

Die letzten Tage und Stunden

Palliative Care für Schwerkranke und Sterbende

Dr. med. Bettina Sandgathe Husebø

Dr. med. Stein Husebø

„Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben. Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können. Was immer in den letzten Stunden eines Mensch geschieht, kann viele bestehende Wunden heilen, es kann aber auch als unerträgliche Erinnerung verbleiben, die den Weg durch die Trauer verhindert.“

Cicely Saunders (22)

Vorwort

Dieses Heft wurde von Dr. med. Bettina Sandgathe Husebø, Chefärztin, und Dr. med. Stein Husebø, Projektleiter verfasst. Beide arbeiten im Bergen Røde Kors Sykehjem (Pflegeheim, des Roten Kreuzes in Bergen) und gehören zu den Ärzten in Norwegen, die sich intensiv mit der palliativen Behandlung, mit der Pflege und der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen befasst haben.

Das Bergen Røde Kors Sykehjem ist mit über 200 Patienten das größte Pflegeheim in Norwegen. Durch die Finanzierung der norwegischen Regierung und des Norwegischen Roten Kreuzes wurde im Mai 1998 unter der Leitung von Stein Husebø das nationale Projekt „Palliative Care für Alte Menschen“ gestartet. – Die Ziele dieses Projektes sind unter anderen einen guten Standard für Palliative Care im gesamten Pflegeheim zu implementieren als Ausgangspunkt und Vorbild für alle Pflegeinstitutionen Norwegens. Wirkmittel für diese große Herausforderung sind Dokumentation, Unterricht und Forschung in diesem Fachbereich.

Als Resultat aus Dokumentation und Forschung erscheint im Herbst 2002 ein Lehrbuch zu dem Thema „Würde im Alter — Palliative Care für alte Menschen“, zunächst in norwegischer Sprache — später auch auf Deutsch. Juni 2000 wurde im Bergen Røde Kors Sykehjem die erste Palliativstation in einem norwegischen Pflegeheim eröffnet. Viele Erfahrungen in diesem Heft rühren von unseren Erlebnissen her, die wir mit unseren Patienten, ihren Angehörigen und unserem Pflegepersonal machen durften. Bereits zwei Jahre nach ihrer Eröffnung, erhielt diese Station die begehrte nationale Auszeichnung „DET NYTTER“, die einmal jährlich durch das Gesundheitsministerium vergeben wird.

Das Thema Sterben und Tod ist derzeit oft mit Tabus belegt. Auch wissen die meisten Menschen wenig über das, was in einem Sterbeprozess geschieht, ebenso wenig über Maßnahmen, die ergriffen werden können, um eventuelle Schmerzen zu lindern.

Das Heft soll eine kurze, einfach zu verstehende Einführung in die Palliativbehandlung sein. Der Stoff ist konkret. Er enthält Tabellen und die üblichen Richtlinien, die bei der Behandlung sterbender Patienten zu beachten sind. Übersichten über empfohlene Medikamente mit Indikation und Dosierung sowie Beschreibungen von Behandlungsmethoden sollen die Behandlung schwerkranker und sterbender Patienten erleichtern.

Das Heft ist für im Gesundheitswesen Tätige geschrieben, die sterbende Patienten pflegen und behandeln. Es ist aber auch für Angehörige wertvoll, die, wenn sie es lesen, Kenntnisse darüber erhalten, was man für den Patienten während der letzten, wichtigen Tage und Stunden tun kann. Die Angehörigen werden dadurch leichter mit dem Pflegepersonal kommunizieren können und es wird einfacher sein, einen Dialog zwischen dem Patienten, dem Pflegepersonal und den Angehörigen zu schaffen.

Die letzten Tage und Stunden - Behandlung, Pflege und Fürsorge am Lebensende

Inhalt

Vorwort

1. Können wir voraussagen, wann der Patient sterbend sein wird?

Wichtige Entscheidungen müssen getroffen werden, ehe es zu spät ist

Die Voraussage ist nicht immer gleich einfach

Wann ist der Patient als sterbend anzusehen?

Höre auf den alten Menschen!

Offene Gespräche tragen zur Sicherheit bei

2. Kommunikation, Information und Ethik

Der Patient sollte dabei sein

Entscheidungen im Namen des Patienten

Die Bedeutung der Patienten-Information

Wenn der Tod nahe bevorsteht

Respekt für den Patienten und für die Angehörigen

Herausforderung

Der Kommunikationsprozess

3. Sterbende Patienten — grundsätzliche Richtlinien

Belastende Symptome werden oft unterbehandelt

Sterbende Patienten — grundsätzliche Richtlinien

4. Die wichtigsten Medikamente — Indikationen und Dosierung

Medikamentenübersicht

Gute Teamarbeit muss etabliert werden

Die Rolle des Pflegepersonals

Morphin

Scopolamin

Dormicum (Midazolam)

Haldol (Haloperidol)

Beispiel für die Anwendung von Medikamenten

5. Symptome und Behandlung

Terminales Herzversagen

Todesrasseln

Terminale Pneumonie (Lungenentzündung)

Dyspnoe (Atemnot) und Tachypnoe (beschleunigte Atmung)

Behandlung von Schmerzen — wichtige Punkte

Unruhe, Angst und Panik

Verwirrtheit und Delir

Fieber

Durst und seine Behandlung mit Flüssigkeit

Wie kann Durst gelindert werden?

Mundpflege

6. Die Würde der Sterbenden und Verstorbenen

Die Erdbeben in unseren Leben

Würde

Es betrifft uns alle

Würde und Fürsorge

Die Würde kann verletzt werden

Die Würde der Toten

7. Zu Hause, im Pflegeheim oder Krankenhaus — was ist am besten?

Statistik

Wenn eine Heilung möglich erscheint

Wenn der Tod unvermeidbar ist

Im Krankenhaus

Im Pflegeheim

Zu Hause

Warum ist es zu Hause am besten?

Grund zum Nachdenken

Literatur

*Wenn Du den Geist des Todes wirklich sehen willst, musst Du Dein
Herz zum Körper des Lebens hin öffnen.*

*Denn Leben und Tod sind eins,
wie der Fluss und das Meer eins sind.*

Aus „Der Prophet“ von Khalil Gibran

Können wir voraussagen, wann der Patient sterbend sein wird?

Wichtige Entscheidungen müssen getroffen werden, ehe es zu spät ist.

Viele sind der Meinung, es sei schwierig vorauszusagen, wann ein Patient sterben wird. Eine solche Beurteilung hat aber eine große Bedeutung. Der Patient und die Angehörigen könnten vorbereitet und wichtige Fragen könnten erörtert werden, während man dafür noch Zeit hat. Entscheidungen über die Priorität verschiedener Behandlungen könnten geklärt werden, während der Patient noch dazu Stellung nehmen kann. Unnötige Behandlungen oder Einweisungen könnten vermieden werden. Der Arzt, der den Patienten und seinen Zustand gut kennt, kann oft zusammen mit dem Patienten, mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal wichtige Zielsetzungen besprechen und wichtige Entscheidungen treffen, ehe es zu spät ist. Es kann ein Plan für palliative Maßnahmen erstellt werden, der optimale menschliche und Schmerz lindernde Maßnahmen während der letzten Zeit gewährleistet. Nicht zuletzt kann Angehörigen, die glauben, sich aus Zeitgründen nicht dauerhaft bei dem Kranken aufhalten zu können, die außerordentliche Wichtigkeit der letzten Tage und Stunden vor Augen geführt werden.

Die Voraussage ist nicht immer gleich einfach.

Einige Diagnosen und Krankheitsentwicklungen geben eine gute Grundlage ab für die Voraussage, dass ein Patient bald sterben wird. Eine solche Vorhersage ist bei vielen Krebsdiagnosen möglich. Die Lage ist aber schwieriger bei anderen ernsthaften chronischen Leiden. Viele, die an Herz-, Lungen- und Nervenkrankheiten leiden, erleben viele Jahre mit abnehmender Gesundheit und großen Beschwerden, ehe sie sterben (8). Sie können auch Perioden mit lebensbedrohlichen Komplikationen überleben, bevor der Tod eintritt.

In der Tabelle finden Sie einige grundlegende Hinweise, die Ihnen zeigen können, ob ein Patient sterbend ist.

Wann ist der Patient als sterbend anzusehen?

1. Wenn er:

- an einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose leidet -
- mehr bettlägerig und extrem geschwächt ist -
- mehr verwirrt oder bewusstlos ist -
- immer weniger Interesse für Essen und Trinken aufbringt -
- immer weniger Interesse für seine Umgebung und sein Leben zeigt
- eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen hat.

2. Wenn ein Arzt, der den Patienten und seinen Zustand genau kennt, gemeinsam mit dem Pflegepersonal der Meinung ist, dass der Tod nahe bevorsteht.

Wenn die meisten oder alle Voraussetzungen in den Punkten 1 und 2 erfüllt sind, überwiegt die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient im Laufe der nächsten Stunden, Tage oder Wochen sterben wird.

- Eine solche Beurteilung sollte an die Angehörigen und das Pflegepersonal (und möglichst an den Patienten) vermittelt werden.
- Entscheidungen über mögliche Behandlungen oder deren Einstellung sollte der verantwortliche Arzt in jedem einzelnen Fall in der Krankengeschichte des Patienten dokumentieren.
- Bei Änderungen im Zustand des Patienten können/sollten frühere Beurteilungen revidiert werden.

Höre auf den alten Menschen!

Alte Menschen sind oft auf ihren bevorstehenden Tod vorbereitet. Gedanken über ein bevorstehendes Ende des Lebens sind ihnen nicht fremd. Wenn Angehörige, der Arzt oder das Pflegepersonal sich Zeit nehmen, ihren Gedankengängen zu folgen, werden sie oft über das sprechen, was ihnen wichtig erscheint, bevor das Leben zu Ende geht. Sehr viele dieser Menschen fürchten den Tod nicht. Sie haben das Empfinden, dass sie zu jemandem „nach Hause kommen können“.

Offene Gespräche tragen zur Sicherheit bei (9,13).

Lange waren Fragen Todes mit Tabus belegt; sie waren etwas, über das man nicht sprechen sollte. Ärzte, die vom Patienten oder Angehörigen gefragt wurden „Wie lange dauert es noch?“ – haben oft nur unklare oder keine Antworten gegeben. Wir erleben aber, dass offene vorbereitende Gespräche über Leben und Tod in hohem Maß zur Sicherheit und zur Reduktion der Angst beim Sterbenden beitragen. Die Kunst besteht darin, zu ermitteln, welche Fragen für den einzelnen Patienten und seine Angehörigen in den verschiedenen Phasen seines Lebens und seiner Krankheitsentwicklung wichtig waren. Darüber hinaus ist der Mut aufzubringen, sich hinzusetzen und zuzuhören, wenn der Sterbende das Bedürfnis hat, über schwierige ihn betreffende Themen zu sprechen.

