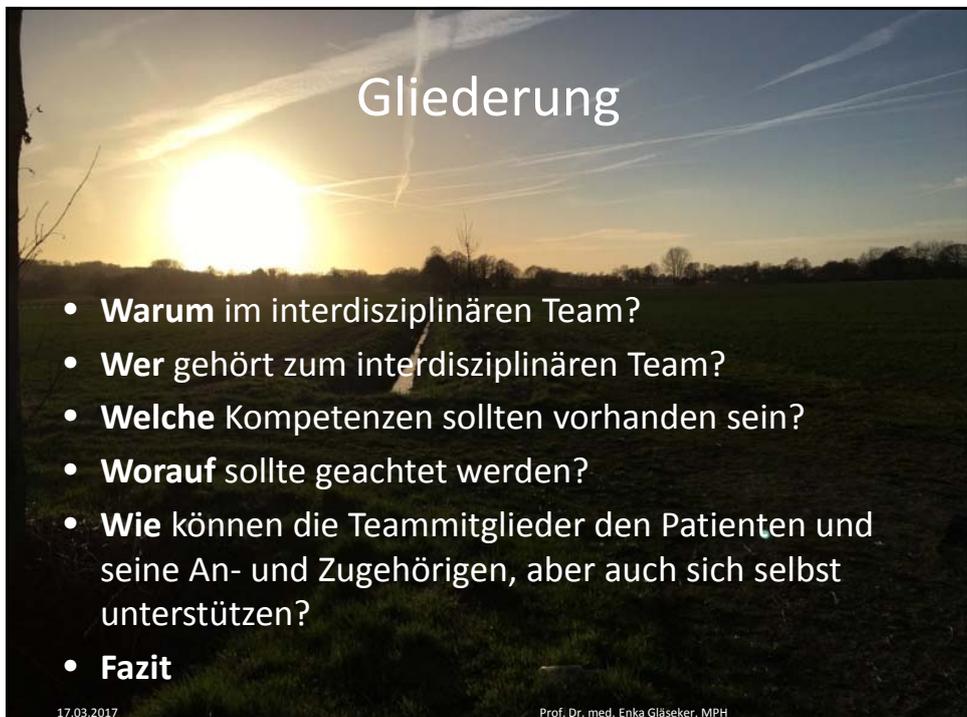


A photograph of a sunset over a field with a path leading towards the horizon. The sun is low on the horizon, creating a warm glow. The sky is dark with some wispy clouds and faint contrails.

**Palliative Versorgung als
interdisziplinäre Aufgabe**

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

A photograph of a sunset over a field with a path leading towards the horizon. The sun is low on the horizon, creating a warm glow. The sky is dark with some wispy clouds and faint contrails.

Gliederung

- **Warum** im interdisziplinären Team?
- **Wer** gehört zum interdisziplinären Team?
- **Welche** Kompetenzen sollten vorhanden sein?
- **Worauf** sollte geachtet werden?
- **Wie** können die Teammitglieder den Patienten und seine An- und Zugehörigen, aber auch sich selbst unterstützen?
- **Fazit**

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Warum?

Grundsätze von Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam
- Symptomkontrolle
- Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- „high person, low technology“

• **Multidisziplinäres Team:**

- - zentrale Koordination,- Experteneinsatz, - Integration von Ehrenamtlichen

- Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen



17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Warum?



Palliativversorgung ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Betroffenen mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.



European Association for Palliative Care
Non-Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe

- Palliativversorgung ist die angemessene medizinische Versorgung von Betroffenen mit fortgeschrittenen und progredienten (fortschreitenden) Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben.
- Palliativversorgung schließt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Betroffenen ein.

Warum ?

Palliativversorgung (Palliative Care) soll dabei...

