

## Intellektueller Output 0

# Das Buch der Fälle

Geschichten - Fortgeschrittenenniveau



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



*Dieses Projekt wurde von der Europäischen Union im Rahmen des ERASMUS+ Programms KA203 – Strategische Partnerschaften für die Hochschulbildung – unter der Finanzhilfevereinbarung Nr. 2020-1-BE02-KA203-074740 gefördert.*

## ÜBER DAS PROJEKT

### DAS TEAM

Die strategische Partnerschaft NursEduPal@Euro ist ein internationales Konsortium, das gemeinsam an Innovationen in der Palliative Care Ausbildung für Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet.

### DAS ZIEL

Das Erasmus+ Projekt zielt darauf ab, die Qualität der Palliative Care Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege zu verbessern, indem es Lehrenden ermöglicht, sie befähigt und unterstützt, verschiedene innovative Lehr- und Lernmittel zu nutzen. Dadurch soll gesichert werden, dass Palliative Care in die Bachelorcurricula der Gesundheits- und Krankenpflege inkludiert wird.

Das Projekt hat eine kompetenzbasierte, europäische Matrix entwickelt, die innovative Blended-Learning-Tools für Lehrende enthält. Dieses erweiterte Lehr- und Lernmaterial zielt darauf ab, den Studierenden den Erwerb von Kernkompetenzen in Palliative Care zu ermöglichen, sodass sie in der klinischen Praxis besser für die Palliativversorgung gerüstet sind.

### DER ANSATZ

Das Projekt besteht aus vier Phasen, in denen neun Intellektuelle Outputs erzielt werden:

1. Definition der zu erwerbenden Kernkompetenzen in Palliative Care (IO1);
2. Entwicklung innovativer Lehrmethoden zu Themen der Palliative Care und Bereitstellung von Lehrmaterial (IO0, IO2, IO3, IO4, IO6, IO8);
3. Erstellung einer europäischen Matrix für die Entwicklung von Curricula und die Ausbildung von Lehrenden in diesem Bereich (IO7);
4. Aufbau eines europäischen Netzwerkes von Lehrenden in Palliative Care (IO5).

Im Rahmen des Projekts wurden Lehrmaterialien zur Unterstützung von Lehrenden für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, um sich die entsprechenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen anzueignen und die Ausbildung in Palliative Care auf innovative und ansprechende Weise an ihre Bachelorstudierenden vermitteln zu können. Durch die Implementierung von Gamifikation, klinischer und moralisch-ethischer Schlussfolgerung und Simulationen, als erfahrungsorientierte und immersive Lehr- und Lernmethoden in die Curricula der Gesundheits- und Krankenpflege, erwartet das Konsortium eine positive Auswirkung auf die Entwicklung von Palliative Care Kompetenzen und Fähigkeiten zukünftiger Gesundheits- und Krankenpfleger:innen.



<https://nursedupal.eu/>



SCAN ME



Transilvania  
University  
of Braşov



HOSPICE CASA SPERANȚEI  
PREȚUIM FIECARE CLIPĂ DE VIAȚĂ

## Inhalt

Vorwort.....	1
Danksagung.....	1
Die Geschichte von Lukas - Fortgeschrittenenniveau .....	2
Die Geschichte von Elena - Fortgeschrittenenniveau .....	4
Die Geschichte von John - Fortgeschrittenenniveau.....	6
Die Geschichte von Patricia - Fortgeschrittenenniveau .....	8
Die Geschichte von Suzanna - Fortgeschrittenenniveau.....	10
Die Geschichte von Amy - Fortgeschrittenenniveau .....	12
Die Geschichte von David - Fortgeschrittenenniveau .....	13
Die Geschichte von Maria - Fortgeschrittenenniveau.....	15
Die Geschichte von Gabriella - Fortgeschrittenenniveau.....	17
Die Geschichte von Bruno - Fortgeschrittenenniveau .....	19

## Vorwort

Die Bedeutung einer innovativen, praxisorientierten Ausbildung von Pflegekräften, zeigt sich besonders in der vielseitigen und komplexen Versorgung von Patient:innen im palliativmedizinischen Umfeld, mit unterschiedlichen, teils gegensätzlichen Erfordernissen und Prioritäten, sowie einer häufig erschwerten Diagnostik. Hinzu kommen persönliche, soziale und kulturelle Eigenschaften und Bedürfnisse von Patient:innen und deren Familien. Dies stellt sehr hohe Ansprüche an Studierende der Palliativversorgung und bedingt eine fundierte Vermittlung von Kernkompetenzen.

Um ein praxisorientiertes Lehrmittel bereitstellen zu können, hat die transsilvanische Universität von Braşov (UnitBv) in Zusammenarbeit mit dem „Centre for Excellence in Clinical Practice, Education and Advocacy in Palliative Care“ des rumänischen Hospice Casa Sperantei (HCS), die Fallbeispiele des Intellektuellen Outputs 0 entwickelt. Dabei werden Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege mit unterschiedlichen klinischen Szenarien konfrontiert, die aufgrund Ihrer Komplexität ganzheitliche und multidisziplinäre Ansätze erfordern. Mentoren unterstützen die Studierenden in der direkten Versorgung von Patient:innen und klinischen Interventionen. In Diskussion und Reflexion wird gezeigt, wie klinische und ethische Entscheidungen zu einem adäquaten palliativen Versorgungsmanagement von Patient:innen und deren Familien beitragen.

Mithilfe von Fokusgruppen bestehend aus Expert:innen der Palliativversorgung von UnitBv und HCS, wurden 20 klinische Szenarios als Fallvignetten entwickelt, wovon 10 in Zusammenarbeit mit dem Projektkonsortium ausgewählt wurden. Diese zeigen reale palliativmedizinische Situationen von Patient:innen und deren Familien, mit einem hohen Detail- und Komplexitätsgrad, dienen als Inspiration für Studierende aller Ausbildungsgrade und lassen sich auf eine Vielzahl europäischer kultureller Kontexte adaptieren.

Durch die Übersetzung der Fallvignetten in Lebensgeschichten der Patient:innen, sowohl für Anfänger als auch Fortgeschrittene, entstand das „*Das Buch der Fälle*“ und dient als einzigartiger Ausbildungsinhalt zusammen mit sämtlichen anderen Intellektuellen Outputs des NursEduPal@Euro Projektes. Für Studierende dient dieses Werk als wichtiger Bestandteil der Ausbildung und als Inspiration, um komplexe palliativmedizinische Situationen mit notwendigen moralischen Entscheidungen, oder Simulationen bzw. Escape Games durchführen zu können.

Wir hoffen, das „*Das Buch der Fälle*“ dient Ihnen als Inspiration und laden Sie außerdem ein, Ihre Fallbeispiele zur Unterstützung der Ausbildung in der Palliativversorgung mit der NursEduPal@Euro Community über unser interaktives Forum zu teilen. Zugang erhalten Sie über unsere Webseite: <https://nursedupal.eu/>

## Danksagung

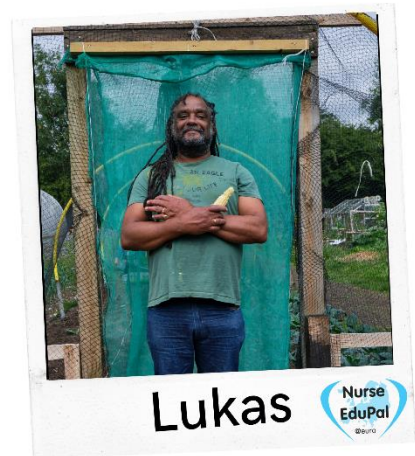
Das NursEduPal@Euro Team möchte seine Dankbarkeit bei allen Fachpersonen des Hospice Casa Sperantei und den Studierenden der transsilvanischen Universität von Braşov, die mutig und engagiert Ihre Erfahrungen und Perspektiven zu den individuellen Lebensgeschichten der Patient:innen und den klinischen Szenarios, mit dem Forschungsteam geteilt haben.

