ÖPG Österreichische PalliativGesellschaft

ÖGPO Krebs - Wir helfen

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

WALK THE LINE

Multiprofessionelle Fallpräsentationen der Abteilung für Palliativmedizin AKH Wien

Interdisziplinärer Fortbildungstag
Palliativmedizin – Psychoonkologie
17.10.2015

Ein multiprofessionelles Team?

Photos © DGKS Alexandra Popov

Station
17.K

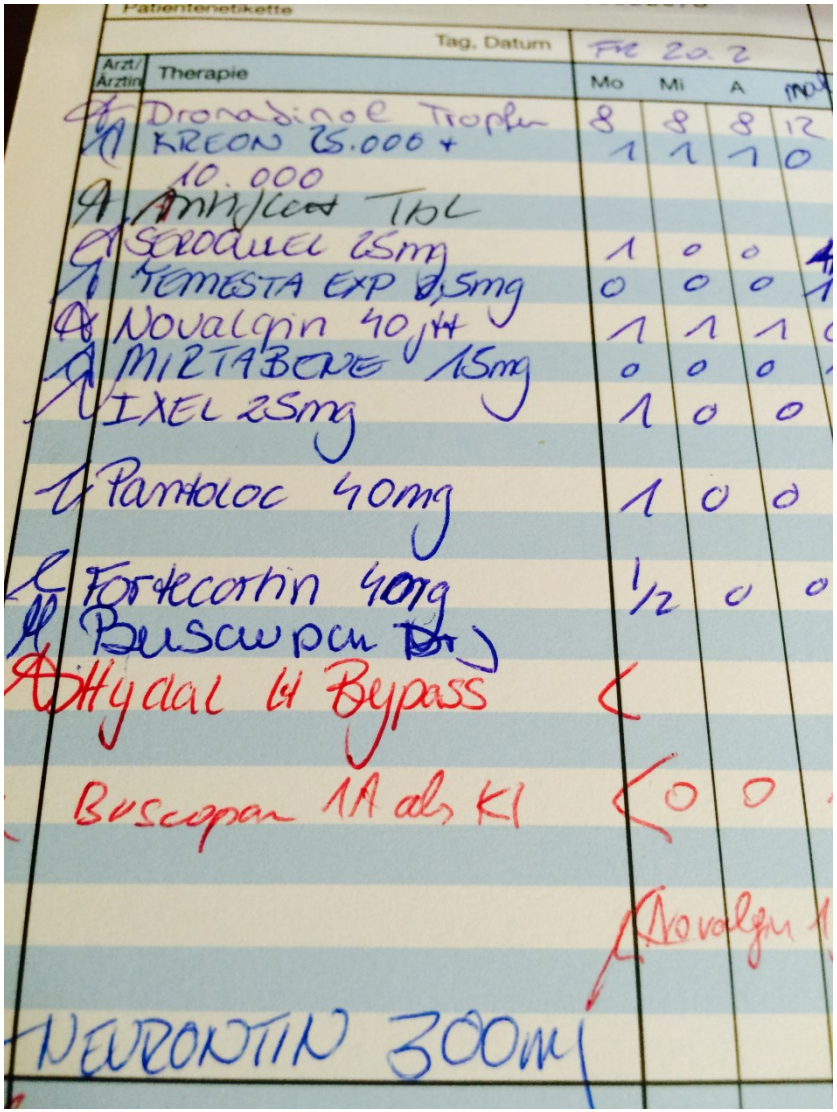
Fr. HK

Onkologische Anamnese:

- N. pancreatis, ED 08/13
- St.p. Resektion 09/13 und adj. CHT mit GEM
- Lokalrezidiv 06/2014 und CHT mit FOLFIRINOX
- Plexus Coeliacus Blockade 07/14

Sozialanamnese:

- 49a, wenig Informationen, Pat. verschlossen, misstrauisch
- Betreuung durch Gatte, Mutter und mobiles Hospiz



- **MOPCA: Vendal+Ketanest**
- **Umstellung auf Hydal Perfusor**
- **Hinzunahme von Ketanest**
- **Delirante Zustandsbilder**

DELIR BEI ONKOLOGISCHEN PATIENTEN

„Dying is difficult, dying crazy is more difficult. Such 'bad' deaths may be preventable."

AD (Sandy) Macleod 2011, p. 135

- **Häufige neurokognitive Komplikation**
- **↑ Morbidität & Mortalität des Patienten, ↑Belastung für Angehörige und Team**
- **Delir ist in 50% potentiell reversibel→ terminales Delir → palliative Sedierung**

SYMPTOME
IN DER TERMINALEN LEBENSPHASE

	24h	48h	72h	7 Tage
Anorexie			80	
Asthenie			82	
Verwirrung	25	9	55	68
Übelkeit	10	14	14	13
Dyspnoe	17	22	26	47
Feuchte RG´s	45	56	45	
Schmerzen	42	51	26	30
Agitiertheit	52	42	43	

KLINIK DES DELIRS

Symptome des Delirs akuter Beginn, deutliche tageszeitliche Fluktuation!	
Trübung des Bewusstseins – Störung der Bewusstheit der Umgebung	**Affektstörung** ängstlich – depressiv ärgerlich – euphorisch situationsinadäquat
	Denkstörung formal: tangential, umständlich assoziativ: gelockert, inkohärent inhaltlich: paranoide Ideen
	diffuse kognitive Defizite Aufmerksamkeit Orientierung fragmentierter Gedankenduktus Gedächtnis (Kurz-, Langzeit-) Visuokonstruktivität Exekutivfunktionen
	Schlaf-Wach-Zyklusstörung fragmentierter 24-Std.-Rhythmus Umkehr d. normalen Rhythmus Schlaflosigkeit
	Sprachstörung Wortfindungsstörung, Dysnomie, Paraphasie, Dysgraphie, veränderte Semantik
	Störung d. Psychomotorik hyperaktiv hypoaktiv gemischt
	Wahrnehmungsstörung erhöhte Suggestibilität illusionäre Verkennung Metamorphosen Halluzinationen

