

Tab. 9.1 Reisberg-Skala

Klasse	Leitsymptome
Klasse I	ohne Symptome
Klasse II	Vergesslichkeit
Klasse III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft
Klasse IV	Hilfsbedarf bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens, z. B. Einkaufen
Klasse V	Hilfsbedarf bei der Auswahl von Kleidung
Klasse VI	Hilfsbedarf bei Ankleiden, Baden oder Toilettengang
Klasse VII	Störungen des Sprechvermögens sowie der Mobilität

Therapie und Prophylaxe: In lediglich 10% der Fälle einer demenziellen Entwicklung findet man eine behandelbare Ursache. Maßnahmen zur Förderung der körperlichen und geistigen Aktivität sind prophylaktisch zu empfehlen. Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Risikofaktoren müssen konsequent gemieden und behandelt werden.

9.9.5 Insomnie

Definition: Ein- und/oder Durchschlafstörung, die mit einer verminderten Leistungsfähigkeit und gestörtem Wohlbefinden während des Tages einhergeht und über einen längeren Zeitraum besteht.

Altersphysiologie des Schlafes: Der normale Schlaf unterteilt sich in 2 Phasen: REM-Phase und Non-REM-Phase. Im **Alter** nehmen die **REM-Phasen mit der Gesamtschlafdauer ab**. Dafür **verlängert sich die Einschlaf latenz** und die Wachphasen werden häufiger (>5%).

Einteilung und Ätiologie:

- **Primäre Insomnien** sind z. B. **psychoreaktiv-situativ** und können durch Umgebungsfaktoren und psychische Belastungen bedingt sein.
- Bei einer **sekundären Insomnie** lassen sich **organische oder psychiatrische Krankheitsursachen** nachweisen.

Therapie: Bei einer medikamentösen Therapie sind die altersphysiologischen Organveränderungen zu beachten. So können bei Einschlafstörungen sog. Nicht-Benzodiazepine (= Benzodiazepin-ähnliche Substanzen) gut zum Einsatz kommen, da sie nur kurz wirksam sind und keinen „Hangover“ verursachen. Bei Durchschlafstörungen können vorübergehend (!) auch **Benzodiazepine** eingesetzt werden, diese sind jedoch nicht zur dauerhaften Therapie geeignet. Seit einiger Zeit steht zur Therapie der primären Insomnie ein **Melatonin-Agonist** zur Verfügung.

Zu den nichtpharmakologischen Therapiemöglichkeiten zählen **Verhaltenstherapien**, **Schlafrestriktion** tagsüber sowie die Schaffung **schlaffördernder Umweltbedingungen** und **Entspannungstechniken**.

Bei sekundären Insomnien steht die **Therapie der Grunderkrankung** im Vordergrund.

9.9.6 Iatrogene Probleme im Alter

Insbesondere die Polymedikation (S.59) spielt bei alten Menschen eine große Rolle. Unter anderem aufgrund der altersbedingt veränderten **Pharmakokinetik** (S.59) und der **Arzneimittelinteraktionen** ist ein sorgfältiges **Medikamentenmanagement** essenziell.

Aufgrund ggf. bestehenden Frailty-Syndroms (S.65) treten einige unerwünschte Wirkungen, z.B. ein erhöhtes Sturzrisiko oder ein Delir, gehäuft auf.

IMPP-Fakten



! Der **Dekubitus Grad 4** ist gekennzeichnet durch einen **Verlust aller Hautschichten oder Gewebeverlust**.

! **Behandlung und Prophylaxe eines Dekubitus:** Entlastung der betroffenen Körperteile (Ferse schwebend hochlagern, Lagerung auf Wechseldruckmatratze).

10 Palliativmedizin

10.1 Begriffsklärungen und Grundlagen

Während die moderne Medizin in erster Linie kurativ ausgerichtet ist, hat die Palliativmedizin (lat. palliare: mit einem Mantel bedecken) das Ziel, Patienten mit unheilbaren Erkrankungen vor physischem und psychischem **Leiden zu schützen**.

10.1.1 Definition und Konzept

Definition: Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, seelischer, sozialer oder spiritueller Natur (WHO, 2002).

Der im englischen Sprachraum verwendete Ausdruck **„Palliative Care“** umfasst per se nicht nur die ärztliche Berufsgruppe, sondern auch die übrigen Berufsgruppen im Behandlungsteam. Dies gilt auch für den im deutschen Sprachgebrauch etablierten Begriff **„Palliativmedizin“**.

Dabei ist jedoch der Begriff „Palliativmedizin“ als umfassendes Betreuungskonzept zu unterscheiden von dem Begriff **„palliative Therapie“**.

Merke: Unter „Palliativtherapie“ versteht man die Behandlung von nicht kurativ zu behandelnden Erkrankungen (z. B. durch Chemotherapie oder Bestrahlung) eines unheilbar erkrankten Patienten. Dabei schließt die palliativmedizinische Betreuung eine palliative Therapie nicht grundsätzlich aus, aber das Ziel der Palliativmedizin ist in erster Linie die Lebensqualität, während eine palliative Therapie in der Regel die Lebensverlängerung zum Ziel hat.

Im Hinblick auf die Begriffe gilt also

- **krankheitsorientierte** Behandlung für die Palliativtherapie
- **symptomorientierte** Behandlung für die Palliativmedizin.