Unser besonderer und aufrichtiger Dank gilt den Menschen, die in dieser Arbeit mit Ihren Lebensgeschichten zur Ausbildung der Studierenden beigetragen haben. Es war und ist uns eine Ehre und ein Privileg diese Menschen und Ihre Familien auf Ihrem Weg begleiten zu dürfen.

## Die Geschichte von Lukas - Fortgeschrittenenniveau

Lukas ist 65 Jahre alt. Er lebt mit seiner Frau Anne zusammen. Sie haben zwei Kinder und zwei Enkelkinder. Sie wohnen in einem Haus mit drei Zimmern in der Stadt. Lukas war selbständiger Maler und Dekorateur. Vor 5 Jahren ging er in den Ruhestand, als ihm die Arbeit körperlich zu anstrengend wurde. Sie besaßen ihr eigenes Haus und hatten noch ein Einkommen aus Annes Job als Lehrerin. Also beschloss Lukas, sich zur Ruhe zu setzen und seine Zeit und Aufmerksamkeit auf die Pflege seines Gartens zu konzentrieren, für den er eine große Leidenschaft hat.

Vor 3 Jahren entdeckte Lukas eine Beule in seiner rechten Achselhöhle. Er dachte, es sei nichts Beunruhigendes und nahm an, dass es eine Nebenwirkung von über 40 Jahren manueller Arbeit und Beanspruchung seines rechten, dominanten Armes sei. Er ging jedoch zu seinem Arzt, um den Knoten untersuchen zu lassen, und nach einer Reihe von Untersuchungen wurde festgestellt, dass es sich um ein Sarkom handelte.



2018 unterzog sich Lukas einer Operation und einer Chemotherapie. Die Behandlung war hart und beeinträchtigte seine psychische Gesundheit und seine Lebensqualität zu dieser Zeit stark, aber er betrachtete dies als einen kleinen Preis dafür, dass er überleben würde. Das einzige verbleibende Defizit, war eine leichte Schwellung seines rechten Arms, die jedoch nicht schmerzhaft war, sondern eher eine Unannehmlichkeit, auf die er eben Acht geben musste, damit sie sich nicht verschlechterte.

Weniger als ein Jahr nach seiner Erstdiagnose wurde ein lokales Rezidiv des Sarkoms festgestellt, nachdem das Lymphödem am Arm massiv zugenommen hatte und mit starken Schmerzen verbunden war. Als Therapie wurde eine Strahlentherapie begonnen, und bald darauf wurde sein rechter Arm amputiert. Lukas wurde bei seinen Alltagsaktivitäten und bei der Körperpflege ziemlich abhängig von Anne, auf Grund seiner Amputation.

Er und Anne nahmen gemeinsam an allen Krankenhausbesuchen teil, und Anne wurde seine Hauptbetreuerin und betrachtete sich als seine Fürsprecherin. Lukas ahnte, dass sein Zustand ernst war, aber Anne bestand darauf, dass er wieder gesundwerden würde, und vermied, über etwas anderes als eine positive Perspektive zu sprechen. Bei Krankenhausbesuchen blockte sie jedes Gespräch, das sich um die Prognose oder die Aussichten für Lukas drehte, sofort ab und bestand darauf, dass stattdessen über Heilungsmöglichkeiten gesprochen werden sollte, vielleicht mit Hilfe von "Zweitmeinungen" von Experten in anderen Ländern. Lukas ahnte, dass sein Zustand ernst war, aber da er seiner Frau nicht noch mehr Kummer bereiten wollte, stimmte er ihr voll und ganz zu und ging den Weg der Suche nach einer Heilung. Keiner der beiden wäre auf die Idee gekommen, dass diese Situation mit dem Tod von Lukas enden würde.

Vier Monate nach der Amputation wurden bei einer Staging - Untersuchung Lungenmetastasen festgestellt und eine weitere Chemotherapie eingeleitet. Dies war ein schwerer Schlag für Lukas. Er zog sich zurück und wurde depressiv. Seine Schmerzen nahmen zu, und er benötigte Morphium, um sich Linderung zu verschaffen. Trotz des offensichtlichen Fortschreitens der Krankheit setzte er seine Suche nach einer Heilung fort und bat um eine Überweisung an einen Facharzt für Atemwegserkrankungen zur Beurteilung seiner Lungenfunktion.

Zu diesem Zeitpunkt war das Klinikteam sehr besorgt über die unrealistischen Erwartungen, die Lukas hatte.

Sie luden Anne zu einem Treffen ein, um die Vorteile offener und ehrlicher Gespräche zu erörtern, zumal dies bei der zukünftigen Pflegeplanung für Lukas, der sich dem Ende seines Lebens näherte, hilfreich wäre. Anne vermied jedoch weiterhin jede direkte Kommunikation, die sich mit der Zukunft befasste.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Kommunikation mit dem Patienten und der Familie.
- Akzeptanz und realistische Erwartungen, aber nicht die Hoffnung verlieren.
- Absprachen und Wahrheitsfindung und deren Auswirkungen auf die zukünftige Pflegeplanung.
- Ermächtigung, Befähigung und Unterstützung von Lukas, bis zu seinem Tod gut zu leben, auch wenn nicht ausdrücklich anerkannt wird, dass er stirbt.
- Schmerz- und Symptombehandlung (physisch, psychosozial und spirituell) und wie Absprachen einen ganzheitlichen Ansatz zur Erfüllung der Bedürfnisse behindern können.
- Unterstützung der Familie in der Zeit des Todes und danach.

## Die Geschichte von Elena - Fortgeschrittenenniveau

Elena ist 42 Jahre alt und mit Sophie verheiratet. Sie leben zusammen in einem Haus mit einem Kunstatelier, in dem Elena früher ihre eigenen Skulpturen entwarf und herstellte. Elena konnte gut von ihrer Arbeit leben, bis sie vor etwa zwei Jahren gezwungen war, ihre Arbeit einzustellen, da bei ihr ein lokal invasiv wachsender Eierstockkrebs diagnostiziert wurde. Als sie in ihren späten Teenagerjahren zu arbeiten begann, zahlte sie in eine Rentenversicherung ein, und es waren nun die Erträge aus dieser Rente, die Elena und Sophie finanziell unterstützten.

Ein Jahr nach der Erstdiagnose verschlechterte sich Elenas Gesundheitszustand akut, eine Untersuchung ergab, dass sich der Krebs auf die Leber und den gesamten Unterleib ausgebreitet hatte. Elena, Sophie und das Pflegeteam waren sich einig, dass die Behandlung der Symptome und die Erhaltung des Wohlbefindens nun die wichtigsten Ziele der Pflege waren.

Wenige Monate später kam es zu einer erneuten Verschlechterung. Sie war extrem kurzatmig und hatte eine Sauerstoffsättigung von 90 %. Sie hatte einen ausgeprägten Aszites und Beinödeme und war anäm. Sie war mittlerweile vollständig ans Bett gefesselt.

