

## Intellektueller Output 0

# Das Buch der Fälle



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 Finanzhilfvereinbarung 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

<b>Vorwort</b> .....	1
<b>Danksagung</b> .....	1
<b>Die Kernkompetenzen und ihre Darstellung in den Lebensgeschichten für Einsteiger</b> .....	2
<b>Der Fall von Lukas</b> .....	3
1. Vignette .....	3
2. Die Geschichte von Lukas - Fortgeschrittenenniveau .....	6
3. Die Geschichte von Lukas - Einsteigerniveau .....	8
<b>Der Fall von Elena</b> .....	10
1. Vignette .....	10
2. Die Geschichte von Elena - Fortgeschrittenenniveau .....	12
3. Die Geschichte von Elena - Einsteigerniveau .....	14
<b>Der Fall von John</b> .....	15
1. Vignette .....	15
2. Die Geschichte von John - Einsteiger- und Fortgeschrittenenniveau.....	17
<b>Der Fall von Patricia</b> .....	19
1. Vignette .....	19
2. Die Geschichte von Patricia - Fortgeschrittenenniveau .....	21
3. Die Geschichte von Patricia - Anfängerniveau .....	23
<b>Der Fall von Suzanna</b> .....	25
1. Vignette .....	25
2. Die Geschichte von Suzanna - Fortgeschrittenenniveau.....	27
3. Die Geschichte von Suzanna - Anfängerniveau.....	30
<b>Der Fall von Amy</b> .....	31
1. Vignette .....	31
2. Die Geschichte von Amy - Fortgeschrittenenniveau .....	33
3. Die Geschichte von Amy - Anfängerniveau .....	34
<b>Der Fall von David</b> .....	35
1. Vignette .....	35
2. Die Geschichte von David - Fortgeschrittenenniveau .....	39
3. Die Geschichte von David - Anfängerniveau .....	41
<b>Der Fall von Maria</b> .....	43
1. Vignette .....	43
2. Die Geschichte von Maria - Fortgeschrittenenniveau.....	45
3. Die Geschichte von Maria - Anfängerniveau.....	47
<b>Der Fall von Gabriella</b> .....	48
1. Vignette .....	48
2. Die Geschichte von Gabriella - Fortgeschrittenenniveau.....	51
3. Die Geschichte von Gabriella - Anfängerniveau.....	53
<b>Der Fall von Bruno</b> .....	55
1. Vignette .....	55
2. Die Geschichte von Bruno - Fortgeschrittenenniveau .....	58
3. Die Geschichte von Bruno - Anfängerniveau .....	59

## 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 Kernkompetenzen und ihre Darstellung in den Lebensgeschichten für Einsteiger

Im Intellektuellen Output 1 des NursEduPal@Euro Projektes wurden 12 Kompetenzkategorien definiert, die von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege während ihres Studiums benötigt werden, um eine generalistische Palliativversorgung in ihrem späteren praktischen Umfeld bereitstellen zu können. Im IO1 Bericht, der über unsere Projektwebseite heruntergeladen werden kann, können Sie alles über die Entwicklung der jeweiligen Kompetenzkategorien und deren detaillierte Beschreibungen, nachlesen.

Eines der Ziele dieses Projektes ist, innovative Lehr- und Lernmaterialien wie auch Ressourcen bereitzustellen, um sich diese Kompetenzen anzueignen und/oder zu trainieren. Hierfür zeigen wir in dem folgenden Schema wie die jeweiligen Kompetenzkategorien in die Lebensgeschichten für Einsteigerniveau des „Das Buch der Fälle“ einzuordnen sind.

Kompetenzkategorie	Lukas	Elena	John	Patricia	Suzanna	Amy	David	Maria	Gabriella	Bruno
Die holistische Natur von Palliative Care										
Holistische Kommunikation, Begegnung und Interaktion										
Teamwork in Palliative Care										
Spirituelle Themen in Palliative Care										
Symptommanagement in Palliative Care										
Schmerzmanagement in Palliative Care										
Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion in Palliative Care										
Ethische und juristische Themen in Palliative Care										
Organisation von Palliative Care										
Holistische Unterstützung in Palliative Care										
Empathie in Palliative Care										
Versorgung am Lebensende										

# Der Fall von Lukas

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten Patient:	L.D männlich, 65 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder, 2 Enkelkinder, im Ruhestand
Erkrankung/Behandlung	Sarkom der rechten Axilla, Chemotherapie, Strahlentherapie, Amputation der rechten oberen Extremität
Medikamente	
Nebendiagnosen	Type II Diabetes, art. Hypertonie
Detaillierter Verlauf:  Medizinischer/onkologischer Verlauf:	<p>2018 - Biopsie, Diagnose, Operation - Beginn der Chemotherapie, Auftreten eines Lymphödems in der rechten oberen Extremität</p> <p>2019 - Lokalrezidiv - Operation + Chemotherapie - erhebliches Lymphödem - starke Schmerzen, die eine Analgesie WHO Stufe III erfordern</p> <p>04.2019 - Beginn der Strahlentherapie + Kinetotherapie + orthopädische Beratung</p> <p>08.2019 - Operation - Amputation der rechten oberen Extremität</p> <p>Postoperativ - Phantomschmerzen - Behandlung mit Amitriptylin mit mäßiger Wirkung</p> <p>09.2019 - Verbesserung des Allgemeinzustandes - Morphin wird nicht mehr eingesetzt – Umstieg auf Tramadol (WHO Stufe II)</p> <p>12.2019 - Lungenmetastasen - Chemotherapie</p> <p>01.2020 - Angstzustände + Depressionen - psychologische Beratung</p> <p>04.2020 - Starke Schmerzen - erneuter Beginn der Morphinbehandlung</p> <p>02.2021 - Fortschreiten der Krankheit – Entscheidung für palliatives Procedere</p> <p>03.2021 - Verschlechterung des körperlichen Allgemeinzustands - Patient leidet unter schwerer Dyspnoe</p> <p>Patient wird mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus eingeliefert</p> <p>Es wird eine Thoraxpunktion durchgeführt - der Patient erleidet einen Herz-Kreislaufstillstand - er wird intubiert und stirbt 24 Stunden später</p>
Detailliertere Informationen:  Ermittelte Probleme:	<p>Körperlich - Schmerzen, funktionelle Impotenz, Dyspnoe, Müdigkeit</p> <p>Psychisch - Angstzustände, Depressionen</p> <p>Sozial - kein Behindertengrad - erhält Hilfe durch die Unterstützung des Sozialarbeiters</p> <p>Spirituell - eigentlich religiös, besucht aber nicht regelmäßig die Kirche</p> <p>Der Patient wusste, dass er eine schwere Krankheit hat, aber seine Frau wollte nicht, dass der Patient wusste, dass er eine schlechte Prognose hat. Die Familie und der Patient wollten unbedingt eine zweite Meinung in einem anderen Land einholen, in der Hoffnung auf eine mögliche Heilung</p> <p>Unrealistische Hoffnung auf Heilung - der Patient hatte eine Prothese bestellt und wollte sein Auto umbauen lassen, damit er fahren konnte. Bei jedem Besuch, bei dem wir versuchten, über seine Prognose zu sprechen, versicherte ihm seine Frau, dass es ihm gut gehen würde. Der nun amputierte Patient war in der Pflege von seiner Frau abhängig. Während seine Pflege vorbildlich war, behinderte seine Frau Gespräche, die die Wahrheit über die Prognose hervorbringen würden.</p> <p>Der Patient, der nicht vollständig über seinen Zustand und seine Prognose informiert war/werden konnte, äußerte die Befürchtung, dass nicht genug für</p>

	ihn getan wurde und dass er eine zweite Meinung einholen wollte; außerdem bat er um eine Überweisung an einen Arzt für Atemwegserkrankungen zur Überprüfung und Behandlung
Bisherige Pflege und Behandlung	Physikalische Behandlung, Symptomkontrolle (Lymphödeme, Wundversorgung bei Druckgeschwüren, postoperative Wundversorgung, Schmerzkontrolle (Verabreichungsart: Spritze, Fentanylpflaster)), Einbeziehung der Familie und Aufklärung über die Pflege ihres Vaters/Ehemanns, psychologische Unterstützung in Bezug auf Krankheitsverlauf und -prognose
<b>Besondere Details der schwierigen Situation</b>	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Verhindern einer ehrlichen Kommunikation durch die Ehefrau - die Ehefrau macht dem Patienten unrealistische Hoffnungen, will nicht, dass der Patient die Prognose kennt, Anzeichen dafür, dass der Patient unrealistische Erwartungen hat (bestellt eine Prothese und will sein Auto umbauen, damit er fahren kann, obwohl die Prognose begrenzt ist). Was versteht er bezüglich seines Zustandes und seiner Prognose?</p> <p>Der Patient glaubt nicht, dass alles für seine Krankheit getan wurde, oder er glaubt, dass noch mehr getan werden kann, und hat eine Zweitmeinung eingeholt.</p> <p>Solange der Patient unrealistische Hoffnungen hegt, sind therapeutische Entscheidungen schwer zu treffen.</p> <p>Einbindung von Patient und Familie in die Entscheidungsfindung</p> <p>Kommunikation</p> <p>Hoffnung</p>
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	<p>Kommunikation mit dem Patienten/der Ehefrau über die Entwicklung der Krankheit; die Ehefrau war immer anwesend und verhinderte eine offene Kommunikation.</p> <p>Einbeziehung weiterer Mitglieder des interdisziplinären Teams für den Patienten und seine Familie mit dem Ziel, Informationen über die Diagnose und die Prognose zu liefern und den beiden Ehepartnern psychologische Unterstützung zu bieten. Sie lehnten diese Intervention ab. Der Patient erhielt nach seiner Armamputation psychologische Unterstützung, lehnte aber jede weitere Unterstützung ab. Verschreibung von Anxiolytika und Antidepressiva. Die Ehefrau sagte, sie könne sich nicht ausreichend konzentrieren, um den Beratungsprozess durchzustehen, da sie sehr stark in die Pflege ihres Mannes eingebunden sei.</p> <p>Treffen mit der Familie</p> <p>Die Ehefrau wurde ins Büro eingeladen, um über die Notwendigkeit einer offenen Kommunikation zu sprechen, aber als das Team den Patienten zu Hause besuchte, wurden eine offene Kommunikation durch die Ehefrau wieder behindert.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben / ignoriert / vernachlässigt?	<p>Herausforderungen im Zusammenhang mit einer offenen Kommunikation und der Bereitstellung von Informationen, die dem Patienten helfen sollen, Entscheidungen bezüglich seiner weiteren Versorgung zu treffen.</p> <p>Wir wissen nicht, ob die Versorgung am Lebensende dem Wunsch des Patienten entsprach.</p> <p>Blockierung einer offenen/ehrlichen Kommunikation seitens der Ehefrau.</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle,	Ich fühlte mich aufgrund der Blockade einer offenen Kommunikation durch die Ehefrau nicht in der Lage, alles in meiner Macht Stehende zu tun, um dem Patienten zu helfen. Wir als Fachleute fühlten uns ohnmächtig, weil wir dem