2 Kommunikation, Information und Ethik (13,21)

Der Patient sollte dabei sein

Sowohl der Patient als auch die Angehörigen fragen oft (wenn wir zuhören, was sie sagen und selbst nicht sagen): „Wie lange dauert es noch?“ Manchmal wollen sie eine konkrete Antwort, manchmal ist dies eine Art zu kommunizieren. Wenn der Patient in dieser Situation bei vollem Bewusstsein ist, sollte er an solchen Gesprächen teilnehmen. Die Hauptregel für derartige Gespräche ist, dass keine wichtigen Informationen über den Patienten diskutiert werden, ohne dass der Betreffende anwesend ist, es sei denn, er habe deutlich signalisiert, dass er nicht wünsche, an einem solchen Gespräch teilzunehmen.

Entscheidungen im Namen des Patienten

Es können schwierige Situationen entstehen, wenn der Patient aufgrund herabgesetzten Bewusstseins oder von Demenz nicht mehr im Stande ist, ein Verhältnis zu wichtigen Fragen zu gewinnen oder wichtige Entscheidungen in Bezug auf seine eigene Zukunft zu treffen. Dann muss jemand im Namen des Patienten diese Entscheidungen treffen. Wer dieser „jemand“ ist, hängt von der individuellen Situation ab. Viele ältere Menschen haben nahe Angehörige, die uns kompetente Auskunft geben können, was der Patient in seiner gegenwärtigen Lage gewünscht, welche Absicht er möglicherweise geäußert hätte. Auch das Pflegepersonal kann vielleicht gute Kenntnisse über das Leben des Patienten und seine möglichen Erwartungen gewonnen haben. Die Verantwortung freilich für Entscheidungen über durchzuführende oder nicht durchzuführende Behandlungen wird immer beim Arzt liegen.

Die Bedeutung der Patienten-Information

Wenn mehrere Behandlungsangebote vorliegen, hat der Patient sich für die eine oder andere zu entscheiden. Dabei hängt seine Wahl oder die seiner Angehörigen letztlich von den Informationen ab, die sie erhalten. Der Informierende bekommt dadurch die Möglichkeit, die Wahl entscheidend zu beeinflussen und den Patienten möglicherweise vor Fehlentscheidungen zu schützen.

Wenn der Tod nahe bevorsteht

Kommunikation muss nicht immer bedeuten, dass alle Wahrheiten oder Botschaften zu vermitteln sind. Der Patient und seine Angehörigen müssen nicht unbedingt „aufgerüttelt“ werden, damit sie verstehen, dass der Tod nahe bevorsteht. Viel wichtiger ist es, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, Fragen und Gedanken auszutauschen, jedem die Möglichkeit zu geben, ihn Bedrängendes zur Sprache zu bringen. Gleichwohl muss es das Ziel solcher Gespräche in den letzten Tagen und Stunden eines Menschen sein, ihm, seinen Angehörigen und auch dem Pflegepersonal zu verstehen zugeben, dass ein Leben zu Ende geht. Nur so kann erreicht werden, dass Ängste und Qualen gelindert werden und dass ein Mensch sein Ende in Würde und Integrität besteht.

Respekt für den Patienten und für die Angehörigen

Entnehmen Sie dem folgenden Beispiel, welche wichtige Rolle die Kommunikation spielt:

Eines Abends kam ein Telefongespräch vom Dienstzimmer im Pflegeheim...

„Frau Pedersen röchelt, die Temperatur ist 38,9. Ihr Mann ist hier; er will, dass wir Antibiotika geben.“

Frau Pedersen ist bereits seit einigen Jahren Patientin auf einer unserer Demenzstationen. Sie ist vollständig dement, außerstande sich mitzuteilen. Im Laufe des letzten Jahres hat sich die Situation bedeutend verschlechtert, sowohl was die Demenz als auch den Allgemeinzustand betrifft. Ihr Mann gehört zu denen, die mitmachen. Er kommt jeden Tag und zeigt Fürsorge für sie, auch für die Nachbarpatienten und das Pflegepersonal.

– Dies wird keine leichte Aufgabe, dachten wir – er kümmert sich so viel um seine Frau, er wird wohl Behandlung um jeden Preis verlangen.

Als wir im Krankenhaus ankommen, ist der Ehemann noch dort. – Es ist „Lungenentzündung“, sagt er. – „Sie können eine Anstellung bei uns bekommen,“ sage ich, „was sollten wir ohne Sie tun?“

Ich untersuche die Patientin. Es ist nicht möglich, mit ihr Kontakt zu bekommen. Ohne Zweifel: doppelte Lungenentzündung. Draußen im Dienstzimmer wartet der Ehemann: – „Was habe ich gesagt,“ sagt er, nachdem er meine Beschreibung der Lage gehört hat. Dann fährt er fort: – „Wir geben Antibiotika, Husebø.“

Ich atme einige Male durch. Das ist eine gute Technik, um Zeit zu gewinnen. Ohne Zweifel hat Pedersen seine Frau sehr gern. Ihr Gesundheitszustand hat sich während der letzten Monate stufenweise erheblich verschlechtert. Welche ist jetzt die richtige Entscheidung? Wie kümmern wir uns am besten sowohl um Herrn wie um Frau Pedersen? Es ist klar, dass er einen maximalen Einsatz wünscht, damit seine Frau am Leben bleibt. Was ist zu tun?

– „Ja,“ sage ich, „die eine Möglichkeit ist es, Antibiotika zu geben. Das ist die eine Seite.“

– „Wie meinen Sie, gibt es andere Möglichkeiten? Wie sieht die andere Seite aus?“

– „Reden wir bitte etwas darüber,“ setze ich fort. – „Sie kennen Ihre Frau besser als ich. Sie haben sie treu begleitet im Laufe der letzten Jahre. Was glauben Sie, hätte Ihre Frau sich in ihrer jetzigen Situation gewünscht?“

Nach einer Pause sagt er: – „Meine Frau war eine starke und stolze Person. So wie es ihr jetzt geht, so hätte sie es nie haben wollen....Meine Frau hätte gebeten, dass es zu Ende gehen muss.“ Nach einer neuen Pause setzt er fort: – „Aber wird sie keine Schmerzen haben, wenn sie keine Antibiotika bekommt? Ist es nicht eine schreckliche Art zu sterben?“

– „Früher nannte man Lungenentzündung Freund der Alten“ antworte ich. – „Früher oder später kommt das Lebensende, gleichgültig welche Anstrengungen wir unternehmen, damit der Patient am Leben bleibt. Es ist nicht so, dass demente Menschen nichts mehr wert sind, im Gegenteil. Ihre Frau war aber

lange in einem schlechten Zustand, und nichts deutet darauf hin, dass es besser wird. Die Beschwerden, die sie eventuell ohne Antibiotika bekommt, diese Beschwerden können wir gut lindern, mit Hilfe von anderen Maßnahmen oder Medikamenten. Aber, was glauben Sie, wäre gut für sie?“

– „Ich denke...“, antwortet er, – „dass es für sie eine große Erleichterung wäre, wenn sie jetzt aus der Welt ginge. Haben Sie das gemeint?“ Während des Gesprächs hatte sich seine bisherige angespannte Haltung verändert. Vor mir saß jetzt ein ruhiger, ernster und gefasster Mann. Ich sagte zu ihm: „Das wichtige für mich ist, Ihre Frau und Sie in dieser schwierigen Lage richtig zu verstehen. Ich möchte nicht dahingehend verstanden werden, dass Ihre Frau nichts mehr für uns bedeutet. – Im Gegenteil! Es war für uns immer beeindruckend zu beobachten, wie Sie und Ihre Frau in den letzten schwierigen Jahren sich gegenseitig gestützt haben. Die Frage, die sich uns im Augenblick stellt, ist, wie wir dem Zustand Ihrer Frau am besten gerecht werden. Ich bin der Meinung, dass ihr unnötige Beschwerden erspart bleiben, wenn wir ihr keine Antibiotika verabreichen, – wenn wir stattdessen alles tun, ihr gegenwärtiges Befinden so beschwerdefrei wie möglich zu gestalten.“

– „Vielen Dank,“ antwortete er, „Sie wissen, dass ich meine Frau sehr liebe.“

– Wir einigten uns darauf, keine Antibiotika zu verabreichen und stattdessen ausschließlich lindernde Maßnahmen zu ergreifen. Ich betonte zum Abschluss unseres Gespräches, dass die volle Verantwortung für diese Entscheidung bei mir liege.

– Drei Tage später verstarb die Frau, – still und friedlich.

Herausforderung

Eine der Mythen innerhalb der Altenfürsorge ist die Vorstellung, dass die Angehörigen „maximale Behandlung um jeden Preis“ wünschen. Diese Vorstellung ist unzutreffend. Die Angehörigen erwarten vielmehr, dass das Beste für den Patienten getan wird. Die Herausforderung für uns liegt in der Aufgabe, die beste Fürsorge herauszufinden und, wenn der Patient selbst nicht mehr in der Lage ist, eine eigene Stellungnahme abzugeben, die Angehörigen von der Richtigkeit unserer Behandlungsvorschläge zu überzeugen.

Voraussetzung für die Erfüllung dieser Aufgabe ist, dass es uns gelingt, ein Vertrauensverhältnis zu den Angehörigen herzustellen.

Der Kommunikationsprozess (13)

Wir sollten uns durch eine möglicherweise bei den Angehörigen anzutreffende Stimmung nicht beeinflussen lassen, sollten auch auf ihre den Patienten betreffende Wünsche und Anregungen nicht sofort eingehen. Wir sollten vielmehr nach geeigneten Informationen für sie suchen, die ihnen einen Einblick in die Lage und die Aussichten des Patienten ermöglichen. Wir werden dann mit großer Wahrscheinlichkeit bald bemerken, wie ihre Gereiztheit, ihre Bedrückung sich legen. Ebenso wichtig ist es, eine Ausgewogenheit herzustellen zwischen dem Wissen um das baldige Ende des Patienten einerseits und einem Vertrauen in die zu ergreifenden Maßnahmen andererseits, die diesem noch gute

Tage und Wochen vielleicht sogar Monate und Jahre bereiten können.
Die folgende Episode illustriert, wie wichtig es ist, die richtigen Informationen zu vermitteln:

Vor kurzer Zeit bekam eine 96 Jahre alte Patientin im Pflegeheim ernste Komplikationen. Wir riefen im Krankenhaus an und baten um Operation. Die Antwort war niederschmetternd.

