schlaffördernde Wirkung identifiziert. Die wissenschaftliche Forschung in diesen Bereichen befindet sich jedoch noch im Anfangsstadium und ist deshalb noch nicht evidenzbasiert, meist handelt es sich bei der gefundenen Literatur um Erfahrungsberichte, Projektbeschreibungen oder kleinere Untersuchungen.

The following thesis is concerned with complementary nursing methods which are used in the treatment of cancer patients in Austrian hospices and Palliative Care Units.

This paper provides an overview about Palliative Care in general, the historical development and the current situation of Palliative Care in Austria, and insights on essential terms and definitions. Despite medical advances oncological diseases often remain incurable and persons affected suffer from various symptoms, which are difficult to control by traditional methods. A large chapter is devoted to these symptoms where treatment with complementary nursing methods can be a supplement to conventional nursing.

The primary goal in Palliative Care is to guarantee well being and the improvement of quality of life by using consistent pain therapy, by controlling the symptoms, as well as by providing holistic care. Especially patients with advanced cancer search for complementary treatment methods and the majority of studies confirm that many of these methods are able to decrease symptoms of the underlying disease, to reduce side effects of medication and thus to improve quality of life.

The three most common methods which are used in Austrian hospices and Palliative Care Units are identified on the basis of a written survey. These are: aromatherapy, the exterior applications of packings and compresses, and Basal Stimulation®. All those methods regard human beings in a holistic view and integrate psychological and social components in addition to physical discomfort. The benefits of complementary nursing methods include pain control, relaxing and soothing effects, and improvement in quality of sleep. Scientific research on this topic is just in its initial stage and is still not yet evidence-based. The available published literature consists mostly of case studies, projects and studies that have been conducted on a small scale. Further research on the subject would be useful in order to explore the matter in a comprehensive fashion.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT.....	5
VORWORT	12
1 EINLEITUNG	14
1.1 Ziel der Arbeit und Forschungsfragen	15
1.2 Vorschau auf die Arbeit	16
2 DURCHFÜHRUNG UND ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG	18
3 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	22
3.1 Palliative Care	22
3.1.1 Definition der WHO	23
3.1.2 Definition der EAPC	24
3.1.3 Schwerpunkte und Ziele der Palliativpflege.....	25
3.1.4 Zielgruppen der Palliativbetreuung.....	26
3.2 Hospiz.....	27
3.3 Komplementäre Maßnahmen	28
3.4 Ganzheitlichkeit	29
3.5 Lebensqualität	30
4 GESCHICHTLICHER HINTERGRUND - DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVE CARE	32
4.1 Die moderne Hospizbewegung.....	32
4.2 Beginn der Hospizbewegung und die Anfänge von Palliative Care in Österreich	34
4.3 Palliative Care in Österreich heute	36

4.3.1 Formen und Institutionen der Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich	37
4.3.2 Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen	39
4.3.3 Fazit zur Situation in Österreich.....	41
5 SYMPTOME BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN....	43
5.1 Schmerz.....	43
5.1.1 Ursachen der Schmerzen bei TumorpatientInnen	45
5.1.2 Pflegerische Maßnahmen.....	45
5.2 Fatigue.....	47
5.2.1 Ursachen	48
5.2.2 Pflege bei Fatigue.....	48
5.3 Übelkeit (Nausea) und Erbrechen (Emesis).....	49
5.3.1 Ursachen	49
5.3.2 Pflege bei Übelkeit und Erbrechen	50
5.4 Dyspnoe.....	51
5.4.1 Mögliche Ursachen.....	51
5.4.2 Pflege bei Dyspnoe	52
5.4.3 „Death Rattle“	52
5.5 Obstipation.....	53
5.5.1 Ursachen der Obstipation.....	53
5.5.2 Pflegerische Maßnahmen bei Obstipation.....	54
5.6 Veränderungen der Mundschleimhaut.....	55
5.6.1 Verschiedene Formen von oralen Schleimhautveränderungen...	55
5.6.2 Ursachen von oralen Schleimhautveränderungen bei TumorpatientInnen	56
5.6.3 Pflegerische Maßnahmen.....	56
5.7 Insomnia (Schlaflosigkeit).....	58
5.7.1 Ursachen	58
5.7.2 Pflegerische Maßnahmen.....	58

6	KOMPLEMENTÄRE PFLEGE	60
7	AROMAPFLEGE	63
7.1	Geschichte der Aromapflege	64
7.2	Was sind ätherische Öle?	66
7.3	Gewinnung von ätherischen Ölen.....	67
7.3.1	Destillationsverfahren.....	68
7.3.2	Extraktion	69
7.3.3	Expression	70
7.4	Wirkungsweisen von ätherischen Ölen.....	70
7.4.1	Wirkung über Haut und Schleimhaut.....	71
7.4.2	Wirkung über den Geruchssinn.....	71
7.5	Wirkungen von ätherischen Ölen auf Körper und Seele	72
7.6	Ätherische Öle in der Palliativpflege	73
7.6.1	Bergamotte (<i>Citrus bergamia</i>)	74
7.6.2	Lavendel fein (<i>Lavandula officinalis</i>)	74
7.6.3	Neroli – Bitterorange (<i>Citrus aurantium</i> ssp. <i>aurantium</i>)	74
7.6.4	Pfefferminze (<i>Mentha piperita</i>)	75
7.6.5	Rose (<i>Rosa damaszena</i>).....	75
7.6.6	Sandelholz (<i>Santalum album</i>)	76
7.6.7	Zitrone (<i>Citrus limon</i>).....	76
7.7	Anwendungen ätherischer Öle	77
7.7.1	Möglichkeiten zur Raumbeduftung	77
7.7.1.1	Duftlampe	77
7.7.1.2	Aromastone.....	78
7.7.1.3	Aromastreamer	78
7.7.1.4	„Duftfleckerl“.....	78
7.7.2	Waschungen und Bäder	79
7.7.3	Einreibungen und Massagen.....	80
7.7.4	Wickel und Kompressen.....	81

7.8 Ätherische Öle in der Praxis	81
8 WICKEL UND KOMPRESSEN/AUFLAGEN	89
8.1 Definitionen und Begriffe.....	90
8.2 Wirkungsweisen von Wickel/Kompressen	91
8.2.1 Warme/heiße Wickel und Kompressen	93
8.2.1.1 Kartoffelwickel.....	94
8.2.1.2 Feucht-heiße Bauchwickel mit oder ohne Zusätze.....	95
8.2.1.3 Dampfkompresse	95
8.2.1.4 Leberkompresse mit Schafgarbe/ Schafgarbenwickel	96
8.2.2 Temperierte Wickel/Kompressen.....	97
8.2.3 Kühle/kalte Wickel und Kompressen	98
8.2.3.1 Fiebersenkende Wadenwickel	99
8.2.3.2 Topfenwickel	100
8.2.4 Hautreizende Wickel.....	101
8.3 Das Anlegen eines Wickels allgemein	102
8.4 Wickelanwendungen in der Palliative Care.....	103
9 BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE.....	109
9.1 Das Konzept der Basalen Stimulation	109
9.2 Wahrnehmung	112
9.2.1 Somatische Wahrnehmung	113
9.2.2 Vestibuläre Wahrnehmung	113
9.2.3 Vibratorische Wahrnehmung	114
9.2.4 Taktil-haptische Wahrnehmung	114
9.2.5 Orale/Olfaktorische Wahrnehmung	115
9.2.6 Auditive Wahrnehmung	115
9.2.7 Visuelle Wahrnehmung	116
9.3 Wahrnehmungsstörungen.....	117
9.3.1 Habituation	117
9.3.2 Autostimulation	118
9.3.3 Reizüberflutung und taktile Abwehr	119

9.3.4 Altersbedingte Wahrnehmungsstörungen	119
9.3.5 Wahrnehmungsstörungen durch Überdosierung oder Unverträglichkeit von Medikamenten	120
9.3.6 Sonstige Ursachen für Wahrnehmungsstörungen.....	121
9.4 Wahrnehmungsveränderungen bei Schwerstkranken und Sterbenden	122
9.5 Basalstimulierende Angebote	123
9.5.1 Somatische Stimulation	123
9.5.2 Vestibuläre Stimulation.....	129
9.5.3 Vibratorische Stimulation.....	129
9.5.4 Taktil-haptische Stimulation	130
9.5.5 Orale/Olfaktorische Stimulation	131
9.5.6 Auditive Stimulation.....	132
9.5.7 Visuelle Stimulation	133
9.6 Die Wirksamkeit der Basalen Stimulation – was ist bewiesen?	134
10 RESÜMEE UND AUSBLICK	138
LITERATURVERZEICHNIS	143
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	154
LEBENS LAUF	155

VORWORT

Ich arbeite seit mittlerweile 10 Jahren auf einer Internen Abteilung eines Wiener Schwerpunktkrankenhauses, das zwar keine Palliativstation besitzt, an dem das Thema Sterben und Tod jedoch allgegenwärtig ist und die Versorgung von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Krankheiten hohe Anforderungen an die professionelle Pflege stellt. In all diesen Jahren habe ich es äußerst selten erlebt, dass PatientInnen mit onkologischen oder sonstigen Erkrankungen in der terminalen Phase in ein Hospiz transferiert werden oder sonstige palliative Versorgung erhalten. Meist mussten sie ihre letzten Lebenstage/Wochen im hektischen Stationsalltag unseres Akutspitals verbringen. Wir versuchen zwar, wenn es die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen erlauben, schwerstkranke und sterbende PatientInnen in kleine ruhigere (Einzel-) Zimmer zu verlegen und den Angehörigen zu ermöglichen auch in der Nacht am Bett des/der Kranken zu verweilen, aber ein Sterben in Würde stellt sich vermutlich doch jeder anders vor. Akutspitäler sind ja bekanntlich in erster Linie auf die Behandlung und Heilung von Kranken und weniger auf Betreuung von PatientInnen am Lebensende ausgerichtet. Was die Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden betrifft, so beinhalten Routinemaßnahmen aus medizinischer Sicht beispielsweise die medikamentöse Schmerzbekämpfung, Flüssigkeitssubstitution und Absaugen, aus pflegerischer Sicht die Körperpflege und regelmäßige Umlagerungen. Das vorrangige Ziel einer palliativen Versorgung, nämlich den PatientInnen durch eine ganzheitliche und individuelle Pflege eine Verbesserung der körperlichen und vor allem seelischen Befindlichkeit und damit eine möglichst hohe Lebensqualität zu schaffen rückt dann leider in den Hintergrund.

Seit ca. zwei Jahren gibt es auf meiner Station die Möglichkeit Fläschchen mit ätherischen Ölen über die Anstaltsapothek zu bestellen, die sowohl in der Sterbebegleitung, als auch im sonstigen Stationsalltag angewendet werden können. Ich versuche dies sooft und regelmäßig wie möglich zu tun und bekomme eigentlich immer ein tolles Feedback von den PatientInnen und auch von deren Angehörigen. Mehr an komplementärpflegerischen Möglich-

keiten kann ich ihnen allerdings aufgrund fehlender Ausbildung und Ressourcen leider (noch) nicht bieten.

Im Rahmen des Pflegewissenschaftsstudiums habe ich mich auch mit anderen komplementären Methoden beschäftigt, wenn auch nur in der Theorie, und seither lässt mich das Thema nicht mehr los. Deshalb möchte ich mich im Rahmen meiner Diplomarbeit noch einmal darin vertiefen, und zwar im speziellen auf komplementärpflegerische Maßnahmen bei unheilbar erkrankten KrebspatientInnen, weil ich denke, dass eine Krebserkrankung oft mit vielen verschiedenen Symptomen und quälenden Begleiterscheinungen einhergeht, die mit schulmedizinischen Maßnahmen und konventioneller Pflege alleine nicht immer zufriedenstellend unter Kontrolle gebracht werden können. Gerade in diesen Fällen sollten komplementäre Pflegemethoden als Begleitung und Unterstützung zur traditionellen Pflege fungieren.

Ich möchte mich ganz herzlich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Frau Dr. Julia Inthorn bedanken, die mich im gesamten Verlauf meiner Arbeit tatkräftig unterstützt und durch ihre fachliche Kompetenz bestens begleitet hat.

Mein Dank gilt auch all jenen Menschen, die mich während des gesamten Studiums und während des Schreibens dieser Arbeit in welcher Form auch immer unterstützt und beraten haben.

1 EINLEITUNG

Die in Österreich stetig steigende Lebenserwartung und die damit in Zusammenhang stehende Multimorbidität, stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Insbesondere die palliative Versorgung von Menschen mit einer nicht mehr kurativ zu behandelnden progredienten Erkrankung und zeitlich begrenzter Lebenserwartung wird eine immer größere Rolle spielen. Von den derzeit im Rahmen der Palliative Care betreuten Menschen leiden 95% an einer malignen Tumorerkrankung (Büntzel et al. 2007, S.509). Durch die Fortschritte in der Medizin ist aus früher schnell zum Tode führenden Krebserkrankungen ein chronisches Leiden mit oft langen Krankheitsverläufen geworden, die von schweren physischen und psychischen Belastungen gekennzeichnet sind. Ziel einer palliativen Therapie ist nicht die Heilung der PatientInnen, sondern durch konsequente Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie ganzheitliche Betreuung und Begleitung den PatientInnen eine neue Lebensperspektive zu erschließen und ihnen eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Im Vordergrund steht also die Ganzheitlichkeit des Menschen mit all seinen Wünschen und Bedürfnissen in der letzten Lebensphase. Die Pflegenden nehmen dabei aufgrund ihrer Nähe zu den PatientInnen eine wichtige Rolle ein.

Die meisten Menschen möchten eigentlich dort sterben, wo sie gelebt haben- zu Hause. Die Realität sieht jedoch anders aus. Aufgrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen versterben die meisten Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pribil 2005, S.190f.). Das Tätigkeitsfeld der Pflege, wie auch das der Medizin, ist allerdings weitgehend auf den kurativen, weniger auf den palliativen Versorgungsbereich beschränkt. Vor allem auf Akutstationen und in der geriatrischen Langzeitpflege ist die Versorgungsqualität im Bezug auf Palliative Care und Sterbebegleitung durch den Mangel sowohl an entsprechend qualifizierten und engagierten Pflegekräften als auch ÄrztInnen gekennzeichnet. Zeitnot, mangelndes Interesse und unzulängliche räumliche Gegebenheiten sind eher die Regel als die Ausnahme (Hellmich 2003, S.5).

Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptome und Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung ist eine schulmedizinische Behandlung und konventionelle Pflege oft nicht ausreichend, daher sollten gerade in diesem Bereich komplementärmedizinische und -pflegerische Maßnahmen zur Anwendung kommen. Der Bereich der komplementären Maßnahmen, die meist aus der Naturheilkunde kommen, umfasst etwa 400 unterschiedliche Methoden (Riegler 2010, S.8) – drei von diesen, nämlich die drei häufigsten komplementären Pflegemethoden, die in der stationären palliativen Versorgung in Österreich zur Anwendung kommen, möchte ich in dieser Arbeit vorstellen. Gerade bei Krebserkrankungen, die immer häufiger werden und die trotz des medizinischen Fortschrittes oft immer noch nicht heilbar sind, geben diese Methoden Hoffnung und den PatientInnen sowie deren Angehörigen das Gefühl „doch noch etwas tun zu können“.

Ich denke, das Interesse an solchen Methoden ist groß, zumal in der Gesellschaft allgemein ein Trend „zurück zur Natur“ zu beobachten ist.

1.1 Ziel der Arbeit und Forschungsfragen

Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen, welche komplementären Pflegemethoden in palliativen stationären Einrichtungen (Palliativstationen, stationäre Hospize) in Österreich bereits zur Anwendung kommen und zu verdeutlichen, welche Auswirkungen diese auf die Symptomkontrolle bzw. Lebensqualität und Befindlichkeit von onkologischen PalliativpatientInnen haben.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche komplementärpflegerischen Maßnahmen kommen auf Palliativstationen bzw. in stationären Hospizen in Österreich zur Anwendung?
- Welche Auswirkungen haben diese auf die Lebensqualität und die subjektive Befindlichkeit von onkologischen PalliativpatientInnen?

Die wirksame und konsequente Behandlung von quälenden Begleitsymptomen einer Krebserkrankung wird als wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität angesichts einer lebensbedrohlichen Erkrankung angesehen. Der Symptombehandlung liegt die Auffassung zugrunde, dass jedes Symptom eine physische, psychische, soziale und spirituelle Komponente aufweist und nur die Einbeziehung aller Aspekte in die Behandlung zu einer erfolgreichen Linderung der Beschwerden führt. Nicht nur körperliche Beschwerden sollen gelindert werden, sondern auch seelische, soziale und spirituelle Nöte (Kratschmar, Teuschl 2008, S.8). Es geht um eine ganzheitliche Betreuung, welche neben der Schulmedizin und konventionellen Pflege den Einsatz komplementärmedizinischer und -pflegerischer Maßnahmen erfordert.

1.2 Vorschau auf die Arbeit

Ich möchte mich in meiner Diplomarbeit mit jenen drei komplementärpflegerischen Maßnahmen befassen, welche in österreichischen stationären Einrichtungen der Palliative Care bei der Pflege von onkologischen TumorpatientInnen am häufigsten zur Anwendung kommen. Zu diesem Zwecke wurde eine kurze schriftliche Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel dargestellt und erläutert werden.

Danach erfolgt die Klärung notwendiger Begrifflichkeiten sowie verschiedene Definitionen. Die Schwerpunkte und Ziele einer palliativen Versorgung werden ebenfalls dargestellt.

Im nächsten Schritt wird auf die historische Entwicklung von Palliative Care auf nationaler und internationaler Ebene näher eingegangen. Da ich mich in dieser Diplomarbeit auf die palliative Versorgung in Österreich beschränke, möchte ich auch kurz die Formen und Institutionen der Hospiz- und Palliativbetreuung, die in Österreich angeboten werden, beschreiben. Um den möglichen Einsatz und Wirkungsbereich komplementärer Pflegemethoden besser darstellen zu können, beschäftige ich mich danach mit den häufigsten

Symptomen bei onkologischen Erkrankungen, deren Ursachen und pflegerischen Handlungsmöglichkeiten.

Der zweite große Teil meiner Diplomarbeit handelt von den drei komplementärpflegerischen Methoden, die in österreichischen stationären Einrichtungen der Palliative Care bei der Pflege von TumorpatientInnen am häufigsten zum Einsatz kommen: die Aromapflege, die Anwendung von Wickel und Kompressen sowie die Basale Stimulation®. Die Methoden werden ausführlich vorgestellt und mittels deutsch- und englischsprachiger Studien wird versucht darzustellen, welche Auswirkungen diese Methoden auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität dieser PatientInnengruppe haben. Die Literatursuche erfolgte in den elektronischen Datenbanken CINAHL, PubMed und MEDLINE, sowie per Handsuche in der Hauptbibliothek der Universität Wien und deren Zweigstellen, in der Bibliothek der medizinischen Universität Wien und in der Bibliothek des Rudolfinerhaus Wien. Zudem recherchierte ich in der Suchmaschine „Google“ nach relevanten Texten. Als Suchkriterien wurden in der deutschsprachigen Literatur Begriffe wie beispielsweise „komplementäre Pflege“, „Aromapflege“, „ätherische Öle“, „Wickel“, „Kompressen“, „Basale Stimulation“ oder „Atemstimulierende Einreibung“ verwendet. In der englischsprachigen Literatur „complementary therapies“, „complementary nursing“, „aromatherapy“, „essential oils“, „(wet) pack“, „compresses“, „basal stimulation“ in Verbindung mit „Palliative Care“, „well-being“ und „quality of life“.

Den Abschluss der Diplomarbeit bilden ein Resümee und ein Ausblick.

2 DURCHFÜHRUNG UND ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Vorerst wurden sämtliche stationäre Institutionen der Palliative Care in Österreich, also 27 Palliativstationen und 8 stationäre Hospize bzw. Hospizstationen in Pflegeheimen (zuletzt publizierter Datenstand 12/2009; Pelttari-Stachl et al., S.2) telefonisch oder per Email kontaktiert, um in Erfahrung zu bringen, ob bei ihnen komplementäre Methoden in der Pflege von TumorpatientInnen überhaupt zur Anwendung kommen. Alle, bis auf eine Palliativstation in Wien haben diese Frage bejaht. Daher wurden an die Stationsleitungen (Pflege) von 26 Palliativstationen und 8 stationären Hospizen kurze Fragebögen zusammen mit einem frankierten Rückantwortkuvert per Post zugesendet, um nähere Informationen über die Art der Methoden und die Häufigkeit der Anwendung zu erhalten. Weiters wurde erfragt, welche berufliche Qualifikation jene Personen haben, die diese Methoden ausüben. Ich habe die Fragebögen Ende November 2010 abgeschickt und bis Ende Januar 2011, also zwei Monate, auf Antworten gewartet. In der Hoffnung auf einfachere Durchführung und größere Auskunftsbereitschaft wurde die Befragung anonym durchgeführt.

ERGEBNISSE:

Bis Ende Januar 2011 habe ich von 34 abgeschickten Fragebögen 23 ausgefüllt retour bekommen. Zusätzlich habe ich von einer Palliativstation in Niederösterreich die Information erhalten, dass ich erst ein schriftliches Ansuchen an deren Direktion richten müsste, um eine Beantwortung meines Fragebogens zu ermöglichen. Auf diese habe ich mit dem Einverständnis meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Dr. Julia Inthorn verzichtet. Insgesamt betrachtet haben also auf 34 versendete Briefe 24 Stationsleitungen reagiert. Dadurch, dass diese Befragung anonym durchgeführt wurde, war es mir nicht möglich herauszufinden, welche Einrichtungen nicht geantwortet haben und diese noch einmal zu kontaktieren.

Die am häufigsten angewendete komplementärpflegerische Methode ist die AROMAPFLEGE: Diese kommt, laut meiner Befragung, in 19 von 23 Einrichtungen „regelmäßig“ und in vier Einrichtungen zumindest „selten“ zur Anwendung, d.h. in **allen** Institutionen, die den Fragebogen ausgefüllt retour gesendet haben, werden ätherische Öle in irgendeiner Form angewendet. In 20 der 23 Einrichtungen sind die Pflegepersonen, die Aromapflege durchführen, sogar speziell geschult dafür, und in einer Institution gibt es eine/n spezielle/n TherapeutIn.

Am zweithäufigsten wurden WICKEL UND KOMPRESSEN genannt: In 16 Einrichtungen kommt es zu „regelmäßigen“, in sechs Einrichtungen zu „seltenen“ Anwendungen. Wickel und Auflagen werden allerdings häufiger von Pflegepersonen ohne Zusatzausbildung angelegt, aber immerhin gibt es auch dafür in 14 Einrichtungen Pflegepersonen mit Zusatzausbildung. Auffallend ist auch, dass die Anwendungen von Wickel und Auflagen ausschließlich durch das Pflegepersonal erfolgt.

Die dritthäufigsten komplementären Pflegemethoden auf österreichischen Palliativstationen bzw. in stationären Hospizen sind diverse EINREIBUNGEN (17-mal „regelmäßig“ und viermal „selten“). Die Einreibungen werden jedoch entweder mit ätherischen Ölen durchgeführt (Bereich der Aromapflege), oder es wurde die Atemstimulierende Einreibung (ASE) angegeben, die als Bestandteil der Basalen Stimulation betrachtet wird. Einreibungen (egal welcher Art) werden ebenso wie Wickel sehr häufig von Pflegepersonen ohne spezieller Schulung durchgeführt. Die Befragung hat ergeben, dass in fast allen stationären Institutionen der Palliative Care, in denen Wickelanwendungen zum Einsatz kommen, auch Einreibungen durchgeführt werden. In einer einzigen Einrichtung werden weder Wickel noch Einreibungen im Bereich der komplementären Pflege angewandt.

Als eigenständige dritte komplementäre Pflegemethode möchte ich in meiner Diplomarbeit demnach die BASALE STIMULATION vorstellen, die in Österreichs Hospizen und Palliativstationen überraschend stark vertreten ist: sie wird in 16 Einrichtungen regelmäßig und in vier Einrichtungen selten ange-

wendet. In 16 von 20 Fällen wird sie von Pflegepersonen mit Zusatzausbildung durchgeführt, in 12 Institutionen wird sie auch von Pflegekräften ohne spezieller Schulung durchgeführt. Auch die Basale Stimulation wird, ebenso wie Wickel und Auflagen, ausnahmslos von Pflegekräften durchgeführt.

Des Weiteren hat die Befragung ergeben, dass diverse MASSAGEN ebenfalls in allen Einrichtungen, die geantwortet haben, zur Anwendung kommen, allerdings werden diese meistens im Rahmen der Physiotherapie (in 15 von 23 Einrichtungen) und nicht von Pflegekräften durchgeführt, weshalb sie in dieser Arbeit keine weitere Berücksichtigung finden.

Weitere komplementärpflegerische Methoden wie beispielsweise Musiktherapie, Klangschalen oder energetische Methoden werden in weniger als der Hälfte der palliativen Versorgungseinrichtungen angewandt. Die energetische Heilmethode Therapeutic Touch, die vor allem in den USA sehr verbreitet ist und auch in Österreich immer mehr Zuspruch findet, kommt nur in einem Drittel zur Anwendung, Reiki wird den PatientInnen sogar nur in zwei Institutionen regelmäßig angeboten. Dafür werden beide energetische Methoden aber fast nur von speziell ausgebildeten Pflegekräften oder sogar von speziellen TherapeutInnen durchgeführt.

Die Musiktherapie und die therapeutische Anwendung von Klangschalen wird in einer Einrichtung sogar von einem/r ehrenamtlichen MitarbeiterIn durchgeführt.

Weiters wurden die Stationsleitungen der kontaktierten Hospize und Palliativstationen im Rahmen der Befragung gebeten, sonstige komplementärpflegerische Methoden, die bei ihnen zur Anwendung kommen, anzugeben. Nur acht von ihnen haben „sonstige Angaben“ gemacht: davon wurde dreimal das Strömen und nur jeweils einmal Kinästhetik, die tiergestützte Therapie, die Lymphdrainage, die Atemtherapie, die Akupunktur, die Cranio-Sacral-Therapie, die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und die Ionen-Therapie genannt, wobei die letzt-

genannten in den medizinischen Bereich bzw. in den Bereich der Physiotherapie fallen.

Bevor ich nun auf die drei ausgewählten komplementärpflegerischen Methoden genauer eingehe, möchte ich noch einen allgemeinen Überblick über Palliative Care (Begrifflichkeiten, Geschichte, Situation in Österreich) sowie über die Symptome und Beschwerden, bei denen oben genannte Methoden zum Einsatz kommen können, geben.

3 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Ich möchte nun verschiedene Begrifflichkeiten, die für das Thema meiner Diplomarbeit relevant sind und daher immer wieder zur Sprache kommen werden, erklären. Darüber hinaus erfolgt ein Einblick in unterschiedliche Betrachtungsweisen und Definitionen der jeweiligen Begriffe.

3.1 Palliative Care

Der Begriff „Palliative Care“ geht auf den kanadischen Arzt Dr. Belfour Mount zurück, der 1975 in Montreal die erste Palliativstation eröffnete (Stahl 2006, S.332). Er vereinheitlichte damit alle auf internationaler Ebene vorhandenen Umschreibungen für die Betreuung nicht mehr heilbarer Kranker und Sterbender.

„Palliativ“ kommt vom lateinischen Wort „pallium“= „Mantel, Hülle, Bedeckung“, bzw. „palliare“ = „mit einem Mantel bedecken, in einen Mantel hüllen“. Der englische Begriff „Care“ lässt sich wörtlich nur schwer ins Deutsche übertragen. Am ehesten bedeutet „Care“ „Versorgung“ im Sinne einer umfassenden Begleitung, Betreuung und Pflege von PatientInnen. Im deutschsprachigen Raum wird häufig der englischsprachige Begriff verwendet bzw. werden gleichbedeutend auch die Begriffe Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet (Steffen-Bürgi 2007, S.31).

In Österreich werden Palliativmedizin, Palliativpflege (vgl. Kap.3.1.3) und die Hospizbewegung lt. Heller als „Untergruppen“ der Palliative Care betrachtet (Heller 1999, S.14).

3.1.1 Definition der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Palliative Care 2002 folgendermaßen:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems physical, psychosocial and spiritual.“

(www.who.int/cancer/palliative/definition/en - Abrufdatum: 09.02.2011)

Der WHO Definition werden zur Erläuterung die folgenden Charakteristika nachgestellt:

„Palliative Care...

- ... provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- ... affirms life and regards dying as a normal process;*
- ... intends neither to hasten or postpone death;*
- ... integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- ... offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- ... offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement;*
- ... uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- ... will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- ... is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“*

(www.who.int/cancer/palliative/definition/en - Abrufdatum: 09.02.2011)

3.1.2 Definition der EAPC

Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (European Association of Palliative Care – EAPC) entwickelte 1989 folgende Definition:

„Palliative care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount.

Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital.

Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death.”

(www.eapcnet.org/about/definition.html - Abrufdatum: 09.02.2011)

Sowohl die Definition der WHO, als auch die der EAPC beschreiben, dass Palliative Care nicht nur die PatientInnen selbst, sondern auch deren Umfeld umfasst. Besonders hervorgehoben wird in beiden Definitionen auch die Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe. In der WHO-Definition aus dem Jahr 2002 findet sich außerdem der Hinweis, wonach die palliative Versorgung nicht erst im Endstadium des Lebens sondern bereits so früh wie möglich einsetzen sollte. Nicht nur die Behandlung, sondern auch die Vorbeugung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wird zum Aufgabengebiet in der Palliative Care gerechnet. Auch Radio- und Chemotherapie bzw. Chirurgie haben dabei gemäß dieser Definition durchaus Platz, vorausgesetzt, dass die positiven Effekte dieser Behandlungsverfahren für die PatientInnen überwiegen. Anders formuliert, schließen sich lebensverlängernde und palliative Behandlungsansätze nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen einander (Stahl 2006, S.333).

Das Feld der Palliative Care selbst hat sich seit ihren Anfängen rasch weiterentwickelt, und innerhalb dieser Entwicklungen sind in einzelnen Ländern verschiedene Ansätze und Definitionen entstanden. Das Verständnis der Palliative Care ist somit kein einheitliches, sondern es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Begriffe, welche vorläufig und einem ständigen Wandel unterworfen sind. Obgleich es in jedem Land unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Rezeption und Umsetzung von Palliative Care gibt, existiert ein Grundkonsens über zentrale Konzeptelemente (Steffen-Bürgi 2007, S.31). Heller schlägt vor, Palliative Care als gemeinsames Dach zu begreifen, unter dem sich verschiedenen Teilbereiche wie Palliativmedizin, Palliativpflege, die Hospizbewegung und andere versammeln (Heller 1999, S.14). Auf den pflegerischen Bereich möchte ich nun näher eingehen.

3.1.3 Schwerpunkte und Ziele der Palliativpflege

Ein Kerngebiet der Palliativpflege ist die Begleitung und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie deren Angehöriger. Pflegepersonen kommt dabei eine tragende Rolle zu, da sie den meisten Kontakt zu den PatientInnen haben. Die Pflegediagnostik ist in der Palliative Care besonders auf gesundheits-, lebensqualitäts- und leidensbedingte Bedürfnisse, Anliegen und Probleme ausgerichtet. Die Überwachung von Symptom- und Schmerzmanagement und Evaluierung dieser ist gerade bei KrebspatientInnen eine der wichtigsten Aufgaben und setzt eine hohe Fachkompetenz voraus. Dem ganzheitlichen und multiprofessionellen Betreuungsansatz der Palliative Care gerecht zu werden erfordert Flexibilität, Kreativität und Teamfähigkeit. Eine für die PatientInnen zufriedenstellende Linderung von Schmerzen und/oder anderen Beschwerden und die damit verbundene Erhöhung der Lebensqualität erfordern oft ein Umdenken und Umhandeln in der Pflege (Pleschberger, Heimerl 2005, S.16f.).

Die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität ist, wie bereits erwähnt, eine wichtige Aufgabe in der Palliativversorgung. Dafür ist eine gute Kommunikation zwischen Pflegepersonen und den PatientInnen notwendig, denn nur

wenn Pflegende von den jeweiligen Wünschen, Vorstellungen, Befürchtungen und Problemen ihrer Schützlinge, von ihren unterschiedlichen Vorstellungen von Lebensqualität wissen, können sie diese besser beim schwierigen Prozess der Anpassung an ihre aktuelle Situation unterstützen. Die Fähigkeit eines Menschen zur Anpassung bildet eine wichtige Voraussetzung für die Erhaltung der Lebensqualität des/der Erkrankten (Bernatzky, Likar 2009, S.14).

Aber auch die Pflegenden brauchen Pflege – um die Belastung angesichts des wiederkehrenden und gehäuften Sterbens in ihrer täglichen Arbeit zu vermindern und einem Burnout vorzubeugen, sollten sich in der Palliative Care tätige Pflegekräfte, beispielsweise im Rahmen einer Supervision, auch persönlich vermehrt mit Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen.

Palliative Care ist allerdings nicht gleichbedeutend mit End-of-Life Care (Steffen-Bürgi 2007, S.35). Wenn möglich wird eine Rehabilitation der PatientInnen angestrebt – hierbei wird eine Rehabilitation auf Zeit verstanden, d.h. die Wiederherstellung bestmöglicher Lebensqualität, die Reintegration in den gewohnten Familienkontext. Im Idealfall ist das Ziel eine Entlassung der PatientInnen nach Hause, was durch die Organisation einer kontinuierlichen Betreuung über Schnittstellen hinweg ermöglicht werden kann. Es gilt ein Netz zwischen sozialen Diensten, HausärztInnen und dem Krankenhaus zu spannen. Die Miteinbeziehung, Beratung und Betreuung der Angehörigen, sowie die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen wird ebenfalls als eine wichtige Aufgabe der Pflege in der Palliative Care angesehen (Hellmich 2003, S.51).

3.1.4 Zielgruppen der Palliativbetreuung

Obwohl Palliative Care definitionsgemäß nicht auf Tumorerkrankungen beschränkt ist, standen an Krebs erkrankte Menschen in der Anfangszeit der modernen Palliativversorgung und Hospizbewegung lange im Mittelpunkt. Erst im Verlauf der 1990er Jahre wurden auch PatientInnen mit neuromuskulären Erkrankungen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophie),

mit infektiösen Krankheiten (vor allem AIDS) oder anderen fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen (z.B. Nieren-, Herz- und Lungenerkrankungen) einer palliativen Versorgung zugeführt. Die Weiterentwicklung des Konzeptes betraf auch Spezifizierungen für bestimmte PatientInnengruppen. In diesem Zusammenhang setzte sich die WHO intensiv mit besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen (WHO 1998) sowie von älteren Menschen (WHO 2004) auseinander (Stahl 2006, S.333).

Prinzipiell kann man jedoch alle Menschen, egal welchen Alters, mit einer nicht heilbaren fortschreitenden Erkrankung, die mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen verbunden ist, als Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung bezeichnen.

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch werden die Bezeichnung für die Betreuung im Hospiz („hospice care“) und die palliative Versorgung („palliative care“) weitgehend synonym verwendet, in Österreich hingegen ist ein Hospiz eine eigenständige Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, weshalb ich diesen Begriff und seine Geschichte näher erläutern will.

3.2 Hospiz

Hospize sind seit Beginn des Christentums beschrieben. Der Begriff „Hospiz“ leitet sich vom Lateinischen „hospitium“ her und bedeutet ursprünglich „Gastfreundschaft, Herberge, Gastzimmer“. Bereits im römischen Reich konnten Bedürftige, Kranke und Sterbende Unterkunft, Verpflegung und Hilfe in Hospizen finden. Im Christentum wurden solche Einrichtungen zunächst von religiös engagierten Personen geleitet, ab dem vierten Jahrhundert wurde diese Aufgabe von verschiedenen Orden übernommen. Im Mittelalter bildeten sich dann eigene Hospitalorden. Im Rahmen dieser Klöster, insbesondere in entlegenen Gebieten entlang von Pilgerwegen wurden Pilgern oder Reisenden, aber auch Kranken und Hilfsbedürftigen Schutz, Geborgenheit, Stärkung und Heilung angeboten. In Hospizen wurde gelebt,

gestorben, geboren; es wurde die damals zur Verfügung stehende Art von Heilkunst von oft sehr gebildeten Mönchen und Nonnen betrieben. Nach dem Ende der Kreuzzüge und Pilgerreisen verschwanden die Hospize in dieser Form und wurden zunehmend von Gasthäusern, Spitälern und sogenannten Siechenheimen abgelöst (Höfler 2001, S.3).

Die ersten PionierInnen der Palliative Care in Großbritannien, wie beispielsweise Dame Cicely Saunders, wählten die Bezeichnung „*Hospiz*“ mit Bedacht aus. Sie verstanden darunter eine Beziehung, in der Pflege ohne jede Bedingung und ohne Einflussnahme auf das Ziel des/der Reisenden gewährt wird. Der Begriff beinhaltet implizit auch die Vorstellung von einer Reise durch das Leben und möglicherweise über den Tod hinaus, einer Reise, die ein Ziel und einen Sinn hat. Diese Vorstellung ist nicht in konventionelle religiöse Begriffe gekleidet, aber sie deutet zweifellos an, dass die Pflege der Seele ebenso ernst genommen wird wie die Pflege des Körpers (Davy, Ellis 2003, S.15).

Unterstützend, vor allem bei der Pflege der Seele, wirken sogenannte komplementärmedizinische und -pflegerische Maßnahmen.

3.3 Komplementäre Maßnahmen

Der Begriff „komplementär“ kommt aus der lateinischen und französischen Sprache und bedeutet „sich gegenseitig ergänzend“ (Duden 1990, S.415). Das heißt, eine komplementäre medizinische oder pflegerische Methode wird *ergänzend/begleitend* zu einer anderen Behandlung gesehen und nicht *anstatt* einer anderen verwendet, was der Begriff „alternativ“ beinhalten würde (Duden 1990, S.51). In der Pflegeliteratur aus den 1990er Jahren findet man noch häufig den Begriff der alternativen Pflegemethoden. In den letzten Jahren ist er meist durch komplementäre Pflegemethoden ersetzt worden.

Sowohl in der Medizin, als auch in der Pflege gewinnen komplementäre Methoden immer mehr an Bedeutung. In der Pflege werden sie außerdem als eine Möglichkeit erkannt, den Pflegeberuf aufzuwerten (Graf 1994, S.601).