...das **Leben und seine Endlichkeit respektieren**,

...**unabhängig vom kulturellen Hintergrund, aber diesen spezifisch beachtend**, angeboten werden,

...die **Würde und Autonomie des Menschen** achten und seine Prioritäten in den Mittelpunkt stellen,

...die **optimale Linderung von belastenden Symptomen** wie Schmerzen, Angst oder Verwirrung anstreben,

...**unabhängig vom Lebensalter** jedem Menschen angeboten werden, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet,

... auch **rehabilitative, diagnostische und therapeutische Maßnahmen**, die zur **Verbesserung der Lebensqualität** beitragen, ermöglichen

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

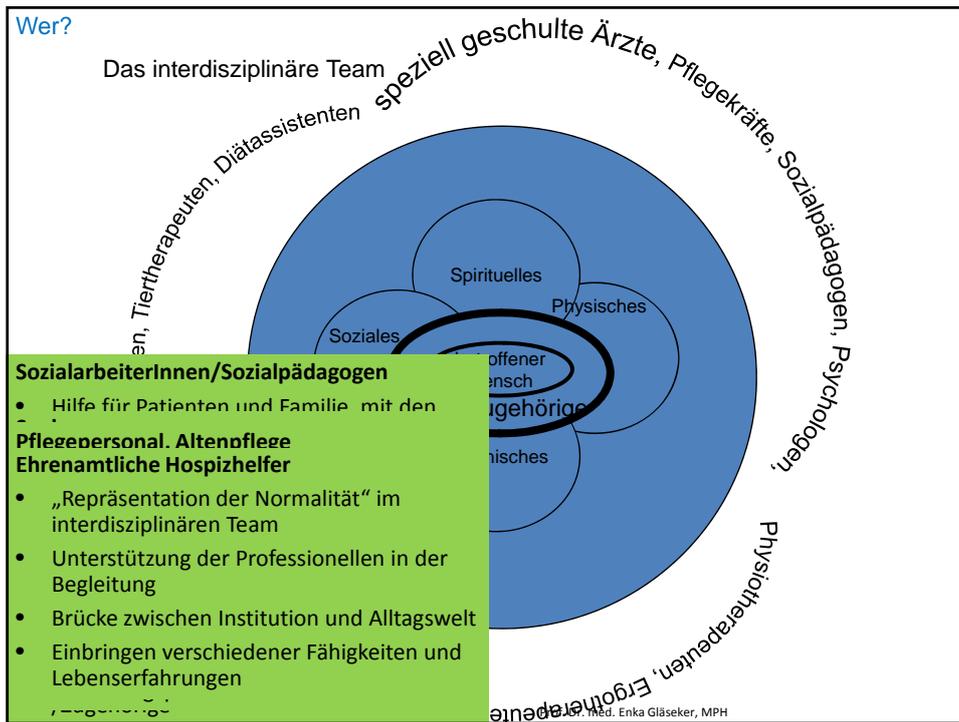
Warum ?

Aufgaben der Palliativversorgung

cure sometimes, treat often, comfort always
(Hippocrates)

„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“
(Dame Mary Strode Ciceley Saunders)

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH



Welche?

Kompetenzen der Teammitglieder

Fachliche Kompetenzen:
Fachkompetenzen
Fachliche Qualifikationen

Soft Skills im Bereich Schlüsselkompetenzen:

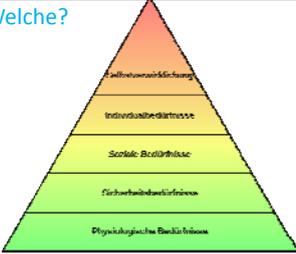
- **Kommunikation** als Matrix auf der Teamarbeit erst möglich ist
- Sozialkompetenz
- Kooperationsfähigkeit
- Teamgeist
- Flexibilität
- Phantasie
- Konfliktfähigkeit
- Anerkennung von Fähigkeiten und Kompetenzen anderer Teammitglieder
- Bereitschaft zur Selbstkontrolle und Supervision
- Mut

Haltung entwickeln:
Im Blick haben
Vertrauensvolle Begleiten
Kultur der Anerkennung leben
Ganzheitliche Sichtweise

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Welche?



„Wenn das einzige vorhandene Werkzeug ein Hammer ist, neigt man dazu, jedes Problem als Nagel zu betrachten.“

(Abraham Maslow)

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Kommunikation

- als Garant für das Gefühl einer gewissen Geborgenheit, Zuverlässigkeit und empathischer Zuwendung für Menschen in ihren letzten Tagen und deren An- und Zugehörige.
- bestimmt die innere Einstellung und Haltung des Teams, die nach außen erkennbar werden.
- ist wesentliches Tool für Fallkonferenzen

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Welche?

Interdisziplinäres Team



transdisziplinäres Team als Maxime

- Wortneuschöpfung zu Beginn des 21. Jahrhunderts
- Kann nur entstehen, wenn die an einem Projekt beteiligten Fachpersonen in einem **offenen und transparenten Dialog** interagieren.