Emotionen) zu dem Fall und zu seiner Lösung	<p>Patienten nicht die Wahrheit sagen konnten, weil seine Frau uns das nicht erlaubte. Sie war immer dabei, und wenn wir versuchten, die Prognose und die Entwicklung der Krankheit zu besprechen, sagte sie ihm, dass es ihm bessergehen würde. Kommunikation mit der Ehefrau, die schließlich die Prognose akzeptierte. Sie hat gemischte Gefühle wegen der Einweisung ihres Mannes (sie bedauert, dass sie nicht bei ihm ist, aber sie hat Angst, dass er zu Hause sterben würde).</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die sowohl die Werte des Patienten als auch ihre beruflichen Werte respektiert?	<p>Kommunikation mit dem Patienten an erster Stelle.  Einbeziehung des Patienten in seine Behandlungsentscheidungen und Ermöglichung einer vorausschauenden Pflegeplanung.  Häufigere Familientreffen, wenn die Familie dem zustimmt.  Die Unterstützung der Familie ist sehr wichtig. Das Tempo der Informationsweitergabe und der Kommunikation mit dem Patienten und der Familie sollte von diesen selbst bestimmt werden.  Es ist eine Herausforderung für den Patienten, unrealistische Erwartungen zu haben.  Diese unrealistischen Erwartungen verhindern eine offene Kommunikation und die Möglichkeit, die Wünsche des Patienten zu ermitteln. Die Absprachen zwischen dem Patienten und seiner Frau behinderten die Möglichkeiten für das Team, psychologische, soziale und spirituelle Betreuung zu leisten.  Obwohl er nicht über seine Diagnose und Prognose sprach, ist es möglich, dass der Patient beides kannte, sich aber zum Schutz seiner Familie dafür entschied, nicht darüber zu sprechen.  Unterstützung für das Team, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können.  Eine frühzeitige Überweisung und Integration der Palliativversorgung für Patienten und die Zeit, die nötig ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patienten, Familie und dem professionellen Team aufzubauen, würden die Möglichkeit bieten, Probleme anzusprechen und effektiv zu kommunizieren.</p>



## 2. 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.

### 3. Die Geschichte von Lukas - Einsteigerniveau

Lukas ist 65, er lebt mit seiner Frau Anne zusammen. Sie haben zwei Kinder und zwei Enkelkinder. Sie wohnen in einem zweistöckigen Haus mit drei Schlafzimmern in der Stadt. Lukas war selbständiger Maler und Dekorateur, und ging vor 5 Jahren in den Ruhestand, als ihm die körperliche Arbeit zu anstrengend wurde. Sie besaßen ihr eigenes Haus und hatten immer 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 Gemüsegartens zu konzentrieren, für den er eine große Leidenschaft hat.

Vor 3 Jahren wurde bei Lukas eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) diagnostiziert. Er hatte sich bei seinem Arzt mit anhaltendem Husten und Kurzatmigkeit vorgestellt, und nach einer Reihe von Untersuchungen wurde die Diagnose COPD gestellt.



Kurz nach seiner Diagnose nahm Lukas an einem Kurs zur pulmonalen Rehabilitation teil, der von einem Physiotherapeuten in seinem örtlichen Krankenhaus geleitet wurde. Dieser Kurs vermittelte Lukas das Wissen und die Zuversicht, die er brauchte, um körperliche Aktivität als Teil seines täglichen Lebens genießen zu können, während er seinen Garten und sein Gemüsebeet pflegte. Er war in der Lage, seine Symptome allein durch die Hilfe seiner Inhalatoren (zur Vorbeugung und zur Linderung) und durch Überwachung und Anpassung des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe in den Griff zu bekommen.

Vor 18 Monaten wurde Lukas mit einer schweren Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert. Er war extrem kurzatmig und benötigte zusätzlichen Sauerstoff, intravenöse Antibiotika und Steroide. Seine Symptome waren so schwerwiegend, dass er beim Aufstehen aus dem Bett volle Unterstützung benötigte und nicht mehr laufen konnte. Die Genesung von der Lungenentzündung verlief langsam und langwierig. Lukas verbrachte 8 Wochen im Krankenhaus und arbeitete daran, seine Mobilität wiederzuerlangen. Sein Ziel war es nach Hause entlassen zu werden und körperlich in der Lage zu sein, sich selbständig zu bewegen, Treppen zu steigen und zu gehen und in seinem eigenen Bett zu schlafen.

Vor 10 Monaten wurde Lukas erneut ins Krankenhaus eingeliefert. Eine weitere Lungenentzündung hatte eine weitere Verschlechterung seiner Symptome verursacht. Seine körperliche Leistungsfähigkeit hatte sich in den letzten Monaten allmählich verschlechtert, und bei dieser Einlieferung hatte ihm sein Ärzteteam Theophyllin und Mukolytika verschrieben. Der Physiotherapeut hatte mit Lukas einen 6-Minuten-Gehtest mit einem tragbaren Sauerstoff durchgeführt. Er schnitt dabei nicht sehr gut ab und konnte nur eine sehr kurze Strecke zurücklegen, bevor seine Kurzatmigkeit zu massiv war, um weiterzumachen. Ihm wurde ein Sauerstoffkonzentrator für zu Hause verschrieben, da er einen ständigen Sauerstoffbedarf hatte.

Lukas war nicht mehr in der Lage, zum Schlafen ins Obergeschoss zu gehen. Er hatte ein Krankenhausbett im Wohnzimmer und war bei allen täglichen Aktivitäten und bei der Körperpflege auf Anne angewiesen.

Anne wurde seine Hauptbetreuerin und betrachtete sich als seine Fürsprecherin. Lukas spürte, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechterte und dass es ernst war, doch Anne verhinderte jedes Gespräch, das in eine negative Richtung ging, und bestand stattdessen darauf, dass "er wieder gesundwerden würde, er müsse nur wieder zu Kräften kommen". Lukas wollte seiner Frau keinen zusätzlichen Kummer bereiten und keiner von ihnen wäre auf die Idee kommen, dass diese Situation mit dem Tod von Lukas enden könnte.

Das klinische Team ist sehr besorgt über die unrealistischen Erwartungen, die Lukas und Anne haben. Sie haben Anne zu einem Treffen eingeladen, um mit ihr die Vorteile offener und ehrlicher Gespräche zu

erörtern, zumal dies bei der künftigen Pflegeplanung für Lukas, der sich dem Lebensende nähert, hilfreich wäre. Anne baut jedoch weiterhin Hindernisse und Barrieren für jede Kommunikation auf, die die Zukunft betrifft. Sie fragt ständig: "Was Sie noch für ihn tun? Wie können Sie ihm helfen? Wie können Sie ihm das Atmen erleichtern und dafür sorgen, dass es ihm bessergeht?"

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Kommunikation mit dem Patienten und der Familie.
- Akzeptanz und realistische Erwartung, 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.
- Symptombehandlung (körperlich, psychosozial und spirituell) und wie Absprachen einen ganzheitlichen Ansatz zur Behandlung von Bedürfnissen behindern können.
- Unterstützung der Familie in der Zeit des Todes und danach

# Der Fall von Elena

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	Patientin 42 Jahre alt, verheiratet mit einer 4 Jahre jüngeren Frau, ehemalige Künstlerin, kleine Rente, keine Kinder
Zugrunde liegende Erkrankung	Ovarial Carcinom mit multipler Metastasierung
Komorbiditäten	Covid 19
Detailliertere Beschreibung: Medizinischer Verlauf	Im März 2019 wird bei der Patientin Eierstockkrebs diagnostiziert, sie wird operiert und erhält Chemotherapie. Anfang 2020 unterzieht sich die Patientin medizinischen Untersuchungen, weil sie sich nicht wohl fühlt, und es werden Leber- und Bauchfellmetastasen diagnostiziert. Im Juni 2020 wird bei ihr auch Covid 19 diagnostiziert und sie wird von der Notaufnahme auf die ehemalige PC-Station des Kreiskrankenhauses verlegt, die jetzt die COVID-Station ist. Zum Zeitpunkt der Verlegung leidet die Patientin an einer schweren Anämie, Sauerstoffsättigung bei 90 %, ist bettlägerig, ECOG (von der Eastern Cooperative Oncology Group entwickelte Funktionsskala) = 4, Beinödeme, Aszites. Sie wird verlegt und eine der Empfehlungen lautet Transfusion.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen:	<p>Physisch: Bauchschmerzen, Dyspnoe, Fatigue, Inappetenz, Ödeme, Aszites, schwere Anämie (Hämoglobin 6mg/dl)</p> <p>Psychisch: Angst wegen der COVID-Infektion, Befürchtung, dass sie daran sterben wird</p> <p>Soziales: Die Partnerin der Patientin hat kein Einkommen, ist aber an der Pflege beteiligt. Beide leben von der kleinen Rente der Patientin.</p> <p>Spirituell: Glaubt nicht an Gott, wünscht sich aber während des Krankenhausaufenthalts den Besuch eines Seelsorgers.</p>
Bisherige Pflege und Behandlung	Nach Beendigung der Chemotherapie wurde Best supportive Care begonnen. Die Familie wurde einbezogen und in der Pflege der Patientin unterwiesen. Beratung über den Verlauf und die Prognose der Krankheit.
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Aufgrund der schweren Anämie stellt sich die Frage ob eine Transfusion von Erythrocytenkonzentraten durchgeführt werden sollte. Das Dilemma besteht darin, ob eine Transfusion bei diesem Patienten sinnvoll ist, da bei eine sehr begrenzte Prognose von 2-3 Wochen besteht.
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles herangezogen?	Das Team bemühte sich, die Patientin zu unterstützen und die Symptome zu lindern. Kommunikation mit der Patientin über die Prognose, Einbeziehung weiterer Mitglieder des multiprofessionellen Teams, um die Patientin besser bei der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen. Die Patientin ist informiert und versteht die möglichen Vor- und Nachteile einer Transfusion. Sie möchte schmerzfrei sein, davon erhofft sie sich eine Besserung der Dyspnoe. Die Partnerin behauptet, dass die Patientin die Transfusion brauche, um sich besser zu fühlen. Sie versteht nicht, dass dies eher eine Belastung für die Patientin ist, dass sie diese Behandlung nicht will und dass es wichtig ist, die Entscheidung der Patientin zu respektieren. Die Partnerin möchte jedoch jede Behandlung, die das Leben der Patientin verlängern kann.

Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Medizinische Entscheidung, Nutzen oder Last einer Transfusion. Die Partnerin ignoriert und respektiert die von der Patientin getroffene informierte therapeutische Entscheidung nicht.
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) zu dem Fall und wie er gelöst wurde	Ich hatte ein Gefühl der Hilflosigkeit bei der Kommunikation mit der Partnerin. Sie hatte keinen Zugang zum Krankenhaus. Es war schwierig, am Telefon mit ihr zu sprechen. Nonverbale Kommunikation konnte so nicht stattfinden. Kein gemeinsames Treffen (Patientin, Partnerin und behandelndes Team) abhalten zu können, führte zu Missverständnissen mit der Partnerin, die uns vorwarf, nicht alles für ihre Partnerin zu tun, was wir tun könnten.
Welche Empfehlungen haben Sie für einen besseren Umgang mit dem Falle, in dem sowohl die Werte des Patienten als auch ihre beruflichen Werte respektiert werden?	Gemeinsames Treffen mit der Partnerin, der Patientin und dem behandelnden Team online per Videokonferenz/Tablet oder per Telefon? Das Team hat es gut geschafft, die Wünsche der Patientin zu respektieren. Wir haben die Möglichkeit, der Person so lange zu helfen, wie sie das möchte. Wichtig ist, dass wir verstehen, was die Patientin möchte, und dass wir sie begleiten und unterstützen. Die Entscheidung, der Patientin Symptomkontrolle und Komfort zu bieten, war richtig, denn es handelt sich um eine Patientin mit ECOG 4, Ovarialcarzinom, multiplen Metastasen und Aszites, was auf eine stark begrenzte Prognose hindeutet. Eine COVID 19-Infektion kann die Prognose weiter einschränken, somit ist das Ziel der Pflege, für Würde und Komfort zu sorgen und die Symptome gut zu kontrollieren. Das Leben gehört dem Patienten, nicht den Angehörigen. Beteiligen Sie alle Teammitglieder an den Gesprächen mit der Angehörigen, vielleicht auch an Online-Diskussionen mit Patientin und Angehöriger zur gleichen Zeit. Die Botschaft aller Teammitglieder muss dieselbe sein.

## 2. 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 Pflorgeteam 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.



### 3. Die Geschichte von Elena - Einsteigerniveau

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.

Das klinische Team besprach mit Elena die Vor- und Nachteile einer Transfusion von Erythrocytenkonzentraten, und sie bekräftigte, dass ihr Hauptziel darin bestehe, die Symptome zu lindern, sich wohl zu fühlen und vor allem ihre Würde zu wahren. Sie entschließt sich, die Transfusion abzulehnen und bespricht dies mit Sophie. Sophie ist sehr aufgebracht, als sie hört, dass die Transfusion nicht durchgeführt wird, und bittet Elena, ihre Entscheidung zu überdenken. Sie verlangt, mit dem Ärzteteam zu sprechen, und beharrt auf ihrer Ansicht, dass Elena die Transfusion erhalten muss, da sie sonst sterben wird. Sophie ist sichtlich aufgebracht und beschuldigt das Ärzteteam, 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.



#### 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.

# Der Fall von John

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	Männlicher Patient, 66 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder, im Ruhestand, lebt in der Stadt
Zugrundeliegende Erkrankung	Liposakom
Komorbiditäten	Keine Komorbiditäten
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	2016 wird ein Knoten an der linken unteren Extremität entdeckt. Es folgen Untersuchungen und dann eine Biopsie. Die Biopsie zeigt keinen Hinweis auf eine onkologische Erkrankung. Nach 6 Monaten erscheint ein weiterer Knoten. Bei einer erneuten feingeweblichen Untersuchung wird ein Liposarkom diagnostiziert. Der Patient beginnt mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie, doch währenddessen verschlechtert sich sein Allgemeinzustand. Die tumorspezifische Therapie muss abgebrochen werden, es kommt zu einer lokalen Nekrose und die untere Extremität wird amputiert. Bis 2020 ist der Patient in einem guten Allgemeinzustand, im Dezember 2020 - Synkope, epileptischer Anfall, Hemiparese links. Untersuchungen (Computertomographie, Magnetresonanztomographie) ergeben die Diagnose eines Hirntumors, 10 Strahlentherapiesitzungen, starker Gewichtsverlust (20 kg in 10 Tagen). Im Januar 2021 erscheint ein Knoten auf Höhe des Hüft-Gelenks, exulzeriert, es wird eine Biopsie durchgeführt und die Diagnose einer Metastase gestellt. Die Chemotherapie wird im Januar 2021 wieder aufgenommen, aber der Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend, der Patient hat Schwierigkeiten sich fortzubewegen, zeigt Gleichgewichtsstörungen, Kopfschmerzen, Schwäche, zeitlich-räumliche Desorientierung, Verwirrung.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	physisch: Schmerzen, Verstopfung, Desorientierung, Verwirrung, gelegentlich Übelkeit Pflege - lokaler Verband auf der Höhe des exulzerierten Tumors. Unterstützungsbedarf bei Bewegung aufgrund der Amputation Psychisch-emotional - Angst aufgrund der Verschlechterung und des Mangels an prognostischem Wissen Sozial - Änderung des Grades der Behinderung Spirituell - gläubig, nicht praktizierend
Aktuelle Pflege und Behandlung	Symptomkontrolle Lokaler Wundverband Medikation: Tramadol 200mg / 12 Stunden, nicht-steroidale Antirheumatika, Metoclopramid, Lactulose
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Konspiratives Stillschweigen – Die Familie weigert sich, mit dem Patienten über Diagnose und Prognose zu sprechen Unsere Dienste betreuten auch den verstorbenen Schwiegervater des Patienten. Auch in diesem Fall ist die Familie dagegen, dass der Patient erfährt, was mit ihm geschehen wird. Die Ehefrau leugnet, weigert sich, die Entwicklung der Krankheit zu akzeptieren und will keine Unterstützung durch den Psychologen, sie ist sehr spirituell.

Welche Strategie wurde bei der Lösung des Falles angewandt?	<p>Familiensitzung mit der Ehefrau und der Tochter des Patienten, damit sie die Entwicklung der Krankheit erfassen können. Sie erklären, dass sie einverstanden sind und dass sie verstehen, dass der Patient die Diagnose kennen muss, aber beim nächsten Besuch verhalten sie sich genauso wie zuvor und blockieren eine offene Kommunikation mit dem Patienten.</p> <p>Gespräche mit den Kindern und der Versuch, ihnen klar zu machen, dass sie aus dem vorangegangenen Todesfall in der Familie, mit dem sie umgehen mussten, lernen sollten, um weitere Reue zu vermeiden.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<p>Patientenautonomie</p> <p>Loyalität - dem Patienten die Wahrheit über seine Situation sagen. Ich habe dem Patienten von Anfang an versprochen, dass ich ehrlich zu ihm sein werde und ihm bei jeder Frage die Wahrheit sage.</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Versäumnis, dem Patienten gegenüber loyal zu sein</p> <p>Versäumnis, mehr für den Patienten zu tun</p>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	<p>Treffen mit der ganzen Familie</p> <p>Realistisch sein, sich gegenseitig kennenlernen und die Grenzen der anderen akzeptieren. Der Patient ist wegen des Gehirntumors verwirrt und desorientiert, und es ist unwahrscheinlich, dass wir mit ihm über die Diagnose des Gehirntumors und die Prognose sprechen können. Das Ziel bleibt, dem Patienten Trost und Würde zu spenden.</p> <p>Wir alle erleben diese Gefühle in der Patientenbetreuung. In der häuslichen Pflege ist es schwierig, da die Familie bei jedem Besuch anwesend und unser Partner im Pflegeprozess ist. Es erfordert Ausgewogenheit und Geduld mit allen an der Pflege beteiligten Parteien. Die Sorgen des Patienten bezüglich eines Rückfalls sollten Beachtung finden aber der Fokus sollte auf der Pflege liegen. Bei jedem Familiengespräch könnten wir sagen: "Denken Sie daran, was Sie verlieren, wenn Sie ihm nicht die Wahrheit sagen!"</p> <p>Beziehen Sie alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams mit ein.</p>

## 2. Die Geschichte von John - Einsteiger- und 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.

# Der Fall von Patricia

## 1. Vignette

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	Weiblich, 96 Jahre alt, verwitwet, zwei Kinder, im Ruhestand, lebt in einer städtischen Umgebung allein in einer Wohnung
Zugrundeliegende Erkrankung	Brustkrebs, Chemotherapie, Strahlentherapie, Lymphknotenmetastasen 2017, ulzerierender Brustkrebs 2020
Weitere Krankheiten	Lungenfibrose, Bluthochdruck
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Schleichender Beginn im Jahr 2010 mit einem Knoten in der rechten Brust, der vom Hausarzt bei einer Routineuntersuchung entdeckt wird. Er überweist sie zum Ultraschall der Brust und anderen Untersuchungen, woraufhin Brustkrebs diagnostiziert wird. Sie unterzieht sich einer Chemo- und Strahlentherapie und beginnt mit einer Hormonbehandlung. Seit Januar 2020 besteht ein wuchernder Tumor in der Brust. Die Patientin kleidet sich selbst oder mit Hilfe einer Freundin an. Es wird ein Pflegedienst für häusliche Pflege organisiert. Zuvor besuchte die Patientin ein Tageszentrum in der Stadt.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	<b>Körperliche Symptome:</b> Knochenschmerzen, Schwindel, Verstopfung, Müdigkeit, Dyspnoe, Schlaflosigkeit
Körperlich	Pflege: lokaler Verband im Bereich des wuchernden Tumors
Psycho-emotional	Aktive Mobilisierung im Haus. Vergisst manchmal die Medikamente einzunehmen.
Sozial	<b>Psycho-emotional:</b> Angst aufgrund des Krankheitsverlaufs und Einsamkeit. Sie hat Befürchtungen und Sorgen, weil sie allein im Haus ist und sie krank werden könnte und niemand da ist, der sie findet.
Spirituell	<b>Sozial:</b> Die Patientin lebt allein. Sie hatte nur eine Tochter, die im Alter von 33 Jahren starb. Nach dem Tod der Tochter zog sie ihren Enkel auf, der damals zehn Jahre alt war. Der Enkel lebt jetzt in einer anderen Stadt bei seiner Familie. Er ruft seine Großmutter täglich an, aber er besucht sie nur selten. Die Patientin lebt allein und eine Nachbarin kauft für sie ein. Sie wohnt in einem großen Haus mit mehreren Wohnungen, ist aber alleine in ihrer Wohnung. Die Patientin bezieht kein Pflegegeld, weil sie das nicht möchte. Ich rief den Enkel an, und er antwortete, dass es nicht notwendig sei, Pflegegeld zu beantragen. Sie benötige nur Material für Verbände und andere Bedürfnisse benötige.
Bisherige Pflege und Behandlung:	<b>Spirituell:</b> Orthodoxe Christin, liest Gebetsbücher, hält das Fastengebot ein, wird manchmal vom Priester besucht. Die Patientin sagt, dass der Glaube ihr Halt gibt.
	Symptomkontrolle Verband lokal mehrmals pro Woche Emotionale Unterstützung Soziale Unterstützung: Patientin lebt allein, Enkel ist nicht involviert, will auch nicht, dass jemand anderes der Patientin hilft. Nur eine Nachbarin wird akzeptiert, die einkauft und die Patientin manchmal ankleidet. Auch wenn er zur Patientin kommt, nimmt der Enkel keinen Kontakt zu uns auf. Daher können wir nicht mit ihm sprechen, um die Pflegeziele festzulegen und zu erfahren, welche

