



1949-2024

https://econtent.hogrefe.com/(contentReq.requestUri) - Thursday, September 19, 2024 2:40:33 AM - FHS St. Gallen IP Address:2001:620:130:1028::1c



Jahrgang 55 / Heft 6 / 2024

**Herausgeberinnen  
und Herausgeber**

Barbara Müller  
Eveline Kühni  
Jürgen Georg

# NOVAcura

Das Fachmagazin  
für Pflege und Betreuung

**Themenschwerpunkt**

Tumorerkrankungen

# NOVAcura

Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung

Jahrgang 55 / Heft 6 / 2024

**Themenschwerpunkt**

Tumorerkrankungen

**Herausgeberinnen und Herausgeber/Redaktion**

Barbara Müller, Hogrefe AG, Bern  
barbara.mueller@hogrefe.ch

Eveline Kühni, Hogrefe AG, Bern  
eveline.kuehni@hogrefe.ch

Jürgen Georg, Hogrefe AG, Bern  
juergen.georg@hogrefe.ch

**Redaktionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Azra Karabegovic, Tomas Kobi, Eliane Pfister Lipp, Diana Staudacher, Elke Steudter, Brigitte Teigeler, Brigitte Zaugg

**Verlag**

Hogrefe AG, Länggass-Strasse 76, 3012 Bern, Tel. +41 (0)31 300 45 00,  
verlag@hogrefe.ch, <https://www.hogrefe.com/ch/>

**Satz/Herstellung**

Beatrix Marthaler, Tel. +41 (0) 31 300 45 38, beatrix.marthaler@hogrefe.ch

**Anzeigen**

Tel. +41 (0)31 300 45 57, inserate@hogrefe.ch

**Abonnemente**

Tel. +41 (0)31 300 46 91, zeitschriften@hogrefe.ch

**Druck**

AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten im Allgäu

**Preise**

*Jahresabonnementspreise:*

Institute: CHF 285.– / € 217.– (print only; Informationen zu den Online-Abonnements finden Sie im Zeitschriftenkatalog unter [www.hgf.io/zftkatalog](http://www.hgf.io/zftkatalog))

Private: CHF 124.– / € 94.–

Private e-only: CHF 112.– / € 85.–

Vorzugspreis für Auszubildende, Studierende und Teilnehmende an Weiterbildungen im Pflegebereich (nur gegen Nachweis): CHF 87.– / € 66.–, CHF 87.– / € 66.– (e-only)

*Porto und Versandgebühren:*

Schweiz: CHF 16.–

Europa: € 30.–

Übrige Länder: CHF 45.–

*Einzelheft:* CHF 18.– / € 14.– (+ Porto und Versandgebühren)

**Gelistet in**

NOVAcura ist gelistet in CareLit

**Titelbild**

© gettyimages / Cavan Images

**Erscheinungsweise**

9 Hefte jährlich

© 2024 Hogrefe AG

ISSN-L 166 – 027

ISSN 166 – 027 (Print)

ISSN 223 – 271 (online)

# Inhalt

<b>Editorial</b>	<b>Achtsam, umsichtig, angepasst – Pflege bei tumorerkrankten alten Menschen</b> <i>Barbara Müller</i>	<b>7</b>
<b>Schwerpunkt</b>	<b>„Es braucht eine personalisierte Krebstherapie“</b> <i>Brigitte Teigeler</i>	<b>9</b>
	<b>Tumore im Alter</b> <i>Sandra Schönfeld</i>	<b>13</b>
	<b>Advanced Practice Nurse Onkologie</b> <i>Sara Ackermann &amp; Petra Stolz-Baskett</i>	<b>17</b>
	<b>Ernährung bei Krebserkrankungen</b> <i>Malwina Harnischmacher</i>	<b>21</b>
	<b>Empathische Selbstoffenbarung (ESD) in der Würdezentrierten Therapie</b> <i>Alyssa Crowe, Mary Kate Koch, Susan Bluck, Tithi Amin, Lyndsey Thomas, George Fitchett, Diana J. Wilkie, Carma L. Bylund</i>	<b>27</b>
	<b>Medientipps zum Thema</b> <i>Franziska Schönberger</i>	<b>30</b>
<b>Fokus</b>	<b>Existential Nursing – Pflege auf den Grundlagen der Existenz</b> <i>Dorothee Bürgi, Andrea Ott Wabel &amp; Patrik Honegger</i>	<b>31</b>
<b>Pflegen zu Hause</b>	<b>„Wir hatten es noch einmal richtig gut zusammen“</b> <i>Rebekka Haefeli</i>	<b>33</b>
<b>Palliative Care</b>	<b>Gibt es ein „Recht auf Hoffnung“?</b> <i>Jean-Daniel Strub</i>	<b>36</b>
	<b>Gekommen, um zu bleiben! – Unnötige Spitäleinweisungen in der stationären Langzeitpflege vermeiden</b> <i>Rouven Brenner, Eveline Brühlmann</i>	<b>39</b>
<b>Bildung</b>	<b>Digital Health bei Krebs</b> <i>Karin Ribi</i>	<b>43</b>
	<b>Wissen und Erkenntnisse in die Praxis bringen</b> <i>Elke Steudter</i>	<b>49</b>
	<b>Pflege und Forschung</b> <i>Barbara Müller</i>	<b>52</b>
<b>Dementia Care</b>	<b>Breast Care Nurses in der Praxis</b> <i>Annett Noack</i>	<b>55</b>
	<b>Pilotprojekt ‚Miteinander‘</b> <i>Peter Burkhardt</i>	<b>58</b>
<b>à propos</b>		<b>61</b>
<b>Vorschau/Termine</b>		<b>62</b>
<b>Chalfont/Rätsel</b>		<b>63</b>