– „Wir operieren nicht so alte Patienten mit diesen Problemen,“ ließ uns mein Kollege, der Chirurg, wissen.

– „Ich habe gute Nachrichten, antwortete ich – „sie ist in genau so guter Kondition wie Sie und ich. Sie wird noch viele Jahre leben können, wenn Sie so gut operieren, wie Sie es normalerweise tun.“

Mein Kollege nahm meine Kommentare ernst.

Er zeigte sich bereit, der Operation entsprechende Priorität zu geben, und sie wurde operiert.

Zwei Jahre sind seither vergangen und sie ist noch jeden Tag ein Sonnenstrahl. Vieles deutet darauf hin, dass sie noch viele gute Jahre vor sich hat.

*Meer, das Du sonnenblau lächelst,
in träumendem stillen Frieden,
Du, das gegen Abend in Dir selbst
ruht, während die Sonne im Westen
untergeht. Du hast mir die hellen Strände
gezeigt, die einmal durch das Blau steigen
werden, wenn der letzte Segeltörn endet und
die Segel in der Abendsonne heruntergleiten.*

Aus „Hymne an das Meer“ von Jakob Sande

Sterbende Patienten – grundsätzliche Richtlinien

Belastende Symptome werden oft unterbehandelt. (1, 5, 8)

Das Lebensende eines Sterbenden kann still und friedlich verlaufen. Dies setzt aber adäquate Behandlung und Fürsorge in der letzten Zeit voraus. Unsere Erfahrung sagt uns, dass Schmerzen und andere belastende Symptome bei älteren sterbenden Patienten sehr häufig unterdiagnostiziert und entsprechend unterbehandelt werden. Viele ältere Menschen leiden unter vielen Krankheiten in einer schwierigen Kombination mit Krebs oder Demenz. Es ist ihnen oft nicht möglich zu erklären, was ihnen fehlt. Wer diese Patienten behandeln soll, steht vor großen Herausforderungen, da anzunehmen ist, dass 70-80% von ihnen an Schmerzen und anderen Beschwerden in ihrer letzten Lebensphase leiden (8).

Patienten, die Medikamente schlucken können, können noch eine perorale Behandlung bekommen. Sicherheit, Gewissheit und Wirkung werden aber erhöht, wenn die Medikamente subkutan mittels Butterfly-Nadel gegeben werden, vor allem wenn der sterbende Patient zunehmend geschwächt oder verwirrt ist und seine Medikamente nicht mehr zuverlässig zu sich nehmen kann.

Sterbende Patienten - grundsätzliche Richtlinien

- **Vorbereitung: Plan für palliative Behandlung.**
Besprechen Sie einen solchen Plan rechtzeitig mit dem Arzt. Der Plan sollte Behandlung von bekannten und möglichen Beschwerden in den letzten Stunden und Tagen enthalten, nebst einer Vollmacht für das Pflegepersonal, wichtige Medikamente wie Morphin, Scopolamin, Dormicum oder Haldol zu verabreichen.
- **Setzen Sie alle unnötigen Medikamente ab,**
die dem Patienten keinen Nutzen bringen (Abführmittel, Diuretika, Digitalis, Medikamente gegen hohen Blutdruck, Antibiotika, Psychopharmaka etc.)
- **Setzen Sie alle unnötigen Maßnahmen ab:** Abführmaßnahmen, Ernährung (wenn der Patient selbst nicht mehr trinken oder essen will oder kann).
Reduzieren Sie die tägliche Pflege auf das Minimum, von dem der Patient einen Nutzen hat.
- **Stellen Sie die spezifische Behandlung der Beschwerden des Patienten in den Mittelpunkt,**
den individuellen Bedürfnissen angepasst.
- **Benutzen Sie eine subkutane Butterfly-Nadel,**
wenn der Patient Schluckbeschwerden hat. Diese Nadeln können bis zu einer Woche verwendet werden und ersparen dem Patienten häufige Stiche und Unannehmlichkeiten. Die Einstichstelle muss täglich inspiziert werden, um Infektion, Dislokation oder allergische Reaktion auszuschließen. Bei Patienten mit empfindlicher Haut kann ein Wechsel der Nadel nach wenigen

Tagen erforderlich sein. Sowohl Pflegepersonal als auch Familie können Medikamente subkutan geben, falls notwendig.

- **Dauernde Beschwerden:** Geben Sie die Medikamente regelmäßig, in festen Zeitabständen, in der Regel alle 4 Stunden. Geben Sie die nächste Dosis, ehe die Wirkung der vorhergehenden Dosis nachlässt. Besondere Aufmerksamkeit gilt Patienten mit Leber/Nierenschwäche, alten Menschen und in den letzten Stunden des Lebens: Die Zeitabstände zwischen den Medikamentengaben können größer werden und der Bedarf muss von erfahrenem Personal beurteilt werden.
- **Intermittierende Beschwerden:** Geben Sie Medikamente nach Bedarf. Geben Sie Extradosen vor belastenden Transporten, Pflege, Lagerung etc.
- **Schmerzpumpe:** Bei der Verabreichung von mehreren Medikamenten über längere Zeit kann eine subkutane Schmerzpumpe empfohlen werden. Wichtige Medikamente wie Morphin, Scopolamin, Haloperidol und Midazolam können in einer Pumpe kombiniert werden.
- **Opioid-Pflaster (Transtec, Durogesic):** Kann eine mögliche Alternative zu Butterfly oder Pumpe sein, lindert allerdings in der letzten Lebensphase oft nicht ausreichend größere Probleme mit Dyspnoe oder Schmerzspitzen.
- **Erwartete und unerwartete Probleme:** Erstellen Sie eine Liste der Maßnahmen und der Medikamente, die man bei Problemen (unerwartete Schmerzen, Angst, Panik, Dyspnoe, Todesrasseln, Übelkeit, Erbrechen) geben kann. Erklären Sie Ihren Mitarbeitern, dem Patienten und den Angehörigen, welche Komplikationen auftreten können, und was dagegen zu tun ist.
- **Sorgen Sie für Information und Dokumentation:** Sie sollen verhindern, dass sterbende Patienten in ihren letzten Tagen und Stunden vor dem Tod unnötigen und unwürdigen Transporten, Maßnahmen oder Einweisungen ausgesetzt werden.

Die wichtigsten Medikamente - Indikationen und Dosierung

Medikamentenübersicht (10)

In der folgenden Tabelle haben wir die wichtigsten Medikamente und Dosierungen für die letzten Tage und Stunden eines Sterbenden aufgeführt. Alle, die ernsthaft kranke und sterbende Patienten behandeln, müssen eine gründliche Kenntnis dieser Medikamente haben und Erfahrung in deren Anwendung. Die Medikamentenübersicht hat viele Vorteile. Mit Hilfe der aufgeführten vier Medikamente können wir bei ernsthaft kranken und sterbenden Patienten sicherstellen, dass sie gute Linderung ihrer Schmerzen und Symptome erhalten, falls dies notwendig wird. Die Medikamente haben eine sichere Wirkung und bekannte geringe Nebenwirkungen. Sie sind wasserlöslich, das heißt sie haben eine gute Wirkung bei subkutaner oder intramuskulärer Verabreichung. Die Medikamente können kombiniert werden, falls wir eine kontinuierliche Zuführung durch eine subkutane Spritzenpumpe wählen.

Sterbende Patienten — die wichtigsten Medikamente

Medikament	Indikation	Dosierung	Max. Tagesdosis	Verabreichung
(alle 4 Std. oder nach Bedarf)				
Morphin	Schmerzen, Dyspnoe	2,5-5-10 mg oder 1/6 der früheren Tagesdosis	Unbegrenzte Tagesdosis über 200 mg ist selten notwendig	sc. po, im., Supp
Transec (Buprenorphin)	anhaltender Schmerz	alle 72 Std. (35 µg/h, 52.5 µg/h od. 70 µg/h)	Applikation von mehr als 2 Pflastern gleichzeitig nicht üblich	transdermal
Durogesic (Fentanyl)	anhaltender Schmerz	alle 72 Std. (25 µg/h, 50 µg/h. 75 µg/h od. 100 µg/h)	Applikation von mehr als 2 Pflastern gleichzeitig nicht üblich	transdermal
Scopolamin	Todesrasseln, Ileus, Koliken	0,3-0,6 mg	3-4 mg	sc, im
Dormicum (Midazolam)	Angst, Unruhe, Panik	2,5-5-10 mg	30-40 mg	sc, po, im
Haldol (Haloperidol)	Übelkeit, Erbrechen, Unruhe, Agitation	0,5-2-5 mg 1 - 2 x täglich	10 mg	sc, po, im

Gute Teamarbeit muss etabliert werden

Alle Medikamente müssen von einem Arzt verordnet werden. Oft ist ein Arzt nicht anwesend, wenn die Probleme auftreten. Manche Ärzte mögen auch unsicher sein oder wenig Erfahrung im Umgang mit sterbenden Patienten haben. Aus diesen Gründen ist es ratsam eine gute Teamarbeit zu etablieren, bevor Probleme auftreten. Diskutieren Sie mögliche und existierende Probleme mit dem Arzt, und erstellen Sie einen Plan für die palliative Behandlung. Oft mag es nützlich sein, die in diesem Heft vorgeschlagenen Maßnahmen zu besprechen.

Die Rolle des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal nimmt hier eine Schlüsselrolle ein (11). Sie verbringen viel

Zeit mit dem Patienten und den Angehörigen, sie beobachten Beschwerden und Herausforderungen und wissen viel über das, was wirkt und was zu Problemen führt. Eine gute palliative Behandlung ist ohne die Motivation und die fachliche Kompetenz des Pflegepersonals nicht denkbar. Es ist deshalb notwendig, dass diese die wichtigsten Symptome, die auftreten, und die Maßnahmen und Medikamente, die helfen können, kennen. Sie müssen auch die wichtigsten Dosierungen, die Arten der Verabreichung, die Wirkungen und Nebenwirkungen kennen. Ganz entscheidend ist es, dass sie die notwendige fachliche Kompetenz haben, damit der Patient während der letzten Zeit seines Lebens nicht unnötig leiden muss.

*Aber fürchte den Tod nicht,
in der Regel ist er einfach.
Du möchtest nur ein wenig ruh'n,
weil Du so müde bist.
Du schläfst ein und Du schläfst,
dann ist es vorbei.*

Arnulf Øverland

Morphin

Morphin ist unser wirksamstes Medikament zur Schmerzlinderung. Richtig angewandt werden Patienten mit starken Schmerzen eine erhebliche Linderung erleben, und zwar ohne bedeutende Nebenwirkungen. Ferner ist Morphin das einzige Medikament, das Dyspnoe effektiv lindern kann. Die Dosierung muss immer individuell sein - den Bedürfnissen des Patienten angepasst. Patienten, die Morphin nicht jeden Tag erhalten, spüren gewöhnlich eine gute Wirkung bei subkutaner Verabreichung von 5-10 mg. Einige können einen höheren Bedarf haben. Bei Patienten mit sehr geschwächtem Allgemeinzustand zeigen manchmal 2,5 mg Morphin bereits eine gute Wirkung. Die Kunst besteht darin, sich vorwärts zu tasten, bei gleichzeitiger genauer Beobachtung des Patienten.