	Erwartungen er bezüglich der Krankheit seiner Großmutter hat. Einbeziehung des Sozialdienstes.
<b>Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation</b>	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Versteht die Prognose nicht: Die Dame kennt zum Teil die Diagnose und die Prognose. Wir besprechen es mit ihr, aber sie will es nicht akzeptieren. Da sie in der Vergangenheit Infusionen erhalten hat, die sie „wieder auf die Beine brachten“, hofft sie jetzt, obwohl es ihr schlechter geht, dass es ihr durch dieselben Infusionen bessergehen wird.</p> <p>Wir können keine Vorsorgeplanung mit der Patientin durchführen, was wichtig wäre, weil sie allein ist.</p> <p>Fehlen der Familie - Nichtbeteiligung des Enkels.</p>
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	<p>Einbeziehung der Nachbarnin in die Pflege, einschließlich der Übernahme des Ankleidens am Wochenende</p> <p>Ich habe vorgeschlagen, sie in das stationäre Hospiz aufzunehmen, aber sie weigert sich</p> <p>Einbeziehung des Sozialdienstes</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ ignoriert/vernachlässigt?	<p>Die Patientin hat unrealistische Hoffnungen und erwartet die Wiedererlangung der vollen Unabhängigkeit</p> <p>Die Wahrheit sagen</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	<p>Überfordert, belastet, bei jedem Besuch höre ich die gleiche Klage der Patientin, dass der Enkel keine Zeit hat, mit ihr zu reden oder mehr Zeit mit ihr zu verbringen.</p> <p>Machtlos, mehr für die Patientin zu tun</p> <p>Angst – was soll ich tun, wenn ich sie besuche, und sie im Haus gefallen oder verstorben ist?</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	<p>Wir können der Familie nicht die Verantwortung, der Patientin zu helfen, abnehmen</p> <p>Die schlechte Prognose muss erneut mit dem Enkel besprochen werden</p> <p>Der Enkel manipuliert die Beziehung zu den Pflegenden, verlässt sich auf die Hilfe durch den Hospizdienst, weil er sie leicht bekommt und versucht nicht, andere Hilfe für die Patientin zu bekommen</p> <p>Der Enkel sollte vor die Entscheidung gestellt werden, sich an der Pflege der Großmutter zu beteiligen, was auch die Kündigung des Betreuungsvertrags zur Folge haben kann.</p> <p>Es müssen Grenzen gesetzt und der Betreuungsvertrag neu verhandelt werden.</p> <p>Besuche bei der Patientin zusammen mit Kolleg*innen des Sozialdienstes</p>



## 2. 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

### 3. Die Geschichte von Patricia - Anfängerniveau

Patricia ist 96 Jahre alt und lebt allein in einem Wohnhaus in der Nähe des Stadtzentrums. Sie ist körperlich ziemlich gebrechlich, ist aber dennoch unabhängig und kann all ihre persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) ausführen. Sie bekommt Hilfe von einer Nachbarin, 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 besucht wöchentlich ein Tageszentrum. Als sie heute Morgen dort ankam, hatte sie einen großen Bluterguss auf der linken Gesichtshälfte sowie am linken Unterarm und an der Hand. Das Pflegepersonal hat sich mit Patricia über den Bluterguss unterhalten und festgestellt, dass er von einem Sturz herrührt, den sie vor einigen Tagen hatte. Auf weitere Nachfrage erklärt Patricia, dass sie in den letzten Monaten mehrfach „ausgerutscht und gestolpert“ sei, und dass es ihr zunehmend schwerfalle, vom Boden aufzustehen. Nach dem letzten Sturz wusste sie, dass ihre Nachbarin bald mit den Einkäufen kommen würde, und so blieb sie auf dem Boden liegen, bis sie kam und ihr aufhelfen konnte. Die Nachbarin wollte einen Krankenwagen rufen, aber Patricia bestand darauf, dass das nicht nötig sei und dass sie heute eine Pflegerin im Zentrum aufsuchen würde. Dieser würde sie alles über den Sturz erzählen und sich untersuchen lassen.

Es ist eine Weile her, dass Patricia medizinisch vollständig untersucht worden ist, und so wird ein Arzt zu ihr gerufen. Sie erzählt dem Arzt, dass sie nachts nicht schlafen kann und sich den ganzen Tag übermüde und antriebslos fühlt. Außerdem klagt sie über generalisierte Schmerzen, gelegentliches Schwindelgefühl, Kurzatmigkeit und Verstopfung. Sie 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. 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

# Der Fall von Suzanna

## 1. Vignette

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	Patient 53 Jahre alt, verheiratet, Krankengeld, drei erwachsene Kinder, die in anderen Städten leben
Zugrundeliegende Erkrankung	Tumor in der rechten Brust
Weitere Krankheiten	Keine weiteren Krankheiten
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Die Diagnose wurde 2017 gestellt. Die Patientin unterzog sich einer Operation, Chemo- und Strahlentherapie. Unter der Behandlung entwickelt sich der Tumor nicht günstig und ulzeriert, wobei das größte Problem die Tumorblutung ist. Die Patientin wird stationär zur Symptomkontrolle aufgenommen, und weil sich der Ehemann durch die Pflege, insbesondere das Verbinden des exulzierenden Tumors erschöpft fühlt.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	<p><b>Körperliche Symptome</b> – Schmerzen im vorderen Thorax und in der rechten oberen Extremität, Verstopfung, Schlaflosigkeit, Angstzustände</p> <p><b>Pflege</b> – spezifisch für eine bettlägerige Patientin, Verband lokal im Bereich des exulzierenden Tumors</p> <p><b>Psycho-emotional</b> – die Verslossenheit der Patientin, sie will nicht mit ihrer Familie kommunizieren, sie will nicht, dass ihre Kinder wissen, wie betroffen sie ist</p> <p><b>Sozial</b> – Finanzielle Probleme, sie lebt mit ihrem Mann zusammen, der mit der Pflege der Patientin überfordert ist, es läuft gerade der Prozess zum Erhalt eines Pflegegeldes</p> <p><b>Spirituell</b> – religiös, nicht praktizierend</p>
Bisherige Pflege und Behandlung:	Symptomkontrolle – Morphin 60 mg/24 h, Gabapentin, Lorazepam Verbandwechsel lokal wird nach Bedarf durchgeführt Psycho-emotionale and spirituelle Beratung. Während sie im Krankenhaus war, wurde sie vom Priester besucht und vom Psychologen begleitet.
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Die Ehegatten sind sich nicht einig, wo die Patientin gepflegt werden soll. Nachdem sie seit einigen Tagen stationär aufgenommen ist und die Symptome unter Kontrolle sind, möchte die Patientin nach Hause gehen. Ihr Zustand verschlechtert sich, und sie sagt, sie wolle in ihrem Bett sterben. Ihr Ehemann fühlt sich mit der Pflege überfordert und will sie nicht mit nach Hause nehmen. Die Kinder wissen nicht, wie es der Patientin geht, und sie will es ihnen auch nicht sagen.
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	Das Team besprach mit der Patientin die Vor- und Nachteile der einzelnen Pflegesettings, aber sie möchte nach Hause gehen. Auch die Notwendigkeit, mit den Kindern über ihren Gesundheitszustand zu sprechen und die Kinder in die Pflege einzubeziehen wurde erörtert, aber die Patientin lehnt dies ab. Auch mit dem Ehemann wurde über den Wunsch der Patientin, zu Hause gepflegt zu werden, gesprochen. Ihm wurde gesagt, dass ihm das Team der Hauskrankenpflege helfen würde. Er hat aber Angst, sie mit nach Hause zu nehmen, weil er nicht weiß, wie er sie pflegen soll. Besprechung des Falles in der interprofessionellen Sitzung

Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ ignoriert/vernachlässigt?	<p>Verschwiegenheit – ohne die Zustimmung der Patienten dürfen wir den Kindern nichts sagen</p> <p>Die Patientin wird dort betreut, wo sie betreut werden möchte</p> <p>helfend/nicht-schadend</p> <p>Qualität der Pflege zu Hause vs. Qualität der Pflege auf der Bettenstation, sie ist eine Patientin mit komplexen Pflegeproblemen, bei der das Risiko massiver Blutungen aufgrund des exulzierenden Tumors besteht</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	<p>Sowohl die Patientin als auch der betreuende Ehemann sind Mitglieder des Pflegeteams. Wenn sie unterschiedlicher Meinung sind und jede*r aus ihrer*seiner Sicht Recht hat (der Wunsch der Patientin, zu Hause gepflegt zu werden, und die Befürchtung des Ehemannes, dass er nicht in der Lage sein wird, eine qualitativ hochwertige Pflege zu leisten), bringt uns das in eine schwierige Situation und wir können nicht beiden helfen. Wir entscheiden uns dafür, der Patientin zu helfen und ihren Wunsch zu respektieren, auch wenn wir bezweifeln, dass sie zu Hause besser versorgt werden kann.</p>
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	<p>Treffen mit der Familie, an dem die Patientin, der Ehemann und Mitglieder des Teams teilnehmen.</p> <p>Besprechen Sie die Ängste der Patientin und ihres Ehemannes in Bezug auf den Pflegeprozess und den Verlauf der Krankheit</p> <p>Besprechen Sie mit der Patientin die Gründe, warum sie ihren Kindern nicht von ihrer Situation erzählen möchte.</p> <p>Während des Krankenhausaufenthalts den Ehemann beim Ankleiden, Mobilisieren und Toilettengang der Patientin einbeziehen und schulen. Dies kann eine Methode sein, um Vertrauen zu gewinnen.</p> <p>Gespräche zwischen dem Ehemann und dem Team der Hauskrankenpflege, um sich gegenseitig kennen zu lernen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.</p>

## 2. 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 hochofreut, 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.



### 3. Die Geschichte von Suzanna - Anfängerniveau

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 schwere 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 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.



#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Sind Ihnen in der Kommunikation mit Suzanna Punkte aufgefallen, die zu Missverständnissen geführt haben könnten?
- Wenn die frühzeitige Integration von Palliative Care-Maßnahmen in den Pflegeplan für Suzanna aufgenommen werden soll, welche Maßnahmen sollen dann ergriffen werden? Machen Sie konkrete Angaben.
- Wie soll der vom Lymphödem betroffene Arm versorgt werden?
- Welche Ernährungsempfehlungen werden Sie dieser Patientin geben?
- Wie gehen Sie mit dem Haarausfall um?
- Was raten Sie dieser Patientin, um soziale Isolation aufgrund von Müdigkeit, verändertem Körperbild und Übelkeit zu vermeiden?

