

The background of the entire cover is a teal-colored surface with a visible wood grain texture. Scattered across the top and right edges are several light pink cherry blossoms with delicate white petals and prominent stamens. A dark blue horizontal banner is positioned in the upper right corner, containing the word 'Pflegepraxis' in white.

Pflegepraxis

ANGELIKA FEICHTNER
HILDE KÖSSLER

Palliative Wundversorgung in der Praxis

facultas



Angelika Feichtner, Hilde Kössler
Palliative Wundversorgung in der Praxis

Angelika Feichtner, Hilde Kössler

Palliative Wundversorgung in der Praxis

facultas



Angelika Feichtner, MSc

Diplom in Palliative Care der International School of Cancer Care in Oxford, langjährige Pflege- und Lehrpraxis im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit.



Hilde Kössler, MMSc

DGKP, MSc palliative care, MSc advanced nursing education, langjährige Pflegepraxis im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit, Lektorin im Hochschulbereich und Weiterbildungssektor.

Trotz größter Bemühungen ist es nicht gelungen, alle Abbildungsquellen zu eruieren. Sollten Ansprüche gestellt werden, bitten wir darum, sie dem Verlag mitzuteilen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Buch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Autorinnen oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

1. Auflage 2020

Copyright © 2020 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
facultas Verlag, Stolberggasse 26, 1050 Wien, Österreich

Lektorat: Sabine Schlüter

Umschlagbild: © Maya23K, istockphoto.com

Satz: Wandl Multimedia-Agentur

Druck und Bindung: finidr, Tschechien

Printed in the EU

ISBN 978-3-7089-1996-6 print

ISBN 978-3-99030-998-8 ebook

ISBN 978-3-99111-068-2 online-Leserecht

Vorwort

*„Krankenpflege ist eine Kunst und sie fordert, wenn sie Kunst werden soll,
eine ebenso große Hingabe, eine ebenso große Vorbereitung,
wie das Werk eines Malers oder eines Bildhauers [...]
Pflege ist eine der schönen Künste, fast hätte ich gesagt,
sie ist die schönste der schönen Künste.“*
Florence Nightingale, 1859

Krankenpflege als Handwerk und Kunst – auf das Spezialgebiet der Palliativpflege trifft dies in besonderer Weise zu. Menschen in palliativen Situationen einer Erkrankung sind mit verschiedenen, oft sehr belastenden Symptomen konfrontiert, mit zahlreichen Verlusten, mit existenziellen Leiderfahrungen und letztlich auch mit ihrem Lebensende.

Patient*innen mit nichtheilenden Wunden, wie Dekubitus oder Tumorzellen, erleben eine oft dramatische Veränderung ihres Körperbildes mit schwerwiegenden Folgen. Da diese Wunden häufig nicht nur mit Schmerzen, sondern auch mit äußerst unangenehmen Gerüchen und starker Sekretbildung verbunden sind, lösen sie bei den Betroffenen Gefühle von Scham und Abneigung oder gar Ekel dem eigenen Körper gegenüber aus. Aus Scham und um weitere Beschämung zu vermeiden, ziehen sich die Patient*innen zurück. Dieser Rückzug in einer Situation, in der Zuwendung und Nähe von besonderer Bedeutung sind, erweist sich oft als fatal, besonders für die Patient*innen selbst.

Angehörige können so überfordert und hilflos sein, dass sie sich in ihrer Verzweiflung ihrerseits vom Patienten bzw. von der Patientin distanzieren. Dieser Rückzug der Angehörigen wird von den Patient*innen als zusätzliche Belastung erlebt, denn es bestätigt häufig ihre Ansicht, dass sie niemandem mehr zumutbar sind. So erleben sowohl die Patient*innen als auch ihre Angehörigen auf ihre jeweils eigene Art und Weise eine persönliche Isolation.

Für Pflegepersonen stellt die Betreuung von Patient*innen mit komplexen Wundsituationen oft eine beträchtliche Herausforderung dar, die pflegerische Routine nur begrenzt zulässt. Zu den pflegerischen Zielen gehören die bestmögliche Linderung der Symptome sowie die psychosoziale Unterstützung der Patient*innen und auch ihrer Angehörigen.

Das Bemühen gilt der Erhaltung der Lebensqualität und der persönlichen Würde der Patient*innen. Die Auswirkungen exulzierender Wunden tangieren die Würde der Patient*innen in besonderer Weise. Wie Chochinov et al. (2002, S. 2028) belegen konnten, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen verletzter Würde, Depression und Hoffnungslosigkeit. Menschen, die sich in ihrer Würde verletzt fühlen, äußern besonders häufig einen Sterbewunsch. Eine Pflege, die Würde bewahrt, ist daher oberstes Gebot. Dabei ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient*in und Pflegeperson von besonderer Bedeutung. Die oft zeitaufwändige Wundversorgung bietet die Möglichkeit intensiver Zuwendung, und sie kann, wenn sie entsprechend gestaltet wird, dazu beitragen, die Vertrauensbasis zu stärken.

In der Wundversorgung müssen Pflegepersonen mitunter eigene Grenzen überwinden und Ekelgefühle unterdrücken. Im Bestreben, eine evidenzbasierte, fachgerechte Versorgung der Wunde und einen ästhetisch akzeptablen Verband zu gewährleisten, setzen Pflegende nicht nur ihr Wissen und Können ein, sondern auch ihre Kreativität und ihr Mitgefühl.