10.1.2 Der palliativmedizinische Patient

Menschen, die in der Palliativmedizin betreut werden, sind i. d. R. nicht alt, abgeklärt und lebenssatt, sondern sie sind häufig durch eine schwere Erkrankung mitten aus ihrem Leben herausgerissen und damit konfrontiert, dass sie ihre bisher gesetzten Lebensziele nicht mehr erreichen können, sondern sich mit dem bevorstehenden Ende ihres Lebens auseinandersetzen müssen. Neben den mit der Erkrankung häufig einhergehenden körperlichen Symptomen und Schmerzen werden in dieser Situation oft auch psychosoziale Fragestellungen akut, verbunden mit emotionalen Schmerzen und existenziellen Sinnfragen.

Palliativmedizin bedeutet jedoch nicht ausschließlich Behandlung am Lebensende („**End-of-Life Care**“). Für viele Menschen kann sie zu einem erheblich früheren Zeitpunkt im Verlauf ihrer Erkrankung eine große Hilfe sein.

10.1.3 Familie und Zugehörige

Krankheit und Sterben schließen die Familie ein. Die WHO benennt die Betreuung der **Zugehörigen** (= alle dem Patienten nahestehenden Personen) **vor und nach dem Tod** eines Patienten ausdrücklich als Aufgabe im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung. Dahinter verbirgt sich der (systemische) Ansatz, Patienten nicht als Solisten zu betrachten, sondern als **Teil dynamischer Beziehungssysteme** miteinander verbundener Menschen, die wechselseitig aufeinander reagieren und sich gegenseitig in ihrem Erleben und Handeln beeinflussen. Solche sozialen Systeme sind in erster Linie die eigene Familie, die Herkunftsfamilie, aber auch das Berufssystem, das Freizeitsystem u. a.m.

10.1.4 Das multiprofessionelle Betreuungsteam

Sterben ist mehr als ein körperliches Ereignis. Durch den **multi- und transdisziplinären Betreuungsansatz** von Palliative Care wird die Aufmerksamkeit auf das ganze Spektrum menschlicher Bedürfnisse gerichtet. Ärzte, Pflegendende, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychotherapeuten, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, andere Körpertherapeuten sowie Angehörige anderer Berufsgruppen und ehrenamtliche Helfer bringen ihre unterschiedlichen Sichtweisen und Kenntnisse ein, um eine hochwertige und komplementäre Betreuung zu gewährleisten. Ziel ist die **Schaffung und Erhaltung der Lebensqualität und Autonomie** für den sterbenden Menschen und seine Zugehörigen.

10.1.5 Chancen und Herausforderungen

Das Besondere der palliativmedizinischen Betreuung liegt im offenen Umgang mit den häufig tabuisierten Themen Sterben und Tod. Durch den häufig langen Krankheitsverlauf bleibt den Patienten Zeit, sich **mit dem nahenden Tod auseinanderzusetzen**. Dabei hängt es von dem individuellen Leben und der Persönlichkeit ab, wie diese Zeit empfunden und genutzt wird und ob diese Auseinandersetzung zur Integration der letzten Lebensphase in das „Lebensganze“ führen kann.

Für die Betreuenden bedeutet die Konfrontation mit Sterben und Tod, dass sie immer wieder eine eigene Haltung zu diesen existenziellen Themen entwickeln müssen.

10.1.6 Interdisziplinäre Schnittstellen und Kooperationen

Palliative Care kann nur gelingen, wenn die **involvierten Berufsgruppen konstruktiv und gleichberechtigt zusammenarbeiten**. Grundlage ist eine **offene Kommunikation** auf der Basis einer kontinuierlichen Selbstreflexion über den eigenen Umgang mit Themen wie Sterben und Tod.

Auf diese Weise entsteht ein auf den Patienten zugeschnittenes **Netzwerk** mit dem Ziel, auch die Übergänge von ambulanter in stationäre Versorgung und umgekehrt so wenig belastend wie möglich für den Patienten und die Zugehörigen zu gestalten.

10.2 Organisationsformen

„**Hospiz**“ bezeichnet Strukturen, in denen Schwerkranke und Sterbende an ihrem Lebensende bedürfnisorientiert versorgt und begleitet werden können.

In Deutschland ist ein **Zweisäulenmodell** von Hospiz- und Palliatividee nebeneinander entstanden.

Hospizinitiativen: Neben dem Angebot von Sterbe-, Angehörigen- und auch Trauerbegleitungen gehören die (Sozial-)Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie das Bemühen um Öffentlichkeitsarbeit zur Tätigkeit ambulanter Hospizdienste.

Die **Palliativstation** ist eine Abteilung in oder an einem Krankenhaus. Sie ist spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten.

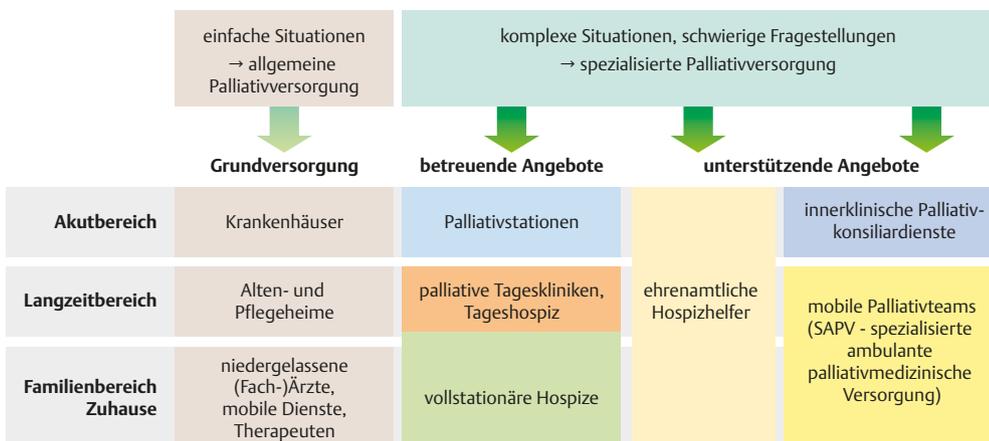


Abb. 10.1 Palliativmedizinische Versorgungs- und Organisationsstrukturen. (nach ÖBIG 2006) [Quelle: AILEx – Alles fürs Examen, Thieme, 2014]