Die gemeinsamen Ziele und die Identität des Teams sind wichtiger als Ziele der einzelnen Berufsgruppen und die Hierarchie der Teammitglieder.

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Surprise question:
„Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 6-12 Monate versterben würde?“

Diese Frage sollte im Sinne einer **Selbstreflexion oder auch im kollegialen Austausch** erörtert werden. Wenn diese Frage mit „Nein“ (Ich wäre nicht überrascht) beantwortet wird, sollte kritisch reflektiert werden, **ob die Prognose des Patienten nicht schlechter ist als bisher angenommen.**

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Quality of Life Matters
 End-of-life concerns & clinical findings for physicians

'Surprise Question' Found to Be Better Predictor of Patient Death than Other Measures

Surprise question:
 „Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 6-12 Monate versterben würde?“

Abstract

Background: The Surprise Question was developed as the first step in a series of questions to be asked of patients and clinicians to identify those who are most likely to die in the next 6-12 months. The Surprise Question was developed as the first step in a series of questions to be asked of patients and clinicians to identify those who are most likely to die in the next 6-12 months.

Objective: The Surprise Question was developed as the first step in a series of questions to be asked of patients and clinicians to identify those who are most likely to die in the next 6-12 months.

Conclusion: The Surprise Question was developed as the first step in a series of questions to be asked of patients and clinicians to identify those who are most likely to die in the next 6-12 months.

Worauf? Grundsätze von Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam
- Symptomkontrolle
- Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit

• Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten

- „high person, low technology“
- Multidisziplinäres Team:
 - - zentrale Koordination,- Experteneinsatz, -Integration von Ehrenamtlichen
- Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen



pfarrer.mpg

Firmausschnitte: Noch 16 Tage...



wahrheit.mpg

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH



Worauf?

Grundsätze der Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- **Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam**
- **Symptomkontrolle**
- Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- „high person, low technology“
- Multidisziplinäres Team:
 - - zentrale Koordination,- Experteneinsatz, -Integration von Ehrenamtlichen
- Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH



Worauf?

Tiergestützte Pädagogik/Therapien Beispiel: Hund

- Biophilieeffekt
- Hoher Aufforderungscharakter zur Kontaktaufnahme
- Vermittlung des Gefühls von Nähe, Wärme und Geborgenheit
- Vorurteils- und Wertfreiheit
- Ablenkung von Erkrankung und Leiden
- Brückenbauer
- Kommunikation ohne Worte möglich (z.B.: Kontaktliegen)
- Verschwiegenheit



Heft 19: Heimtierhaltung, Robert-Koch Institut

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Rituale

- geben Patienten, An- und Zugehörigen und dem Behandlungsteam Halt und Orientierung
- bewirken, dass Menschen angerührt werden in Gefühlswelt und Emotionalität
- können Trauer durch Symbole umwandeln
- als Kommunikationsmittel mit psychischer und sozialer Funktion, gerade wenn das Sprechen schwieriger wird
- können auch helfen, Konflikte oder familiäre Probleme zu lösen
- ermöglichen den Erkrankten Abschied von ihren An- und Zugehörigen zu nehmen
- ermöglichen den Trauernden einen Wiedereinstieg in das aktive Leben.
- Beispiel: Gespräche, Gebete, das gemeinsame Hören der Lieblingsmusik

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf

Grundsätze der Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam
- Symptomkontrolle
- **Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit**
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- „high person, low technology“
- Multidisziplinäres Team:
 - - zentrale Koordination, - Experteneinsatz, -Integration von Ehrenamtlichen
- Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen



17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

- **Erfassung der Bedürfnisse** sowie der **Belastungen** und der **Informationsbedürfnisse** der Patienten und An- und Zugehörigen
- **Komplexität der Situation** erfordert **wiederholtes Einschätzen** der Patienten- und Angehörigenbedürfnisse, unter **Berücksichtigung des Funktionsstatus** des Patienten und seiner **Krankheitsphase**.
- **Ressourcenorientierte Unterstützung** des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. auch psychosoziale und spirituelle Unterstützung



17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Unterstützung für An-/Zugehörigen

„Den eigenen Tod, den stirbt man nur,
doch mit dem Tod der anderen muss man leben!“

(Mascha Kaléko, deutsch-jüdische Lyrikerin)