Das Konzept der Palliative Care setzt auf eine ganzheitliche Betreuung und Unterstützung von schwerkranken und sterbenden PatientInnen. Einen besonders großen Stellenwert in der palliativen Betreuung hat die Pflege. Da die Pflegenden die meiste Zeit mit den Kranken verbringen, können sie auf Grund der vielen Erfahrungen und Beobachtungen eine intensive und vor allem sinnvolle Unterstützung gewährleisten, die durch komplementärpflegerische Maßnahmen ergänzt wird. Bei dieser Form der Pflegemaßnahmen steht vor allem der Begriff der Ganzheitlichkeit im Vordergrund.

3.4 Ganzheitlichkeit

Was bedeutet es einen Menschen ganzheitlich zu pflegen?

Martha Rogers, Professorin für Pflegewissenschaften in New York († 1994), besagt in ihrem Modell „The Science of Unitary Human Beings“, dass der Mensch als Ganzheit zu sehen ist, als Einheit von Physis, Psyche, Geist und Sozialem, und nicht auf seine Einzelteile reduziert werden darf (Kühne-Ponesch 2004, S.116).

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ wird auch in der Psychologie postuliert. Damit ist zum Beispiel gemeint, dass einzelne Teile nicht einfach addiert werden können (wie im 17./18. Jahrhundert im Rahmen der Medizin propagiert), sondern, dass das Ganze neue Eigenschaften in sich birgt, die in den Einzelteilen nicht enthalten sind. Die Teile stehen in einem systematischen Zusammenhang (Benzmann 1997, S.41).

Schlettig und Von der Heide (1993) definieren den Begriff innerhalb ihres Pflegeverständnisses zum einen inhaltlich und zum anderen organisatorisch. Inhaltlich ist ganzheitliche Betrachtung die Sichtweise, die den einzelnen Menschen als Einheit von Leib, Seele und Geist definiert. Die Situation des/der PatientIn darf nicht isoliert, sondern muss innerhalb seines/ihrer sozialen Lebenszusammenhanges und dem Verlauf seiner/ihrer Biografie betrachtet werden. Organisatorisch betrachtet verstehen sie unter ganzheitlichem Arbeiten, Handlungen als Ganzes ausführen zu können, also keine Teilfunktionen auszuüben, und zum anderen, dass die Belange der Pflegen-

den wie auch der anderen MitarbeiterInnen berücksichtigt werden (Schlettig, Von der Heide 1993, S.5f.).

Für die ganzheitliche Betreuung auch bis über den Tod hinaus, ist ein multidisziplinäres Team notwendig. Zu diesem gehört neben ÄrztInnen, Pflegepersonen, PsychologInnen und SeelsorgerInnen auch therapeutisches Personal.

Eine Sonderstellung nehmen ehrenamtliche MitarbeiterInnen ein. Sie sind für die Betreuung unerlässlich, da sie das Pflegepersonal in vieler Hinsicht entlasten und bei Tätigkeiten, für die keine Fachausbildung nötig ist, unterstützen. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden sowohl im stationären, im teilstationären als auch im ambulanten Bereich eingesetzt (Hellmich 2003, S.49).

Die ganzheitliche Betreuung soll vor allem zur Verbesserung der Befindlichkeit und der Lebensqualität dienen. Ebenso schwierig wie „Ganzheitlich(keit)“ zu definieren ist es, eine allgemein gültige Definition für den Begriff „Lebensqualität“ zu finden.

3.5 Lebensqualität

Durch die Fortschritte in der Behandlung maligner Tumorerkrankungen ist aus früher schnell zum Tode führenden Erkrankungen ein chronisches Leiden mit oft langen Krankheitsverläufen geworden, die von schweren physischen und psychischen Belastungen gekennzeichnet sein können. Der/die Krebskranke muss mit zunehmenden Behinderungen und Einschränkungen leben. Daher ist es verständlich, dass die Frage nach der Lebensqualität bei der Betreuung chronisch Krebskranker in zunehmenden Maße in den Vordergrund rückt (Aulbert, Niederle 1990, S.VII).

Eine allgemein gültige Definition von Lebensqualität gibt es allerdings nicht. Ebenso wenig herrscht darüber Einigkeit, wie man Lebensqualität messen kann, denn der Begriff ist komplex und bezeichnet eine subjektive Erfahrung in Abhängigkeit vom Krankheitsfortschritt und der inneren Einstellung des/der individuellen PatientIn (Schara 1990, S.8).

In der ersten Phase der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität wurde diese vor allem im Zusammenhang mit Gesundheit gesehen und erfasst. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst zwar körperliche, emotionelle und soziale Aspekte, aber nicht alle Teilaspekte von Lebensqualität. So wird damit nicht erfasst, was einem Menschen Freude macht und seinem Leben Sinn und Bedeutung gibt. Führende Forscher auf diesem Gebiet haben in den 1980er und 1990er Jahren die Subjektivität dessen erkannt, was Lebensqualität ausmacht. Die Aussage „quality of life is whatever the patient says it is“ stammt vom Forscher Ciaran O’Boyle (zitiert nach Medicus o.J., S.4) und definiert die PatientInnen selbst als ExpertInnen für das, was ihrem Leben Qualität verleiht.

Lebensqualität ist also etwas sehr Individuelles und meistens erkennt man sie erst dann, wenn sie durch Krankheit oder sonstige Umstände verloren geht. Im Kontext von Palliative Care ist Lebensqualität die Beschaffenheit des Lebens am Lebensende, die Beschaffenheit des Sterbens als Teil des Lebens. Palliative Care ist das Werkzeug, um in den Bereichen, die für die Lebensqualität eines Menschen am Lebensende besonders relevant sind, Unterstützung zu bieten (Medicus o.J., S. 3f.).

In diesem Zusammenhang möchte ich ein Zitat des ärztlichen Leiters der Palliativstation am Wiener AKH, Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, bringen, weil ich denke, dass es die Bedeutung von Palliative Care besonders hervorhebt:

„Es geht weniger darum, dem Leben Tage zu geben, als vielmehr, den verbleibenden Tagen Leben zu geben.“ (Watzke 2010, S.35)

Im folgenden Kapitel möchte ich auf die historische Entwicklung der Palliative Care – sowohl international betrachtet, also auch im Speziellen in Österreich – näher eingehen.

4 GESCHICHTLICHER HINTERGRUND - DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVE CARE

4.1 Die moderne Hospizbewegung

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Betreuung von Sterbenden zunehmend vernachlässigt. Für diese Entwicklung waren u.a. Fortschritte der technisierten Medizin sowie Veränderungen in der Gesellschaft mitverantwortlich (Klaschik 2003, S.2). Anfang der 60er Jahre bewirkten zwei Frauen eine nachhaltige Veränderung im gesellschaftlichen Umgang mit sterbenden Menschen und ihrer Betreuung: Cicely Saunders (1918-2005) und Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004). Letztere, eine Psychiaterin aus der Schweiz, war maßgeblich daran beteiligt, das Thema Tod und Sterben zu enttabuisieren und steht auch am Anfang der amerikanischen Hospizbewegung. Sie führte Gespräche mit sterbenden PatientInnen und mit Trauernden und zeigte das Defizit bei der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen in den öffentlichen Spitälern auf (Nagele, Feichtner 2005, S.17).

Das von Dame Cicely Saunders 1967 eröffnete St. Christopher's Hospice im Londoner Vorort Sydenham wird weltweit als das erste Hospiz der modernen Hospiz- und Palliativbewegung angesehen. Saunders war ursprünglich Krankenschwester und Sozialarbeiterin und erkannte die unzureichende Behandlung und Betreuung von sterbenden Menschen zur damaligen Zeit. Sie beschloss Medizin zu studieren, da sie den Wunsch hatte, „mehr über die Möglichkeiten einer Linderung der körperlichen Schmerzen, wie auch der damit verbundenen seelischen Not herauszufinden“ (Saunders 1987 zitiert nach Du Boulay, S.49). Als fertige Ärztin veranlasste sie, dass Krebskranke regelmäßig Schmerzmittel verabreicht bekamen, nicht nur bei Bedarf. Und sie machte damit die Erfahrung, dass die PatientInnen innerhalb von 24 Stunden dann meist weniger davon brauchten, nachdem sie auf die für sie richtige Dosis eingestellt wurden (Du Boulay 1987, S.56f.). Ein weiterer wich-

tiger Aspekt, der von Saunders bei der Behandlung aufgenommen wurde: Die Kranken wurden **mit** ihren Familien bzw. Angehörigen betrachtet. Diese seien ein wesentlicher Teil bei der Krankheit der PatientInnen, also folgerichtig auch ein Teil bei der Behandlung im Hospiz. Sie ermöglichte es BesucherInnen, praktisch zu jeder Zeit zu kommen, um den Kranken das Gefühl absoluter Geborgenheit zu vermitteln (ebenda, S. 59). Saunders war unermüdlich unterwegs, um eigene Erfahrungen in der Begegnung mit Sterbenden zu machen, zu hören, was diese wünschten und brauchten, wovor sie sich fürchteten, welches ihre Nöte und Ängste waren.

St. Christopher's gilt bis heute als „die Mutter aller Hospize“ und treibt ständig innovativ und kreativ das Wesen der Hospizarbeit voran (Kränzle 2006a, S.3).

Die Hospizidee und Palliativmedizin entwickelte sich in Großbritannien von diesem Zeitpunkt an rasch. Palliativmedizin ist dort ein eigenständiges Fachgebiet und für alle beteiligten Berufsgruppen besteht seit Jahrzehnten ein großes Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebot. Unzählige ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und andere HelferInnen aus aller Welt wurden und werden dort ausgebildet und haben den Hospizgedanken in über 80 Ländern verbreitet (Nagele, Feichtner 2005, S.17).

Von England ausgehend breitete sich die Hospizidee auch rasch in andere Länder aus: Im Jahr 1975 entstand in Montreal die erste Palliativstation, eine Hospizeinrichtung nach modernem Konzept, allerdings in ein Krankenhaus integriert. Im St. Louis Hospice in Sheffield (UK) entstand 1975 das erste „Day-Care-Centre“, also eine Hospiz-Tagesbetreuungsstätte. Weitere Gründungen folgten in Australien, Neuseeland, Skandinavien, Frankreich, Schweiz, Japan, Polen und Russland und in den meisten dieser Länder sind Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet worden (Kränzle 2006a, S.3).

1988 erfolgte in Mailand die Gründung der europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC). Mittlerweile repräsentiert dieser europäische Dachverband der Palliativgesellschaften über 30.000 Mitglieder. In über 200 Ländern haben sich vielfältige Einrichtungen etabliert (Kratschmar, Teuschl 2008, S.11f.).

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 an der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik in Köln eröffnet und 1986 das erste stationäre Hospiz in Aachen. 1990 existierten gerade einmal drei Palliativstationen, die Zahl erhöhte sich bis 1999 auf 50, und 2008 gab es bereits 166 Palliativstationen, 162 stationäre Hospize und 1500 ambulante Hospizdienste (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Stand 05/2008).

Auch in Österreich verlief die Entwicklung von Palliative Care vor allem anfangs eher schleppend.

4.2 Beginn der Hospizbewegung und die Anfänge von Palliative Care in Österreich

Im internationalen Vergleich hat die Hospizbewegung in Österreich mit etwas Verzögerung Fuß gefasst. Noch bis in die 1980er Jahre war der Hospizbegriff in der österreichischen Öffentlichkeit weitgehend unbekannt. Es waren lediglich einige wenige engagierte Personen aus verschiedenen Arbeits- und Berufsfeldern und unterschiedlichsten Motiven heraus, die den Hospizgedanken ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Fachdisziplinen rückten. Vor allem die Pflegenden beklagten mangelnde Unterstützung im Umgang mit Sterbenden, denn in den damaligen Ausbildungen für Pflegeberufe waren diese Themen nicht vorgesehen – im beruflichen Alltag aber waren Pflegepersonen ständig damit konfrontiert. Diese waren es letztendlich auch, die in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Forderung erhoben, sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

1978/79 veranstaltete Hildegard Teuschl, damals Leiterin der Lehranstalt für Sozialberufe der Caritas in Wien, erstmalig einen Kurs für Sterbebegleitung. Ab diesem Zeitpunkt wurde das Thema in die Ausbildungspläne der Alten-, Familien- und HeimhelferInnen aufgenommen.

Die 1980er Jahre waren gekennzeichnet von Einzelinitiativen und Einzelengagements – Pflegepersonen, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen diverser Bildungshäuser usw. versuchten für das Thema zu sensibilisieren, doch neben finan-

ziellen Gründen war der Hospizgedanke selbst noch viel zu wenig im Bewusstsein verankert. Mit der Zeit jedoch wurden von den Professionellen selbst zunehmend deutlicher die Mängel in den Bereichen der Schmerztherapie, der Symptomkontrolle, der Ethik und Kommunikation im Umgang mit der letzten Lebensphase von PatientInnen artikuliert (Höfler 2001, S.9f.).

Mit Ende der 80er Jahre waren die Voraussetzungen für eine erste Vernetzung der Personen, Gruppen und Initiativen gegeben. 1987 wurde die Österreich-Sektion der IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand – gegründet 1986 in Deutschland) ins Leben gerufen. Die IGSL war Sammelbecken der verschiedenen Initiativen und hat die in dem Bereich Engagierten zusammengeführt. Neben der Entwicklung ganz konkreter Einrichtungen wurde besonders viel in Öffentlichkeitsarbeit und Bildungsmaßnahmen investiert (ebenda, S.12).

1989 nahm ein „Interdisziplinäres Hospiz-Außenteam“ unter der Trägerschaft der Caritas der Erzdiözese Wien seine Arbeit auf. Obwohl es schwierig war die Finanzierung zu sichern, konnte sich die Hospizbewegung etablieren.

1992 gab es die erste stationäre Hospizeinrichtung Österreichs: das Hospiz „St. Raphael“ wurde als Teil der Abteilung für Anästhesie im Wiener Krankenhaus „Zum göttlichen Heiland“ eröffnet.

1993 begann das Mobile Hospizteam Innsbruck mit der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause und in den Jahren bis 1995 erfolgte die Gründung Mobiler Hospize in allen österreichischen Bundesländern.

1998 eröffneten das stationäre Hospiz in Innsbruck und die Palliativstation St. Vinzenz in Ried. Zu dieser Zeit wurden auch die ersten Palliativbetten am Krankenhaus der Elisabethinen in Graz eingerichtet (Nagele, Feichtner 2005, S.19).

Das erste Tageszentrum in Wien wurde im Dezember 2000 im Senioren- und Pflegehaus St. Barbara der Caritas der Erzdiözese Wien in Betrieb genommen. Die erste medizinische Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie in Österreich wurde ebenfalls im Dezember 2000 im Geriatriezentrum am Wienerwald offiziell eröffnet (Höfler 2001, S.17).

Mit der Einrichtung von Hospizgruppen und -vereinen in ganz Österreich wurde 1993 der Dachverband „Hospiz Österreich“ gegründet, in dessen Vorstand jedes österreichische Bundesland vertreten ist. Dieser Dachverband ist überparteilich und überkonfessionell und umfasst über 100 mobile und stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen in allen neun Bundesländern und ist seit 2008 Mitglied der European Association of Palliative Care EAPC (Kratschmar, Teuschl 2008, S.12).

In der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege dauerte es bis 1997, ehe mit der neuen Ausbildungsverordnung die Grundlagen der Palliative Care in den Lehrplan der Krankenpflegeschulen aufgenommen wurden (vgl. GuKG 1997 §42 und §93).

Interdisziplinäre Palliativlehrgänge für hauptamtliche ÄrztInnen, Pflegepersonen, SeelsorgerInnen und VertreterInnen anderer psychosozialer Berufe werden seit 1998 durchgeführt. Seit dem Jahr 2000 gibt es den Universitätslehrgang für Palliative Care, der an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg angeboten wird und mit dem akademischen Grad „Master of Advanced Studies“ (MAS) abschließt (Nagele, Feichtner 2005, S.19). Die österreichische Bundesregierung führte im Jahr 2002 die Familienhospizkarenz ein, die berufstätigen Menschen die Betreuung und Begleitung unheilbarer kranker Angehöriger erleichtert (Kratschmar, Teuschl 2008, S.77f.).

4.3 Palliative Care in Österreich heute

Zielgruppen der Hospiz- und Palliativversorgung sind unheilbare Kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Beschwerden – und ihre Angehörigen. Je nach Situation der Betroffenen sollen unterschiedliche Formen und Einrichtungen der Hospiz – und Palliativbetreuung eine angemessene Lösung bieten.

4.3.1 Formen und Institutionen der Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich

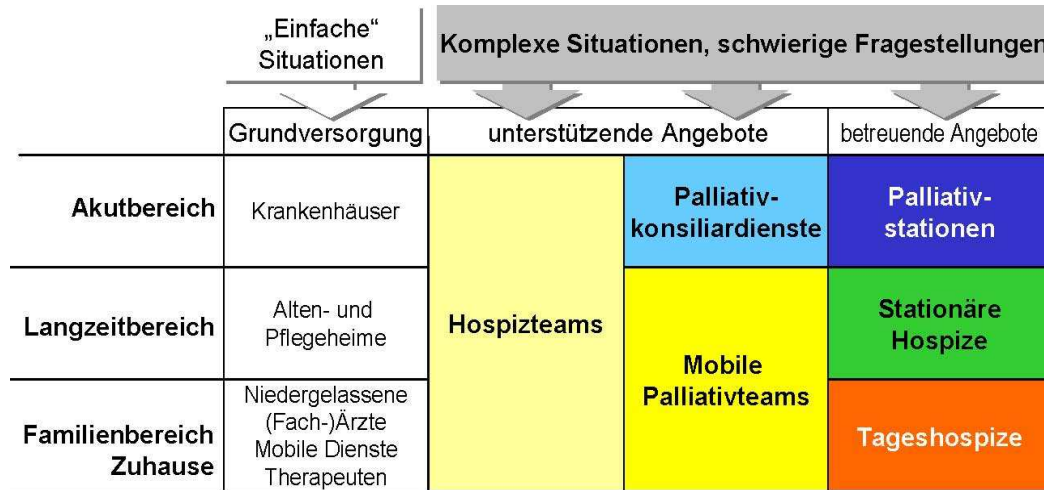


Abbildung 1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

(Quelle: ÖBIG 2004)

Ein System abgestufter Versorgung soll es ermöglichen, unheilbare Kranke „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen. Es wird zwischen folgenden Betreuungsinstitutionen bzw. Betreuungsformen unterschieden:

Eine Palliativstation ist eine innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohen Betreuungsaufwand spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die PatientInnen und deren Angehörige. Ziel der Behandlung und Betreuung ist die bestmögliche Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung angestrebt. Eine solche adäquate Einrichtung ist beispielsweise ein stationäres Hospiz. Ein Hospiz ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die

einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden PalliativpatientInnen betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

Palliativstationen und Hospize gehören zu den stationären Versorgungsmöglichkeiten von PalliativpatientInnen in Österreich. Das ist jener Bereich, auf den sich meine Forschungsfragen konzentrieren und auf den ich deshalb meine eingangs durchgeführte Befragung beschränkt habe.

Der Vollständigkeit halber möchte ich jedoch auch die teilstationären und ambulanten Angebote kurz beschreiben: Zu den teilstationären Einrichtungen zählt das sogenannte Tageshospiz, welches PalliativpatientInnen die Möglichkeit bietet, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Es bietet Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige. Das Tageshospiz kann als eigenständiges Angebot von allen PalliativpatientInnen in Anspruch genommen werden und soll unter anderem auch pflegende Angehörige entlasten sowie Gemeinschaften fördern und die soziale Isolation verhindern.

Der Palliativkonsiliardienst: wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche- und Pflegepersonal in den Stationen und Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die PatientInnen und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. Das Ziel ist die bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome der PalliativpatientInnen in Stationen und Ambulanzen durch Unterstützung der professionellen Betreuung sowie der Betroffenen.

Ein mobiles Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause und im Heim wendet und diese, ähnlich wie der Palliativkonsiliardienst, beratend und an-

leitend unterstützt. Weiters soll es den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtern (Brückenfunktion).

Sehr vielfältig eingesetzt werden können sogenannte Hospizteams, die sich aus qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft zusammensetzen. Sie bieten PalliativpatientInnen und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Das Hospizteam kann in allen Versorgungskontexten – im Pflegeheim, im Krankenhaus, zu Hause – tätig sein und leistet einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von PatientInnen, Angehörigen und betreuenden Berufsgruppen (nach ÖBIG 2004, S.4f.).

4.3.2 Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

In Österreich gab es lt. zuletzt publizierten Datenstand 12/2009 (Pelttari-Stachl, S.2) insgesamt 247 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, davon 140 Hospizteams, 35 mobile Palliativteams, 34 Palliativkonsiliardienste, 27 Palliativstationen, 8 stationäre Hospize und 3 Tageshospize.

Die für meine Forschungsfrage relevante **stationäre** Versorgung ist dabei wie folgt aufgeteilt:

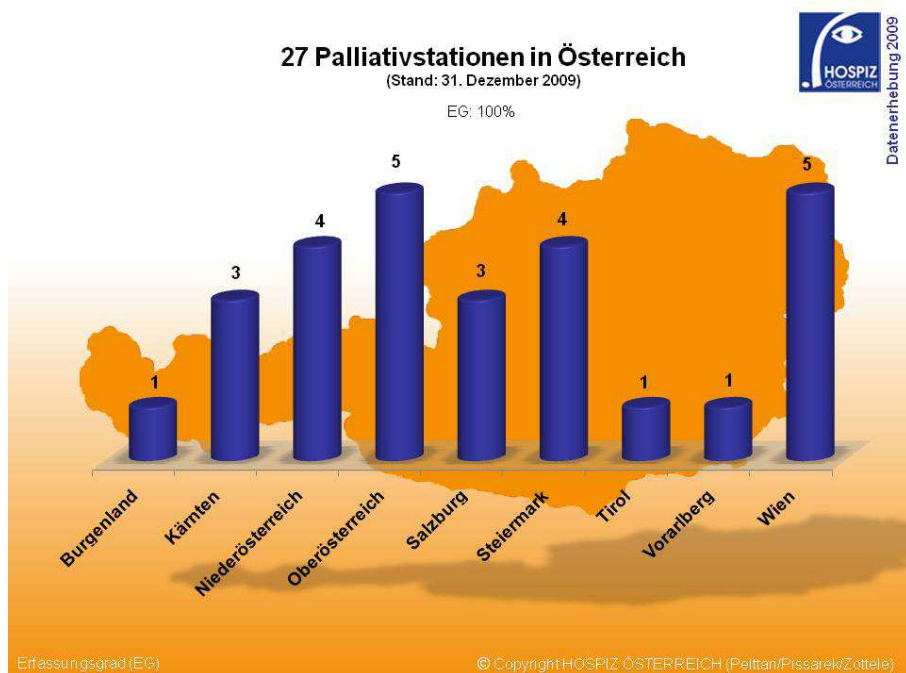


Abbildung 2: Anzahl der Palliativstationen 2009
(Quelle: Hospiz Österreich, Pelttari-Stachl et al. 2009, S.6)

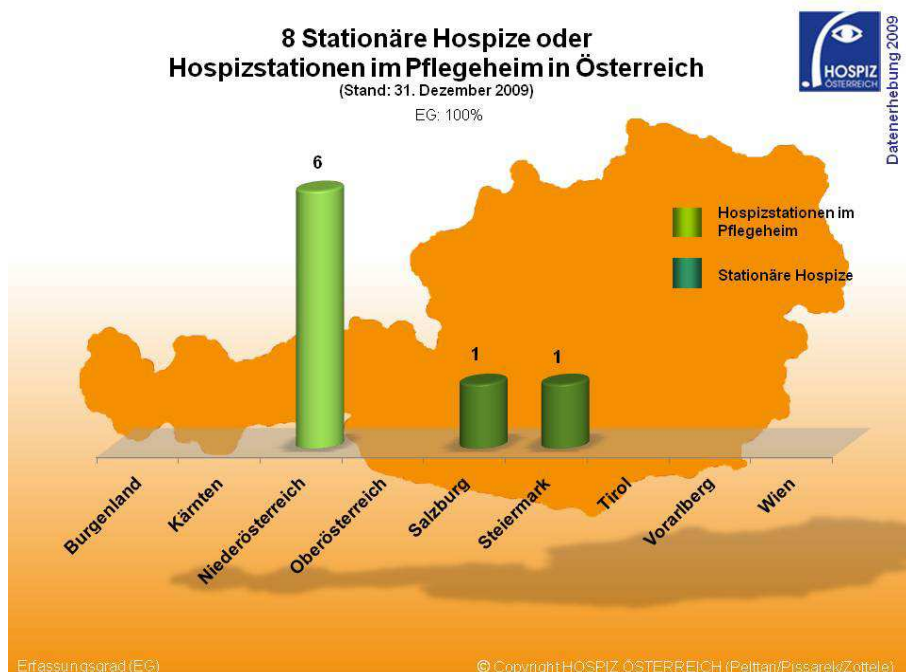


Abbildung 3: Anzahl der Stationären Hospize u. Hospizstationen im Pflegeheim 2009

(Quelle: Hospiz Österreich, Pelttari-Stachl et al. 2009 S.6)

Ende 2009 gab es in Österreich insgesamt 27 Palliativstationen, davon zumindest in jedem Bundesland eine, die meisten in Wien und Oberösterreich (jeweils fünf). Die stationären Hospize und Hospizstationen in Pflegeheimen sind lediglich auf drei Bundesländer aufgeteilt: die zwei eigenständigen Hospize befinden sich in Salzburg bzw. in der Steiermark, die sechs Hospizstationen, die in Pflegeheimen integriert sind, befinden sich ausnahmslos alle in Niederösterreich.

4.3.3 Fazit zur Situation in Österreich

Nach einer Prognose der Statistik Austria wird die Bevölkerung Österreichs bis auf 9,5 Mio. im Jahr 2050 wachsen, wobei langfristig (ca. ab 2030) mehr als 30% über 60 Jahre sein werden. Damit Lebensqualität bis zuletzt und ein Sterben in Würde auch 2050 und darüber hinaus möglich sind, ist eine flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung, ambulant und stationär, nötig. Es gibt zwar ein großes, vielfältiges und ausdifferenziertes Angebot an hospizlichen und palliativen Diensten, allerdings sind die Angebote oft noch unzureichend vernetzt und in vielen Regionen fehlen wichtige Bausteine. In keinem Bereich ist österreichweit gesehen die Flächendeckung erreicht, bestehende Einrichtungen sind mit Ausnahme der Palliativstationen finanziell nicht gesichert (Pelttari-Stachl et al. 2009, S.8).

Prinzipiell wollen die Menschen ihre letzte Lebenszeit in einer vertrauten Umgebung, also zu Hause verbringen. Im Sinne von Palliative Care sollte dies, sofern möglich, realisiert werden z.B. durch einen weiteren Ausbau mobiler Palliativteams und Hospizteams. Oft ist aber eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich. Deshalb bedarf es vor allem dringend mehr stationärer Hospize – derzeit gibt es nur eines in Salzburg und eines in der Steiermark. Hospizstationen in Pflegeheimen gibt es immerhin sechs – diese sind jedoch alle, wie bereits oben erwähnt, in Niederösterreich angesiedelt.

Überhaupt ist die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden im Westen unseres Landes mehr als ausbaufähig: So gibt es in Tirol und Vorarlberg jeweils gerade eine Palliativstation und jeweils ein mobiles Palliativteam. In

beiden Bundesländern sind weder Hospize, noch Tageshospize (deren Anzahl mit drei in ganz Österreich sowieso viel zu gering ist), noch Palliativkonsiliardienste vorhanden.

Prinzipiell muss die Integration von Palliative Care in die stationäre und mobile Langzeitpflege forciert werden; damit nicht nur Krebskranke, sondern alle Menschen am Lebensende menschenwürdig betreut werden können. Und die Finanzierung aller hospizlichen und palliativen Versorgungsmöglichkeiten muss gesichert werden.

PalliativpatientInnen haben nicht nur das Recht auf eine geeignete Unterbringung in der entsprechenden Institution, sondern sie haben auch das Recht auf eine individuelle Betreuung und Behandlung der sie belastenden Symptome und Beschwerden. Die Symptomkontrolle ist ein wichtiges Konzept zur Förderung und Verbesserung des Wohlbefindens. Das fünfte Kapitel meiner Diplomarbeit widmet sich daher der Erfassung und Behandlung körperlicher und psychischer Belastungen bei onkologischen Erkrankungen.

5 SYMPTOME BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Um nachfolgend die Einsatz- und Wirkungsmöglichkeiten von komplementären Pflegemethoden besser darstellen zu können, möchte ich nun einen Überblick über mögliche und häufige (Begleit-) Symptome bei Tumorerkrankungen, die möglichen Ursachen und allgemeine pflegerische Behandlungsmöglichkeiten geben.

Die Symptome einer Tumorerkrankung sind vielfältig und besitzen

- eine physische Dimension: Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Körperbildveränderungen, Atemnot, Veränderungen der Mundschleimhaut, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen u.a.
- eine psychosoziale Dimension: Angst (vor dem Tod, aber auch um die Familie), Wut, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Isolierung u.a.
- eine spirituelle Dimension: Auseinandersetzung mit dem Tod, Suche nach dem Sinn des Lebens, Umgang mit dem Verlust eines Körperteils bzw. einer -funktion u.a.

Aufgrund dieser Vielfältigkeit sind sie oft nur schwer unter Kontrolle zu bringen und es bedarf meistens Kreativität und Flexibilität in der Pflege und den Einsatz komplementärer Methoden, um den Betroffenen eine Linderung der Beschwerden zu ermöglichen. Eine zufriedenstellende Symptomkontrolle ist die Voraussetzung für alle weiteren Bemühungen um den/die unheilbare/n Kranke/n und für die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität in dieser schwierigen Lebensphase (Johnen-Thielemann 1994, S.112). Eines der häufigsten Symptome bei onkologischen Erkrankungen ist der Schmerz.

5.1 Schmerz

Jeder Mensch erlebt in seinem Leben wiederholt Schmerzepisoden. Der Schmerz ist eine höchst subjektive, individuelle und persönliche Erfahrung. Daher ist es unmöglich, die Schmerzen einer anderen Person nachzuemp-

finden. Nur der/die Betroffene selbst kann die Dauer und Stärke seiner/ihrer Schmerzen einschätzen und mitteilen. Die Mehrzahl der TumorpatientInnen wird im Verlauf der Erkrankung an Schmerzen unterschiedlicher Intensität leiden. In der Frühphase einer Tumorerkrankung berichten etwa 20-50%, im fortgeschrittenen Stadium etwa 50-95% der PatientInnen über Schmerzen (Nauck et al.2007, S.198).

Die Pflegeforscherin McCaffery hat den Schmerz folgendermaßen definiert:

„Schmerz ist das, was die Person beschreibt, die ihn erlebt, und er existiert immer dann, wenn sie es sagt [...] Die Glaubwürdigkeit des Patienten steht nicht zur Diskussion [...] Schmerz ist, was immer der Betroffene als Schmerz erfährt und beschreibt, wann immer er es erlebt und durch verbales und nonverbales Verhalten ausdrückt.“ (McCaffery 1997, S.12)

Der chronische Schmerz von Krebskranken ist oft nicht vergleichbar mit akuten Schmerzen nach Verletzungen oder sonstigen Traumen, denn diese sind leichter zu verstehen und zu ertragen, zumal in absehbarer Zeit eine Besserung zu erwarten ist. Krebschmerz kann den Betroffenen als unendlich und nur durch den Tod besiegbare Erscheinung erscheinen. Er ist meist ständig da, verstärkt sich tendenziell in seiner Intensität und ist dann oft auch noch mit anderen unangenehmen körperlichen Symptomen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Kurzatmigkeit verbunden. Psychische Faktoren beeinflussen zudem die Wahrnehmung des Schmerzes – Angst, Depressionen oder Einsamkeit können die Schmerzschwelle senken. Der Schmerz wird also als multidimensionales Phänomen gesehen und verursacht Leiden auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene, welche allesamt erfasst und behandelt werden müssen. Cicely Saunders prägte in diesem Zusammenhang den Begriff „Total Pain“ (Baines 1991, S.26; Saunders, Baines 1991, S.16).

Das Leiden an anhaltenden Schmerzen kann zu zunehmender Erschöpfung führen und die Lebensqualität des/der Betroffenen wie auch seiner/ihrer Angehörigen maßgeblich beeinträchtigen.

Die größte Angst unter den KrebspatientInnen ist die Angst vor unerträglichen Schmerzen. Leider ist diese Angst in der Vergangenheit oft bestätigt worden, weil der Schmerz im Endstadium des Lebens oft unangemessen behandelt wurde, sodass sich der weit verbreitete Mythos, dass der Tod durch Krebs mit unvermeidlichen Qualen verbunden ist, hartnäckig halten konnte (Saunders, Baines 1991, S.14).

5.1.1 Ursachen der Schmerzen bei TumorpatientInnen

60-90% der Schmerzzustände bei KrebspatientInnen werden direkt durch den Tumor ausgelöst. Die häufigsten Krebschmerzen entstehen durch Knochenmetastasen, Nervenkompressionen, Perforation oder Infiltration.

Ca. 10-25% der Schmerzzustände sind therapiebedingt: sie können als Folge der Behandlung auftreten (z.B.: Narbenschmerzen, Phantomschmerzen, Strahlenreaktion, etc.).

Weniger als 10% sind Schmerzen, die nicht durch das Tumorgeschehen oder dessen Therapie ausgelöst werden, am häufigsten beispielsweise bei schon bestehender Arthritis, Migräne oder Rückenschmerzen (Hofmann, Margulies 1994, S.280f.; Likar, Bernatzky 2009, S.121).

5.1.2 Pflegerische Maßnahmen

Unwissenheit über Schmerzen kann die Angst verstärken; dies wiederum erhöht die Intensität der Schmerzantwort. Erhält der/die Kranke genaue Informationen über seine/ihre Schmerzen, besonders über deren physiologische Ursachen, dann könnte dies die Angst vermindern und die Aufmerksamkeit auf andere Aktivitäten lenken, die die Schmerzen lindern könnten. Ideal wäre ein Aufklärungsgespräch gemeinsam mit einem Arzt/einer Ärztin und auf Wunsch auch im Beisein von Angehörigen.

Wichtig ist auch, den/die Kranke/n in seiner/ihrer Schmerzäußerung ernst zu nehmen, sowie eine kontinuierliche Dokumentation und Verlaufskontrolle. Älteren Menschen, vor allem der sogenannten „Kriegsgeneration“ bereitet es

manchmal Mühe, Schmerzempfinden auszudrücken. Oder sie akzeptieren ihren Schmerz in der Annahme, dass er sowieso nicht zu behandeln ist. Oft wollen sie anderen auch einfach nicht zur Last fallen. In diesen Fällen ist eine einfühlsame Beobachtung von größter Bedeutung.

Neben der Verabreichung von schmerzstillenden Medikamenten (in den meisten Fällen Opioide) könnten auch physikalische Maßnahmen wirksam sein: dazu gehören Wärme- und Kälteapplikation, Einreibungen, Massagen u.Ä. Hier kann die Zusammenarbeit mit ausgebildeten PhysiotherapeutInnen sehr hilfreich sein.

Es gibt einige unangenehme Reize, die Schmerzen verursachen oder verstärken können, allerdings existieren auch viele Möglichkeiten, diese Reize zu reduzieren oder sogar zu verhindern. Beispielsweise der Bewegungsschmerz, der häufig bei Knochenmetastasen zu finden ist. Diese Schmerzquelle wird als sehr störend empfunden, da sie den/die PatientIn im normalen Tagesablauf einschränkt und möglicherweise noch stärker an ein begrenztes Gebiet, z.B. sein/ihr Bett bindet.

Pflegende sollten bedarfsgerechte Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens anbieten und je nach Möglichkeit die räumliche Umgebung anpassen. Gegenstände wie Radio, Telefon, Getränke u.dgl. sollten in die Nähe gestellt werden, um große Streckbewegungen zu vermeiden. Sitzmöbel sollten ausgepolstert werden bzw. die Lagerung im Bett schmerzfrei gestaltet werden (Hofmann, Margulies 1994, S.318).

Schmerzen bei etwaigem Verbandwechsel können nach ärztlicher Rücksprache durch die Verabreichung eines Schmerzmittels davor und/oder die Verwendung eines Oberflächenanästhetikums vermindert werden.

Schlechter Schlaf und Ruhelosigkeit führen zu einer Herabsetzung der Schmerzschwelle. Deshalb ist für ausreichend Ruhe und Entspannung zu sorgen.

Es kann versucht werden, von Schmerzen geplagte Menschen abzulenken und die Aufmerksamkeit mittels Gesprächen, Fernsehen oder Musik auf andere Dinge zu lenken, zumindest bis zum Wirkungseintritt der medikamentösen Maßnahmen.

Ziel der Bemühungen ist eine andauernde Schmerzfreiheit oder wesentliche Schmerzlinderung. Daher sollte die Analgetikagabe nicht sporadisch erfolgen und auf den Bedarfsfall beschränkt sein, da das jeweilige Wiederauftreten von Schmerzen die PatientInnen unnötig physisch und psychisch belastet und die erneute Schmerzbeeinflussung erschwert. Vielmehr sollte die Analgetikagabe regelmäßig und nach festgelegten Zeitintervallen erfolgen. Dieses wird dem Ziel, die PatientInnen im Sinne einer Schmerzprophylaxe schmerzfrei zu halten, eher gerecht. Die Schmerzfreiheit soll das Schmerzgedächtnis auslöschen und damit vermeiden, dass die PatientInnen aus Angst vor dem Wiedereintritt des Schmerzes und aus Sorge um die rechtzeitige nächste Medikation ihre ganze Aufmerksamkeit auf diesen Schmerz richten (Aulbert, Hankemeier 1990, S.135).

Neben der medikamentösen Schmerzbekämpfung gibt es weitere Methoden, die Schmerzen lindern können: Hypnose, Biofeedback, Akupunktur, Akupressur, Fußreflexzonenmassage und Entspannungstherapien werden aus komplementärmedizinischer Sicht zu Schmerzlinderung empfohlen. Basale Stimulation, Aromapflege, Musik- und Kunsttherapie, Wickel und Auflagen können von pflegerischer Seite als ergänzende Maßnahmen angeboten werden.

Ein weiteres häufiges und schwer in Griff zu bekommendes Symptom einer Krebserkrankung ist die sogenannte Fatigue.