10.2.1 Palliativmedizinische Konsiliardienste

Durch interdisziplinäre palliativmedizinische Konsiliardienste können Ziele und Inhalte einer **qualifizierten Palliativbetreuung** auch **außerhalb von Palliativstationen** umgesetzt werden, so dass auch jene Patienten eine adäquate Schmerztherapie, Symptomkontrolle und psychosoziale Betreuung erhalten, die nicht auf eine Palliativstation aufgenommen werden müssen oder können. Darüber hinaus bringen palliativmedizinische Konsiliardienste ihre Erfahrungen im Umgang mit unheilbar kranken und sterbenden Menschen in den Regelbetrieb eines Krankenhauses ein und bieten **Fortbildungs-** und **Beratungsmöglichkeiten** für primärversorgende Ärzte.

Der Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ gilt auch und gerade in der Palliativmedizin. Deswegen kann und soll Palliativmedizin nicht nur von spezialisierten Palliativmedizinern, sondern auch z. B. vom betreuenden Hausarzt praktiziert werden.

10.3 Therapeutische Prinzipien

10.3.1 Überlegungen zum Vorgehen

Die Frage, ob eine kausale, aber vielleicht belastende Diagnostik und Therapie eingeleitet wird oder ob der Schwerpunkt auf alleiniger symptomatischer Behandlung liegt, stellt sich grundsätzlich in allen Bereichen der Palliativmedizin.

Das primäre Behandlungsziel ist die **Symptomkontrolle**. Entscheidend ist, ob Ursachen möglicherweise reversibel sind und der Patient von der Wirkung einer Maßnahme profitiert oder ob er nur die Belastungen durch die Behandlung zu tragen hat.

Es gelten dennoch für die Schmerz- und die Symptombehandlung einige **Grundprinzipien**.

So kann ein Symptom nur dann gut behandelt werden, wenn es erfasst wird. In der Gesundheitsversorgung wird i. d. R. gewartet, bis ein Patient ein Symptom beklagt. In der Palliativmedizin werden absehbare Symptome **im Vorhinein abgefragt**, um entsprechend reagieren zu können. Ein erfasstes Symptom sollte hinsichtlich der pathophysiologischen Ursache analysiert und dadurch gezielt behandelt werden. Für die Anpassung der Dosis muss ein Symptom regelmäßig **re-evaluiert** werden. Die Palliativmedizin erfasst, analysiert und behandelt Symptome auch auf psychischer Ebene. Das Ziel ist eine Behandlung im Sinne der **Total Care**.

10.3.2 Symptomatische Therapie

Definition: Ein Symptom ist das, was der Patient als solches beschreibt. Das bedeutet, ein Symptom ist zunächst die subjektive Beschreibung einer Befindlichkeit, die durch Außenstehende u. U. nicht oder nur teilweise objektiviert werden kann, die aber dennoch ernst genommen werden muss.

Palliativmedizinische Patienten leiden neben den Schmerzen häufig gleichzeitig an zahlreichen anderen Symptomen. Wie auch beim Schmerz gilt: Je besser deren Ursache verstanden wird, desto besser gelingt die Behandlung. Entscheidend für die Einleitung einer (auch nur symptomatischen) Therapie sind der Leidensdruck des Patienten und dessen Therapiewunsch.

Merke: Das bedeutet auch: Wenn ein Symptom den Patienten nicht belastet, muss es nicht zwangsläufig behandelt werden.

Entscheidend ist die Formulierung eines **Therapiezieles**. Nicht in jedem Fall ist vollständige Symptomfreiheit realistisch. Häufig wird deshalb zunächst eine Symptomverbesserung angestrebt.

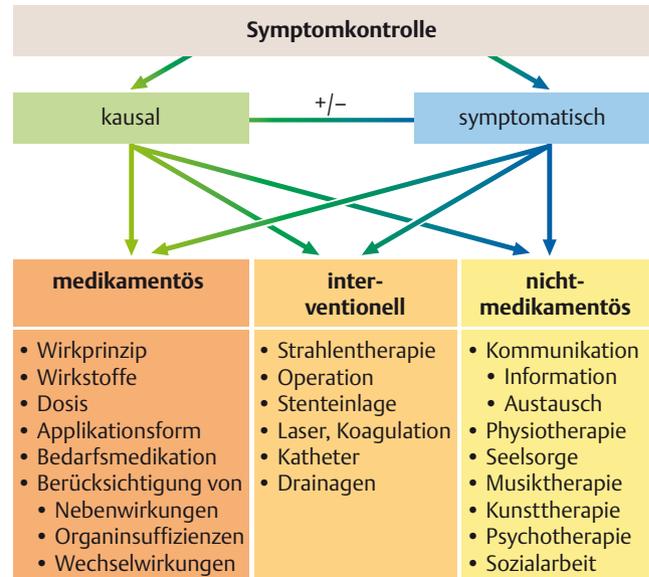


Abb. 10.2 Möglichkeiten zur Symptomkontrolle. [Quelle: AllEx – Alles fürs Examen, Thieme, 2014]

10.3.3 Schmerztherapie

Die meisten palliativmedizinischen Patienten leiden an Schmerzen. Grundsätzlich gilt in der Palliativmedizin

- möglichst einfache Schmerztherapie
- regelmäßige Einnahme nach festem Schema
- individuelle Dosierung und kontrollierte Dosisanpassung
- antizipatorische Gabe der Analgetika (regelmäßig, nicht erst wenn Schmerzen auftreten)
- Prophylaxe von Nebenwirkungen (v. a. Übelkeit und Obstipation)
- Behandlung der Durchbruchschmerzen: schnell wirksame Reservemedikamente (Opioide) werden bedarfsweise für Schmerzen gegeben, die trotz regelmäßiger Dauertherapie gelegentlich zusätzlich auftreten.