Bei Elena wurde COVID-19 diagnostiziert und sie wurde in die COVID-Station des örtlichen Krankenhauses verlegt. Dort wurde sie mit Sauerstoff versorgt, und es wurde eine Transfusion von Erythrocytenkonzentraten empfohlen. Die COVID - Diagnose war ein Schock für Elena. Sie hatte Angst, dass das Virus sie töten würde, da sie in den Nachrichten so viel über seine Auswirkungen gesehen und gehört hatte, insbesondere bei vorerkrankten Menschen, zu denen sie ja auch gehörte. Die Tatsache, dass sie nun die Person, die sie am meisten liebte und auf die sie sich am meisten verließ - ihre Frau Sophie - nicht mehr sehen konnte, da die Beschränkungen des Gesundheitswesens keinen Besuch im Krankenhaus zuließen, verschlimmerte Elenas Angst und Beklemmung noch. Elena kämpfte mit der körperlichen Isolation, und obwohl sie Atheistin war, willigte sie in den Besuch des Krankenhausseelsorgers ein und genoss es, ein echtes Gespräch mit einem echten Menschen zu führen, auch wenn der Seelsorger eine vollständige PSA (persönliche Schutzausrüstung) trug und am Ende des Bettes stand. Elena vermisste körperliche Berührungen und wünschte sich einfach nur, dass sie jemand in den Arm nehmen würde. Das klinische Team bespricht mit Elena die Vor- und Nachteile der Transfusion, und sie wiederholt, dass ihre Hauptziele darin bestehen, die Symptome von Elena zu lindern, ihr größtmöglichen Komfort zu erlauben und vor allem ihre Würde zu wahren. Sie entscheidet sich gegen die Transfusion abzulehnen. Es wird ein Videogespräch zwischen ihr und Sophie eingerichtet. Sophie ist sehr aufgebracht, als sie hört, dass die Transfusion nicht durchgeführt wird, und bittet Elena, ihre Entscheidung zu überdenken. Sie verlangt, mit dem medizinischen Team zu sprechen und besteht darauf, dass Elena die Transfusion bekommt, da sie sonst sterben wird. Sophie ist auf dem Bildschirm sichtlich aufgebracht und wirft dem Ärzteteam vor, ihre Frau im Stich zu lassen. Elena versucht, Sophie zu beruhigen, aber Sophie verlangt weiterhin, dass Elena ihre Meinung ändert, weil sie sonst sterben wird. Elena versucht Sophie zu erklären, dass sie sowieso bald sterben wird. Sophie beendet das Gespräch.



### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Patientenautonomie.
- Nutzen und Schaden bei der Verabreichung von Blut - Transfusionen.
- Kommunikation mit Patientin und Angehörigen.
- Rolle und Verantwortung der Angehörigen.
- Symptomüberwachung und -management.
- Psychosoziale Bedürfnisse.
- Kommunikation.
- Vorausschauende Pflegeplanung.
- Bevorzugter Ort der Pflege, bevorzugter Ort des Todes.
- Bereitstellung von Palliativ-/End-of-Life Care im Rahmen von Beschränkungen durch das öffentliche Gesundheitswesen und die damit verbundenen Herausforderungen.



## Die Geschichte von John - Fortgeschrittenenniveau

John ist seit 66 Jahren Schuldirektor im Ruhestand. Er lebt mit seiner Frau in einer geräumigen Wohnung am Meer. Sie haben zwei Söhne und fünf Enkelkinder. Die Beziehung in der Familie ist sehr eng. Die Söhne leben in einer Nachbargemeinde. John hat eine jüngere Schwester und einen jüngeren Bruder, mit denen er wöchentlich Kontakt hält. John versucht immer noch, sozial aktiv zu sein. So ist er beispielsweise Vorsitzender des örtlichen Theatervereins und Mitglied der Vereinigung pensionierter Lehrer. Für John ist es wichtig, geistig aktiv zu bleiben. Er liest viel, löst gerne Sudokus und organisiert Vieles im Theaterverein mit. Er nennt das "Gehirngymnastik", weil er Angst hat, dement zu werden (sein Vater wurde mit 80 Jahren dement).



Seit einigen Jahren leidet er an Arthritis, vor allem in den Händen. Dies schränkt ihn vor allem bei der Körperhygiene ein. Eine Krankenschwester besucht ihn täglich, um ihm bei der Körperpflege und beim Anziehen zu helfen, und ihm bei einem wöchentlichen Bad zu unterstützen.

Was die Mobilität betrifft, so sind Gehen und Radfahren kein Problem. Autofahren ist wegen der Arthrose in seinen Händen (mit all den kleinen Knöpfen/Hebeln) nicht mehr möglich. Es fällt ihm schwer, mit dem körperlichen Verfall und den Einschränkungen bei seinen Aktivitäten zurechtzukommen. Der "Geist" ist noch willig, aber der "Körper" will nicht mehr immer mitmachen.

Er leidet seit mehreren Jahren an mäßigem Bluthochdruck, gegen den er Catapresan® 0,15 mg, 1x täglich, einnimmt. Jede Woche kontrolliert die Krankenschwester seinen Blutdruck, der unter der Medikation stabil ist. Wenn er durch seine Arthrose zu starke Schmerzen hat, nimmt er Paracetamol 500 mg. Gelegentlich bittet John die Krankenschwester, seine Hände mit Voltaren Emulgel® einzureiben.

Im Jahr 2019 entdeckt die Krankenschwester einen Knoten in Johns linkem Unterschenkel. Es folgen mehrere Untersuchungen und eine Biopsie. Die histologische Untersuchung ergab keinen Grund zur Besorgnis, doch 6 Monate später erschien ein weiterer Knoten. Nach weiteren Untersuchungen wurde die Diagnose eines Liposarkom gestellt. John begann eine Chemo- und Strahlentherapie, doch während dieser Behandlungen verschlechterte sich sein Allgemeinzustand. Die Chemotherapie musste abgebrochen werden, es kam zu einer lokalen Nekrose und das Bein wurde amputiert.

John hielt sich bis zum Herbst 2020 gut. Im Dezember 2020 begann sich Johns Zustand zu verschlechtern. Er entwickelte häufige Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle und eine Hemiparese links. Eine CT- und MRT-Untersuchung ergab, dass John einen Hirntumor hatte. Er erhielt 10 Strahlentherapiesitzungen und sein Allgemeinzustand verschlechterte sich weiter, so dass er innerhalb von 10 Tagen 20 kg Gewicht verlor.

Die Familie steht John während der ganzen Zeit sehr nahe. Die Kinder und Enkelkinder kommen oft zu Besuch, und Johns Frau fühlt sich von der häuslichen Krankenschwester und der zusätzlich eingestellten Putzhilfe unterstützt. John hat regelmäßig Freunde zu Besuch und macht weiterhin seine "Gehirngymnastik". Er ist ein geselliger Mensch, sehr interessiert an Anderen und immer zu einem Gespräch bereit.

Mitte Januar 2021 wurde John ins Krankenhaus eingeliefert, weil ein neuer Knoten am Hüftgelenk entdeckt wurde. Die Biopsie ergab die Diagnose einer Metastase. Die Chemotherapie wurde fortgesetzt, aber sein Allgemeinzustand verschlechterte sich zunehmend. John hat Schwierigkeiten, sich fortzubewegen, leidet unter Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Schwäche, zeitlich-räumlicher Desorientierung und

Verwirrung. Hinzukommen als weitere verschlimmernde Symptome Gelenkschmerzen, Verstopfung und gelegentliche Übelkeit.