5.2 Fatigue

Fatigue gehört zu den häufigsten Symptomen schwerkranker Menschen. Ihre Bedeutung wurde im vergangenen Jahrzehnt insbesondere in der Onkologie erkannt und erforscht. Im Unterschied zur Müdigkeit bei gesunden Menschen handelt es sich bei Fatigue um eine unübliche belastende Form von Müdigkeit, an der bis zu 70% der PatientInnen im fortgeschrittenem Krebsstadium leiden (Weissenberger-Leduc 2008, S.101). Neuere Definitionen bezeichnen Fatigue als multidimensionales Phänomen, welches sich auf körperlicher,

emotionaler und kognitiver Ebene manifestiert: physisch betrachtet wird Leistungsfähigkeit reduziert und die Betroffenen fühlen sich schwach, kraftlos und erschöpft. Es besteht ein unübliches, vermehrtes Müdigkeitsgefühl und Ruhebedürfnis. Auf kognitiver Ebene kommt es zu Konzentrationsstörungen, Problemen im Denken und Schlafproblemen. Affektive Manifestationen äußern sich in Energielosigkeit, Motivationsverlust, Traurigkeit und Angst (Glaus 2007, S.247f.).

5.2.1 Ursachen

Auslösende Faktoren sind spezifische biochemische, pathophysiologische, immunologische, psychologische und krankheits- sowie behandlungsbedingte Ursachen:

- Tumorabbauprodukte, Lebermetastasen
- Infektionen
- Belastung durch Symptome wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen
- Anämie
- Vegetative Nervensystemstörungen
- Depressionen
- metabolische Ursachen
- Nebenwirkungen von Chemo-, Strahlen-, Immun- und Schmerztherapie

(Weissenberger-Leduc 2008, S.101f.)

5.2.2 Pflege bei Fatigue

Die klinische Praxis zeigt, dass Fatigue von Betroffenen und Betreuenden oft als unvermeidbar hingenommen wird. Im Gegensatz zu Schmerz erscheint Fatigue zwar als ein lästiges, jedoch dazugehörendes Leiden, das ausgehalten werden kann oder muss (Glaus 2007, S.247). Es ist unbestritten, dass

Fatigue die Lebensqualität beträchtlich einschränken kann. Sind therapeutische Maßnahmen tatsächlich nicht wirksam sollte versucht werden, das Leben mit der Fatigue unter Berücksichtigung des eingeschränkten „Energiekontos“ in Griff zu bekommen – dabei sollte die Lebensgestaltung an die verbleibenden Möglichkeiten angepasst und die Wünsche der PatientInnen vor allem bzgl. Ruhezeiten berücksichtigt werden.

Bei therapieinduzierter Fatigue wird eine aktive Linderung durch gezielte Interventionen angestrebt (ebenda, S.250).

Die Anwendung von basaler Stimulation, von Kinästhetik (Bewegungen mit geringen Kraftaufwand; Tätigkeiten umgestalten, damit sie in einer bequemen, nicht so anstrengenden Position durchgeführt werden können) und von Entspannungstechniken, sowie der Einsatz ätherischer Öle können sich ebenfalls positiv auf die Verminderung von Fatigue auswirken.

5.3 Übelkeit (Nausea) und Erbrechen (Emesis)

Übelkeit und Erbrechen gehören zu den häufigen Symptomen von PatientInnen mit terminalen Erkrankungen. Diese Beschwerden können die Lebensqualität hochgradig einschränken, den Tagesablauf stark determinieren und so zur Isolation der Betroffenen beitragen.

5.3.1 Ursachen

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen für Übelkeit und Erbrechen mit denen medizinisches und pflegerisches Personal in der Palliative Care konfrontiert sind: oft sind es einfache Ursachen wie unappetitlich präsentierte Mahlzeiten oder als unangenehm empfundene Gerüche. Aber auch Schmerzen, Husten, Angst oder Lageveränderungen können diese unangenehmen Symptome auslösen. Übelkeit und Erbrechen können auch durch den Tumor direkt hervorgerufen werden, wie beispielsweise bei Raumforderungen im Verdauungstrakt oder bei Veränderungen im Zentralnervensystem (erhöhter Hirndruck durch Raumforderung von Tumor oder Metastasen). Therapiebe-

dingt können Medikamente (Opiate, Zytostatika u.v.a.m.) oder eine Strahlentherapie dazu führen. Hyperkalzämie, Urämie und Infektionen sind metabolisch bedingte Ursachen (Schmid 2006a, S.223f.).

5.3.2 Pflege bei Übelkeit und Erbrechen

Wo der Übelkeit erkennbare Ursachen zugrunde liegen, sind diese – weitest möglich und für den/die PatientIn in seiner/ihrer individuellen Krankheitssituation vertretbar – kausal zu behandeln. Im Gespräch mit dem/der PatientIn und seinen/ihren Angehörigen gilt es wesentliche Informationen zur Dauer, zu möglichen Auslösern und verstärkenden Faktoren von Nausea und Emissis zu erfragen. Pflegende sollten darauf achten, Essen nur in kleinen Mengen und möglichst gezielt anzubieten (Wunschkost). Düfte und Gerüche jeglicher Art sollten so gut wie möglich gedämmt werden – Pflegende müssen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass bestimmte Gerüche, die sie selbst eventuell gar nicht (mehr) wahrnehmen, bei dem/der Kranken bereits Übelkeit auslösen können (z.B. stark duftende Blumen, Zigarettenrauch, Geruch von Essen u.dgl.). Vielleicht gibt es aber auch einen Duft, der bei dem/der Kranken die Übelkeit reduziert. Bei Bedarf ist für ausreichend Frischluft zu sorgen. Ebenso könnte die effektive Therapie der Obstipation (vgl. Kap.5.5.2) die Übelkeit mindern.

Praktische Handreichungen – wie Nierentasse, Reinigungsmöglichkeit, Mundpflege, einen kalten Waschlappen auf die Stirn und/oder in den Nacken legen – sind oft sehr hilfreich, und die schnelle Entsorgung des Erbrochenen (als neuer Stimulus) ist anzustreben. Andere Reize und Ablenkungen mögen sich im Einzelfall als erfolgreich erweisen. Von Fernsehen und Musik bis hin zum Einsatz von aromatischen Ölen und autogenem Training können die unterschiedlichsten Maßnahmen nützlich sein. Hypnose, Meditation und Entspannungstechniken sind nicht nur wirksam gegen Übelkeit und Erbrechen, sondern sie werden auch als angenehm erlebt. Die Wirksamkeit von Akupunktur und Akupressur zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen wurde ebenfalls in diversen Studien gezeigt (Weissenberger-Leduc 2008, S.160f.).

Weiters werden Hausmittel, wie Zubereitungen von Ingwer und Fenchel von einigen Autoren empfohlen (Schuler, Schubert 2007, S.277)

Kann die Ursache nicht mehr behandelt werden, so erscheint es wichtig, eine bestmögliche symptomatische medikamentöse Therapie anzustreben, um das Wohlbefinden und die damit verbundene Lebensqualität zu fördern und Leiden zu lindern.

5.4 Dyspnoe

Dyspnoe ist das subjektive Symptom der Atemnot, dessen Anwesenheit und Schwere nur der/die PatientIn selbst ermessen und beurteilen kann. Außerdem ist die Dyspnoe in der palliativen Betreuung neben dem Schmerz das Symptom welches am meisten belastet und ängstigt. Ca. 50% aller PatientInnen mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung leiden daran, bei jenen mit Lungentumoren oder -metastasen sind es ca. 70% und bei etwa 80% der TumorpatientInnen ist die Dyspnoe eines der Hauptsymptome in den letzten 24 Stunden des Lebens (Kränzle 2006c, S.222).

5.4.1 Mögliche Ursachen

Der Dyspnoe können pulmonale (z.B. COPD, Lungenfibrose usw.), kardiale (z.B. Herzinsuffizienz), renale (z.B. Niereninsuffizienz) oder neuromuskuläre (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose) Erkrankungen zugrunde liegen. Aber auch die onkologische Grunderkrankung selbst oder daraus resultierende Begleitsymptome, wie beispielsweise eine abdominelle Raumforderung durch Aszites, können Atemnot verursachen. Eventuell liegen der Dyspnoe auch psychische Ursachen (Angst, Verzweiflung, Trauer) zugrunde oder quälende Schmerzen rauben den PatientInnen den Atem. Infekte, Fieber und ähnliches können zu stoffwechselbedingter Dyspnoe führen (Graf 2007, S.324f.).

5.4.2 Pflege bei Dyspnoe

Die palliative Behandlung, Pflege und Begleitung möchte sowohl den Betroffenen eine umfassende Unterstützung bieten, um ihnen ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität auch im Erleben von Atemnot zu ermöglichen, als auch ihren Angehörigen zur Seite stehen, damit sie mit der belastenden Situation bestmöglichst zurechtkommen.

Mögliche pflegerische Maßnahmen beinhalten die ausreichende Zufuhr von Frischluft, beengende Kleidung sollte vermieden werden. Eine entsprechende Lagerung des/der PatientIn sollte die Atmung ebenfalls erleichtern (z.B. Oberkörperhochlagerung, T-Lagerung). Bei Bedarf und auf Wunsch ist ergänzend eine psychosoziale oder spirituelle Begleitung zu integrieren. Weiters sollte beobachtet werden, welche Situationen und/oder Aktivitäten die Atemnot verstärken und diese sollten dann, wenn möglich, vermieden werden. Der/die PatientIn braucht eine beruhigende Umgebung und die Gewissheit, nicht alleine gelassen zu werden.

Von Seiten der Physiotherapie sind Anregungen zur Atemvertiefung und Belüftung verschiedener Lungenareale einzuholen und anzubieten.

Komplementäre Methoden wie Basale Stimulation, Aromapflege, warme Wickel, Umschläge, Vibrations- und Klopfmassage und Musiktherapie können Linderung und Entspannung bringen. Atemstimulierende Einreibungen könnten auch von Angehörigen durchgeführt werden und bieten diesen eine gute Möglichkeit auch „etwas tun zu können“. Entspannungsübungen und autogenes Training sollten ebenfalls angeboten werden (Weissenberger-Leduc, 2008, S.118f.).

5.4.3 „Death Rattle“

Die Rasselatmung, in der Literatur auch als „Todesrasseln“ oder terminales bzw. finales Rasseln beschrieben, ist die geräuschvolle Atmung in den letzten Lebenstagen oder -stunden eines sterbenden Menschen. Der Grund dafür liegt darin, dass PatientInnen in ihren letzten Lebenstagen oder –

stunden oft nicht mehr in der Lage sind, das produzierte Sekret oder den sich ansammelnden Speichel wie gewohnt zu schlucken bzw. hoch- oder abhusten zu können (Knipping 2007, S.472). Es bewegt sich in der Luftröhre mit jedem Atemzug auf und ab und klingt dabei für Außenstehende so, als ob der/die Sterbende ersticken würde. Wichtig ist es, die Angehörigen aufzuklären, dass dieses Rasseln den/die Sterbende/n vermutlich nicht belastet – das erleichtert es, die Geräusche auszuhalten (Kränzle 2006c, S. 223).

Eine leichte Oberkörperhochlagerung oder eine leichte, bequeme kinästhetische 30°Grad-Schräglage des/der PatientIn hilft oft schon, den störenden Schleim leichter auf oralem Weg nach außen zu bringen. Sollte er/sie in Rückenlage liegen, so ist es wichtig darauf zu achten, dass der Kopf nicht zu sehr nach hinten überstreckt liegt, da die Zunge zurückfällt und die Atmung behindern kann. Nur wenn es unumgänglich erscheint, gilt es, vorsichtig den Mund und den oberen Teil des Rachens abzusaugen. Das tiefe Absaugen mithilfe eines Absaugkatheters wird nur schlecht toleriert und verursacht mehr Leiden als Nutzen für die PatientInnen. Ebenso ist die Applikation von Sauerstoff in dieser Situation nicht indiziert (Knipping 2007, S.474f.).

5.5 Obstipation

Unter Obstipation versteht man neben dem Stuhlverhalt auch die unregelmäßige, verzögerte Entleerung von trockenem, hartem Stuhlgang. Dabei treten nicht selten Schmerzen bei der Defäkation auf. 60% der PalliativpatientInnen und 90% der PatientInnen mit Opiattherapie leiden unter Obstipation (Schubert, Schuler 2007, S.279). Die Ursachen dafür können vielfältig sein.

5.5.1 Ursachen der Obstipation

Wie allgemein bekannt können eine ballaststoffarme Ernährung, Bewegungs- und Flüssigkeitsmangel zu Verstopfung führen. Bei onkologischen PalliativpatientInnen besteht noch zusätzlich Gefahr durch etwaige mechanische

Behinderungen bei Tumoren im Darm oder Bauchraum. Nebenwirkungen diverser Medikamente (Opiate, Antidepressiva, Beruhigungsmittel u.v.a.m.) oder Scham und Ekelgefühle können ebenfalls Verstopfung verursachen (Schmid 2006b, S.226f.).

5.5.2 Pflegerische Maßnahmen bei Obstipation

Obstipation geht mit einem Unbehagen im Bauch einher. Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, kolikartige Schmerzen und Meteorismus können sich bis zum Darmverschluss steigern. Diese Symptome führen zwangsläufig zu einer Einschränkung der Lebensqualität (Conrad 1994, S.31). Allgemeine Empfehlungen gegen Verstopfung wie Erhöhung der Trinkmenge, mehr Bewegung oder die Umstellung auf eine ballaststoffreiche Ernährung sind bei PalliativpatientInnen nicht immer realisierbar.

Wenn möglich kann man bewährte „Hausmittelchen“ – Traubensaft, Sauerkrautsaft, Buttermilch u. dgl. als natürliche, milde Abführmittel – aber schon mit einbeziehen. Weiters sind individuelle Gewohnheiten zu erfragen und diese zu berücksichtigen. Intimität zur Darmentleerung sollte ermöglicht und jeglicher Zeitdruck vermieden werden. Der/die Kranke sollte solange wie möglich die Toilette aufsuchen, erst wenn die Kräfte nicht einmal mehr für die Benutzung eines Leibstuhls ausreichen, sollte die für die meisten Menschen unangenehme Bettschüssel eingesetzt werden. Hilfen zur Entspannung, z.B. durch Massagen oder ein Bad können auch wirksam sein, sollten aber nicht unkritisch eingesetzt werden.

Mit besonderer Aufmerksamkeit sollte die Analflege durchgeführt werden. Dabei sind der Einsatz weichen Toilettenpapiers, die zunächst feuchte, dann trockene Reinigung der Analregion und Hautpflege wesentliche Maßnahmen (Schubert, Schuler 2007, S.281).

Bei Behandlung mit Opiaten ist dauerhaft eine Laxanziengabe erforderlich, da sich im Gegensatz zu anderen Nebenwirkungen der Opiate gegenüber der Obstipation keine Toleranz entwickelt (ebenda, S.280).

5.6 Veränderungen der Mundschleimhaut

Orale Schleimhautveränderungen sind häufige Symptome in der Palliative Care. Sie beeinträchtigen die PatientInnen und belasten die Angehörigen nachhaltig, indem sie schmerzen, die Nahrungsaufnahme und das Sprechen erschweren und damit auch die Lebensqualität stark beeinträchtigen können.

5.6.1 Verschiedene Formen von oralen Schleimhautveränderungen

(nach Feichtner 2007, S.342f.)

Mukositis = allgemeiner Begriff für die Entzündung der Schleimhaut (meist ist die Mundschleimhaut gemeint)

Stomatitis = Entzündung der Schleimhäute innerhalb der Mundhöhle; durch reduzierten Ernährungs- und Allgemeinzustand, als Folge einer palliativen Chemo- oder Radiotherapie

Xerostomie = Mundtrockenheit; tumorbedingt oder als Nebenwirkung von Medikamenten

Soor oder Candidose = Infektion mit dem Hefepilz *Candida albicans*, die sich als grau-weißliche Beläge auf der Mundschleimhaut zeigt

Aphten = vereinzelte, scharf umschriebene, grau-weißliche, schmerzhaft, geplatzte Bläschen in allen Teilen des Mundes, die erhebliche Beschwerden verursachen können

5.6.2 Ursachen von oralen Schleimhautveränderungen bei TumorpatientInnen

- Medikamente: Zytostatika, Immunsuppressiva, Antibiotika u.a.
- lokale Strahlentherapie (z.B. HNO-Bereich, gynäkologische Tumore)
- reduzierter Ernährungs- und Allgemeinzustand mit Immunschwäche
- Infektionen
- Tumore im HNO-Bereich
- fehlende oder verminderte Speichelbildung, ungenügende Mund- und Zahnpflege, schlecht passende Zahnprothesen
- Einsatz von alkoholischen Mundspülungen oder säurehaltigen Pflegeartikel (z.B. Glycerin-Zitronenstäbchen: das Glycerin-Lemon-Öl legt sich wie ein Film auf die Mundschleimhaut und behindert dadurch die körpereigene Hautatmung und den Hautstoffwechsel)

(nach Dorner 2009, S.15; Feichtner 2007, S.343; Fellingner 1994, S.465f.)

5.6.3 Pflegerische Maßnahmen

Mundpflege ist in der Palliative Care eine der wichtigsten pflegerischen Handlungen. Ziel ist es, nicht nur unangenehme Empfindungen (vermindertes, schlechtes oder trockenes Mundgefühl) zu beseitigen, sondern auch Entzündungen und Ulzerationen in der Mundhöhle, welche sehr schmerzhaft werden können, vorzubeugen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass der Mund eine sehr intime Zone ist.

Ideal wäre es, durch eine sorgfältige und intensive Mundpflege die Schleimhaut möglichst intakt und feucht zu halten und äußere Reizungen (wie durch schlecht passende Zahnprothesen, alkoholische und säurehaltige Mundpflegeartikel bei Mundtrockenheit u.dgl.) zu vermeiden. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten.

Bei entzündlichen Prozessen oder Pilzinfektionen im Mundraum empfiehlt es sich, diesen mit Salbeitee oder speziellen antiseptischen Mundpflegelösungen auszuwischen bzw. zu spülen. Da Entzündungen und Soorinfektionen meist sehr schmerzhaft sind, wirken anästhesierende Gels oder Lutschtabletten lindernd, auch das Lutschen von Eisstückchen wird als angenehm empfunden (Kränzle 2006b, S.186). Mittels Fruchtbonbons, kleinen gefrorenen Fruchtstückchen (nicht bei Entzündungen) oder gefrorenen Getränken (die Auswahl richtet sich nach dem individuellen Geschmack des/der Patienten), die zum Lutschen gereicht oder in eine Kompresse gewickelt in den Mund gelegt werden, kann der Speichelfluss angeregt werden. Mundpflegesprays, sog. „künstlicher Speichel“, wird meist aufgrund des Geschmacks nicht toleriert und die Wirkung hält nur kurze Zeit an (Kränzle 2006b, S.185). Die Mund- und Zahnpflege sollte häufig und regelmäßig erfolgen. Zur Zahnpflege empfiehlt sich eine weiche Zahnbürste. Zur Ablösung etwaiger Borken und Beläge auf der Mundschleimhaut können je nach Vorliebe Butter, Olivenöl, Rosenhonig u.ä. verwendet werden. Mittels einer weichen Zahnbürste und unter Verwendung von Wasser oder einer geeigneten Mundpflegelösung können die Zunge und der Mundraum vorsichtig gebürstet werden. Die Lippenpflege sollte mit Panthenolsalbe erfolgen, Vaseline ist auf Dauer nicht geeignet und nicht ausreichend (Weissenberger-Leduc 2008, S.151f.; Kränzle 2006b, S.185).

Diverse Tees eignen sich ebenfalls hervorragend für Mundspülungen und können zu komplementären Pflegemaßnahmen gezählt werden: Kamillentee wirkt entzündungshemmend, desinfizierend, wundheilungsfördernd, beruhigend und schmerzlindernd bei Entzündungen des Mund- und Rachenraums und des Zahnfleisches. Salbeitee wirkt desinfizierend, adstringierend, antibakteriell, virostatisch und ist außerdem eine wirksame Maßnahme gegen Mundgeruch. Thymian wirkt durchblutungsfördernd, desinfizierend und ebenfalls desodorierend.

Weiters regen Massagen und orale basale Stimulation im Kieferbereich die Speichelproduktion an (Feichtner 2007, S.346f.; Kränzle 2006b, S.186).

Die bis jetzt genannten Beschwerden können unbehandelt dazu führen, dass die Betroffenen noch zusätzlich unter Schlafstörungen leiden, welche ich als letztes Symptom beschreiben möchte.

5.7 Insomnia (Schlaflosigkeit)

Schlaflosigkeit kommt bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung relativ häufig vor. Es werden drei Typen von Schlaflosigkeit unterschieden (Strebel, Lauchenauer 1994, S.499): Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen (wiederholtes Aufwachen während der Nacht) und vorzeitiges Erwachen.

5.7.1 Ursachen

Schlafstörungen bei onkologischen PatientInnen können, wie bereits erwähnt, durch diverse (Begleit-) Symptome der Krebserkrankung wie beispielsweise Schmerzen, Atemnot, Übelkeit u.dgl. ausgelöst werden. Aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten (Opiate können Albträume hervorrufen) oder von palliativer Chemo- oder Radiotherapie können zu Schlaflosigkeit führen. Angst, Unruhe, Depression (wird meist von morgendlichen Schlafstörungen und frühem Erwachen begleitet) oder einfach nur das veränderte Umfeld bzw. die Umstellung der Schlafgewohnheiten bei hospitalisierten PatientInnen (Lärm, Licht, etc.) können ebenfalls den Schlaf rauben (ebenda, S.500f.; Weissenberger-Leduc 2008, S.140f.).

5.7.2 Pflegerische Maßnahmen

Prinzipiell sollten die Schlafgewohnheiten des/der PatientIn erfragt und wenn möglich berücksichtigt werden. Überhaupt spielt die menschliche Zuwendung in diesem Fall eine große Rolle: Die PatientInnen sollen sich ernst genommen und nicht alleine gelassen fühlen. Unruhe und Aufregungen sollten zum

Zeitpunkt des Schlafengehens vermieden werden. Außerdem sollte für regelmäßige Schlaf- und Wachzeiten gesorgt werden. Die Beleuchtung und Raumtemperatur sollten, wenn möglich, den Wünschen des/der Kranken angepasst und für ausreichend Frischluftzufuhr gesorgt werden. Eine als angenehm empfundene Lagerung erleichtert ebenfalls das Einschlafen. Vor dem Schlafengehen sind leichte Mahlzeiten zu bevorzugen und koffeinhaltige Getränke zu vermeiden. Tagsüber sollte dem/der PatientIn, je nach körperlichen Zustand, ausreichend Bewegung ermöglicht werden.

Wenn die Schlafstörung durch Begleitsymptome von Grunderkrankungen und/oder Therapie Nebenwirkungen (z.B. Schmerzen, Übelkeit, etc.) hervorgerufen wird, müssen diese so gut wie möglich gelindert werden.

Basale Stimulation, Aromapflege (Raumbeduftung, Bäder), Wickelanwendungen, Massagen und Entspannungsübungen können von komplementärpflegerischer Seite ebenfalls wirksam sein. Auch die Anwendung bewährter Hausmittel, wie warme Milch mit Honig, ein Glas Rotwein u.Ä. kann zum Erfolg führen.

Vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie sollten jedenfalls alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden (Strebel, Lauchenauer 1994, S.504f.; Weissenberger-Leduc 2008, S.142f.).

Das war ein Überblick über die wichtigsten und häufigsten Symptome, an denen Menschen mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium leiden können. Wie ich bereits angedeutet habe, reichen in vielen Fällen die Schulmedizin und die konventionelle Pflege nicht aus, um diese vielfältigen Beschwerden in Griff zu bekommen. Ich möchte nun den zweiten großen Abschnitt meiner Diplomarbeit der komplementären Pflege widmen. Zunächst werde ich auf komplementäre Methoden im Allgemeinen eingehen und die Unterschiede zur Schulmedizin erörtern. Danach werden jene drei Methoden beschrieben, die laut meiner Umfrage am häufigsten in stationären Institutionen der Palliative Care in Österreich bei der Pflege von TumorpatientInnen zur Anwendung kommen: die Aromapflege, äußere Anwendungen in Form von Wickel und Auflagen sowie die Basale Stimulation.

6 KOMPLEMENTÄRE PFLEGE

Unter komplementärer Pflege ist der Einsatz von Methoden, die die Schulmedizin und die konventionelle Pflege sinnvoll ergänzen und unterstützen, zu verstehen.

Graf definierte komplementäre Pflege folgendermaßen:

„Eine menschliche und umweltfreundliche Form pflegerischen Tuns, weg von alten eingefahrenen, zur Routine gewordenen Konzepten, hin zu einer eigenverantwortlichen differenzierten, auf die Möglichkeiten und Wünsche des Patienten abgestimmten Pflege, mit dem Ziel, die Selbstständigkeit zu erhalten, zu fördern oder wieder herzustellen.“ (Graf 1994, S. 601).

Komplementäre Pflegemethoden, die sich in den letzten Jahren steigender Beliebtheit erfreuen, sind keine neuen Erscheinungen sondern gehen teilweise auf jahrtausendalte Erfahrungen zurück. Viele können ohne ärztliche Anordnung durchgeführt werden, fördern damit die Eigenständigkeit sowie Kompetenz der Pflegenden und stellen eine Erweiterung ihres Handlungsreiches dar (Stellhorn 2009, S.88). Meist sind es Methoden aus der Naturheilkunde, welche eine lange Tradition haben und als die Basis der konventionellen Medizin gelten. Sie stellen an sich kein eigenes Fachgebiet dar, sondern es handelt sich wohl eher um ein „Querfach“, so dass nahezu alle pflegerischen Bereiche davon berührt sind. Komplementäre Methoden sind zumindest begleitend bei den meisten Erkrankungen einsetzbar und daher in allen Bereich der Pflege präsent (Fritz, Beer 2002, S.38f.). Die Schulmedizin hat ihre Schwerpunkte auf das Erkennen und Behandeln einzelner Symptome und Erkrankungen gelegt. Diese werden relativ isoliert betrachtet. Der menschliche Körper wird bei dieser Betrachtungsweise in seine Einzelbausteine zerlegt, es erfolgt eine Differenzierung bis in kleinste Einheiten. Dieser organspezifischen Sichtweise steht die ganzheitliche Sicht der komplementären Heilmethoden gegenüber. Körper, Seele und Geist werden nicht getrennt und voneinander unabhängig betrachtet, sondern bil-

den ein miteinander korrespondierendes, dynamisches Ganzes (Canal 1995, S.329). Der Mensch wird als bio-psycho-soziales Wesen gesehen. Eine Krankheit wird demnach nicht als rein körperliche Störung betrachtet, sondern beinhaltet auch immer eine seelische und geistige Komponente, welche sowohl in die medizinische, als auch in die pflegerische Betreuung integriert werden muss. Allerdings ist das Phänomen der Ganzheit mit wissenschaftlichen Kriterien nicht immer fassbar. Nicht immer sind die Erfolge komplementärer Methoden wissenschaftlich messbar, was aber dennoch nicht heißen muss, dass sie unwirksam sind. Dennoch werden diese Methoden oft belächelt und als „Hokuspokus“ abgetan.

Aber vor allem krebsskranke Menschen suchen nach ergänzenden Möglichkeiten, die Unterstützung auf dem Weg zur Gesundheit geben bzw. im Bereich der Palliative Care die Lebensqualität und Befindlichkeit verbessern. Sie hoffen, dort Hilfe zu finden, wo die Schulmedizin scheinbar versagt (hat). Der Wunsch, „alles zu tun“ und einen „eigenen Beitrag zur Gesundheit zu leisten“, steht bei vielen Betroffenen und deren Angehörigen dahinter. Die beste Therapie für KrebspatientInnen besteht heute nicht mehr aus nur einer einzelnen Behandlungsmethode wie Operation, Chemo- oder Strahlentherapie, sondern aus einer maßgeschneiderten für jeden einzelnen Krebskranken individuellen Mischung. Für einen optimalen Therapieerfolg werden die neuesten Erkenntnisse der (Pflege-) Wissenschaft mit den langjährigen Erfahrungen bewährter Natur- und Hausmittel gepaart. Die Kombination der besten Methoden und die Konzentration auf ein gutes Wohlbefinden des Patienten/der Patientin sind der Schlüssel zum Erfolg.

Das Suchen nach optimaler Begleitung bedeutet oft einen enormen zusätzlichen Zeitaufwand. Hilfesuchende treffen manchmal auf unseriöse Angebote, viele Methoden kosten – den ohnehin schon sehr Belastenden – viel Geld (Wiederkehr 2002, S.13). Die im Rahmen meiner Diplomarbeit durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass in fast allen stationären Palliativeinrichtungen in Österreich die Möglichkeit besteht, komplementäre Methoden in die alltägliche Pflege zu integrieren – ganz ohne finanziellen Mehraufwand oder langwierige Suche. Je nach den vorliegenden palliativpflegerischen Symptomen kommen vor allem ätherische Öle in verschiedensten

Anwendungsformen, Wickel und Auflagen sowie die Basale Stimulation zum Einsatz (vgl. Kapitel 2), die ich im zweiten großen Abschnitt meiner Diplomarbeit vorstellen möchte.

Obwohl die meisten komplementären Therapieformen Krebs nicht heilen können, haben sie dennoch ein enormes Potential, die Nebenwirkungen konventioneller Medikamente, wie beispielsweise bei der Chemotherapie, zu vermindern, Schmerzen zu reduzieren und durch ein besseres Gesamtbeefinden den Therapieerfolg zu fördern bzw. die Lebensqualität zu verbessern und das Immunsystem zu stärken. (Lewis et al. 2003, S.222; Österr. Gesellschaft zur Erforschung komplementär alternativer Therapien in der Onkologie o.J.). Im nächsten Kapitel möchte ich auf jene komplementäre Pflegemethode eingehen, die in österreichischen Hospizen und auf Palliativstationen am häufigsten vertreten ist: die Aromapflege.

7 AROMAPFLEGE

Die Aromapflege gilt in Österreich als anerkannte, komplementäre Pflegemethode, die in erster Linie die Selbstheilungskräfte des/der PatientIn anregen und das Wohlbefinden steigern soll. Man versteht darunter die Durchführung von Pflegemaßnahmen mit 100% naturreinen ätherischen Ölen, welche über den Geruchssinn oder die Haut als Einreibung, Massage, Bad, Waschung, Wickel oder Kompresse vom Körper aufgenommen werden. Auch der Einsatz von fetten Pflanzenölen (ebenfalls 100% naturrein, z.B. Jojobaöl, Sesamöl) und 100% naturreinen Hydrolaten (z.B. Lavendelhydrolat, Rosenhydrolat) zählt strenggenommen zur Aromapflege, auch wenn meist nur die ätherischen Öle zur Sprache kommen, von denen ca. 300 bekannt sind (Lai et al. 2011, S.38). Die verwendeten Öle haben nicht nur pharmakologische Effekte, sondern auch eine positive Wirkung auf die Psyche. Die PatientInnen erleben vor allem die Kombination aus Duft und Berührung als Wohltat (Buchmayr et al. 2007, S.14f.).

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „Aromapflege“ meist synonym mit „Aromatherapie“ verwendet und oft wird in pflegerischen Einrichtungen fälschlicherweise auch von Aromatherapie gesprochen, denn eigentlich ist es ausschließlich die Aromapflege, die von Pflegepersonen angewendet werden darf. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind zur pflegeindizierten Anwendung und Durchführung von **äußerlich** anzuwendenden Aromapflegemethoden berufsrechtlich legitimiert. Diese findet im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich statt, der wie folgt definiert ist:

„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.“ (GuKG §14)

Es geht also um die genaue Beobachtung individueller Pflegeprobleme und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses. Die Aromapflege wird als komplementäre, ganzheitliche Pflegemethode betrachtet und dient der Gesundheitsförderung und dem körperlichen bzw. seelischen Wohlbefinden einerseits und andererseits der Linderung von pflegerrelevanten Beschwerden oder wird als prophylaktische Maßnahme eingesetzt (Riegler 2010, S.21f.).

Bei der „Aromatherapie“ hingegen handelt es sich um therapeutische Maßnahmen, welche in Österreich den Ärzten und Ärztinnen vorbehalten sind. Nach einer genauen Diagnosestellung erfolgt eine gezielte Therapie mit ätherischen Ölen, fetten Pflanzenölen und Hydrolaten, sowie mit daraus hergestellten Produkten. Es ist dann sogar möglich, die Öle auch **innerlich**, also rektal, vaginal oder oral anzuwenden.

Auch in der englischsprachigen Literatur wird fast ausschließlich von „aromatherapy“ gesprochen, gemeint sind auch hier meist pflegerische Anwendungen.

Voraussetzung für die fachgerechte Anwendung ätherischer Öle in der Pflege ist die Bereitschaft der MitarbeiterInnen zu Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema, welche mittlerweile auch in Österreich zahlreich angeboten werden. In vielen Kranken- und Pflegeeinrichtungen gehört die Aromapflege bereits zum Pflegestandard und ist sowohl für die dort Beschäftigten, als auch für die PatientInnen aus dem Pflegealltag nicht mehr wegzudenken.

Und obwohl sie eine jahrtausendalte Geschichte hat, wird sie zu den neuen, modernen Pflegemethoden gezählt..

7.1 Geschichte der Aromapflege

Die Verwendung von pflanzlichen Auszügen ist alles andere als neu. Es gibt Hinweise auf eine mehr als 5000-jährige Geschichte der Anwendung ätherischer Öle. Die alten Ägypter destillierten vor über 4000 Jahren u.a. Terpentin, Zeder und Zimt zu Heilzwecken, zur Verwendung bei religiösen

Zeremonien, zur Körper- und Gesichtspflege oder auch zum Einbalsamieren ihrer Verstorbenen. Auch die Chinesen haben zu dieser Zeit schon die heilkräftigen Eigenschaften der ätherischen Öle bestimmter Pflanzen erkannt. Die Öle wirken wie jene Kräuter, aus denen sie gewonnen werden, nur in verstärkter Form. Im Gegensatz zu synthetischen Arzneimitteln, die nur spezifische Symptome bekämpfen, wirken ätherische Öle harmonisierend und helfen dem Organismus, aus einem unausgeglichene Zustand wieder ins Gleichgewicht zurückzufinden (Weigerstorfer, Stix 1995, S.7).

Spätere Kulturen, besonders die der Griechen und Römer, entwickelten die Kenntnisse von den pflanzlichen Heilkräften weiter. Um die Wirkung und den Duft aus den Blüten und Kräutern zu absorbieren, benutzten die Griechen Olivenöl, das damals im Überfluss vorhanden war.

In Australien verwendeten die Aborigines die Blätter des Teebaumes, um Wunden und alle Arten von Hautinfektionen zu behandeln.

Ende des 10.Jahrhunderts erfand der arabische Arzt Avicenna das Kühlsystem für den Destillationsprozess, womit sich der Auszug von ätherischen Ölen verfeinern und effizienter gestalten ließ. Diese Kunst lehrten die Araber an den von ihnen gegründeten Universitäten in Spanien. Auch durch die Kreuzzüge kam das Wissen nach Europa und verbreitete sich hier (Price 1992a, S.8).

Insgesamt betrachtet war die Geschichte des Duftes von Pflanzen, die ätherische Öle enthalten, lange Zeit begleitet von Magie, Zauberglauben und Religion. Der Glaube an Götter und Dämonen sowie die Unkenntnis über die Ursachen der Erkrankungen führte zu der Vorstellung, dass besonders intensiv duftende Pflanzen und „Räucherwerke“ in der Lage sein sollten, krankmachende böse Geister und Dämonen fernzuhalten bzw. zu vertreiben, Götter zu versöhnen oder die krankmachende Wirkung schädlicher Dünste (Miasmen) zu verhindern (Deiningner 1997, S.139).

Die Aromatherapie, wie wir sie heute kennen, wurde vom französischen Chemiker René-Maurice Gattefossé geprägt, der sich in den 1920er Jahren mit den medizinischen Faktoren der ätherischen Öle beschäftigte. Er stellte

fest, dass viele Essenzen bessere antiseptische Wirkung zeigten als die verwendeten chemischen Substanzen. Bei einer Explosion in seinem Labor erlitt er schwere Verbrennungen an der Hand und steckte diese sofort in einen Behälter mit reinem Lavendelöl. Die Wunde heilte rasch ab, ohne sich zu entzünden und ohne Narbenbildung. Aufgrund dieses Vorfalles beschäftigte er sich mit der Verwendung ätherischer Öle bei Erkrankungen der Haut. Er verwendete als erster den Begriff „Aromatherapie“.

In den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts verbreitet sich diese in England, ab Beginn der 80er Jahre dann auch im deutschsprachigen Raum (Weigerstorfer, Stix 1995, S.8f.).

In der Aromatherapie bzw. -pflege geht es, wie bereits eingangs erwähnt, hauptsächlich um die Anwendung ätherischer Öle.

7.2 Was sind ätherische Öle?

Naturreine ätherische Öle sind ausnahmslos pflanzliche Öle und bestehen aus einer Vielzahl (bis zu 50 verschiedenen) chemischen Komponenten (Baye, Seeling 2007; S.930). Sie enthalten abhängig von der Herkunftspflanze bestimmte Duftstoffe, die in verschiedenen Teilen der Pflanze konzentriert eingelagert sein können:

in den Früchten/Beeren, z.B. bei Wacholder, Muskatnuss etc.;

in den Blüten, wie bei Rose, Jasmin, Kamille etc.;

in den Blättern, wie zum Beispiel bei Eukalyptus, Salbei, Melisse, Thymian;

in den Wurzeln, wie bei Baldrian oder Ingwer;

in Samen, wie bei Anis, Koriander, Kümmel u.dgl.;

im Holz, wie beim Sandelholz, Rosenholz, Zeder;

in der Rinde, wie beim Zimt;

im Harz, wie bei Weihrauch oder Myrrhe;

in den Nadeln, wie bei Tanne, Fichte, etc.;

in der äußersten Fruchtschale, wie bei Zitrusfrüchten.

(Fischer-Rizzi 1995, S.15f.; Zimmermann 1998, S.17)

In der Aromapflege wird ausschließlich mit pflanzlichen Stoffen gearbeitet - synthetische, tierische und mineralische Produkte kommen nicht zum Einsatz.