Equianalgetische Dosierungen / Opiode

Präparat	Verabreichung	Wirkung	Dosierung	Subcutane Dosierung
Morphin	Mixtur Tabletten Suppositorien	4 Stunden	10 mg x 4	
MST	Tabletten	12 Stunden	30 mg x 2	
Morphin Injektion sc.			30 mg pro Tag	5 mg x 6 30 mg pro Tag
Durogesic Fentanyl	Pflaster	3 Tage	25 µg pro Stunde	
Transtec Buprenorphin	Pflaster	3 Tage	35 µg pro Stunde	

Zu viel Morphin?

Wie können wir feststellen, ob wir zu viel Morphin gegeben haben? Wenn der Patient nach einer Morphingabe deutlich apathischer wird oder eine deutliche Verlangsamung der Atemfrequenz (< 8 Atemzüge/min) zeigt, ist dies ein Grund, die Dosierung mit dem Arzt zu besprechen. Oft wird die Müdigkeit des Patienten nach ein bis zwei Tagen nachlassen.

Toleranzentwicklung, Bedarfsmedikation

Krebspatienten haben manchmal über mehrere Wochen oder Monate einen regelmäßigen Morphinbedarf, bevor sie sterben. Aufgrund der Toleranzentwicklung wird es oft notwendig sein, ihre Tagesdosis zu erhöhen. Wenn einem Krebspatienten Morphin mehrere Monate lang verabreicht wurde, ist es durchaus denkbar, dass sein Bedarfs sich auf mehrere hundert mg/Tag erhöht. Trotzdem ist es normal, dass sie gelegentlich eine zusätzliche Bedarfsmedikation benötigen. Dann wäre es sinnlos, eine Injektion von 5 mg oder 10 mg zu geben. Die Einzeldosis bei Bedarf soll 1/6 der aktuellen Tagesdosis sein; das gilt auch für die Behandlung mit Durogesic Pflaster. Hier ist es ratsam den entsprechenden oralen oder subcutanen Bedarf schriftlich anhand der Dosierungstabellen auszurechnen.

Von peroraler zu subkutaner Verabreichung

Wir müssen uns darüber im klaren sein, dass sich die Morphinwirkung in etwa verdoppelt, wenn wir es subkutan statt oral verabreichen. Das bedeutet, dass die Tagesdosis bei einer solchen Änderung von peroraler zu subkutaner um etwa 50% reduziert werden muss.

Ein Patient, der 600 mg Morphin pro Tag oral erhält, wird ca. 300 mg pro Tag in subkutaner Form benötigen, d.h. 50 mg subkutan alle 4 Stunden. Eventuell zusätzlicher Bedarf soll ebenfalls 1/6 der Tagesdosierung betragen, in diesem Fall 50 mg.

Scopolamin

Scopolamin ist ein Anticholinergikum. Es reduziert u.a. die Schleimproduktion in den Atemwegen. Zusätzlich hat es eine dämpfende Wirkung auf die Darmperistaltik. Scopolamin wird deshalb oft eine effektive Linderung herbeiführen, sowohl bei Todesrasseln als auch bei terminalem Ileus. Scopolamin ist weitaus wirksamer als andere Anticholinergika, wie etwa Buscopan oder Atropin.

Dormicum (Midazolam)

Dormicum ist ein wasserlösliches Benzodiazepin Präparat. Es hat eine schnelle und gute Wirkung bei akuter Angst, bei Panik oder Unruhe. Die „gewöhnlichen“ Benzodiazepine wie Diazepam haben in Tablettenform dieselbe Wirkung. Aufgrund ihrer Fettlöslichkeit ist die Wirkung als Injektionspräparat jedoch eher unsicher.

Haldol (Haloperidol)

Haldol ist ein zentral wirksames Medikament gegen Übelkeit, das auch in der Behandlung von psychiatrischen Patienten eingesetzt wird. In der letzten Lebenszeit eines Patienten ist es gut wirksam gegen Übelkeit.

Beispiel für die Anwendung von Medikamenten

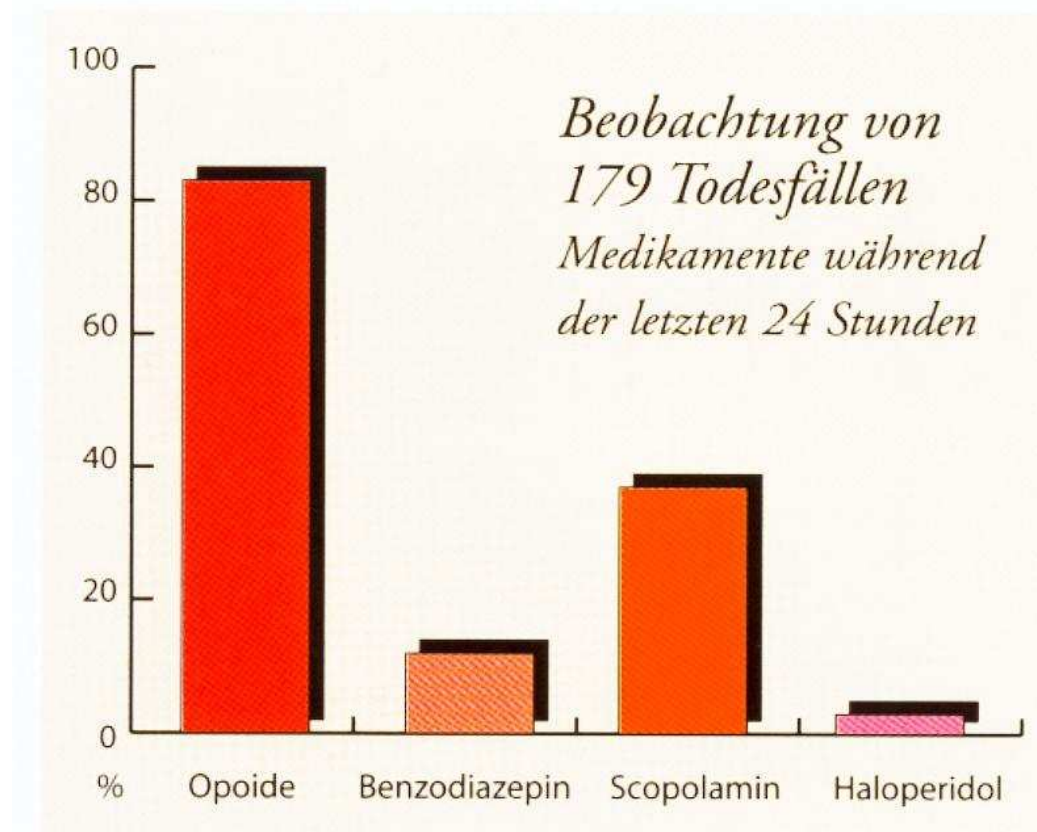
In einer Periode von ca. 18 Monaten beobachteten wir alle Todesfälle (N 179) im Bergen Røde Kors Sykehem. Während der letzten 24 Stunden vor ihrem Tod erhielten 83 % der Sterbenden Opioide, 37 % Scopolamin, 12 % Benzodiazepine und 3% Haloperidol. 90 bis 95 % der Patienten starben still und friedlich. Die Voraussetzung dafür war aber die genaue Beobachtung in ihren letzten Tagen und Stunden hinsichtlich der Fürsorge und der Symptomlinderung.

Krebspatienten

Die große Mehrzahl dieser Patienten erhielt Morphin und andere Medikamente zur Symptomlinderung in den letzten Tagen und Stunden. Krebspatienten erhielten häufiger Morphin, und zwar über längere Zeit und in deutlich höheren

Dosierungen als Patienten ohne Tumordiagnose. Doch auch diese bedurften einer genauen Beobachtung; auch sie benötigten Morphin, freilich in weitaus geringerer Dosierung. Die meisten der sterbenden Patienten ohne Tumordiagnose (85 %) erhielten Morphin nur während der beiden letzten Tage, und zwar mit einer durchschnittlichen Tagesdosis von weniger als 10 mg, während den Krebspatienten in diesem Zeitraum eine Tagesdosis von 40 mg verabreicht wurde.

Dazu kamen, oft über mehrere Tage hin, noch weitere Medikamente hinzu. Bei 31 % von ihnen wurde dabei deren Zufuhr durch die Anwendung einer subcutanen Spritzenpumpe erleichtert, die bei Patienten ohne Krebsdiagnose nur in 8 % der Fälle gebraucht wurde. Bei sehr vielen älteren Menschen (ca. 40 %) wird Krebs diagnostiziert. Dieser ist jedoch in den meisten Fällen nicht die eigentliche Todesursache, die vielmehr in ihrer Alterung und einer Reihe anderer Krankheiten liegt.



Symptome und Behandlung

*Dann sagte eine Frau: Rede zu uns über Freude und Trauer.
Und er antwortete:
Deine Freude ist Deine Trauer ohne Maske.
Und derselbe Brunnen, aus dem Dein Gelächter aufsteigt,
wurde oft von Deinen Tränen gefüllt.*

Aus „Der Prophet“ von Khalil Gibran

In diesem Kapitel geben wir kurze Kommentare zu den wichtigsten Symptomen und Behandlungsmethoden in der letzten Lebensphase. Wir behandeln

- terminales Herzversagen
- Todesrasseln
- terminale Pneumonie
- Dyspnoe und Tachypnoe
- Behandlung von Schmerzen
- Unruhe, Angst und Panik
- Verwirrtheit und Delirium
- Fieber
- Durst und Behandlung mit Flüssigkeit
- Mundpflege

Terminales Herzversagen (8)

Atemnot und Angst lassen sich vermeiden.

Herzversagen am Ende des Lebens kommt so häufig vor, dass man dieses nicht als eigentliche Todesursache angeben darf. Ca. 70-80% der Patienten sterben vermutlich an Herzversagen. Diese Patienten leiden an akuter Dyspnoe (Atemnot), Angst, Panik und Schmerzen. Eine derartige Phase mit terminalem Herzversagen kann Stunden aber auch Tage dauern. Viele dieser Patienten werden, wenn sie nicht kompetent behandelt werden, in ihrer letzten Lebensphase Erstickungsgefühle erleben. Mit adäquater medizinischer Behandlung sterben die meisten Patienten ruhig und friedlich, ohne Atemnot, Angst, Panik oder Schmerzen. Das wichtigste Medikament ist hier Morphin.