Johns Söhne spricht mit der Schwester auf dem Flur, sie möchten die Prognose besprechen. Sie fragen sich, ob die Chemotherapie noch Lebensqualität bietet. Sie sind besorgt, dass John Schmerzen hat. Sie fragen sich auch, ob es gut ist, mit John weiter über die Prognose zu sprechen. Aufgrund seiner Verwirrung vergisst er immer wieder die neuesten Informationen, und es ist sehr anstrengend, jedes Mal mit ihm über seine Situation zu sprechen.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Schmerz- und Symptommanagement.
- Kommunikation mit Patient und Familie.
- Rolle und Verantwortung der Familienmitglieder.
- Psychosoziale Bedürfnisse.
- Vorausschauende Pflegeplanung.

## Die Geschichte von Patricia - Fortgeschrittenenniveau

Patricia ist 96 Jahre alt und lebt allein in einem Wohnhaus in der Nähe des Stadtzentrums. Sie ist ziemlich gebrechlich, aber auch ziemlich unabhängig. Sie ist auf eine Nachbarin angewiesen, die in der Stadt für sie einkauft.

Patricias Ehemann ist vor einigen Jahren gestorben. Ihr nächster Verwandter ist ihr Enkel Karl, der in einer anderen Stadt lebt. Er besucht sie selten, ruft sie aber täglich an, um zu sehen, wie es ihr geht. Karl wurde von seiner Großmutter aufgezogen, nachdem seine Mutter, Patricias Tochter, im Alter von 33 Jahren auf tragische Weise zu früh gestorben war. Karl war zu diesem Zeitpunkt zehn Jahre alt. Nachdem er das Gymnasium und die Universität besucht hatte, zog er in eine andere Stadt und pflegt jetzt eine Fernbeziehung zu seiner Großmutter.



Patricia besuchte wöchentlich eine Tagesbetreuung. Eines Tages erwähnte sie gegenüber der Pflegeassistentin, dass sie eine „Wunde“ an ihrer Brust habe. Die Wunde wurde untersucht und es stellte sich heraus, dass es sich um ein Wiederauftreten von Brustkrebs handelte, der durch die Haut hindurch ulzeriert hatte. Die Erstdiagnose war 2010 gestellt worden, also vor über zehn Jahren. Damals hatte sich Patricia einer Operation, Chemo- und Strahlentherapie unterzogen und mit einer Hormontherapie begonnen. Sie hatte geglaubt, dass ihr Krebs geheilt sei und war schockiert, als sie erfuhr, dass es sich bei dieser Wunde um ein Rezidiv handelte.

Patricia wird regelmäßig von einer ambulanten Hospizpflegerin besucht, die ihre Wunde verbindet und ihren Zustand überwacht. Sie klagt über generalisierte Schmerzen, gelegentliches Schwindelgefühl, Kurzatmigkeit und Verstopfung. Außerdem kann sie nachts nicht schlafen und fühlt sich den ganzen Tag übermüde und lethargisch.

Patricia ist ängstlich und macht sich Sorgen, was die Zukunft bringen wird. Sie ist sich ihres einsamen, isolierten Lebens sehr bewusst. Ihr Enkel wohnt viele Kilometer entfernt und ist mit seinem eigenen Leben beschäftigt. Ihre Nachbarin ist sehr gut zu ihr, aber sie sieht sie nicht jeden Tag. Sie und ihre Hauskrankenpflegerin sind die einzigen Menschen, die sie regelmäßig zu Hause besuchen. Manchmal bekommt sie Besuch vom Priester. Patricia ist sehr gläubig, was ihr Halt gibt, und sie stärkt.

Das klinische Team möchte mit Patricia über die Vorsorgeplanung sprechen. Dies ist eine Herausforderung, da Patricia der Meinung ist, dass sie „bald wieder auf den Beinen“ sein wird. Gleichzeitig gibt sie an, dass sie sich Sorgen macht, auf sich allein gestellt zu sein und niemanden zu haben, der sich um sie kümmert oder ihr hilft, wenn sie krank wird. Sie verweist auf ihren Enkel als Hauptansprechpartner für das Gesundheitspersonal in Bezug auf ihren Zustand. Es ist aber schwierig, mit ihm ins Gespräch zu kommen, zum einen, weil er weit weg wohnt, und zum anderen, weil er sich weigert, sich mit dem klinischen Team auseinanderzusetzen. Patricia wurde eine stationäre Aufnahme im Hospiz angeboten, was sie jedoch ablehnte, da sie lieber zu Hause bleiben wollte.

Der Sozialdienst wurde in Patricias Betreuung einbezogen, aber ohne die uneingeschränkte Mitarbeit von Karl ist es schwierig, die Dienste und Leistungen zu organisieren, die sie benötigt, um ihr ein unterstütztes Leben in ihrer Wohnung zu ermöglichen.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Patientenautonomie
- Rolle und Verantwortung der Familienmitglieder
- Symptomüberwachung und -management
- Psychosoziale Bedürfnisse
- Kommunikation mit Patientin und Familie
- Vorsorgeplanung
- Bevorzugter Ort der Pflege, bevorzugter Ort des Todes

## Die Geschichte von Suzanna - Fortgeschrittenenniveau

Suzanna ist 53 Jahre alt. Sie ist mit Martin verheiratet und hat drei erwachsene Kinder, zwei Mädchen und einen Jungen. Ihre Kinder und Enkelkinder leben alle ziemlich weit von Suzanna und Martin entfernt, und obwohl sie sie sehr selten sieht, denkt sie oft an sie. Suzanna ist nicht berufstätig. Früher arbeitete sie als Verwaltungsangestellte, aber seit einem Jahr bezieht sie wegen ihres schlechten Gesundheitszustands Krankengeld. Martin arbeitet in einer Bäckerei. Er arbeitet oft in der Frühschicht, verlässt das Haus um 3.30 Uhr und kommt um 11 Uhr zurück. Dann kümmert er sich um seine Frau.

Suzannas Mutter starb im Alter von 41 Jahren an Brustkrebs, und bei ihrer Schwester wurde vor einem Jahr Eierstockkrebs diagnostiziert.

Im Alter von 49 Jahren entdeckte Suzanna einen kleinen Knoten in ihrer rechten Brust, als sie sich unter der Dusche selbst untersuchte. Sie wandte sich sofort an ihre Ärztin und wurde zu einer Feinnadelbiopsie geschickt. Die Ärztin versicherte ihr, dass es sich wahrscheinlich nicht um etwas Ernstes handeln würde, aber die Biopsie ergab einen kleinen bösartigen Brusttumor im Stadium III, der 2 cm groß war.

Da sie Überlebende von Brustkrebs kannte, ließ sich Suzanna mit Zuversicht auf eine Behandlung ein. Suzanna wurde nicht nur von ihrem Onkologen betreut, sondern auch an eine Pflegeexpertin für Erkrankungen der Brust überwiesen. Es wurden eine Lumpektomie (brusterhaltende Operation) und eine Axillarknotenentnahme durchgeführt. Drei Axillarknoten wurden positiv getestet, was auf eine Ausbreitung des Krebses von der Brust aus hinweist. Suzanna wurde eine adjuvante Behandlung einschließlich einer Hormontherapie verordnet. Sie unterzog sich einer dreiwöchigen Strahlentherapie, gefolgt von sechs Zyklen Chemotherapie. Diese wurde über eine speziell eingelegte zentrale Leitung verabreicht. Suzanna stellte fest, dass die Chemotherapie mehrere schwerwiegende Nebenwirkungen mit sich brachte, darunter Übelkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Müdigkeit und Haarausfall. Während der Behandlung gab es Zeiten, in denen die Zahl ihrer weißen Blutkörperchen niedrig war und sich die Behandlung dadurch verzögerte. Dies beunruhigte Suzanna, da sie befürchtete, dass die Verzögerung bedeuten würde, dass ihre Chemotherapie nicht so wirksam sein würde. Nach Abschluss der Behandlung war Suzanna hocherfreut, als ihr Onkologe ihr mitteilte, dass sie krebsfrei sei.