- **Identifizierung und Unterstützung**
- **Psychosoziale Begleitung**
- **Kultursensible Beratung**
- **Brückenfunktion und Vermittlung**
- **Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit wiederherstellen**



17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Grundsätze der Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam
- Symptomkontrolle
- Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- **„high person, low technology“**
- Multidisziplinäres Team:
 - - zentrale Koordination,- Experteneinsatz, -Integration von Ehrenamtlichen
- Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen



17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

„Wenn die Apparatemedizin menschliche Nähe und Zuwendung immer mehr zu verhindern droht, muss den psychosozialen Bedürfnissen der Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt und einsames Sterben vermieden werden.“

(Dame Cicely Saunder 1993)

17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Worauf?

Grundsätze der Palliative Care (C. Saunders 1977):

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl* (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim, etc.)
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patient, Angehörigen und Behandlungsteam
- Symptomkontrolle
- Individuelle Behandlung jedes Patienten/(An-/Zugehörige) im multidisziplinären Team rund um die Uhr bis zum Tod bzw. in der Trauerzeit
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- „high person, low technology“
- Multidisziplinäres Team:
 - - zentrale Koordination,- Experteneinsatz, -Integration von Ehrenamtlichen
- **Bejahung des Lebens. Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.**
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht, Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ehrenamtlichen



17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie können die Teammitglieder den Patienten und seine An- und Zugehörigen, aber auch sich selbst unterstützen?

"You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life."

„Du zählst, weil Du du bist. Und du wirst bis zum letzten Augenblick deines Lebens eine Bedeutung haben.“

(Dame Cicely Saunders)



Leben mit dem Sterben : Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen / Cicely Saunders ; Mary Baines. Aus dem Engl. übers. von Irmela Erckenbrecht, 1991, Huber, Bern ; Göttingen ; Toronto
17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie können die Teammitglieder den Patienten und seine An- und Zugehörigen, aber auch sich selbst unterstützen?

Patient Care Fürsorge für Patienten, An-/Zugehörige	Selfcare = Achtung der eigenen Kräfte Sich sorgen um sich selbst
Achtsamkeit	Introspektion
Einlassung	Intuition
Empathie	Selbstspürung
Resourcing	Selbststärkung
Berührung	Selbstermutigung
Spiritualität Authentische Begegnung	

Es gehört Mut dazu, im Berufsalltag immer wieder neu das gemeinsame Ziel einer besseren Betreuung schwer kranker Patienten und Angehöriger in den Fokus zu rücken.



17.03.2017

Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Spiritualität

"Gespräche der letzten Tage,,
individuelle Einmaligkeit
und
weitgehend Fehlen dialogischer Korrektive

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Spirituelles Verständnis

„Wir sind keine menschlichen Wesen, die eine spirituelle Erfahrung machen, sondern wir sind spirituelle Wesen, die eine menschliche Erfahrung machen.“

Pierre Teilhard de Chardin

Spiritualität als...

- ▶ fester Bestandteil des Menschen
- ▶ Grundbedürfnis

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Spiritualität – eine Definition

*Ausdruck, „wie Personen (einzeln oder in Gemeinschaft) **Sinn**, Zweck und Transzendenz erfahren, zum Ausdruck bringen und/oder suchen, sowie auf die **Art und Weise ihrer Verbindung mit dem Augenblick, dem Selbst, anderen, der Natur, dem Bedeutsamen und/oder dem Heiligen.**“*

Übersetzung der Definition von Spiritualität des Arbeitskreis ‚Spiritual Care in Palliative Care‘ der European Association for Palliative Care 2010

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH 27

Wie?

Spiritualität – eine Annäherung I

- ▶ dynamischer **Prozess**
- ▶ Bereitschaft, sich selbst **gegenüber der Welt zu öffnen**
- ▶ Spiritualität gibt dem **Innersten** des Menschen **Ausdruck**

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Spiritualität – eine Annäherung II

- ▶ Erfahrung eines **Sinnzusammenhangs** der Welt
- ▶ indirekte oder direkte Form
- ▶ drei Dimensionen/Schritte:
 1. Gefühl
 2. bewusst reflektiertes Lebenskonzept
 3. Haltung/Einstellung zum Leben

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Spirituelle Geisteshaltungen I



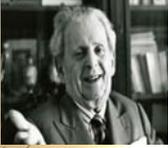
- ▶ **den Moment leben**
„Mitten in all den kleinen und großen Toden dürfen wir das Leben, seine Würdigung und seine Feier nicht aus den Augen verlieren.“
- ▶ **Vollkommenheit**
 Würdigung des Menschseins
- ▶ **Geheimnis**
„Das Geheimnisvolle hat nie unsere Welt verlassen, wir haben nur seine Welt verlassen.“
 Wesenskern, der sich sinnlich und intellektuell nicht greifen lässt

Drei Grundformen nach Feinendegen/Schaeffer

- pan-theistisch
- theistisch
- a-theistisch

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?