Es ist notwendig, akutes von terminalem Herzversagen zu unterscheiden.

Viele alte Menschen sterben an einem terminalen Herzversagen, ohne dass dieses größeres Leiden mit sich führt. Entwickelt sich dieses langsam, als Ergebnis einer allgemeinen Schwäche oder hohen Alters, zeigen sich oft nur wenige Zeichen eines zunehmenden Lungenödems durch Flüssigkeits-

ansammlung im Lungengewebe.

Demgegenüber steht das gefürchtete akute Herzversagen, das wir aus der Intensivmedizin kennen. Es bedarf einer raschen intensiven und kurativen Behandlung mit Morphin, Diuretika und Digitalis, eventuell Sauerstoff.

Auch bei den Älteren müssen wir ein akutes Herzversagen, das man kurativ behandeln kann und soll — vom terminalen Herzversagen unterscheiden. Beim letzteren ist Linderung die Hauptaufgabe.

Große Herausforderung

Wieder liegt eine große Herausforderung für den Arzt vor. Er/sie soll auf Grund von Kenntnissen und Erfahrungen zur Frage Stellung nehmen, ob eine maximale Anstrengung möglich und sinnvoll ist, um ein Leben zu retten, oder ob die große Aufgabe jetzt die Linderung der Beschwerden bis zum Lebensende ist. Wenn sich der Arzt täuscht, muss der Patient viel unnötiges Leiden durchstehen.

Todesrasseln

Häufiges Symptom

Todesrasseln wird von vielen als das am häufigsten vorkommende Symptom während der letzten Stunden genannt, bevor der Patient stirbt (7). Oxford Textbook of Palliative Medicine (1) definiert Todesrasseln wie folgt: „Eine geräuschvolle Respiration während der letzten Stunden oder Tage im Leben eines Patienten.“

Todesrasseln entsteht bei bewusstlosen oder bewusstseinsgetrübten Patienten mit reduziertem oder erloschenem Schluckreflex. Sie sind außerstande, den Schleim aus den großen Bronchien herauszuhusten oder ihren Speichel zu schlucken. Todesrasseln wird von einer leichteren Obstruktion in Glottis, Trachea oder im Bronchialbaum verursacht.“

Medikamente

Scopolamin bringt bei bis zu 40% der Patienten mit Todesrasseln eine signifikante Besserung dieses Symptoms (5,7). Scopolamin verursacht eine Reduktion der Sekretproduktion in Mund-, Rachen- und Bronchialsystem. Außerdem trägt es zur Entspannung der glatten Bronchialmuskulatur bei und führt zur Reduktion des Respirationswiderstandes. Die Dosierung von Scopolamin ist individuell. In der Regel bringen 0,3-0,6 mg alle 4-6 Stunden die gewünschte Wirkung, in Einzelfällen kann man höher dosieren. Bei Tagesdosen über 2-3 mg beobachtet man in seltenen Fällen ein zentrales anticholinerges Syndrom (starke Sedierung und Krämpfe).

Oft kombiniert man Scopolamin mit Morphin in einer subkutanen Applikation; so können gleichzeitig Dyspnoe (Atemnot) und Schmerzen des Patienten gelindert werden.

Lagerung des Patienten

In dieser Phase ist die Lagerung des Patienten ein zentrales Thema, da er oft nicht mehr in der Lage ist, sich selbstständig zu drehen und belastete Körperpartien zu entlasten. Der Patient wird alle 3 bis 4 Stunden nach Zeitschema gelagert werden.

In der Rückenlage ist darauf zu achten, dass der Kopf nicht nach hinten gebeugt liegt, da die in die Kehle zurückfallende Zunge die Atmung behindert. Kissen unter beiden Unterarmen sind für die Atemarbeit hilfreich. Ferner unterstützen Kissen unter den Knien die Arbeit der Bauchmuskulatur. Die Seitenlagerung mit angehobenem Oberkörper hat häufig eine positive Wirkung auf das Todesrasseln, da das Sekret besser abfließen kann. Offene Fenster, frische Luft oder ein kleiner Ventilator tragen zur Entspannung bei.

Keine Absaugkatheter!

Todesrasseln ist ein unangenehmes Geräusch sowohl für Angehörige als auch für das Pflegepersonal. Seit langem hat man daher versucht, das Todesrasseln durch Absaugen zu unterbinden. Das Absaugen mit Hilfe eines Katheters ist sinnlos und verursacht mehr Schaden als Nutzen. Mit einem Absaugkatheter kommt man nicht tiefer als in den Mund und den Rachen; das Sekret in der Trachea oder den Bronchien wird nicht erreicht. Der Absaugkatheter provoziert oft eine erhöhte Sekretproduktion und oft zusätzlich noch Blutungen. Ein Absaugen sollte deshalb in diesen Situationen unterbleiben.

Für Angehörige vielleicht störender als für den Patienten selbst?

Mehrere Studien geben die Häufigkeit von Todesrasseln bei sterbenden Patienten mit 56-92% (5,7,8) an. Eine zentrale Frage ist, ob dieses Symptom für Angehörige und Pflegepersonal nicht unangenehmer ist als für die Patienten selbst. Da die meisten dieser Patienten extrem geschwächt sind mit reduziertem oder aufgehobenem Bewusstsein, können wir annehmen, dass das Todesrasseln in vielen Fällen vom Patienten nicht als belastend empfunden wird.

Terminale Pneumonie (Lungenentzündung)

Die Unterscheidung kann problematisch sein

Lungenentzündung (Pneumonie) wurde früher als „Freund der Alten“ betrachtet. Pneumonie ist eine wichtige Differentialdiagnose zu Herzversagen und Todesrasseln. Der erfahrene Arzt wird kein Problem mit der Unterscheidung zwischen Pneumonie und Todesrasseln haben. Problematisch dagegen mag es sein, zwischen terminaler Herzschwäche und Pneumonie zu unterscheiden. Nicht selten liegt bei sterbenden Patienten eine Kombination von Herzversagen und Pneumonie vor.

Eine schwierige Beurteilung

Die Herausforderung hegt wiederum in der Feststellung, ob es sich um eine „terminale Pneumonie“ und damit um eine letzte Komplikation von dem mit

Sicherheit in Kürze zu erwartenden Tod des Patienten handelt, oder ob der Patient durch eine aktive Antibiotikabehandlung in Kombination mit anderen Maßnahmen noch einmal zu einem sinnvollen Leben zurückfinden kann.

Viele Ärzte empfinden diese Entscheidung als schwierig, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine Pneumonie hohes Fieber und Sekretstagnation verursacht und damit zu großen Unannehmlichkeiten für den Patienten führen kann.

Im Zweifelsfall ist manchmal eine „Probebehandlung“ mit einem Antibiotikum über zwei bis drei Tage als adäquate Wahl zu betrachten. Wenn sich der Zustand des Patienten verbessert, setzt man die Behandlung einige Tage fort. Wenn der Zustand des Patienten trotz adäquater Behandlung unverändert ist oder sich verschlimmert, wird die Behandlung abgesetzt. In beiden Fällen ist mit größter Sorgfalt auf die adäquate Linderung der Symptome, die für den Patienten unangenehm sind (Atemnot, Todesrasseln, hohes Fieber etc.), zu achten.

Eine offene Diskussion ist wichtig. Die meisten älteren Menschen haben eine oder mehrere Pneumomen gehabt, ehe sie sterben. Die Aufgabe des Arztes ist es, zum richtigen Zeitpunkt den Schwerpunkt der kurativen Behandlung eines terminalen Patienten auf palliative Maßnahmen zu verlegen. In den meisten Fällen ist es möglich, diese Fragen vorsichtig und offen mit dem Patienten, den Angehörigen und auch dem Pflegepersonal zu besprechen.

Dyspnoe (Atemnot) und Tachypnoe (beschleunigte Atmung)

Definitionen

Dyspnoe (Atemnot) ist die subjektive Empfindung des Patienten, Atembeschwerden zu haben und nicht ausreichend Luft zu bekommen. Diese Form der Atemnot muss nicht in jedem Fall für Außenstehende ersichtlich sein. Da sie wie Schmerzen der subjektiven Empfindung entspricht, müssen wir hellhörig auf die Aussagen des Patienten achten.

Tachypnoe (beschleunigte Atmung) und Hyperpnoe (tiefe Respiration) sind hingegen veränderte Atemtypen, die von Arzt oder Pflegepersonal als auffällig beobachtet werden; sie müssen nicht unbedingt vom Patienten selbst als belastend empfunden werden, d.h. mit einer Dyspnoe einhergehen.

Psychische Einflüsse

Bei kaum einer anderen Organfunktion sind Psyche und Körper so eng aneinander gebunden wie Funktionen von Lunge und Atmung. Wenn ein Patient aufgrund seiner Erkrankung eine leichte Tachypnoe (Atemfrequenz 30-35/min) hat, muss dieses nicht unbedingt als Belastung von ihm empfunden werden. Kommen allerdings Angst und Panik als zusätzlich psychische Komponenten hinzu, kann dies zu einer raschen oberflächlichen Atmung (Atemfrequenz > 60/min) führen; hieraus resultieren Dyspnoe (Atemnot), mehr Angst, mehr Panik und ein „Teufelskreis“ beginnt.

Palliative Behandlung

Viele medizinische Komplikationen und Krankheitsbilder können Dyspnoe bei sterbenden Patienten verursachen: Pneumonie, Pleuraerguss, Herzversagen mit Lungenödem, chronisch obstruktives Lungenleiden, Bronchokonstriktion u.v.m. Die Behandlung richtet sich normalerweise nach der Ursache. Bei sterbenden Patienten ist es aber oft (meistens) schwierig, die Ursache therapeutisch zu beeinflussen. Unsere Aufgabe ist es dann, Dyspnoe und Tachypnoe palliativ zu behandeln.

Kein Sauerstoffmangel

Die Verwendung von Sauerstoff in diesen Situationen ist in der Fachliteratur oft diskutiert worden. Dyspnoe entsteht bei fast allen Patienten durch eine Kombination von zwei Faktoren: erhöhte CO_2 Werte im arteriellen Blut und Angst.

Erhöhtes CO_2 beeinflusst das Atemzentrum und verursacht eine rasche und oberflächliche Respiration mit dem physiologischen Ziel, das erhöhte CO_2 abzuatmen. Unter dieser erhöhten Respirationsarbeit ist die Sauerstoffkonzentration normal; es liegt somit weder O_2 -Mangel noch Bedarf an Sauerstoff vor!