# Gekommen, um zu bleiben!

## Unnötige Spitaleinweisungen in der stationären Langzeitpflege vermeiden

Rouven Brenner & Eveline Brühlmann



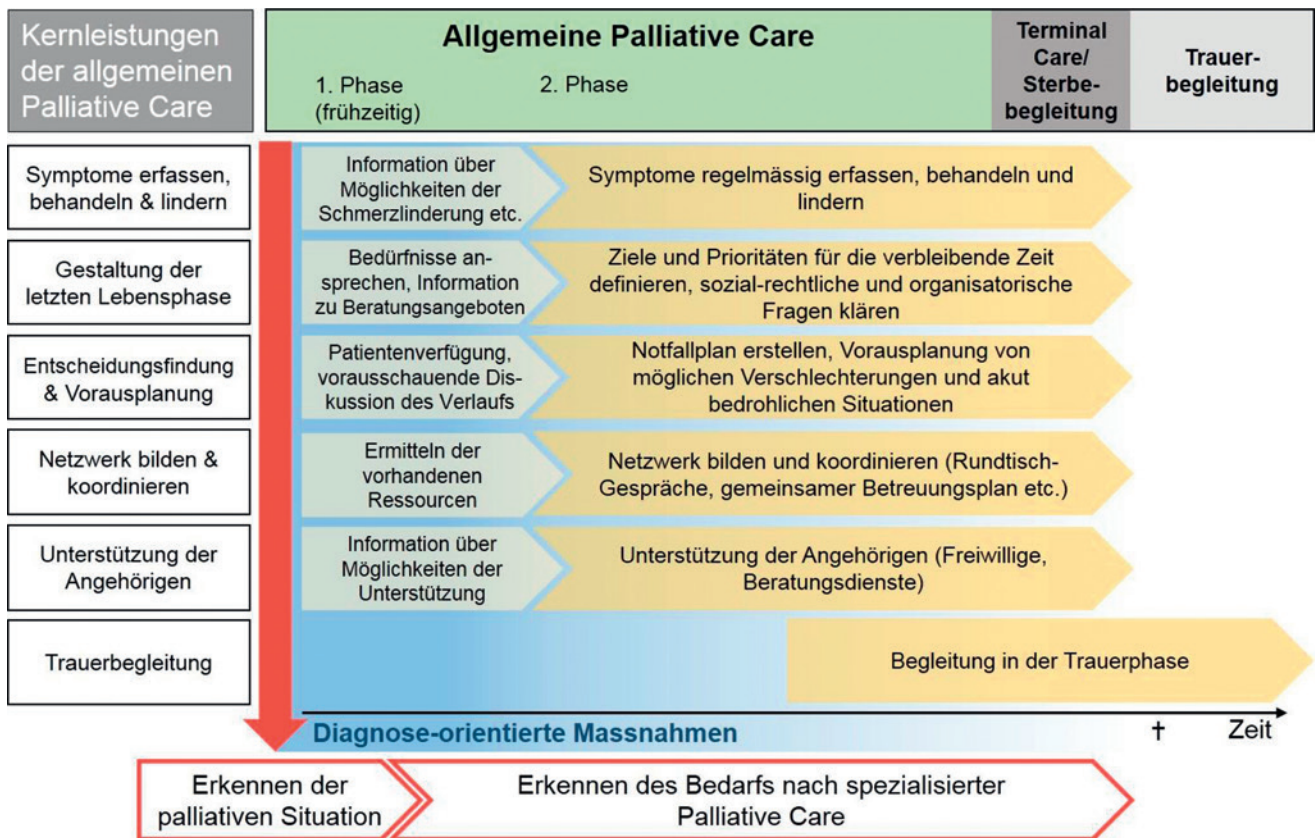
Ein ganzheitlich umfassendes Pflegekonzept der Palliative Care bezieht Patient\_innen wie Angehörige ein, um ein Lebensende in Würde zu gestalten.

