

## *"Den Koffer packen"*

### Aromapflege und Rituale am Lebensende

---



Abbildung 1

# Charité – Universitätsmedizin Berlin

## Gesundheitsakademie

„Lehrgang zur Heranbildung von Fachpflegekräften in der Onkologie“  
11. Weiterbildungslehrgang Pflege in der Onkologie mit Zusatzqualifikation Palliative Care

Facharbeit

***“Den Koffer packen”***

**Aromapflege und Rituale am Lebensende**

---

Lehrgangsleitung:  
Frau Christiane Nickel  
Frau Susanne Ramminger

vorgelegt von:  
Constanze Rönn  
und  
Suzana Litric

Berlin, 25. Juni 2018

## Inhaltsverzeichnis:

### Inhalt

|  |    |
|--|----|
| 1. Einleitung.....   | 1  |
| 2. Unsere Aufgabe als Pflegende.....   | 2  |
| 3. Aromatherapie – Geschichte und Bedeutung heute.....                           | 2  |
| 4. Anwendung der Aromatherapie.....  | 4  |
| 5. Anwendung der Aromapflege.....  | 5  |
| 6. Techniken und Aufnahme der ätherischen Öle.....                               | 6  |
| 7. Figur der Sinne.....  | 8  |
| 8. Qualitätsmerkmale der ätherischen Öle .....                                   | 8  |
| 9. Mögliche Anwendungen im Krankenhaus.....                                      | 9  |
| 9.1. Anwendung der Aromapflege im Vergleich .....                                | 9  |
| 10. Definition und Bedeutung von Sterben.....                                    | 10 |
| 10.1. Sterben .....  | 10 |
| 10.1.2. Sterbephasen nach Kübler-Ross.....                                       | 11 |
| 10.1.3 Weitere Phasenmodelle .....   | 12 |
| 11. Aromapflege in den Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross (Ärztin).....     | 14 |
| 12. Allgemeine Pflege mit ätherischen Ölen bei Sterbenden .....                  | 19 |
| 13. Bei welchen Patienten sollte die Aromapflege nicht angewendet werden .....   | 19 |
| 14. Definition Tod.....  | 20 |
| 15. Abschiedskoffer das Ritual am Lebensende.....                                | 20 |
| 16. Unterstützung der Hinterbliebenen durch die Aromapflege und das Ritual ..... | 21 |
| 17. Kritische Betrachtung .....  | 21 |
| 18. Literaturverzeichnis.....  | 24 |
| 19. Abbildungsverzeichnis.....   | 27 |
| 20. <b>Selbstständigkeitserklärung</b> .....                                     | 27 |

## **1. Einleitung**

Jeder von uns wird im Laufe seines Lebens mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert als An- und Zugehöriger oder mit dem eigenen Tod. Wir müssen uns mit dem Tabuthema unserer Gesellschaft vertraut machen und stehen als Pflegende häufig vor der Herausforderung, uns unmittelbar mit dem Thema auseinandersetzen zu müssen. Wenn Patienten die Diagnose erhalten, dass sie an einer lebensverkürzenden Krankheit leiden, bedeutet das häufig für sie „einen Sturz aus der Wirklichkeit“ (Gerdes, 1986). Wird eine lebensverkürzende Erkrankung festgestellt, die zum Tode führt, spielt es in erster Linie kaum eine Rolle, welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen, sondern die Assoziation mit dem Tod, unabhängig von der Prognose. Wird der Mensch mit der potenziellen Bedrohung seines Lebens und dessen Endlichkeit konfrontiert, besteht für ihn eine existenzielle Bedrohung, die Ängste und Panik auslösen können. Häufig besteht eine große Angst vor langwierigen, belastenden Therapien, sowie vor körperlichen Symptomen und psychischen Belastungen, die das Befinden des betroffenen Menschen stark beeinträchtigen. Daher kommt dem Symptommanagement eine besondere Bedeutung in der palliativen Situation zu. Die Wahl des Themas ist aufgrund unserer Hospitationen auf anderen onkologischen Stationen, sowie aufgrund unserer alltäglichen Arbeit in einem konfessionellen Haus in Berlin und in einer Berliner Universitätsklinik entstanden. Wir haben festgestellt, dass in der Pflege immer wiederkehrende Berührungängste und Unsicherheiten im Umgang mit Sterben und Tod seitens der Pflegenden bestehen. Die Verarbeitung von und der Umgang mit Sterben und Tod wurde von uns durch neu erworbene Kenntnisse im Rahmen der Weiterbildung und durch das Kennenlernen von Ritualen anders empfunden. Dies hat uns geholfen, im Umgang mit diesem Thema sicherer zu werden. Wir wollen unsere Erfahrung durch diese Arbeit anderen Pflegenden zugänglich machen. Auch wollen wir gern die Berührungängste und Unsicherheiten vor und während der Pflege von sterbenden Menschen nehmen. Dabei möchten wir das Konzept der Aromapflege im Rahmen der ganzheitlichen Pflege und individuellen Versorgung Sterbender näher betrachten. Zusätzlich wollen wir als mögliches Ritual am Lebensende den Abschiedskoffer vorstellen, der bereits in der konfessionellen Klinik eingesetzt wird und dessen Einsatz wir uns auch in anderen Kliniken wünschen würden.