# Der Fall von Amy

## 1. Vignette

Allgemeine Informationen	
Persönliche Daten der Patientin:	3-jährige Patientin, einziges Kind von sehr jungen Eltern
Zugrundeliegende Erkrankung	Agenesie des Corpus callosum und Gaumenspalte
Weitere Krankheiten	Epilepsie
Genauere Beschreibung: Krankengeschichte	Die Aufnahme in den ambulanten Kinderhospizdienst erfolgte vor zwei Jahren, als das kleine Mädchen fast ein Jahr alt war. Bis dahin war das Kind im Kinderkrankenhaus untergebracht. Es gab einige Versuche, es nach Hause zu entlassen, die aber alle wegen der schweren Symptome scheiterten. Dann überwies das pädiatrische Team des Krankenhauses das Kind zur Symptomkontrolle auf die Palliativstation. Die Patientin wird über eine nasogastrale Sonde ernährt. Die Gaumenspalte soll korrigiert werden, damit die Ernährungssonde nicht verwendet werden muss. Bei der Aufnahme wurde die Mutter gefragt, was sie von unserem Dienst erwartet, und ihre Antwort war, dass sie Hilfe bei der Heilung ihres Kindes erwartet.
Genauere Beschreibung: Bestehende Probleme:	<b>Körperliche Symptome</b> – Krampfanfälle, Unruhe, Ernährung über eine nasogastrale Sonde, Fieber aufgrund von Störungen des Temperaturregulationszentrums <b>Psycho-emotional</b> – familiäre Unterstützung, die Mutter ist sehr müde und ängstlich, ihre Stimmung ändert sich je nach dem Zustand des Kindes <b>Sozial</b> – die Mutter kümmert sich um das Kind, sie ist arbeitslos, sie ist viele Stunden am Tag mit dem Kind allein und macht jeden Tag das Gleiche <b>Spirituell</b> – die Eltern empfinden die Krankheit ihres Kindes als Strafe
Bisherige Pflege und Behandlung:	Symptomkontrolle Aufklärung der Mutter über Ernährung und nicht-pharmakologische Symptomkontrolle Wechsel der nasogastralen Sonde alle zwei Wochen, manchmal verlängere ich meine Besuche, weil das Kind Anfälle hat. Dann muss ich warten, bis es sich beruhigt hat, um die Maßnahmen durchzuführen Psycho-emotionale Unterstützung für Eltern
Besondere Einzelheiten der schwierigen Situation	
Beschreibung der schwierigen Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Die Mutter akzeptiert die Diagnose nicht und ist ständig auf der Suche nach Heilungsmöglichkeiten Die Familie möchte eine Korrektur der Gaumenspalte, aber es besteht eine Diskrepanz zwischen Nutzen und Risiko Die Lebensqualität der Patientin Die Erschöpfung der Mutter
Welche Strategie wurde bei der Bearbeitung des Falles verfolgt?	Kommunikation mit der Familie über die Prognose Erläuterung der Vor- und Nachteile einer Operation Einbindung der Mitglieder des interprofessionellen Teams Psycho-emotionale Unterstützung für Mutter und Vater

Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Helfend/nicht-schadend durch die Chirurgie
Beschreiben Sie Ihre persönliche Sichtweise (Werte, Gefühle, Emotionen) auf den Fall und wie er gelöst wurde	Frustration, denn egal, was wir als medizinisches Team tun, es ist schwer für eine Mutter zu akzeptieren, was mit ihrem Kind geschieht Erschöpfung, weil die Familie mir vertraut und kaum ein anderes Teammitglied akzeptiert
Welche Empfehlungen haben Sie für ein besseres Vorgehen in dem Fall, welches sowohl die Werte der Patientin als auch die professionellen Werte berücksichtigt?	Aufnahme der Patientin auf der Bettenstation, um der Mutter eine Atempause zu verschaffen Der Mutter helfen, andere Eltern zu treffen, die Kinder mit den gleichen Problemen haben

## 2. 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.

### 3. Die Geschichte von Amy - Anfängerniveau

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 erhält ihre gesamte Nahrung über eine nasogastrale (NG) Sonde, 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, Karim arbeitet, und Sam ist die ganze Zeit bei Amy. Die Pflegeperson des mobilen Palliativteams macht alle zwei Wochen einen Hausbesuch. Sie wechselt die NG-Sonde, überwacht Amys Symptome und unterstützt die Eltern. 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 und Karim glauben, dass ihr kleines Mädchen im Stich gelassen wurde. Sie glauben, 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.

# Der Fall von David

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	D.G., männlich, 54 Jahre alt, im Ruhestand, geschieden, ländlicher Hintergrund, Raucher
Zugrunde liegende Erkrankung	Bronchopulmonales Neoplasma, Stadium 4 (neuroendokrin), Hirnmetastasen, bestrahlt, rechtshemisphärisches motorisches Defizit, Lungenmetastasen, Lymphknotenmetastasen (axillär, mediastinal, zervikal, supraklavikulär, abdominell), Knochenmetastasen, axilläre Metastasen, laterozervikale Metastasen, supraklavikuläre Metastasen, abdominelle Metastasenrechtsseitige Nebennierenmetastasen, nicht beherrschbare chronische Schmerzen, epileptische Anfälle (fokale Anfälle).
Komorbiditäten	Keine
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	Beginn vor zwei Jahren mit Kurzatmigkeit und spastischem Husten mit weißem, schaumig, manchmal blutigem Auswurf. Er wird von einer Justizvollzugsanstalt für die Untersuchungen in eine Spezialklinik verlegt, wo eine vorläufige Diagnose gestellt und eine Chemotherapie empfohlen wird. Er wird auf der onkologischen Station zur Chemotherapie aufgenommen. Sindaxel 240 mg und Cisplatin 120 mg werden gut vertragen, laufende Laborkontrollen,
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	Patient mit bronchopulmonalem Neoplasma links im Stadium 4 (neuroendokrin) mit einer Hemiparese rechts und epileptischen Anfällen. Kürzlich aus dem Gefängnis wegen schweren Mordes entlassen, nachdem er 20 Jahre im Gefängnis verbracht hat. Kein soziales Leben, wurde von seiner Frau und seiner Tochter vor vielen Jahren verlassen. Einweisung auf die Palliativstation zur Schmerz- und Symptomkontrolle. Relativ guter Allgemeinzustand, chronische Schmerzen, Dysphagie, verändertes Hautbild, Angstzustände, zeitlich-räumliche Desorientierung, Ermüdung, spastischer Husten, Dyspnoe, Hypotonie, Ödeme. Verhaltensauffälligkeiten, unkontrollierte Reaktionen, verbale und körperliche Gewalt. Neben der Beeinträchtigung der körperlichen Bedürfnisse ist auch das Bedürfnis des Patienten nach Sozialisation beeinträchtigt. Spirituell: Er ist ängstlich, depressiv, wendet sich gegen formale religiöse Traditionen. Er lehnt die Vorstellung von Beichte und Kommunion völlig ab. Er verweigert Treffen mit dem Psychologen der Station und weigert sich, die Kontaktdaten seiner Ex-Frau und seiner Tochter oder von engen Bekannten preiszugeben.
Aktuelle Pflege und Behandlung	Analgetika (+Opiode), Co-Analgetika, Behandlung von Begleitsymptomen, das heißt Prophylaxe von epileptischen Anfällen, Verhinderung von Erbrechen, Hustenstillung, Erhalt der Integrität von Schleimhaut und Haut. Antibiotika, Kortikosteroide, Antitussiva, Antikonvulsiva und Analgetika können nur mit dem Einverständnis des Patienten verabreicht, nachdem er ausführlich über ihre Auswirkungen auf seinen Gesundheitszustand aufgeklärt worden war.
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation	Die ethischen Probleme nehmen zu, je schlechter der Gesundheitszustand des Patienten wird. Es gibt keine Familie und keine Angehörigen. Die Kommunikation



aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>mit dem Patienten wird aufgrund der Hirnschädigung und der Dysphonie immer schwieriger.</p> <p>Er ist unter keinen Umständen bereit, auf Zigaretten zu verzichten und wird widerspenstig, wenn er nicht raucht.</p> <p>Es handelt sich um einen sehr heiklen Fall, der ein hohes Maß an körperlichem und emotionalem Engagement erfordert, wobei der Krankenhausaufenthalt sehr lange dauert - etwa 6 Monate - und sich der Allgemeinzustand des Patienten zunehmend verschlechtert.</p> <p>Symptombehandlung: Während des Krankenhausaufenthalts wird der Patient mit Nichtsteroidalen Antirheumatika, Magenschutzmitteln, einem Diuretikum, Antikonvulsiva und Anxiolytika behandelt. Er passt sich eine Zeit lang an die Krankenhaus- und Stationsregeln an und akzeptiert die Behandlung. Das Behandlungsschema wird je nach Schmerzen und Symptomen angepasst. Erste epileptische Anfälle treten auf.</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Im Fall des Patienten D.G. wurden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, um das Wohlbefinden des Patienten zu gewährleisten, sowohl physisch als auch psychisch. Er wurde in einem Zimmer mit eigenem Bad, einem Fernseher und einem Kühlschrank untergebracht. Wir waren uns bewusst, dass er es nicht akzeptieren würde, mit Mitleid betrachtet zu werden. Er wollte von anderen Patient*innen nicht als abhängig angesehen werden. Wir beobachteten während seines Krankenhausaufenthalts alle 5 emotionalen Reaktionen auf den Tod, nämlich Verleugnung (Verharmlosung der Realität aus Unwissenheit und um seine Angst zu verbergen), Wut (auf die Familienangehörigen, da er immer behauptete, er sei verlassen worden, habe im Gefängnis Qualen erlitten und niemand habe ihn 20 Jahre lang besucht; auf uns, die Expert*innen im Gesundheitswesen, weil wir ihm nicht genug Aufmerksamkeit schenkten und ihn nicht heilen konnten, obwohl er sich des Ernstes der Lage und der Unmöglichkeit einer Heilung bewusst war; auf seine eigene Person, da er sich immer vorwarf, nicht genug auf sich selbst geachtet zu haben und dass dies der Grund für seine Krankheit sei, und auf Gott. Jedes Mal gaben wir ihm die Gelegenheit, seine Empörung zum Ausdruck zu bringen); Verhandlung (er akzeptierte den Gedanken an den Tod, verhandelte aber darum, noch ein wenig länger zu leben); Depression (der Patient war zurückgezogen, isoliert, hatte Gefühle der Hilflosigkeit und Minderwertigkeit, aß allein, aß langsam und hustete beim Schlucken) und Akzeptanz.</p> <p>Der Patient D.G. zeigte während des gesamten Krankenhausaufenthalts ein maladaptives Verhalten, nämlich: Schuldgefühle, pathologische Verleugnung, Wut auf diejenigen, die ihm helfen, Angstzustände, Depressionen, unrealistische Hoffnungen, Verzweiflung, Manipulation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht schädend: Es wurden keine Behandlungen mit ungewissem Nutzen oder unannehmbaren Nebenwirkungen für den Patienten durchgeführt.</li> <li>- der Grundsatz der Autonomie: Der Patient war an den therapeutischen Entscheidungen und der Behandlungsplanung in voller Kenntnis der Sachlage beteiligt.</li> <li>- das Prinzip der Gerechtigkeit und des Nutzens: das Recht auf gleichen Zugang zur Versorgung und zu den Ressourcen, d. h. den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Anzahl von Menschen mit begrenzten Ressourcen zu erzielen.</li> </ul>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze	<p>Ich bin der Meinung, dass im Falle von unheilbar kranken Patient*innen die folgenden grundlegenden Rechte garantiert werden sollten:</p>

wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Recht, bis zum Ende des Lebens wie eine lebende Person behandelt zu werden</li> <li>- das Recht, Hoffnung zu haben</li> <li>- das Recht, von Menschen betreut zu werden, die in der Lage sind, meine Hoffnung aufrechtzuerhalten</li> <li>- das Recht, meine Gefühle und Emotionen in Bezug auf den Tod auszudrücken</li> <li>- Ich habe das Recht, an Entscheidungen teilzunehmen</li> <li>- Pflege zu erhalten, auch wenn eine Heilung nicht möglich ist</li> <li>- Ich habe das Recht, nicht allein zu sterben</li> <li>- Ich habe das Recht, nicht zu leiden</li> <li>- Ich habe das Recht, ehrliche Antworten auf meine Fragen zu erhalten</li> <li>- Ich habe das Recht, nicht belogen zu werden</li> <li>- Ich habe das Recht, in Frieden und Würde zu sterben</li> <li>- Ich habe das Recht, meine religiösen Überzeugungen und Meinungen zu vertreten und zu äußern, ohne verurteilt zu werden.</li> <li>- Ich habe das Recht, von fähigen Menschen betreut zu werden, die meine Bedürfnisse verstehen, Menschen, die mir in dieser Phase des Lebens helfen.</li> <li>- dass die Unantastbarkeit der Person auch nach dem Tod respektiert wird.</li> </ul>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>In den ersten Monaten des Krankenhausaufenthalts wurde das Leben des Patienten mit allen Mitteln unterstützt - es wurden Proben entnommen, eine Antibiotikatherapie durchgeführt, Behandlungspläne mit oralen und parenteralen Medikamenten wurden im Voraus mit dem Patienten besprochen. Die Angst- und Depression, unter denen er litt, waren im Laufe der Zeit gut behandelt, und die zwischenmenschlichen Beziehungen wurden verbessert. Er wurde bei jeder Veränderung seines Allgemeinzustands und beim Auftreten von neuen Krankheitssymptomen informiert und beraten. Seine Rechte und Bedürfnisse wurden respektiert. Er erhielt mentale, emotionale und physische Unterstützung in Zeiten der Not. Ihm wurden Türen geöffnet, durch die er Verständnis und Einfühlungsvermögen fand. Er wurde nicht für seine Vergangenheit verurteilt und seine Geheimnisse wurden bewahrt. Seine Ängste wurden angehört, ebenso wie seine Wünsche. Er wurde spirituell begleitet und auch in dieser Hinsicht geschult. Ihm wurde versichert, dass er ein christliches Begräbnis erhalten würde und dass er seine Strafe auf Erden verbüßt habe und in den Himmel aufgenommen werden würde.</p> <p>Sechs Monate lang waren wir seine Familie. Wir waren die Menschen, denen er zu vertrauen lernte. Wir sorgten dafür, dass er ein würdiges Ende fand, wie es jeder Mensch verdient. Wir standen in seinen letzten Momenten an seiner Seite und linderten sein Leid. Am 21. Juni, nach etwa sechsmonatigem Krankenhausaufenthalt, zweiwöchiger Immobilität und schließlich einem komatösem Zustand, verstarb der Patient.</p>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	<p>"Sollte der Zeitpunkt kommen, an dem ich nicht mehr in der Lage bin, über meine eigene Zukunft mitzuentcheiden, so soll diese Erklärung als Testament meines Willens gelten:</p> <p>Wenn es keine begründete Hoffnung auf meine Genesung von einer körperlichen oder geistigen Krankheit gibt, bitte ich, ....., sterben zu dürfen und nicht durch künstliche Mittel oder heroische Maßnahmen am Leben erhalten zu werden. Der Tod ist so real wie die Geburt, das Erwachsenwerden, die Reifung und das Altern</p> <p>- das ist eine Gewissheit.</p>



	<p>Ich habe nicht so sehr Angst vor dem Tod, als vielmehr vor der Demütigung der Erniedrigung, der Abhängigkeit und der Schmerzen ohne Hoffnung. Ich bitte darum, dass mir aus Mitleid mit meinem unheilbaren Leid Medikamente verabreicht werden, auch wenn dies meinen Tod beschleunigen wird.</p> <p>Diese Anfrage wird nach reiflicher Überlegung gestellt. Obwohl dieses Dokument keine Rechtskraft hat, werden Sie, die Sie sich hoffentlich um mich sorgen, sich moralisch verpflichtet fühlen, diesem Auftrag nachzukommen. Ich bin mir bewusst, dass Ihnen damit eine große Verantwortung auferlegt wird, aber ich gebe diese Erklärung in der Absicht ab, diese Verantwortung zu teilen und jegliches Schuldgefühl zu mindern.“</p> <p>Die letzten Momente des Patienten D.G. verliefen friedlich, in Versöhnung mit den Menschen und Gott, ohne Schmerzen, umgeben von Menschen, die ihm Unterstützung boten. Er hatte ein "christliches Lebensende, ohne Schmerzen, in ungehindertem Frieden".</p> <p>Ich schließe mit der Feststellung, dass jeder Patient, jeder mit seiner eigenen Geschichte, eine Lebenslektion für uns Expert*innen im Gesundheitswesen ist, und dass die Palliativmedizin eine nie versiegende Quelle des Wissens für die berufliche und emotionale Selbstentwicklung ist.</p>
--	---

## 2. 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?

### 3. Die Geschichte von David - Anfängerniveau

David ist ein 54-jähriger geschiedener Mann. Seine Frau hat ihn verlassen und vor vielen Jahren das volle Sorgerecht für ihre 7-jährige Tochter erhalten. David hat keine weiteren lebenden Verwandten und nur wenige Menschen, die er als Freunde bezeichnen würde. David wohnt in einem kleinen Haus am Rande einer Stadt.

Wenige Jahre nach der Scheidung wurde bei David, nach einer schweren psychotischen Episode, Schizophrenie diagnostiziert. Seitdem steht er in Kontakt mit dem kommunalen Psychiatrie-Team, das seinen Zustand kontrolliert und bei Bedarf Unterstützung leistet.

David ist Raucher, seit er 13 Jahre alt ist. In den letzten 30 Jahren hat er 20-30 Zigaretten pro Tag geraucht. Er hat in der Vergangenheit einige Male versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber er fand es zu schwer und er schaffte es immer nur ein paar Tage ohne Zigaretten auszukommen. Jedes Mal, wenn er versuchte aufzuhören, verschlechterte sich sein psychischer Zustand. Vor langer Zeit gab er den Versuch auf, mit dem Rauchen aufzuhören.



Vor 2 Jahren stellte sich bei David erstmals ein anhaltender Husten und Kurzatmigkeit ein. Die 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. Zur symptomatischen Linderung der Hirnmetastasen erhielt er eine Ganzhirnbestrahlung. Dennoch besteht auf Grund der Metastasen eine leichte rechtsseitige Schwäche fort, die seine Beweglichkeit und Feinmotorik beeinträchtigte. Das Psychiatrie-Team hat das onkologische Team bei Davids Pflegeplanung unterstützt und Davids psychische Gesundheit während der Krebsbehandlung kontrolliert.

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. Zudem zeigten sich auch Anzeichen einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

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 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 Krankenhausaufenthalts verschlechterte sich Davids Gesundheitszustand, doch die Verabreichung von Anxiolytika und Neuroleptika schienen seine Stimmung zu verbessern, und allmählich begann er, eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Personal aufzubauen, das ihn pflegte.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Wie kann sich die Vorgeschichte einer Person auf ihre aktuelle Situation auswirken
- Der Einfluss von psychischer Gesundheit auf das Wohlbefinden
- 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?

# Der Fall von Maria

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten der Patientin:	P.M., weiblich, 61 Jahre alt, unverheiratet, arbeitslos, orthodoxe Christin, städtischer Hintergrund, lebt alleine in einem 2-Zimmer-Haus mit hohem Hygienestandard. Biographische gesundheitsbezogene Aspekte: Mutter/Vater – verstorben (Altersschwäche), eine Schwester – Alter 57, scheint gesund
Zugrunde liegende Erkrankung	Gallenblasen-Krebs
Komorbiditäten	keine
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	<p>Die 61-jährige Patientin wird 4 Tage nach dem Auftreten einer Blutung im oberen Verdauungstrakt, die sich durch Meläna (4 malig) und Erbrechen äußerte, in der Notaufnahme aufgenommen. Die Anamnese zeigt einen deutlichen Gewichtsverlust über mehrere Monate (10-15 kg) mit vermindertem Appetit. Klinisch: Bei der Aufnahme zeigt die Patientin Anzeichen eines hämorrhagischen Schocks (Blutdruck), Unterernährung Grad 2, Verlust von Muskelmasse. Die lokale Untersuchung des Abdomens zeigt eine Hepatomegalie Grad 1, leichte schmerzhaft empfindlichkeit im rechten Oberbauch. Die rektale Untersuchung bestätigt Meläna. Persönliche pathologische Geschichte: chronische Hepatitis-B-Infektion seit 20 Jahren, ultrasonographisch bestätigte Gallensteine und Z.n. OP eines Blindardurchbruchs. Laborchemische Untersuchungen bei der Aufnahme zeigten eine schwere Anämie. Elektrokardiogramm und kardiologische Untersuchung zeigten eine Myokardischämie als Folge der Anämie. Die Patientin spricht gut auf die Therapie zum Ausgleich des Blutdrucks und die medikamentösen Maßnahmen zur Blutstillung an.</p> <p>Untersuchungen:</p> <p>Die in den ersten 24 Stunden durchgeführte Endoskopie des oberen Verdauungstrakts zeigt eine 4 cm große Hiatushernie ohne hämorrhagische Stigmata in Speiseröhre, Magen oder Duodenum.</p> <p>Abdominaler Ultraschall: Leber mit 16 cm rechtem Lappen, 8,4 cm linkem Lappen, im Segment VII ist ein 39 mm großer Knoten zu sehen, der das Aussehen eines metastatischen Tumors hat. Aufnahme der Gallenblase: Wandverdickung, großer Gallenstein.</p> <p>Computertomographie: hypodense Rundherde mit dem Metastasensuspunkt in den Segmenten VIII (18 mm) und VI (34 mm), Gallenblase stark aufgebläht, dickwändig, unregelmäßig, fokale Verdickung, Kontrastmittel aufnehmend. Gallenstein mit 2 cm Durchmesser.</p>
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen:	<p>Zustand der Patientin zum Zeitpunkt der Übernahme durch die häusliche Palliativpflege:</p> <p><b>Physischer:</b> starke Schmerzen (VAS - visuelle Analogskala 9/10) im Abdomen, postprandiales Erbrechen etwa 15-20 Minuten nach dem Essen, deutlicher Gewichtsverlust in den letzten Monaten, Meläna, Schwierigkeiten, sich im Haus zu bewegen.</p> <p><b>Psychisch-emotionaler:</b> ausgeprägte Angst, Panikattacken, melancholische Stimmung und ausgeprägte Traurigkeit bei dem Gedanken, dass sie niemanden hat, der sich um sie kümmert, und sie "allein sterben wird, wie ein ausgesetzter Hund". Sie ist unter keinen Umständen bereit, ihre Wohnung zu verlassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o physisch</li> <li>o psycho-emotional</li> <li>o sozial</li> <li>o spirituell</li> </ul>