Welche Voraussetzungen müssen in der stationären Langzeitpflege gegeben sein, damit Menschen mit hochkomplexem Bedarf an Palliative Care, aufgrund einer onkologischen Grunderkrankung, bis zum Lebensende qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung erhalten?

**I**n den letzten Dekaden hat sich die Palliative Care von einer spezifischen Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten zu einem ganzheitlichen und umfassenden Pflege- und Betreuungskonzept für chronisch erkrankte Personen weiterentwickelt (Diop et al., 2017). Dies widerspiegelt sich auch in den neuesten Definitionen von Palliative Care. Demnach gehören ältere Menschen, nicht nur demografisch und gesellschaftlich,

sondern auch gesundheitspolitisch betrachtet, zu einer wichtigen Zielgruppe für Palliative Care (Radbruch et al., 2020). Dies wiederum betont die Bedeutung von stationären Langzeitpflegeinstitutionen in der Grundversorgung, um einen diesbezüglich zentralen und wertvollen Beitrag auf kommunaler und kantonaler Ebene, für diese Personengruppe zu leisten (Bundesamt für Gesundheit [BAG] et al., 2015).

Im Gegensatz zur spezialisierten Palliative Care wird die allgemeine Palliative Care übergreifend (d. h. nicht auf einer separaten Organisationseinheit) für einen „breiteren“ Anteil von Betroffenen innerhalb der Grundversorgung angeboten. Menschen in der allgemeinen Palliative Care sind Personen, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden (BAG et al., 2015). Aufgrund



Leistungen der allgemeinen Palliative Care (BAG et al., 2015)

der demografischen Entwicklung handelt es sich dabei derzeit mehrheitlich um (hoch-)betagte, chronisch erkrankte Menschen, die zu Hause oder in einem Pflegeheim leben. Allgemeine Palliative Care startet deshalb frühzeitig im Verlauf einer unheilbaren Krankheit bzw. altersbedingter Gebrechlichkeit und bereits zu Beginn eines Aufenthalts in einer stationären Langzeitpflegeinstitution (BAG, 2018; Moreau-Grut, 2013).

Um diesen Bedarf für allgemeine Palliative Care qualitativ hochstehend abdecken zu können und aus der Überzeugung heraus, dass dieser Bedarf bei allen Bewohnenden besteht, haben wir uns im Alterszentrum Lanzeln dazu entschieden, uns für allgemeine Palliative Care zertifizieren zu lassen. Infolge dieser Zertifizierung übernehmen wir den öffentlichen Leistungsauftrag für die allgemeine Palliative Care im Rahmen einer leistungserbringenden Grundversorgung. Für die Kernleistungen, die sich aus diesem Leistungsauftrag ergeben, orientieren wir uns an den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG et al., 2015) publizierten Leistungen für allgemeine Palliative Care. Diese Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care umfassen (siehe auch Abbildung):

1. Symptome erfassen, behandeln und lindern,
2. Gestaltung der letzten Lebensphase,
3. Entscheidungsfindung und Vorausplanung,
4. Netzwerk bilden und koordinieren,
5. Unterstützung der Angehörigen,
6. Trauerbegleitung.

Nachfolgend zeigen wir anhand eines Fallbeispiels auf, wie wir diese sechs Kernleistungen im Alltag anwenden, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen und unnötige Spitaleinweisungen zu verhindern.

## Kernleistungen der Palliative Care

Die nachfolgenden Beschreibungen zeigen auf, wie die Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care bei Frau A. chronologisch und sich überschneidend angewandt wurden.

### Symptome erfassen, behandeln und lindern

Zur Erfassung der belastenden Symptome wurde das Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) verwendet (Watanabe et al., 2011). Dabei zeigte sich, dass Schmerzen und Angst besonders belastend von Frau A. erlebt wurden. Aufgrund der grossen Tumorausbreitung und den daraus resultierenden starken bis sehr starken Schmerzen wurde die orale Dosis der Opiode kontinuierlich angepasst. In der ebenfalls kontinuierlichen Evaluation zeigte sich, dass die orale Analgesie, selbst mit der inzwischen eingeleiteten transdermalen Therapie, lediglich eine ungenügende Schmerzlinderung erzielte. Erst mit einer subkutanen, analgetischen Therapie und dem Wechsel von einer vierstündlichen Bolusgabe auf eine kontinuierliche, medikamentöse Infusionstherapie mit-

tels volumetrischer Infusionspumpe, konnte eine anhaltendere leichte Linderung der Schmerzsymptomatik erreicht werden. Die ausgeprägte (Todes-)Angst triggerte dabei das Schmerzerleben und die Dyspnoe, wodurch ein Teufelskreis aus Schmerz, Dyspnoe und Angst entstand.