- **Bewusstseinsstörung und kognitive Störung**
- **Psychomotorische Agitation**
- **Desorientierheit**
- **Halluzinationen**
- **Tag/Nachtrhytmusstörungen**
- **Affektive Symptome**
- **Prodrominalsymptome**
- **Sun-Downing Phänomen**
- **Beginn akut, Verlauf fluktuierend**

DELIR

AUSLÖSENDE & VERSTÄRKENDE FAKTOREN

Box 2 | Potential predisposing risk factors for delirium*

Non-cancer-related intracranial disease
- Dementia;[75] cognitive impairment[85,218]
- Older age[85,219]
- Depression[220]
- History of alcohol abuse[220]
- History of cerebrovascular disease[223]
- Previous delirium[1]

Cancer-related intracranial disease
- Primary brain neoplasms[226]
- Brain or leptomeningeal metastases[168]
- Cognitive impairment after chemotherapy?
- Cognitive deficits after radiation treatment?

Systemic vulnerability factors
- Anorexia–cachexia?
- Frailty?[77]
- Hypoalbuminaemia[85,224]
- Chronic cancer-related inflammation?
- Reduced functional performance status[85,221]
- Organ dysfunction related to cancer[138,154]
- Illness severity[222]

Miscellaneous
- Visual impairment[222]
- Hearing impairment[21]
- Sleep apnoea[225]
- Polypharmacy[75]
- Low educational attainment or cognitive reserve[86,220]

Unbehandelte Schmerzsymptomatik

NW einer Schmerztherapie

Terminale Situation

Non-konvulsiver Status

Prim. ZNS Tumore/SBL

Medikamente

Elektrolytentgleisung (Ca)

Dehydratation

Infektion (HWI)

Obstipation

Anämie

Entzug

....

Konsiliardiagnose

Löbliche Station 17K!

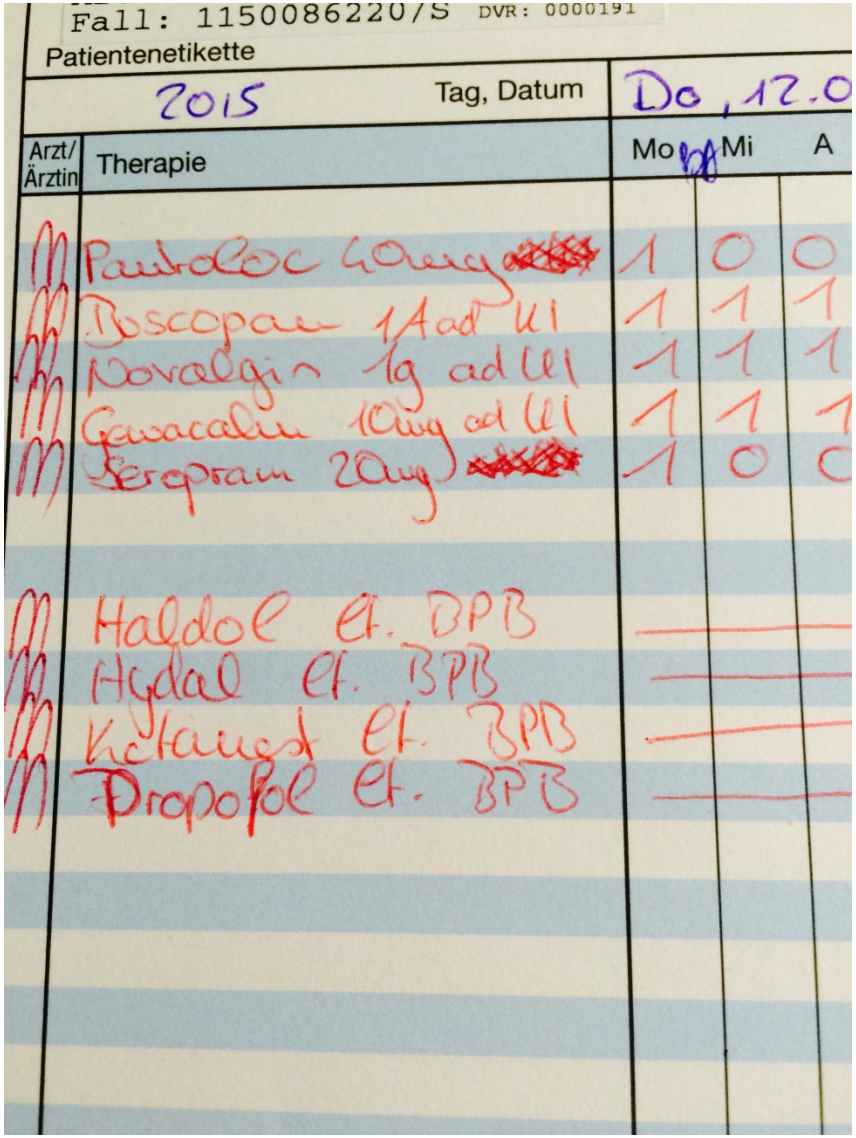
Herzlichen Dank für die Zuweisung einer Pat. mit Pankreas-CA (ED August 2013, Rezidiv Juni 2014, OP 09/2013), chron. Schmerzsymptomatik, psychiatrisch V.a. Anpassungsstörung DD Delir.

Beratungsinhalt

Die Pat. wurde ho. wegen Dekompensation der Schmerzsymptomatik stationär aufgenomme Pankreas-CA. Die Pat. wird von einem mobilen Palliativteam zu Hause betreut und habe bis zuletz Schmerzpumpe gehabt mit zusätzlich Dormicum (laut Gatte bis zu 3 Amp tgl). Laut Angaben des habe die Pat. seit 4 Wochen eine Sprachstörung entwickelt und eine episodische Verwirrtheit r Desorientierung und reduzierter Bewusstseinslage. Die Dosis von Dormicum und der Analgeti daraufhin erhöht worden, wodurch sich der Zustand weiter verschlechtert habe.