Die Richtlinien besagen, dass die Schmerztherapie so einfach gestaltet werden soll, dass die Lebensqualität des Patienten nicht zusätzlich eingeschränkt wird. So sollen anstelle von Spritzen und Schmerzkathetern orale Medikamente bevorzugt werden. Das Dosierungsintervall soll anhand der Wirkdauer der eingesetzten Präparate nach einem festen Zeitschema festgelegt werden. Der Schmerz soll gleichmäßig über den ganzen Tag behandelt werden. Die WHO empfiehlt ein dreistufiges Schema zum Einsatz von Schmerzmitteln bei zunehmender Schmerzintensität. Mehr dazu in der Schmerztherapie.

Praxistipp: Vor Beginn der medikamentösen Schmerztherapie sollte stets geprüft werden, ob nicht eine Möglichkeit zur Schmerzreduktion vorhanden ist (z. B. Operationen, Punktion oder Bestrahlung).

10.4 Symptommanagement

10.4.1 Gastrointestinale Symptome

Übelkeit und Erbrechen: Etwa 40–70% aller Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen leiden an Übelkeit und/oder Erbrechen. Wichtige **nicht-medikamentöse Maßnahmen** sind z. B. Absetzen nicht benötigter Medikamente, Beseitigung von Geruchsbelästigung, Ernährungsumstellung, Schaffen einer ruhigen Umgebung, Ausspülen des Mundes nach dem Erbrechen und Entspannungsverfahren.

Die **medikamentöse Therapie** richtet sich nach der Ursache: Bei gastral Stase, funktioneller Obstruktion oder auch Gastritis ist Metoclopramid Mittel der ersten Wahl. Liegt eine echte Obstruktion vor, dürfen keine Peristaltik-fördernden Wirkstoffe gegeben werden, sodass Haloperidol oder Dimenhydrinat zum Einsatz kommen. Für metabolisch-toxische Ursachen kommen Neuroleptika in Frage, bei Hirndrucksymptomatik Dexamethason und Dimenhydrinat.

Obstipation: Von Verstopfung sind bis zu 90% der Patienten, die mit stark wirksamen **Opioiden behandelt** werden, betroffen. Ursache können auch **Inaktivität oder Mangelernährung** sein. Für die Opioid-induzierte Obstipation gilt: **Prophylaxe** ist die beste Therapie. Neben Allgemeinmaßnahmen sind Mittel der ersten Wahl osmotische Laxanzien (z. B. Macrogol) nach Bedarf in Kombination mit stimulierenden Laxanzien (z. B. Natriumpicosulfat).

Diarrhö: betroffen sind etwa 10% der Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und 50% der Patienten mit AIDS.

Allgemeine Therapiemaßnahmen sind Anpassung der Ernährung, Flüssigkeits- und Elektrolytausgleich, Absetzen der nicht zwingend notwendigen Medikamente, gute Analpflege.

Medikamentös können u. a. Opiode zur Hemmung der Peristaltik, Absorbenzien, Gallensäurebinder oder Pankreasenzyme gegeben werden. Bei strahleninduzierter Diarrhö sind Steroide angezeigt. Octreotid bei Karzinoid und Fisteln, Metronidazol oder Vancomycin bei pseudomembranöser Kolitis.

Maligne intestinale Obstruktion: Betroffen sind über 40% der Patienten mit fortgeschrittenen intraabdominellen Tumoren.

Die Symptome sind je nach Lokalisation von unterschiedlicher Intensität und bestehen aus Übelkeit und **Erbrechen, Schmerzen** und **Obstipation** mit Stuhlverhalt. Weitere: Völlegefühl, Sodbrennen, Schluckauf, Dyspnoe, Meteorismus, abdominelles Spannungsgefühl, Aszites.

Das **therapeutische Vorgehen** ist abhängig von der Lokalisation und vorhandenen Darmdurchgängigkeit:

- **operative Therapie:** Resektion der Engstelle mit End-zu-End-Anastomose, Bypass-Operation, Stoma-Anlage; endoskopisch/interventionell: Rekanalisation
- **konservative Maßnahmen:** Behandlung der Symptome (z. B. Opiode gegen die Schmerzen), Rehydratation und Elektrolytausgleich.

Aszites: Einem Aszites liegt in 80% der Fälle eine Leberzirrhose zugrunde, in ca. 10% eine Tumorerkrankung.

Therapeutisch sind Schmerzmedikation, Natriumrestriktion, Flüssigkeitsrestriktion, Diuretika indiziert. Bei Verdacht auf einen **infizierten Aszites** umgehend antibiotische Therapie über mindestens 5 Tage. Gegebenenfalls **systemische Chemotherapie**.

In der palliativmedizinischen Situation ist stets der Nutzen einer Chemotherapie gegen ihre toxischen Effekte abzuwiegen. Bei ausgeprägtem Aszites ohne Verbesserung durch konservative Maßnahmen können **interventionelle Methoden** indiziert sein.