## **2. Unsere Aufgabe als Pflegende**

Unsere Aufgabe als Pflegende ist die Wahrung der Selbstbestimmtheit der Betroffenen, die Einschätzung onkologischer Pflegeprobleme sowie Durchführung einer individuellen und ganzheitlichen Pflege von sterbenden Patienten/-innen. Ebenso gehören psychosoziale Gespräche zu unserem Aufgabenfeld. Selbstverständlich ist es für uns auch spezifische Pflegemaßnahmen zur Linderung von Beschwerden durchzuführen. Wir als Pflegende sind ein wichtiger Interaktionspartner für Patienten/-innen mit einer möglicherweise tödlichen Diagnose in Fragen seiner Lebens- und Krankheitsbewältigung. Auf onkologischen und palliativen Stationen ist dies eine tägliche Herausforderung. Dabei bedarf die Sterbebegleitung der Patienten sowie die Begleitung von An- und Zugehörigen ein besonderes Maß an Professionalität und Erfahrung.

## **3. Aromatherapie – Geschichte und Bedeutung heute**

Die Pflanzenheilkunde ist fast so alt, wie die Menschheit und wurde schon von Ägyptern, Römern und Griechen in der Medizin, Kosmetik sowie für therapeutische und rituelle Zwecke verwandt. Früher kannten nur Frauen den Umgang mit Heilpflanzen und haben ihr Wissen darüber mündlich weiter gegeben. Zu diesem Zeitpunkt in der Vergangenheit durften Frauen weder schreiben, lesen oder Latein als die Sprache der Wissenschaft benutzen. Damals haben die Männer das Wissen und alle Inhalte über die Pflanzenheilkunde notiert, umgeändert und haben dann damit an wissenschaftlichen Forschungsprojekten teilgenommen. Die älteste schriftlich festgehaltene Heilwirkungen und Anwendungen von 239 Pflanzen wurde 3700 Jahre v. Chr. von Kaiser vom China, Shen-nung, verfasst. Das erste veröffentlichte wissenschaftliche Werk von einer Frau wurde im Jahre 2500 v. Chr. von einer ägyptische Ärztin Namens Merit Ptah bekannt. Bekanntester griechischer Mediziner war Hippokrates von Kos (460-370 v. Chr.). Er behandelte kranke Menschen mit Heilpflanzen, Wasser und Diäten. Im Jahr 200 v. Chr. war Helena die Schöne die bekannteste Heilerin, die ihr Wissen über Heilkräuter von der ägyptischen Königin bekam. Mit der Erfindung des Buchdrucks im 15. Jahrhundert entstanden erstmals unzählige Werke über Heilkräuter beziehungsweise Kräuterheilkunde in der deutschen Sprache. „Garten der Gesundheit“ wurde als erstes deutsches gedrucktes Kräuterbuch 1485 herausgegeben (vgl. Sonn et al. 2004, S. 26f).