Engländer und Franzosen nennen ätherische Öle „essences“ bzw. „essential oils“ und auch im deutschsprachigen Raum wird oft von „Essenzen“ gesprochen, da sie als das „Essentielle“ der Pflanzen angesehen werden. Sie sind Energieträger und beinhalten die Lebenskraft der Pflanzen. Im Gegensatz zu herkömmlichen Ölen wie beispielsweise Sonnenblumenöl, Rapsöl u.dgl. sind ätherische Öle leicht flüchtig, das heißt, sie verdunsten leicht. Deshalb sollte man sie immer in verschlossenen Behältern aufbewahren. Außerdem sind sie lichtempfindlich, weshalb sie nie in durchsichtigen Fläschchen aufbewahrt werden sollten. Am besten eignen sich braune Flaschen, da Braunglas UV-Strahlen nicht durchlässt. Diese dürfen aber auch keinen extremen Temperaturen ausgesetzt werden, damit die Qualität der Öle möglichst lange erhalten bleibt. Die Qualität der ätherischen Öle besitzt einen erheblichen Stellenwert in der Aromapflege. Nur 100% naturreine ätherische Öle sollten zur Anwendung kommen. Es gibt eine sehr einfache Methode, den Reinheitsgrad dieser Öle zu überprüfen, indem einige Tropfen auf ein Blatt Papier geträufelt werden: bildet sich ein Fettfleck, wurden die ätherischen Öle mit fetten Ölen vermischt oder gestreckt. 100% naturreine ätherische Öle hinterlassen keine charakteristischen Fettflecken auf dem Papier (Fischer-Rizzi 1995, S.16; Riegler 2010, S.64).

Je nach Beschaffenheit der Pflanze und dem verwendeten Pflanzenteil kommen unterschiedliche Herstellungsverfahren zur Anwendung.

7.3 Gewinnung von ätherischen Ölen

Überall in der Welt werden heute ätherische Öle aus einheimischen, aromatischen Pflanzen gewonnen. Die europäischen Importeure und Händler ätherischer Öle sind meist Familienbetriebe mit durchschnittlich fünf bis zehn

Angestellten. Viele dieser Betriebe handeln zusätzlich mit Gewürzextrakten und Aromastoffen und sind Mitglied der *European Federation of Essential Oils* (EFEO), die ihre Interessen in der EU vertritt. Mit nur wenigen Ausnahmen sind die 20 bedeutendsten Hersteller von Aroma- und Duftstoffen in Europa aktiv. Darüber hinaus gibt es viele kleine und mittelgroße Unternehmen, die oft nur regional tätig sind (Protzen 2009, S.39).

Die Gewinnung ätherischer Öle kann durch Destillationsverfahren, durch Extraktion (durch Lösungsmittel) oder – vorwiegend bei Zitrusfrüchten – durch Expression erfolgen.

7.3.1 Destillationsverfahren

Man unterscheidet zwischen Wasserdestillation und Wasserdampfdestillation, wobei die letztgenannte Methode die am häufigsten verwendete bei der Gewinnung von ätherischen Ölen ist. Anteile aus Blättern, Blüten, Früchten, Samen etc. werden in heißem Wasser oder Wasserdampf aufgequollen, wodurch ätherische Öle freigesetzt werden. Diese verflüchtigen sich im Dampf und steigen nach oben. Durch Abkühlen bewegen sich die Dämpfe im Kühler des Destillationsapparates wieder auf den Boden. Da ätherische Öle leichter als Wasser sind und auch darin nicht gelöst werden können, bleiben sie an der Wasseroberfläche und können von dort aus abgeschöpft werden. Das verbleibende Wasser ist mit den wasserlöslichen Bestandteilen der jeweiligen Pflanze versetzt und wird als Hydrolat bezeichnet. Hydrolate können auch eine starke Heilwirkung haben, werden jedoch leider oft „vergessen“, da sie früher als wertloses Abfallprodukt der Destillation angesehen wurden. Sie eignen sich hervorragend zur Anwendung bei Wickel und Auflagen, zur Herstellung von Cremes, Gesichtswasser, Deodorants und anderen Produkten aus der Kosmetik. Das ätherische Öl hingegen enthält „nur“ die fettlöslichen, leicht flüchtigen Inhaltsstoffe (Weigerstorfer, Stix 1995, S.12; Werner, von Braunschweig 2006, S.20).

7.3.2 Extraktion

Unter Extraktion versteht man die Zerlegung eines Stoffgemisches mittels geeigneter Lösungsmittel in seine Bestandteile. Dabei werden – im Gegensatz zur Destillation – auch die größeren Duftmoleküle einer Pflanze gewonnen, da sie zu schwer sind um im Wasserdampf zu „schweben“. Es gibt vielfältige Extraktionsverfahren zur Gewinnung von natürlichen Duftstoffen, heutzutage werden etwa 80% der Blütenöle mit Hilfe von flüchtigen Lösungsmitteln wie Hexan extrahiert (Riegler 2010, S.67).

Die sogenannte *Enfleurage* ist ein sehr altes Verfahren, in dem aus empfindlichen Blüten (wie z.B. Jasmin), unter Zuhilfenahme tierischer Fette ätherische Öle extrahiert werden. Dabei werden dünn mit Fett (meistens Schweinefett) bestrichene Glasplatten immer wieder mit Blüten belegt und ca. 12 Stunden kühl und dunkel gelagert. Das Fett absorbiert die ätherischen Öle, die Blüten werden entfernt und eine neue Schicht aufgelegt, bis das Fett mit ätherischen Ölen gesättigt ist. Dieser Vorgang wird bis zu 36-mal wiederholt. Abschließend werden die abgelagerten Stoffe mittels Alkohol herausgelöst, welcher danach abgedampft wird, die reine Pflanzenessenz bleibt zurück. Diese Form der Ölgewinnung findet allerdings wegen der hohen Kosten und dem hohen Aufwand an Handarbeit nur mehr selten Anwendung.

Ein relativ modernes, noch nicht so weit verbreitetes Verfahren ist die Kohlendioxid-Extraktion, welche allerdings ebenfalls sehr teuer ist, da die Apparaturen einem hohen Druck standhalten müssen. Es wird keine Hitze einwirkung benötigt, was es ermöglicht, auch temperaturempfindliche Duftstoffe zu gewinnen (Price 1992b, S.20f.; Riegler 2010, S.67; Zimmermann 1998, S.28f.).

7.3.3 Expression

Bei diesem sehr schonenden Verfahren, auch mechanische Kaltauspressung genannt, werden ausschließlich Schalen von Zitrusfrüchten, in denen sich hoch konzentrierte Öle befinden, mechanisch ausgepresst und danach durch Zentrifugieren und Filtrieren naturreines ätherisches Öl gewonnen. Dieses Verfahren ist sehr aufwendig, dafür ist das gewonnene Öl vielfach hochwertiger als Öle aus destillierten Verfahren. In der Literatur wird das durch Expression gewonnene Öl oft als *Essenz* bezeichnet, da das Endprodukt in diesem Verfahren genau den Stoffen entspricht, die in der Pflanzenschale vorkommen, es ist also weder durch Hitze noch durch Druck verändert worden. Da diverse Insektizide und auf der Schale enthaltene Wachse ebenfalls mit in die Essenz gelangen, wäre es empfehlenswert, ausschließlich Produkte aus kontrolliert-biologischem Anbau zu verwenden (Zimmermann 1998, S.23).

7.4 Wirkungsweisen von ätherischen Ölen

Ätherische Öle nehmen auf ganzheitliche Weise Einfluss auf den Körper. Neben den Auswirkungen auf der rein körperlichen Ebene, beeinflussen sie vor allem das Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele und helfen dem/der PatientIn seine/ihre Lebenskraft und Selbstheilungskräfte zu stärken.

Aromapflege ist auch ideal zur Selbsthilfe geeignet, da sie ebenso wirksam wie angenehm in der Anwendung ist. Außerdem sind bei richtiger Anwendung keine Nebenwirkungen zu erwarten. Unverdünnt oder in hohen Konzentrationen kann es jedoch zu Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautreizungen und allergischen Reaktionen kommen.

Bei der Aromapflege erfolgt die Anwendung ätherischer Öle äußerlich und die Aufnahme in den Körper über den Geruchssinn und/oder die Haut bzw. Schleimhaut.

7.4.1 Wirkung über Haut und Schleimhaut

Aufgrund ihrer fettlöslichen Eigenschaften werden ätherische Öle über Haut und Schleimhaut vom Körper gut resorbiert. Entsprechend verdünnt können sie in Form von Einreibungen, Massagen, Bädern, Waschungen, Wickel und Kompressen auf die Haut gebracht werden. Durch Poren und Haarfollikel dringen die Wirkstoffe bis in die feinsten blutführenden Kapillaren. Haben sie den Blutkreislauf erst einmal erreicht, können sie Einfluss auf den ganzen Körper nehmen. Die durchschnittliche Oberfläche der Haut beträgt etwa 1,5-2 m², somit steht eine ausgedehnte Behandlungsfläche zur Verfügung. Eine schnellere und noch intensivere Wirkung haben die ätherischen Öle, wenn sie über die Schleimhaut aufgenommen werden (Price 1992a, S.17; Werner, von Braunschweig 2006, S.17).

7.4.2 Wirkung über den Geruchssinn

„Es gibt eine Überzeugungskraft des Duftes, die stärker ist als Worte, Augenschein, Gefühl und Wille. Die Überzeugungskraft des Duftes ist nicht abzuwehren, sie geht in uns hinein wie die Atemluft in unsere Lungen, sie erfüllt uns, füllt uns vollkommen aus, es gibt kein Mittel gegen sie. [...]

Denn die Menschen konnten die Augen zumachen vor der Größe, vor dem Schrecklichen, vor der Schönheit und die Ohren verschließen vor Melodien oder betörenden Worten. Aber sie konnten sich nicht dem Duft entziehen. Denn der Duft war ein Bruder des Atems. Mit ihm ging er in die Menschen ein, sie konnten sich seiner nicht erwehren, wenn sie leben wollten. Und mitten in sie hinein ging der Duft, direkt ans Herz, und unterschied dort kategorisch über Zuneigung und Verachtung, Ekel und Lust, Liebe und Hass. Wer die Gerüche beherrschte, der beherrschte die Herzen der Menschen.“

(Das Parfum - Die Geschichte eines Mörders, P. Süskind 1985, S.107f. und S.198f.)

Ätherische Öle sind höchst flüchtig und verdunsten leicht, deshalb können sie eingeatmet und auf diesem Weg über das Geruchsorgan dem menschlichen Körper zugeführt werden. Der Mensch hat etwa 350 verschiedene Typen von Riechzellen, von denen jede einzelne sehr spezifisch ist für eine kleine Gruppe chemisch nah verwandter Substanzen. Aus jeder Riechzelle nehmen winzige Flimmerhärchen die Aromainformationen auf und leiten sie über den Riechkolben ins Zentralhirn weiter. Der Duft kann über das Gehirn auf vielfältige Körperfunktionen und geistig-seelische Prozesse Einfluss nehmen. Über das limbische System werden das vegetative Nervensystem und damit alle unbewusst ablaufenden Prozesse wie Gefühle, Stimmungslage, Atmung, Gedächtnis, Hormonausschüttungen etc. beeinflusst (Price 1992a, S.17; Werner, von Braunschweig 2006, S.17f.).

Im Alltag findet man Raumsprays mit natürlichen ätherischen Ölen und die Beduftung von Büros und Geschäften zur Förderung der Konzentration bzw. der Kaufmotivation sind keine Seltenheit.

Mit Badeanwendungen lassen sich die Wirkung über den Geruchssinn und Absorption über die Haut verbinden und diese Wirkung erfolgt gleichsam auf Körper und Seele.

7.5 Wirkungen von ätherischen Ölen auf Körper und Seele

Gerade die Aromapflege bzw. die Aromatherapie wirkt so umfassend wie wenig andere unkonventionelle Methoden: wie bereits oben erwähnt werden die Selbstheilungskräfte des Körpers mobilisiert und gestärkt, das physische und psychische Gleichgewicht wird wieder hergestellt, Entspannung und Wohlbefinden werden gefördert. Ätherische Öle wirken gleichermaßen auf Körper und Seele, also im ganzheitlichen Sinne. Sie besitzen einzigartige Eigenschaften, aus denen sich ihre Wirkungsweise und die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten ergeben. Das Aufnehmen der Düfte über Duftlampen, Aerosolgeräte und Inhalationen wird vor allem zur Behandlung von

Depressionen, Schlafstörungen, Stresssymptomen und Angst praktiziert. Die Steuerung des vegetativen Nervensystems entzieht sich normalerweise unserem bewussten Einfluss. Atmung, Verdauung, Herzschlag u.dgl. werden selbstständig reguliert. Aber Düfte können über das limbische System auch auf diese Funktionen Einfluss nehmen: Sie können die Atmung verlangsamen und vertiefen, den Herzschlag regulieren. Und auch das Verdauungssystem spricht gut auf Düfte an (Fischer-Rizzi 1995, S.32).

Die Aromatherapie lässt sich mit fast allen anderen Therapien kombinieren und wird oft als begleitende Unterstützung einer medizinischen Behandlung eingesetzt. Ebenso kann auch die Aromapflege eigentlich in allen pflegerischen Bereichen zum Einsatz kommen, sei es in der Geburtshilfe, in der Chirurgie, in der Geriatrie oder eben in der Palliativpflege.

7.6 Ätherische Öle in der Palliativpflege

„Das menschliche Leben kann nur beginnen, weil eine Duftspur das weibliche und das männliche Prinzip zueinander finden lässt. Der Embryo nimmt sein neues Universum bereits ganz am Anfang seiner Lebenszeit durch das Riechen wahr. So bietet es sich an, die letzten Tage und Stunden der menschlichen Existenz mit ätherischen Ölen zu begleiten, den Lebenskreis mit angenehmen Düften zu schließen.“

(Zimmermann 2006 zitiert nach Riegler 2010, S.94)

Ich möchte nun einige jener ätherischen Öle kurz vorstellen, die sich in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden anbieten würden (die Beschreibung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge). Die folgenden Aufzählungen sind keinesfalls erschöpfend, es können in den nachfolgenden Kapiteln auch ätherische Öle genannt werden, die in den anschließenden Beschreibungen nicht erwähnt werden.

7.6.1 Bergamotte (*Citrus bergamia*)

Der etwa fünf Meter hohe Bergamottenbaum gehört zu den Zitrusbäumen und wird hauptsächlich in Italien angepflanzt. Der verwendete Pflanzenteil ist die Schale der unreifen Frucht, welche für die Herstellung des ätherischen Öles kaltgepresst wird. 200 kg ergeben ca. einen Liter Öl, das auch oft in Duftwässern, z.B. Kölnisch Wasser enthalten ist.

Eigenschaften: stimmungsaufhellend, angstlösend, ausgleichend, krampflösend, appetitanregend, verdauungsfördernd, hautpflegend und wundheilend, antiseptisch u.a. bei Mundschleimhautentzündungen

7.6.2 Lavendel fein (*Lavandula officinalis*)

Beim Lavendel wird die blühende Rispe zur Ölgewinnung herangezogen, welche im abgetrockneten Zustand mittels Wasserdampf destilliert wird. Zur Herstellung von einem Liter Öl werden ca. 130 kg Blüten benötigt. Der Lavendel enthält das Öl mit dem größten Wirkungsspektrum, deshalb gilt das Lavendelöl in der Aromapflege auch als das „Allroundöl“.

Eigenschaften: antibakteriell, antiviral, antimykotisch, abwehrsteigernd, schmerzlindernd, fiebersenkend, wundheilend und zellregenerierend, krampflösend, reizlindernd, durchblutungsfördernd, beruhigend, schlaffördernd, angstlösend, antidepressiv, tröstend, stimmungsaufhellend, ausgleichend. Außerdem wirkt das Lavendelöl hautpflegend und gilt als sehr hautverträglich,

7.6.3 Neroli – Bitterorange (*Citrus aurantium* ssp. *aurantium*)

Im Gegensatz zur allgemein bekannten Orange (*Citrus sinensis*), bei der die Fruchtschale zur Ölgewinnung verwendet wird, wird bei der Bitterorange das Öl mittels Wasserdampfdestillation aus den Blüten gewonnen. Das sehr teure Neroliöl (pro Liter müssen ca. 1500 kg Blüten gesammelt werden) gehört

zu den stark psychisch wirksamen Essenzen. Es wird bei Angst, Schockzuständen, Depressionen und in der Trauerarbeit eingesetzt.

Weitere Wirkungsweisen: krampflösend, antibakteriell, antiparasitisch, hautpflegend

7.6.4 Pfefferminze (*Mentha piperita*)

Die Gewinnung des ätherischen Öls erfolgt durch die Wasserdampfdestillation der leicht angetrockneten ganzen Pflanze, welche ebenso wie der Lavendel zur Gruppe der Lippenblütler gehört. Für einen Liter Öl werden ca. 100 kg Pflanzen benötigt.

Eigenschaften: reinigend, antiseptisch, schleimlösend, krampflösend, magen- und leberwirksam, verdauungsfördernd und antiemetisch, entblähend, stark analgetisch, kreislaufanregend, nervenstärkend, erfrischend (sollte deshalb nicht vor dem Schlafengehen angewendet werden)

7.6.5 Rose (*Rosa damaszena*)

Rose, Melisse und Iris sind Öle, die für die Begleitung in den schweren Zeiten des Abschiednehmens unverzichtbar geworden sind. Ihre Düfte tragen dazu bei, dass der Schmerz der Zuversicht weicht. Die ätherische Öl Mischung auf Schläfe, Herz oder Pulsbereich punktuell aufgetragen, lässt den/die Sterbende/n leichter gehen und hilft den Angehörigen, das Dableiben zu ertragen.

Die Gewinnung des ätherischen Öles aus der Rose erfolgt durch Wasserdampfdestillation der Blüten. Rosenöl ist ein sehr teures Öl, da man für einen Milliliter davon ca. fünf Kilo frische Rosenblüten benötigt.

Weitere Eigenschaften sind: antiinfektiös, entzündungshemmend, zell- und hautregenerierend, wundheilend, desodorierend, psychisch stabilisierend, harmonisierend

7.6.6 Sandelholz (*Santalum album*)

Das Öl wird durch Wasserdampfdestillation der Sägespäne des Kernholzes eines reifen, mindestens 30-jährigen Baumes gewonnen. Aus ca. 16-25 kg Holz gewinnt man einen Liter ätherisches Öl, welches folgende Wirkungen vorweisen kann:

wundheilend, antibakteriell, entzündungshemmend (v.a. im Urogenitalbereich), haut- und schleimhautregenerierend, schleimlösend, krampflösend, stärkend, aufrichtend, beruhigend, gegen Angstzustände, Verspannungen, Depressionen und Schlaflosigkeit.

7.6.7 Zitrone (*Citrus limon*)

Der Zitronenbaum gehört wie der Bergamottenbaum zur Familie der Rautengewächse. Zur Gewinnung von einem Liter Öl müssen ca. 200 kg Zitronenschalen kaltgepresst und anschließend zentrifugiert werden. Das beste Öl kommt aus Sizilien, dem klassischen Anbaugebiet für Zitrusfrüchte.

Eigenschaften: antiseptisch, antiviral, immunstimulierend, stimmungsaufhellend, aktivierend, anregend

Zitronenöl wird gerne in der Duftlampe angewendet, da es zur Verbesserung der Raumluft beiträgt bzw. die Raumluft von Krankheitserregern befreit. Es ist auch gut zur Verdeckung von starken, unangenehmen Gerüchen, wie sie beispielsweise bei exulzierenden Tumoren entstehen, geeignet. Außerdem wird Zitronenöl in fiebersenkenden Wickeln angewandt.

(aus Böhm et al. 2008, S.12f.; Buchmayr et al. 2007, S.56f.; Fischer-Rizzi 1995, S.66f.; Krug 2009, S.21f.; Lavabre 1992, S.123f.; Riegler 2010, S.78f.; Zimmermann 1998, S.109f.)

Eine sehr bedeutende Eigenschaft der Öle ist vor allem die Vielzahl der Möglichkeiten in der Anwendung, die nicht nur wirksam ist, sondern meistens auch als angenehm empfunden wird. Außerdem haben die Essenzen bei richtiger Anwendung keine schädlichen Nebenwirkungen, was in Zeiten, da sich immer mehr Menschen über die möglichen Nachteile mancher pharmazeutischer Heilmittel bewusst werden, zunehmend wichtig wird (Price 1992a, S.9).

7.7 Anwendungen ätherischer Öle

Die Anwendung von ätherischen Ölen bedarf größter Sorgfalt und sollte immer nach dem Motto „weniger ist mehr“ durchgeführt werden. Wichtig ist es, vor der Anwendung mit den PatientInnen eine ausführliche Pflegeanamnese durchzuführen, um etwaige allergische Reaktionen auszuschließen und sicherzustellen, dass eine Anwendung ätherischer Öle auch erwünscht ist. Die praktische Umsetzung bedarf einer sorgfältigen Planung und einer gezielten Absprache im multiprofessionellen Team. Wird das Öl percutan angewendet, sollte davor eine kleine Probe davon an der Innenseite des Unterarms aufgetragen werden, um herauszufinden, ob das Öl von dem/der PatientIn auch vertragen wird. Weiters sollte zum Schutz der eigenverantwortlichen Tätigkeit eine genaue Dokumentation erfolgen.

7.7.1 Möglichkeiten zur Raumbeduftung

Die Raumbeduftung hat einerseits eine „Wohlfühlfunktion“ und andererseits können unangenehme Gerüche überdeckt werden.

7.7.1.1 Duftlampe

Eine Duftlampe ist ein Gefäß aus Keramik, Alabaster, Glas oder Porzellan mit einer Schale für Wasser, das durch eine Kerze erhitzt wird, was aller-

dings in Klinikbereichen verboten ist. Werden einige Tropfen eines ätherischen Öles dem Wasser zugegeben, so werden die Duftmoleküle durch den aufsteigenden Wasserdampf im Raum verteilt. Je nach Art des verwendeten Öles kann der aufsteigende Duft eine anregende, erfrischende oder eine beruhigende, entspannende und schlaffördernde Wirkung haben.

Man kann auch einige Tropfen eines ätherischen Öles in einer Schale mit Wasser auf die Heizung stellen.

7.7.1.2 Aromastone

Der sogenannte Aromastone besteht meist aus Keramik und wird elektrisch betrieben. Ähnlich wie bei der Duftlampe werden einige Tropfen des entsprechenden ätherischen Öles in ein wenig lauwarmes Wasser geträufelt.

7.7.1.3 Aromastreamer

Ein Aromastreamer wird ebenfalls elektrisch betrieben. Die ätherischen Öle werden

auf ein Vlies unverdünnt aufgebracht und ohne Wärmeanwendung ventiliert und verteilen ihren Duft somit im Raum.

7.7.1.4 „Duftfleckerl“

Ein bis zwei Tropfen eines gewünschten ätherischen Öles werden auf ein Taschentuch, einen Tupfer oder ein Wattepad geträufelt, und dort platziert, wo es für den/die PatientIn angenehm erscheint (z.B. in der Nähe des Kopfpolsters bei Einschlafstörungen).

Die Dosierung der ätherischen Öle hängt von deren Intensität, der Raumgröße und der Zimmertemperatur ab. Generell sollte eine kurzzeitige (ca. eine

Stunde), dezente Raumbeduftung angestrebt werden (Buchmayr 2007, S.24f.; Fischer-Rizzi 1992, S.38; Price 1992a, S.38).

7.7.2 Waschungen und Bäder

Ätherische Öle vermischen sich nicht mit Wasser, deshalb enthalten die meisten im Handel angebotenen Badeöle synthetische Emulgatoren, das heißt, Stoffe, die Öl und Wasser miteinander verbinden. Man kann die Öle aber auch mit natürlichen Emulgatoren mischen, wie beispielsweise mit Honig, Obers, Meersalz, Kleie u. dgl. Honig wirkt hautpflegend und entzündungshemmend, Obers ist ein Rückfetter und verhindert das Austrocknen der Haut. Statt Sahne kann man auch Sojamilch oder Molke verwenden. Salzbäder können Gift- und Schadstoffe aus dem Körper ziehen und wirken reinigend. Kleie macht die Haut angenehm weich, reinigt sie mild und ist gut geeignet zur Pflege von wunder und entzündeter Haut.

Bei Vollbädern sollte die Wassertemperatur zwischen 35 und 38 Grad (bei PatientInnen mit Kreislaufproblemen auch weniger) liegen und die Badedauer maximal 15 Minuten betragen. Bäder zur Entspannung sollten am Abend und mit Ölen, die der Entspannung dienen (z.B. Bergamotte, Geranie, Sandelholz u.a.) durchgeführt werden. Nach dem Bad sollte der/die PatientIn warm eingewickelt werden und ca. 45-60 Minuten nachruhen. Erfrischende und stärkende Bäder sollten mit Rosmarin-, Lavendel-, Zitronenöl u.dgl. versetzt werden (Fischer-Rizzi 1995, S.44f.).

Selbstverständlich können auch herkömmliche Teilbäder der Arme und Füße mit ätherischen Ölen durchgeführt werden.

Auch bei anregenden Waschungen sollten dementsprechend anregende Öle zum Einsatz kommen. Die Wassertemperatur sollte 37 Grad nicht übersteigen. Bei Waschungen, die der Beruhigung dienen, sollten dem Wasser beruhigende und entspannende Öle (vgl. oben) beigemischt werden. Die Wassertemperatur sollte um die 40 Grad betragen und der Waschrhythmus dem Atemrhythmus angepasst werden (Werner, von Braunschweig 2006, S.68).

Bei PatientInnen, die schon bei niedrigem Fieber ein deutliches Krankheitsgefühl äußern, stark schwitzen und unruhig sind, eignet sich eine fiebersenkende Ganzkörperwaschung. Diese ist schonender als beispielsweise fiebersenkende Wadenwickel (vgl. Kap. 8.2.3.1) und erfrischt den/die PatientIn und lässt sich außerdem leicht in die Grundpflege integrieren. Durch den Zusatz von ätherischen Ölen wie z.B. Eukalyptus oder Pfefferminze verstärkt sich der kühlende und erfrischende Effekt. Die Wassertemperatur sollte allerdings max. 3°Celsius unter der Körpertemperatur des/der PatientIn betragen. Nach dem Waschen wird der/die PatientIn nicht abgetrocknet, sondern nur leicht zugedeckt. Durch die entstehende Verdunstungskälte kann der Körper Wärme abgeben, was wiederum die Temperatur senkt (Key 2007, S.132f.).

Bei diesen Formen der Anwendung können die ätherischen Öle nicht nur über die Haut aufgenommen werden, sondern gelangen auch durch Inhalation der Dämpfe in den menschlichen Organismus (Riegler 2010, S.103f.).

7.7.3 Einreibungen und Massagen

Unter Einreibungen versteht man die Anwendung von entsprechenden Aromapflegeprodukten im Bereich der unterstützenden und prophylaktischen Pflege, wie beispielsweise die Verwendung eines Pflegeöles zur Intertrigo- oder Pneumonieprophylaxe.

Bei der Aromamassage kommen zwei unterschiedliche Grifftechniken zur Anwendung: die Streichung (Effleurage) und die Reibung (Friktion). Erfolgt die Streichung an der Oberfläche, sollte die Streichrichtung vom Herz weg führen. Streichungen in der Tiefe werden in Richtung Herz durchgeführt. Die Reibung ist eine Form der Druckmassage oder Knetung und findet beispielsweise bei Muskelverspannungen statt. Im Gegensatz zu den medizinischen Massagen werden die Grifftechniken sanfter und langsamer ausgeführt. Kleinere Einreibungen oder Streichungen können während der Grundpflege vorgenommen werden.

Neben dem Beherrschen der Handgriffe ist vor allem der Aspekt der Wertschätzung gegenüber den PatientInnen wichtig. Schon allein die Berührung kann ihm/ihr Zuneigung und Aufmerksamkeit vermitteln (Riegler 2010, S.110f.; Zimmermann 2006, S.91). Es kommt weiters zur Reduzierung von Muskelverspannungen, Steigerung der Durchblutung und eventuell zur Linderung von neuralgischen und rheumatischen Schmerzen (Weissenberger-Leduc 2009, S.a20). Aromamassagen sollten nur durch speziell dafür ausgebildete Personen stattfinden und werden, laut meiner Befragung, in Hospizen und Palliativstationen auch hauptsächlich von PhysiotherapeutInnen durchgeführt.

Da ätherische Öle flüchtig sind, müssen sie zur Anwendung im Rahmen von Einreibungen und Massagen in Trägerölen (sogenannten fetten Ölen) gelöst sein. Die fetten Öle sollten unraffiniert und kaltgepresst sein, z.B. Pflanzenöle mit ungesättigten Fettsäuren wie Mandelöl, Jojobaöl, Olivenöl etc. Nur so enthalten sie ihre wertvollen Heil- und Pflegestoffe für die Haut und machen sie weich und geschmeidig (Fischer-Rizzi 1995, S.49f).

7.7.4 Wickel und Kompressen

Die Anwendung ätherischer Öle mittels Wickel und Auflagen wird im Kapitel 8 bearbeitet.

7.8 Ätherische Öle in der Praxis

Düfte hüllen ein wie ein Mantel – deshalb ist es wenig verwunderlich, dass sie längst auch schon Eingang in die Palliativpflege gefunden haben (palliativ kommt vom lateinischen Wort pallium=Mantel; vgl. Kap.3.1). Im amerikanischen Raum liegt die Anwendung der Aromatherapie unter den komplementären Methoden meist im Mittelfeld. Vorrangig kommen energetische Heilmethoden, wie beispielsweise Therapeutic Touch, und diverse Massagen zum Einsatz. So werden laut einer Studie von Kozak et al. (2009) in 86% der Hospize im Bundesstaat Washington komplementäre und alterna-

tive Methoden angeboten, davon entfallen 87% auf Massagen und 45% auf die Aromatherapie. Erwähnenswert ist auch, dass Methoden dieser Art in den USA oft von freiwilligen HelferInnen angewendet werden. In Großbritannien hingegen ist die Aromatherapie eine der häufigsten komplementären Methoden, die von Pflegenden eingesetzt werden (Kyle 2006, S.149; Trevelyan 1996, S.42; Westcombe et al. 2003, S.300), und auch in Österreich ist sie (wie meine Befragung ergeben hat) vor allem in Hospizen und auf Palliativstationen nicht mehr wegzudenken. Allerdings muss hier korrekterweise, wie bereits oben erwähnt, von AROMAPFLEGE gesprochen werden. Eine sehr häufige Anwendungsform der ätherischen Öle in den USA und in Großbritannien ist die Aromamassage (Steflitsch W., Steflitsch M. 2008, S.74), also die Aufnahme der Öle über die Haut, während in Österreich auch die Raumbeduftung sowie Waschungen und Bäder stark vertreten sind.

Mittlerweile gibt es einige wissenschaftliche Studien und Fachbeiträge zur Wirksamkeit ätherischer Öle, die meisten davon sind in englischer Sprache publiziert. Gesucht wurde in den elektronischen Datenbanken CINAHL, PubMed und MEDLINE, sowie per Handsuche in der Hauptbibliothek der Universität Wien und deren Zweigstellen, in der Bibliothek der medizinischen Universität Wien und in der Bibliothek des Rudolfinerhaus Wien. Zudem recherchierte ich in der Suchmaschine „Google“ nach relevanten Texten. Ebenso vorgegangen wurde bei der Suche nach Forschungsarbeiten zu Wickeln und Auflagen sowie zur Basalen Stimulation (vgl. Kap.8.4 und 9.6). Insgesamt zeigten fast alle Studien einen positiven Effekt im Wirksamkeitsnachweis der Intervention. Einige der gefundenen Forschungsarbeiten möchte ich nun überblicksmäßig darstellen:

Lewis et al. (2003) führten eine Studie zu mehreren komplementärpflegerischen und -medizinischen Maßnahmen in einem Hospiz in den USA durch und beobachteten, dass der Zusatz von Lavendelöl im Badewasser bei den PatientInnen zu einem Nachlassen von Agitation und Unruhe führte. Im Vollbad, das etwa 20 Minuten dauern kann und nach dem mindestens 30 Minuten geruht werden sollte, wirkt dieses Öl angenehm muskelentspan-

nend, nervenstärkend und schlaffördernd (Grosche 2004, S.551). Überhaupt machte der Einsatz verschiedener Methoden (Musiktherapie, Aromatherapie, TCM u. dgl.) die PatientInnen physisch und psychisch ausgeglichener.

Wilkinson et al. (1999) haben in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirkung von Ganzkörpermassagen mit und ohne Zusatz von römischer Kamille untersucht. Dieses Öl ist für seine angstreduzierende und schmerzstillende Wirkung bekannt (Zimmermann 1998, S.129). Depressive Verstimmungen und Angst sind ständige Begleiter von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohenden Erkrankungen. Einerseits die Angst vorm Tod, andererseits auch die Angst, die Familie unversorgt zurücklassen zu müssen. Wenn diese Symptome unbehandelt bleiben, zerstört das die Betroffenen nicht nur psychisch, sondern beeinflusst auch die körperlichen Reaktionen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten bei der Interventionsgruppe, deren Massageöl mit römischer Kamille versetzt war eine statistisch signifikante Verbesserung physischer und psychischer Beschwerden und damit der Lebensqualität sowie einen signifikanten positiven Einfluss auf die Reduktion von Angst und Anspannung. Komori et al. (1995) fanden heraus, dass der Duft des Zitronenöles depressive Verstimmungen verbessert und das Immunsystem stärkt. Die Verwendung von Antidepressiva konnte drastisch reduziert werden. Weitere Öle, die für depressive Verstimmungen verwendet werden können sind: Lavendel, Jasmin, Rosmarin, Rose und Kamille (Stefflitsch W., Stefflitsch M. 2008, S.81).

Soden et al. (2004) konnten in ihrer Studie (ebenfalls RCT) hingegen keine statistisch signifikanten *langfristigen* Verbesserungen bei Angstzuständen und depressiven Verstimmungen feststellen. Ebenso konnte keine signifikante Schmerzreduktion oder langfristige Verbesserung anderer physischer und psychischer Beschwerden gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden. Einzig die Schlafqualität konnte mit dem Einsatz ätherischer Öle signifikant verbessert werden. An dieser Studie nahmen allerdings nur 42 Personen teil. Eine weitere Studie zum Thema Schlaf führte Cannard 1996 durch: Er gab abends zur Schlafenszeit jeweils einen Tropfen einer ätherischen Öl Mischung auf die oberen Ecken der Matratze, sodass der Duft von den

PatientInnen eingeatmet wurde. Falls diese nach zwei Stunden noch keinen Schlaf fanden, erhielten sie eine fünf minütige Handmassage mit Mandelöl, dem die gleiche ätherische Ölmischung beigefügt war. PatientInnen, die um Mitternacht immer noch nicht schlafen konnten, erhielten ihre vorgeschriebene Schlafmedikation. Fast alle PatientInnen gaben an, eine erholsame Nachtruhe verbracht zu haben. Die ätherische Ölmischung (die vom Autor nicht näher beschrieben wurde) wirkte sich also positiv auf das Schlafverhalten aus. Gleichzeitig reduzierte sich der Gebrauch der Medikamente von 90% auf 36%.

Hudson (1996) kam zu dem Ergebnis, dass ätherische Öle acht von neun BewohnerInnen eines Pflegeheimes einen besseren Schlaf und damit mehr Aufmerksamkeit tagsüber ermöglichten. Henry et al. (1994) verströmten sieben Wochen lang zur Nachtzeit den Duft von Lavendelöl und registrierten einen statistisch signifikant beruhigenden Effekt des inhalierten Lavendelölduftes.

Stringer und Donald (2010) testeten sogenannte Aromasticks (eine Art Inhaliergerät für ätherische Öle) bei 160 KrebspatientInnen. Für die Symptome Übelkeit, Schlafstörungen und Angst standen spezielle Ölmischungen zur Verfügung, die die Betroffenen selbst wählen und je nach Belieben mehrmals täglich anwenden konnten. 55% berichteten, dass sie nach einigen Anwendungen besser schlafen konnten, bei 47% linderten die Düfte der ätherischen Öle die Übelkeit und 65% fühlten sich entspannter und weniger ängstlich.

Wie die oben beschriebenen Studien zeigen, wirken ätherische Öle besonders gut bei Schlafstörungen, an denen PalliativpatientInnen häufig leiden. Man kann demnach mit sehr einfachen Anwendungen die Schlafqualität und damit die Lebensqualität, um die es bekanntlich in der Palliative Care vorrangig geht, entscheidend verbessern.

Veränderungen der Mundschleimhaut können bei onkologischen PatientInnen ebenfalls häufig auftreten – auch bei der Behandlung dieses Symptoms kann man ätherische Öle verwenden:

Eine randomisiert-kontrollierte Studie aus Neuseeland (Maddocks-Jennings et al. 2009) untersuchte die Wirkung von Manuka und Kanuka zur Behandlung bzw. Prophylaxe von strahlenbedingter Mucositis (vgl. Kap.5.6). Diese

beiden ätherischen Öle sind u.a. in Neuseeland heimisch und haben eine hohe entzündungshemmende und schmerzstillende Wirkung (Zimmermann 1998, S.131 u. S.141). Die TeilnehmerInnen, die sich allesamt einer Strahlentherapie unterziehen mussten, erhielten in dieser Phase zum Gurgeln (mehrmals täglich) entweder Wasser mit jeweils einem Tropfen Manuka und Kanuka (Interventionsgruppe), reines Wasser (Placebogruppe) oder sie haben nicht gegurgelt (Kontrollgruppe). Bei den PatientInnen, die mit der ätherischen Ölmischung gurgelten dauerte es im Gegensatz zur Placebo- und zur Kontrollgruppe signifikant länger, bis sich eine Mucositis entwickelte, sie hatten auch weniger Schmerzen und benötigten weniger Schmerzmittel als die beiden anderen Gruppen.

Ein anderes weitverbreitetes und besorgniserregendes Symptom in der Palliative Care ist die Obstipation (vgl. Kap. 5.5), meist als Nebenwirkung von Medikamenten (vor allem Analgetika) oder durch die Krankheit selbst bedingt. Lai et al. (2011) konnten mit ihrer Studie zeigen, dass die Anwendung einer Aroma-Bauchmassage hilft, die Darmtätigkeit anzuregen, Obstipation zu reduzieren und damit die Lebensqualität zu verbessern.

Aromamassagen sind, wie eingangs erwähnt, eine relativ häufige Anwendungsform von ätherischen Ölen und oft Gegenstand klinischer Studien. Evans beobachtet 1995 die positive Wirkung von Aromamassagen: je nach Symptomen erhielten 69 PatientInnen Gesichts-, Arm-, Hand-, Bein- oder Fußmassagen mit den entsprechenden Ölen für Entspannung (Rose, Geranie) und gegen Schmerzen (Majoran, Lavendel), Angst und Niedergeschlagenheit (Neroli, Lavendel). 81% fühlten sich nach der Massage besser oder „sehr entspannt“ und bei 62% hielt dieses Gefühl auch mindestens über einige Stunden an. Besonders hervorgehoben wurde vor allem die beruhigende und wohltuende Wirkung der Aromamassage.