15 Monate nach Abschluss ihrer Behandlung bemerkte Suzanna eine neue rote Stelle an ihrer rechten Brust. Sie suchte ihre Ärztin auf, die sie untersuchte und sie dann sicherheitshalber wieder an ihren Onkologen überwies. Eine Reihe weiterer Untersuchungen ergab ein Wiederauftreten des Brusttumors und das Vorhandensein von Metastasen in ihrer Leber. Suzanna war von dieser Nachricht am Boden zerstört. Sie begann mit einer weiteren Chemotherapie. Leider musste die Chemotherapie nach dem dritten Zyklus abgebrochen werden, da die Zahl der weißen Blutkörperchen abnahm und sie die Übelkeit und das Erbrechen nicht mehr ertragen konnte.

Vor acht Monaten stellte sich Suzanna mit anhaltenden, zunehmenden Schmerzen in den Schultern und im oberen Rücken bei ihrem Onkologie-Team vor. Eine MRT-Untersuchung ihrer Wirbelsäule ergab, dass sie Knochenmetastasen in mehreren Ebenen hatte, und sie erhielt eine palliative Strahlentherapie der gesamten Wirbelsäule. Nach Abschluss der Strahlentherapie verschlechterte sich Suzannas Gesundheitszustand weiter. Ihre Mobilität verschlechterte sich, und schon bald konnte sie nur noch den Transfer vom Bett in einen Rollstuhl durchführen. Seit sechs Wochen ist Suzanna vollständig an das Bett gefesselt, und Martin musste ihre gesamte persönliche Pflege übernehmen.



Der Tumor in der rechten Brust ist in die Haut eingewachsen, ulzeriert und wuchert, so dass der Verband täglich gewechselt werden muss, was sowohl Suzanna als auch Martin sehr belastet. Die beiden haben Probleme, mit der Situation, in der sie sich befinden, fertig zu werden. Martin hatte sich unbezahlten Urlaub genommen, um sich auf die Pflege von Suzanna zu konzentrieren. Dies führte jedoch zu finanziellen Schwierigkeiten, so dass er wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren musste. Er ist erschöpft und überfordert.

Als Sie Suzanna kennenlernen, ist sie zur umfassenden Untersuchung ihres Allgemeinzustands und zur Behandlung ihrer Symptome im Krankenhaus aufgenommen worden. Sie stellt sich mit hartnäckigen Schmerzen im rechten Thorax und in den oberen Extremitäten vor. Sie leidet unter Verstopfung und hat Schwierigkeiten, nachts gut zu schlafen. Die wuchernde Läsion auf ihrer Brust verursacht einen äußerst unangenehmen Geruch, der Suzanna peinlich ist. Sie hat sich zurückgezogen. Sie fühlt sich schuldig, dass sie eine Last ist, dass es ihr nicht gut geht und dass sie Martin, den sie sehr liebt, so viel Kummer bereitet. Suzanna hat einen religiösen Glauben, aber sie hat ihn nie aktiv ausgeübt. Sie denkt viel nach und kämpft darum, in dem, was ihr widerfährt, Sinn und Bedeutung zu finden. Sie ist unglaublich traurig darüber, dass sich ihr Leben dem Ende zuneigt. Sie weiß, dass sie stirbt, und sie möchte zu Hause sterben.

Sie wird an das Palliative Care-Team überwiesen, das ihre körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse beurteilt. Ihre Schmerzen und andere Symptome werden behandelt, aber diese werden durch ihre psychosoziale Situation beeinträchtigt. Das Team weiß, dass Suzanna zu Hause sterben möchte, befürchtet aber, dass dies nicht die beste Option für sie sein könnte. Das Team hat den Vorschlag gemacht, dass Suzanna im Krankenhaus bleibt, wo sich das Personal um ihre körperlichen Bedürfnisse kümmern kann, und Martin ihr Ehemann und nicht ihr Pfleger sein kann. Das Team erklärt, dass diese Option auch für Martin weniger Stress und Angst bedeuten würde. Suzanna besteht darauf, dass sie nach Hause gehen möchte.

Die nächste Option, die erörtert wird, ist, dass sie ihre erwachsenen Kinder kontaktieren könnte, dass diese in dieser Phase stärker in ihr Leben einbezogen werden und Suzanna und Martin zu Hause unterstützen könnten. Suzanna lehnt dies strikt ab. Sie möchte nicht, dass ihre Kinder wissen, wie krank sie ist.

Sie möchte nach Hause gehen und in ihrem eigenen Bett sterben. Das Team der Hauskrankenpflege steht zur Verfügung, um sie zu Hause zu unterstützen. Das klinische Team ist aber der Meinung, dass Suzanna besser versorgt und Martin besser unterstützt werden kann, wenn sie im Krankenhaus bleibt.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Autonomie der Patientin und ihr Wunsch, zu Hause zu sterben, gegenüber der klinischen Beurteilung und der Meinung, dass sie im Krankenhaus besser versorgt werden würde.
- Pflege und Verband der wuchernden Läsion und das Risiko von Blutungen.
- Die Körperpflege einer bettlägerigen Person, einschließlich des Managements von Verstopfung, Integrität der Haut usw.
- Schmerzmanagement und das Risiko einer Eskalation der Schmerzen.
- Berücksichtigung von Suzannas spirituellen Bedürfnissen, sowohl religiöser als auch anderer Art.
- Unterstützung für Martin – Martins Angst, mit der Situation zurechtzukommen, und sein Widerwille, Suzanna nach Hause zu nehmen.
- Schweigepflicht – Suzanna hat festgelegt, dass ihre Kinder nichts erfahren dürfen – welche Auswirkungen könnte diese Entscheidung für die Zukunft haben (Trauerbegleitung für Martin und Trauererfahrung der Kinder).
- Kommunikation am Lebensende.
- Gibt es eine genetische Komponente – werden ihre Töchter das Gen ebenfalls haben? Ihre Schwester hatte Eierstockkrebs. Besteht ein Zusammenhang?
- Trauerbegleitung und Unterstützung.



## Die Geschichte von Amy - Fortgeschrittenenniveau

Amy ist drei Jahre alt und das einzige Kind von Sam und Karim, einem jungen Paar im späten Teenageralter. Schwangerschaft und Geburt waren unkompliziert. Amy wurde mit einer Gaumenspalte geboren, und als sie im Alter von einigen Monaten eine Epilepsie entwickelte, wurde bei ihr eine Agenesie des Corpus Callosum diagnostiziert. Amy weist Anzeichen einer Entwicklungsverzögerung auf. Nur langsam erlangte sie die volle Kopfkontrolle und erlernte das selbstständige Sitzen. Sie kann bis jetzt noch nicht gehen und hat keine Versuche unternommen zu sprechen.