Ist die Heilung einer Wunde unrealistisch geworden, liegt die Hauptverantwortung der Versorgung bei den Pflegenden. Sie bleiben an der Seite der Patient*innen, und sie bieten ihnen Unterstützung und Beistand in ihren Leiderfahrungen.

Professionelle Pflege ist Handwerk, Wissenschaft und Kunst zugleich, und palliative Pflege stellt darüber hinaus das bedeutsamste würdebewahrende Element für Menschen mit nichtheilenden Wunden dar.

Angelika Feichtner und Hilde Kössler

Dank

Unser Dank gilt Frau Mag.^a Cornelia Russ vom Facultas-Verlag für die Idee zu diesem Buch und für die sehr erfreuliche Zusammenarbeit sowie Frau Mag.^a Sabine Schlüter für das sorgfältige Lektorat.

Zum Buch

Die Entscheidung, welche Aspekte palliativer Wundversorgung in dieses Buch aufgenommen werden und auf welche verzichtet werden muss, erwies sich als schwierig.

Alle nichtheilenden Wunden erschienen uns gleich wichtig, trotzdem musste eine Auswahl getroffen werden. Daher haben wir uns im Wesentlichen auf die in palliativen Situationen am häufigsten auftretenden Wunden beschränkt.

Da dieses Buch auch als kleines Nachschlagewerk dienen soll, wiederholen sich einzelne Aspekte in verschiedenen Kapiteln. So wird z. B. „Geruch“ nicht nur im entsprechenden Kapitel thematisiert, sondern auch im Kapitel über Ekel und bei den Möglichkeiten einer geruchsreduzierenden Verbandtechnik.

Soweit verfügbar, haben wir uns auf evidenzbasierte Empfehlungen wie z. B. die aktuellen S3-Leitlinien gestützt. Aber auch einige in der Palliativpflege-Praxis bewährte Strategien zur Symptomlinderung haben wir trotz noch fehlender Evidenz miteinbezogen. Wir hoffen, damit allen Professionen, die an der Betreuung von Menschen mit nichtheilenden Wunden beteiligt sind, Impulse und Unterstützung zu bieten.

Inhalt

Vorwort	5
----------------------	----------

Teil 1: Der Mensch und die Wunde

Einleitung	17
-------------------------	-----------

Die Bedeutung von nichtheilenden Wunden	19
--	-----------

Bedeutung für Patient*innen	19
-----------------------------------	----

Bedeutung für Angehörige	21
--------------------------------	----

Bedeutung für Pflegepersonen	23
------------------------------------	----

Spezielle Herausforderungen in der palliativen Wundversorgung	24
--	-----------

Ekel	24
------------	----

Ekel und die Bedeutung von Empathie und Mitgefühl	27
---	----

Hilfreiche Strategien zur Bewältigung von Ekelgefühlen	28
--	----

Selbstekel der Patient*innen	31
------------------------------------	----

Ekelgefühle der Angehörigen	33
-----------------------------------	----

Scham	35
-------------	----

Körperscham	38
-------------------	----

Scham-Angst	39
-------------------	----

Maskierung und Abwehr der Scham	39
---------------------------------------	----

Strategien zur Bewältigung der Scham	40
--	----

Körperbildveränderung	44
-----------------------------	----

Belastung durch Zerstörung des Körperbildes	44
---	----

Situation der Angehörigen	46
---------------------------------	----

Pflegerische Unterstützung bei Körperbildveränderungen	48
--	----

Teil 2: Die Wunde und ihre Behandlung

Ziele palliativer Wundbehandlung	53
Lebensqualität vor Heilungsanspruch	53
Wunddokumentation	56
Wundanamnese	59
Wundassessment	61
Assessment wundassoziierter Symptome	63
Schmerz	63
Pruritus (Juckreiz)	65
Exsudat	66
Geruch	67
Blutungen	67
Bildgebende Dokumentation	68
Ausgewählte Wunddokumentationsinstrumente und -modelle	69
Der Verbandwechsel	72
Grundprinzipien des Verbandwechsels	73
Schonendes Ablösen des Verbandes und Reinigung der Wunde	74
Nass-trocken-Phase	75
Spüllösungen	76
Antibiotika	78
Komplementäre Spüllösungen	79
Débridement	80
Wundrandschutz	82
Auswahl geeigneter Verbandmaterialien	84
Wunddistanzgitter	85
Schaumverbände	86
Superabsorber	88
Kollagen-Wundauflagen	89
Hydrophobe Wundauflagen	89
Hydrokolloide, Hydrogele	90
Alginate	90

Hämostyptisches Verbandmaterial	90
Folienverbände	91
Hautschutzfilme	92
Fixierungen und Wundrandschutz	93
Beschichtungen und Zusätze	94
Wundauflagen für besondere Wundsituationen	95
Lokale Unterdrucktherapie	95
Die Zeit des Verbandwechsels gestalten	96
Schmerz	99
Arten von Schmerz	100
Nozizeptiver Schmerz	100
Neuropathischer Schmerz	101
Psychogener Schmerz	101
Akuter chronischer Grund- und Durchbruchschmerz	101
Prozeduraler Schmerz	102
Wind-up-Phänomen	103
Schmerztoleranz	104
Schmerz als multidimensionales Geschehen – das bio-psycho- sozial-spirituelle Schmerzkonzept	104
Physische Ebene	104
Psychosoziale Ebene	105
Spirituelle Ebene	106
Schmerzgedächtnis	106
Ursachen von Schmerz bei chronischen und nichtheilenden Wunden	108
Schmerzauslösende Faktoren beim Verbandwechsel	110
Schmerztherapie	112
Schmerzreduktion beim Verbandwechsel	115
Lokale Maßnahmen zur Schmerzlinderung	118
Nichtpharmakologische und komplementäre Maßnahmen	119
Exsudat	125
Mazeration und Hautschutz	126
Auffangen von Sekret	128