Woolfson und Hewitt (1992) beobachteten in ihrer Studie, dass Fußmassagen mit Lavendelöl bei IntensivpatientInnen den Blutdruck, die Herzfrequenz und die Atemfrequenz senkten, die Nachtruhe verbesserten und Schmerzen linderten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Massagen an sich schon positive

Auswirkungen hatten, noch größere allerdings, wenn man dem Massageöl Lavendelöl beigemischt hatte.

Stevenson (1994) verwendete für eine ähnliche Untersuchung Neroliöl – physiologische und psychologische Tests zeigten statistisch signifikante Unterschiede der Massagegruppen mit und ohne Neroliöl gegenüber den zwei Kontrollgruppen. Auch hier wirkten die Massagen selbst schon sehr entspannend und beruhigend, wenn das Neroliöl hinzugefügt wurde, wurden diese Wirkungen noch verstärkt und hielten auch länger an.

Wilkinson (1995) führte eine Studie mit 51 KrebspatientInnen durch und zeigte in ihren Ergebnissen, dass eine mit Aromatherapie (in diesem Fall wurde das einprozentige Öl der römischen Kamille zugesetzt) kombinierte Massage bei 33% der ProbandInnen zu einer Linderung der Schmerzen führte (allerdings ohne quantitative Messung über das Ausmaß der Schmerzreduktion).

Kyle 2006 wählte für seine Pilotstudie Sandelholz als Zusatz für Massagen bzw. zur Anwendung im Aromastone. Sandelholzöl wirkt entspannend und angstlindernd (vor allem in Verbindung mit einer Massage) und die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigten diese Annahmen.

Eine interessantes Projekt zum Thema ätherische Öle und Schmerz, allerdings in einem anderen Setting, wurde auch von Brock et al. (2008) durchgeführt, um die Frage zu klären, ob sich durch den Einsatz von ätherischen Ölen das Wohlbefinden von PatientInnen nach Schilddrüsenoperationen steigert und sich der Einsatz positiv auf die emotionale Schmerzverarbeitung auswirkt. Dafür wurden die ätherischen Öle einerseits lokal als Einreibung angewendet (Öle mit schmerzstillender, nerventonisierender Wirkung wie Cajeput oder Majoran), andererseits die Möglichkeit der Raumbeduftung mittels Aromastone (stimmungsaufhellende, konzentrationsfördernde und entspannende Öle wie Grapefruit, Bergamotte, Lavendel etc.) genutzt. Als Ergebnisse waren bei den Kriterien Wohlbefinden, Entspannung und Linderung von Schmerz im Schulter-Nacken-Bereich eine deutliche Steigerung nach den Einreibungen festzustellen. Von der Raumbeduftung profitierten nicht nur die PatientInnen, sondern auch deren Angehörige und BesucherInnen, sowie das (Pflege-) Personal.

Die Forschung zur Aromatherapie ist trotz vieler Studien noch im Anfangsstadium, denn ein Großteil der vorhandenen Studien zu Anwendungen von ätherischen Ölen ist aufgrund der zu geringen Zahl an ProbandInnen, unpräziser Assessmentinstrumente und unkorrekter statistischer Analyse nicht verallgemeinerbar und macht Vergleiche schwierig. Was die Studienteilnehmerzahl betrifft, so darf nicht vergessen werden, dass es auch nicht einfach ist, genügend geeignete TeilnehmerInnen in einem palliativen Setting zu rekrutieren, denn mit der Dauer der Studie kann sich der Zustand der meist schon Schwerkranken weiter verschlechtern oder evtl. versterben sie auch, sodass die Drop-out Rate manchmal sehr hoch ist. In vielen klinischen Studien wurden die Kontrollgruppen bzgl. Alter, Geschlecht, sozialem Umfeld u. dgl. nicht sorgfältig ausgewählt. Ein weiterer Mangel in zahlreichen Studien sind Schwächen im Studiendesign, vor allem bezüglich unklarer Angaben der Nomenklatur des Öles und Bias von Seiten der handelnden Personen. So stellt sich vor allem bei Aromamassagen oft die Frage, ob es wirklich die ätherischen Öle sind, die wirken, oder ob es vielleicht die Massage selbst ist, oder einfach die Tatsache, dass man dem/der PatientIn Aufmerksamkeit und Zeit schenkt? Mängel zeigen sich auch bei der Erhebung und Dokumentation von körperlichen und seelischen Veränderungen (Steflitsch W., Steflitsch M. 2007, S.93). Es gibt allerdings auch einige in der Hierarchie der evidenzbasierten Medizin hochwertige Studien, wie beispielsweise randomisiert-kontrollierte Studien. Andererseits stellt sich die Frage, ob das Thema Aromapflege, bei dem es bekanntlich um Ganzheitlichkeit geht, dafür überhaupt geeignet ist, denn dieser Ansatz könnte in der quantitativen Forschung verloren gehen.

Allgemein betrachtet kann man sicher sagen, dass die Anwendung ätherischer Öle, in welcher Form auch immer, eine komplementäre Methode ist, die bei PatientInnen gleichsam wie bei Pflegenden sehr populär ist, und, die Angst und Stress reduzieren, Entspannung und Ruhe fördern, Schmerzen und andere Symptome lindern und den Schlaf verbessern kann. Und damit zu vermehrtem Wohlbefinden und einer höheren Lebensqualität beitragen kann, was bekanntlich das primär angestrebte Ziel in der Palliativpflege ist.

Vor allem Auswirkungen auf die psychische Komponente werden bei den Studien immer wieder erwähnt, und diese darf bei KrebspatientInnen, die kurativ nicht mehr behandelt werden können, nicht außer Acht gelassen werden. Die Betroffenen werden vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben mit dem Tod konfrontiert, was verständlicherweise Angst und Traurigkeit auslöst. Dazu kommt die Unsicherheit, wie und vor allem wie lange das Leben noch weitergeht und nicht selten wird auch das „nicht gelebte Leben“ betrauert. Wichtig ist es demnach, unheilbar Kranken Möglichkeiten zur Entspannung anzubieten und sie auf andere Gedanken zu bringen und dafür eignen sich die angenehmen Düfte der ätherischen Öle ganz besonders.

Abgesehen davon ist die Aromapflege im Vergleich zu manchen Medikamenten eine relativ kostengünstige Methode, die bei richtiger Anwendung und Dosierung selten Nebenwirkungen hat und außerdem in fast allen medizinischen und pflegerischen Bereichen anwendbar ist.

Eine weitere sehr häufig eingesetzte komplementäre Pflegemethode ist die Anwendung von Wickel und Kompressen, die ich auf den nächsten Seiten näher beleuchten möchte.

8 WICKEL UND KOMPRESSEN/AUFLAGEN

Die Verwendung von Wickel und Kompressen ist seit Jahrhunderten in unseren Breiten als „Hausmittel“ bekannt und blickt auf eine lange Tradition und Geschichte zurück. Erste Hinweise auf Wickelanwendungen finden sich in Ägypten, wo ca. 1500 Jahre v. Chr. heißer Nilschlamm als Packung verwendet wurde. Hippokrates beschrieb im fünften vorchristlichen Jahrhundert Wärme- und Wasserwirkungen mittels Anwendung von Dampf, heißen Umschlägen und Kataplasmen.

Paracelsus (1493-1541) arbeitete u.a. mit Bädern und Heilpflanzen. Vinzenz Prießnitz (1799-1851) entwickelte 56 verschiedenen Anwendungsformen mit kaltem Wasser, davon 18 Wickelanwendungen. Bis heute werden Kaltwasserwickel als Prießnitzwickel bezeichnet. Ebenfalls im 19. Jahrhundert, jedoch unabhängig von V. Prießnitz entdeckte der bis heute weit bekannte Sebastian Kneipp (1821-1897) die Heilkräfte des kalten Wassers. Er wendete Güsse, Bäder, Wickel und Packungen an und verband die Erfahrungen der Kräuterheilkunde mit der Anwendung von Wickel und Kompressen (Bächle-Helde 2010, S.2; Thüler 1999, S.22). Auch nach ihm ist eine Form der Wickelanwendung benannt (siehe unten). Anfang des 20. Jahrhunderts sind mit Rudolf Steiner, dem Begründer der anthroposophischen Medizin, die heilsamen Kräfte von Wärme- und Kälteanwendungen mit natürlichen Zusätzen bekannt geworden. In den 1970er Jahren wurden die alten „Hausmittel“ von leicht zugänglichen und erschwinglichen Medikamenten zwar wieder an den Rand gedrängt, aber seit Ende der 1980er Jahre sind Wickel im Rahmen des wachsenden Gesundheitsbewusstseins und der Besinnung auf schonendere und natürliche Behandlungsmethoden wieder aktuell geworden (Bächle-Helde 2010, S.2; Sonn 2002, S.36; Thüler 2003, S.13f.).

Heute zählen Wickelanwendungen zu den komplementären Pflegemaßnahmen und werden, wie die Ergebnisse meiner Befragung (vgl. Kapitel 2) zeigen, vor allem in stationären Einrichtungen der Palliative Care sehr häufig und erfolgreich angewandt. Bevor ich auf die Wirkungsweise näher eingehe, möchte ich wesentliche Begriffe definieren.

8.1 Definitionen und Begriffe

In Österreichs stationären palliativen Einrichtungen werden laut der von mir durchgeführten Befragung ausschließlich Wickel und Auflagen/Kompressen durchgeführt, ich möchte jedoch zur Veranschaulichung auch weitere Formen von Wickelanwendungen kurz erklären:

- Wickel: darunter wird das zirkuläre Anlegen eines oder mehrerer Tücher um den ganzen Körper (Ganzkörperwickel) oder einen Körperteil (Teilwickel) verstanden; das innerste Tuch besteht aus mehreren Stofflagen und ist meist mit der entsprechenden Flüssigkeit getränkt oder mit einem Zusatz bestrichen. Die Wickeltücher sollten alle aus Naturmaterialien sein: als Innentuch verwendet man idealerweise Leinen oder Baumwolle, als Zwischentuch und zum Befestigen eignet sich Baumwolle und als Außentuch sollte reine Wolle verwendet werden, um die Wärme zu speichern. Die Wickel werden je nach dem Körperteil, den sie umhüllen, z.B. Wadenwickel, oder nach ihrem Wickelzusatz, z.B. Zitronenwickel, benannt.
- Auflagen, Umschläge oder Kompressen: werden meist synonym verwendet. Hier ist das Innentuch auf eine bestimmte Körperstelle begrenzt (z.B. Brust, Rücken). Auflagen, Umschläge und Kompressen werden jedoch meist zirkulär mit einem Außentuch um den ganzen Körper oder einen Körperteil eingewickelt. Einige Fachleute unterscheiden zwischen Auflagen und Kompressen in Bezug auf deren Größe: Kompressen bedecken kleine Flächen (z.B. Augenkompressen), Auflagen dagegen etwas größere (z.B. Nierenauflage). Ich werde jedoch die Begriffe Auflagen, Umschläge und Kompressen im Folgenden nicht unterscheiden.
- Kataplasmen: sind Breiumschläge mit pastenartigen Mitteln, in der Regel aus Pflanzenpulver oder -samen, z.B. Leinsamen

- Peloid: ist ein Brei- oder Pastenumschlag aus Moor, Lehm oder Schlamm, z.B. Fango oder Heilerde
- Packung: hierbei ist mindestens die Hälfte des Körpers von mehreren Tuschichten eingehüllt, z.B. eine Moorpackung
- Prießnitzwickel: sind nach dem Naturheilkundler Vinzenz Prießnitz benannt und bezeichnen einen Ganz- oder Teilwickel mit kaltem Wasser und trockener Wollumhüllung mit dem Ziel reaktiver Wiedererwärmung
- Kneipp-Wickel: sind Wickel mit heißem oder kaltem Wasser, mit oder ohne Zusätze. Diese Wickel werden typischerweise in drei Tuschichten (Leinen, Flanell, Wolle) angelegt.

(Sonn 2004 nach Bächle-Helde 2010, S.6f.; Bachmann 2009, S.439; Thüler 1988, S.13)

Wickel und Kompressen können, je nach Anwendungsform und Zusatz, bei Erwachsenen, Schwerstkranken und Sterbenden eingesetzt werden, bei großer Sorgfalt auch bei Kindern und Säuglingen (Buchmayr 2009b, S.3). Voraussetzung dafür ist das Wissen um die Wirkung, die Indikationen und die Kontraindikationen. Auf die Wirkungsweisen möchte ich nun näher eingehen.

8.2 Wirkungsweisen von Wickel/Kompressen

Wickel und Kompressen wirken nicht nur lokal, sondern allgemein auf die physische und psychische Befindlichkeit der PatientInnen. Sie unterstützen den Körper im Umgang mit Stress, Unwohlsein und Krankheit und können Schmerzen lindern. Das Einhüllen mit Tüchern vermittelt zudem ein Gefühl der Ruhe und des „Gehalten-Werdens“. Wichtig ist allerdings, dass stets nur

eine Wickelanwendung zu einem Zeitpunkt zum Einsatz kommt (Buchmayr 2009a, S.415).

Wickel und Kompressen können kalt, temperiert oder warm bzw. heiß angelegt werden. Die Wirkungsweise beruht immer auf einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren (vgl. Sonn 2004 nach Bächle-Helde 2010, S.7f.):

- Physikalische Wirkung: durch die Zufuhr von Wärme bzw. Kälte wird die Durchblutung der Haut beeinflusst. Dadurch wirken Wickel entweder beruhigend, entkrampfend und durchblutungsfördernd (Wärme) oder anregend auf Kreislauf und Stoffwechsel (Kälte).
- Wirkung des Heilmittels: Verwendet werden Frischpflanzen, getrocknete Pflanzen, Samen, Tees, Heilerde, (ätherische) Öle sowie diverse Nahrungsmittel wie Topfen, Kohl, gekochte Kartoffeln, Zwiebeln u.a. Zum einen wirken diese Heilmittel durch ihre spezifische phytotherapeutische Wirkung, zum anderen aber auch durch ihre Fähigkeit, Wärme bzw. Kälte zu speichern. Die Substanzen sollten von guter Qualität sein, wenn möglich aus kontrolliert-biologischem Anbau, denn sie werden direkt auf die Haut aufgebracht und auch von der Haut aufgenommen. Andernfalls könnte es zu unerwünschten Hautreaktionen kommen.
- Zuwendung, Ruhe, Nähe: die Nähe und die Berührung, mit der das Anlegen eines Wickels verbunden ist, gibt vielen kranken Menschen das Gefühl von Geborgenheit und Wohlbefinden und sie können dadurch Vertrauen entwickeln. Die mit der Wickelanwendung verbundene Ruhephase oder auch die Nachruhezeit wirken sich ebenfalls positiv aus.
- Reflektorische Beeinflussung und Stärkung innerer Organe: Bestimmte Hautareale (Head'sche Zonen) sind via Rückenmark nervös-reflektorisch mit inneren Organen verbunden. Bei äußeren Wärmeanwendungen auf dem betreffenden Hautareal wird ein kuti-viszeraler

Reflex ausgelöst und reflektorisch eine Durchblutungssteigerung des damit verbundenen inneren Organs erreicht (Georg 1995, S.20). Außerdem können Organe und deren Funktionen mit Hilfe von Wickelanwendungen gestärkt werden. Ein Beispiel dafür wäre die regelmäßige Anwendung von Blasenkompressen bei rezidivierenden Harnwegsinfekten.

Wie aus den obigen Beschreibungen hervorgeht, beschränkt sich die Wirkung eines Wickels bzw. einer Komresse nicht auf den Körperteil, an dem er/sie angelegt wurde, sondern beeinflusst den menschlichen Organismus in seiner Ganzheit. Bei manchen Anwendungen steht die physikalische Wirkung im Vordergrund, bei anderen wiederum eher die des Zusatzes. Im Folgenden möchte ich nun auf einige Anwendungen näher eingehen.

8.2.1 Warme/heiße Wickel und Kompressen

Die Anwendung heißer Wickel und Kompressen ist passive Wärmezufuhr, wodurch die Durchblutung nicht nur an der direkt mit dem Wickel in Berührung kommenden Hautpartie (über nervös-reflektorische Reize werden auch innere Organe besser durchblutet) erhöht wird. Dadurch gelangen mehr Nährstoffe und Sauerstoff zu den Zellen bzw. wird der Abtransport von Abbaustoffe beschleunigt. Die Wärme führt zu einer Entkrampfung und Entspannung der Muskulatur und schenkt Wohlbefinden. Wichtig ist, dass so ein Wickel auch wirklich warm ist (er sollte mindestens 15 Minuten lang warm bleiben, wenn er Erfolg haben soll), aber die Temperatur muss für den/die PatientIn natürlich erträglich sein, was zuerst an der Innenseite des Unterarms geprüft werden muss (Thüler 2003, S.32f.).

Heiße Wickel können feucht oder trocken angewendet werden. Feuchte Wickel besitzen auf Grund des dabei verwendeten Wassers eine größere Leitfähigkeit. Warme/heiße Wickel mit Wasser (evtl. mit ätherischen Ölen versetzt), Tee, Kartoffeln, Heublumen oder Leinsamen sind besonders wirkungsvoll. Neben der bereits erwähnten verbesserten Durchblutung und dem

optimalen Transport von Nährstoffen und Sauerstoff werden auch Stoffwechsel-Abbauprodukte wie Harnstoff, Harnsäure u.dgl. über die Haut (bekanntlich das größte Ausscheidungsorgan des Körpers) schneller ausgeschieden. Die Entspannung der Muskeln führt zu einer Linderung von Schmerzen, die Verdauungsorgane werden angeregt, etwaige Krämpfe können gelöst werden (Buchmayr 2009a, S.416). Ich möchte nun Beispiele von warmen/ heißen Wickeln, deren Anwendungsmöglichkeiten und Wirkungen bringen.

8.2.1.1 Kartoffelwickel

Der Kartoffelwickel (auch „Bauernfango“ genannt) ist einer der häufigsten angewendeten Wickel, da er sehr vielseitig verwendet werden kann und Kartoffeln das ganze Jahr über leicht erhältlich sind. Sie sind lang anhaltende Wärmespender mit besonderer Tiefenwirkung und eignen sich eigentlich überall dort, wo man Wärme zuführen will, ganz besonders bei Verspannungen und Schmerzen in Nacken und Schulter, bei chronischen Gelenksbeschwerden, bei Halsschmerzen, Bauchschmerzen, Blähungen, Harnwegsinfekten, zur Unterstützung und Entgiftung der Leber (Leberwickel) u.v.a.m. Dabei werden zerdrückte gekochte Kartoffel mittels Tüchern an der entsprechenden Körperstelle aufgebracht und diese zirkulär eingehüllt. Wichtig ist davor eine Temperaturkontrolle am Unterarm. Der Kartoffelwickel kann bis zu einer Stunde und länger belassen werden, sofern es von dem/der PatientIn als angenehm empfunden wird und einmal täglich über mehrere Tage bis Wochen angewendet werden. Kontraindiziert ist er bei Menschen mit hohem Blutdruck, Herzkrankheiten, Diabetes und bei Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten, sowie bei Säuglingen und Kleinkindern. (Buchmayr 2009a, S.416f.; Thüler 2003, S.39f.)

8.2.1.2 Feucht-heiße Bauchwickel mit oder ohne Zusätze

Starke Schmerzmittel, aber auch Chemotherapien und Bestrahlungen haben oft Übelkeit und/oder Erbrechen zur Folge. Diese führen zu einer Entkräftigung, Gewichtsabnahme und Dehydration der ohnehin schon geschwächten PatientInnen. Um eine Linderung der Symptome auf naturheilkundlicher Basis zu erzielen, bieten sich feucht-heiße Bauchwickel an, die den Magen-Darm-Trakt entkrampfen und damit Schmerzen und Unruhe lindern und Wohlbefinden fördern können. Die Wärme regt die Durchblutung der Haut an und verbessert den Stoffwechsel, der Rückgang des Übelkeitsgefühls wird beschleunigt. Durch die spezifische Wirkung von verschiedenen Zusätzen (ätherische Öle, Heilkräuter usw.), die über die feinen Blutgefäße der Haut in den Organismus gelangen, kann diese Wärmewirkung noch in eine gezielte therapeutische Richtung gelenkt werden. Bei PatientInnen mit Übelkeit und/oder Erbrechen können Kamille, Melisse oder Schafgarbe als Zusätze verwendet werden.

Sonstige Indikationen für feucht-heiße Wickel mit Zusätzen sind: Bauchschmerzen durch Blähungen und Verkrampfungen, Gallenkoliken, Blasenentzündungen, Obstipation, Nervosität, Unruhe und Schlafstörungen bzw. zur Unterstützung der Leberfunktion (vgl. oben) (Zimbelmann, Seeling 2009, S.130f.).

8.2.1.3 Dampfkompresse

Bei der Dampfkompresse geht es um die größtmögliche Zufuhr feuchter Wärme. Dazu wird das mehrfach gefaltete Innentuch mit kochend heißem Wasser übergossen, so gut wie möglich ausgewrungen und in einem trockenen, vorgewärmten Zwischentuch eingewickelt. Die Wärme breitet sich über das Zwischentuch, welches sich ein wenig anfeuchtet, auf der Haut aus. Die Kompresse wird mit einem Wolltuch auf der entsprechenden Körperstelle befestigt und dort, solange sie warm ist (ca.15 Minuten), belassen. Evtl. kann zusätzlich eine Wärmeflasche auf die ausgesuchte Körperstelle gelegt wer-

den. Auf Wunsch können dem kochenden Wasser auch noch ein paar Tropfen eines ätherischen Öles, z.B. Lavendel (zur Beruhigung) oder Thymian (bei Husten) beigelegt werden. Nach der Behandlung sollte der/die PatientIn mindestens 30 Minuten warm zugedeckt nachruhen.

Die Dampfkompresse ist besonders wirkungsvoll bei Verspannungen, bei Magen-Darmkrämpfen, Verdauungsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Nervosität etc. Bei Sensibilitätsstörungen, Gefäßschädigungen und bewusstseinsgetrübten bzw. verwirrten PatientInnen ist sie, wie alle heißen Wickelanwendungen, kontraindiziert (Baye, Seeling 2007, S.931; Thüler 2003, S.36f.). In meiner Befragung relativ häufig erwähnt wurde die Anwendung als Leberkompresse, u.a. mit Schafgarbe, die ich deshalb kurz beschreiben möchte.

8.2.1.4 Leberkompresse mit Schafgarbe/ Schafgarbenwickel

Die sogenannte Schafgarbe (*Achillea millefolium*) ist eine äußerst genügsame Pflanze, die in verschiedenen Arten in ganz Europa verbreitet ist. Sie wirkt verdauungs- und gallenflussfördernd, erwärmend, krampflösend und schmerzlindernd. Bei der äußerlichen Anwendung in Form einer Leberkompresse verstärkt sie die krampflösende Wirkung der feuchten Wärme und regt den Stoffwechsel und die Entgiftungsfunktion der Leber an. Die Leberkompresse wird wie die Dampfkompresse zubereitet, nur wird das Wasser durch Schafgarbentee ersetzt (ein bis zwei gehäufte Teelöffel Schafgarbe mit einem halben Liter kochenden Wasser übergießen und drei bis fünf Minuten ziehen lassen). Die Kompresse wird dann im Bereich des rechten Oberbauches so heiß, wie der/die PatientIn es toleriert, aufgelegt und wenn sie ausgekühlt ist (nach ca. 20 Minuten) entfernt. Evtl. kann sie auch mittels Wärmeflasche länger warm gehalten werden. Wichtig ist, danach noch mindestens eine halbe Stunde zu ruhen.

Der Schafgarbenwickel hilft auch bei erhöhtem Oberbauchkapseldruck, der durch Raumforderungen (Tumore oder Metastasen) entsteht: Diese verändern die Größe, Form und Beschaffenheit des Organs, was einen erhöhten

Druck des veränderten Lebergewebes auf die umgebende bindegewebige Kapsel zur Folge hat und bei dem/der Betroffenen zu einem Druckgefühl im rechten Oberbauch führt (Heilmann-Wagner 2010, o.S.). Bei Bauchschmerzen durch Blähungen oder Krämpfe, sowie bei Obstipation, Verdauungsstörungen und Blasenentzündungen kann der Schafgarbenwickel über den ganzen Bauch angelegt werden (Thüler 2003, S.49; Trevelyan 1997, S.154).

8.2.2 Temperierte Wickel/Kompressen

Temperierte Wickelanwendungen haben eine Temperatur bis max. 37°C (körperwarm). Es geht demnach nicht um einen Temperaturreiz, sondern um die zugesetzte Substanz und eine milde Durchwärmung. Manche Substanzen, wie beispielsweise Zwiebeln, können in temperierter Form mehr Wirkstoffe entfalten und andererseits gibt es Beschwerden, gegen die ein körperwarmer Wickel am besten hilft (Thüler 2003, S.54). Viele Wickelzusätze, die in temperierten Zustand zur Anwendung kommen, enthalten ätherische Öle, welche die Wirkung des Wickels maßgeblich verstärken. Eine einfach vorzubereitende, duftende und wirksame Wickelanwendung ist die sogenannte temperierte Ölkomprese: Die Mehrheit der ätherischen Öle wirkt, wie bereits in der Aromapflege beschrieben, wachstumshemmend und abtötend auf Krankheitserreger sowie anregend oder entspannend. Als Wickelzusatz werden sie einerseits über die Haut, andererseits via Atem über die Nase und die Schleimhäute der oberen Atemwege, wo sie auch lokal desinfizierend und bakterienhemmend wirken, aufgenommen. Wichtig ist, wie bei der Aromapflege, die Verwendung von 100% naturreinen Ölen. Einige Tropfen des ätherischen Öles (z.B. Melisse, Thymian oder Pfefferminze regen zu einer verbesserten Durchblutung von Leber und Galle an) werden mit einem Esslöffel fetten Öl (Olivenöl wirkt durchblutungsanregend; Sesamöl wirkt entgiftend; Johanniskrautöl wirkt schmerzlindernd; tierische Fette wirken wärmend) vermischt und auf ein mehrfach gefaltetes Baumwolltuch geträufelt. Dieses wird in ein Plastiksäckchen gegeben und zwischen zwei

Wärmeflaschen gelegt und auf ca. 37°C (körperwarm) erwärmt. Danach wird die temperierte Ölkompresse ohne Plastik auf den betreffenden Körperteil gelegt, mit Rohwolle bedeckt und fixiert. Nach Belieben kann auch noch eine Wärmeflasche dazugelegt werden. Aber eigentlich regen die ätherischen Öle den Körper dazu an, eigene Wärme zu produzieren. Die fetten Öle haben die Eigenschaft, die Körperwärme über Stunden oder eventuell auch über die ganze Nacht zu erhalten (Riehm 2006, S.199).

Wickel/Kompressen mit ätherischen Ölen sind vor allem bei depressiven Verstimmungen eine duftende, wirksame und entspannende Unterstützung. Der temperierte Wickel wird von den PatientInnen oft als angenehmer empfunden als beispielsweise der Kartoffelwickel und vermittelt ein Gefühl, das wie eine Art „Streicheleinheit“ wahrgenommen wird. Er ist vor allem für PatientInnen geeignet, die von Krankheit und Schmerz erschöpft und von den Schmerzen auch psychisch sehr mitgenommen sind, und kommt deshalb in der Palliativpflege sehr häufig zum Einsatz (Buchmayr 2009a, S.419f.; Thüler 2003, S.58f.).

8.2.3 Kühle/kalte Wickel und Kompressen

Kälte führt zu einer Engerstellung der Blutgefäße wodurch die Durchblutung gesenkt und der Zellstoffwechsel herabgesetzt wird. Kälte hemmt auch das Bakterienwachstum und damit den Entzündungsprozess, die Aufnahme- und Leitfähigkeit der schmerz- und temperaturempfindlichen Nervelemente wird stark vermindert, die Schmerzempfindung wird somit herabgesetzt. Solche Maßnahmen sind bei akuten traumatischen Verletzungen (Verstauchungen, Prellungen u.dgl.), bei akuten Entzündungen und Gelenksschmerzen, Fieber, Verbrennungen und zur Blutstillung indiziert. Die Wirkung der Kälte kann dadurch verstärkt werden, dass der Wickel nass aufgelegt wird. Wichtig bei kühlen/kalten Wickeln und Auflagen ist, dass die Anwendung nur bei einem warmen Körper bzw. Körperteil erlaubt ist und mit Sorgfalt überwacht werden muss, um bleibende Schäden durch Unterkühlung zu vermeiden. Eisbeutel sollten auch nie direkt auf die Haut gelegt

werden, sondern immer in Stoff eingewickelt. Die Kälteanwendung darf nur so lange stattfinden, solange die betroffene Hautstelle noch gerötet ist (Buchmayr 2009a, S.419; Thüler 2003, S. 74).

Als Beispiele für kühle/kalte Wickelanwendungen möchte ich fiebersenkende Wadenwickel und Topfenwickel kurz vorstellen (beide kommen laut meiner Umfrage in österreichischen Hospizen und auf Palliativstationen zur Anwendung).

8.2.3.1 Fiebersenkende Wadenwickel

Wadenwickel sind eine traditionelle Maßnahme zur Fiebersenkung, die nur selten Nebenwirkungen hat und von den meisten Kranken gut angenommen wird.

Der grobe Anhaltspunkt für deren Einsatzbeginn ist eine rektal gemessene Körpertemperatur von über 39°Celsius. Die Phase des Fieberanstiegs sollte beendet sein, der/die PatientIn sollte nicht mehr zittern und über kein Kältegefühl klagen. Im Gegensatz zur medikamentösen Therapie wird durch die Anwendung von Wadenwickeln nicht in die Fieberentstehung eingegriffen (Mensdorf 2008, S.226).

Die kalten Wickel sollen dem Körper Wärme entziehen und müssen deshalb immer wieder erneuert werden, damit sie anhaltend kalt bleiben. Andernfalls fordern sie den Körper durch kurzen Kältereiz zur Wiedererwärmung auf, was genau das Gegenteil einer Fiebersenkung zur Folge hat. Die Wadenwickel reichen vom Fußgelenk bis zur Kniekehle und werden immer beidseitig angelegt. Dem Wasser, das eine Temperatur von max. 5°Celsius unter der Körpertemperatur des/der Fiebernden haben soll, können ätherische Ölmischungen mit Bergamotte, Eukalyptus oder Pfefferminze, sowie etwas Essig oder Zitronensaft zugefügt werden. Die nassen Innentücher müssen gewechselt werden bevor sie warm sind (ca. nach zehn Minuten). Dieser Vorgang wird drei bis vier Mal wiederholt, die Gesamtdauer beträgt demnach etwa 30-40 Minuten. Danach sollte der/die PatientIn dünn zugedeckt mindestens 30 Minuten nachruhen. Bis zur nächsten Anwendung eines

Wickeldurchgangs muss eine mehrstündige Pause eingelegt werden, um den Kreislauf des/der Fiebernden nicht zu stark zu belasten, meist reicht jedoch schon eine Serie aus, um das Fieber zu senken (Mensdorf 2008, S.227; Key 2007, S.132f.) Wadenwickel dürfen nur angewendet werden, wenn der gesamte Körper des/der Kranken warm ist. Sollte er/sie trotz Fieber kalte Füße haben und diese sich nicht erwärmen lassen, kann man zur Fiebersenkung auch einen kalten Bauchwickel, der ebenfalls vor Erwärmung gewechselt wird, machen. Bei der ersten Anwendung sollte man jedoch temperiertes Wasser nehmen und es dann, je nach Verträglichkeit, beim jeweiligen Wechsel abkühlen (Thüler 2003, S.75).

8.2.3.2 Topfenwickel

Topfen enthält Kasein (ein phosphorsäurehaltiges Protein), das bei Entzündungen die veränderten Stoffwechselaktivitäten wieder auszugleichen versucht. Kommt der Topfen mit der Haut in Berührung, leitet er einen Milchsäureprozess ein und wirkt anziehend auf Entzündungsstoffe, welche durch die saure Substanz abgeleitet werden. Er regt die Durchblutung an, wirkt abschwellend, kühlend, entzündungshemmend, entgiftend, schleim- und krampflösend, sowie schmerzlindernd. Angewendet wird er bei akuten Entzündungen, welche Gelenke oder Sehnen betreffen, bei oberflächlichen Venenentzündungen (z.B. durch Venflons), bei rheumatischen Beschwerden, Insektenstichen, Gicht, Prellungen, Verstauchungen, Hämatomen u.v.a.m. Auch auf „offene Beine“ (Ulcus cruris) infolge venöser Durchblutungsstörungen kann Topfen aufgelegt werden. Welcher Topfen für Wickelanwendungen verwendet wird ist nicht so wichtig – Magertopfen wird meist bevorzugt, da er fester ist, weniger nässt und zudem auch noch kostengünstiger ist. Er sollte nicht direkt auf die Haut gelegt werden, sondern in ein Baumwolltuch eingepackt werden. So lässt er sich auch leichter entfernen. Eventuell können dem Topfen auch ätherische Öle (z.B. Lavendel) zugefügt werden.

Voraussetzung, wie bei allen kalten/kühlen Wickeln und Auflagen, ist ein gut durchwärmter Körper. Die Anwendung kann im Prinzip solange erfolgen, bis

der Topfen bröckelig oder warm geworden ist und mehrmals wiederholt werden (Buchmayr 2009a, S.419; Thüler 2003, S.87; Uhlemayr 2009, S.13).

8.2.4 Hautreizende Wickel

Diese Formen der Wickel sind bei Schwerstkranken und Sterbenden kontraindiziert und werden hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Die bekanntesten Zusätze dieser Art sind Senfmehl, Kren/Meerrettich und Ingwer. Sie wirken stark wärmend, durchblutungsanregend, verdauungsfördernd, muskelentspannend, schmerzlindernd, entzündungshemmend und schleimlösend. Ihr Einsatz erfolgt vor allem bei sehr verspannter und schmerzender Muskulatur, bei Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Verdauungsbeschwerden und Blasenentzündungen. Er muss sehr vorsichtig überwacht werden, da es bei zu langer Einwirkungsdauer zu Hautverbrennungen kommen kann. Die häufigsten Anwendungsformen sind der Brustwickel mit Senf, die Rücken- oder Brustkompressen mit Senf, die Nackenkompressen mit Meerrettich oder die Brustkompressen mit Ingwer (Bachmann, Längler 2005, S.76f.; Thüler 2003, S.67f.). Ich möchte zur besseren Veranschaulichung auch eine Studie zu hautreizenden Wickeln vorstellen und zwar die „Ingwerstudie“ von Glaser et al. (2001). Diese Beobachtungsstudie wurde in einer anthroposophischen Klinik bei PatientInnen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern durchgeführt, um die Frühwirkungen von Ingwer (*Zingiberis officinalis*) als äußere Anwendung darzustellen. Die PatientInnen erhielten Ingwerwickel je nach Krankheitsbild an verschiedenen Stellen des Körpers, z.B. auf den Brustkorb, auf Gelenke oder als Nierenauflage. Die meisten PatientInnen erlebten eine Beruhigung und Vertiefung der Atmung, eine „mollige Durchwärmung“ des ganzen Körpers sowie ein Gefühl der Entspannung. PatientInnen mit Erkrankungen der Atemwege (Asthma bronchiale, Bronchitis u. dgl.) schilderten eine verbesserte Sekretlösung mit Hustenreiz. Bei dieser Gruppe zeigte sich auch die deutlichste Verbesserung des Krankheitsverlaufs. Jene ProbandInnen hingegen, die an Tumorerkrankungen litten, zeigten nach der Anwendung von Ingwerwickeln eine negative

Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, was die oben gestellte Behauptung, hautreizende Wickelanwendungen wären bei Schwerstkranken und Sterbenden kontraindiziert, bestätigt.

Die weitverbreitete Annahme, dass mit dem Einsatz von Methoden aus der Naturheilkunde oder sogenannten „Hausmittelchen“ kein Schaden angerichtet werden kann wurde ebenfalls widerlegt. Auch komplementäre Pflegemethoden müssen sehr sorgsam und mit Bedacht angewendet werden und das Anlegen von Wickeln und Kompressen erfordert einiges an Fachwissen.

8.3 Das Anlegen eines Wickels allgemein

Bevor ein Wickel oder eine Komresse angelegt wird, muss der/die PatientIn über die Vorgehensweise sowie Sinn und Zweck der Anwendung informiert und etwaige Allergien im Vorfeld abgeklärt werden. Außerdem muss ausreichend Zeit für die Anwendung und eine ungestörte Nachruhe eingeplant werden. Prinzipiell können Wickel zu jeder Tageszeit verabreicht werden. Größere Wickel (mit Ausnahme der verdauungsfördernden Leberkompressen und Bauchwickel) sollten jedoch nicht sofort nach Mahlzeiten angewendet werden. Beruhigende Wickel eignen sich natürlich abends besonders gut (Thüler 2003, S.23f.).

Das verwendete Material sollte idealerweise aus Naturfasern bestehen und kein synthetisches Gewebe enthalten. Das Innentuch ist der Träger der Wirksubstanz und sollte, wie bereits erwähnt, aus Baumwolle oder Leinen sein. Die Größe richtet sich nach der gewünschten Auflagenfläche. Das Zwischentuch sollte das Innentuch in der Größe überragen. Das Außentuch bedeckt beide Tücher vollständig und wird in der Regel zirkulär um den Körper(teil) gewickelt. Wichtig ist, dass keine Falten entstehen und die Tücher eng anliegend gewickelt werden, sodass keine „Luftlöcher“ entstehen, da diese einen warmen/heißten Wickel schneller abkühlen lassen würden.

Bei feuchten Wickelanwendungen im Bett sollte ein Bettschutz verwendet werden, der allerdings nicht zirkulär um den Körper gewickelt werden darf, da es sonst zu einem ungewollten Wärmestau kommt.

Die Auflagedauer des Innentuches kann je nach Anwendung variieren, primär zählt das Befinden des/der PatientIn. Empfindet er/sie den Wickel als unangenehm, muss dieser sofort entfernt werden.

Die Nachruhezeit ist genauso wichtig, wie die eigentliche Auflagezeit, denn dann verarbeitet der Körper die Substanz. Sie sollte mindestens 30 Minuten dauern (Bachmann, Längler 2005, S.59f.; Riehm 2006; S.195f.). Wickelanwendungen sollten nur von Pflegepersonen durchgeführt werden, die auch das notwendige Wissen zu Wirkung, Indikationen und Kontraindikationen haben. Bei unsachgemäßer Anwendung kann es zu Verbrennungen, Verbrühungen und/oder allergischen Reaktionen kommen.