Amy hat einen Großteil ihres jungen Lebens im Krankenhaus verbracht. Ihre Anfälle sind schlecht kontrollierbar und sie hat Fieberschübe, die mit ihrer Hirnanomalie zusammenhängen. Sie wird über eine nasogastrale (NG) Sonde ernährt, die alle zwei Wochen ausgetauscht werden muss. Seit Amy wacher geworden ist und ihre Umgebung besser wahrnimmt, ist sie auch zunehmend unruhig und leidet unter den ständigen körperlichen Untersuchungen und insbesondere unter dem Wechsel der NG-Sonde. Sie zeigt oft nonverbale Anzeichen dafür, dass sie Schmerzen hat.



Mit Sam und Karim wurde die Möglichkeit einer chirurgischen Korrektur der Gaumenspalte erörtert. Das Ärzteteam befürchtet jedoch, dass zum jetzigen Zeitpunkt die mit der Operation verbundenen Risiken bei weitem den Nutzen für Amy übersteigen würden. Es wurde den Eltern daher mitgeteilt, dass diese Diskussion für die nähere Zukunft auf Eis gelegt werden muss. Sam und Karim wollen unbedingt, dass ihr kleines Mädchen ein „normales“ Leben führen kann und möchten, dass die Operation so bald wie möglich durchgeführt wird. Sie wollen, dass Amy geheilt wird.

Amy ist jetzt zu Hause bei ihren Eltern. Ihr Vater arbeitet als Lagerarbeiter und Sam ist arbeitslos. Sie kümmert sich rund um die Uhr um Amy. Die Pflegeperson des mobilen Palliativteams macht alle zwei Wochen einen Hausbesuch. Sie wechselt die NG-Sonde, überwacht Amys Symptome und unterstützt Sam. Manchmal dauern die Besuche erheblich länger, weil Amy einen Anfall erlitten hat und der Wechsel der NG-Sonde verschoben werden muss. Die Pflegeperson nutzt diese Zeit, um Sam zu unterstützen und mit ihr darüber zu sprechen, wie Spielen, sanfte Massagen und das Singen von Kinderliedern helfen können, belastende Symptome zu lindern.

Sam ist erschöpft. Sie erhält nur wenig Unterstützung von ihrem Mann, der den ganzen Tag in der Arbeit ist. Finanziell sind sie von seinem Einkommen abhängig. Sam fühlt sich im Stich gelassen und glaubt, dass ihr kleines Mädchen im Stich gelassen wurde. Sie glaubt, wenn Amy die korrigierende Operation erhält, wird alles gut werden und alle ihre derzeitigen Probleme werden gelöst sein.

### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Symptom-Management (einschließlich nicht-pharmakologische Maßnahmen).
- Einbeziehung des Multiprofessionellen Teams, um auf Amys Bedürfnisse einzugehen.
- Unterstützung der Eltern, damit sie die Prognose verstehen.
- Kommunikation von sensiblen Themen.
- Schaden und Nutzen einer korrigierenden Operation.
- Eltern als Betreuer versus Eltern als Eltern
- Entlastungsangebote für die Familie.
- Peer-support für die Eltern.

## Die Geschichte von David - Fortgeschrittenenniveau

David ist ein 54-jähriger geschiedener Mann. Seine Frau hat ihn verlassen und vor vielen Jahren das Sorgerecht für die 7-jährige Tochter erhalten. Dies geschah kurz nachdem David wegen schweren Mordes zu einer langen Haftstrafe verurteilt wurde. David hat keine anderen lebenden Verwandten und sehr wenige Menschen, die er als Freunde bezeichnen würde. David hat in einem kleinen Haus am Rande einer Stadt gewohnt. Vor kurzem wurde er aufgrund seines sich verschlechternden Gesundheitszustands aus dem Gefängnis entlassen.

David ist Raucher, seit er 13 Jahre alt ist. In den letzten 30 Jahren hat er 20-30 Zigaretten pro Tag geraucht. In der Vergangenheit hat er einige Male versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber es fiel ihm zu schwer, und er schaffte es immer nur, ein paar Tage ohne Zigaretten auszukommen, weil er ohne sie unglücklich, reizbar und launisch wurde. Vor langer Zeit hat er den Versuch aufgegeben, mit dem Rauchen aufzuhören.



Vor 2 Jahren stellte sich bei David erstmals ein anhaltender Husten und Kurzatmigkeit ein. Er wurde vom Gefängnis in ein Spezialkrankenhaus verlegt, wo Untersuchungen ergaben, dass er einen nicht-kleinzelligen Lungentumor im Stadium 4 hatte. Bei der Diagnose befand sich der Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium mit ausgedehntem Lymphknotenbefall und zahlreichen Metastasen im ganzen Körper. Im Krankenhaus wurde er mit einer Chemotherapie behandelt, und kurz darauf wurde er aufgrund der triftigen Gründe von der Gefängnisstrafe begnadigt. Zur symptomatischen Linderung der Hirnmetastasen erhielt er eine Ganzhirnbestrahlung. Dennoch verursachten die Metastasen eine leichte rechtsseitige Schwäche, die seine Beweglichkeit und Feinmotorik beeinträchtigte.

Vor 6 Monaten erlitt David einen epileptischen Anfall und wurde zur vollständigen Untersuchung seines Zustands auf die Palliativstation eingeliefert. Zu diesem Zeitpunkt war er in der Lage, sehr kurze Strecken zu gehen, allerdings war er ziemlich ataktisch und hatte ein erhöhtes Sturzrisiko. Bei Anstrengung war er extrem kurzatmig und wurde schnell müde. Seine Körpersprache deutete darauf hin, dass er unter starken Schmerzen litt. Er hatte einen hartnäckigen Husten und auch Schluckbeschwerden.

Es war sehr herausfordernd mit David zu kommunizieren. Zusätzlich zu den kognitiven und sprachlichen Schwierigkeiten aufgrund der Hirnmetastasen, war er unnahbar und distanziert und neigte zu verbalen und körperlichen Wutausbrüchen, wenn ihm jemand vom Klinikpersonal Fragen stellte. David wurde in einem eigenen Zimmer untergebracht, wo er Privatsphäre hatte und nicht den Blicken der anderen Patient\*innen ausgesetzt war. David lehnte alle angebotenen Behandlungsoptionen ab, darunter die Einnahme von Medikamenten zur Linderung seiner Symptome, die Möglichkeit, mit einem Priester zu sprechen, und die Möglichkeit, mit dem Psychologen der Station zu sprechen. David weigerte sich, über seine Frau, seine Tochter und seine Familie sowie über sein Leben vor und während der Haft zu sprechen.

Im Laufe der Zeit öffnete sich David allmählich für Gespräche mit dem Personal. Nach einem Gespräch über die Vorteile der Verabreichung verschiedener Medikamente, die die Anfälle lindern, seine Schmerzen reduzieren, den Husten lindern und das Erbrechen stoppen würden, willigte er in die Verabreichung dieser Medikamente ein. Er weigerte sich jedoch nach wie vor, mit dem Psychologen und dem Priester zu sprechen, und verfiel wieder in Wut und Zorn, als ihm vorgeschlagen wurde, mit dem Rauchen aufzuhören.