Verband bei starker Exsudation	128
Wundreinigung bei Exsudation	130
Geruch	133
Ursachen von Wundgeruch	135
Maßnahmen zur Geruchsreduktion	136
Pruritus	144
Problematik des Pruritus	144
Linderung von Pruritus	145
Blutungen	148
Kleine, lokale Blutungen	149
Stärkere Blutungen	151
Terminale Blutung	153
Vorausschauende Krisen- und Notfallplanung	156
Debriefing	157

Teil 3: Wundarten

Benigne Wunden – Dekubitus	161
Definitionen	163
Entstehung eines Dekubitus	165
Lokalisation	167
Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitus	168
Intrinsische Risikofaktoren	169
Extrinsische Risikofaktoren	174
Durch Pflege verursachtes Dekubitusrisiko	176
Einschätzung des Dekubitusrisikos	178
Beurteilung der Hautsituation	180
Einschätzung durch Dekubitusrisiko-Skalen	181
Dekubitusprävention und -früherkennung mittels smarter Technologie	184
Dekubitus-Früherkennung durch alternative forensische Lichtquellen	185

Dekubitus-Kategorien	186
Dokumentation eines Dekubitus	191
Dekubitusprävention	194
Grundsätze der Dekubitusprävention	196
Dekubitusprävention durch technische Innovationen	204
Sinn und Unsinn von Positionierungsplänen	206
Dekubitusprophylaxe als Belastung für die Patient*innen	208
Besonderheiten der Positionierung bei Patient*innen in der Sterbephase	209
Dekubitus am Ende des Lebens (Kennedy Terminal Ulcer) und Versagen der Haut	209
Charakteristika eines Kennedy-Geschwürs	210
Trombley-Brennan-Gewebeschädigung	211
Druckverteilende und entlastende Hilfsmittel	213
Übersichtstabelle Anti-Dekubitus-Systeme	214
Ungeeignete Hilfsmittel	217
Dekubitusprophylaxe in der häuslichen Betreuung	220
Symptome im Zusammenhang mit Dekubitus	222
Unterscheidung zwischen Dekubitus und anderen Haut- und Gewebedefekten	225
Behandlung eines Dekubitus	227
Maligne und exulzerierende Wunden	229
Wunden im Urogenital- oder HNO-Bereich	229
Fisteln	231
Infizierte Wunden	231
Gangrän	235
Trockenes Gangrän	236
Feuchtes Gangrän	237
Gasgangrän oder Gasbrand	238
Strahlenschäden der Haut	240
Hautschäden durch Lymphabflussstörungen	242

Teil 4: Allgemeines und Spezielles zu Therapie, Umfeld, Lebensphase

Medizinische Begleit- und Substitutionstherapien	247
Chemo- und Radiotherapie	247
Antibiose	248
Blutersatztherapie	249
Chirurgisches Wundmanagement	250
Spezielle Therapien	252
Lasertherapie	252
LED-Lichttherapie	253
Elektrostimulation	253
Ultraschallassistierte Wundreinigung (UAW)	254
Therapielarven (biologisches Débridement)	254
Komplementäre und alternative Therapien (CAM)	256
Begriffsdefinitionen	256
Anthroposophische Heilkunst	257
Aromatherapie	258
Homöopathie	260
Pflanzenheilkunde	261
Weitere komplementäre Therapien	262
Palliative Wundversorgung in der häuslichen Pflege	263
Wundversorgung in der Terminalphase	265
Literatur	267
Anhang	296

Teil 1

Der Mensch und die Wunde

Einleitung

Zu allen Zeiten haben Menschen verschiedene Strategien zur Behandlung und Heilung von Wunden eingesetzt. So beschreibt ein altägyptisches Papyrus-Dokument aus dem Jahr 1400 v. Chr. die Verwendung einer Paste aus Honig und Fett auf Gaze aufgetragen, um offene Wunden zu behandeln (Henry/Garner, 2003, S. 483). Das nachweisliche Wissen, dass eine Wunde sauber zu halten ist und verbunden werden muss, reicht bis 2100 v. Chr. zurück. In einer sumerischen Tontafel sind die „drei heilenden Gesten“ der Wundversorgung festgehalten: Reinigen der Wunde mit Bier und heißem Wasser, das Auftragen von Mischungen aus Kräutern, Salben und Ölen und das Verbinden der Wunde (Broughton et al., 2006, S. 8).

In einem weiteren, noch erhaltenen Papyrus aus dem Jahr 1500 v. Chr. sind Anleitungen zur Stillung von Blutungen enthalten. Es enthält die Empfehlung, Blutungen „mit Feuer zu verbrennen“ und damit zum Stillstand zu bringen. In Homers „Ilias“ wird ein Zauberspruch zur Blutstillung empfohlen (Broughton et al., 2006, S. 9). Heute müssen wir uns nicht auf Zaubersprüche verlassen – wir können, dank intensiver Forschung, auf deutlich effektivere Maßnahmen zur Wundversorgung zurückgreifen. Allerdings wurden viele der modernen Praktiken bereits vor Jahrtausenden angewandt; sie erfahren heute aber eine evidenzbasierte Weiterentwicklung. Das deklarierte Ziel liegt in der Heilung einer Wunde bzw. zumindest in einer Verbesserung der Wundsituation, und die betroffenen Patient*innen nehmen Belastungen auf sich, um das Ziel der Wundheilung zu erreichen.