Auf der Station klage die Pat. wiederkehrend über Schmerzattacken, in welchen sie jedoch Lokalisation noch Qualität der Schmerzen angeben könne. Die Pat. würde in diesen Attacken Temesta 2 mg ansprechen (nicht auf Hydal Bolus).

PPS: schläfrig, bewusstseinsgetrübt, in allen Qualitäten vage orientiert. Auffassung und Konze deutlich reduziert. Ductus wortkarg, kein spontanen verbalen Äußerungen, Dysarthrie und V.a Sprachstörung (laut Gatte seit ca. 4 Wochen), tlw. Vorbeireden, auf Nachfragen nicht immer ziel



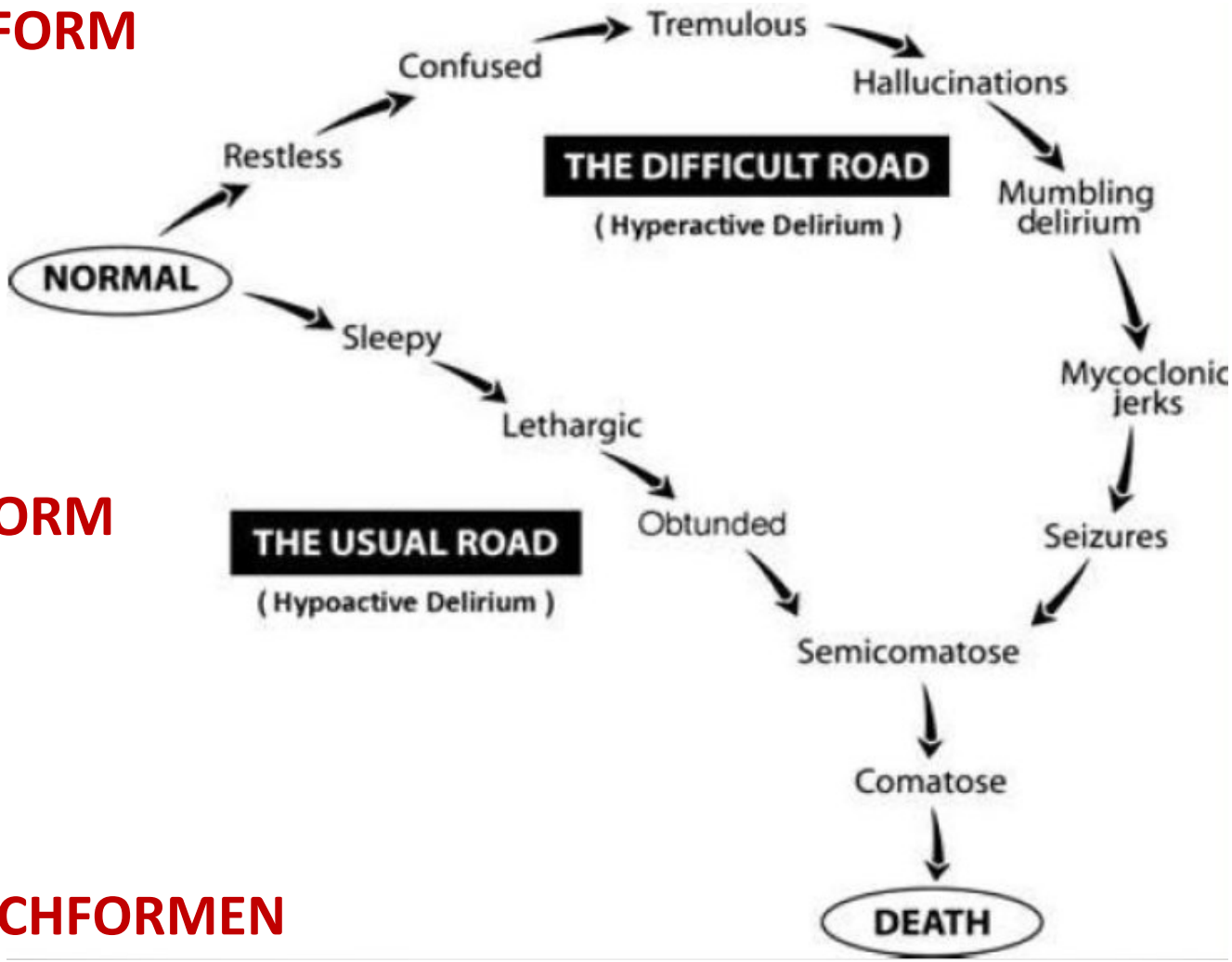
- **Dormicum Perfusor**
- **Fremdaggressives Verhalten**
- **Schutzfixierung**
- **Switch auf Propofol Perfusor**

DAS TERMINALE DELIR

HYPERAKTIVE FORM

HYPOAKTIVE FORM

CAVE: OFT MISCHFORMEN



Pflegerische Aspekte

Total pain

Unruhe

↓↑

Delir

↓↑

Eskalation

↓↑

Fremdagression

↓↑

Schutzfixierung

Fixierungsprotokoll

Begründung: Selbst- und Fremdgefährdung

MELDEPFLICHTIG

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

A – 1090 Wien, Währinger Gürtel 18 – 20
DVR: 0000191

ALLGEMEINES KRANKENHAUS DER STADT WIEN
Die menschliche Größe

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Dokumentation Meldung **AKH-FM**

gültig ab: 12.02.2015 Version 03 Seite 1 von 2

[redacted]

I14/Pall.st. 17K A I1401
AZ: 901-20311/15/016355
Fall: 1150086220/S DVR: 0000191

Blatt Nr.:

Formular erstellt am 09.3.2015

A. Preusse 9.3.15
Name in Blockschrift + Paraphe

FB angeordnet / Pat. aufgeklärt von
☐ Ärztin/Arzt ☐ DGKS/P am _____
Dzt. keine Aufklärung möglich
Name in Blockschrift + Paraphe A. Preusse 9.3.15

aktuelles ärztliches Dokument gem. § 5 Abs. 2 HeimAufG

Beginn der FB (Datum / Uhrzeit): 9.3.15 / 12[15] Uhr
Ende der FB (Datum / Uhrzeit): / Uhr

