

Tischversion

Betreuung durch den Hausarzt

Die häusliche Versorgung Sterbender wird heute in erster Linie von Hausärzten zusammen mit Angehörigen/Bekannten und Pflegediensten geleistet. Der Hausarzt sollte die in seiner Region bestehenden Angebote wie **Ambulante Hospizdienste** (AHD; Hospizhelfer) und **Ambulanter Palliativpflegedienst** (APD; hauptamtliche speziell qualifizierte Pflegekräfte, 24h-Rufbereitschaft) kennen und mit ihnen zusammenarbeiten. Ein Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist es, die physische, psychische und soziale Situation der Patienten so zu erhalten, dass der Sterbende in der von ihm gewünschten Umgebung verbleiben kann.

Hospiz

Ein Hospiz ist eine Pflegeeinrichtung, in der Schwerst- kranke in Erwartung des absehbaren Lebensendes betreut werden. Die Patienten bleiben in der Regel bis zum Lebensende dort.

Palliativstation

Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden, die unter ambulanten Bedingungen nicht beherrschbar sind, zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden können.

Palliativversorgung: Teil 3 Terminal- und Sterbephase

Terminalphase - Finalphase

Die Palliativmedizin unterscheidet zwischen einer **Terminalphase**, die sich über Wochen bis Monate erstrecken kann und durch eine zunehmende Beeinträchtigung des Patienten (z. B. Symptomwechsel) gekennzeichnet ist, und der **Final- oder Sterbephase**. Die Sterbephase umfasst die letzten Stunden (selten Tage) des Lebens. **In jeder Phase ist konsequent auf die bestmögliche Schmerztherapie zu achten.**

Mögliche klinische Zeichen: erschwertes Schlucken, Störung der Atmung (Cheyne-Stokes-Atmung, »Röcheln«), Arrhythmien, Blutdruckabfall bis zur Pulslosigkeit, Anurie, Atonie von Blase und Darm, Erlöschen des Muskeltonus und der Nervenreflexe, Bewusstseinsstörung, zunehmende »Facies hippocratica«: fahlgraue Haut, kalter Schweiß auf der Stirn, spitze und blasse kühle Nase, zurückfallendes Kinn. Die Finalphase ist eine dynamische Situation, in der neue Symptome auftreten und bestehende Symptome verstärkt oder vermindert sein können. Dies macht häufig eine Anpassung der Medikation notwendig. Alle nicht benötigten Medikamente sollten abgesetzt und neu aufgetretene, belastende Symptome behandelt werden. Um in der Finalphase Einweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden, sollte für evtl. hinzugezogene Notärzte eine Informationsmappe beim Patienten vorhanden sein (Hinweise zur Indikation, Medikation, Arztbrief, Patientenverfügung, Vollmacht, Telefonnummern, Erreichbarkeit des Arztes).

Subkutane Medikation in der Finalphase (mod. nach Bausewein et al., 2005)

Medikament	Einzeldosis	Indikationen	Bemerkungen
Morphin ¹	2,5-10 mg	Schmerzen, Luftnot	
Scopolamin	0,2-0,4 mg	Schmerzen, Rasseln	alternativ: Butylscopolamin
Midazolam	2,5-10 mg	Angst, terminale Agitiertheit, Epileptische Anfälle	s.c. Gabe möglich, aber nicht zugelassen; alternativ: Diazepam Trpf. bzw. Supp.
Metoclopramid	10 mg	Übelkeit, Erbrechen	s.c. Gabe möglich, aber nicht zugelassen
Haloperidol	0,5-10 mg	Unruhe, Delirium, Übelkeit	s.c. Gabe möglich, aber nicht zugelassen

¹ bei Patienten, die bereits längerfristig mit hohen Opioiddosen behandelt wurden, gegebenenfalls deutlich mehr

Informationsblatt für Angehörige

Was tun, wenn die Medikamente nicht mehr geschluckt werden können?