Erweist es sich aber, dass eine Wunde trotz allen Bemühens keine Tendenz zur Heilung zeigt, löst das bei den Patient*innen Trauer, Frustration und Enttäuschung aus. Auch für die Behandelnden stellt eine persistierende, nichtheilende Wunde eine Herausforderung dar. Das erklärt teilweise auch die Tatsache, dass im Handel erhältliche Verbandmaterialien meist mit der Aussicht auf Heilung oder zumindest Besserung der Wundsituation angepriesen werden. Die Tatsache, dass es Wunden gibt, die nicht heilbar sind, sondern sich kontinuierlich ausdehnen und verschlechtern, gerät mitunter aus dem Blickfeld. Umso mehr sind Patient*innen in palliativen Situationen einer Erkrankung darauf angewiesen, dass ihre Pfl-

gepersonen nicht nur über die fachliche Kompetenz in der Versorgung dieser Wunden verfügen, sondern auch über die erforderliche Kreativität, um mit dem verfügbaren Verbandmaterial eine zufriedenstellende Symptomlinderung zu erreichen.

Bei nichtheilenden Wunden bei Patient*innen in der palliativen Situation einer Erkrankung handelt es sich meist um Dekubitus oder um Tumorwunden aufgrund von Hautmetastasen oder Exulzerationen. Im Folgenden wird die Bedeutung nichtheilender Wunden daher am Beispiel dieser beiden Wundtypen beschrieben.

Obwohl persistierende, nichtheilende Wunden unterschiedliche Ursachen haben können, so ist ihnen doch gemein, dass sie fast immer eine verheerende Auswirkung auf die Lebensqualität der Patient*innen haben. Anders als bei potenziell heilbaren Wunden besteht bei diesen Wunden trotz optimaler Versorgung kaum eine realistische Hoffnung auf Besserung der Wundsituation. Im Gegenteil, die Wunden tendieren zum Wachstum. Wundbedingte Symptome wie Schmerzen, starke Exsudation, Geruchsbildung und die hohe Blutungsneigung stellen eine große Belastung für die betroffenen Patient*innen dar.

Die Bedeutung von nichtheilenden Wunden

Bedeutung für Patient*innen

Maligne Wunden beginnen häufig unscheinbar, mit Hautveränderungen, die zunächst wie Krusten aussehen und von den Patient*innen oft als harmlose, lokale Hautveränderung fehlinterpretiert werden. Die ursprünglich kleinen Wunden werden rasch größer und tiefer, sie können Krater und Fisteln bilden und zunehmend schmerzhaft sein. Durch starke Exsudatbildung sind häufige und für die Patient*innen belastende Verbandwechsel erforderlich. Die hohe Blutungsneigung der Wunde und ein äußerst unangenehmer Wundgeruch führen bei den betroffenen Patient*innen häufig zu einem diffusen Gefühl der Bedrohung. Mit der Unberechenbarkeit der Wunde kann das Vertrauen in den eigenen Körper verlorengehen und es kann die Empfindung von Kontrollverlust, Abhängigkeit und Ausgeliefertsein entstehen (siehe auch den Abschnitt über die Körperbild-Veränderung, S. 44–50).

Exulzierierende maligne Wunden treten bei 5–10% aller Tumorpatient*innen im fortgeschrittenen Stadium der Tumorerkrankung auf. Am häufigsten sind Brust, Kopf und Hals betroffen (Witte, 2018, S. 115). Eine immer größer werdende maligne Wunde wird von den Betroffenen als sichtbares Zeichen der fortschreitenden Tumorerkrankung und als permanente Erinnerung an die Unheilbarkeit und auch an den sich nähernden Tod wahrgenommen. Auch Maida et al. (2016, S. 12) beschreiben diese Wunden als gefühlte und auch sichtbare **Stigmata** einer Tumorerkrankung. Wunden im Bereich des Kopfes lassen sich nicht verbergen, und die für alle wahrnehmbare Entstellung führt zu Scham, Rückzug, zur Isolation der Patient*innen und zu tiefen Leiderfahrungen.

„Menschen mit malignen Wunden nehmen die Progression der Wunde oft nicht nur als Zeichen des Fortschreitens der Erkrankung wahr, sondern auch als Chiffre des sich nähernden Lebensendes. Damit ist eine persistierende maligne Wunde auch Ausdruck einer doppelten Bedrohung, und sie ist mit Angst, Frustration und Leid verbunden“ (Bird, 2000, o.A.).

Eine sich permanent ausdehnende maligne Wunde mit üblem Wundgeruch und starker Exsudation kann zur Erfahrung eines entgrenzten Körpers (*unbounded body*) führen, eines Körpers, dem man nicht mehr vertrauen kann. Damit sind oft ungeheure Scham und Ekel verbunden (Lawton, 1998, S. 128). Manche Patient*innen reagieren auf diese für sie unerträgliche Situation nicht nur mit Rückzug und Verzweiflung, sondern auch mit einem Sterbewunsch. Daher bedarf es neben der optimalen Wundversorgung auch einer intensiven, interprofessionellen psychosozial-spirituellen Unterstützung der Patient*innen.