Die Geschichte der modernen Aromatherapie beginnt im 20. Jahrhundert. Die Aromatherapie wurde durch den französischen Chemiker Gattefossé im Jahre 1937 mit dem Buch „Aromathérapie“ begründet. Nach einer Explosion in seinem Labor hatte er sich beide Hände und die Kopfhaut verbrannt. Diese Stellen behandelte er mit Lavendelöl. Die Behandlung lief so gut ab, dass keine Narbenbildung eingetreten ist. Dieser Unfall machte ihn bekannt. 1918 entwickelte er eine antiseptische Seife von Aromaölen. 1923 produzierte er zusammen mit anderen Ärzten viele Schönheitsprodukte. Im Jahr 1936 schrieb er sein Werk „Physiologische Ästhetik“ und „Schönheitsprodukte“. „Aromatherapie“ und „Essentielle Antiseptika“ (1937) waren seine zwei letzten Werke. Der Begriff Aromatherapie wurde hier zum ersten Mal erarbeitet und erklärt. Von seinen Erkenntnissen war der französische Arzt Valnet überzeugt und hat die von Gattefossé beschriebene Wundbehandlung genutzt, um sie im zweiten Weltkrieg an Kriegsverletzten durchzuführen. Nach dem Krieg hat er sich selbst weiter damit beschäftigt und 1964 das Buch „Aromathérapie, Traitement des maladies par les essence des plantes“ (Aromatherapie, Behandlung von Krankheiten durch das Wesen der Pflanzen) herausgebracht. Er hat zusätzlich andere Ärzte unterrichtet und seine Kenntnisse verbreitet. In Italien beschäftigen sich die Wissenschaftler Gatti und Cayola mit der Wirkung und Aufnahme der ätherischen Öle über das Nervensystem und brachten den Artikel „Die Wirkung auf das zentrale Nervensystem“ heraus. Rovesti hat die ätherischen Öle in der Psychiatrie verwendet, um Angstzustände, Depressionen und Psychosen zu heilen. In der Zwischenzeit gibt es viele wissenschaftliche Studien über die Wirkungen der Aromatherapie. Sie wird als komplementäre Intervention angesehen. „Eine vergleichbare Studie zur Wirkung von zum Beispiel Pfefferminzöl und Paracetamol bei der Behandlung von Schmerzen kam zu dem Ergebnis, dass die Probanden, deren Kopfschmerzen mit Pfefferminzöl behandelt wurden, schneller schmerzfrei waren. Zwischen der Wirksamkeit von 1g Paracetamol und 10%igem Pfefferminzöl in Ethanollösung bestand kein signifikanter Unterschied [Göbel et al.] (Siehe auch 1.3.3, 3.3.1 und 3.3.5).“ (vgl. Wabner et al.2009, S. 476). Studien bei Schlafstörungen werden hier aufgezeigt, Atanassova- Shopva zeigte 1973, dass Linalool (einwertiges tertiärer Alkohol) und Terpeneol (Gruppe chemischer Verbindungen) diejenigen Substanzen sind, die sedierend wirken. Buchbauer et al. demonstrierten 1991 den sedierenden Effekt von *Lavendula angustifolia* (echter Lavendel) an agitierten Mäusen, die Koffeininjekt-

tion bekommen hatten: Je aufgeregter die Mäuse waren, umso stärker war der beruhigende Effekt von Lavendel. Im Churchill Hospital in Oxford wird abends Lavendel in den Patientenzimmern versprüht. Dadurch sind nächtliche Unruhe und Schlafmittelverbrauch deutlich zurückgegangen (vgl. Wabner et al.2009, S. 479). Klinische Studien bei Patienten mit Angststörungen zeigten, dass 45 Tropfen Passionsblumenextrakt am Tag nach vier Wochen die gleiche Wirkung wie 30 mg Oxazepam am Tag haben. Ebenso zeigte sich, dass 80 mg konzentriertes Lavendelöl nach 6 Wochen eine bessere Wirkung als 0,5 mg Lorazepam am Tag hat (MMW-Fortschr.Med.Nr.15/2011(153.jg), (vgl. Fischer- Rizzi.2014, S.1), (vgl. Wabner et al.2009, S1-2.).

#### **4.Anwendung der Aromatherapie**

Die Aromatherapie ist ein Teil von Phytotherapie und darf nur von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführt werden, nachdem eine Diagnose gestellt wurde. Bei der Therapie mit unverfälschten ätherischen Ölen und hergestellten Erzeugnissen, können diese über verschiedene Schleimhäute, die Haut und den Geruchssinn aufgenommen werden. Therapeutische Anwendung insbesondere rektale und vaginale Zäpfchen sowie orale Applikationen von Tropfen oder Kapseln gehören ebenfalls zur Therapie (vgl. Deutsch, et al. 2013, S. 14), (vgl. Wabner et al. 2009, S.2). Ätherische Öle sind Arzneimittel und deswegen wird die Aromatherapie durch die Ärzte, Heilpraktiker und die Hebammen durchgeführt. Die Therapie bezieht sich direkt auf die Krankheit. Aromapflege kann durch Gesundheits- und Krankenpfleger/- innen mit der entsprechenden Fort- und Weiterbildung durchgeführt werden. Hier geht es um die Therapieunterstützung, also Grund- und Behandlungspflege, um Symptome zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern (vgl. Deutsch et al.2013, S.14), (vgl. Wabner et al. 2009, S.17). Die klinische Anwendung der Aromatherapie wird in Zukunft unter Anleitung von medizinischen Aromatherapeuten und erfahrenem Pflegepersonal vor allem in Spitälern, Hospizen, Pflegeheimen und über Ordinationen komplementär zur westlichen Medizin erfolgen. Dieses wird zum Beispiel in der Schweiz, Österreich, Italien und Deutschland angewandt (vgl. Deutsch et al.2013, S.14). „Die Aromatherapie sollte keine Wunderheilungen versprechen, nachvollziehbare und überzeugende Wirkungen in vielfältigen Einsatzgebieten, verbunden mit einer unschätzbaren persönlichen Zuwendung, sind jedoch möglich.“ (Steflitsch et al. 2007, S. 77).