Als Anästhesieärzte sind wir Anhänger davon, Sauerstoff, falls erforderlich, einzusetzen. Dies wird aber für den Sterbenden, der zuvor keinen Sauerstoff erhielt, nicht von Nutzen sein, da lediglich eine psychische Abhängigkeit von mehr oder weniger wirkungslosen Maßnahmen geschaffen wird.

Medikamente

Zur Behandlung der Dyspnoe bei sterbenden Patienten ist Morphin das wichtigste Medikament (8). Wenn Morphin ausschließlich zur Linderung von Dyspnoe eingesetzt wird, braucht man oft nur eine kleinere Dosierung. Ein guter Richtwert ist eine Reduktion auf 50 % bis 70 % der Dosierung für Schmerzlinderung, d.h. also etwa 5-10 mg Morphin subkutan.

Bei Patienten, die mit Morphin behandelt werden und dann Dyspnoe entwickeln, wird eine Erhöhung der Dosis um 50% die Dyspnoe oft effektiv lindern. Ein Patient, der 2x täglich 60 mg MST bekommt, erhält eine Tagesdosis von 120 mg. Das entspricht einer subkutanen Tagesdosis von 60 mg oder 10 mg alle 4 Stunden. Wenn wir zusätzlich eine Linderung der Dyspnoe erzielen wollen, müssen wir die subkutan Dosis auf 15 mg erhöhen. Wie immer bei der Verabreichung von Morphin ist auch hier zu beachten, dass die Richtigkeit der Dosierung sich erst an ihrer Wirkung erkennen lässt.

Behandlung von Schmerzen - wichtige Punkte

Die Behandlung von Schmerzen bei Schwerkranken und Sterbenden ist in zahlreichen Lehrbüchern und Beiträgen umfassend beschrieben (14,25).

Zur Schmerzbehandlung alter sterbender Menschen sollen hier noch einmal einige wichtige Punkte erwähnt werden:

- Die Toleranz der Alten für Analgetika ist oft reduziert. Wählen Sie deshalb niedrigere Dosierungen, abhängig vom physiologischen Alter des Patienten und von seinem Allgemeinzustand. Bei vielen reichen Kombinationsanalgetika wie Nedolon P oder Gelonida (Codein plus Paracetamol) aus.
- Für die meisten sterbenden Älteren ist Morphin das beste Mittel, in vorsichtiger Dosierung von 5-10 mg alle 4 Stunden verabreicht. Patienten, die früher Morphin peroral erhalten haben, sollten es jetzt subkutan bekommen. Reduzieren Sie die Tagesdosis auf ca. 50% der früheren peroralen Tagesdosis, verteilt auf 6 subkutane Einzeldosen.
- Vergessen Sie nicht, dass Schmerzen mit Angst oder Unruhe eng verbunden sind. Es ist daher keine gute Schmerzlinderung, wenn man den Mangel an Zuwendung durch Morphin zu ersetzen versucht.
- Obwohl Morphin in der Regel regelmäßig gegeben werden sollte, reichen unmittelbar vor dem Sterben oft wenige Einzeldosen aus.
- Andere Verabreichungsformen wie subkutane Schmerzpumpe und Pflaster können oft eine gute Wirkung zeigen und sollten mit in die Überlegung einbezogen werden.
- Die Behandlung mit Pflaster kann allerdings in der letzten Lebensphase durch Fieber, Schwitzen, Zentralisierung oder bei zusätzlichen Schmerzspitzen und Dyspnoe unzureichend sein, so dass regelmäßige Bedarfsmedikationen erforderlich sind.
- Die Verabreichung von Steroiden (Dexamethason) ist die beste Behandlung bei erhöhtem Hirndruck oder Leberkapselschmerzen. Die Tabletten werden abgesetzt, wenn der Patient nicht mehr länger in der Lage ist, sie zu schlucken.

Unruhe, Angst und Panik

Psychische Probleme

Sterbende und alte Patienten haben häufig psychische Probleme (3,20). Das Vorkommen von Schmerz, Depression, psychosozialen Problemen und Demenz nimmt mit zunehmender Krankheit und steigendem Alter zu (8,11). Die Abgrenzung von Depression und Demenz ist oft nicht einfach. Die Möglichkeit einer pharmakologischen Behandlung der Symptome sollte erwogen werden, der erwartete positive Effekt muss aber größer sein als die zu erwartenden Nebenwirkungen. Die wichtigste Hilfe ist immer menschliche und fachliche psychosoziale Fürsorge. Viele schwerkranke alte Menschen haben Angst vor einer Verschlimmerung der Krankheit, vor dem Verlust der Kontrolle oder davor, dass ihre Freiheit und Integrität beschädigt oder eingeschränkt wird. Fürsorge für diese Patienten mit ihrer Angst setzt voraus, dass wir die Krankheitsentwicklung und das soziale Milieu des Betroffenen kennen.

Was ist das Hauptproblem?

Versuchen Sie, die Hauptursache der Unruhe oder der Angst zu finden! Rührt sie her von

- der Entwicklung der Krankheit?
- mangelhafter Information?
- Symptomen, die man erkennen und behandeln muss?
- Problemen in der Familie?
- Unsicherheit in bezug auf Diagnose, Prognose und Behandlung?
- unerwünschten Nebenwirkungen der Behandlung?
- einer Depression oder beginnenden Demenz?
- der Entwicklung in der letzten Lebensphase?

Die Angst hängt oft mit medizinischen Problemen zusammen. Die vertrauliche und offene Besprechung der Probleme und ein guter Zuhörer zu sein, ist manchmal die beste Behandlung. Ebenso wird die Rolle der Angehörigen oft unterschätzt. Auch diese brauchen jemanden, der zuhört und bestätigt, dass sie einen für den Patienten wichtigen Einsatz leisten.

Medikamente

Der Arzt sieht sich immer wieder der Frage gegenübergestellt, ob er Medikamente gegen Angst einsetzen sollte. Diese Wahl ist wie immer abhängig von der aktuellen Situation des Patienten. Die Behandlung von Angst bei Depression oder Demenz mit Antidepressiva (SSRI) kann sehr hilfreich sein, wenn der Patient eine sinnvollen Lebensperspektive hat. Dem Einsatz von tricyclischen Antidepressiva bei alten Menschen ist abzuraten aufgrund der bedeutenden Nebenwirkungen auf Herz und Kreislauf.

Wenn sterbende Patienten Angst äußern, wählen wir in erster Linie die Gruppe der Benzodiazepine. Benzodiazepine werden gut vertragen, haben wenige Nebenwirkungen und eine große therapeutische Breite. Der Einsatz von Antidepressiva ist hier nicht mehr gerechtfertigt. Wenn die Angst aus Schmerzen oder Dyspnoe herrührt, sollten diese Symptome zuerst mit Opioiden (z. B. Morphin) behandelt werden.

Verwirrtheit und Delir

Verwirrtheit ist häufig

Bei der Entwicklung einer unheilbaren Krankheit nehmen die kognitiven Probleme zu. Dies sieht man regelmäßig bei Sterbenden. Es kommt dann vor allem zu Verwirrtheit, Verständnisproblemen, zunehmendem Bewusstseinsverlust usw. (2,18).

Präfinales Delir

Unklarheit und Verwirrtheit sind gewöhnliche Symptome bei ernsthaft kranken und sterbenden Patienten. Die medizinische Bezeichnung ist präfinales Delir. Es ist durch eine unspezifische, global-cerebrale Dysfunktion charakterisiert, mit

Bewusstseinsstörungen, Störung der Aufmerksamkeit, der Gedankenprozesse, der Sinneseindrücke, des Gedächtnisses, der Gefühle und des Schlafs sowie mit auffallendem psychomotorischem Verhalten (2).

Präfinales Delir kann im Gegensatz zu Demenz ein reversibler Zustand sein. Man nimmt an, dass es sowohl psychologische als auch organische Ursachen hat. Das Verhältnis des Patienten zu seinem Leben, seinem Tod und zur Zeit, die verrinnt, kann eine Erklärung sein. Weitere übliche Ursachen sind Nebenwirkungen von Medikamenten, cerebraler Sauerstoffmangel, Flüssigkeitsmangel und Stoffwechselprodukte, die durch die Krankheit entstehen.

Die multifaktoriellen Ursachen machen es schwierig, gute Behandlungsmöglichkeiten zu finden.

Medikamente

Reduktion oder Absetzen anderer (vor allem unnötiger) Medikamente sollte erwogen werden. Reduktion oder Absetzen der Anwendung von Morphin kann die Lage des Patienten verschlechtern. Haloperidol kann eine gute Wirkung haben bei Delirsyndromen, die Verbunden sind mit Agitation und Hyperaktivität (18). Die initiale Dosierung startet mit 1-2 mg peroral oder subkutan zweimal täglich und kann bis 10 mg pro Tag erhöht werden. Auch Dormicum s.c. (3-10 mg x 3-4/Tag) kann den gewünschten sedierenden Effekt haben.

Kognitive Änderungen sind normal.

Bei sterbenden Patienten sind kognitive Störungen oder präfinales Delir sehr üblich (60-70%). In dieser Zeit sind kognitive Änderungen normal und keine Ausnahmen. Es ist leider ein unmöglicher Wunsch, dass alle Patienten bis zum letzten Tag bewusst und klar sein sollen.

Die Hauptaufgabe besteht oft in Information und Unterstützung der Angehörigen bei gleichzeitig guter Symptomlinderung für den Patienten.

Fieber

Unwohlsein

Infektionen (Pneumonie, Harnwegsinfektionen, Dekubitus) und andere medizinische Komplikationen (Apoplexie, Tumor) verursachen oft Fieber. Fieber tritt bei 44% der Patienten nach Schlaganfall auf und korreliert mit der Ausdehnung der Erkrankung. Fieber über 38,5 Grad kann zu Stress und Unbehagen führen. Außerdem steigt der Sauerstoffverbrauch des Patienten bedeutend an und führt zu einer erhöhten Respirationsarbeit. Diese hat für den Patienten eine deutliche Tachypnoe (beschleunigte Atmung) und Dyspnoe (Atemnot) zur Folge.

Fiebersenkende Maßnahmen

Eine Reduktion des Fiebers auf eine moderate Körpertemperatur bewirkt oft eine Erleichterung für den Patienten, unabhängig davon, was die Ursache des

Fiebers ist. Die Reduktion kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Fiebersenkende Medikamente wie Paracetamol oder Novalgin haben eine sichere Wirkung.

Guten Effekt haben ebenfalls physikalische Maßnahmen (bei nicht-zentralisierten Patienten) in Form von kalten feuchten Umschlägen um Unterschenkel oder in die Leisten gelegt, (20 Minuten). Die Tücher dürfen nicht zugedeckt werden, da die Wirkung auf der Verdampfung der Feuchtigkeit beruht. Alternativ wird auch die Ganzkörperwaschung mit kaltem Pfefferminztee als angenehm empfunden.