10.4.2 Respiratorische Symptome

Dyspnoe: 20–80% aller Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen.

Neben allgemeinen Maßnahmen (Frischlufzufuhr, Oberkörper hochlagern, den Patienten beruhigen, Atemtherapie und Entspannungsverfahren) werden als **medikamentöse Basistherapie Opiode** (z. B. Morphinsulfat) eingesetzt. Sie bewirken eine Verminderung der Atemnot durch Senkung der erhöhten Atemfrequenz. Die weitere medikamentöse Therapie ist abhängig von der Ursache der Atemnot.

Interventionelle Therapien können zur Reduktion der „Tumormasse“, zur Beseitigung tracheobronchialer Stenosen oder zur Behandlung von Pleuraergüssen (S. 69) eingesetzt werden.

Pleuraerguss: bei 30–50% der fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, v. a. Lungen- und Mammakarzinom.

Nachweis über Sonografie oder Röntgenbild. Eine Punktion kann zur Entlastung führen.

Zur Therapie muss die Ursache abgeklärt werden.

Hämoptoe (Bluthusten): Bei Vorliegen einer entsprechenden malignen Grunderkrankung bzw. beim ersten Auftreten von **Hämoptysen** ist es angebracht, mit dem Patienten und dessen Angehörigen über Behandlungswünsche und das Vorgehen im **Notfall** (massive Blutungen) zu sprechen und dies ggf. schriftlich festzuhalten. Gleichzeitig sollten direkt behandelbare Ursachen ausgeschlossen werden (z. B. Pneumonie).

Sollte der Patient keine Intervention wünschen bzw. sollten diese nicht durchführbar sein, erfolgt im Notfall bei massiver Blutung ein **symptomlinderndes Vorgehen**:

- Ruhe bewahren
- den Patienten nicht allein lassen
- Lagerung (Seitenlage oder Oberkörperhochlagerung)
- Sedierung zur „Abschirmung“: Anxiolyse mit Benzodiazepinen, bei Dyspnoe gleichzeitig Gabe von Opioiden
- ggf. Absaugen des Blutes
- bei mäßigem Bluthusten: Inhalation mit Epinephrin.

Rasselatmung: Bei ca. 60–90% der Sterbenden, überwiegend in den letzten 72–48 h.

Man geht davon aus, dass die Rasselatmung für den Patienten nicht mit Dyspnoe oder anderen belastenden Symptomen einhergeht. Eine definitive Evaluation ist jedoch nicht möglich, da die Patienten in aller Regel bewusstseinsgetrübt sind, daher engmaschige Beobachtung! Sauerstoffsättigung häufig > 90%.

Das Rasseln kann zunehmend **geräuschvoll** werden und dadurch eine große Belastung für das betreuende Umfeld mit sich bringen. Entscheidend ist die **frühzeitige Information und Aufklärung der Angehörigen**.

Differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen eine dekompensierte Linksherzinsuffizienz mit Lungenödem und eine Pneumonie.

Therapeutisch sind allgemeine Maßnahmen und ggf. medikamentöse Sekretreduktion (z. B. Scopolamin).

10.4.3 Neuropsychiatrische Symptome

Verwirrtheit und Delir: Das Delir ist ein häufiges Symptom bei Palliativpatienten (ca. 30–50%), in den letzten Lebenswochen bis zu 85%. Das akute Delir ist ein **palliativmedizinischer Notfall**. Die **Behandlung** sollte frühzeitig beginnen (hohe Mortalitätsrate). In ca. 50% d. F. ist das Delir reversibel.

- Beseitigung der Ursachen
- Ruhe schaffen, Betreuungskonstanz, personeller Beistand
- medikamentös: Haloperidol (bei nicht ausreichender Wirksamkeit: Risperidon).

Weitere neurologische Symptome: Epileptische Anfälle treten bei ca. 1% der Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung auf, z. B. bei Tumormanifestation im Gehirn, metabolischen Entgleisungen oder medikamentöser Intoxikation. Palliativmedizinisch relevant ist die Unterscheidung zwischen fokalen und primär oder sekundär generalisierten Anfällen.

Die **akute Rückenmarkskompression** ist eine der häufigsten neurologischen Komplikationen von Tumorerkrankungen. Betroffenen sind v. a. Patienten mit intraspinalem Tumorbefall (z. B. bei Lymphomen) oder mit Knochenmetastasen.

Praxistipp: Die **akute Rückenmarkskompression** (Synonym: akuter Querschnitt; Formen: inkomplett oder komplett) ist ein **palliativmedizinischer Notfall** und muss bei Therapiewunsch des Patienten innerhalb von 12 h einer Notfallbestrahlung oder einer neurochirurgischen Entlastungs-OP zugeführt werden. Bereits bei Verdacht wird sofort eine hochdosierte Steroidtherapie eingeleitet (Zeit ist Mobilität!).

10.4.4 Weitere häufige Symptome

Fatigue: betrifft die physische, die affektive und die kognitive Ebene, die pathophysiologischen Hintergründe sind noch weitgehend unbekannt.