Diese Situation sollten Sie mit dem Hausarzt besprechen. Meist kann auf einen Teil der Medikamente verzichtet werden.

Kann der Patient verdursten?

Fragen Sie den Patienten, ob er Durst hat. Falls ja, bieten Sie ihm Flüssigkeit an. Ist er nicht mehr in der Lage zu schlucken, sollte das Austrocknen des Mundes verhindert werden. Tragen Sie z. B. mit einem Wattetupfer Butter oder Sahne, auf Wunsch des Patienten auch Kaffee, Bier oder andere Getränke auf die Mundschleimhaut auf. Auch Eisstückchen können gelutscht werden (z. B. gefrorene Säfte, Fruchtstücke wie Ananas). Lippen eincremen nicht vergessen!

Verhungert der Patient?

Für einen Sterbenden ist die Nahrungsaufnahme unbedeutend, er leidet nicht unter Hungergefühl.

Woher kommt das Röcheln, was muss getan werden?

Oft sammelt sich in der Sterbephase Sekret am Kehlkopf oder in den oberen Atemwegen. Durch das Atmen kommt es zu Schwingungen des Sekretes und damit zum »Röcheln«. Oftmals ist es für Sie als Angehörige schwierig, diese Geräusche auszuhalten. Erstickungsgefahr droht nicht. Ein Absaugen ist in der Regel nicht notwendig und nicht erfolgreich. Es ist für den Patienten belastender als das Röcheln selbst. Aktionismus durch Medikamentengabe (Schleimlöser) sind zu vermeiden, da sie dem Patienten keine Linderung bringen. Lagerungsversuche sind meist nicht hilfreich.

Was hilft bei Unruhe des Patienten?

Halten Sie die Hand des Sterbenden und sprechen Sie beruhigend auf ihn ein. Vielleicht möchte er noch Dinge besprechen oder regeln. Versuchen Sie herauszufinden, ob Schmerzen oder Angst bestehen. Falls ja, Bedarfsmedikation anwenden.

Soll der Raum eher hell ausgeleuchtet oder abgedunkelt gehalten werden?

Die Bedürfnisse des Patienten sind ausschlaggebend. Der Wunsch des Patienten nach »mehr Licht« kann Ausdruck für Angst sein.

Dürfen die Fenster oder Türen geöffnet sein?

Das Öffnen von Fenstern oder Türen oder der Einsatz eines Ventilators wird von Patienten oftmals als angenehm empfunden.

Beim Diabetiker: Wie häufig soll der Blutdruck oder Blutzucker gemessen und wie die blutzuckersenkende Medikation angepasst werden?

Es macht keinen Sinn, bei Sterbenden eine Blutdruck- oder Blutzuckermessung durchzuführen mit dem Ziel, Blutdruck und Blutzucker optimal einzustellen. Medikamente oder Insulingaben können häufig reduziert oder sogar abgesetzt werden.

Wie umfassend muss die Pflege/das Windelwechseln/Umbetten eines Sterbenden sein?

Leitgedanke sollte sein, den Patienten nicht unnötig zu belasten. Deswegen sollte man den Wunsch des Patienten respektieren und die Körperpflege nicht erzwingen, sondern auf ein angemessenes Maß beschränken.

Kann der Patient das Umfeld noch verstehen?

Es muss davon ausgegangen werden, dass auch ein anscheinend teilnahmsloser Patient Ereignisse und Gespräche, insbesondere wenn sie sich an den Patienten richten, noch versteht, dass er Berührungen wahrnimmt und sich mit seiner Umwelt beschäftigt. Sprechen Sie möglichst in normaler Lautstärke; beziehen Sie den Patienten in die Gespräche ein, sprechen Sie nicht »über« ihn, spielen Sie ggf. beruhigende Musik, wenn er dies mag.

Der sterbende Patient will meistens nicht allein gelassen werden! Geben Sie Zuwendung und Aufmerksamkeit.