### Entscheidungsfindung und Vorausplanung

Aufgrund der refraktären, persistierenden, belastenden Symptome, der starken Geruchsbildung bei der grossen Wunde sowie der Körperbildveränderung im Gesicht, äusserte Frau A. klar und vollkommen urteilsfähig den Wunsch, „nichts mehr mitzubekommen, und einfach nur noch schlafen zu wollen“. Im interprofessionellen Team wurde zur Entscheidungsfindung hinsichtlich einer palliativen Sedation daher nochmals die Problemstellung definiert und erörtert, die Therapie evaluiert, mögliche Behandlungs- und Handlungsoptionen erwogen sowie Ziele für das weitere Vorgehen definiert. Beim Gespräch mit Frau A., ihren Angehörigen sowie dem interprofessionellen Team wurden Indikation und Konsequenzen der palliativen Sedation (wie die Möglichkeit der Irreversibilität) aufgezeigt und gemeinsam diskutiert. Zudem wurden andere Formen der Autonomieausübung wie begleiteter Suizid durch EXIT sowie der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit der Bewohnerin und ihrer Familie besprochen. Für Frau A. war es beängstigend und zu kraftraubend, den langwierigen Prozess bis zum begleitenden Suizid durch EXIT noch bewältigen zu müssen. Den beiden Familienangehörigen war es vorrangig wichtig, Frau A. in diesem Prozess zu unterstützen und zu begleiten.

### Gestaltung der letzten Lebensphase

Wir besprachen mit Frau A. und ihren Angehörigen die Überwachungsstrategien während der palliativen Sedation. Zudem unterstützten wir sie, den Abschied zu gestalten und noch offene, persönliche Pendenzen zu erledigen. Frau A. und ihre Angehörigen lehnten eine (nicht) konfessionelle Seelsorge ab. Die palliative Sedation wurde mit Midazolam mittels subkutanem Verweilkatheter und volumetrischer Infusionspumpe (als Mischinfusion mit Morphin) appliziert. Ziel war eine kontinuierliche Erhaltung der Sedation über 24 Stunden. Die Bestimmung der Erhaltungsdosis wurde mit Bolusgaben zur Titration der notwendigen Dosierung im engen Austausch mit der hausärztlichen Fachperson ermittelt.

### Unterstützung der Angehörigen

Das interprofessionelle Team begleitete und unterstützte die Angehörigen während des gesamten Entscheidungsfindungsprozesses, der Durchführung der palliativen Sedation sowie nach dem Tod von Frau A. Auch die Familienangehörigen von Frau A. lehnten eine (nicht) konfessionelle Seelsorge ab. Wie bei anderen Angehörigen in der letzten Lebensphase, ermöglichte das Team den Angehörigen, bis zu 24 Stunden im Bewohnendenzimmer zu verweilen. Sie erhielten auf Wunsch Verpflegung und eine Schlafmöglichkeit im Bewohnendenzimmer.

## Fallbeispiel

Frau A., 83-jährig, verheiratet, Mutter eines Sohnes, lebte bis vor der Spitaleinweisung zusammen mit ihrem Ehemann zu Hause und wurde von der Spitex für den täglichen Wundverband sowie vom häuslichen Pflegedienst für spezialisierte Palliative Care im Schmerzmanagement und Entscheidungsfindungsprozess begleitet und betreut. Frau A. wurde von der spezialisierten Palliativstation des Spitals zu uns in die stationäre Langzeitpflege überwiesen.