In einer dänischen Studie erhoben Lund-Nielsen et al. (2005, S. 60) die Befürchtungen und Ängste von Patientinnen mit exulzierenden Mamma-Karzinomen. Die Patientinnen berichteten, wie belastend sie es empfanden, dass aufgrund des unkontrolliert auslaufenden Exsudates und des üblen Wundgeruchs soziale Kontakte kaum mehr möglich waren. Ihr Bedürfnis nach partnerschaftlicher Intimität, Sexualität und körperlicher Nähe erlebten sie aufgrund dieser Symptome als unerfüllbar. Weiters beklagten die befragten Frauen ihr geringes Selbstwertgefühl, ihren Verlust an Weiblichkeit, an Würde und den negativen Einfluss der Wunde auf ihre Sexualität und ihre sozialen Beziehungen.

In der sehr verletzlischen Situation einer terminalen Erkrankung haben Menschen ein besonderes Bedürfnis nach Nähe, nach Beziehung und nach Körperkontakt. Wenn all dies aufgrund von Wundsymptomen nicht mehr möglich ist, erleiden die Patient*innen neben all dem, was sie ohnehin bereits verloren haben, einen weiteren schmerzlichen Verlust. Daher haben eine effektive Symptomlinderung, psychosoziale Unterstützung der Patient*innen und eine optimale Versorgung der Wunden oberste pflegerische Priorität.

Dekubitus wird oft als typische Wunde am Lebensende beschrieben (Woo et al., 2015, S. 131). Der reduzierte Allgemein- und Ernährungszustand – bei fortgeschrittener Erkrankung –, die zunehmende Immobilität, die verringerte Durchblutung und die reduzierte Verfügbarkeit von Sauerstoff tragen zur Entstehung eines Dekubitus bei. Trotz bester Prophylaxe kann eine Druckschädigung im Sinne eines Dekubitus mitunter, vor allem bei Patient*innen am Ende ihres Lebens, unvermeidlich sein. Ein Dekubitus bedeutet für die Betroffenen Schmerzen, ein hohes Infektionsrisiko, häufige belastende Verbandwechsel und Einschränkung in der Wahl ihrer

Liegeposition. Ein Dekubitus führt daher immer zu einer enorm verringerten Qualität der ohnehin begrenzten verbleibenden Lebenszeit (siehe auch das Kapitel Dekubitus, S. 161 ff.).

Bedeutung für Angehörige

Wenn Patient*innen in der häuslichen Pflege und Betreuung einen Dekubitus entwickeln, kann das bei den pflegenden Angehörigen zu Schuldgefühlen führen. Es ist daher sehr wichtig, dass Fachpflegepersonen nicht nur auf die Bedeutung einer entsprechenden Prophylaxe hinweisen, sondern auch wiederholt betonen, dass ein Dekubitus manchmal nicht zu vermeiden ist. Angehörige haben kaum Erfahrungen mit derartigen Wunden und schon allein ihr Anblick kann Entsetzen und Berührungsängste bei ihnen auslösen. Das Leid der Patient*innen mitzuerleben und hilflos zusehen zu müssen, wie sich die Wunde vergrößert, lässt Angehörige oft verzweifeln.

Ähnliches gilt auch für maligne Wunden, die meist mit Schmerzen, unangenehmem Geruch, auslaufendem Exsudat, Juckreiz, wiederholten Blutungen und Infektionen verbunden sind.

Diese äußerst belastenden Wundsymptome führen zu Veränderungen des Körperbildes, zu Depressionen und sozialer Isolation der Patient*innen, sie stellen aber auch eine vielfältige Belastung für deren Angehörige dar. Die Auswirkungen auf die Angehörigen und Bezugspersonen der Patient*innen sind ein häufig unterschätzter Aspekt maligner Wunden. In ähnlicher Weise wie die betroffenen Patient*innen erleben sie extreme physische und psychische Belastungen (Probst et al., 2012, S. 3065).

Der Anblick einer malignen Wunde scheint für die Angehörigen mitunter belastender zu sein als für die Betroffenen selbst (Young, 2005, S. 10). Während die Aufmerksamkeit der Patient*innen mehr auf die Bewältigung der wundbedingten Symptome gerichtet ist, können es Angehörige oft kaum ertragen, die Wunde zu sehen. Wenn Angehörige in der häuslichen Betreuung die Wundversorgung übernehmen, scheint sich das Bild der Wunde unauslöschlich und für immer in ihr Gedächtnis einzuprägen. Ist die Wunde zusätzlich mit üblem Geruch verbunden, prägt sich

nicht nur das Bild der Wunde, sondern noch stärker auch der mit ihr verbundene Geruch ein.

Oft bleibt der Wundgeruch auch Jahre nach dem Tod des Patienten bzw. der Patientin in der Erinnerung der Angehörigen präsent. Um den Kontakt zwischen Patient*innen und Angehörigen aufrechtzuerhalten, ist daher für eine möglichst frühzeitige und effektive Reduktion des Geruchs zu sorgen.

Der **Wundgeruch** und das abfließende **Exsudat** lösen bei den meisten Angehörigen Gefühle von Abscheu und Ekel aus. Angesichts der absehbaren Begrenztheit der gemeinsamen Zeit werden diese belastenden Emotionen von den Angehörigen und auch von den Patient*innen oft als bedrohlich empfunden, denn sie verhindern Nähe, Zuwendung und häufig auch die praktische Unterstützung der Patient*innen. Das kann zu einem schwer zu ertragenden Spannungsfeld für die Angehörigen führen. Sie nehmen die Bedürftigkeit des Patienten bzw. der Patientin wahr, den Wunsch nach Nähe und Zuwendung. Angehörige möchten diese Zuwendung auch bieten können, sie wollen fürsorglich für den Patienten bzw. die Patientin da sein, aber starke, unüberwindliche Ekelgefühle machen die Zuwendung oft unmöglich. Es entstehen das ambivalente Bedürfnis, sich zu distanzieren, und zugleich der Wunsch, für den Patienten bzw. die Patientin da sein zu können. Aufgrund ihrer Bindung zum Patienten, zur Patientin führt das Bedürfnis nach Distanzierung bei Angehörigen oft zu Schuldgefühlen, und anders als Fachpersonen verfügen sie kaum über Strategien, die mit der Wunde verbundenen Belastungen zu bewältigen.