„Für die aromatherapeutische Anwendung ist höchste Qualität der ätherischen Öle unabdingbar. Nur genuine (unveränderte) und authentische (definierte Pflanzenart) Öle sollten zur Anwendung kommen.“ (Werner et al. 2006, S. 21). Der Reinheitsgrad von ätherischen Ölen wird durch ein paar Tropfen Öl auf einem Stück Papier überprüft. Ätherische Öle sind keine fetten Öle, deswegen bleiben nur transparente Flecken auf dem Papier. Sollten Fettflecken entstehen, ist es ein Zeichen, dass Öl mit Wasser verdünnt ist. Es ist dann zähflüssig (Baku, I. 2009, S.16).

## **5. Anwendung der Aromapflege**

Der Begriff der Aromapflege ist weniger verbreitet wie die Aromatherapie. Aromapflege ist nicht rechtlich geschützt und auch keine anerkannte Berufsbezeichnung. Die Weiterbildung in der Aromakunde mit einem Abschluss beinhaltet ein Zertifikat mit dem Namen Aromaexperte/ -in. Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben über den Inhalt der Weiterbildung. Die Anwendung und in weiterer Folge die Wirkung der Aromapflege erfolgt ausschließlich über den Geruchssinn und über die intakte Haut. Sie dient der Gesundheitsförderung, sowie dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden und zur Linderung von pflegerelevanten Beschwerden, sowie zur Prophylaxe (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 145ff). Die Aromapflege dient somit der Steigerung der Lebensqualität des Betroffenen zum Beispiel der Verbesserung von Ruhen und Schlafen. Die Aromapflege findet im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich in Österreich (GuKG §14) statt, welche wie folgt definiert ist: „Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.“ (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1997, S. 1285). „Durch die gesetzliche Regelung nach dem GuKG § 64 besteht nun die Möglichkeit, einer Weiterbildung im Bereich der Aromapflege. Die erfolgreiche Absolvierung dieser Weiterbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung, die nach der Berufsbezeichnung in Klammern anzufügen ist.“ (Rieger,U.2010,S.23). Die Pflegeforschung ist in Deutschland ziemlich am Anfang, in der Schweiz und Österreich fortgeschritten. Für wissenschaftliche Studien wird Zeit und Geld benötigt.



Bevor damit angefangen wird sollten finanzkräftige Auftraggeber und Sponsoren gesucht werden, diese spielen die entscheidende Rolle für die Inhalte und Themen der Forschung. In Deutschland wurden auch einige Projektarbeiten durchgeführt, wie zum Beispiel die Projektarbeit in Hamburg 2009, nach dem das Buch „Aromapflege in der stationären Altenpflege“ entstanden ist, oder „Aromapflege -Gezielter Einsatz von ätherischen Ölen im Klinikum Itzehoe“, wo genügend ausgebildete Mitarbeiter auf den Stationen sind. Dort werden regelmäßig in Bezug auf die Aromapflege Schulungen und Weiterbildungen angeboten. Zusätzlich trifft sich die Arbeitsgruppe „komplementärer Pflegemethoden“ zyklisch zum Erfahrungsaustausch. (Stand 2014 (Forster, K. 2009, S.1)). Aromapflege ist ganzheitlich und individuell auf den Patienten bezogen, dient der Pflege, sowie zur Prophylaxe. Darf von geschultem Personal im Krankenhaus angewendet werden oder unter Anleitung und Beobachtung der Aromaexperten. Aromapflege darf nur bei intakter Haut und für das Wohlbefinden über den Geruchssinn genutzt werden. Die Aromaeinreibung ist keine therapeutische Maßnahme. Eine Aromamassage jedoch ist eine Therapie. Eine wichtige Aussage: Aromapflege ist nicht gleichzusetzen mit der Aromatherapie (vgl. Deutsch 2013, S.15/16). Bei einer Anwendung der Aromapflege bei Symptomen sollte es eine schriftliche ärztliche Anordnung geben (vgl. Deutsch 2013, S. 43). Der Unterschied der Aromapflege zur Aromatherapie ist die Dosierung bei der Anwendung. Aromapflege arbeitet mit einer geringeren Dosis bei der Zubereitung eines Aromapflegeproduktes (vgl. Deutsch, 2013, S. 34). Ein vorhandenes Apothekergesetz, sowie eine Kosmetikverordnung, bestimmen die Regelungen zur Herstellung von Aromapflegeprodukten (vgl. Deutsch et al. 2013, S.34). Die Herstellung eines Aromapflegeproduktes aus einem fetten Öl und ätherischen Ölen ist nicht zulässig und berufsrechtlich für die Gesundheits- und Krankenpflege untersagt. Deshalb ist die Herstellung in bestimmten Apotheken vorgeschrieben (vgl. Deutsch et al. 2013, S. 60). Jedoch darf ein ätherisches Öl und ein Emulgator ins Waschwasser hineingegeben und zur zeitnahen Pflege genutzt werden, da das Wasser kein endgültiges Ergebnis darstellt (vgl. Deutsch et al. 2013, S.60).