Diagnose: ☐ geistige Behinderung ☐ psychische Krankheit (bestehend)
☒ psychische Krankheit (neu aufgetreten; aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung ständiger Betreuungsbedarf nach Entlassung gegeben)

Information an (SachwalterIn, Angehörige): Angehörige tel. nicht erreicht

Freiheitsbeschränkung i.S. des HeimAufG (per Fax an: 40400-15180)
☒ Meldung am 9.3.15

Voraussichtliche Dauer:
☐ < 48 Std. ☒ 3-7 Tage ☐ > 7 Tage

Aufhebung: ☐ entlassen/verlegt
☐ verstorben ☐ sonst. Aufhebungsgrund

Gefährdungsprognose (im Zusammenhang mit der obengenannten Diagnose):
Akute Selbst- und Fremdgefährdung, s. auch Konsildekurs Psychiatrie 9.3.2015

9.3.15 — Datum
Dr. Matthias Preusse — Name Ärztin in Blockschrift + Unterschrift
Unterschrift Klinik/Abteilungsleitung

☐ Zustimmung der/des einsichts- und urteilsfähigen Pat. (HeimAufG)

Versuchte / angedachte gelindere Maßnahmen (einmaliger Eintrag, ansonsten nur bei Veränderung)

☐ Schutzfäustling/e ☒ Niederflurbett (Bett niedergestellt) ☐ Sturzmatte ☐ Ausstiegsalarm ☒ Validierende Kommunikation (Psych. Konsil)
☒ Stützpunktnahe Unterbringung ☐ Sitzwache von ..... ☒ Redikamente

Anwendung von 27.2.15 bis 9.3.15 am 12[00]

warum verworfen:
Nicht effektiv

☐ Selbstgefährdung / fehlender Selbstschutz ☒ Fremdgefährdung

Anlassfall / freier Eintrag:
Akute Selbst- und Fremdgefährdung, s. auch Konsildekurs Psychiatrie 9.3.2015

☒ Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung ist die / der Pat. nicht in der Lage die Gefahr einer Wieder- / Verletzung zu erkennen bzw. einzuschätzen.
☒ Pat. unternimmt Aufstehversuche, wenn sie / er allein und ohne Ansprache ist
☒ Trotz mehrmaliger Erinnerung, versucht die / der Pat. alleine bzw. ohne Gehilfe aufzustehen, obwohl sie / er; ☒ ohne fremde Hilfe weder sicher stehen noch gehen kann; ☐ ärztlich angeordnete Bettruhe hat; ☐ ärztliche Anordnung hat, nur mit Entlastung mittels Gehhilfe aufzustehen
☒ Trotz mehrmaliger Erinnerung / Erklärung der Rufanlage betätigt die / der Pat. die erreichbare Rufanlage nicht, wenn sie / er aufstehen möchte
☐ Pat. versucht mehrmals aus dem Rollstuhl / Lehnstuhl aufzustehen, obwohl sie / er ohne fremde Hilfe weder sicher stehen noch gehen kann.
☒ Unwillkürliche Bewegungen können zum Sturz aus dem Bett führen.
☐ Getriebenheit / Rastlosigkeit in der Nacht
☒ Pat. versucht mehrmals invasive Zugänge oder Ableitungen zu entfernen.
☒ Aggressionsereignis

Fixierungsprotokoll

Begründung: Selbst- und Fremdgefährdung

- [x] Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung ist die / der Pat. nicht in der Lage die Gefahr einer Wieder- / Verletzung zu erkennen bzw. einzuschätzen.
- [x] Pat. unternimmt Aufstehversuche, wenn sie / er allein und ohne Ansprache ist
- [x] Trotz mehrmaliger Erinnerung, versucht die / der Pat. alleine bzw. ohne Gehilfe aufzustehen, obwohl sie / er; [x] ohne fremde Hilfe weder sicher stehen noch gehen kann; ☐ ärztlich angeordnete Bettruhe hat; ☐ ärztliche Anordnung hat, nur mit Entlastung mittels Gehhilfe aufzustehen
- [x] Trotz mehrmaliger Erinnerung / Erklärung der Rufanlage betätigt die / der Pat. die erreichbare Rufanlage nicht, wenn sie / er aufstehen möchte
- ☐ Pat. versucht mehrmals aus dem Rollstuhl / Lehnstuhl aufzustehen, obwohl sie / er ohne fremde Hilfe weder sicher stehen noch gehen kann.
- [x] Unwillkürliche Bewegungen können zum Sturz aus dem Bett führen.
- ☐ Getriebenheit / Rastlosigkeit in der Nacht
- [x] Pat. versucht mehrmals invasive Zugänge oder Ableitungen zu entfernen.
- [x] Aggressionsereignis

Herausforderungen bei Schutzfixierung

- **Dekubitusprophylaxe**
- **Verletzungs-/Strangulationsgefahr**
- **Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr**
- **Psychosoziale Zuwendung**

→ Sofortige Verschlechterung (Selbst- und Fremdgefährdung) bei intermittierenden Lösen der Schutzfixierung

Autonomie
Abhängigkeit

Sekundäre Tumorkachexie

‘**S**econdary **N**utrition-**I**mpact **S**ymptoms‘

Häufige potentiell reversible sekundäre Ursachen für Anorexie:

- Stomatitis, Xerostomie, Geschmacksstörungen
- Verstopfung
- Schwere Symptome: Schmerz, Atemnot
- Delirium
- Nausea, Erbrechen
- Diätfehler: „zu gesund“ (Krebsprävention)
- Essensmuster & (veraltete oder fehlende) Tischsitten
- Hunger-gesteuerte Essensfrequenz (statt kognitiv)

Tumorkachexie
Multimodale Therapiekonzepte

- **Tumorwachstum bremsen:** Chemotherapie
- **Nahrungsaufnahme optimieren:** Diätologie
- **Körperliche Aktivität & Funktion:** Physio/Ergotherapie
- **Pharmakologische Kachexietherapie:** Ärzte
- **Krankheitsumgang:** Angehörige, Psychologie
- **Linderung der Belastung durch (Nicht)-Essen:** Team
- **Beseitigung sekundärer Ursachen:** Team