Es bedarf daher einer sorgfältigen Abwägung, ob Angehörigen in der häuslichen Betreuung die Versorgung einer malignen Wunde zugemutet werden darf. Sehr oft sind sie aufgrund der Wunde und der Wundsymptome nicht mehr in der Lage, Zuwendung und Nähe zu bieten. Damit kann die letzte gemeinsame Zeit mit dem Patienten bzw. mit der Patientin von Scham- und Schuldgefühlen der Angehörigen und oft auch der Patient*innen überschattet sein. In der häuslichen Betreuung sind Angehörige generell enormen Belastungen ausgesetzt, sie sind mit dem Leid des Patienten, der Patientin konfrontiert, mit ihrer eigenen Hilflosigkeit, ihrer Trauer und mit ihren Ängsten vor dem drohenden Verlust.

Viele pflegende Angehörige leiden unter tiefer Erschöpfung, und die Unberechenbarkeit maligner Wunden (Exsudatfluss, Blutungen, Geruchsbildung) machen häufige, oft spontane zusätzliche Verbandwechsel – unter Umständen auch nachts – erforderlich. Angehörige berichten, dass die gesamte Tagesgestaltung von den Erfordernissen der Wundversorgung bestimmt wird. Der mehrmals täglich notwendige Wechsel von Kleidung und Bettwäsche des Patienten bzw. der Patientin bedeutet für die betreuenden Angehörigen eine weitere, häufig unterschätzte Belastung.

Bedeutung für Pflegepersonen

Anders als bei heilbaren Wunden sind Pflegepersonen hier trotz aller Bemühungen mit einer sich ständig verschlechternden Wundsituation und begrenzten Behandlungsoptionen konfrontiert. Bei der Versorgung dieser Wunden müssen sie immer wieder eigene **Ekelgrenzen** überschreiten, und zugleich müssen Pflegepersonen in der Lage sein, den Patient*innen die bestmögliche Unterstützung zu bieten. Maligne Wunden sind komplex, sie verändern sich laufend, und daher müssen Pflegeziele immer wieder neu definiert werden.

Die Wundversorgung ist meist sehr zeitaufwändig, und oft sind Standardtherapien ausgeschlossen. Daher braucht es individuelle, an die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten bzw. der Patientin angepasste und mitunter auch kreative Verbandstechniken. Für die bedürfnisorientierte Versorgung einer nichtheilenden Wunde ist ein fachgerechtes Assessment erforderlich, und es ist auch wichtig, zu wissen, mit welchen konkreten Belastungen die Wunde verbunden ist (siehe die Kapitel Wundanamnese und Wundassessment, S. 59–61 und 61–63).

Eine fachlich kompetente, empathische und auch kreative Pflege ist für die Erhaltung der **Selbstachtung** der Patient*innen von größter Bedeutung. Patient*innen empfinden eine Kombination aus fachgerechter Wundversorgung, Beratung und Unterstützung zur Selbstpflege als ganz wesentlich, um ihr Selbstvertrauen zu erhalten bzw. wiederzuerlangen (Lo et al., 2008, S. 2705).

Spezielle Herausforderungen in der palliativen Wundversorgung

Ekel

Zuallererst ist Ekel ein universeller Affekt mit wichtiger Schutzfunktion. Ekel gilt als einer der stärksten Affekte des menschlichen Wahrnehmungssystems, und Kant, einer der ersten Ekel-Theoretiker, nannte den Ekel eine „starke vitale Sensation“ (Menninghaus, 2003, S. 1). Ekel bedeutet eine intensive Abneigung, Abscheu oder heftigen Widerwillen mit dem Wunsch, sich von der ekelerregenden Situation zu distanzieren. In der Pflege ist das jedoch selten möglich, und daher ist die individuelle Auseinandersetzung mit dieser belastenden Emotion für ein professionelles Handeln wichtig.

Ekel zählt zu den **Primäremotionen**, und wie alle anderen Emotionen entsteht er im Gehirn. Nach Bradley und Lang (2007, S. 596) wird bei Ekel jedoch nicht eine spezifische Region aktiviert, sondern ein größeres Netzwerk. Dabei stellt der mediale präfrontale Cortex eine wesentliche Struktur dar, ebenso wie auch die Inselrinde, der anteriore Gyrus cinguli, die Amygdala und der Hypothalamus.

Für Pflegepersonen – und noch mehr für pflegende Angehörige – kann die Versorgung von Wunden, wie einem ausgedehnten Dekubitus oder exulzierenden Tumorzellen, mit intensiven Ekelgefühlen verbunden sein, vor allem dann, wenn starker Wundgeruch vorliegt. Ekel ist nicht nur eine der stärksten Emotionen, er kann sich auch innerhalb von Sekunden entwickeln und lässt sich selbst bei größtem Bemühen nicht unterdrücken. Daher kann es auch kein realistisches Ziel sein, Ekelgefühle in der Pflege zu vermeiden, sondern es gilt vielmehr, eine **angemessene Form der Bewältigung** zu finden. Ein erster Schritt besteht darin, sich die eigenen Ekelschwellen bewusstzumachen und über das mögliche Erleben von Ekel zu sprechen.