	<p><b>Sozial:</b> alleinstehend. Hat eine Schwester, die versucht, ihr zu helfen. Die Schwester hat eine Familie und ist derzeit damit beschäftigt, ihrer Tochter zu helfen, die vor kurzem ein Kind bekommen hat.</p> <p><b>Spirituell:</b> Sie bedauert einige Entscheidungen, die sie in ihrem Leben getroffen hat, und die Tatsache, dass sie nicht "zur richtigen Zeit" eine Familie gegründet hat und nun allein und ohne Unterstützung ist.</p>
Aktuelle Pflege und Behandlung	Milde Analgetika - nach Bedarf, Antiemetika, Anxiar (Lorazepam).
<b>Besondere Details zur herausfordernden Situation</b>	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Autonomie – die Patientin möchte, dass ihr Wunsch zuhause gepflegt zu werden respektiert wird.</p> <p>Benefizium - häusliche Pflege wäre für die Patientin die vorteilhafteste Option, die ihren Wünschen entspricht.</p> <p>Nicht schädend - die Patientin ist nicht in der Lage, ihren eigenen Behandlungsplan und die Durchführung von Eingriffen selbst zu organisieren und zu kontrollieren - sie ist auf die Anwesenheit einer Pflegekraft angewiesen.</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Die Last der Pflege, die meist von Familienmitgliedern getragen wird, kann in diesem Fall nicht vom Pflegeteam übernommen werden.</p> <p>Kontaktaufnahme mit Partnereinrichtungen, um die Last der laufenden Pflege des Falls zu übernehmen.</p> <p>Treffen mit der Familie</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Autonomie - es ist schwierig, die Würde der Patientin zu wahren, wenn ihre oberste Priorität darin besteht, zu Hause gepflegt zu werden (mit allem, was dies mit sich bringt), und wir können dies nicht respektieren, da wir durch finanzielle Ressourcen und mangelnde Organisation des Gesundheitssystems, eingeschränkt sind.
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Frustration</p> <p>Unzufriedenheit im Job</p> <p>Inkongruenz zwischen dem, was getan werden sollte, und dem, was realistischerweise möglich ist, um dieser Patientin im Rahmen der häuslichen Palliativversorgung zu helfen.</p>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	Bereitstellung von finanziellen Mitteln für den Aufbau eines Netzes von häuslichen Pflegekräften Übertragung von Aufgaben und Zuständigkeiten vom ärztlichen Personal auf das Pflegepersonal, um die Pflege zu optimieren und in diesem Fall geeignete Maßnahmen zu ergreifen.



## 2. 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 zusammenhängen.

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.

### 3. Die Geschichte von Maria - Anfängerniveau

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.



Im vergangenen Jahr hatte Maria Schwierigkeiten bei der Arbeit. Sie hat festgestellt, dass ihre Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspanne abgenommen hat, so dass sie oft "den Überblick" über ihre Arbeit verloren hat. Sie hat mehrere wichtige Sitzungen und Ereignisse völlig vergessen und häufig ihre Büro- und Autoschlüssel verloren. Ihre Kolleg\*innen haben bemerkt, dass ihre Stimmung labil geworden ist, und sie hatte mit einigen von ihnen heftige Meinungsverschiedenheiten über sehr triviale Dinge.

Maria bemerkte, dass etwas nicht stimmte, und als Wissenschaftlerin, wandte sie sich an ihren Hausarzt, da sie ihre kognitiven Probleme besprechen wollte. Ihr Arzt überwies sie an eine Gedächtnisklinik, die von einem Psychologenteam betreut wird, und im Laufe einiger Wochen wurde bei Maria eine Demenz mit frühem Beginn (Early Onset Dementia, EOD) diagnostiziert.

Maria trifft sich nun zum ersten Mal mit der auf EOD spezialisierten Pflegeperson.

Maria ist aufgrund der Diagnose am Boden zerstört. Sie fühlt sich als hätte 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.

Seit der Diagnose dachte Maria über ihr Leben nach und hinterfragte ihre Entscheidungen. 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 einem Leben mit Demenz entgegen. Sie ist sich sicher darüber, dass sie ihre Unabhängigkeit behalten und Dinge auf ihre Art erledigen möchte. Ihre größte Angst ist es vollkommen die Kontrolle zu verlieren.

#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Verschlechterung des körperlichen Zustands von Maria und ihrer Symptome sowie die Fähigkeit, dies langfristig zu bewältigen.
- Die Autonomie der Patientin
- 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.

# Der Fall von Gabriella

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten der Patientin:	G. F., weiblich, 44 Jahre alt, verheiratet, hat einen 20 jährigen Sohn, Verhalten: raucht 6 – 8 Zigaretten täglich, trinkt 2 – 3 Tassen Kaffee täglich
Zugrunde liegende Erkrankung	Stadium III B Zervixkarzinom
Komorbiditäten	Menarche mit 14 Jahren, normaler Menstruationszyklus, 1 Schwangerschaft, 6 Fehlgeburten, operierte Eileiterschwangerschaft, Gastritis.
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	<p>Stadium III B Zervixkarzinom, bestätigt durch die klinische Untersuchung und die histopathologische Untersuchung, die ein großzelliges Plattenepithelcarzinom ergab.</p> <p>Vor der Operation unterzieht sich die Patientin einer Strahlentherapie.</p> <p>Vor der Operation wird die Patientin paraklinischen Untersuchungen unterzogen.</p> <p>Die Operation besteht aus einer radikalen abdominellen Hysterektomie mit beidseitiger Adnexektomie.</p>
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	<p>Die Patientin hat einen freien und intakten oberen Atemweg, einen normalen Brustkorb, vesikuläres Atemgeräusch beidseits, 18 Atemzüge/Minute. Die Schleimhäute der Atemwege sind feucht und weisen wenig Sekret auf. Die Herztöne sind gleichmäßig, rhythmisch, kräftig, 75 Schläge/Minute, der Blutdruck ist =130/80 mmHg. Die Haut ist warm, rosige Farbe.</p> <p>Normalerweise nimmt sie ihre Mahlzeiten regelmäßig ein. Sie hat rosafarbene Schleimhäute, keine Ulzerationen.</p> <p>Sie mag Gebäck, Kekse und Orangen und nimmt täglich etwa 1800-2000 ml Flüssigkeit zu sich, indem sie Kaffee, Suppen, Mineralwasser usw. trinkt.</p> <p>Die Patientin wiegt 70 kg und ist 1,62 m groß.</p> <p>Die Patientin zeigt schmerzloses spontanes urinieren mit einer Häufigkeit von 3-4 mal pro Tag, mit gelber Farbe und klar-transparentem Aussehen und einer Diurese von 1300-1400 ml pro 24 Stunden.</p> <p>Die Darmpassage ist normal.</p> <p>Die Patientin ist ein ruhiger Mensch, zeigt eine harmonische Bewegungskoordination, ist höflich und redet gerne viel.</p> <p>Nach der Operation ist sie adynam, fühlt sich schwächer, hat nicht die volle Körperkraft, bleibt mehr im Bett und liest. Sie weigert sich, allein aus dem Bett aufzustehen, weil sie Angst hat, zu stürzen.</p> <p>Die Patientin schläft gut, der Schlaf ist erholsam. Das Problem ist, dass sie nur schwer einschläft. Sie schläft 6-7 Stunden pro Tag. Das Problem ist, dass es ihr auch im Krankenhaus schwerer fällt, einzuschlafen und sie Anzeichen von Reizbarkeit zeigt.</p> <p>Die Patientin gibt an, dass sie gerne elegante Kleidung trägt, sie trägt Make-up. Sie kleidet sich der Umgebung entsprechend. Im Krankenhaus hat sie ihre eigene Kleidung.</p> <p>Sie ist eine saubere, gepflegte Person, duscht täglich und achtet sehr auf ihr Äußeres. Die Haut ist sauber, die Nägel sind sauber.</p> <p>Die Patientin hat einen warmen Teint und schwitzt kaum. Sie gibt an, dass sie die Sommerzeit mag. Ihre Normaltemperatur liegt zwischen 36,2 und 36,9.</p>

	<p>Sie passt sich an die Umgebung an, in der sie lebt und arbeitet, und weiß, wie sie mögliche Konflikte vermeiden kann. Passt sich leicht an neue Situationen an.</p> <p>Sie weiß wenig über ihren aktuellen Gesundheitszustand, über ihre Krankheit, ist besorgt und möchte wissen, was sie erwartet.</p> <p>Frau G. F. ist eine kontaktfreudige Person, sie spricht gerne über sich, ihre Familie, ihren Beruf. Sie spricht gerne über das Schwarze Meer, denn Constanta ist ihre Heimatstadt.</p> <p>Sie lässt sich nicht leicht zu Entscheidungen überreden.</p> <p>Sie gehört der Pfingstbewegung an, sie glaubt an Gott. Sie betet täglich für ihre Gesundheit und die ihrer Familie. Selbst wenn sie nicht geheilt wird, weiß sie, dass sie "zum Herrn geht". Sie betrachtet sich als Sünderin, die jetzt gerettet ist. Die 6 Fehlgeburten verfolgen sie wie ein Schatten. Sie glaubt, dass der Herr sie durch dieses Leiden mit Erlösung/Heiligung "belohnt" hat.</p> <p>Sie sei zufrieden mit dem, was sie bisher im Leben erreicht habe. Die Patientin interessiert sich für ihre Krankheit und wendet sich vertrauensvoll an das medizinische Personal, das für ihre Betreuung zuständig ist, um Informationen zu erhalten.</p>
Aktuelle Pflege und Behandlung	<p>Bedürfnisse:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf</li> <li>2. Bedürfnis, eine gute Position einzunehmen</li> <li>3. Die Notwendigkeit zu trinken und sich zu ernähren</li> <li>4. Das Bedürfnis, sauber und ordentlich zu sein, um die Haut und die Schleimhäute zu schützen.</li> </ol> <p>Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unbehagen</li> <li>2. Schmerz</li> <li>3. Veränderung der Haut und Falten</li> <li>4. Gastritis - Übelkeit, Erbrechen, örtlich begrenzte epigastrische Schmerzen</li> <li>5. Weigerung, sich zu bewegen</li> </ol>
<b>Besondere Details zur herausfordernden Situation</b>	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	<p>Benefizium/Non-Maleffizienz</p> <p>Verweigerung von Medikamenten zur Schmerzbekämpfung aus religiösen Gründen</p> <p>Schmerz versus Lebensqualität</p> <p>Die begrenzte Bereitschaft des multidisziplinären Teams, die eigenen Vorurteile zu verstehen, zu verarbeiten und zu überwinden, führte zu einer eingeschränkten Fähigkeit, Pflege zu leisten</p>
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	<p>Die Betreuung durch das multidisziplinäre Palliativteam wurde einerseits durch die Entscheidungen der Patientin und andererseits durch die Frustrationen und die mangelnde Konformität der Teammitglieder, die mit solchen spirituellen und religiösen Konzepten des Leidens konfrontiert waren, eingeschränkt.</p>
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	<p>Benefizium/Non-Maleffizienz</p> <p>Autonomie</p> <p>Respekt für Würde</p>
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf	<p>Frustration</p> <p>Hilflosigkeit</p>

den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	Sorge Schuld Berufliche Unzufriedenheit
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	Angemessenes zusätzliches Training der Fachpersonen Selbstbewusste Kommunikation Moralische Debatte/Besprechung von Fällen