- unübliches vermehrtes Müdigkeitsgefühl ohne vorherige körperliche Anstrengung mit extremer Ermüdbarkeit, Schwäche und Kraftlosigkeit
- vermehrtes Schlafbedürfnis ohne Erholung durch Schlaf
- Schlafstörung trotz Müdigkeit
- reduzierte Leistungsfähigkeit führt zu einer Unfähigkeit, die gewohnten täglichen Aktivitäten auszuführen

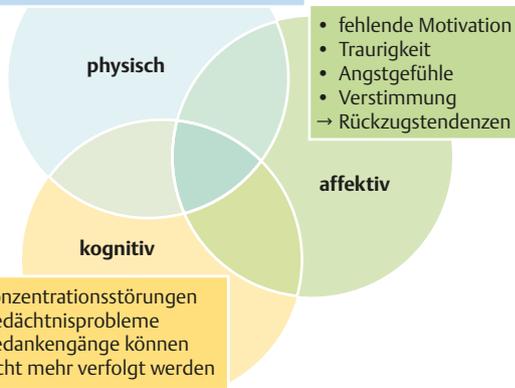


Abb. 10.3 Symptome bei Fatigue. [Quelle: AllEx – alles fürs Examen, Thieme, 2014 (modifiziert nach Glaus, 1999)]

Die Therapie beinhaltet eine Beratung mit Information und Aufklärung über die Erkrankung. Die Symptome werden entsprechend behandelt. Körperliche Aktivität wird angeregt und der Patient erfährt psychologische Unterstützung.

Anorexie-Kachexie-Syndrom (AKS): bei 75% der fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, 40% der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, 25–30% der COPD-Patienten und 15% der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

Folgen sind Kraft- und Funktionsverlust mit zunehmender Einbuße der Mobilität und Selbstständigkeit, Infektanfälligkeit, Dekubitus, Fatigue und zunehmende Begleitsymptome, die wiederum das AKS verstärken.

Zunehmende Appetitlosigkeit und Nahrungsverweigerung können **der natürliche Ausdruck des nahenden Todes** sein. In dieser Situation besteht kein unmittelbarer Behandlungsbedarf der Anorexie/Kachexie.

Die Therapie ist meist symptomatisch. Reversible Ursachen werden kausal behandelt. Zusätzlich Ernährungsberatung, Zusatzernährung und medikamentöse Appetitsteigerung. Wichtig ist, dass kein „Essensdruck“ entsteht, vor allem durch Aufklärung der Angehörigen.

IMPP-Fakten



! Bei Atemnot im Finalstadium sind **Opioide** (z. B. Morphinsulfat) das Mittel der Wahl.

10.5 Betreuung des sterbenden Menschen

10.5.1 Grundlagen

Die Begleitung unheilbar kranker Menschen in der Sterbephase stellt eine besondere Herausforderung dar. Menschen, die dem Tode nahe sind, haben **Bedürfnisse**, die respektiert und berücksichtigt werden sollten.

Für den Einzelnen können diese Bedürfnisse jedoch sehr unterschiedlich sein und sich außerdem im Verlauf wiederholt verändern, weshalb der **fortlaufende Dialog** mit dem Patienten und dessen An- und Zugehörigen unumgänglich ist. Je mehr sich ein Mensch dem Tod nähert, desto schneller können sich sein Zustand und damit die Anforderungen an eine gute Begleitung verändern.

Voraussetzung für eine gute Sterbebegleitung ist, dass der **Sterbeprozess** auch als solcher erkannt wird. Hierzu kann es hilfreich sein, zunächst die Lebensphasen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung in **Stufen** zu betrachten. Nicht immer lassen sich die Phasen voneinander klar abgrenzen.

Tab. 10.1 Letzte Lebensphasen mit einer schweren, unheilbaren Erkrankung. (modifiziert nach Jonen-Thielemann)

Lebensphase	Zeitraum	Zustand des Patienten
Rehabilitationsphase	letzte Monate bis Jahre	weitgehend normales, gesellschaftlich aktives Leben möglich
Präterminalphase	letzte Wochen bis Monate	zunehmende Aktivitätseinschränkung trotz optimaler Symptomkontrolle
Terminalphase	letzte Tage bis Wochen	Bettlägerigkeit, innerer Rückzug, Abschiednehmen, oft Unruhe
Sterbephase (Finalphase)	letzte Stunden bis Tage	Bewusstsein nicht mehr auf die Außenwelt gerichtet

Der Sterbeprozess bringt mit seinen Veränderungen neue Schwierigkeiten in der Begleitung mit sich:

- rasche Veränderungen der Symptome
- Stoffwechseleränderung, Einschränkung von Organfunktionen
- orale Aufnahme von Medikamenten erschwert bis unmöglich
- Kommunikation erschwert bis unmöglich, damit auch die Symptomerhebung
- Unsicherheit und Hilflosigkeit der Angehörigen.

Ein bislang gut funktionierendes Versorgungssystem, z. B. im häuslichen Umfeld, kann in dieser Situation an seine Grenzen kommen.

Praxistipp: Essenziell sind eine gute **Information der Angehörigen** über Veränderungen, die sich beim Sterbenden einstellen können, sowie ein engmaschiger Austausch und häufige Absprachen im Betreuungsteam. Hilfreich ist es auch, mögliche eintretende „**Notfallsituationen**“ zu **antizipieren** und eine **schriftliche Handlungsanweisung** (z. B. für Auftreten von Dyspnoe, Schmerzkrisen, Angst, Delir) zu hinterlegen.

Die **Aufgaben des Betreuungsteams** ändern sich dahingehend, dass die Teammitglieder das Sterben diagnostizieren, die Angst reduzieren, Symptome lindern, dabei wenig „medizinischen Lärm“ verursachen und pathologischer Trauer vorbeugen.

In der Sterbephase sollten alle nicht der Symptomkontrolle dienlichen **Medikamente abgesetzt** werden. Für die beibehaltenen Medikamente ist eine **geeignete Applikationsform** zu finden, da oft eine orale Einnahme nicht mehr möglich ist.