Die Behandlungen können gegebenenfalls wiederholt werden.

Durst und seine Behandlung mit Flüssigkeit

Ein kontroverses Thema

Frau Hansen leidet an seniler Demenz, sie ist 86 Jahre alt und seit einem Jahr bettlägerig. Während der letzten Tage hat sie wenig oder nichts getrunken und gegessen, trotz guter Versuche von Seiten des Pflegepersonals und der Angehörigen. Es ist nicht möglich, mit ihr einen bewussten verbalen Kontakt aufzubauen. Ihre beiden Töchter, die sie regelmäßig besuchen, bitten jetzt darum, dass die Mutter eine Infusion oder eine andere Form der Ernährung erhält.

- Welche Entscheidungen treffen wir?
- Welche Information geben wir den Angehörigen?

Wie kann Durst gelindert werden?

Die Frage der intravenösen Behandlung mit Flüssigkeit alter Menschen war lange ein kontrovers diskutiertes Thema. Die meisten von uns haben gelernt, dass das grundlegende Recht eines sterbenden Patienten darin besteht, nicht zu dursten oder zu hungern. In den letzten Jahren hat man mehr Kenntnis darüber gewonnen, wie der Durst bei Sterbenden gelindert werden kann (6,13,17). Wir möchten einige wichtige Punkte in dieser Diskussion hervorheben:

- Aufgrund zahlreicher aktueller Dokumentationen und Studien muss man zu der Ansicht kommen, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass intravenöse Infusionstherapie bei Sterbenden - die nicht länger Getränke oder Nahrung zu sich nehmen können/wollen - den Durst lindern und die Lebensqualität des Kranken verbessern.
- Infusion oder Sonde können die Probleme des Patienten vergrößern, indem sie zu erhöhter Sekretproduktion, Herzversagen mit nachfolgendem Lungenödem und peripheren Ödemen beitragen. Zur Kontrolle der Bilanz bedarf der Patient eines zusätzlichen Blasenkatheters. Unsere Erfahrungen legen die Vermutung nahe, dass das Sterben durch diese Maßnahmen auf eine unnatürliche Weise verlängert wird.
- Die Atmung durch den geöffneten Mund ist die Hauptursache für den Durst eines sterbenden Patienten, da dieses zu trockenen Lippen, trockenem Mund und Rachen führt. Durch den geschwächten Allgemeinzustand und vorausgegangene Therapien (Strahlenbehandlung, Chemotherapie) ist häufig die Immunabwehr reduziert; dieses kann zu schmerzhaften Pilzinfektionen in Mund und Rachen führen. Ein Anfeuchten von Lippen, Mund und Rachen sowie die Behandlung von lokalen Infektionen lindert Durst und andere Beschwerden mehr als jede andere Maßnahme.
- Diese Patienten brauchen eine adäquate und effektive Linderung ihrer belastenden Symptomen, gute Pflege und Fürsorge. Es ist oft beklemmend zu beobachten, wie viel wir für einen Sterbenden tun, wovon er keinen Nutzen hat, und wie wenig wir hingegen von dem tun, was wirklich hilft.

Die Angehörigen, die Patienten (wenn sie bei Bewusstsein sind) und das Pflegepersonal brauchen gute Information über:

- a) den Gesundheitszustand des Patienten und den Nutzen palliativer Behandlung und
- b) die Berücksichtigung der in den vorstehenden vier Punkten aufgeführten Einsichten.

Mangel an Information

Nach unserer Erfahrung ist der Wunsch der Angehörigen, ein im Sterben liegendes Mitglied der Familie künstlich zu ernähren, vor allem auf den Mangel an Information zurückzuführen. In diesem Wunsch ist wohl vor allem ein Ausdruck des Verlangens nach einer bestmöglichen Behandlung des Patienten zu erblicken. Wenn es uns gelingt, sie davon zu überzeugen, dass unser Bemühen und unsere Kompetenz ausschließlich auf die optimale Linderung aller Beschwerden gerichtet sind, werden sie wohl immer unserem Vorgehen zustimmen und auch ihre Dankbarkeit zum Ausdruck bringen.

Mundpflege

Vielleicht das Wichtigste

Eine kompetente Mundpflege ist vielleicht das Wichtigste, was wir für einen Sterbenden tun können (24). Der Mund ist ein sensibles Organ. Zähne, Prothesen, Schleimhäute und Lippen sollten regelmäßig inspiziert werden. Die Verdauung von Essen und Getränken beginnt im Mund; Schlucken, Husten und Saugen werden hier koordiniert. Wir benutzen den Mund, um uns verbal und nonverbal auszudrücken. Diese Funktionen ändern sich bei Schwerkranken und sterbenden Menschen.

Oft wechseln die Patienten von der Atmung durch die Nase zur Mundatmung. Hierdurch entstehen zusätzliche Probleme mit trockenen Schleimhäuten, Wunden, Infektionen (bes. Pilzinfektionen). Unentdeckt und unbehandelt sind sie oft die Ursache für Unbehagen, Schmerzen und fehlender Lust an Essen und Trinken.

Systematisieren Sie die Mundpflege!

Wenn Patienten nicht mehr trinken können oder wollen, sollten die Mundpflege und das Anfeuchten von Lippen, Mund und Rachen in ein regelmäßiges System gebracht werden. Viele Patienten haben das Bedürfnis, dass der Mund mehrmals in der Stunde gründlich angefeuchtet wird. Dieses Anfeuchten kann mit Hilfe eines feuchten Tupfers geschehen, der über die Lippen, die Zunge, den Gaumen und die Backentaschen gestrichen wird, oder durch 2-3 ml Flüssigkeit, die durch eine Spritze oder Pipette (z. B. Strohhalm) in den Mund eingeführt wird. Auch eine kleine Sprühflasche kann verwendet werden, wenn der Patient es mag. Besonders vorsichtig müssen wir sein, wenn der Saug- oder Schluckreflex erloschen ist. Es besteht die Gefahr, dass der Patient die Flüssigkeit in die Luftröhre bekommt, was zu unangenehmer Irritation führt. Der Saugreflex, unser erster Reflex nach der Geburt, scheint auch unser letzter zu sein.

Wenn der Patient den Mund fest geschlossen hält, darf dieser nicht gewaltsam geöffnet werden! Mundpflege setzt die Freiwilligkeit des Patienten voraus.

Individuelle Behandlung

Die Auswahl der Art der benutzten Flüssigkeit richtet sich nach dem Wunsch

des Patienten. Zusätzlich zu Wasser (gerne mit Eisstücken) können wir Obstsaft (Zitrone, Orange, Ananas) verwenden. Zur Unterstützung der Speichelproduktion für wache Patienten können Fruchtbonbons oder Kaugummi hilfreich sein.

Pilzinfektion

Eine effektive Behandlung von Pilzinfektionen in Mund und Rachen ist mit Mykostatin/ Nystatin (3 ml x 4/ Tag) möglich. Die Behandlung sollte noch drei weitere Tage nach Abklingen der Infektion durchgeführt werden. Reinfektionen sind nicht selten, deshalb ist die tägliche Kontrolle des Mundes wichtig. Trockene Lippen werden mit Vaseline gepflegt.

Die Würde der Sterbenden und Verstorbenen

Die Erdbeben in unseren Leben (15)

Es gibt Situationen, die im Leben eines Menschen eine größere Bedeutung haben als andere. Einige verbleiben stets in seinem Bewusstsein, unabhängig von neuen Ereignissen oder Herausforderungen seines Alltags. Zu diesen gehören mit Sicherheit die Geburt eines Kindes in seinem familiären Umfeld, vor allem auch das Sterben und der Tod eines nahen Angehörigen. Diese Erlebnisse, sie reichen ihm zur Freude oder zum Leid, bleiben in seinem Bewusstsein eingeprägt.

Würde

Die Prägekraft solcher Ereignisse wie Geburt und Tod hängt zweifellos mit ihrer Bedeutung für die menschliche Würde zusammen (12,15). Wer besitzt Würde, wie zeigt sie sich? Ist sie an Gesundheit und Erfolg geknüpft, an Freiheit und Unabhängigkeit? Ist die Würde des Menschen etwas Selbstverständliches, Unantastbares? Wir, die wir im Gesundheitswesen tätig sind, sehen uns oft mit diesen Fragen konfrontiert. Wie oft begegnen wir Menschen, die von akuter oder chronischer Krankheit geprägt sind, von Krankheiten mit verschiedenen Schweregraden. Oft begegnen wir Patienten mit sehr umfassenden und ernsten Leiden. Früher oder später sterben sie. Die Frage, die sich uns oft aufdrängt, ist, ob Menschen ihre Würde verlieren, wenn sie ernsthaft krank und abhängig von Hilfe werden.

Es betrifft uns alle

Können wir uns vorstellen, dass wir selbst in eine solche Lage geraten? Mit großer Wahrscheinlichkeit wird es eine Zeit vor unserem Tod geben, in der wir von Schwäche, Verlust an physischer und psychischer Gesundheit geprägt sind und in der wir Hilfe brauchen. Vielleicht brauchen wir Hilfe zur täglichen Hygiene. Vielleicht kommen wir in eine Situation, in der wir das Bett nicht mehr verlassen können, in der wir unsere fünf Sinne nicht mehr ganz beieinander haben, in der wir für alles Hilfe brauchen. Haben wir dann unsere Würde verloren?

Würde und Fürsorge

Dass die menschliche Würde keineswegs auf das Angewiesensein auf die Fürsorge anderer verloren geht, möge folgende Überlegung zeigen. Max, unser jüngster Sohn, wird bald 3 Jahre alt. Jeden einzelnen Tag ist er von Fürsorge und Liebe abhängig, von morgens bis abends. Er bekommt sie, und er weiß, dass er sie bekommt. Im ersten Jahr seines Lebens musste er gefüttert und gepflegt werden, er brauchte Hilfe zu allem. Jetzt ist seine Selbständigkeit in ständiger Entwicklung und ab und zu eine Herausforderung. Sein Bedürfnis an Fürsorge und Aufsicht ist aber immer noch sehr umfassend. Der enorme Bedarf

an Fürsorge und Aufsicht, den Kinder haben, lässt uns nicht ihre Würde in Frage stellen.

Wie kommt es nun aber, dass bei alten Menschen ihrer Schwäche und Hilflosigkeit wegen die Würde in Frage gestellt wird? Geht mit dem Verlust der Fähigkeit, das eigene Leben zu gestalten, etwa auch die Würde verloren?