Parenterale Ernährung

- **Keine eindeutige Datenlage !!**
- **Gewichtszunahme nicht mehr möglich**
- **Mögliche Verbesserung der Lebensqualität**
- **Vorteile und Risiken müssen ausführlich besprochen werden**
- **Zur Entlastung des Patienten und seiner Angehörigen**
- **Wunsch des Patienten**
- **Indikation: Tumore im HNO-Bereich oder Gastrointestinaltrakt, wenn durch Stenosen keine Nahrungsaufnahme und keine Sonde möglich ist**

Parenterale Ernährung

- **Keine eindeutige Datenlage !!**
- **Gewichtszunahme nicht mehr möglich**
- **Wunsch des Patienten vs. Entlastung der Angehörigen?**
- **Vorteile und Risiken müssen ausführlich besprochen werden**
- **Indikation: Tumore/Stenosen im HNO-Bereich oder GI-Trakt**

Entscheidung für parenterale Ernährung

- Unzureichende orale/enterale Ernährung

- Erwartete Überlebenszeit:
  - 4 Wochen (DGEM 2008)
  - > 3 Monate (ESPEN 2009)

- Stabilisierung oder Verbesserung des AZ möglich

- Wunsch des Patienten
- Bei Stenosen im Verdauungstrakt

Parenterale Ernährung bei Pankreaskarzinom
Fr. KH 160cm 60kg BMI 23.5

Erforderliche Nährstoffe
kg Körpergewicht

25kcal /kg bei Bettlägerigkeit	→ 1500 kcal
Max. 1,2g Eiweiß /kg	→ 72 g
30ml Flüssigkeit /kg	→ 1800ml

Nutriflex Omega Spezial® 1250ml + 1 Ampulle Soluvit® +1 Ampulle Vitalipid® + 1 Ampulle Tracutil®

Flüssigkeit am Lebensende

VOLUME 31 · NUMBER 1 · JANUARY 1 2013

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial

Eduardo Bruera, David Hui, Shalini Dalal, Isabel Torres-Vigil, Joseph Trumble, Joseph Roosth, Susan Krauter, Carol Strickland, Kenneth Unger, J. Lynn Palmer, Julio Allo, Susan Frisbee-Hume, and Kenneth Tarleton

- **Doppelblindes Studiendesign (verpackte Infusionsflaschen)**
- **129 onkologische Patienten**
- **1000ml vs. 100ml Kochsalzlösung über 4 Std.**

Flüssigkeit am Lebensende

- **Weder Vor- noch Nachteile in Bezug auf Symptomkontrolle und Überleben**

- **Patienten und Angehörige empfanden es als sinnvoll**

- **Entscheidend war die pflegerische Zuwendung !!**

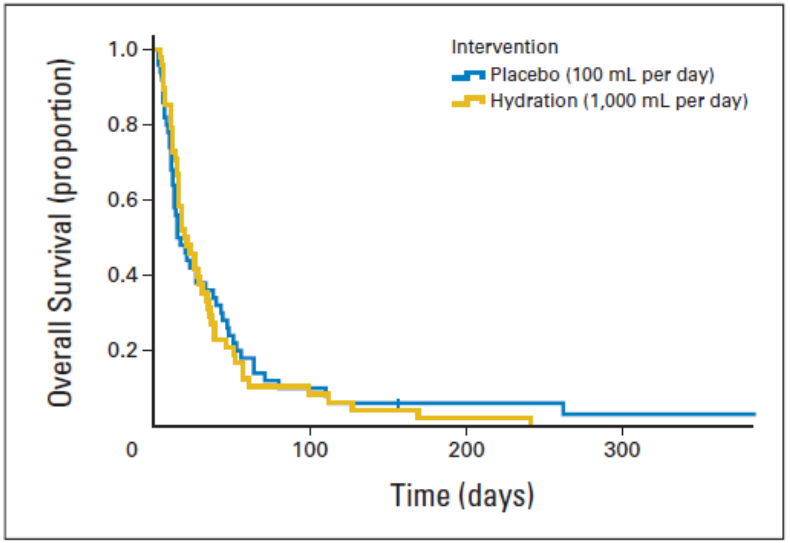


Fig 2. Overall survival by hydration status. The median survival was 21 days (range, 13 to 29 days) for the hydration group (gold) and 15 days (range, 12 to 18 days) for the placebo group (blue), with a *P* value of .83 (log-rank test).

so schön wie hier kann‘s im himmel gar nicht sein

„Ich möchte nicht sterben.“

25 Tage

„Ich komm‘ hier nicht mehr ‘raus ...“

so schön wie hier kann‘s im himmel gar nicht sein

Hoffnung

Aggression

Weinen

so schön wie hier kann‘s im himmel gar nicht sein

„Im Erleben des Sterbenden stehen die Verleugnung des Todes und die Annahme des Todes nebeneinander, sodass von einer normalen, nicht krankhaften Spaltung als wesentliches Merkmal des Sterbeprozesses gesprochen werden kann.“

de M‘Uzan 1996/1998

so schön wie hier kann‘s im himmel gar nicht sein

„Besuchsverbot“ als palliative Maßnahme

„Ich will nicht, dass meine Mutter leidet ...“

Seelsorge im AKH

- **Katholische und evangelische Seelsorge:** hauptamtlich vertreten, Sekretariate auf Ebene 5/AKH Wien, Erreichbarkeit tagsüber via Pager und Telefon

- **Koptische und orthodoxe Seelsorge:** nach Herkunftsland differenziert, ehrenamtlich betreut, Telefondienste

- **Muslimischer Besuchs- und Sozialdienst:** ehrenamtlich vertreten, Sekretariat auf Ebene 5, Telefondienst

- **Buddhistische Seelsorge und jüdische (mosaische) religiöse Betreuung:** ehrenamtlich, Telefondienst

- Nähere Informationen auf **www.akh-seelsorge.at**

Gott und das Leid

von Mag. Erhard Lesacher

“Krankheit und Leid als Erziehungsmittel Gottes sind untaugliche Erklärung.