8.4 Wickelanwendungen in der Palliative Care

Besonders in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden, die in ihrer Wahrnehmung vielleicht schon eingeschränkt sind, können Wickel und Auflagen nicht nur manches Medikament ersetzen, sondern auch wichtige Nähe und Zuwendung vermitteln. In einem Wickel „eingehüllt“ zu sein, vermittelt körperliche Nähe und Geborgenheit, lässt eigene Körpergrenzen spüren und gibt dadurch Orientierung. Gerade in der Palliative Care kann mit Wickelanwendungen der Körper sanft in seiner Eigenaktivität unterstützt werden, ohne ihn zu überfordern oder den Kreislauf zu belasten (Riehm 2006, S.194). Eine Wickelanwendung orientiert sich aber auch an dem aktuellen Zustand des/der Betroffenen. Bei besonders geschwächten Menschen wird eher eine temperierte, milde Wärme gewählt und zu starke Reize vermieden, da diese sie noch mehr schwächen (Sonn 2002, S.37). Pflegende müssen feststellen, welche Anwendung im Sinne der ganzheitlichen Pflege angebracht ist, damit Körper, Seele und Geist gleichermaßen und adäquat angesprochen werden (Heilmann-Wagner 2010, S.42). Wickelanwendungen stoßen gerade bei älteren Menschen meistens auf eine hohe Akzeptanz und

wecken positive Erwartungen, da sie vielen noch von früher bekannt und vertraut sind. Außerdem mögen sie es, wenn sie umsorgt werden und Berührungskontakt stattfindet und ihnen „nicht nur eine Tablette“ verabreicht wird. Der Einsatz von Wickeln und Auflagen bringt häufig eine Linderung bei Unruhe, Schlafstörungen, Obstipation, Verspannungen, Schmerzen und sie helfen speziell bei Erkrankungen, die die Leber belasten (Buchmayr 2009b, S.4). Damit können unnötige Medikamentengaben, die häufig unerwünschte Nebenwirkungen haben, vermieden oder zumindest hinausgezögert bzw. vermindert werden. Sollten sie dennoch unumgänglich sein, lindern Wickel und Kompressen mögliche Nebenwirkungen wie Übelkeit, Verdauungsprobleme etc. Auch auf die psychische Befindlichkeit nehmen Wickelanwendungen Einfluss: Die Berührung und Nähe sowie das „zur Ruhe kommen“, mit denen das Anlegen eines Wickels zwangsläufig verbunden ist, weckt in vielen alten und/oder kranken Menschen ein Gefühl von Vertrauen, Geborgenheit, Entspannung und allgemeinen Wohlgefühl (Sonn 2002, S.36).

Zur Wirksamkeit von Wickeln und Kompressen in der Palliativpflege gibt es bisweilen kaum wissenschaftliche Studien – meist handelt es sich um Erfahrungsberichte, Projekte oder kleineren Untersuchungen (Belzner 1997; Hammerer 1994; Reich 1995; Zegelin-Abt 1997;). Die Defizite sind ähnlich wie bei Studien zur Aromatherapie: zu geringe Anzahl an ProbandInnen, ungenügende Randomisierung, schlechte Operationalisierung der Messkriterien und mangelhafte statistische Auswertung. Dennoch möchte ich auf ein paar Forschungsarbeiten auch aus anderen medizinischen und pflegerischen Bereichen näher eingehen.

Reich (1995) untersuchte die Wirkung von Topfenaufgaben bei oberflächlichen Venenentzündungen und kam zu dem Ergebnis, dass diese eine geeignete Alternative zu den herkömmlichen Behandlungsmethoden (z.B. heparinhaltige Salben) sind. Außerdem dürfe nicht außer Acht gelassen werden, dass der Zeitaufwand relativ gering ist und diese Art der Behandlung von den PatientInnen in der Regel als sehr angenehm empfunden wird und bei sämtlichen ProbandInnen eine Schmerzlinderung bewirkte.

Belzner (1997) untersuchte die Wirkung von Eukalyptusöl-Kompressen bei PatientInnen mit Harnverhalten nach lumbaler Bandscheibenoperation. Die Wirksamkeit dieser Komresse setzt sich aus drei Teilaspekten zusammen: ein Aspekt ist die physikalische Wirkung. Die Wärme der Komresse führt zu einer Durchblutungssteigerung und Entspannung. Dazu kommt die harntreibende und krampflösende Wirkung des Eukalyptusöles. Außerdem muss die psychosoziale Komponente erwähnt werden, zu der die Zuwendung seitens der Pflegepersonen zählt. Durch die Anwendung der Eukalyptusöl-Komresse konnte die Zahl der Einmalkatheterisierungen aufgrund von Harnverhalten um über die Hälfte reduziert werden. Die Eukalyptusöl-Komresse ist also eine angenehme und schmerzlose Methode, um den PatientInnen das Urinieren nach Bandscheibenoperationen zu erleichtern und Einmalkatheterisierung zu vermeiden.

Hammerer (1994) führte eine Untersuchung zur Wirkung von Ölaufgaben mit ätherischem Lavendelöl als Hilfe bei Einschlafstörungen, Unruhe, Angst und Hustenreiz durch. Die Komresse mit fünfprozentigem Lavendelöl wurde einmal täglich auf dem Brustkorb aufgelegt, meist wurde sie mit einem zirkulär gewickelten Außentuch fixiert. Unmittelbar vor und 30 Minuten nach der Ölaufgabe wurden die Atemfrequenz, die Atemtiefe und subjektive Äußerungen des/der PatientIn erfasst. Die Ergebnisse zeigten eine Verlangsamung der Atemfrequenz und die Atmung ging nach der Ölaufgabe von einer oberflächlichen zu einer tiefen Atmung über. Bei chronischen Atemwegserkrankungen konnte eine hustenreizstillende Wirkung erzielt werden. Die Aussagen der PatientInnen waren überwiegend positiv – sie empfanden die Auflagen bzw. Wickel als sehr wohltuend und angenehm riechend.

Wylegalla (2009) wollte ebenfalls die Wirkung von Lavendelöl testen. Er machte eine prospektiv, randomisiert-kontrollierte Untersuchung zu der Wirkung von Lavendelölaufgaben im Vergleich mit Mandelölaufgaben bei 133 onkologischen PatientInnen mit Schlafstörungen. Die PatientInnen der Interventionsgruppe erhielten an fünf aufeinanderfolgenden Abenden Auflagen mit Lavendel-Pflegeöl (ein Prozent ätherischer Anteil). Die PatientInnen der Kontrollgruppe erhielten zu den jeweils gleichen Zeiten Auflagen mit Mandel-

Pflegeöl (keine ätherischen Anteile). Die Ergebnisse zeigten Ölaufgaben als eine geeignete Methode, um den Schlaf in Bezug auf die Gesamtschlafdauer, die subjektive Schlafqualität und das Gefühl des Erholtseins nach dem Schlaf positiv zu beeinflussen. Der Zusatz des ätherischen Öles scheint jedoch nicht die entscheidende Komponente zu sein. Es bedarf weiterer Studien, um die Aspekte der Wärme und der Zuwendung näher zu untersuchen.

Eine Studie zur Fiebersenkung durch Wadenwickel führte Faschingbauer (1995) durch: Auf einer neurochirurgischen Intensivstation wurde untersucht, wie sich die Anwendung eines Zitronenwickels auswirkt. Zehn PatientInnen erhielten als fiebersenkende Maßnahme einen Zitronenwickel, 13 PatientInnen erhielten eine Paracetamolgabe von 1000 mg als Zäpfchen und zehn PatientInnen wurden mit der Kombination Zitronenwickel und 500mg Paracetamol als Zäpfchen behandelt. Die Beobachtungsdauer betrug vier Stunden und es wurde der Verlauf der Temperatur und des Sauerstoffpartialdruckes (pO_2) in Abhängigkeit von der Zeit beurteilt. Das Verhalten des Sauerstoffpartialdruckes wurde in die Studie mitaufgenommen, da man mit sinkender Temperatur eine Zunahme des pO_2 erwartete und je nach gefundener Abhängigkeit auch Rückschlüsse auf die Verträglichkeit der verschiedenen Anwendungen möglich sind. Beim Zitronenwickel konnte die Temperatur um $0,18^\circ\text{Celsius}$ pro Stunde gesenkt werden und man konnte eine lineare Abhängigkeit der Temperatur von der Zeit erkennen. Bei der Paracetamolgabe beobachtete man zuerst ein zügiges Sinken der Temperatur in den ersten zwei Stunden, das sich jedoch nicht fortsetzt, sondern am Ende der Überwachungszeit hat die Temperatur fast wieder den Ausgangswert erreicht. Das beste Ergebnis hinsichtlich der Temperatursenkung erzielte man mit der Kombination Zitronenwickel und Paracetamolgabe. Hier ist der Zusammenhang zwischen Temperatur und Zeit linear, und die Temperatur konnte um $0,22^\circ$ pro Stunde gesenkt werden. Die Beobachtung des Sauerstoffpartialdruckes zeigte bei den PatientInnen, die nur den Zitronenwickel bekamen die stärkste Zunahme des pO_2 bei fallender Temperatur, was für die schonende Wirkungsweise dieser physikalischen Maßnahme spricht.

Zur Ergänzung möchte ich noch drei Studien vorstellen, die an einer großen rheumatologischen Klinik in Israel durchgeführt wurden und in deren Rahmen die Wirkung von Lehmkompressen bei PatientInnen mit Osteoarthritis bzw. rheumatoider Arthritis erforscht wurde:

Flusser et al. (2002) führten dazu eine prospektive Doppelblindstudie an 58 PatientInnen mit Osteoarthritis im Knie durch, die bereits seit mindestens zwölf Monaten an Schmerzen litten. 40 PatientInnen erhielten Kompressen mit mineralreichem, natürlichem Lehm fünf Mal in der Woche für eine Gesamtdauer von drei Wochen. Die Kontrollgruppe, bestehend aus 18 ProbandInnen, erhielt ebenso häufig mineralarme Lehmkompressen. Die Knieschmerzen konnten durch den Einsatz von Lehmkompressen, allerdings nur in ihrer natürlichen mineralreichen Form signifikant gesenkt werden und zwar bis zu einem Monat nach der letzten Anwendung.

Sukenik et al. (1992) untersuchten die Wirkung von Lehm bei rheumatoider Arthritis: 28 davon betroffene PatientInnen erhielten zwei Wochen lang einmal täglich eine 40°Celsius warme Lehmauflage auf Arme, Beine, Nacken oder Rücken. Die Hälfte von ihnen erhielt allerdings Kompressen mit „ausgewaschenem“ schwach konzentriertem Lehm (Kontrollgruppe). Auch bei dieser Studie zeigten die Ergebnisse der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in den gemessenen Parametern, wie beispielsweise Morgensteifigkeit, Stärke des Händedrucks u.a.

Codish et al. (2005) wollten ebenfalls die Wirkung von Lehmkompressen bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis untersuchen. Sie führten zu diesem Zweck eine randomisiert-kontrollierte Doppelblindstudie an 45 PatientInnen durch. Die Interventionsgruppe erhielt fünf Mal in der Woche für einen Zeitraum von drei Wochen mineralreiche natürliche Lehmkompressen auf die Handgelenke aufgelegt, die Kontrollgruppe erhielt Kompressen mit mineralarmen Lehm. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten allerdings eine erfolgreiche Reduzierung der Schmerzen und Schwellungen bei beiden Gruppen, das Spannungsgefühl in den Handgelenken hat ebenfalls bei beiden Gruppen nachgelassen. Die Verbesserungen hielten bis zu einem Monat nach der letzten Behandlung an.

Das Interesse an Wickelanwendungen hat auf der einen Seite stark zugenommen – Ulmer et al. zeigten in ihrer Untersuchung zum Einsatz von „Hausmitteln“ in der Pflege auf, dass die Anwendung von Wickeln und Auflagen mit 58,2% im oberen Drittel liegt (Ulmer et al. 2001, S.194). Laut einer Untersuchung von Siegenthaler und Adler (2006) im Inselspital Bern sind Wickel/Kompressen dort sogar die häufigste empfohlene und angewandte komplementäre Methode unter Pflegenden.

Auf der anderen Seite gibt es auch den aus dem Spardruck resultierenden Zeitdruck, welcher als das häufigste Abwehr-Argument gegen die Nutzung von Wickel und Kompressen in der Pflege fungiert. Stress, fehlende Motivation, Unsicherheit sind andere Gründe, etwas Neues, Anderes in die praktische Pflege zu integrieren (Thüler 1999, S.24). Und doch haben viele vor allem palliative Einrichtungen in Österreich die Wickel und andere äußerliche Anwendungen bereits in ihr Leistungsangebot aufgenommen wie meine Befragung zu Beginn ergeben hat. Zumal der Zeitfaktor in einem palliativen Setting (v.a. in Hospizen) eine nicht so große Rolle spielen sollte.

Insgesamt lassen die Ergebnisse dieser Erfahrungsberichte, Projekte und Studien einen eindeutigen Trend zur positiven Wirkung von Wickelanwendungen erkennen, um diese jedoch effektiv nachweisen zu können, sind weitere kontrollierte und vergleichende Interventionsstudien nötig.

Nun möchte ich die letzte komplementärpflegerische Methode meiner Diplomarbeit vorstellen, nämlich die Basale Stimulation, welche überraschend häufig auf österreichischen Palliativstationen und in Hospizen zur Anwendung kommt: 20 von 24 palliativen Institutionen bieten basalstimulierende Pflege an.

9 BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE

Der Begriff „Basale Stimulation“ ist als eingetragenes Warenzeichen rechtlich geschützt. Im weiteren Text habe ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieses Warenzeichen weggelassen, möchte aber darauf hinweisen, dass der rechtliche Schutz weiter besteht.

9.1 Das Konzept der Basalen Stimulation

Basale Stimulation wendet sich an Menschen mit dauerhaften oder vorübergehenden Wahrnehmungsbeeinträchtigungen und wird als pflegerische Möglichkeit zur Förderung dieser Menschen betrachtet. Darunter fallen nicht nur bewusstlose, gelähmte oder desorientierte PatientInnen, sondern auch Schwerstkranke und Menschen, die am Ende ihres Lebens stehen. Sie will durch das Anbieten von Sinnesreizen (=Stimuli) die gestörte oder verhinderte Wahrnehmung über die Sinnesorgane wieder aktivieren. Wie bei allen komplementären Pflegemethoden steht auch bei der Basalen Stimulation die Ganzheitlichkeit und Individualität des/der zu Pflegenden im Vordergrund. Diese/r wird als gleichwertige/r PartnerIn, als ganzheitlicher Mensch mit seiner/ihrer individuellen Geschichte und mit dem elementaren Bedürfnis nach Ausdruck und Kommunikation verstanden. Deshalb ist das Wissen um die Biografie des/der PatientIn von entscheidender Bedeutung.

Das Konzept der Basalen Stimulation wurde Mitte der 1970er Jahre vom Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Prof. Dr. Andreas Fröhlich entwickelt. Fröhlich geht davon aus, dass die Summe aller sensorischen Erfahrungen, aller kommunikativen Erlebnisse, die Erfahrungen mit dem eigenen Körper aber auch die Erfahrungen mit anderen Menschen, uns zu dem gemacht haben, was wir jetzt sind (Fröhlich 1997, S.18). Er verbesserte mit seinem Konzept erfolgreich die Lernbedingungen schwerst- und mehrfachbehinderter Kinder und entwickelte dabei elementare Förder- und Kommunikationsmöglichkeiten (Nydahl 2001, S.413). In den 1980er Jahren wurde das Konzept der Basalen Stimulation von Prof. Fröhlich und der Pfle-

gewissenschaftlerin Prof. Christel Bienstein in die Krankenpflege übertragen und von beiden ist heute maßgeblich weiterentwickelt. Auch wenn das Konzept ursprünglich für geistig und körperlich behinderte Kinder entwickelt wurde, so können die Förderungsmöglichkeiten ebenso bei wahrnehmungsgestörten Erwachsenen Anwendung finden. Die ersten sehr überraschenden Erfolge in der Pflege wurden bei komatösen und apallischen PatientInnen erzielt, später konnte das Konzept in alle Bereiche der Pflege eingeführt werden (Nydahl, Bartoszek 2003, S.3).

Basal stimulierende Pflege entwickelt sich aus der Beziehung zwischen Pflegeperson und dem/der zu Pflegenden und ist hoch individualisiert. Sie versteht sich nicht als ein Aneinanderreihen von Maßnahmen, sondern wird mit dem/der PatientIn gemeinsam durchgeführt. Es geht nicht um technisches Verrichten, sondern um einen individuellen Beziehungsaufbau zweier ganzheitlicher Menschen. Basale Stimulation ist keine Methode oder Technik, sondern vielmehr eine bestimmte Form von Pflegebewusstsein. Sie ist auch nicht von einem Menschen zum nächsten übertragbar (Jesche 1999, S.26). Im Gegensatz zu Kindern, die bestimmte Erfahrungen noch nie gemacht haben, sind Pflegepersonen in palliativen Einrichtungen meist mit Menschen konfrontiert, die all ihre Lebenserfahrungen mitbringen und deshalb besteht die Möglichkeit, bei der gezielten Stimulation an diese anzuknüpfen und sie zu (re-) aktivieren (Bienstein, Fröhlich 1996, S.7). Es gibt keine Richtlinien oder vorgegebenen Ziele, die innerhalb einer bestimmten Zeit erreicht werden müssen. Pflege wird hier als ein Angebot, eine Einladung verstanden, über dessen Annahme der/die Kranke selbst entscheiden kann. Pflege ist Basis zur Kommunikation, wobei eine Kommunikationsform gewählt wird, die der/die Kranke wahrnehmen und verarbeiten kann. Bei Schwerstkranken und/oder Sterbenden kann sich die Kommunikation auf sehr elementare Inhalte beziehen: sich selbst erleben, die Grenzen des eigenen Körpers spüren, die Welt außerhalb des Körpers wahrnehmen, die Anwesenheit einer vertrauten Person fühlen. Dies kann beispielsweise durch eine basalstimulierende Ganzkörperwaschung, durch eine vertraute Schlafposition, einen bekannten Geruch oder eine vertraute

Melodie bzw. Stimme geschehen (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.83f.; Nydahl, Bartoszek 2003, S.3f.).

Seit 1997 wird das Konzept im deutschsprachigen Raum in Weiterbildungskursen gelehrt und hat so auch die österreichische Pflegepraxis in vielfacher Hinsicht bereichert. In diesen Kursen werden an den TeilnehmerInnen selbst diverse Wahrnehmungseinschränkungen simuliert, damit sie diese am eigenen Körper erfahren können und vor allem auch basal stimulierende Pflege an sich selbst erleben können, denn erst diese Selbsterfahrung von Berührungen u.dgl. kann das Pflegebewusstsein und das Menschenverständnis verändern (Nydahl, Bartoszek 2003, S.5).

Aber Basale Stimulation ist auch in einigen nicht-deutschsprachigen Ländern Europas bekannt: England, Spanien, Polen, Frankreich, Tschechien und Italien sind nur einige Beispiele für Länder, in denen das Konzept zum Einsatz kommt – in Dänemark beispielsweise, ist die Basale Stimulation vor allem auf Intensivstationen sehr beliebt (Svenningsen 2008, S.6). Allerdings kann von einer flächendeckenden Umsetzung in all diesen Ländern keine Rede sein – oft sind es engagierte Einzelpersonen, die das Modell vorantreiben. Außerdem muss unterschieden werden zwischen der Verbreitung innerhalb der Sonderpädagogik und innerhalb der Pflege. Der hauptsächliche Implementierungsraum der Basalen Stimulation in der Pflege ist jedenfalls der deutschsprachige Bereich.

Das Konzept der Basalen Stimulation geht davon aus, dass auch schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen etwas wahrnehmen können, selbst wenn man von außen keine sichtbaren Reaktionen feststellen kann. Diese Menschen brauchen gezielte und systematische Informationen – über Stimulationen – über sich selbst und ihre Umwelt. Diese Stimulationen müssen klar und eindeutig sein und an bekannte Erfahrungen anknüpfen. Um den PatientInnen die geeigneten Stimulationsreize anbieten zu können, müssen Pflegekräfte über die Bedeutung von Wahrnehmung, über die Wahrnehmungsbereiche eines Menschen sowie über die Auswirkungen von Wahrnehmungsstörungen Bescheid wissen.

9.2 Wahrnehmung

Wahrnehmung (Perzeption) ist eine allgemeine und zusammenfassende Bezeichnung für den gesamten Vorgang, durch den Lebewesen Informationen über ihre Umwelt und über ihren eigenen Zustand aufnehmen und verarbeiten. Informationen werden nicht nur passiv empfangen, sondern auch aktiv und mit bestimmten Interessen gesucht und „gefiltert“ (Fuchs et al. 1988 nach Kostrzewa, Kutzner 2002, S.57).

Wahrnehmung ist demnach ein spontaner Prozess, bei dem über sensorische Systeme Informationen aus der Umwelt und dem Körper aufgenommen werden. Innerhalb des Wahrnehmungsprozesses werden zwei Haupteigenschaften beschrieben:

1. Selektion (Auswahl): Es wird zwischen Wichtigem und Unwichtigem unterschieden. Der Mensch kann also, wenn erwünscht, einer Sache seine/ihre ganze Aufmerksamkeit schenken und Unwichtiges ausschalten. Der Nachteil ist, dass eventuell Wichtiges übersehen oder Unerwünschtes ausgeblendet wird.
2. Strukturierung und Gestaltung: Das Wahrgenommene wird mit dem im Gedächtnis gespeicherten Wissen und bereits gemachten Erfahrungen verglichen (Krug, Cost 2008, S.194).

Um die Umwelt wahrnehmen zu können, benötigen wir unsere Sinnesorgane. Mit diesen werden Reizinformationen aufgenommen, biologisch kodiert und dann wieder in bedeutungs- und sinnvolle Wahrnehmung umgewandelt. Die Herstellung von Zusammenhängen, die unmittelbare Verknüpfung mit Erinnertem stellt eine ganz spezifische Leistung dar, die den Kern der Wahrnehmung erst ausmacht. Wahrnehmung ist demnach nicht primär die Aufnahme von Informationen, sondern vielmehr erst deren sinnstiftende Verarbeitung (Fröhlich 1997, S.39).

Außerdem ist Wahrnehmung stets ein ganzheitlicher Prozess – aus Sicht der Basalen Stimulation lassen sich sieben Wahrnehmungsbereiche differenzieren, die sich gegenseitig beeinflussen.

9.2.1 Somatische Wahrnehmung

Die somatische Wahrnehmung lässt uns Empfindungen von der Körperoberfläche (Oberflächensensibilität) und aus dem Körperinneren (Tiefensensibilität) erleben. Es geht also um die Wahrnehmungsfähigkeit der Haut, der Muskulatur und der Gelenke. Die Haut ist je nach Körperumfang und -größe mit rund 1,5-2 m² das größte menschliche Sinnesorgan und bildet eine Grenze zwischen Mensch und Umwelt, ermöglicht aber auch Kontaktaufnahme mit der Umwelt: Informationen wie Berührung, Druck, Temperatur und Feuchtigkeit werden über spezifische Rezeptoren aufgenommen. Der Druck- und Berührungssinn beispielsweise liefert Informationen über die Beschaffenheit von Gegenständen, über ihre Form, ihre Größe, ihr Gewicht, aber auch ob ihre Oberfläche rau, weich, glatt, nass oder trocken ist. Die Rezeptoren dafür sind besonders dicht an den Fingerspitzen, im Bereich des Mundes und an der Zunge angeordnet. Verschiedene Temperaturen werden über Wärme- und Kälterezeptoren vermittelt. Ein weiterer wichtiger Sinn für die Lebenserhaltung ist der Schmerzsin, der allerdings mehr zur Abwehr und Vermeidung von Schädigungen dient, als der Erkennung der Umwelt (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.59f.).

Basal stimulierende Pflege soll den PatientInnen helfen, einerseits ihr Körperbild, also die Begrenzung zur Umwelt, wieder zu erlangen, andererseits die Orientierung fördern und Wohlbefinden vermitteln (Kutzner 2006, S.202).

9.2.2 Vestibuläre Wahrnehmung

Die vestibuläre Wahrnehmung dient in erster Linie der unwillkürlichen und motorischen Steuerung des Gleichgewichts und gibt dem Menschen Orientierung über seine/ihre Position und Lageveränderung im Raum, wie schnell er/sie sich bewegt und in welche Richtung. Sie ist das grundlegende Bezugssystem, um optische Informationen, also das was der Mensch sieht, sinnvoll zu verarbeiten. Mechanorezeptoren geben Informationen über Linear- und Kreisbeschleunigung – entgegen der Schwerkraft – unseres Körpers

sowie über die statische Position des Kopfes weiter an das Vestibularorgan. Um die Augen- mit den Kopfbewegungen zu koordinieren, ist der Nervus vestibularis eng mit dem Kerngebiet der Nerven, die die Augenmuskeln steuern, verbunden (Nydahl, Bartoszek 2003, S.10f.).

Schwerstkranke und Sterbende erfahren oft eine sensorische Verarmung in diesem Bereich, wenn sie beispielsweise in kahlen Räumen liegen. Sie bedürfen dann einer sinngebenden vestibulären Stimulation, um sich selbst spüren und orientieren zu können.

9.2.3 Vibratorische Wahrnehmung

Vibrationen werden z.B. beim Gehen oder Sprechen vom Skelettsystem weitergeleitet und geben dem Menschen Informationen über die eigene Körpertiefe und Körperfülle. Das Vibrationsempfinden wird durch Schwingungen hervorgerufen, die über spezielle Mechanorezeptoren als periodische Erschütterungen der Haut wahrgenommen werden. Vibrationsrezeptoren, die sich an Sehnen und Gelenken befinden, üben einen regulierenden Einfluss auf den Muskeltonus und auf das Empfinden bei Bewegung aus. Das vibratorische Erleben bildet im Zusammenspiel mit der somatischen und der vestibulären Wahrnehmung das Urvertrauen des Menschen und ist die Grundlage für unser „Körper-Ich“ (Krug, Cost 2008, S.194).

9.2.4 Taktil-haptische Wahrnehmung

Durch den taktil-haptischen Sinn (Tast- und Greifsinn) ist es möglich, die Umwelt nicht nur zu spüren, sondern sie auch zu begreifen und zu identifizieren. Hier liegt ein hoher Wiedererkennungswert für den/die in der Wahrnehmung beeinträchtigte/n PatientIn. Die dafür spezifischen Mechanorezeptoren befinden sich vor allem an den Fingerkuppen und an den Lippen sowie an den Fußsohlen (Bienstein, Fröhlich 1996, S.99).

9.2.5 Orale/Olfaktorische Wahrnehmung

Geschmacks- und Geruchssinn dienen vor allem der Nahrungsaufnahme und der Verdauung und tragen daher wesentlich zum täglichen Wohlbefinden eines Menschen bei. Der Geschmackssinn wird mittels Chemorezeptoren gesteuert, von denen sich an der Zunge die größte Dichte im gesamten Organismus befindet und mit deren Hilfe die unterschiedlichsten Eigenschaften differenziert werden können: neben den Wahrnehmungsqualitäten süß, salzig, sauer und bitter kann man zudem noch mittels taktiler Empfindungen die Qualität eines Nahrungsmittels spüren, also die Temperatur, Konsistenz und die Menge der Speisen, die Oberflächenbeschaffenheit etc. Neben der Nahrungskontrolle zählt auch die Auslösung der Speichel- und Magensaftsekretion zu den Aufgaben des Geschmackssinns (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.61f.).

Der Geruch ist ein wesentlicher Erinnerungsauslöser – viele Gerüche gehen weit in der Lebensbiografie eines Menschen zurück, sie sind positiv oder negativ besetzt. Durch seine komplexe nervale Versorgung gehört der oral-nasale Bereich zu den wahrnehmungsstärksten Zonen des menschlichen Körpers. Außerdem darf nicht vergessen werden, dass der Mund neben dem Genitalbereich zu den intimsten Zonen eines Menschen gehört und jegliche Manipulationen als äußerst unangenehm empfunden wird (Bienstein, Fröhlich 1996, S.84f.).

9.2.6 Auditive Wahrnehmung

Das Hören ist das Wahrnehmen von Schallwellen, wobei diese in nervale Reize umgewandelt, zum Gehirn weitergeleitet und dort in einen Höreindruck umgewandelt werden. Ob Schallereignisse gehört werden können, hängt von der Frequenz der Töne sowie ihrer Intensität und Lautstärke ab. Das menschliche Gehör ist binaural ausgebildet (beidohriges Hören) und ermöglicht so eine fokussierende Richtungsbestimmung des Gehörten, d.h. der Mensch kann Schallquellen sehr genau orten. Die Wahrnehmung akustischer

Reize und die Reaktion darauf kann individuell sehr unterschiedlich sein, denn es spielt eine große Rolle, welche Erfahrungen mit bestimmten Geräuschen in bestimmten Situationen gemacht wurden (Nydahl, Bartoszek 2003, S.12f.).

Die auditive Wahrnehmungsfähigkeit hat aber auch eine Warnfunktion weshalb sie auch im Schlaf erhalten bleibt. Dies ist beispielsweise im Umgang mit bewusstseinsgetrübten und sterbenden Menschen von großer Bedeutung – man weiß (noch) nicht, welche Auswirkungen negative verbale Äußerungen oder auch andere auditive Reize in der Gegenwart bewusstseins eingeschränkter PatientInnen haben (Krug, Cost 2008, S.195).

9.2.7 Visuelle Wahrnehmung

Durch das bewusste Sehen kann man seine Umwelt und sich selbst wahrnehmen, was es ermöglicht, Gefahren frühzeitig zu erkennen, etwas zu suchen, Handlungen mit den Augen zu verfolgen oder der eigenen Befindlichkeit Ausdruck zu verleihen, z.B. durch einen traurigen oder freundlichen Blick (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.64).

Die visuelle Wahrnehmung ist ein äußerst komplexes System – optische Reize werden über Fotorezeptoren in drei kortikalen Zentren verarbeitet: Zunächst werden Formen, Entfernung, Farben und Kontraste als dreidimensionale Bilder erkannt (primäres Sehzentrum). Danach erfolgt das Erkennen auf der Basis von Erfahrung und Erlerntem (sekundäres Sehzentrum), das schließlich mit dem Erinnerten verknüpft wird (tertiäres Sehzentrum). Da die Wahrnehmung eben auch von Gefühlen und Erinnerungen geprägt wird, ist sie subjektiv und es kann nicht nur ein Bild der Wirklichkeit geben (Nydahl, Bartoszek 2003, S.14).

Beeinträchtigungen der visuellen Wahrnehmung können vielfältige Ursachen haben, z.B. eine sensorische Verarmung oder evtl. ist der/die PatientIn nicht in der Lage, seinen/ihren Blick zu fixieren.

9.3 Wahrnehmungsstörungen

Wahrnehmungsstörungen behindern je nach Ausmaß das menschliche Denken, Fühlen und Handeln, sowie die Kommunikation und das Sein im Hier und Jetzt. Sie können verschiedene Ursachen haben und unterschiedliche Sinnesorgane betreffen, weshalb eine genaue Anamnese vor der Anwendung basal stimulierender Maßnahmen durchzuführen ist (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.67).

Ein Zitat von L. Juchli beschreibt sehr deutlich, welche Bedeutung eine Einschränkung oder gar der Ausfall von Sinnesorganen und die damit beeinträchtigte Wahrnehmung für den Menschen hat:

„Wo die Sinnesorgane erkranken oder wo wir die Sinne nicht pflegen, verkümmern sie, und verkümmerte Sinne geben einen verkümmerten Lebenssinn. Die Folge davon ist der Verlust von Sinn, von Sinnerfüllung und Sinngestaltung. Die Sinnlosigkeit und Sinnleere ergreift Besitz vom Menschen.“ (Juchli 1994, S.928)

Früher wurden Wahrnehmungsstörungen in erster Linie auf die Grunderkrankung oder auf medikamentöse Nebenwirkungen zurückgeführt. Mit der Zeit hat man erkannt, dass auch die veränderte Umgebung, beispielsweise bei einem Krankenhausaufenthalt oder bei einem Umzug in ein Pflegeheim oder Hospiz, eine über- oder unterfordernde Umwelt und eine reduzierte Kommunikation eine große Rolle spielen (Nydahl, Bartoszek 2003, S.18).

Die Ursachen für Wahrnehmungsstörungen können vielfältig sein:

9.3.1 Habituation

Unter Habituation wird die Gewöhnung an eine immer gleiche – reizarme oder reizüberflutende – Situation verstanden. Eine Reizsituation wird immer undifferenzierter, wenn sie sich nicht verändert. Ich möchte dies an einem Beispiel erklären: Durch die Fähigkeit sich eigenständig zu bewegen, können

Menschen ihren Körper immer wieder in seiner Ganzheit wahrnehmen und sie erhalten differenzierte Informationen über ihre körperliche Beschaffenheit und ihre Umwelt. Geht diese Fähigkeit verloren, so reduziert sich dieser Informationsfluss – die Wahrnehmung des Körpers, des Körperbildes und der Umwelt wird immer undeutlicher. Es können Missempfindungen entstehen, wodurch Betroffene z.B. nicht vorhandene Dinge sehen oder Geräusche und Stimmen fehlinterpretieren, was schließlich zu Orientierungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Störungen bis hin zu schweren Identitätskrisen führen kann. Die PatientInnen wirken plötzlich als wären sie in einer anderen Welt, werden für „verrückt“ gehalten und evtl. medikamentös ruhig gestellt, was sie in weiterer Folge in ihrer Beweglichkeit noch mehr einschränkt. Bei immobilen PatientInnen kann dies nicht nur zur somatischen, sondern auch zu vestibulären, auditiven, visuellen u.a. Habituationen führen. Dem können Pflegende entgegenwirken, indem sie gefährdeten PatientInnen gezielte Stimulationsreize anbieten, die dafür geeignet sind, die selbstständige Wahrnehmungsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen (Buchholz et al. 1998, S.568; Kostrzewa, Kutzner 2002, S.66).

Viele PatientInnen versuchen in dieser Situation selbst ihrer gestörten Wahrnehmung einen Sinn zu geben und sich in einer glaubwürdigen Wirklichkeit wieder zu finden. In einer Situation der Reizarmut versuchen sie, die fehlenden Informationen über sich und ihre Umwelt selbst zu beschaffen. Dies wird als Autostimulation bezeichnet.

9.3.2 Autostimulation

Autostimulation kann sich beispielsweise durch Nesteln an der Bettdecke, Kratzen, Brummen, Zähneknirschen oder Hin- und Herwiegen des Kopfes äußern. Der/die PatientIn versucht also durch Eigenstimulation fehlende Informationen von sich und der Umwelt zu erhalten. In den genannten Beispielen bräuchten sie individuelle Stimulationen über ihre Hände (taktil-

haptische Stimulation), eine orale Stimulation oder eine gezielte Erfahrung der Lage im Raum (vestibuläre Stimulation) (Nydahl, Bartoszek 2003, S.22). Es ist allerdings wichtig, nicht zu viele Stimulationen gleichzeitig zu setzen – dies würde zu einer Reizüberflutung führen.

9.3.3 Reizüberflutung und taktile Abwehr

Bei dieser Form der Wahrnehmungsstörung ist der/die PatientIn durch eine Überstimulation nicht mehr in der Lage, die aufgenommenen Reize sinngebend zu verarbeiten, denn selbst ein gesunder Mensch kann nur ein gewisses Maß an Reizen gleichzeitig aufnehmen. Ein Beispiel hierfür wäre die Körperpflege durch mehrere Personen, die gleichzeitig verschiedene Tätigkeiten an dem/der PatientIn durchführen, welche eine Stresssituation bei diesem/dieser auslösen. Er/sie reagiert dann meist mit taktilem Abwehr, indem er/sie um sich schlägt, sich verkrampft oder zurückzieht. Aber auch in der Reizüberflutung ist, wie bereits oben erwähnt, die Gefahr der Habituation in einem homogenen Wahrnehmungsfeld gegeben (ebenda, S.23).

9.3.4 Altersbedingte Wahrnehmungsstörungen

Im Alter nimmt die kindliche Wahrnehmungsentwicklung quasi ihren umgekehrten Weg, die Differenzierungsfähigkeit lässt nach und die Wahrnehmungsqualitäten verändern sich (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.67). Es kommt zur Abnahme der Berührungsempfindlichkeit vor allem an den Handflächen und Fußsohlen. Die Fähigkeit, somatische Reize zu lokalisieren schwindet ebenso wie die Fähigkeit, sich Temperaturveränderungen anzupassen.

Sehbehinderungen, vor allem durch eine altersbedingte Makuladegeneration oder Altersweitsichtigkeit, betreffen über drei Viertel der über 80-Jährigen. Das Gesichtsfeld wird enger, die Augen brauchen länger, um sich an Hell-Dunkel-Änderungen anzupassen, Farben und Kontraste werden schlechter

wahrgenommen, das dreidimensionale Sehen lässt ebenfalls nach und führt dazu, dass Entfernungen möglicherweise falsch eingeschätzt werden.

Auch die Hörfähigkeit ist im höheren Alter eingeschränkt, vor allem das Hören von hohen Tönen, das Richtungshören und das Verstehen des Gehörten. Die Reaktionszeit auf Ansprache ist verlängert. Durch die Verminderung der Hörwahrnehmung wird die Kommunikation des alten Menschen mit seiner/ihrer Umwelt mehr oder weniger stark beeinträchtigt, er/sie fühlt sich nicht oder falsch verstanden und oft isoliert. Gespräche nicht mit dem/der Betroffenen sondern über ihn/sie in seiner/ihrer Gegenwart, können Anlass zu Misstrauen sein und sollten deshalb vermieden werden.

Der Vibrationssinn nimmt ebenfalls mit zunehmendem Alter ab und viele klagen auch über Geschmacksverluste, wobei die Zungenrezeptoren für süß und salzig stärker abnehmen als jene für sauer und bitter. Das olfaktorische Differenzierungsvermögen schwindet ebenso (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.67f.; Nydahl, Bartoszek 2003, S.23f.).

9.3.5 Wahrnehmungsstörungen durch Überdosierung oder Unverträglichkeit von Medikamenten

Viele Medikamente haben wahrnehmungsbeeinträchtigende Nebenwirkungen: Acetylsalicylsäure, der Inhaltsstoff von Aspirin, kann Unruhezustände oder Parästhesien (=nicht schmerzhaft empfundene Empfindungen, z.B. ein Kribbeln oder Prickeln im Versorgungsgebiet eines Hautnervs) auslösen; Inhaltsstoffe von Beruhigungs- oder Schlafmitteln können die körperliche Koordination und das Konzentrations- sowie Reaktionsvermögen beeinträchtigen; Digitoxin (Inhaltsstoff mancher Herzmedikamente) kann visuelle Halluzinationen hervorrufen (Nydahl, Bartoszek 2003, S.24).