Krey (2015, S. 13) zählt Ekelgefühle in der Pflege zu den **tabuisierten Empfindungen**, und sie stellt fest, dass es vielfach noch immer als unangemessen gilt, in konstruktiver Weise darüber zu sprechen. Den Grund dafür sieht sie in der Diskrepanz zwischen dem tatsächlich erlebten Gefühl und einer mangelnden gesellschaftlichen Akzeptanz von Ekel.

Bedauerlicherweise wird es (noch immer) als Zeichen mangelnder Professionalität gewertet, wenn Pflegepersonen ihren Ekel zeigen (Muggleton et al., 2015, S. 193). In den letzten Jahren ist jedoch eine auffallende Veränderung im Umgang mit Ekel in der Pflege zu beobachten. Das Thema wird bereits in den Pflegeausbildungen entsprechend bearbeitet, und auch in der Praxis, innerhalb der Pflegeteams, können Ekelgefühle zunehmend thematisiert werden.

„Ekel geht mit körperlichen Reaktionen einher, die ein sich Abwenden beinhalten. Gleichzeitig ist das Individuum gereizt, was sich auf die Hilfsbereitschaft des Betroffenen auswirken kann. In welchem Umfang die vom Ekel Betroffenen diese Reaktionen zeigen, hängt wahrscheinlich davon ab, wie viel sie über das Phänomen Ekel wissen.“
(Krey, 2015, S. 44)

Zu den Ekelreaktionen zählen das dringende Bedürfnis, eine **Distanz** zur ekelauslösenden Situation zu schaffen, die Vermeidung von Nähe, aber oft auch **Abneigung** oder gar unreflektierter Ärger gegenüber den Patient*innen, die für diese „Zumutung“ verantwortlich gemacht werden. Zudem kann das häufige Empfinden von Ekel in der beruflichen Praxis zu einer erhöhten Stressbelastung der Pflegepersonen und damit auch zu einer Schwächung ihres Immunsystems führen.

Das Bemühen, den erlebten Ekel nicht zu zeigen, um die Patient*innen emotional nicht zu verletzen, kann den Stress noch weiter verstärken (Krey, 2015, S. 44). Versucht die Pflegeperson in ekelerregenden Situationen, sich ganz auf den Patienten bzw. auf die Patientin zu konzentrieren, kann das aufgrund der empathischen Verbundenheit bedeuten, dass sie ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse unterdrückt bzw. unterdrücken muss. Diese Konzentration auf die Patientin, den Patienten erweist sich in diesen Situationen sehr oft als hilfreich. Zugleich kann aber auch jeder Versuch, ein starkes Gefühl wie Ekel zu unterdrücken, dazu führen, dass dieses Gefühl länger andauert und auch häufiger erlebt wird (Ólafsson et al., 2013, S. 158).

Ekelgefühle wirken sich ganz unmittelbar auf das pflegerische Handeln aus. Es kann zu einer Lähmung im Handlungsablauf bis hin zur **Handlungsunfähigkeit** kommen, weil die Pflegeperson primär von ihrem Fluchtimpuls beherrscht wird (Krey, 2015, S. 45). Auch die kognitiven

Funktionen können durch Ekel beeinträchtigt werden, es kann zu vorübergehend reduziertem Wahrnehmungs- und Denkvermögen kommen. Schließlich verringern starke Ekelgefühle echtes Einfühlungsvermögen und können damit auch zu einer reduzierten Bereitschaft der Pflegenden führen, den Patient*innen psychosoziale Unterstützung zukommen zu lassen (Muggleton et al., 2015, S. 193).

Einer Ekelerregung folgt *immer* ein körperlicher Ausdruck (Krey, 2015, S. 47). Auch wenn die Pflegeperson sich bestmöglich darum bemüht, ihre Ekelgefühle vor den Patient*innen zu verbergen, gelingt das nur selten, denn noch bevor Ekel bewusst wahrgenommen wird, wird er bereits körpersprachlich kommuniziert (Zettl, 2019, S. 120). Hinzu kommt, dass schwerkranke Patient*innen eine besonders feine Wahrnehmung entwickeln und die Körpersprache der Pflegepersonen gleichsam „lesen“ können. Die Patient*innen nehmen schon kleinste, nonverbale Signale wahr, und zu erleben, dass ihre Pflegeperson sich ekelt, kann als zutiefst beschämend und demütigend erfahren werden.

Sind Pflegepersonen durch Ekelgefühle stark belastet, neigen sie dazu, nicht nur die Konfrontation mit der ekelauslösenden Situation, sondern auch den Kontakt zu den betreffenden Patient*innen weitgehend zu reduzieren. Das Zimmer dieser Patient*innen wird nachweislich seltener betreten und notwendige pflegerische Arbeiten werden auch schneller verrichtet (Sowinski, 1991, S. 179) – und es wird vermieden, länger als unbedingt erforderlich bei den Patient*innen zu bleiben. Die Empathiefähigkeit der Pflegenden verringert sich durch erlebten Ekel; es kommt zu einer Distanzierung.

In der Pflege ist ein Kontakt mit potenziell Ekelerregendem jedoch kaum zu vermeiden. Es ist daher unabdingbar, dass sich Pflegepersonen nicht nur bestmöglich schützen, sondern auch, dass sie ihre Ekelgefühle akzeptieren und sich mit ihnen auseinandersetzen. Ein unreflektierter Umgang mit Ekel erschwert nicht nur die tägliche Arbeit, er kann auch zu Geringschätzung, Aggression und schlimmstenfalls zu Gewalt den Patient*innen gegenüber führen. Die Trias der Reaktionen auf Ekel beinhaltet Abwendung, Flucht und Vermeidung.