## 2. 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.

### 3. Die Geschichte von Gabriella - Anfängerniveau

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 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert. Gabriella ist geistig fit, aber sie ist erschöpft und findet die Aktivitäten des täglichen Lebens anstrengend. Sie hat sowohl Paresen der oberen als auch der unteren Gliedmaßen, ihre Mobilität ist stark eingeschränkt und sie braucht Hilfe bei vielen alltäglichen Aufgaben. Sie leidet häufig unter schmerzhaften Muskelkrämpfen. Sie isst und trinkt gut. Ihr Schlafrhythmus ist gestört, obwohl ihr Schlaf an sich von guter Qualität ist, fällt es ihr schwer abends einzuschlafen. Tagsüber kann sie einschlafen und tut dies auch, manchmal bis zu sieben Stunden lang. Wenn sie wach ist, steht sie nicht oft auf, 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 in 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 Schlafzyklus.
- Advance care planning und bevorzugter Ort der Pflege.
- Kommunikation von sensiblen Themen.
- Trauer

# Der Fall von Bruno

## 1. Vignette

Allgemeine Information	
Demographische Daten des Patienten:	B.I., 53 Jahre, ledig, arbeitslos Er wurde von seiner Mutter ins Krankenhaus begleitet, in deren Haus er lebt
Zugrunde liegende Erkrankung	HIV Infektion, AIDS
Komorbiditäten	Diabetes Mellitus, Amputation der rechten unteren Extremität Leichter Herzinfarkt
Detailliertere Beschreibung: - Medizinische Vorgeschichte	Tendenz zur Isolation, Verweigerung der Körperpflege, Verweigerung der Kommunikation, psychomotorische Unruhe, Interessensverlust. Er konsumiert gerne alkoholische Getränke, obwohl der Arzt ihn auf die schädlichen Auswirkungen für seine Gesundheit hingewiesen hat. Er weigert sich, eine Diät zu machen, so dass er ein Gewicht von 104 kg bei einer Größe von 1,68 m erreicht. Sein Blutdruck aktuell: 146/85 mmHg Ungepflegte Kleidung, depressive Stimmung, eingeschränkte Kommunikation, depressive Gedanken, reduzierte Gestik. Der Patient schaut die Gesprächspartner*innen nicht an. Fähigkeit zum Selbstmanagement und zur Selbstfürsorge teilweise gestört. Hat einen leeren, nach unten gerichteten Blick. Der verbale Austausch ist schwierig, es gibt eine lange Verzögerung zwischen Frage und Antwort. Er hat eine traurige Stimmung, Schlaflosigkeit, eine negative Meinung von sich selbst und zeigt soziale Isolation. Der Zeitpunkt und der Kontext der HIV-Infektion sind unbekannt. Die Mutter macht den Mangel an kontinuierlicher Betreuung im Krankenhaus für die HIV-Infektion verantwortlich.
Detailliertere Beschreibung: - identifizierte Themen: o physisch o psycho-emotional o sozial o spirituell	Generalisierte neuropathische Schmerzen, VAS 10/10, Alopezie, nimmt Embryonalstellung ein. Die Mutter des Patienten ist gesetzlich dazu bestimmt, Entscheidungen für ihn zu treffen, da er eine nicht kommunikative, introvertierte Person ist, die keine rationalen Entscheidungen treffen kann und immer Angst hat, dass ihm etwas Schlimmes zustößt, mit dem er nicht fertig wird. Es fällt ihm schwer, sich an neue Orte anzupassen (Krankenhausaufenthalt), und er schafft es nur, mit wenigen Menschen zu kollaborieren und zu sprechen.
Aktuelle Pflege und Behandlung	Antiretrovirale Medikamente Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeitszufuhr
Besondere Details zur herausfordernden Situation	
Beschreibung der herausfordernden Situation aus einer ethisch-moralischen Perspektive	Der Patient sagt, dass er Sterbehilfe bekommen möchte, wenn er seiner Mutter zur Last fällt. Er hat diesen Gedanken im Kopf und wiederholt ihn immer wieder, ohne auf die Ratschläge und Meinungen anderer Menschen oder Ärzte hören zu wollen. Es ist eine Idee, die er immer und immer wieder zwanghaft wiederholt. Er sagt, er sei keine Gefahr für sich selbst und möchte daher nicht, dass seine Mutter sich um ihn kümmert, was für beide Seiten über viele Jahre hinweg große Schmerzen und Leiden verursachen würde. Daher möchte er lieber sterben. Euthanasie kommt vom griechischen Wort "I", was "gut" bedeutet, und "thanatos", was "Tod" bedeutet, und bezeichnet die freiwillige Herbeiführung des

	Todes einer Person, die an einer unheilbaren Krankheit leidet, in der Absicht, Leiden zu vermeiden.
Welche Strategie wurde zur Lösung des Falles angewandt?	Dem Patienten wurde zugehört, er wurde verstanden und für das geschätzt, was er ist, jenseits der Grenzen, die durch eine medizinische Diagnose auferlegt werden. Es kommt nicht oft vor, dass Patient*innen dem Personal für diese Haltung danken, denn am schwersten ist es, Vorurteilen und öffentlicher Schmach zu begegnen.
Welche der ethisch-moralischen Grundsätze wurden Ihrer Meinung nach in diesem Fall untergraben/ignoriert/vernachlässigt?	Betreuung und Behandlung von einem Patienten mit Stigmatisierung: HIV-Infektion/AIDS Euthanasie als einzig mögliche Alternative aus Sicht des Patienten
Beschreiben Sie Ihre persönliche Perspektive auf den Fall (Werte, Gefühle, Emotionen) und wie er gelöst wurde	<p>Als Pflegeperson möchte ich:</p> <p>a) Suizidgefährdung vorbeugen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine therapeutische Beziehung mit dem Patienten aufbauen, um seine Bedürfnisse zu erfüllen und die Suizidgefahr zu beobachten</li> <li>- eine warme und sichere Atmosphäre schaffen</li> <li>- gefährliche Gegenstände, Medikamente oder giftige Substanzen entfernen, die dem Patienten schaden könnten</li> <li>- den Patienten engmaschig überwachen</li> <li>- die ärztlich verordnete Behandlung durchführen</li> <li>- den Patienten in verschiedene Aktivitäten wie Lesen, Kreuzworträtsel, Stationsgespräche einbeziehen</li> <li>- dem Patienten helfen, seine Beschwerden zu lindern, indem man ihn emotional unterstützt</li> <li>- den Patienten ermutigen, sich zu öffnen, mit ruhiger Stimme zu sprechen, kurze, leicht verständliche Sätze zu verwenden</li> <li>- Verständnis, Herzlichkeit und Ehrlichkeit zeigen</li> </ul> <p>b) dem Patienten helfen, richtig zu essen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Hilfe der Mutter des Patienten stelle ich ihm seine Lieblingsspeisen zur Verfügung</li> <li>- Ich ermutige den Patienten, im Speisesaal zu essen.</li> </ul> <p>c) Ich schaffe die Voraussetzungen dafür, dass der Patient ruhig schlafen kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich biete dem Patienten eine ruhige und sichere Umgebung</li> <li>- Ich Sorge für den Komfort eines gelüfteten Zimmers und sauberer Kleidung</li> <li>- Ich spreche mit dem Patienten und versuche, die Ursachen der Schlafstörung zu ermitteln.</li> </ul> <p>d) Ich helfe ihm, die Notwendigkeit der Körperhygiene zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich Sorge dafür, dass der Patient ein Handtuch, Seife, Shampoo, Zahnpasta und saubere Kleidung hat.</li> <li>- Ich erinnere ihn daran, dass er seine Hygiene aufrechterhalten muss.</li> <li>- Ich beaufsichtige den Patienten und ermutige ihn, sich um seinen Körper und seine Kleidung zu kümmern.</li> <li>- Ich rate ihm, sich mindestens zweimal am Tag die Zähne zu putzen</li> <li>- Ich erinnere ihn daran, dass ein warmes Bad vor dem Schlafengehen wohltuend ist.</li> </ul> <p>e) Ich spreche mit ihm und helfe ihm, seine soziale Isolation zu überwinden.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich nehme eine Haltung ein, die den Patienten ermutigt, seine Gefühle und Bedürfnisse zu äußern</li> <li>- Ich gebe dem Patienten die Möglichkeit, an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben, die ihm das Gefühl geben nützlich und wertvoll zu sein</li> <li>- Ich erkläre dem Patienten, dass er sich nicht mit vergangenen Misserfolgen aufhalten muss.</li> <li>- Ich lobe die vergangenen Leistungen des Patienten</li> <li>- Ich vermeide Kritik, wenn ich mit dem Patienten spreche.</li> <li>- In Absprache mit dem Patienten erstelle ich einen Zeitplan für Aktivitäten, die seinen Möglichkeiten entsprechen</li> </ul>
Welche Empfehlungen hätten Sie für eine bessere Behandlung des Falles, die die Werte des Patienten und der Expert*innen respektiert?	<p>Angemessene zusätzliche Ausbildung von Palliative Care Professionals für den Umgang mit Situationen, in denen Euthanasie gewünscht wird.</p> <p>Angemessene Zusatzausbildung für Palliative Care Professionals, um allen Patient*innen eine qualitativ hochwertige, vorurteilsfreie und gerechte Pflege zu gewährleisten, unabhängig von ihren sexuellen Präferenzen oder ihrem medizinischen Zustand</p>

## 2. 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.

### 3. Die Geschichte von Bruno - Anfängerniveau

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.



#### Überlegungen/Diskussionspunkte:

- Wie werden Sie sich diesem Patienten und seiner Mutter im Kommunikationsprozess nähern, um die Spannung der Situation zu verringern?
- Welche Symptome treten Ihrer Meinung nach in diesem Stadium der Krankheit am häufigsten auf?
- Welches sind die ersten drei Prioritäten, auf die Sie sich als Koordinator\*in des Falles im Versorgungsplan konzentrieren werden?