Während des langen Krankenhausaufenthalts verschlechterte sich Davids Gesundheitszustand, doch die Verabreichung von Anxiolytika schien seine Stimmung zu verbessern, und allmählich begann er,



vertrauensvolle Beziehungen zu dem Personal aufzubauen, das ihn pflegte. Er war in der Lage, mehr über sich selbst, seine Ängste und Wünsche zu sprechen, und das Personal, das ihm Freundlichkeit, Fürsorge und Einfühlungsvermögen entgegenbrachte, war in der Lage, ihn zu unterstützen und auf alle seine Bedürfnisse einzugehen, als er sich dem Lebensende näherte.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Wie kann sich die Vorgeschichte einer Person auf ihre aktuelle Situation auswirken
- wertfreier Ansatz in der Pflege.
- Umgang mit herausfordernden Kommunikationsproblemen
- Verwendung nonverbaler Zeichen zur Beurteilung von Symptomen.
- Befähigung, Ermöglichung und Unterstützung von David, bis zu seinem Tod ein gutes Leben zu haben
- Autonomie der Patient\*innen und ihr Recht, in die Entscheidungsfindung über ihre Pflege einbezogen zu werden.
- Advance care planning und Patientenverfügungen.
- Schmerz- und Symptommanagement (physisch, psychosozial und spirituell). Einbezug des multidisziplinären Teams zur Behandlung von total pain.
- Unterstützung für Kolleg\*innen, die in dieser Situation arbeiten, Trauerbegleitung für das Personal?
- Rauchen als Stressabbau - sollte David ermutigt werden, damit aufzuhören?

## Die Geschichte von Maria - Fortgeschrittenenniveau

Maria ist eine 61-jährige Frau, die sich bis vor kurzem immer guter Gesundheit erfreut hat. Sie war ein aktives Mitglied ihrer örtlichen Kirche und eine gläubige orthodoxe Christin. Maria war Biochemikerin und arbeitete im regionalen Krebsforschungsinstitut. Ihr berufliches Ziel bestand darin, ein Heilmittel für Krebs zu finden.

Maria lebt allein in einem 2-Zimmer-Haus mit Treppe, das sie in tadellosem Zustand hält. Sie hat eine Schwester, Jane, die 50 km entfernt wohnt. Maria und Jane haben kein enges Verhältnis zueinander, aber sie haben regelmäßig Kontakt und halten sich gegenseitig auf dem Laufenden was in ihrem Leben passiert. Jane ist vor kurzem Großmutter geworden und hilft ihrer Tochter, sich an die Mutterschaft zu gewöhnen.



Vor acht Monaten wurde Maria in die Notaufnahme des örtlichen Krankenhauses eingeliefert, nachdem sie sich sehr unwohl fühlte und seit vier Tagen über starke Bauchkrämpfe, Erbrechen und Blut im Stuhl klagte. Bei der Aufnahme wurde festgestellt, dass sie hypotensiv und anämisch war. Bei der Untersuchung ihres Abdomens wurde eine vergrößerte Leber festgestellt. Eine rektale Untersuchung bestätigte eine Meläna. Sie erschien unterernährt und zeigte Anzeichen von Muskelatrophie, schlechter Hautfarbe und Blässe.

Während die Pflegeperson Marias Krankengeschichte aufnahm, erklärte Maria, dass sie sich in letzter Zeit "gehen lassen" und sich nicht richtig um sich selbst gekümmert habe. Sie beschrieb, wie ihr Appetit abgenommen hatte und sagte, dass ihr oft nicht nach Essen zumute war. Wenn sie etwas aß, wurde ihr kurz darauf übel oder sie fühlte sich aufgebläht.

In den letzten Monaten hatte sie 2 Kleidergrößen abgenommen, aber da sie schon immer etwas fester war, hielt sie dies für eine gute Sache und schenkte dem keine große Aufmerksamkeit. Ihre jüngsten Gesundheitsprobleme führte sie auf die Tatsache zurück, dass ihr Team im Forschungsinstitut personell unterbesetzt war und sie durch ihre Arbeit gestresst, müde und erschöpft war. Außerdem war bei Maria vor zwanzig Jahren Hepatitis B diagnostiziert worden, und sie lebte seit Jahren mit dem Virus. Sie nahm an, dass alle ihre Gesundheitsprobleme damit zusammenhingen.

Maria unterzog sich mehreren medizinischen Untersuchungen, die schließlich ergaben, dass sie einen lokal fortgeschrittenen Gallenblasentumor mit Lebermetastasen hatte. Maria war sich der Tragweite dieser Diagnose vollkommen bewusst. Sie wusste, dass ihre Prognose schlecht war, und entschied sich für eine rein palliative Behandlung. Als man ihr anbot als Probandin an einer klinischen Studie teilzunehmen, lehnte sie dies ab. Sie wollte so schnell wie möglich nach Hause gehen, um in ihrem eigenen Heim zu sein.

Sie wurde an das häusliche Palliativteam überwiesen, das Maria zwei Wochen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus besuchte.

Bei diesem ersten Besuch fand das Team Maria mit starken, unkontrollierten Schmerzen vor. Seit ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus hatte sie weiter an Gewicht verloren und 3 kg abgenommen. Sie erzählte dem Team, dass ihr nach jeder Mahlzeit schlecht wurde und sie nichts bei sich behalten konnte. Ihre körperliche Verfassung hatte sich verschlechtert, sie konnte sich nur noch mit Hilfe der Möbel im Haus fortbewegen, an denen sie sich abstützte. Die letzten beiden Nächten war sie nicht mehr in der Lage, die Treppe hinaufzusteigen und schlief daher in einem Sessel im Wohnzimmer. Zum Glück hatte sie eine Toilette im Erdgeschoss.

Maria litt zudem unter Angstzuständen und Panikattacken. Sie war schlecht gelaunt, lustlos und hatte sich aus allen sozialen Aktivitäten und Netzwerken zurückgezogen, die ihr früher Spaß gemacht hatten, wovon es nicht viele gab. Sie hatte erkannt, dass sich ihr Leben um ihre Arbeit drehte und die einzigen anderen Menschen, mit denen sie zu tun hatte, ihre Schwester und Mitglieder ihrer Kirche waren. Ihre Schwester war nun zu sehr mit dem Großmutterdasein beschäftigt, so dass sie sie nicht stören wollte, und sie war nicht in der Lage, zur Kirche zu gehen. Dennoch praktizierte sie weiterhin täglich ihren Glauben. Maria fühlte sich allein auf der Welt. Die endlosen Tage der Einsamkeit hatten dazu geführt, dass sie über ihr Leben nachdachte und ihre Entscheidungen hinterfragte. Hätte sie weniger karriereorientiert sein sollen? Hätte sie heiraten und eine Familie gründen sollen? Sie wurde von der Ironie ihrer Situation gequält - eine hochfliegende Forscherin, die Krebs heilen wollte, sah nun ihrem bevorstehenden Tod in Folge von Krebs entgegen. Sie hatte das Gefühl, versagt zu haben, als wäre ihr Leben ein Misserfolg und als hätte sie nichts mehr. Aber sie hatte die Präsenz ihres eigenen Verstandes, und solange sie dies hatte, war sie entschlossen, zu ihren eigenen Bedingungen zu sterben, in ihrem eigenen Haus.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Verschlechterung des körperlichen Zustands von Maria und ihrer Symptome sowie die Fähigkeit, dies im häuslichen Umfeld zu bewältigen.
- Die Autonomie der Patientin und ihr Recht, zu Hause zu bleiben, sowie die Herausforderung, eine angemessene häusliche Pflege zu gewährleisten.
- Maria hat komplexe spirituelle/existentielle Bedürfnisse, trotz ihres starken religiösen Glaubens. Wie kann auf diese Bedürfnisse eingegangen werden?
- Bereitstellung von Unterstützung, Pflege und Equipment, damit Maria zu Hause bleiben kann.
- Advance care planning und bevorzugter Ort der Pflege.