Die genannten Beispiele sind noch eher als „harmlose“ Medikamente einzustufen, die standardmäßig eingesetzt werden, man bedenke aber, dass onkologische PatientInnen meist noch eine größere Anzahl verschiedener „schwerer“ Medikamente nehmen müssen, wie beispielsweise stark wirksame Schmerzmittel (Morphine) etc. Dazu kommt noch, dass ältere Menschen

Medikamente langsamer abbauen, was zu einer Kumulation von Medikamenten im Körper führen kann (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.69).

9.3.6 Sonstige Ursachen für Wahrnehmungsstörungen

Es gibt noch weitere Ursachen für Wahrnehmungsstörungen, dazu gehören z.B. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes im menschlichen Körper – die Gefahr besteht vor allem bei älteren Menschen, da das Durstgefühl vermindert ist oder bei PatientInnen die längerfristig unter Erbrechen und/oder Durchfall leiden. Kaliumstoffwechselstörungen können zu Verwirrheitszuständen, Müdigkeit bis zur Apathie, Muskelkrämpfen u dgl. führen. Calciumstoffwechselstörungen können ebenfalls Verwirrtheit und Konzentrationsmängel zur Folge haben (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.70).

Auch unbehandelte Schmerzen können das Wohlbefinden und die Wahrnehmungsfähigkeit eines Menschen stark beeinträchtigen. So können Betroffene, die unter extremen Schmerzen leiden, evtl. nicht mehr in der Lage sein, ihre Umwelt richtig wahrzunehmen, vernünftig zu denken oder adäquat mit der Situation, in der sie sich gerade befinden, umzugehen.

Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung stehen zueinander in einer Wechselbeziehung. Diese drei Bereiche bilden die Basis des Konzepts der Basalen Stimulation. Wahrnehmung wird erst durch Bewegung möglich und Kommunikation setzt umfassende Wahrnehmung voraus. Nur über die Wahrnehmung haben Menschen die Möglichkeit, Informationen aller Art aufzunehmen. Je weniger Informationen ein Mensch über sich selbst bzw. seine/ihre Umwelt hat, desto weniger kann er/sie wahrnehmen und desto weniger gelingt es, eine glaubwürdige Wirklichkeit zu strukturieren. Erst die sinnvolle Verarbeitung von Wahrnehmungsinformationen ermöglicht ein (Wieder-) Erkennen. Ist nur ein einziger Sinn gestört, so kann dies die gesamte Wahrnehmung verändern (Jesche 1999, S.27; Krug, Cost 2008, S.196).

9.4 Wahrnehmungsveränderungen bei Schwerstkranken und Sterbenden

Rest (1992) stellte in seinem Buch über Sterbebegleitung fest, dass das Sterben oftmals mit einem „Schwinden der Sinne“ gleichgesetzt werden kann. Einige Menschen wirken, als hätten sie ihre Sinne „abgeschaltet“. Bei anderen wird deutlich, dass ihnen andere Sinne wichtiger geworden sind: während der Geruchs-, Geschmacks-, Gehör- und Gesichtssinn scheinbar weniger gut funktionieren, steigt das Wahrnehmungsempfinden über die Haut (Rest 1992, S.139f.).

In der Betreuung von Sterbenden steckt das Konzept der Basalen Stimulation noch in der Entwicklungsphase (Krug, Cost 2008, S.196). Pflegende dürfen sich nicht nur auf das Krankheitsbild konzentrieren, sondern müssen den/die PatientIn mit seinen/ihren Ängsten, Sorgen und Erfahrungen, kurz gesagt mit seiner/ihrer Biografie anerkennen und entsprechend begleiten (ganzheitlicher Ansatz). Bei Schwerstkranken und Sterbenden, die sich oft nicht mehr selbst artikulieren können, sind Angehörige in dieser Hinsicht eine wichtige Unterstützung (Kutzner 2006, S.201). Außerdem sind kommunikative Kompetenzen von Vorteil um Sterbende zu verstehen und sich selbst verständlich machen zu können. In der Pflege Schwerstkranker und Sterbender müssen vor allem nonverbale Elemente der Kommunikation miteinbezogen werden. Der Körperkontakt, die Berührung ist die ursprünglichste Form der sozialen Kommunikation. Kein Lebewesen kann auf Dauer ohne Kontakt und Berührung existieren (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.79f.). Berührungen gehören zum pflegerischen Alltag, werden allerdings oft nur routinemäßig und als Mittel zum Zweck eingesetzt. Oft sind es nur schnelle, flüchtige Berührungen, die allerdings eher verunsichern oder verwirren. Gerade schwerstkranken und sterbende Menschen sollten immer klar und eindeutig berührt werden (vgl. Kap. 9.5.1). Die Anwendung basal stimulierender Maßnahmen kann den Zugang erleichtern. Im Vordergrund stehen die basalen Elemente der Wahrnehmung: somatisch, vibratorisch und vestibulär. Diese drei Wahrnehmungsbereiche bilden, wie bereits erwähnt, primär das

Urvertrauen des Menschen und sind auch noch bei Schwerstkranken und Sterbenden ansprechbar (Jesche 1999, S.27).

9.5 Basalstimulierende Angebote

Voraussetzung zur Anwendung der Basalen Stimulation ist die Fähigkeit und Bereitschaft des/der Anwendenden, sich mit dem/der PatientIn auf eine gemeinsame Beziehung einzulassen und diese/n als gleichberechtigte/n PartnerIn zu akzeptieren. Man muss eine hohe Wahrnehmungsfähigkeit für den/die PatientIn entwickeln, um kleinste Fort- bzw. Rückschritte sofort zu bemerken und, um zu erkennen, welches Angebot der/die Betroffene braucht. Außerdem wird der/die Kranke so angenommen wie er ist, es wird nicht nach Defiziten gesucht, die ausgeglichen werden müssen, sondern die Möglichkeiten dieses Menschen sollten durch genaue Beobachtung erfasst und entsprechende Stimulationsformen geplant werden. Pflegepersonen, die nach dem Konzept der Basalen Stimulation arbeiten, müssen eine hohe Bereitschaft zeigen, professionelle Nähe zu geben und zuzulassen. Da das Konzept sehr komplex und deshalb schwer zu beschreiben ist, sollten diejenigen, die es anwenden möchten, zumindest einen Grundkurs für Basale Stimulation besuchen (Hoffmann 1995, S.12; Kirschner 2003, S.10).

Die Beispiele, die im Folgenden genannt werden, beschreiben differenzierte Maßnahmen für individuelle Menschen und müssen je nach deren Zustand und nach Notwendigkeit der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen angepasst werden. Sämtliche Stimulationsarten knüpfen an entwicklungspsychologische Erfahrungen eines Menschen an und sind unbedingt individuell zu gestalten (Hoffmann 1995, S.12).

9.5.1 Somatische Stimulation

Somatische Wahrnehmungsverluste entstehen vor allem bei längerer Bettlägerigkeit und Bewegungseinschränkung des/der Kranken. Bei der somatischen Stimulation geht es vor allem darum, dem/der PatientIn eindeu-

tige Informationen über sich selbst und seinen/ihren Körper und dessen Grenzen zu vermitteln und damit das Körperbewusstsein wiederherzustellen. Wie am Anfang des Lebens, wo verbale Kommunikation noch nicht möglich ist, kann auch am Ende des Lebens der Körperkontakt die einzige Möglichkeit für eine Kontaktaufnahme mit dem/der PatientIn sein (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.88). Die einfachste Art, somatische Empfindungen erfahrbar zu machen, ist deshalb die Berührung. Berührungen müssen verstehbar gemacht werden – und sie sollen als Kontaktaufnahme eines anderen Menschen betrachtet werden. Damit durch Berührung niemand erschreckt wird, sollte diese nicht punktuell, hastig oder oberflächlich stattfinden. Pflegehandlungen sollten mit flächig aufgelegter Hand und konstantem Druck durchgeführt werden. Zu deren Beginn und am Ende sollte der/die PatientIn an einem bestimmten Körperbereich (am besten an der Schulter) mit festem, eindeutigen und gleichmäßigem Händedruck berührt werden, um ihn/sie über Maßnahmen zu informieren oder um ihm/ihr das Ende der Tätigkeit mitzuteilen – dies wird als „Initialberührung“ bezeichnet (Jesche 1999, S.28)

Eine weitere Möglichkeit der somatischen Stimulation bieten verschiedene Lagerungsmöglichkeiten: eine harte Lagerung vergrößert die Dekubitusgefahr, stimuliert aber anfangs mehr den Impuls zu Ausweichbewegungen bzw. zu Versuchen, sich umzulagern. Eine komplette Weichlagerung reduziert zwar die Dekubitusgefahr, fördert aber die Inaktivität des/der PatientIn und führt zu einem Verlust des Körpergefühls. Hier ist Abwechslung gefordert, ideal wären Wechsellagerungsmatrizen. Ein häufiger Lagewechsel dient gleichzeitig der vestibulären Stimulation, wobei meist kleine Lageveränderungen ausreichen, um das Körperbewusstsein zu bewahren (Bienstein, Fröhlich 1996, S.46).

Eine Lagerungsmöglichkeit, die vor allem bei ängstlichen Menschen beliebt ist und die das Körperbewusstsein unterstützt, ist die umgrenzende Lagerung, bei der der/die PatientIn von Pölstern und Decken wie eine Art schützendes „Nest“ umgeben wird (Kutzner 2006, S.205).

Sofern es der körperliche Zustand erlaubt, sollten dem/der PatientIn die Durchführung von Vollbädern ermöglicht werden, was durch das Spüren von Wasser und durch ein leichtes Durchbewegen darin zur Stimulation genutzt

werden kann. Natürlich werden auch schon durch Duschen somatische Stimulationsreize gesetzt. Sollten weder Baden noch Duschen möglich sein, können PatientInnen mittels Ganzkörperwaschung im Bett gezielt gefördert werden. Ziel der basal stimulierenden Ganzkörperwaschung ist nicht nur die Reinigung, sondern auch dem/der PatientIn die Möglichkeit zu bieten, seinen/ihren Körper und dessen Grenzen zu erfahren. Je nachdem, ob in oder gegen die Richtung der Körperbehaarung gewaschen wird, wird die Körperpflege als beruhigend oder belebend empfunden. In der Palliativpflege empfiehlt sich meist die beruhigende Form, da diese außer bei Unruhe auch bei Schlafproblemen und Schmerzen wirksam ist (Bienstein, Fröhlich 1996, S.59).

Neben stimulierender Körperpflege sind auch Fuß-, Hand- oder Ganzkörpermassagen gute Möglichkeiten, die PatientInnen über seine/ihre Körpergrenzen zu informieren. Wichtig ist, dass sämtliche Angebote, wenn möglich, nur von einer (Pflege-) Person durchgeführt werden, damit sich der/die PatientIn auf ein Geschehen konzentrieren kann.

Die somatische Stimulation kann auch durch diverse Wickelanwendungen gesetzt werden, nämlich durch verschiedene Wickelzusätze und -tücher, thermische Anwendungen, trockene/feuchte Anwendungen u.dgl. Körpererfahrung bzw. das Spüren der Körpergrenzen wird durch das Einhüllen in Ganzkörper- oder Teilkörperwickel ermöglicht (Heilmann-Wagner 2010, S.42).

Eine weitere Form der somatischen Stimulation, die, wie meine Befragung ergeben hat, in der Palliative Care sehr häufig zur Anwendung kommt, ist die Atemstimulierende Einreibung, auf die ich deshalb näher eingehen möchte:

Atemstimulierende Einreibung

Die Atmung eines Menschen kann viel über seine/ihre momentane Befindlichkeit aussagen. Wenn die Atmung verändert ist, signalisiert das eine körperliche, seelische oder geistige Belastung. Bei Angst oder bei großer Unruhe kommt es zu einer hochfrequenten oberflächlichen Atmung. Dadurch findet der Gasaustausch nur in den oberen Lungenanteilen statt. Wenig Luft

zu haben bedeutet gleichzeitig auch wenig Kraft zu haben. Eventuell hat der/die Betroffene nicht einmal mehr genug Energie, um sich selbst bzw. seine/ihre Umgebung wahrzunehmen und zieht sich immer mehr in sich zurück. Bei der Atemstimulierenden Einreibung (ASE) handelt es sich um eine rhythmische Einreibung zur Atemtherapie im Brust- oder Rückenbereich, mit dem Ziel, dem/der Kranken zu einer gleichmäßigen, ruhigen und tieferen Atmung zu verhelfen und seine/ihre Körperwahrnehmung zu unterstützen. Liegt eine verlangsamte Atmung vor, wird mit der ASE versucht, die Atemfrequenz an die Normfrequenz anzupassen (Bienstein, Fröhlich 1996, S.64).

Die Atemstimulierende Einreibung ist nicht nur in der Palliative Care eine der häufigsten Anwendungen aus dem Bereich der Basalen Stimulation und wird auf eine weitgehend festgelegte Weise durchgeführt: primär wird der Rücken des/der PatientIn für die ASE ausgewählt. Der/die PatientIn sitzt, wenn möglich, mit freiem Rücken im Querbett oder auf einem Stuhl, mit den Armen bequem abgestützt. Bei Bettlägerigen wird eine 135 Grad-Lagerung gewählt. Eine möglichst unparfümierte Wasser-in-Öl-Emulsion wird in den warmen Handflächen (ohne Handschuhe, kein Schmuck) gleichmäßig verteilt und die ASE wird durch ein sanftes Auflegen der flachen Hände (die Daumen liegen den Handflächen an) im Nackenbereich begonnen. Nun werden die Hände gleichzeitig mit kreisenden Bewegungen auf dem Rücken der Körperbehaarung folgend Richtung Steiß geführt.

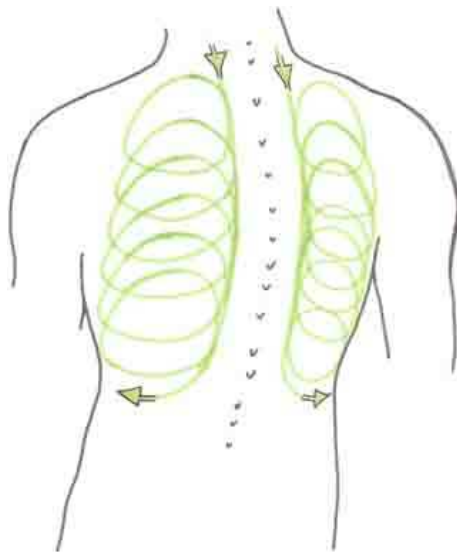


Abbildung 4: Atemstimulierende Einreibung

(Quelle: <http://www.care-clever.de/atemstimulierende-einreibung-ase-pdf.pdf>)

Dabei werden mit den Händen ganz spezifische Drücke ausgeübt: Bei der Ausatmung wird links und rechts neben der Wirbelsäule mit dem Daumen/Zeigefinger und der dazugehörigen Handfläche ein stärkerer Druck ausgeübt. Die Hände lassen dabei immer den Dornfortsatz der Wirbelsäule frei und bewegen sich als ein geschlossenes Ganzes. Bei der Einatmung werden die Hände nach außen gedreht und gleiten mit deutlich weniger Druck in einer kreisförmigen Bewegung zurück zur Wirbelsäule und schließen den Kreis ohne Druck. Jeder Kreis sollte atemsynchron durchgeführt werden, wobei der Atemrhythmus des/der Einreibenden von Bedeutung ist. Der/die PatientIn hat ja eine veränderte Atmung und es wäre nicht von Vorteil, ihn/sie darin noch zu bestärken. Die gesamte Einreibung findet zwischen fünf und acht Mal, komplett den Rücken und die Brustkorbseiten umfassend, statt. Wenn die kreisenden Bewegungen am unteren Rippenrand angelangt sind, werden die Hände versetzt wieder im Nackenbereich aufgelegt. Dabei sollte der Körperkontakt gehalten werden (Bienstein, Fröhlich 1996, S.65f.; Schiff 2006, S.164).

Zielgruppen für atemstimulierende Einreibungen sind vor allem Schwerst- kranke und Sterbende, PatientInnen mit Schmerzen, depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen, Wahrnehmungsverlusten des Körpers (z.B. demente PatientInnen) u.v.a.m. Kontraindikationen bei der ASE sind eigentlich nicht bekannt (Bienstein, Fröhlich 1996, S.64).

Die Berührung, mit der die ASE zwangsläufig verbunden ist, schafft Vertrauen und kann dem/der PatientIn das Gefühl der Bewusstheit, Entspannung und Sicherheit vermitteln. Ein weiterer wichtiger Nebeneffekt einer ruhigen und tiefen Atmung ist die Wirkung als Pneumonieprophylaxe (Rüegsegger-Salisch 1995, S.14).

Die Wirkung der ASE auf Entspannung und Schlaf wurde in mehreren Studien erforscht, denn zwischen Atmung und Schlaf besteht ein direkter Zusammenhang und niemand kann bei einer hohen Atemfrequenz gut schlafen. Schiff (2006) stellte in ihrer Literaturanalyse den Einsatz von Rückenmassagen oder verwandten Techniken, die zur Entspannungs- und Schlafförderung angewendet werden, in den Mittelpunkt. Sie hat sieben Studien in ihre Analyse aufgenommen, und alle genannten Studien kommen zu

dem Ergebnis, dass die ASE eine sinnvolle Intervention sei, die u.a. zu Entspannung, vermehrtem Wohlbefinden, Schmerzlinderung und verbesserter Schlafqualität führte. Außerdem verkürzt die ASE die Einschlafzeit. Darüber hinaus wurde in ausnahmslos allen Untersuchungen angegeben, dass durch die Anwendung der ASE der Verbrauch an Schlafmitteln gesenkt wurde. Allerdings wurden in den Studien zur Schlafförderung die ProbandInnen während der Interventionsphase dazu aufgefordert, möglichst auf die Einnahme von Schlafmedikamenten zu verzichten. Dieser Umstand alleine kann bereits zu einer Senkung der Einnahme führen, sodass die Schlafmittelreduktion nicht eindeutig der Wirksamkeit der ASE zuzuordnen ist.

Außerdem gab es nur in einer dieser sieben Studien eine Vergleichsintervention und nur in zwei Studien wurde mit Kontrollgruppen gearbeitet. Deshalb ist es nicht sicher, ob nicht allein durch die Anwesenheit und Zuwendung der Pflegeperson die positiven Wirkungen erreicht worden wären, auch wenn diese keine gezielte oder eine andere, ähnliche Intervention durchgeführt hätte. Diese Frage stellte sich bereits bei den Forschungsarbeiten zur Aromapflege. Auch die Probandenzahlen sind, ähnlich wie bei Studien zu ätherischen Ölen, meist gering und es bestehen Mängel im Forschungsaufbau. Die vorhandenen Untersuchungen geben zwar Hinweise auf eine entspannende Wirkung der ASE, um die einzelnen Wirkfaktoren verdeutlichen und spezifizieren zu können, sind aber weitere umfangreichere Forschungsarbeiten erforderlich, die mit einem Design ausgestattet sind, das mit Vergleichsinterventionen und Kontrollgruppen arbeitet.

Nach dieser sehr ausführlichen Beschreibung der ASE als Bestandteil der somatischen Stimulation, möchte ich nun mit den weiteren Möglichkeiten zur Stimulation fortfahren.

9.5.2 Vestibuläre Stimulation

Vestibuläre Angebote informieren die PatientInnen über ihre Lage und Bewegung im Raum und sollen ihnen damit helfen, sich im Raum orientieren zu können. Außerdem fördern sie das Gleichgewicht und die Wahrnehmung von Beweglichkeit. Der Gleichgewichtssinn kann genauso wie andere Sinne habitualisieren, z.B. wenn der/die PatientIn nur in großen Zeitabständen gelagert wird. Die Wahrnehmung wird dann immer undifferenzierter und die Betroffenen sind dann evtl. nicht mehr im Stande, ihre genaue Lage im Raum zu bestimmen (Nydahl, Bartoszek 2003, S.144). Zur vestibulären Stimulation gehören regelmäßige Lagerungswechsel mit oder ohne Hilfsmittel, auch die Erhöhung oder Absenkung des Bettendes bzw. das Hochstellen des Kopfteils oder auch eine kurzfristige Kopftieflage können zur Stimulation genutzt werden. Das Aufsetzen am Bettrand oder in einen (Roll-) Stuhl ist für die Gleichgewichtstimulation von hoher Bedeutung und ermöglicht gleichzeitig auch ein völlig verändertes Blickfeld (vgl. visuelle Stimulation, Kap. 9.5.7). Die Nahrungsaufnahme sollte im Sitzen erfolgen, denn das hilft zu spüren, ob man satt ist und beugt außerdem einer Aspiration vor. Auch bei einer etwaigen Ernährung über eine nasale Sonde, sollte der/die PatientIn daher unbedingt mit möglichst aufrechtem Oberkörper gelagert werden (Bienstein, Fröhlich 1996, S.77f.; Kutzner 2006, S.205).

9.5.3 Vibratorische Stimulation

Vibratorische Stimulationen zählen zu den Urerfahrungen des Menschen, denn bereits im Mutterleib werden Atmung, Herzschlag und auch Außengeräusche vibratorisch durch Schwingungsübertragung des Fruchtwassers an den Fötus herangebracht. Ziel der vibratorischen Angebote ist die Erfahrung von Körpertiefe und -fülle, sowie innerer Stabilität. Sie sollen Schwingungen am gesamten Körper oder an bestimmten Körperteilen spürbar machen. Besonders hilfreich sind in diesem Zusammenhang Angehörige, die den/die PatientIn ganz dicht an ihren Körper nehmen, um in diese/n „hineinzuspre-

chen und zu atmen“ und somit beruhigen können. Eine weitere Möglichkeit besteht auch für Pflegepersonen bei der Körperpflege: hierbei kann der/die PatientIn in einer aufgerichteten Position an den Oberkörper des/der Pflegenden gelehnt werden, somit ist auch hier während des Waschens ein „Hineinreden“ in den/die PatientIn möglich (Bienstein, Fröhlich 1996, S.82f.). Vibratorische Reize können besonders gut mit Hilfsmittel gesetzt werden: so sollte die Zahnpflege wenn möglich mit einer elektrischen Zahnbürste oder die Rasur mit einem elektrischen Rasierapparat durchgeführt werden. Auf manchen Intensivstationen gibt es weitere spezielle Geräte, um vibratorische Reize setzen zu können, diverse Massagegeräte für Gesicht und Körper können ebenfalls verwendet werden. Das Spazierenfahren im Rollstuhl (oder notfalls auch im Bett) kann durch die Unebenheiten des Bodens zu einer vibratorischen Stimulation führen (Jesche 1999, S.29).

9.5.4 Taktil-haptische Stimulation

Vielen Schwerkranken ist es aufgrund von Koordinationsproblemen, Bewegungslosigkeit der Arme, vorliegenden Muskeltonuserhöhungen oder Kontrakturen nicht mehr möglich, ihre Hände zur taktil-haptischen Erfahrung der Umwelt einzusetzen. Pflegende sollten dann, wenn möglich, die Hände des/der Betroffenen führen, damit dieser/diese sein Umfeld ertasten kann. Oder es können ihm/ihr verschiedene Gegenstände in die Hände gelegt bzw. darin bewegt werden, damit er/sie diese be-greifen kann. Zu diesem Stimulationsschwerpunkt können auch Angehörige befragt werden, was der/die Kranke in seinem/ihrer Leben gerne angefasst und berührt hat – so könnte es beispielsweise einem/r TierliebhaberIn ermöglicht werden, eine Katze zu streicheln. Bei all den taktilen Angeboten sollten auch die Fußsohlen nicht vergessen werden, die ebenso wie die Handinnenflächen mit einer großen Zahl entsprechender Rezeptoren ausgestattet sind. Auch hier können Gegenstände wie Tennisbälle, Felle, Bürsten etc. gegen die Füße bzw. die Füße gegen die Gegenstände bewegt werden (Bienstein, Fröhlich 1996, S.99; Kostrzewa, Kutzner 2002, S.97).

Bei der taktil-haptischen Stimulation muss die Reaktion des/der PatientIn beobachtet werden – nicht jedes Material wird als angenehm empfunden

9.5.5 Orale/Olfaktorische Stimulation

Die orale Anregung dient dem Erfahren des Mundraumes oder auch dem Erleben einzelner Wahrnehmungsqualitäten. Wichtig ist, dass diesem sehr intimen Bereich des Menschen behutsam begegnet wird. Die Qualität Temperatur kann beispielsweise durch kalte und warme Flüssigkeiten im Rahmen der Mundpflege, Geschmack durch süße oder saure Flüssigkeiten gezielt erfahrbar gemacht werden (Nydahl, Bartoszek 2003, S.157). Beim Essen und Trinken sollten immer wieder neue Geschmacksrichtungen angeboten werden, wenn möglich etwas Härteres zum Beißen, eine Banane zum Halten und Abbeißen, Bonbons zum Lutschen etc. Orale Stimulationsangebote, die Sterbenden gemacht werden, sollten nicht primär das Ziel haben, ihn/sie zum Essen zu überreden, sondern in erster Linie geht es auch hier darum, Informationen über sich selbst und seine/ihre Umwelt zu vermitteln und damit das Wohlbefinden zu fördern (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.101).

Durch die Verbindung des Mundes zur Nase können die Riechnerven bei der oralen Stimulation mitgereizt werden. Gerüche sind, wie bereits erwähnt, wesentliche Erinnerungsauslöser und gehen weit in der Lebensbiografie eines Menschen zurück. Vor allem die bewusste Kombination aus Geruch und Geschmack (z.B. Kaffee) wird von den PatientInnen gut aufgenommen. Die Stimulation durch Gerüche sollte aber nicht nur durch Nahrungsmittel erfolgen – so kann auch schon die Verwendung der eigenen Seife oder Hautcreme bewirken, dass vertraute Düfte erhalten bleiben können (Bienstein, Fröhlich 1996, S.88f.). Mit der Verwendung von beliebten ätherischen Ölen in der Duftlampe oder als Wickelzusatz lässt sich die olfaktorische Stimulation sehr leicht mit den beiden anderen Bereichen aus der komplementären Pflege denen sich meine Diplomarbeit widmet, nämlich der Aromapflege bzw. mit Wickelanwendungen, verbinden.

Bevor man allerdings Menschen mit bestimmten Gerüchen und Geschmacksrichtungen konfrontiert, sollte man herausgefunden haben, welche Richtung von dem/der Betroffenen bevorzugt wird.

9.5.6 Auditive Stimulation

Berichte von PatientInnen, die lange Zeit als bewusstlos oder komatös galten und genaue sprachliche Handlungen wiedergeben konnten, zeigten, dass auch diese Menschen akustische Reize wahrnehmen können. Pflegehandlungen sollten deshalb immer von Worten begleitet werden (ebenda, S.94).

Vor allem auf Intensivstationen werden PatientInnen zumeist von völlig unbekannten und dadurch für sie häufig beängstigenden Geräuschen umgeben. Diese auditiven Reize fördern meist nicht das Interesse der Betroffenen, sondern verunsichern sie eher. Durch unbekannte und beängstigende Geräusche werden PatientInnen oft zu einem aggressiven Verhalten stimuliert. Daher wäre es wünschenswert, sich (bei Angehörigen) zu erkundigen, welche Geräusche, Musik, Stimmen etc. er/sie geschätzt bzw. nicht gemocht hat. Wichtig ist, dass ein eindeutiger auditiver Reiz angeboten wird, d.h. er muss für den/die PatientIn klar zuzuordnen sein. Mehrere Stimmen und Geräusche gleichzeitig führen zu einer Reizüberflutung, die sich oft durch Zunahme von autostimulierenden Verhalten äußert (Nydahl, Bartoszek 2003, S.171f.).

Es ist wichtig, den Beginn und das Ende einer Pflegehandlung nicht nur durch eine klare Berührung (Initialberührung – vgl. vorne), sondern auch mit Worten deutlich kenntlich zu machen. Allgemein sollte klar, deutlich und nicht zu schnell gesprochen, sowie keine sprachlichen Verniedlichungen eingesetzt werden. Angehörige sollten in vertrauter Form sprechen. In der Begleitung Sterbender kann vor allem Musik eine große Rolle spielen, denn sie kann Ängste und Schmerzen zumindest für kurze Zeit vergessen lassen (Kostrzewa, Kutzner 2002, S.105f.).

9.5.7 Visuelle Stimulation

Selbst wenn man von einem Menschen scheinbar angesehen wird, kann dies eine Täuschung sein: besonders bei apallischen PatientInnen kann man, obwohl sie mit weit geöffneten Augen und starrem Blick daliegen, bis heute nicht eindeutig sagen, ob ein Sehen oder Teilsehen stattfindet. Auf jeden Fall sollten schnelle und schreckhafte Bewegungen in Richtung Augen der Betroffenen unterlassen werden, da diese, sofern sie doch etwas wahrnehmen, keine Möglichkeit zum Ausweichen haben. Hastige und schnelle Bewegungen sollten prinzipiell bei jeder Patientengruppe vermieden werden (Bienstein, Fröhlich 1996, S.102).

Weiters muss darauf geachtet werden, dass keine Polster, Decken etc. das Blickfeld eines/r PatientIn einschränken und, dass diese/r auch nicht immer die Bettgitter direkt vor den Augen hat. Die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung sollte einen animierenden Charakter haben. Halbseitig gelähmte PatientInnen sollten den Kopf bewusst auf die Seite der gelähmten Körperhälfte drehen müssen, um Personen oder Gegenstände wahrnehmen zu können. Bedeutsam ist es auch, dem/der Kranken das Sehen aus verschiedenen Positionen, also nicht nur im Bett liegend, zu ermöglichen. Ist dies durch Bettlägerigkeit nicht möglich, so sollte zumindest die dem Patientenblick gegenüberliegende Wand mit wechselnden Stimulantien wie Bilder, Fotos u dgl. ausgestattet sein. Verbringen PatientInnen längere Zeit in Rückenlage und sehen ausnahmslos die weiße Decke vor sich, so beginnen sie sich eigene Stimulationen (Autostimulationen) zu setzen. Das kann dazu führen, dass schwarze Punkte oder Spinnen an der Decke gesehen werden. Wichtig ist es dann zu erkennen, dass diese Menschen nicht verwirrt sind, sondern, dass dies ein Hilferuf nach mehr visueller Stimulation ist (Fröhlich 1995, S.508; Kostrzewa, Kutzner 2002, S.110).

Das waren die einzelnen Bereiche, in denen schwerstkranken und wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen im Rahmen der Basalen Stimulation gezielte Angebote gemacht werden können. Eine geduldige, auf den/die Einzelne/n abgestimmte Stimulation bietet diesem/r die Chance, wieder mehr

von dem wahrnehmen zu können, was verloren gegangen ist bzw. zu erhalten, was bekannt ist und geschätzt wird (Bienstein, Fröhlich 1996, S.89 und S.113). Dabei können alltägliche Pflegehandlungen qualitativ so verändert werden, dass vor allem somatische, vestibuläre und vibratorische Stimulationsangebote miteinbezogen werden können und die Anwendung des Konzepts der Basalen Stimulation somit keine Mehrbelastung für die Pflegenden bedeuten muss.

Im folgenden, abschließenden Kapitel zur Basalen Stimulation möchte ich vorhanden Forschungsarbeiten zum Thema vorstellen.

9.6 Die Wirksamkeit der Basalen Stimulation – was ist bewiesen?

„Das gesamte Konzept der Basalen Stimulation ist nicht bewiesen oder evidenzbasiert. Es gibt keine umfassende Studie zur Wirksamkeit der Basalen Stimulation, was wissenschaftlich auch gar nicht möglich ist, da das Konzept zu komplex ist.“ (Nydahl 2007, S.496)

Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Basale Stimulation ein umfassendes Förderkonzept darstellt, das viele unterschiedliche (psychologische, heilpädagogische, pflegerische etc.) Komponenten beinhaltet und, dass es durch die Vielzahl sich gegenseitig beeinflussender Faktoren eine hohe Komplexität aufweist, wodurch ein Effektivitätsnachweis von Ursache und Wirkung erschwert wird (Leyendecker 1999 nach Nydahl, Bartoszek 2003, S.295).

Es sind bisher fast nur einzelne Aspekte und Angebote in präwissenschaftlicher Verfahrensweise untersucht worden, wie beispielsweise die Atemstimulierende Einreibung (u.a. Bischof 1998; Conrad 2004; Schürenberg 1993), unterschiedliche Wirkungsweisen von Ganzkörperwaschungen auf das Herz-Kreislaufsystem (Kels 1995; Straub 1996) oder die Auswirkungen von Berührung und Körperkontakt (Schürenberg 2003). Allgemein gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige aussagekräftige Studien zur Be-

rührung, obwohl diese als zentrale pflegerische Tätigkeit betrachtet wird. Im angloamerikanischen Raum hingegen gibt es verschiedene Konzepte (z.B. „Affective Touch“, „Comfort Touch“, „Tactil Touch“), die der Berührung in der Basalen Stimulation ähnlich sind, deren Studien aber wegen eines anderen theoretischen Hintergrundes nicht herangezogen werden können (Nydahl 2007, S.499).

Die zum Thema gefundene Literatur umfasst großteils Erfahrungsberichte (Hoffmann 1995; Mielke-Reusch 2000; Stahel 1995; Titze 2001) und Fachbücher (Bienstein, Fröhlich 1996; Fröhlich 1997; Kostrzewa, Kutzner 2002; Nydahl, Bartoszek 2000; Nydahl, Bartoszek 2003), sowie Abschluss-, Bachelor- bzw. Masterarbeiten (Großschädl 2008; Schürenberg 2003; Schürenberg 2006). Einige Autoren beschreiben Fallgeschichten von IntensivpatientInnen (Gsodam, Nydahl 2000; Haut 2005; Hensel, Nydahl 1997; Nydahl 1999), denn auf Intensivstationen erleiden PatientInnen massive Verluste hinsichtlich ihrer Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsmöglichkeiten, weshalb sie sich für die Anwendung dieses Konzepts sehr gut anbieten. Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten aus dem Intensivbereich lassen sich gut auf die Palliative Care übertragen, auch wenn der Hintergrund ein anderer ist: In der Intensivmedizin und -pflege geht es bekanntlich um die Rettung von Leben, ums Überleben. Der Mensch wird auf seine Funktionalität reduziert – ist etwas „kaputt“, so muss es repariert oder ausgetauscht werden (Hensel, Nydahl 1997, S.848). Aber der Einsatz von Basaler Stimulation hat neben der Förderung und Unterstützung des Heilungsverlaufes auch das Erleben von Wohlbefinden und verbesserter Lebensqualität zum Ziel.

Studien und Fallgeschichten zu PatientInnen im Wachkoma (Hensel, Nydahl 1997; Gsodam, Nydahl 2000) können ebenfalls auf PalliativpatientInnen übertragen werden, vor allem wenn sich diese im finalen Stadium ihres Lebens befinden. Basale Stimulation will in diesen Fällen durch einen non-verbalen Dialog nicht unbedingt heilen, sondern die Betroffenen in ihrem Schicksal begleiten (Hensel, Nydahl 1997, S.850). Das Konzept der Basalen Stimulation geht bekanntlich davon aus, dass jeder Mensch, auch wenn er/sie bewusstlos ist oder im Koma liegt, prinzipiell wahrnehmungsfähig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass sich der/die AnwenderIn auf die Kommunikationsebene des/der Betroffenen begibt, nur so kann er/sie erreicht werden. Dementsprechend sollten komatösen Menschen elementare Bedeutungen wie Interesse, Nähe, Würde u.dgl. vermittelt werden. Hensel und Nydahl (1997) spielten einem jungen Mann im apallischen Syndrom seine Lieblingsmusik vor und konnten signifikante Blutdruckveränderungen beobachten – bei Musik aus dem Radio kam es zu keinen Veränderungen. Auch Klein (2000) untersuchte PatientInnen im Wachkoma und wies einen erhöhten Stoffwechsel im Gehirn nach, wenn sie z.B. die Stimmen ihrer Angehörigen oder ihre Lieblingsmusik hörten.

Intensiv- bzw. WachkomapatientInnen liegen, wie viele in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkten PatientInnen, meist auf extra weichen Matratzen um der Entstehung von etwaigen Hautdefekten vorzubeugen. Buchholz et al. (1998) untersuchten im Rahmen einer Weiterbildungsveranstaltung zur Basalen Stimulation die Auswirkungen einer Superweichlagerung auf die Wahrnehmung und Bewegung. 20 TeilnehmerInnen blieben zu diesem Zwecke 30 Minuten ruhig auf einer Superweichmatratze liegen. Die Hälfte von ihnen hatte nach dieser kurzen Zeit bereits Schwierigkeiten, ihren Körper noch als solchen wahrzunehmen. Es wurden Proportionen verzerrt, verkürzt, verlängert oder evtl. gar nicht mehr empfunden. Bei einigen TeilnehmerInnen konnte die körperliche Ganzheit nicht mehr richtig wahrgenommen werden – und dies bereits nach nur 30 Minuten.

Auch Neander et al. (1996) stellten fest, dass die Lagerung von PatientInnen auf einer weichen, druckentlastenden Matratze eher zu Koordinations- und Körperbildstörungen führte, als eine vergleichsweise harte Lagerung. Die Autoren kamen deshalb zu dem Ergebnis, dass eine normal-harte Lagerung einer weichen vorgezogen werden sollte – sofern medizinisch vertretbar.

Die gefundenen Forschungs- und Erfahrungsberichte zeigen, dass die Basale Stimulation eine geeignete Intervention ist, um das Wohlbefinden von PatientInnen zu steigern und Fortschritte zu bewirken. In Publikationen, die Fallgeschichten darstellen, werden meistens Verbesserungen der körperli-

chen und geistigen Wahrnehmungsfähigkeit und eine Steigerung des Wohlbefindens beschrieben. In der von Großschädl im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführten mündlichen Befragung von 20 Pflegepersonen zur Basalen Stimulation, vertraten alle TeilnehmerInnen die Meinung, dass die Anwendung des Konzeptes in der Pflege steigendes Wohlbefinden und Schmerzlinderung bei den PatientInnen bewirken kann. Dennoch sei es notwendig, vermehrt wissenschaftliche Studien zu diesem Thema durchzuführen, um das Konzept hinsichtlich der Effektivität zu untersuchen (Großschädl 2008, S.31). Auch Svenningsen (2008) stellte in ihrer systematischen Literaturrecherche zum Thema Basale Stimulation fest, dass nur wenige der gefundenen Studien Beweise für den Nutzen der Basalen Stimulation liefern. Außerdem kritisiert sie die mangelnde wissenschaftliche Qualität (Schwächen im Studiendesign etc.) der Studien. Viele Artikel könnten allerdings als Grundlage für weitere, wissenschaftlich hochwertigere Forschungsarbeiten verwendet werden (Svenningssen 2008, S.16f.).