Jesus lehnt Spekulationen darüber ab, woher das Leid kommt.

Warum greift Gott nicht ein?

Patientin Fr. VS

Onkologische Anamnese:

- **Synovialsarkom** linkes Knie, ED 1994, St.p. Resektion in sano
- **Thorakales Rezidiv** mit St.p. Thorakotomie und Zwerchfell Teilresektion 10/2013
- St.p. CHT mit HD-Ifosfamid 03/14
- St.p. CHT mit Trabectedin bis 08/14
- Entwicklung eines **malignen QS** bei ossären und Weichteil-SBL

Patientin Fr. VS

Frühere Erkrankungen:

- Postoperative Peronäusparese links
- St.p. akute Ischämie der UEX mit Bypassanlage
- St.p. Pneumothorax 03/14

Sozialanamnese:

- 54a, ehemalige ORF Journalistin
- Lebt mit Lebensgefährten zwischen Bozen und Wien
- Schwieriges Verhältnis zur eigenen Familie
- Autonom, fordernd, charismatisch, negierend

- Akute mediastinale und ossäre Radiatio bei Kompression der VCS und QS Symptomatik 08/14
- TKI Therapie mit Votrient
- Radiogene Ösophagitis
- Adaptierung der analgetischen Therapie mit Fentanyl TTS
- Entlassung 09/14

- Stationäre WA 12/14 mit progredienten Schmerzen und Dyspnoe
- Massiver Therapiewunsch: CHT mit Gem/DTIC
- Neutropene Sepsis bei Erysipel
- MOPCA + Effentora bei DBS
- Größter Wunsch: Weihnachten zu Hause -> Kontaktaufnahme MH Bozen/Innsbruck

1990

- Morphine

2010

- Morphine
- Oxycodone
- Fentanyl
- Methadone
- Hydromorphone

… A recent systematic review identified that there is no superiority of any of the commonly used opioids for moderate to severe pain over another (Caraceni, 2012)…

ABER →

original article

Annals of Oncology 21: 615–626, 2010
doi:10.1093/annonc/mdp581

Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative

N. I. Cherny[1,2,3]*, J. Baselga[4,5], F. de Conno[6] & L. Radbruch[6,7]

[1]*Cancer Pain and Palliative Medicine Unit, Department of Oncology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel;* [2]*European Society for Medical Oncology;* [3]*Palliative Care Working Group;* [4]*Medical Oncology Service, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain;* [5]*European Society for Medical Oncology;* [6]*European Association for Palliative Care and* [7]*Palliative Medicine, Aachen University, Aachen, Germany*

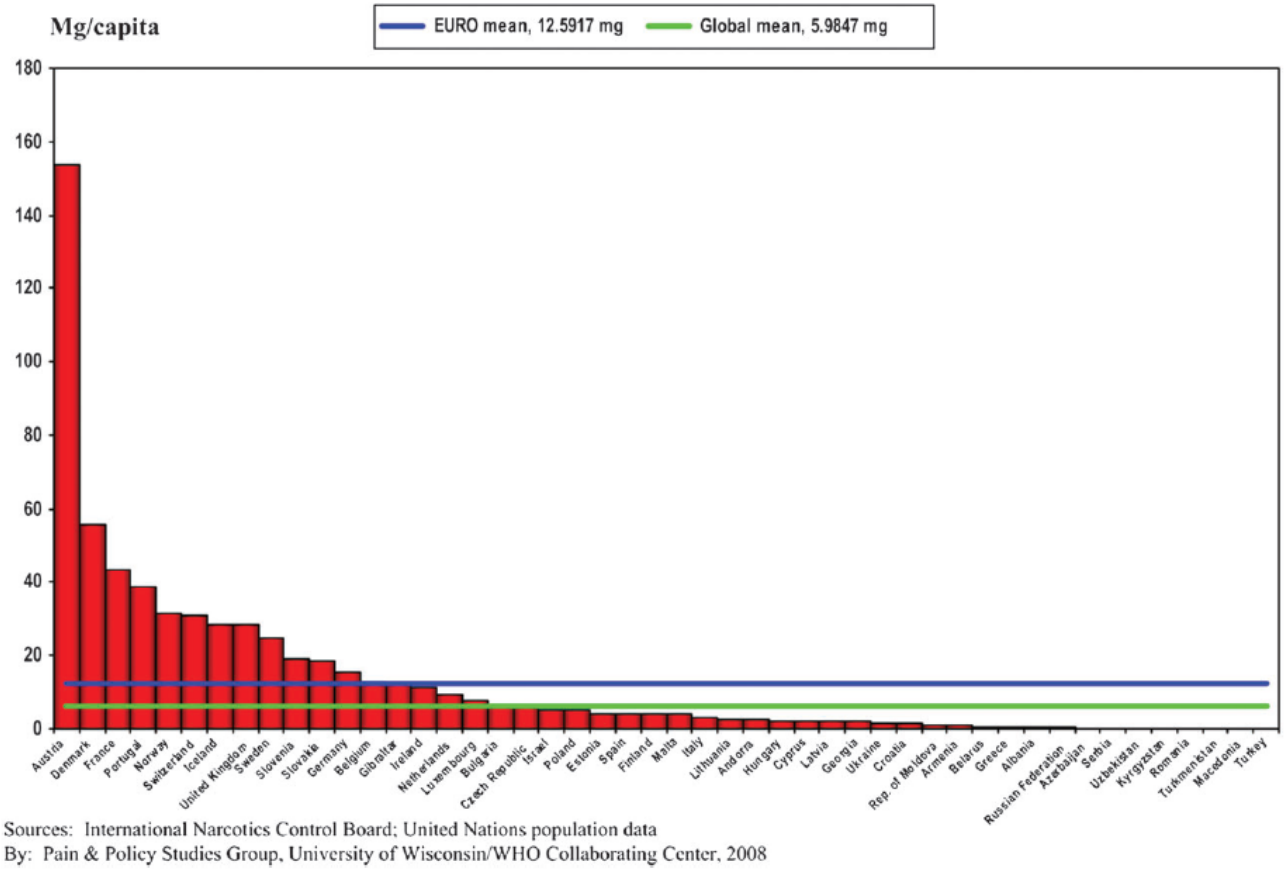


Figure 1. European consumption of morphine, 2006.