## Die Geschichte von Gabriella - Fortgeschrittenenniveau

Gabriella ist 44 Jahre alt und mit Tom verheiratet. Sie leben mit ihrem 20-jährigen Sohn Robert in einem zweistöckigen Haus in einer netten Nachbarschaft am Rande der Stadt. Gabriella hat als Innenarchitektin gearbeitet und ihr eigenes, sehr erfolgreiches Unternehmen geführt, mit dem sie einige der lukrativsten Wohngebiete in der Region ausgestattet hat. Sie geht gerne ins Fitnessstudio und ins Schwimmbad, um sich fit zu halten, und ist aktives Mitglied ihrer örtlichen Kirche.

Gabriella und Tom heirateten, als sie beide 18 Jahre alt waren, und wollten so bald wie möglich eine Familie gründen. Sie planten, ihr Haus mit Kindern zu füllen, und wünschten sich mindestens drei. Gabriella hatte jedoch sechs Fehlgeburten, bevor sie ihren Sohn Robert sicher entbinden konnte. Die Angst vor weiteren Fehlgeburten war so groß, dass sie gemeinsam beschlossen, keine weiteren Versuche mehr zu unternehmen, schwanger zu werden. Sie sind dankbar und sehen Robert ein Geschenk Gottes. Gabriella betete täglich für seine Gesundheit und die von sich und ihrem Mann.



Vor kurzem wurde bei Gabriella ein Zervixkarzinom im Stadium IIIB diagnostiziert. Bei einer Untersuchung des Gebärmutterhalses vor einem Jahr wurden abnorme Zellen festgestellt, und eine Nachuntersuchung im letzten Monat ergab die Diagnose und den Beginn einer Krebsbehandlung.

Sie erhielt eine neoadjuvante Brachytherapie, bevor sie sich einer radikalen Hysterektomie mit beidseitiger Lymphadenektomie und Adnexektomie des Beckens unterzog.

Nach der Operation war Gabriella geistig fit, aber sie war müde, körperlich erschöpft und fand die Aktivitäten des täglichen Lebens anstrengend. Sie isst und trinkt gut. Ihr Schlafrhythmus ist gestört, und obwohl ihr Schlaf an sich von guter Qualität ist, fällt es ihr schwer abends einzuschlafen. Tagsüber kann sie einschlafen und tut dies auch, manchmal 7 Stunden lang. Wenn sie wach ist, bewegt sie sich nicht viel, da sie Angst hat, zu stürzen und sich noch mehr zu verletzen. Sie zieht es vor, im Bett zu bleiben und ihre Bücher zu lesen. Sie fragt häufig, ob sie mit einem Rollstuhl nach draußen gebracht werden kann, damit sie eine Zigarette rauchen kann.

Gabriella hat das Gefühl, dass die Diagnose und die Behandlung so schnell erfolgt sind, dass sie nicht wirklich verstehen kann, was mit ihr geschehen ist und was noch vor ihr liegt. Während der langen schlaflosen Nächte denkt sie über ihr bisheriges Leben nach. Sie ist stolz auf ihren Sohn und auf alles, was sie in ihrem Leben, in ihrer Ehe und in ihrer Arbeit erreicht hat. Sie wird jedoch von der Erinnerung an ihre sechs Fehlgeburten gequält und fragt sich, ob ihr gegenwärtiges Leiden zu ihrer Erlösung und ihrem Heil durch den Herrn führen wird. Gabriella hat offensichtlich Schmerzen, weigert sich jedoch, dies zuzugeben oder die verordneten Analgetika einzunehmen, da sie damit ihr Leiden lindern und ihre Erlösung riskieren könnte.

Gabriella hat Vertrauen in ihr klinisches Team, und es wird ein Treffen mit Gabriella, Tom und Robert vereinbart, um die zukünftige Pflegeplanung zu besprechen.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Potenzielle Bedeutung der Diagnose für die zukünftige Unabhängigkeit und Fähigkeiten.
- Gleichgewicht zwischen Ruhe und Aktivität, um Fatigue und körperliche Verfassung zu berücksichtigen.
- Symptom Management
- Verweigerung der Schmerzmedikation.
- Spirituelle Bedürfnisse in Bezug auf den Sinn und die Bedeutung, die Gabriella der Erfahrung des Leidens gegenüber der Schmerzlinderung/Lebensqualität beimisst.
- Störung des Schlafrhythmus.
- Advance care planning und bevorzugter Ort der Pflege.
- Kommunikation von sensiblen Themen.

## Die Geschichte von Bruno - Fortgeschrittenenniveau

Bruno ist 53 Jahre alt und lebt mit seiner Mutter Julia in einem zweistöckigen Haus in der Stadt. Bruno wurde vor kurzem zu einer umfassenden Untersuchung ins Krankenhaus eingeliefert und zur Unterstützung hinsichtlich Symptommanagement an das Palliativteam überwiesen.

Bei Bruno wurde eine HIV-Infektion diagnostiziert, die bereits das AIDS-Stadium erreicht hat. Es ist nicht bekannt, wo oder wie sich Bruno mit dem Virus infiziert hat. Vor einigen Jahren wurde Bruno aufgrund von Diabetes Mellitus die rechte untere Extremität amputiert, und er hat auch bereits einen leichten Herzinfarkt erlitten.



Als er im Krankenhaus ankommt, befindet er sich in einem schlechten körperlichen Zustand und sieht ungepflegt aus. Er ist unkommunikativ und vermeidet es, mit irgendjemandem Blickkontakt aufzunehmen, sein Blick ist ständig auf den Boden gerichtet.

Julia wurde gesetzlich zu Brunos Vormund ernannt, dies betrifft auch Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Sie hat seine Einweisung ins Krankenhaus veranlasst, da sie sich zunehmend Sorgen über seine schlechte Laune, seine Selbstvernachlässigung und seine Äußerungen "alles zu beenden", gemacht hat.

Bruno gibt auf einer visuellen Analogskala an, dass er Schmerzen im Ausmaß von 10/10 hat. Er geht in die Hocke und zieht die Knie an die Brust, um die Schmerzen zu lindern. Er scheint in emotionaler Not zu sein und wirkt in der Krankenhausumgebung ängstlich. Er weigert sich, die ihm angebotene Nahrung oder Flüssigkeit zu essen oder zu trinken. Er macht keine Anstalten, mit seiner Umwelt zu interagieren.

Die Palliativpflegeperson und Bruno haben fast eine Stunde gemeinsam in seinem Zimmer verbracht, aber Bruno hat nur wenige Worte gesagt. Er teilte der Pflegeperson mit, dass es sein Wunsch sei, Sterbehilfe zu erhalten und dass er sich bewusst sei, eine Last zu sein und dass er sich und seiner Mutter keine weiteren Schmerzen oder Leiden zufügen wolle.

### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Symptom-Assessment und -Management.
- Bereitstellung der Basisversorgung und Beachtung der Grundpflegebedürfnisse.
- Ängste und Sorgen.
- Hoffnung finden im Angesicht von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.
- Lebensqualität - was ist Bruno bereit zu opfern, was ist er nicht bereit zu opfern.
- Umgang mit spirituellen und existenziellen Bedürfnissen.
- Assessment der Bedürfnisse im Bereich der psychischen Gesundheit.
- Prognostische Unsicherheit.
- Autonomie des Patienten.
- Rechte und Pflichten bei der Entscheidungsfindung.
- Das Gefühl, eine Last zu sein.
- Verbale und nonverbale Kommunikation.
- Unterstützung für Julia.