Die gefundenen Texte zeigen auch, dass das Konzept im deutschsprachigen Raum eine große Bedeutung hat, dennoch habe ich leider keine Forschungsarbeiten gefunden, die sich konkret auf die Anwendung der Basalen Stimulation in der Palliativpflege beziehen. Aber die beschriebenen Stimulationsformen lassen sich sehr gut auf Schwerstkranke und Sterbende übertragen (im Text wurde immer wieder darauf hingewiesen). Die positiven Auswirkungen, die beschrieben werden (Schmerz- und Angstlinderung, Steigerung des Wohlbefindens, Wirksamkeit bei Unruhe u.dgl.) sind bekanntlich im palliativen Setting von großer Bedeutung. Das Konzept der Basalen Stimulation integriert wie auch schon die Aromapflege und die Anwendung von Wickeln und Auflagen den ganzheitlichen Ansatz, der bei der Betreuung von PalliativpatientInnen im Vordergrund steht.

10 RESÜMEE UND AUSBLICK

Mit dieser Diplomarbeit wurde versucht, einen Einblick in die Anwendung komplementärer Methoden bei der Pflege von onkologischen PalliativpatientInnen zu geben. Komplementäre Methoden, die ihren Ursprung meist in der Naturheilkunde haben, sollen als begleitende, ergänzende bzw. unterstützende Maßnahmen zu herkömmlichen Pflegemethoden betrachtet werden. Ganz allgemein kann in der heutigen Gesellschaft ein Trend „zurück zur Natur“ beobachtet werden und auch die Pflege zeigt zunehmendes Interesse, komplementäre Methoden in den Pflegealltag zu integrieren. Denn diese sind bei fast allen Erkrankungen einsetzbar und vermitteln eine ganzheitliche Sichtweise: eine Krankheit wird nicht als rein körperliche Störung betrachtet sondern beinhaltet auch immer eine seelische, geistige und soziale Komponente, welche in die pflegerische Betreuung integriert werden muss. Auf diesem ganzheitlichen Ansatz basiert auch das Konzept der Palliative Care. In Ermangelung ursächlicher Therapiemöglichkeiten geht es in der Palliative Care darum, durch Symptomkontrolle sowie ganzheitliche Betreuung und Begleitung eine neue Lebensperspektive zu erschließen und eine Verbesserung der Lebensqualität sowie des körperlichen und seelischen Wohlbefindens zu ermöglichen. Gerade die Bereiche Lebensqualität und Wohlbefinden, gefördert durch Zuwendung und Aufmerksamkeit, stellen unter Beachtung der individuellen Ressourcen des/der Kranken wesentliche Ansatzpunkte für ganzheitlich orientierte Pflege dar, die mit Hilfe komplementärer Methoden unterstützt werden kann und an denen die Betroffenen aktiv mitarbeiten können (Stellhorn 2009, S.88).

Der Bereich der komplementären Maßnahmen ist sehr umfangreich – um sich auf drei verschiedene Methoden zu spezialisieren, wurde eingangs eine schriftliche Befragung in stationären palliativen Einrichtungen (Palliativstationen und Hospize) in ganz Österreich durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass in allen diesen Institutionen komplementärpflegerische Methoden zur Anwendung kommen. Die drei am häufigsten genannten, nämlich die Aromapflege, der Einsatz von Wickel und Auflagen sowie die Basale Stimulation, wurden schließlich in die Arbeit aufgenommen, die An-

wendungsweisen und möglichen Auswirkungen beschrieben sowie anhand ausgewählter Literatur und wissenschaftlicher Studien (sofern vorhanden) fundiert.

Ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit war es aufzuzeigen, dass diese drei genannten Anwendungen dazu beitragen können, die angestrebte Steigerung der Lebensqualität und Verbesserung der Befindlichkeit zu erreichen. Anhand einer ausführlichen Literaturrecherche konnten zwar keine eindeutigen Beweise für die Wirksamkeit dieser Methoden gefunden werden, die vorhandenen Studien, Zeitschriftenartikel, Erfahrungsberichte etc. zeigen jedoch in den meisten Fällen positive Auswirkungen der untersuchten Anwendungen. Es sind meist Publikationen populärwissenschaftlicher Art zum genannten Thema vorhanden. Vielen Studien ist gemeinsam, dass sie weder mit Kontrollgruppen noch mit Vergleichsinterventionen arbeiten. Somit bleibt die Ursache einer beobachteten Wirkung oft unklar und kann gegebenenfalls auch nur auf die Anwesenheit einer sich zuwendenden Person zurückzuführen sein. Viele der vorliegenden Forschungsarbeiten (vor allem zur Basalen Stimulation) sind außerdem im Rahmen von Bachelor-, Master- oder sonstigen Abschlussarbeiten entstanden, was bedeutet, dass vermutlich nur finanziell und zeitlich begrenzte Ressourcen zur Verfügung standen.

Die meiste wissenschaftliche Literatur zu den drei genannten Methoden gibt es zur Aromapflege. Außerdem wurde die Wirkung von ätherischen Ölen auch sehr oft in palliativen Settings untersucht, wobei die Anwendung meist im Rahmen von Aromamassagen erfolgte. Die Ergebnisse diverser Studien zeigten Verbesserungen von physischen (Schmerzlinderung, Linderung der Übelkeit) und psychischen (Reduktion von Angst und Anspannung) Beschwerden. Auch zur Förderung der Schlafqualität gibt es einige Forschungsarbeiten und diese zeigen die positiven Auswirkungen der Aromapflege deutlich auf.

Zur Anwendung von Wickel und Auflagen gibt es vorwiegend populärwissenschaftliche Abhandlungen. Diese Art der äußeren Anwendung wird meist mehr als „Hausmittelchen“ abgetan und nicht als eine seröse pflegerische Anwendung betrachtet. Interessanterweise kommen aber Wickel und Kompressen sehr häufig in Hospizen oder auf Palliativstationen zum Einsatz.

Forschungsarbeiten aus diesem Bereich berichten über den erfolgreichen Einsatz bei Verdauungsproblemen, Schmerzen, (Ein-) Schlafstörungen, Unruhe, Angst und zur schonenden Fiebersenkung. Durch das zirkuläre Einhüllen des Körpers oder eines Körperteils in einen Wickel wird zusätzlich Nähe und Geborgenheit vermittelt, und auch Palliative Care möchte bekanntlich „in einen Mantel einhüllen“ und auf diese Art Vertrauen und ein Gefühl der Sicherheit geben. Ideal sind demnach Wickel, die mit ätherischen Ölen versetzt sind – damit lassen sich die positiven Auswirkungen der Aromapflege und von Wickelanwendungen verbinden.

Die Basale Stimulation wird als zu komplex betrachtet, als dass sie wissenschaftlich bewiesen werden könnte (Nydhahl 2007, S.496). Es werden meist nur einzelne Aspekte wie z.B. die Atemstimulierende Einreibung oder Auswirkungen diverser Hart- bzw. Weichlagerungen untersucht. Insgesamt betrachtet zeigt aber auch die gefundene Literatur zur Basalen Stimulation bzw. zu einzelnen Aspekten davon, dass die Anwendung zu einem gesteigerten Wohlbefinden führen und Schmerzlinderung bewirken kann. Einige Anwendungen wie spezielle Waschungen u.dgl. können zudem auch in die Grundpflege integriert werden. Eine somatische Stimulation kann durch die Anwendung von Wickel und Auflagen erfolgen, womit sich auch hier zwei bzw. drei (sofern ätherische Öle beigemischt werden) komplementärpflegerische Methoden kombinieren lassen. Wie man anhand der gefundenen Literatur zur Basalen Stimulation unschwer erkennen kann, wird diese oft in der Intensivpflege angewandt. Die Ergebnisse lassen sich jedoch auf die Palliativpflege übertragen, denn abgesehen von der Unterstützung bei Heilungsfortschritten geht es auch im Intensivbereich um Lebensqualität und Wohlbefinden.

Insgesamt ist der Forschungsstand bei allen drei in dieser Diplomarbeit beschriebenen komplementärpflegerischen Methoden noch nicht ausreichend. Selbst wenn Studien einer höheren wissenschaftlichen Evidenz vorliegen machen unterschiedliche Studiendesigns, Stichprobenbildungen, Anwendung der Intervention und Assessmentinstrumente eine Vergleichbarkeit dieser kaum möglich. Die Art und/oder Dauer der Intervention kann ebenfalls variie-

ren. Werden Untersuchungen in einem palliativen Setting durchgeführt, so ist die Dauer dieser Untersuchung insgesamt meist eher kurz, denn PalliativpatientInnen sind eine sehr vulnerable Probandengruppe, weshalb sich lang angelegte Studien als schwierig erweisen.

Um komplementärpflegerische Methoden im Bereich der Palliative Care langfristig zu etablieren, wird es notwendig sein, forschungsgestützte und evidenzbasierte Konzepte zu entwickeln. Es besteht ein dringender Bedarf an Studien mit experimentellen oder zumindest quasi-experimentellen Design, um die Wirksamkeit einer Intervention nachzuweisen. Denn ein Kriterium der professionellen Pflege ist die Durchführung von Pflegehandlungen auf der Basis theoretischen Wissens. Professionelles Handeln verlangt ein Agieren nach systematischem und empirischem Wissen, das auf Wissenschaft beruhen kann (Kühne-Ponesch 2002 nach Riegler 2010, S.132). Ein Problem stellt sich allerdings: wie bereits mehrmals erwähnt basieren komplementäre Pflegemethoden auf einem ganzheitlichen Ansatz – diese ganzheitliche Wirksamkeit quantitativ zu messen, ist nicht immer einfach. Es sollten demnach auch mehr qualitative Studien durchgeführt werden und diesen dann auch ein höherer Stellenwert in der Forschung zuerkannt werden. Pflege ist sehr vielfältig, weil sie eine Handlungswissenschaft ist, in der mit Menschen gearbeitet wird und jeder Mensch ist individuell und einzigartig. Gerade in der Palliative Care wird der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen gesehen, es wird also nicht nur ein körperliches Merkmal untersucht, sondern auch die psychische und soziale Komponente (Ressourcen des Umfeldes) muss bei der Betrachtung eines Pflegeproblems berücksichtigt werden. Lebensqualität, Wohlbefinden und viele andere Faktoren, um die es in der Palliativpflege geht, sind (wie bereits im Text erwähnt) nicht so einfach messbar. Demnach sollten in der Pflege qualitative Forschungsdesigns vermehrt zur Anwendung kommen, denn manche Fragestellungen sind beispielsweise für randomisiert kontrollierte Studien absolut ungeeignet. Manchmal könnte eine Methodentriangulation, also die Nutzung von mindestens zwei unterschiedlichen methodischen Zugängen (meist quantitativ und qualitativ) von Nutzen sein. Die vielfältigen Dimensionen eines Forschungsgegenstandes könnten demnach von verschiedenen Seiten beleuchtet

werden. Prinzipiell sollte aber die Wahl der Forschungsmethode immer von der Fragestellung abhängen (Polit et al. 2004, S.30f.).

Als Argumente gegen den Einsatz komplementärpflegerischer Methoden werden außerdem oft Zeitmangel und zu hohe Kosten genannt. Doch im Vergleich zu durch Forschungs- und Entwicklungskosten hochpreisigen Arzneimitteln sind beispielsweise ätherische Öle oder Wickelzusätze sehr kostengünstig (Steflitsch M., Steflitsch W., 2007, S.16). Und was den Zeitfaktor betrifft: eine Tablette gegen Schmerzen zu verabreichen geht schneller als eine Aromamassage durchzuführen oder einen Wickel anzulegen. Aber durch das gesteigerte Wohlbefinden, das z.B. durch eine Massage hervorgerufen wird, kann der zusätzliche Zeitaufwand evtl. wieder eingespart werden. Außerdem muss man bedenken, dass Tabletten Nebenwirkungen haben können, deren Behandlung wieder Zeit kostet. Und einige Anwendungen, vor allem Teile der Basalen Stimulation, lassen sich sogar in die Grundpflege integrieren und benötigen deshalb auch nicht mehr Zeit (vgl. vorne).

Komplementäre Methoden sollen als Unterstützung und Ergänzung zu herkömmlichen Pflegemaßnahmen betrachtet werden. Es geht nicht um entweder – oder, sondern darum, die bestmögliche pflegerische Behandlung und Betreuung für die betroffenen PatientInnen zu finden, damit diese ihre letzte Lebenszeit trotz physischer und psychischer Einschränkungen als lebenswert empfinden können.

LITERATURVERZEICHNIS

Aulbert E., Hankemeier U.: Systemische medikamentöse Schmerzbehandlung bei Krebskranken. In: Aulbert E., Niederle N. (Hrsg.): Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 1990; S.131-146

Aulbert E., Niederle N. (Hrsg.): Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 1990;

Bächle-Helde B.: Komplementäre Pflegemethoden und Evidenzbasierung. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2010

Bachmann R.M.: Die Naturheilverfahren im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Empirie. In: Likar R. et al. (Hrsg.): Schmerztherapie in der Pflege: schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien, New York: Springer-Verlag 2009; S.425-447

Bachmann S., Längler A.: Hausmittel in der modernen Medizin. Tees, Wickel, Bäder & Co. München: Urban & Fischer Verlag, 2005

Baines M.: Tackling Total Pain. In: Saunders C.: Hospice and Palliative Care: An interdisciplinary approach. London (et al.): Hodder and Stoughton 1991; S.26-38

Baye S., Seeling S.: Therapiemöglichkeiten bei unruhigen Patienten. In: Die Schwester Der Pfleger 46(10), 2007; S.930-935

Belzner S.: Eukalyptusöl-Kompresse bei Harnverhalten. In: Pflege aktuell 6,1997; S.386-387

Benzmann H.: Ganzheitlichkeit – was ist das? In: Die Schwester Der Pfleger 36(1),1997; S.41-43

Bernatzky G., Likar R.: Lebensqualität erhalten – was Pflege dazu beitragen kann. In: Likar R. et al. (Hrsg.): Schmerztherapie in der Pflege: schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien, New York: Springer-Verlag 2009 ; S.13-14

Bienstein C., Fröhlich A.: Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 9.Auflage 1996

Bischof N.: Kann ASE Einschlafstörungen und Schmerzen reduzieren? Pflegeforschungsprojekt in der Ausbildung. In: Lazarus 13, 1998; S.16-17

Böhm A. et al.: Handbuch – Aromapflege. Projekt am Krankenhaus Elisabethinen Linz GmbH, 2008

Brock W. et al.: Ätherische Öle in der komplementären Schmerztherapie. In: Die Schwester Der Pfleger 47(11), 2008; S.990-995

Buchholz T. et al.: Der Körper: eine unförmige Masse – Wege zur Habituationssprophylaxe. In : Die Schwester Der Pfleger 37(7), 1998; S.568-572

- Buchmayr B.: Wickel und Kompressen. In: Likar R. et al. (Hrsg.): Schmerztherapie in der Pflege: schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien, New York: Springer-Verlag 2009a; S.415-424
- Buchmayr B.: Wickel und Kompressen am Beispiel Leberwickel. In : Forum Aromatherapie – Aromapflege – Aromakultur 34, 2009b; S.3-8
- Buchmayr B. et al.: Aromapflege Handbuch. Pflach: Verlag Grasl, 2007
- Büntzel J. et al.: Unkonventionelle Behandlungsansätze in der Palliativmedizin. In: Der Onkologe 06/2007; S.509-519
- Canal C.: Wickel und Auflagen als ergänzende Maßnahme zur medikamentösen Therapie. In: Pflegezeitschrift 6, 1995; S.329-331
- Cannard G.: The effect of aromatherapy in promoting relaxation and stress reduction in a general hospital. In: Complementary Therapies in Nursing and Midwifery 2, 1996; S.38-40
- Codish S. et al.: Mud compress therapy for the hands of patients with rheumatoid arthritis. In: Rheumatology International 25(1), 2005; S.49-54
- Conrad A.: Symptomkontrolle beim Tumorpatienten. In: Klaschik E., Nauck F. (Hrsg.): Palliativmedizin heute. Berlin (et al.): Springer-Verlag 1994; S.31-36
- Conrad J.: Atemstimulierende Einreibung fördert Entspannung und subjektives Wohlbefinden. In: Die Schwester Der Pfleger, 43(2), 2004; S.104-107
- Davy J., Ellis S.: Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. Bern: Verlag Hans Huber, 2003
- Deiningner R.: Die magische Welt der ätherischen Öle und Aromastoffe. In: Schnaubelt K. (Hrsg.): Ganzheitliche Aromatherapie. Stuttgart et al.: Gustav Fischer Verlag 1997; S.91-146
- Dorner G.: Ganzheitlich wohltuende Mundpflege. In: Forum Aromatherapie – Aromapflege – Aromakultur 34, 2009; S.15-17
- Du Boulay S., Saunders C.: Ein Leben für Sterbende. Innsbruck, Wien: Tyrolia-Verlag, 1987
- Duden. Das Fremdwörterbuch. Mannheim/Wien/Zürich: Dudenverlag, 5. Auflage 1990
- Evans B.: An audit into the effects of aromatherapy massage and the cancer patient in palliative and terminal care. In: Complementary Therapies in Medicine, 3, 1995; S.239-241
- Faschingbauer C.: Schonendere Fiebersenkung durch Zitronenwickel. In: Pflegezeitschrift 06, 1995; S.332-339
- Feichnter A.: Stomatitis und Xerostomie. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.342-349

- Fellinger K.: Schleimhautveränderungen. In: Margulies A. et al. (Hrsg.): Onkologische Krankenpflege. Berlin et al.: Springer-Verlag 1994; S.463-494
- Fischer-Rizzi S.: Himmlische Düfte. Aromatherapie. München: Hugendubel Verlag, 11.Auflage 1995
- Flusser D. et al.: Therapy with mud compresses for knee osteoarthritis: comparison of natural mud preparations with mineral-depleted mud. In: Journal of Clinical Rheumatology 8(4), 2002; S.197-203
- Fritz C., Beer A.: Perspektiven im Berufsalltag „Naturheilkundliche Pflege“ eine Weiterbildung. In: Pflegemagazin, 3(4), 2002; S.37-43
- Fröhlich A.: Basale Stimulation. Ein Beitrag zur Qualifizierung der Pflege. In: Pflege aktuell 7-8, 1995; S.504-508
- Fröhlich A.: Basale Stimulation. Düsseldorf. Verlag Selbstbestimmtes Leben, 9.Auflage 1997
- Georg J.: Wickel und Auflagen. Äußere Anwendungen bei Obstipation und Schlafstörungen. In: Pflege aktuell 1, 1995; S.20-22
- Glaser H. et al.: „Ingwerstudie“. Verband anthroposophisch orientierter Pflegeberufe e.V. Heft 3, 2.Auflage 2001
- Glaus A.: Fatigue. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.247-256
- Graf G.: Dyspnoe. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.324-330
- Graf H.: Praxisrelevanz alternativer Pflegemethoden. In: Die Schwester Der Pfleger 33(7), 1994; S.601-605
- Grosche O.: Lavendelölkompressen: Die sanfte Hilfe aus den blauen Blüten. In: Pflegezeitschrift 8, 2004; S.549-551
- Großschädl F.: Basale Stimulation® in der Pflege. Erkenntnisse und Erfahrungen aus Theorie und Praxis. In: Pro Care 5, 2008; S.30-31
- Gsodam R., Nydahl P.: Alles echte Leben ist Begegnung. Fallbeispiel der Basalen Stimulation. In: Pro Care 1-2, 2000; S.16-21
- GuKG. In: Kodex des österreichischen Rechts – Gesundheitsberufe, Band 1: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien: LexisNexis Verlag, 2007
- Hammerer M.: Ölaufgaben mit ätherischem Lavendelöl. In: Pflege aktuell 11, 1994; S.671
- Hannich H., Dirkes B.: Ist Erleben im Koma möglich? In: Intensiv 4, 1996; S.4-7
- Haut A.: An Grenzen geraten. Basale Stimulation. In: PflegenIntensiv 2, 2005; S.20-24

- Heilmann-Wagner E.: Der Basale Wickel-Dialog. In: not 2, 2010; S.40-42
- Heller A.: Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller A. et al. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun – wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1999, S.9-24
- Hellmich P.: Vom Hospiz-Gedanken zu Palliative Care. Begriffe, Entwicklungen und derzeitiger Stand aus der Sicht der Pflege. Wien: Diplomarbeit 2003
- Henry J. et al.: Lavender for night sedation of people with dementia. In: International Journal of Aromatherpy 6(2), 1994; S.28-30
- Hensel U., Nydahl P.: Basale Stimulation – Entwicklung eines Dialogs mit bewusstseinsgestörten Patienten. In: Die Schwester Der Pfleger, 36(10), 1997; S.847-853
- Höfler A. E.: Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien: kursbuch palliative care 2, 2001; S.1-31
- Hoffmann D.: Basale Stimulation in der Pflege. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift 2, 1995; S.12-15
- Hofmann V., Margulies A.: Schmerz. In: Margulies A. et al. (Hrsg.): Onkologische Krankenpflege. Berlin et al.: Springer-Verlag 1994; S.275-330
- Hudson R.: The value of lavender for rest and activity in the elderly patient. In: Complementary Therapies in Medicine 4(1), 1996; S.52-57
- Jesche M.: Basale Stimulation in der Pflege – schon gehört? In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift 8-9, 1999; S.26-29
- Johnen-Thielemann I.: Zehn Jahre Palliativstation: Chirurgische Universitätsklinik Köln. In: Klaschik E., Nauck F. (Hrsg.): Palliativmedizin heute. Berlin et al.: Springer-Verlag 1994; S.103-116
- Juchli L.: Krankenpflege. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag, 1994
- Kels K.: Von der fraktionierten zur Bobath-orientierten Ganzkörperwäsche. Dorsten-Wulfen: Verlag Zimmermann, 1995
- Key M.: Aromapflege. Mit Eukalyptus und Pfefferminze Fieber senken. In: Die Schwester Der Pfleger 46(2), 2007; S.132-134
- Klaschik E. et al.: Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. In: Der Internist 7, 2000; S.606-611
- Klein M.: Schmerzempfindung und erhaltenes Bewußtsein im apallischen Syndrom? Medizinische, juristische und ethische Aspekte. In: Intensiv 8, 2000; S.63-68
- Knipping C.: Palliative Betreuung in den letzten Lebenstagen und -stunden. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.465-482

- Komori T. et al.: Effects of citrus fragrance on immune function and depressive states. In: Neuroimmunomodulation 2(3), 1995; S.174-180
- Kostrzewa S., Kutzner M: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Bern et al.: Verlag Hans Huber, 2002
- Kozak L.E. et al.: Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) by Washington State Hospices. In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine 25(6), 2009; S.463-468
- Kränzle S.: Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: Kränzle S. et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006a; S.1-5
- Kränzle S.: Mundpflege. In: Kränzle S. et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006b; S.184-186
- Kränzle S.: Atemnot. In: Kränzle S. et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006c; S. 222-223
- Kratschmar A., Teuschl H.: Hospiz- und Palliativführer Österreich. Wien: Bundeskanzleramt, Bundespressedienst Abteilung I/4, 2008
- Krug M.: Aromatherapie als Unterstützung bei Trauerarbeit. In: FORUM Aromatherapie-Aromapflege-Aromakultur 34, 2009; S.20-22
- Krug S., Cost I.: Zu mehr Lebensqualität anregen. Basale Stimulation in der Onkologie- und Palliativpflege. In: Pflegezeitschrift 4, 2008; S.193-196
- Kühne-Ponesch S.: Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas Verlag, 2004
- Kutzner M.: Basale Stimulation. In: Kränzle et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006; S.201-206
- Kyle G.: Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. In: Complementary Therapies in Clinical Practice 12, 2006; S.148-155
- Lai T.K.T. et al.: Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: A pilot study. In: Complementary Therapies in Clinical Practice 17, 2011; S.37-43
- Lavabre M.: Mit Düften heilen. Das praktische Handbuch der Aromatherapie. Freiburg im Breisgau: Verlag Hermann Bauer KG, 1992
- Lewis C.R. et al.: Integrating complementary and alternative medicine (CAM) into standard hospice and palliative care. In: American Journal of Hospice & Palliative Care 20(3), 2003; S.221-228
- Likar R., Bernatky G.: Medikamentöse Tumorschmerztherapie. In: Likar R. et al. (Hrsg.): Schmerztherapie in der Pflege: schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien, New York: Springer-Verlag 2009; S.121-129

- Maddocks-Jennings W. et al.: Evaluating the effects of the essential oils *Leptospermum scoparium* (manuka) and *Kunzea ericoides* (kanuka) on radiotherapy induced mucositis: A randomized, placebo controlled feasibility study. In: European Journal of Oncology Nursing 13, 2009; S.87-93
- McCaffery M. et al.: Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein-Mosby-Verlag, 1997
- Mensdorf B.: Schritt für Schritt zur Handlungssicherheit – Teil 12: Wadenwickel: Eine traditionelle Methode zur Fiebersenkung. In: Pflegezeitschrift 4, 2008; S.224-227
- Mielke-Reusch B.: Basale Stimulation in der Altenpflege. In: Pflege aktuell 2, 2000; S.88-91
- Nagele S., Feichtner A.: Lehrbuch der Palliativpflege. Wien: Facultas Verlag, 2005
- Nauck F. et al.: Therapie chronischer Schmerzen bei Erwachsenen und Kindern. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.198-225
- Neander K.-D. et al.: Der Einfluss von Weichlagerung auf die Körperwahrnehmung und -haltung. In: Pflege 4, 1996; S.293-299
- Nydahl P.: Basale Stimulation in der Intensivpflege. Pflege als Basis zur Kommunikation. In: Pflegezeitschrift 4, 1999; o.S.
- Nydahl P.: Das Schöne ist, dass Sie das selbst entscheiden! Basale Stimulation in der Pflege. In: Pflegezeitschrift 6, 2001; S.413-417
- Nydahl P.: Basale Stimulation in der Pflege – was ist gesichert? In: Die Schwester Der Pfleger 46(6), 2007; 496-500
- Nydahl P., Bartoszek G.(Hrsg.): Basale Stimulation. Neue Wege in der Intensivpflege. München, Jena: Urban & Fischer Verlag, 3.Auflage 2000
- Nydahl P., Bartoszek G.(Hrsg.): Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. München, Jena: Urban & Fischer Verlag, 4.Auflage 2003
- Pleschberger S., Heimerl K.: Palliativpflege lehren und lernen. In: Pleschberger S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege – Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas Verlag, 2.Auflage 2005; S.15-29
- Polit D.F. et al.: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern et al.: Verlag Hans Huber, 2004
- Pribil U.: Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege – Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas Verlag, 2.Auflage 2005; S.189-200
- Price S.: Aromatherapie bei Beschwerden. Heilen und Pflegen mit ätherischen Ölen. München: Mosaik Verlag, 1992a

- Price S.: Praktische Aromatherapie. Vitalität und Lebensfreude durch ätherische Öle. Neuhausen: Urania Verlags AG, 4.Auflage 1992b
- Protzen J. Der europäische Markt für ätherische Öle. In: Forum Aromatherapie – Aromapflege – Aromakultur 34, 2009; S.37-41
- Reich U.: Quarkauflagen. Eine alternative Pflegemethode bei oberflächlichen Venenentzündungen. In: Pflege aktuell 1, 1995; S.23
- Rest F.: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1992
- Riegler U.: Die Bedeutung der Aromapflege in der Palliative Care mit Schwerpunktsetzung schmerz- und angstlindernde Maßnahmen. Magisterarbeit an der Universität Wien 2010
- Riehm C.: Wickel und Auflagen. In: Kränzle et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006; S.194-200
- Rüegsegger-Salisch D.: Basale Stimulation – zum Beispiel die Atemstimulierende Einreibung. Die Einreibung, die die Wahrnehmung stimuliert. In: Krankenpflege/Soins Infirmiers 3, 1995; S.10-16
- Saunders C., Baines M.: Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen. Bern: Hans Huber Verlag, 1991
- Schara J.: Was bedeutet Lebensqualität bei Krebs? In: Aulbert E., Niederle N. (Hrsg.): Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 1990; S.1-14
- Schiff A.: Rückenmassage und verwandte Techniken zur Förderung des Schlafes bei älteren Menschen: Eine Literaturanalyse. In: Pflege 19, 2006; S.163-173
- Schlettig H., Von der Heide U.: Bezugspflege. Berlin et al.: Springer-Verlag, 1993
- Schmid U.: Übelkeit und Erbrechen. In: Kränzle S. et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006a; S.223-226
- Schmid U.: Obstipation. In: Kränzle S. et al.(Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006b; S.226-230
- Schubert B., Schuler U.: Obstipation und Diarrhoe. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.279-288
- Schuler U., Schubert B.: Übelkeit und Erbrechen. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.272-278
- Schürenberg A.: Die Atemstimulierende Einreibung als einschlafförderndes Mittel in der Klinik. In: Pflege 6(2), 1993; S.135-143
- Schürenberg A.: Basales Berühren. Bachelorarbeit an der Universität Witten/Herdecke 2003

- Schürenberg A.: Beobachtung von Berührung innerhalb elementarer Pflegehandlungen. Masterarbeit an der Universität Witten/Herdecke 2006
- Siegenthaler M., Adler R.H.: Bedeutung der Komplementärmedizin im Pflegebereich. In: Praxis 95, 2006; S.219-225
- Soden K. et al.: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. In: Palliative Medicine 18, 2004; S.87-92
- Sonn A.: Das Comeback der Hausmittel. In: Altenpflege 12, 2002; S.36-39
- Stahel B.: Reaktivierung durch die Sinne. Basale Stimulation in der Betagtenpflege. In: Krankenpflege/Soins Infirmiers 11, 1995; S.16-20
- Stahl S.: Entwicklung der Hospiz- und Palliativbewegung: Vision oder tägliche Praxis? In: Pflegezeitschrift 6, 2006; S.332-336
- Steffen-Bürgi B.: Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag, 2.Auflage 2007; S.30-38
- Steflitsch W., Steflitsch M. (Hrsg.): Aromatherapie: Wissenschaft – Klinik – Praxis. Wien, New York: Springer-Verlag, 2007
- Steflitsch W., Steflitsch M.: Clinical aromatherapy. In: Journal of men's health 5(1), 2008; S.74-85
- Stellhorn C.: Anwendung komplementärer Pflegemethoden in der Praxis. Berücksichtigung und Integration komplementärer Behandlungs- und Pflegemethoden im Pflegeprozess – eine explorative Studie. In: HeilberufeSCIENCE 2(3), 2009; S.82-88
- Stevensen C.J.:The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. In: Complementary Therapies in Medicine 2(1),1994; S.27-35
- Straub M.: Basale Stimulation als Möglichkeit zur Förderung der Wahrnehmung bei neurologischen Intensivpatienten. In: Intensiv 4, 1996; S.160-169
- Strebel U., Lauchenauer H.: Müdigkeit und Schlafstörungen. In: Margulies A. et al. (Hrsg.): Onkologische Krankenpflege. Berlin et al.: Springer-Verlag 1994; S.495-506
- Stringer J., Donald G.: Aromasticks in cancer care: An innovation not to be Sniffed at. In: Complementary therapies in clinical practice (ohne Band) 2010; S.1-6
- Sukenik S. et al.: Mud pack therapy in rheumatoid arthritis. In: Journal of Clinical Rheumatology 11(2),1992; S.243-247
- Süskind Patrick: Das Parfum – Die Geschichte eines Mörders Zürich: Diogenes Verlag, 1985
- Thüler M: Wohltuende Wickel. Worb: Maya Thüler Verlag 1988, 2.Auflage
- Thüler M.: Wickel und Kompressen – früher und heute. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift 8-9, 1999; S.22-24

- Thüler M: Wohltuende Wickel. Worb: Maya Thüler Verlag 2003, 9.Auflage
- Titze C.: Basale Stimulation: Herausholen aus Isolation und Anspannung. In: Die Schwester Der Pfleger 40(11), 2001; S.924-929
- Trevelyan J.: A true complement? In: Nursing Times 92(5), 1996; S. 42-43
- Trevelyan J.: Anthroposophical medicine: a nursing perspective. In: Complementary Therapies in Nursing & Midwifery 3, 1997; S.152-155
- Uhlemayr U.: Sanfte Naturheilkunde von klein an: Wickel, Kompressen und Auflagen für Kinder. In: Forum Aromatherapie – Aromapflege – Aromakultur Ausgabe 34/2009; S.9-14
- Ulmer E. et al.: Der Einsatz von interaktionsintensiven pflegetherapeutischen Maßnahmen und von „Hausmitteln“ in der Pflege. In: Pflege 14, 2001; S.191-205
- Watzke H.: Den verbleibenden Tagen Leben geben. In: klinik 1, 2010; S.34-36
- Weigerstorfer U., Stix W.: Im Reich der Düfte. Ätherische Öle und ihre Wirkung. Wien: Ueberreuter, 1995
- Weissenberger-Leduc M.: Handbuch der Palliativpflege. Wien, New York: Springer-Verlag, 4.Auflage 2008
- Weissenberger-Leduc M.: Schmerz in der Palliativpflege. In: Pro Care 3, 2009; S.a20-a24
- Werner M., von Braunschweig R.: Praxis Aromatherapie. Grundlagen – Steckbriefe – Indikationen. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlag, 2006
- Westcombe A.M. et al.: Learning the hard way! Setting up an RCT of aromatherapy massage for patients with advanced cancer. In: Palliative Medicine 17, 2003; S.300-307
- Wiederkehr G.: Heilen durch Handauflegen. Grundlagen energetischer Modelle und Heilmethoden. In: Pro Care 9, 2002; S.12-15
- Wilkinson S.: Aromatherapy and massage in palliative care. In: International Journal of Palliative Nursing 1(1), 1995; S.21-30
- Wilkinson S. et al.: An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. In: Palliative Medicine 13, 1999; S.409-417
- Woolfson A., Hewitt D.: Intensive aromacare. In: International Journal of Aromatherapy 4(2), 1992; S.12-13
- Zech D.: Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In: Klaschik E., Nauck F. (Hrsg.): Palliativmedizin heute. Berlin (et al.): Springer-Verlag 1994; S.85-102
- Zegelin-Abt A.: Alles Quark? Erfahrungen eines klinischen Projekts. In: Die Schwester Der Pfleger 36(3), 1997; S.188-194

Zimbelmann S., Seeling S.: Feucht-heiße Bauchwickel können Übelkeit und Erbrechen lindern. In: Die Schwester Der Pfleger 48(2), 2009; S.130-134

Zimmermann E.: Aromatherapie für Pflege und Heilberufe. Stuttgart: Sonntag Verlag, 1998

INTERNET

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband 05/2008

www.hospiz.net/baglIndex.html [Zugriff am 14.11.2020]

EAPC 1989: www.eapcnet.org/about/definition.html [Zugriff am 09.02.2011]

Heilmann-Wagner E. (2010): Wickel und Auflagen in der Onkologie und Palliativen Pflege www.linum-schule.de/dokumente/abschl-arb.pdf [Zugriff am 05.04.2011]

Kirschner B.: Basale Stimulation...Fummeln in der Pflege?

http://www.basale-stimulation.de/fileadmin/Redaktion/pdf/Basale_Stimulation_..._Bettina_Kirschner.pdf [Zugriff am 27.04.2011]

Medicus E. (o.J.): Lebensqualität in der Palliative Care

www.hospiz-tirol.at/datei/156/lebensqualit_t_in_der_palliative_care.html
[Zugriff am 22.11.2010]

N.N. (o.J.): Atemstimulierende Einreibung (ASE)

<http://www.care-clever.de/atemstimulierende-einreibung-ase-pdf.pdf>
[Zugriff am 09.05.2011]

ÖBIG: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Wien: 2004

http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/hospiz_palliativ_2004.pdf
[Zugriff am 03.05. 2011]

Österreichische Gesellschaft zur Erforschung komplementär alternativer Therapien in der Onkologie (o.J.)

www.komplementaer-gegen-krebs.at/index.php?id=18 [Zugriff am 20.02.2011]

Pelttari-Stachl L. et al.: Datenerhebung 2009 von Hospiz Österreich

www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf [Zugriff am 22.11.2010]

Svenningsen H.: Basal Stimulation in Intensive Care – Hunch or Evidence? Qualification Year Paper. Aarhus University 2008

http://www.aarhussygehus.dk/files/Hospital/Aarhus/Sundhedsfaglig/Sygepleje%20ergoterapi%20og%20fysioterapi/Kliniske%20sygeplejespecialister/links%20og%20pdf/Helle%20Sv/kvali%20rapp_uden%20kursusbeviser.pdf
[Zugriff am 16.04.2011]

WHO: Definition of Palliative Care 2002

www.who.int/cancer/palliative/definition/en [Zugriff am 09.02.2011]

Wylegalla C. et al.(2009): Lavendelölaufgaben bei onkologischen Patienten mit Schlafstörungen.

http://www.dbfk.de/VeranstaltungenBV/Praesentationen-Ulm-2009/wylegalla_aug09_endversion_neu.jpg [Zugriff am 08.04.2011]

Zimmermann E. (o.J.)

www.aromapraxis.de/aromatherapie/aromatherapie/aromatherapie/page58.html
[Zugriff am 16.2.2011]

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Abgestufte Hospiz-und Palliativversorgung 37

(Quelle: ÖBIG 2004)

Abbildung 2: Anzahl der Palliativstationen 2009..... 40

(Quelle: Hospiz Österreich, Pelttari-Stachl et al. 2009, S.6)

Abbildung 3: Anzahl der Stationären Hospize u. Hospizstationen im
Pflegeheim 2009 40

(Quelle: Hospiz Österreich, Pelttari-Stachl et al. 2009 S.6)

Abbildung 4: Atemstimulierende Einreibung..... 126

(Quelle: <http://www.care-clever.de/atemstimulierende-einreibung-ase-pdf.pdf>)

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name	Irene Böhm
Geburtsdatum	27.03.1978
Wohnort	Wien
Nationalität	Österreich
Familienstand	ledig

Ausbildung

1984-1988	Volksschule in Wien
1988-1996	Gymnasium in Wien
06/1996	Matura
1996-1997	Studium der Pharmazie an der Universität Wien
1997-2000	Krankenpflegeschule an der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien
09/2000	Diplom der allgemeinen Krankenpflege
2006-2011	Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeit

Seit 2000	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester an der 4. Medizinischen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien
-----------	---

Sonstige Qualifikationen

Sprachkenntnisse	Englisch in Wort und Schrift Italienisch Grundkenntnisse
------------------	---