Sie wurde mit diversen kutanen spinozellulären Karzinomen, unter anderem auf dem Nasenrücken (Erstdiagnose 2018) und einem exulzeriertem, geruchsbildendem Karzinom im Halsbereich sowie einer schwergradigen, chronischen obstruktiven Ventilationsstörung zu uns verlegt. Das exulzerierte Karzinom im Halsbereich wies eine Grösse von ca. 50 cm<sup>2</sup> sowie eine Tiefe bis zum Schlüsselbein und der Halsschlagader auf. Aufgrund des paranasalen Karzinoms und diversen Exzisionen war die Nase kaum mehr vorhanden. Frau A. hatte sich diversen chirurgische Eingriffe, Chemo- und Radiotherapien unterziehen müssen. Bereits einige Monate vor dem Spitaleintritt, welcher aufgrund zunehmender Tumorschmerzen erfolgte, wurde das Therapiekonzept auf eine rein palliative Komforttherapie geändert. Ein „Notfallplan Palliative Care“ lag bei der Verlegung in die stationäre Langzeitpflege vor. Eine vor drei Jahren erstellte Patient\_innenverfügung war vorhanden. Beim Einzug hatte Frau A. das Pflegeteam informiert, dass sie Mitglied bei EXIT (Vereinigung für humanes Sterben in der Schweiz) sei.

Die Bewohnerin litt unter diversen belastenden Symptomen. Besonders die starken Schmerzen im Hals- und Schulterbereich schränkten sie in der Bewegung ein. Sie hatte keinen Appetit und konnte aufgrund der Schmerzen beim Kauen nur weiche Kost zu sich nehmen. Die Dyspnoe schränkte sie zusätzlich in der Bewegung ein.

Seit der Diagnosestellung vor sechs Jahren hatte sie sich immer mehr vom Freundes- und Bekanntenkreis zurückgezogen, dies überwiegend aufgrund der Scham vor dem Aussehen (fehlende Nase) und der Geruchsbildung aufgrund der grossen Wunde. Der Ehemann besuchte sie im Spital und bei uns täglich, der Sohn kam wöchentlich vorbei. Sie fühlte sich keiner Glaubensgemeinschaft zugehörig. Auf der spezialisierten Palliativstation hatte sie schon mehrfach geäussert, dass sie sterben wolle.

### Netzwerk bilden und koordinieren

Das interprofessionelle Team setzte sich aus den pflegerischen Fachpersonen des Wohnbereichs, der hausärztlichen Fachperson sowie einer Pflegefachperson mit erweiterter, vertiefter Pflegepraxis (ANP) zusammen. Während der palliativen Sedation tauschte sich das interprofessionelle Team täglich aus.

### Trauerbegleitung

Durch die Einbindung innerhalb des ganzen Entscheidungsprozesses war es den Angehörigen von Frau A. möglich, den Loslösungs- sowie Trauerprozess bereits frühzeitig zu initiieren und dadurch bewusst die Verabschiedung zu gestalten. Zudem führten die Mitarbeitenden des interprofessionellen Teams nach dem Tod von Frau A. ein nachbereitendes Gespräch mit den Angehörigen. Ferner hatten die Familienangehörigen die Möglichkeit, an der jährlich stattfindenden Gedenkfeier für alle verstorbenen Bewohnenden teilzunehmen.

### Fazit

Um bei Personen mit einem hochkomplexen Bedarf an Palliative Care in der stationären Langzeitpflege unnötige Spitaleinweisungen zu vermeiden, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein. So ist es unerlässlich, dass ein kompetentes, interprofessionelles Behandlungsteam eine hochstehende Pflege- und Betreuungsqualität sowie die Sicherheit der Betroffenen sicherstellen kann. Zudem ist es essenziell, dass neben den Betroffenen auch deren Angehörigen in Entscheidungsprozesse einbezogen und Handlungsoptionen (in der stationären Langzeitpflegeinstitution) aufgezeigt werden. Häufig entsteht der Wunsch nach einer Spitaleinweisung dort, wo kein Konsens über den Pflege- und Behandlungsplan, unterschiedliche oder gegenläufige Zielsetzungen, fehlende Transparenz über das Dienstleistungsportfolio der Institution sowie Informations- und Wissensdefizite bestehen.

### Literatur

- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten*. BAG
- Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & palliative ch. (2015). *Allgemeine Palliative Care: Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung*. BAG.
- Diop, M. S., Rudolph, J. L., Zimmerman, K. M., Richter, M. A., & Skarf, L. M. (2017). Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 84–92. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0330>
- Moreau-Grut, F. (2013). *OBSAN Bulletin 4/2013: Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN).
- Radbruch, L., Lima, L. de, Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020>



**Rouven Brenner**

MScN, Pflegeexperte APN,  
Alterszentrum Lanzeln, Stäfa

[rouven.brenner@lanzeln.ch](mailto:rouven.brenner@lanzeln.ch)



**Eveline Brühlmann**

MAS Palliative Care, Stellv. Leitung  
Pflege und Betreuung, Alterszentrum  
Lanzeln, Stäfa

[eveline.bruehlmann@lanzeln.ch](mailto:eveline.bruehlmann@lanzeln.ch)