Kann – wie in der Pflege – unmittelbar keine ausreichende Distanz hergestellt werden, kommen zum Gefühl des Ekels noch Wut und Zorn hinzu. Izard (1999, S. 379) schreibt in diesem Zusammenhang von einer

Feindseligkeitstriade, die sich gegen die andere Person, aber auch gegen sich selbst richten kann. Darwin (2009, S. 234) beschrieb schon 1877, dass Gefühle wie Ekel, Abscheu, Widerwille und Verachtung eng miteinander verknüpft sind und mit ähnlichen Verhaltensweisen einhergehen.

Sind Pflegepersonen mit ekelerregenden Situationen konfrontiert, ist zumindest eine gewisse Reizbarkeit häufig zu beobachten; zugleich können die Ekelgefühle aber auch mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden sein. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die Pflegenden denken, dass mangelnde Professionalität die Ursache der Ekelempfindung ist.

Ekel und die Bedeutung von Empathie und Mitgefühl

„Empathie, die Fähigkeit zu fühlen, was andere fühlen ist, eine entscheidende Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung [...] und kann auch als das wichtigste Motiv helfenden Handelns betrachtet werden“ (Bischoff-Wanner, 2002, S. 15). Empathie als pflegerische Grundhaltung gewährleistet, dass die Pflegeperson durch eine Perspektivenübernahme in der Lage ist, sich in die Situation der Patient*innen hineinzuversetzen. Empathie wird bestimmten Gehirnarealen zugeordnet, wie z. B. dem cingulären Cortex, der Inselrinde, dem limbischen System und der Amygdala, die ganz wesentlich an der Verarbeitung von Emotionen beteiligt sind (Lamm/Singer, 2010, S. 582).

Nun zählt Ekel zu den primären, also angeborenen Emotionen, und es ist durchaus denkbar, dass die Intensität der Ekeleregung durch eine **empathische Haltung** reduziert wird. Damit wird auch deutlich, dass die gelegentlich empfohlene „Ablenkung“ als Entlastungsstrategie in ekelerregenden Situation nicht hilfreich ist. Wenn die Pflegeperson sich nicht empathisch auf die Patientin bzw. auf den Patienten konzentriert, sondern auf Ablenkung fokussiert ist, wird sie weder sich selbst noch den Patient*innen gerecht.

Mitunter wird Pflegenden auch empfohlen, sich in ekelerregenden Situationen vollständig auf die Durchführung einer bestimmten Verband- oder Pflege Technik zu konzentrieren. Diese Fokussierung auf die technischen Aspekte erweist sich jedoch meist als untauglicher Versuch, aufkommende Ekelgefühle zu verdrängen. Außerdem kann diese Ablenkung von den Patient*innen als verletzend und demütigend wahrgenom-

men werden. In der Praxis erweist sich vielmehr die Konzentration auf die Person der Patientin bzw. des Patienten als hilfreich, ebenso wie eine bewusste, zugewandte empathische und mitfühlende Haltung.

Bei Empathie und Mitgefühl handelt es sich um verschiedene Emotionen und Haltungen. Empathie kann als Grundlage für Mitgefühl betrachtet werden, und im Gegensatz zur Empathie besteht bei Mitgefühl zusätzlich immer auch eine Handlungsmotivation (Hangartner, 2013, S. 156). Mitfühlende Pflegepersonen sind in der Lage, eine **andere Perspektive** einzunehmen, ohne das Leid der Patient*innen zu ihrem eigenen Leid werden zu lassen. Mitgefühl ist Ausdruck einer hochkompetenten und qualifizierten Pflege, von der sowohl die Patient*innen als auch die mitfühlenden Pflegenden selbst in höchstem Maße profitieren (Ruppert, 2016, S. 39). Um den Patient*innen mitfühlend begegnen zu können, braucht es viel Achtsamkeit für eigene Bedürfnisse und eine gute Selbstfürsorge, denn nur eine Pflegeperson, die entsprechend für sich selbst sorgen kann, wird langfristig in der Lage sein, sich den Patient*innen fürsorglich zuzuwenden.

„Um echtes Mitgefühl für andere entwickeln zu können, braucht es ein Fundament, auf dem das Mitgefühl kultiviert werden kann. Dieses Fundament ist die Fähigkeit, sich mit den eigenen Gefühlen zu verbinden und sich um sein eigenes Wohlergehen zu kümmern [...] Fürsorge für andere bedarf zunächst der Fürsorge für sich selbst.“
(Dalai Lama, 2013, o.A.)

Das bedeutet für Pflegende auch, eigene Grenzen zu respektieren und insbesondere in der Konfrontation mit ekelerregenden Situationen gut für sich zu sorgen und alle verfügbaren Strategien zur Entlastung bewusst einzusetzen.

Hilfreiche Strategien zur Bewältigung von Ekelgefühlen

Um Strategien im Umgang mit den eigenen Ekelgefühlen zu entwickeln, ist es zunächst wichtig, die Ekelgefühle wahrzunehmen und zuzulassen. Erfolgt diese Akzeptanz nicht, werden durch die Abwehrreaktion ständig eigene Bedürfnisse ignoriert. Das kann zu Frustration, zu Aggression und in der Folge auch zu einem Burn-out-Syndrom führen.