Begegnung zwischen Fachkraft und Klient I

Lévinas

- ▶ **Prinzip: Menschen nie in Gänze verstehen**
- vom Anderen **überraschen lassen** wie von einem Fremden
- ▶ „Blick ohne Hintersinn“: der Andere **irritiert alle festen Denkmuster** und Routinen
- ▶ Begegnung, offen für überraschende Erfahrungen und frei von vermeintlich sicherem Vorwissen, ist **„Nähe“**
 - ▶ **nahe Begegnung ist eine Erfahrung, die den Menschen berühren/mitnehmen**
 - ▶ **mitnehmende Erfahrungen können den Menschen verändern (frz.: transportés)**

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?



Begegnung zwischen Fachkraft und Klient II

Buber

- ▶ **Zwischenmenschliches:** Wahrnehmung und Einlassen auf besonderes und einzigartiges Gegenüber
- ▶ Realphantasie (→ Empathie)
- ▶ personale Vergegenwärtigung
- ▶ echtes Gespräch
- ❖ **unplanbar → Hingabe an Gesprächsgeist**
- ▶ Existenz in wechselwirkender Beziehung zum anderen
- **Menschsein:** zwischenmenschliche Begegnung bei der nicht eigene Bilder auferlegt, sondern menschliches und eigenes Sein im Anderen gesehen wird

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?



Begegnung zwischen Fachkraft und Klient III

Resonanz nach Rosa

- ▶ von jemandem **ergriffen bzw. berührt** sein
- ▶ antworten: offen und bewusst auf Umwelt und Gegenüber einlassen
→ können Personen so wahrnehmen, dass wir von ihnen überwältigt werden
- ▶ Erfahrung
 - ❖ dass wir uns durch den Anderen verändern lassen können
 - ❖ dass wir in dem Anderen **Veränderung** bewegen können
→ Selbstwirksamkeit

→ Gefühl des **Verbunden Seins** mit der Welt

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Haltung als Fachkraft in der Palliativversorgung

Spiritual Care

- ▶ Würdigung des Einzelnen mit seiner Geschichte und Persönlichkeit
- ▶ Stärkung der Selbstwahrnehmung der eigenen Würde
- ▶ intimes Teilen von Ängsten, Erfahrungen, Wünschen
- ▶ Vertrauen und Glaube in Stärke des Klienten

Und damit **Gestaltung des Lebens des Klienten, wie es sein Wunsch ist**

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

Selbstreflexion der Fachkraft

- ▶ eigene Absichten, Wertungen, Urteile anschauen und bewusstmachen, um sie lassen zu können ⁶
- ▶ Offenheit, sich mit eigenen Sinnfragen, Leid, Abhängigkeit, Verwundbarkeit...im eigenen Leben auseinander zu setzen
→ „staff pain“
- ▶ Leiden, Verletzungen, Versagen, Niederlagen als Möglichkeiten des Wachstums

eigene Lebensgeschichte wahrnehmen, reflektieren, annehmen
„Erst wer gütig im Umgang mit sich selbst wird, kann gut zu anderen sein.“

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Wie?

„Es gibt wissenschaftlich Irrelevantes und empirisch nicht Überprüfbares, das für den, der es erlebt, von allerhöchster Bedeutung ist.“

Aus: „Dem Sterben Leben geben: Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen ...“
 von Monika Müller

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH



Fazit

Fazit

"You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life."