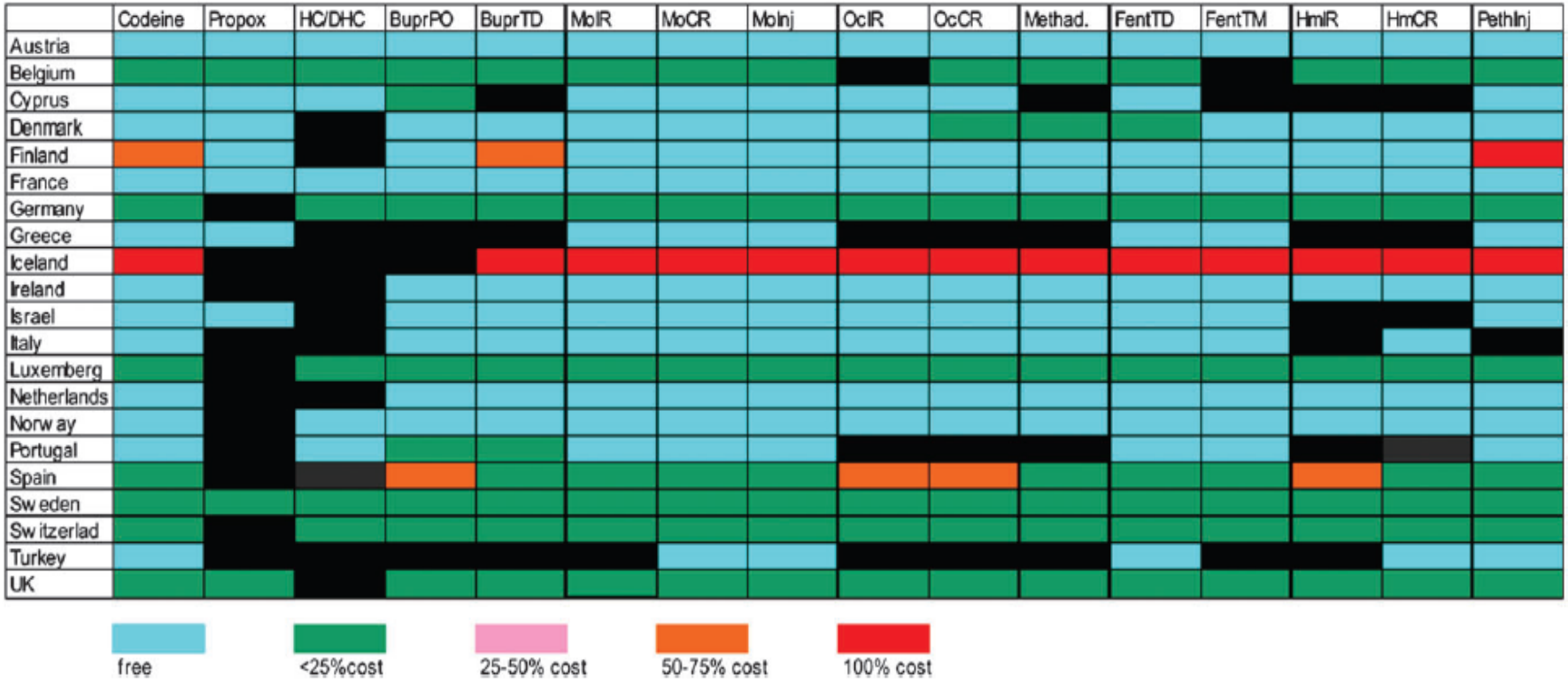


Figure 3. Opioid availability in Western European countries. Propox, propoxyphene; NC, hydrocodone; DHC, dihydrocodeine; Bupr, buprenorphine; Mo, morphine; Oc, oxycodone; Methad, methadone; Fent, fentanyl; Hm, hydromorphone; Peth, pethidine; PO, oral; Propox, propoxyphene; TD, transdermal; TM, transmucosal; Inj, injectable; IR, immediate release; CR, controlled release.

	Maximun number of days supplied on one prescription		Maximun number of days supplied on one prescription
Austria	90	Albania	7
Belgium	open	Belarus	3
Cyprus	30	Bosnia Herzegovina	no data
Denmark	open	Bulgaria	30
Finland	90	Croatia	max total dose
France	30	Czech republic	90
Germany	30	Estonia	max total dose
Greece	5	Georgia	7
Iceland	30	Hungary	30
Ireland	open	Latvia	15
Israel	30	Lithuania	5
Italy	30	Macedonia	7
Luxemberg	21	Moldova	7
Netherlands	90	Montenegro	15
Norway	open	Poland	open
Portugal	60	Rumania	30
Spain	30	Russian Federation	5
Sweden	90	Serbia	14
Switzerlad	open	Slovak Republic	30
Turkey	10	Slovenia	30
United Kingdom	28	Tajikistan	no data
		Ukraine	1

Figure 7. Prescription limits (days).