Tab. 10.2 Veränderung der Medikation in der Sterbephase

Vorgehen	Medikament
Medikamente fortsetzen	Schmerzmittel, Medikamente zur Behandlung der Dyspnoe (Opioide, ggf. Benzodiazepine), Antiemetika, Anticholinergika bei Todesrasseln, Medikamente gegen Unruhe, Angst und Verwirrtheit, ggf. Anfallssuppressiva
Medikamente absetzen	Antihypertensiva, Herzmittel, Antidiabetika, Kortikosteroide, Antidepressiva, Thromboseprophylaxe, Antikoagulation, Antibiotika, Diuretika, Laxanzien

Viele Menschen wünschen sich eine **aufrichtige Kommunikation** über den nahenden Tod. Außerdem sollte geklärt sein, an welchem Ort der Patient sterben möchte, durch wen er sich begleitet wissen möchte und ob er besondere Wünsche bezüglich der Bestattung hat. Die in diesem Zusammenhang wichtigen Telefonnummern etc. sollten für alle zugänglich hinterlegt sein.

Praxistipp: Es sind die letzten Tage und Stunden mit dem Sterbenden, die sich in die Erinnerung der begleitenden Angehörigen einprägen und die für die Zukunft einerseits den Trauerprozess beeinflussen, andererseits aber auch den Umgang mit dem eigenen Sterben wesentlich prägen werden.

10.5.2 Flüssigkeitsgabe und Ernährung am Lebensende

In der letzten Lebensphase sind zunehmende Appetitlosigkeit mit Nahrungsverweigerung und wenig Durst oft natürlicher Ausdruck des beginnenden Sterbeprozesses.

Solange die Frage der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr mit dem Patienten selbst besprochen werden kann, ist der **Wunsch des Patienten** entscheidend. Sonst gilt der schriftlich niedergelegte Patientenwille (S. 202).

Praxistipp: In allen Situationen ist die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr am Lebensende individuell zu treffen.

Zur **künstlichen Flüssigkeitsgabe** ist zu bedenken, dass ein sterbender Mensch deutlich weniger Flüssigkeit benötigt. Eine gute **Atemluftbefeuchtung** kann zudem das Austrocknen der Schleimhäute und damit das Durstgefühl verhindern.

Praxistipp: Am Lebensende korreliert das Durstgefühl meist nur mit der Mundtrockenheit und nicht mit der tatsächlichen Menge an zugeführter Flüssigkeit.

Eine parenterale Flüssigkeitszufuhr kann in der Sterbephase zur **Atmungs- und Kreislaufbelastung** mit Sekretzunahme und Ödemen bis hin zum Lungenödem führen.

Die langsame Dehydratation bei Sterbenden wird als **Teil des natürlichen Sterbeprozesses** angesehen. Sie führt zur Reduktion von Ödemen, geringerer Urinproduktion, zunehmender Schläfrigkeit und weniger Sekretbildung. Außerdem reduziert sie über die Ausschüttung von Endorphinen Schmerzen und Leiden.

Bei Auftreten von **belastenden Symptomen** sollte der **Versuch einer Rehydratation** erfolgen. Der Behandlungserfolg muss nach 24–48 h überprüft werden.

10.5.3 Palliative Sedierung

Definition: Einsatz sedierend wirkender Medikamente mit dem Ziel, durch eine Bewusstseinsminderung unerträgliches Leiden bei sonst therapierefraktären Symptomen zu lindern.

Unerträgliches Leid ist „die individuell und subjektiv empfundene Intensität von Symptomen oder Situationen, deren andauerndes Empfinden bzw. Erleben so belastend ist, dass sie von einem Patienten nicht akzeptiert werden kann. Bei nicht verbal kommunikationsfähigen Patienten kann die Einschätzung von Angehörigen und/oder Begleitern zur Beurteilung der Leidensakzeptanz herangezogen werden“ (Expertengruppe EAPC).

Therapierefraktär sind „Symptome, bei denen alle Behandlungsmöglichkeiten unter Einsatz kompetenter interdisziplinärer Palliativmedizin versagt haben oder bei denen gezielte palliative Maßnahmen nicht innerhalb eines annehmbaren Zeitrahmens zum Einsatz kommen können bzw. die unter Berücksichtigung der Lebenssituation und des Erkrankungszustandes nur unter nicht zumutbaren Belastungen behandelt werden könnten“.

Indikation: Indiziert ist die palliative Sedierung, wenn zuvor **alle palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten mit ausreichender Kompetenz eingesetzt wurden** und im Behandlungsteam, mit dem Patienten und dessen Zugehörigen der Konsens über die Einleitung einer Sedierung besteht.

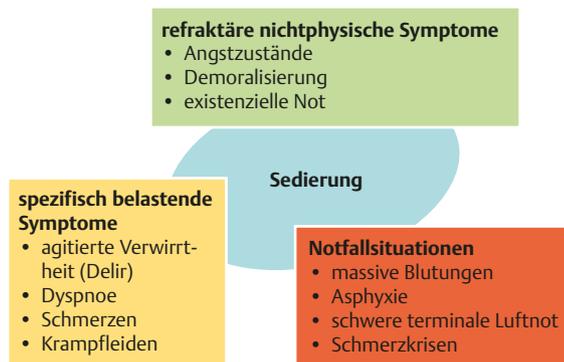


Abb. 10.4 Palliative Sedierung. Zusammenfassung möglicher Indikationen zur Einleitung einer palliativen Sedierung. [Quelle: AllEx – Alles fürs Examen, Thieme, 2014]

Problematische Anwendungen: Die palliative Sedierung muss mit äußerster Sorgfalt abgewogen, geprüft, besprochen und dokumentiert werden. Vor allem auszuschließen sind z. B.:

- missbräuchliche Anwendung
- ungerechtfertigte Anwendung
- ungerechtfertigte Nichtanwendung
- nichtsachgemäße Anwendung.