„Du zählst, weil Du du bist. Und du wirst bis zum letzten Augenblick deines Lebens eine Bedeutung haben.“
(Dame Cicely Saunders)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

17.03.2017 Prof. Dr. med. Enka Gläseker, MPH

Literaturquellen I

- A Guide to the Development of Palliative Nurse Education in Europe. Report of the EAPC Task Force
- www.eapcnet.org/download/forTaskforces/NursingEducationRecommendations.pdf
- ACT Orchard House, Orchard Lane, Bristol BS1 5DT. www.act.org.uk
- Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care, verabschiedet von Hospiz Österreich am 11.11.2002
- Buber, Martin (2009): Das dialogische Prinzip. 11. Auflage. Gütersloh: Lambert Schneider/Gütersloher Verlagshaus. S. 271 – 296.
- Council of Europe. Recommendation 1418 (1999). Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying www.coe.int
- Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee Ministers to member states on the organisation of palliative care and explanatory memorandum
- Flaßpöhler, Svenja (2016): Wie viel Zukunft verträgt die Gegenwart? Ein Streitgespräch zwischen Hartmut Rosa und Armen Avanesian. In: Philosophie Magazin. 2016/Heft 5. S. 60 – 65
- Flaßpöhler, Svenja (2016): Wie viel Zukunft verträgt die Gegenwart? Ein Streitgespräch zwischen Hartmut Rosa und Armen Avanesian. In: Philosophie Magazin. 2016/Heft 5. S. 60 – 65
- Feinendegen, Norbert/Schaeffer, Andrea (2014): Spiritualität – Grundzüge eines anthropologischen Verständnisses. In: Feinendegen, Norbert/Höver, Gerhard/Schaeffer, Andrea/Westerhorstmann, Katharina (Hrsg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 163 – 186

Literaturquellen II

- Gesundheitsberichte NRW. Spezial: Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand und Entwicklung. Band 2, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2007, ISBN 978-3-88139-146-7
- Holder-Franz, Martina (2014): Cicely Saunders und die Bedeutung von Spiritualität für die moderne Hospizbewegung. In: Feinendegen, Norbert/Höver, Gerhard/Schaeffer, Andrea/Westerhorstmann, Katharina (Hrsg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 219 – 232
- Janssen, G; Friedland, C; Richter, U; Leonhardt, H; Göbel, U: Ambulante palliativmedizinische Versorgung krebskranker Kinder und ihrer Familien. Klin. Pädiatr. 2004; 216: 183–188
- Klaschik, E; Nauck, F (1998): Historische Entwicklung der Palliativmedizin. Zentralbl. Chir. 123:620
- Kübler-Ross, E: Interviews mit Sterbenden. Droemer Knaur, München 2001, ISBN 3-426-87071-1
- Mennemann, Hugo/Dummann, Jörn (2016): Studienkurs Soziale Arbeit. Einführung in die Soziale Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 187
- Müller, M; Kern, M; Nauck, F; Klaschik, E (1997): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter und Seelsorger in Palliativmedizin. PalliaMed, Bonn
- Müller, Monika (2014): Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg. 6. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Nordrhein-Westfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen NRW. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2006
- Palliative Care for children. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Recommendations. Pediatrics Vol. 106 No. 2. August 2000

Literaturquellen III

- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Leitlinienprogramm Onkologie, Langversion 1.1 – Mai 2015, AWMF Registernummer: 128/001OL
 - Saunders, C; Baines, M: Leben mit dem Sterben : Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen . Aus dem Engl. übers. von Erckenbrecht, I; 1991, Huber, Bern ; Göttingen ; Toronto
 - Stegmaier, Werner (2009): Emmanuel Lévinas zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag. S. 84 – 92.
 - Student, J Ch; Napiwotzky, A (2007): Palliative Care wahrnehmen – verstehen – schützen. Buch und DVD, Thieme, Stuttgart
 - The Barcelona Declaration on Palliative Care. Dec. 1995
 - Weiher, Erhard (2011): Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. 3. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
 - WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en
 - WHO Europe. Better Palliative Care for older people. 2004 www.euro.who.int/document/E82933.pdf
 - WHO Europe. Palliative Care. The solid facts. 2004 www.euro.who.int/document/E82931.pdf
 - [www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec\(2003\)24.aspx](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec(2003)24.aspx)märz 2007
- Internetquellen:
 IntQ 1: Wikipedia: Wu wei. Online: https://de.wikipedia.org/wiki/Wu_wei (letzter Zugriff: 14.01.2017, 12:17 Uhr)
 IntQ 2: World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care. Online: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (letzter Zugriff: 20.01.2017, 17.13 Uhr)