Pflegerische Aspekte

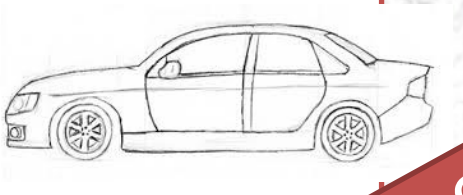
Biografische Arbeit

Weitere Entwicklung

PCA Pumpe

- „Eine gute Entscheidung“
- Praktisch
- Autonomie
- Kleine Dosierung-
  große Schmerz
  Freiheit
- Subkutan/
  intravenös

“Ich will nach Bozen”



1Std..32min ohne Verkehr 123km

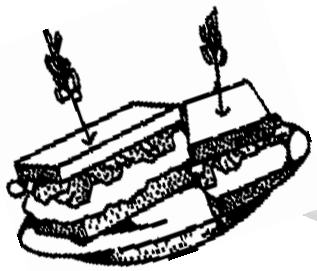
Ernährungtherapeutische Maßnahmen bei Ösophagitis /Mukositis

GÜNSTIG

- Gekochte, lauwarme Speisen (Keimbelastung!)
- Weiche, breiige Kost
- Milde Suppen und Eintöpfe gemixt und mit Obers oder Butter verfeinert
- Baby- Nahrung und Säfte
- Tramezinibrot
- Milde Aufstriche mit hohem Fettgehalt
- Sahne- Joghurts und Puddinge

UNGÜNSTIG

- Trockene, abrasive Lebensmittel
- Stark Gewürztes
- Sehr Süßes
- Kohlesäurehaltige Getränke



Fr. S. ist jedoch ein Genussmensch!

so schön wie hier kann’s im himmel gar nicht sein

„Ich bin nicht krank.“

Der Wunsch nach beschleunigtem Tod = ein Wunsch nach Bindung

Theodizee [teodi’tse:]

Gottfried Wilhelm Leibniz

- Altgriechisch θεός theós (Gott) und δίκη díkē (Gerechtigkeit) „Gerechtigkeit Gottes“ oder „Rechtfertigung Gottes“
- Antwortversuche auf die Frage, wie das Leiden in der Welt vor dem Hintergrund zu erklären sei, dass Gott einerseits allmächtig, andererseits gut sei
- Konkret geht es um die Frage, warum Gott das Leiden zulässt, wenn er doch die Potenz („Allmacht“) und den Willen („Güte“) besitzen müsste, das Leiden zu verhindern

Muss ich auch wandern
in finsterer Schlucht,
ich fürchte kein Unheil;
denn du bist bei mir,
dein Stock und dein Stab
geben mir Zuversicht.

Psalm 23,4

“Gott ist kein Automat…”

Maria hat mich erhört, es geht mir sooo gut

Bitte bete für mich, ich habe solche Schmerzen

Ich bin so glücklich

Morgen fahren wir nach Madonna della Corona

Bitte, bitte bete für mich

Christiane, warum hört mich der liebe Gott nicht?

Ich habe [redacted] gebeten mit mit nach Maria Weissenstein zu fahren

Ich kann nicht mehr

Fragen und Informationen?

http://innere-med-1.meduniwien.ac.at/palliativmedizin/

01 40 400 2752 und 77800

Literaturverweise und Empfehlungen

Dr. Sophie Schur- Medizin:

- Lawlor PG. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med 2000
- Oxford Textbook of Palliative Care, 4. Edition
- Hosie A. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. Pall Med 2013
- Öst. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie: Delir Folder 2013, http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expertpapiere/Delir_Folder2013.pdf
- Irwin SA. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. J Pall Med 2013
- Caraceni SA. Guidelines for the management of breakthrough pain in patients with cancer. J Natl Compr Canc Netw. 2013
- Cherny NI. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. Ann Oncol 2010

Literaturverweise und Empfehlungen

DGKS Vesna Nikolic, DGKS Anna Huber- Pflege:

- Eychmüller, Steffen (2008) Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen. Bern. Lang. Band 10 der Reihe: Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen.
- Juchli, Liliane (2007): Zum Geleit. In: Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore (2007): Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen schützen. Stuttgart: Thieme, V-VI.
- Nemeth, Claudia, Rottenhofer Ingrid (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. In: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.): Abschlussbericht. Wien: ÖBIG.
- Müller, Monika (2007):Total Pain. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 386-393
- *Lehmann Christa; Linke Sibylle(2006):* Pflege bei organisch-psychischen Störungen. Springer Medizin Verlag Heidelberg,260-261
- Rosenberg B. Marschall(2011):Gewaltfreie Kommunikation Eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag. Paderborn

Literaturverweise und Empfehlungen

Andrea Hähn-Danksagmüller- Diätologie:

- Drix P et al. Supp Care Cancer 2008
- Hutton J et al. J Pain Symptom Manage 2007
- Köberle D et al. J ClinOncol. 2008;26(22):3702-8
- Au HJ et al. J ClinOncol 2009;27
- Strasser F et al. The Oncologist, 2008;13:337-346
- Strasser F et al. Palliative Medicine 2007;21:129-37
- Bruera E. et al. JCO 2012, 31 (1)

Mag. Michael Kirschbaum- Kl. Psychologie:

- Frick, E.; Vogel R.T. (2012): “Den Abschied vom Leben verstehen.” Verlag Kohlhammer
- Herschbach /Heußner (2008): “Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis.” Verlag Klett-Cotta
- Katz, R.S. & Johnson, T.A. (2006) ‘When Professionals Weep: Emotional and Countertransference Responses in End-of-Life Care.’ Routledge: New York

Literaturverweise und Empfehlungen

Christiane Chap- Seelsorge:

- Gross Walter, Kuschel, Karl-Josef: „Ich schaffe Finsternis und Unheil! Ist Gott verantwortlich für das Übel?“, Grünewald Verlag, Mainz 1995
- Metz, Johann Babtist (Hg.): „Landschaft aus Schreien“, Zur Dogmatik der Theodizeefrage, Grünewald Verlag, Mainz 1995
- Rahner, Karl: „Von der Not und dem Segen des Gebetes“, Verlag Herder, Freiburg 1991
- Brantschen, Johannes: „Warum gibt es Leid? Die große Frage an Gott“, Verlag Herder, Freiburg 2009
- Greshake, Gisbert: „Wenn Leid mein Leben lähmt. Leiden – Preis der Liebe?“ Verlag Herder, Freiburg 1992
- Körtner, Ulrich: „Der verborgene Gott. Zur Gottesfrage.“ Neunkirchner Verlagsges., Neunkirchen-Vluyn 2000
- Küng, Hans: „Gott und das Leid“, Verlag Benzinger, Einsiedeln 1967