Darüber hinaus ist es von Bedeutung, ob der Patient selbst **entscheidungs-** und **einwilligungsfähig** ist oder ob es sich um eine **akute Notfallsituation** handelt. Für Letztere sollte möglichst bereits im Vorfeld eine Handlungsanweisung hinterlegt sein.

Vorgehen: Eine Sedierung kann **intermittierend** oder **kontinuierlich** sowie **oberflächlich** oder **tief** erfolgen. Dies wird vorab mit dem Patienten festgelegt. Bei Nicht-Notfällen i. d. R. zunächst intermittierende Sedierung.

Medikamente zur palliativen Sedierungstherapie sind u. a.:

- Benzodiazepine: Midazolam, Lorazepam, Flunitrazepam
- Neuroleptika: Levomeprozepam
- Allgemeinanästhetika: Propofol.

Praxistipp: Die Sedierungstiefe wird **so niedrig wie möglich** gewählt (Symptomkontrolle!). Eine weitere Dosis Eskalation erfolgt nur, wenn die Symptomintensität zunimmt. Deshalb müssen Bewusstseinslage, Symptomlast, Nebenwirkungen und ggf. Vitalfunktionen (Letztere bei Sterbenden nicht zwingend) regelmäßig überwacht und protokolliert werden.

10.6 Psychosoziale Aspekte, Spiritualität

10.6.1 Psychosoziale Aspekte

Hinter dem Begriff „psychosozial“ verbergen sich alle **emotionalen Schmerzen, sozialen Probleme** und **existenziellen Sinnfragen**, mit denen sich Menschen in der Auseinandersetzung mit Fragen des Seins und Daseins konfrontiert sehen. Ganz wesentlich für die Lebensqualität ist die Förderung und Erhaltung psychosozialer Ressourcen des Patienten und der „unit of care“.

10.6.2 Krankheitsbewältigung und Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

Coping in der palliativen Betreuungssituation bedeutet, eine neue Balance zwischen den Erwartungen an das Leben und der Lebensrealität zu finden. Die Bewältigung des Sterben-Müssens impliziert einen Entwicklungsprozess hin zu der Akzeptanz des Unvermeidlichen und einem bewussten Abschiednehmen. Patienten setzen diejenigen (Coping-)Strategien ein, die ihnen vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebensgeschichte zur Verfügung stehen. Das von Elisabeth Kübler-Ross formulierte Modell der **Phasen des Sterbeprozesses** veranschaulicht die Reaktionen, die Patienten in der Auseinandersetzung mit ihrem bevorstehenden Tod zeigen und erleben können.

10.6.3 Kommunikation

Eine gelungene Kommunikation schafft die Basis für die Beziehung zwischen Patienten, Zugehörigen und den Betreuenden.

Praxistipp: Grundsatz in der palliativmedizinischen Betreuung ist der **offene Umgang mit Sterben und Tod**.

Prinzipien der Kommunikation: Basis ist eine empathische, akzeptierende und wertschätzende Haltung des aktiven Zuhörens im Sinne eines „empfindsamen, einführenden Verstehenwollens“ (Rogers), die sich nicht nur in der verbalen, sondern auch in der paraverbalen und nonverbalen Kommunikation ausdrückt.

Inhalte und Ziele der Kommunikation:

Krankheitsverlauf und krankheitsassoziierte Probleme: Auch in der palliativmedizinischen Betreuung müssen immer wieder „schlechte Nachrichten“ überbracht und Fragen zu Problemen beantwortet werden. Das sog. **SPIKES-Modell zur Übermittlung schlechter Nachrichten** kann dabei hilfreich sein:

- **Situation** („setting up the interview“)
- **Patientenwissen** („assessing the patient's perception“)
- **Informationsbedarf** („obtaining the patient's invitation“)
- **Kenntnisvermittlung** („giving knowledge to the patient“)
- **Emotionen ansprechen** („addressing the patient's emotions“)
- **Strategie und Zusammenfassung** („strategy and summary“).

Emotionale Situation des Patienten und der Zugehörigen: In der letzten Lebensphase haben Gespräche (über psychische und soziale Aspekte der Erkrankung) und **zwischenmenschlicher Kontakt** besondere Bedeutung.

Palliative Situation als existenzielle Grenzsituation: Eine kontinuierliche intensive Kommunikation dient dem Betroffenen als Schlüssel zum Verständnis seiner Krankheit und seiner Lebenskrise und stellt umgekehrt für den Begleitenden einen Schlüssel zum Einfühlen in das Erleben des Betroffenen dar.

Patienten haben ein **Recht auf Wahrheit** über ihre Erkrankung und die Prognose. Gleichzeitig gibt es jedoch auch ein **Recht des Patienten auf Nicht-Wissen**. Entscheidend ist die Art und Weise der Übermittlung sowie die Wahrhaftigkeit der Haltung des Arztes/Betreuenden im Kontakt zum Patienten.

Kommunikation mit Zugehörigen: Die Zugehörigen sind eine bedeutende emotionale Stütze der Patienten, aber gleichzeitig selbst großen Belastungen ausgesetzt.

Eine Kommunikation über das Sterben ist nur in wenigen Familien möglich, auch wenn alle Beteiligten von dem bevorstehenden Tod wissen. Gründe dafür sind häufig Angst und Hilf-