## **6. Techniken und Aufnahme der ätherischen Öle**

Ätherische Öle werden über die Haut und Schleimhaut sowie über Sinnesorgane bis hin zum zentralen Nervensystem aufgenommen. Die chemischen Strukturen der ätherischen Öle ähneln der Struktur einer menschlichen Zelle. Sie haben die Fähigkeit die

Zellmembran zu durchschreiten und sich dann im Gewebe und Blut zu verteilen. Öle wirken ganzheitlich auf den Körper. Sie wirken körperlich, geistig und seelisch. Gefühle und Erinnerungen werden dadurch auch angesprochen. Der arabische Arzt Avicenna hat geschrieben: „In den Düften wohnt die Seele der Pflanzen, die auf die Seele der Menschen heilsam einwirken kann.“ (Sonn et al. 2004, S. 61). Ätherische Öle sind lipophile (Fett liebend) Bestandteile einer Pflanze. Sie können aus hunderten Bestandteilen zusammengesetzt sein. Deshalb werden sie pharmakologische Vielstoffgemische genannt. Durch die Wasserdampfdestillation einer Pflanze entstehen sehr kleine Moleküle, die fettlösliche und flüchtige (ätherische) Stoffe genannt werden, aus denen die ätherischen Öle und wasserlösliche Stoffe, sogenannte Hydrate, gewonnen werden. Ätherische Öle haben einen intensiven Geruch und einen brennenden Geschmack. Sie sind im Wasser schwer löslich. Deswegen schwimmen sie auf dem Wasser (vgl. Zimmermann 2008, S.1). „In den vergangenen Jahren konnten unterschiedliche Studien belegen, dass rein durch die Massage mit ätherischen Ölen eine Wirkung auf innere Organe nachzuweisen sei.“ (Buchbauer et al. 1992; Jäger et al. 1992; Fuchs et al. 1997). Die direkte Aufnahme ätherischer Öle ist durch Inhalation möglich. Die Wirkstoffe gelangen über die Lunge in den menschlichen Organismus. Die indirekte Wirkung auf innere Organe kann durch das Riechen von Duftstoffen erfolgen. Durch diesen Vorgang gelangen Reize unter anderem zum limbischen System und zum Hypothalamus, welche für die Regulation des vegetativen Nervensystems verantwortlich sind. Unzählige Duftstoffe können die Stimmung des Menschen beeinflussen, glückliche Erinnerungen und Gefühle wachrufen und somit nachhaltig das Wohlbefinden verbessern. Zu diesen Rückschlüssen gelangte Knasko et al. 1990; Knasko 1992; Warren et al. 1993 in den von ihnen durchgeführten Studien. Nicht nur die Nase reagiert auf ätherische Öle, sondern auch viele Zellen in unserem Körper, die über verschiedenen Rezeptoren in der Lage sind, auf Riechstoffe zu reagieren. In der Nase befinden sich mehrere Millionen Riechzellen, die mit unzähligen Rezeptoren bestückt sind und hunderte davon sind nur für eine Dufterkennung zuständig. Die Riechzellen sind ab der 28. Schwangerschaftswoche des Fötus aktiv. Die Muskelzellen der Bronchien und das Herz reagieren ebenfalls auf ätherische Öle und im Jahr 2017 hat das Team der Ruhr-Universität Bochum die Ergebnisse einer Studie veröffentlicht, in denen zu sehen ist, dass die Krebszellen auf bestimmte ätherische Öle stark reagieren. Zum Beispiel wurde gezeigt wie die Darmkrebszellen auf Troenan (Duftstoff von Ligusterblüten)