Die Würde kann verletzt werden

Die Würde ist ein unverletzbares Gut, das jedem Menschen zu eigen ist. Sie ist unverlierbar, – aber sie kann verletzt werden. Je mehr die Schwäche und die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen im Alter wachsen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich in seiner Würde verletzt fühlt. Wenn unsere alten Menschen in ein Pflegeheim eingewiesen werden, bedeutet das, auf Hilfe und Fürsorge angewiesen zu sein. Diese dürfen sich aber nicht auf die physische Versorgung beschränken. Wenn ein alternder Patient den Eindruck gewinnt, dass Angehörige und Freunde ihn seiner Demenz und Schwäche wegen nicht mehr besuchen, sich nicht mehr um ihn kümmern, dann muss er annehmen, dass er keine Rolle mehr spielt, und fühlt sich zu Recht in seiner Würde verletzt. Wie krank oder geschwächt alte Menschen auch sein mögen, ihre Würde bleibt ihnen erhalten. Es ist unsere Aufgabe, darauf zu achten, dass sie nicht verletzt wird. Denn es gibt keinen Augenblick im Leben eines Menschen, in dem sie deutlicher in Erscheinung tritt als in seinen letzten Tagen und Stunden.

Die Würde der Toten

Die Würde eines Menschen bleibt erhalten, – auch über sein Sterben hinaus. Die Würde eines Toten lebt fort in den Erinnerungen und Gedanken derer, die ihn gekannt haben und ihn überleben. Sie kann aber auch durch die Überlebenden verletzt werden. Anders, als in früheren Zeiten üblich, scheuen heute viele Menschen die Gegenwart eines Toten. Sie wagen es nicht, sich neben den Verstorbenen zu setzen, sich an seiner Pflege zu beteiligen.

*Es bedeutet nicht so viel,
wie man geboren wurde.
Es hat aber unendlich viel zu bedeuten,
wie man stirbt.*

Søren Kierkegaard

Zu Hause, im Pflegeheim oder Krankenhaus - was ist am besten?

Statistik

In Norwegen sterben ca. 40 % der Menschen im Krankenhaus, 40 % im Pflegeheim und 15-20 % bei sich zu Hause. Vor 100 Jahren starben noch 90 % zu Hause. Welches ist für die Sterbenden und ihre Angehörigen die beste Lösung? Die Beantwortung dieser Frage hat verschiedene Aspekte.

Wenn eine Heilung möglich erscheint

Fragen wir gesunde Menschen, wo sie sein möchten, wenn sie von einer ernsten, lebensbedrohlichen Krankheit betroffen werden, ist die Antwort einleuchtend. Sie wünschen Hilfe, damit sie wieder gesund werden. Die Krankenhäuser sind für diese Aufgabe am besten gerüstet. Dort findet man die Ressourcen und Spezialisten, die man braucht. Doch ist es heute auch möglich, eine sehr kompetente Behandlung ohne Krankenhausweisung zu bekommen. Dies macht es für viele Patienten möglich, in langen Perioden zu Hause zu sein, mit den vielen damit verbundenen Vorteilen.

Wenn der Tod unvermeidbar ist

Wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, und das Alter und/oder die Krankheitsentwicklung des Patienten es wahrscheinlich erscheinen lassen, dass der Tod nahe bevorsteht, gewinnen andere Fragen an zentraler Bedeutung (4,19,23):

1. Wo kann der Patient die Pflege, Versorgung und Behandlung erhalten, die optimale Lebensqualität, Würde und Palliativbehandlung für die noch verbleibende Zeit gewährleisten?
2. Welche Wünsche hat der Patient selbst?
3. Was kostet die eine oder andere Behandlungsalternative?

Zur Beantwortung der ersten Frage liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, aus denen hervorgeht, wie die Behandlung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase in den einzelnen Institutionen beurteilt wird. Aus den Palliativabteilungen und den Hospizen liegen danach Berichte von Sterbenden und ihren Angehörigen vor, von denen 90-95 % der Betroffenen der Meinung sind, dass die Behandlung eine ausgezeichnete Linderung belastender Symptome gebracht habe, dass offene vorbereitende Gespräche ihnen das nötige Verständnis gegeben haben und dass die psychosoziale Pflege und Versorgung sehr gut gewesen sind.

Die entsprechenden prozentualen Zahlen werden für die Behandlung in Krankenhäusern mit 20% - 60%, für die Behandlung in Pflegeheimen mit 10% - 50% und für die Behandlung zu Hause mit 20% - 90% angegeben.

Bedarf an mehr palliativen Abteilungen

Wir sind wohl alle der Meinung, dass wir in Norwegen mehr kompetente palliative Abteilungen und Hospize benötigen. Zur Zeit gibt es Abteilungen in Oslo (Hospice Lovisenberg), Bergen (Bergen Røde Kors Sykehjem) und Trondheim (Avdeling for lindrende behandling), einige weitere werden geplant. Norwegen ist heute das Land in Nord-Europa mit der geringsten Anzahl derartiger Abteilungen im Verhältnis zur Einwohnerzahl, und es ist eine Aufgabe von zentraler Bedeutung, dies in den kommenden Jahren zu ändern. Aber auch wenn wir bedeutende Verbesserungen auf diesem Gebiet in der nächsten Zukunft zu erwarten haben, es wird trotzdem nur für eine Minorität der Sterbenden möglich sein, in solchen Abteilungen behandelt zu werden. Daher muss es unsere nächstliegende Aufgabe sein, dafür zu sorgen, dass alle im Gesundheitswesen Tätigen, die für Versorgung und Behandlung von Sterbenden Verantwortung tragen, die notwendige fachliche und medizinische Kompetenz erhalten, um allen unseren Patienten eine optimale Palliativbehandlung angedeihen zu lassen, ganz gleich wo sie sich befinden. Für die Palliativabteilungen erwächst daraus die wichtige Aufgabe, für die Ausbildung, die Schulung und die praktische Unterweisung der im Gesundheitswesen Tätigen auf diesem Gebiet Sorge zu tragen.

Im Krankenhaus

Wenden wir uns noch einmal der Frage zu, was ein sterbender Patient in einem Krankenhaus zu erwarten hat. Die Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Es gibt Häuser, in denen hervorragende Ärzte und beste Pfleger dem Patienten eine gute Palliativbehandlung gewährleisten. In anderen Häusern reichen Kompetenz und Motivation des Personals meistens nicht aus. Sicherheit und Würde eines sterbenden Patienten können hier schnell gefährdet sein. In der Zukunft ergeben sich hieraus für uns noch bedeutende Aufgaben. Grundsätzlich sollte man von der Einweisung alter Menschen in Krankenhäuser absehen, wenn keine neuen Erkenntnisse des Krankheitsbildes oder wesentliche Besserungen des Zustandes des Patienten zu erwarten sind. Denn eine gute palliative Behandlung und Versorgung alter kranker Menschen kann auch – und meistens besser – im eigenen Haus oder in einem Pflegeheim gewährleistet werden.

Im Pflegeheim

Die Pflegeheime stehen vor besonderen Herausforderungen und Aufgaben. Die Grundlage für die Unterbringung in einem Pflegeheim ergibt sich in den meisten Fällen aus einer Kombination von Faktoren: Hohes Alter, physische, psychische und soziale Mängel, was Gesundheit und Fürsorge betrifft, Bedarf an medizinischer Aufsicht und Versorgung bei Tag und Nacht. Menschen, die sich in einem Pflegeheim befinden, sind hilflos und pflegebedürftig rund um die Uhr und können nur selten wieder nach Hause zurückkommen. Das alles aber wird nur möglich durch die volle Einsatzbereitschaft der in

diesem Haus tätigen Kräfte. Ihnen verdanken viele alte Menschen einen würdigen Lebensausklang. Wenn die Angehörigen im eigenen Heim nicht mehr fähig sind, dem alten und schwerkranken Menschen die notwendige Sicherheit zu geben und seine Grundbedürfnisse zu sichern, wird das Pflegeheim für ihn eine lebenswichtige und gute Alternative sein. Das Personal der Heime aber bedarf einer steten fachlichen Fortbildung und einer fortdauernden Motivation.

Zu Hause

Wenn sie ein „zu Hause“ haben, ziehen es die meisten alten und kranken Menschen vor, dort zu bleiben. Krankenhaus und Pflegeheim sind Lösungen, die gewählt werden können, wenn es für Schwerkranke und Sterbende keine andere Möglichkeit gibt. Mehrere Untersuchungen zeigen freilich, dass man zu Hause einen sehr hohen Standard für Palliativbehandlung erreichen kann, der dem Einsatz in palliativen Abteilungen entspricht. Diese Erfahrung legt die Empfehlung nahe, dass der Patient zu Hause bleiben sollte, so weit dies möglich ist.

Warum ist es zu Hause am besten?

Warum es „zu Hause“ am besten ist, hat viele Gründe:

- Die Rücksicht auf Autonomie, Integrität und Würde des Patienten,
- die Rücksicht auf die Angehörigen, Kinder und Enkel,
- die Wiederherstellung des Ansehens von Schwäche und Tod als Teile des Lebens,
- die Rücksicht auf noch zu erwartendes Leid,
- die Anwendung der im Hause vorhandenen qualitativ hochstehenden Hilfsmöglichkeiten

Die Autonomie, Integrität und Würde des Patienten

– werden immer in einem gut funktionierenden Zuhause besser gesichert sein als in einer Institution des Gesundheitswesens. Das gilt einmal hinsichtlich des physischen, des psychischen und des sozialen Umfeldes. Vor allem aber – und das wird oft zu wenig berücksichtigt – gründen die Seele des Patienten und sein Gemüt in seiner heimischen Welt.

Die Angehörigen

Ehegatte/in, Kinder, Enkel und andere werden in einem privaten Heim eine ganz andere Funktion haben als in einer Institution des Gesundheitswesens. Sie können an der Pflege und Versorgung teilnehmen. Dadurch wird einmal ihre Einsicht in die Würde und die Autonomie eines alternden, sterbenden Menschen vertieft; darüber hinaus stärkt das Erlebnis, für einen anderen Menschen, den Kranken, zur wichtigsten Person zu werden, das eigene Selbstwertgefühl.

Auf die Schwachen blicken wir herab — den Tod haben wir vergessen.

Schwächung, vor allem wenn mit Alterung verbunden, hat geschichtlichen Zeiten starke Gefühlsregungen ausgelöst. Wir weisen gern auf den geringeren Wert des Schwachen hin – entweder wenden wir uns von ihm ab („glücklicherweise geht es uns besser“), oder wir rücken ihn in eine eindeutige Verliererstellung („er ist doch ein armer Kerl“).

Ähnliche Vorurteile hegen wir von älteren Menschen, auch wenn sie sich noch in guter Verfassung befinden, nach unserer Meinung haben sie den Höhepunkt des Lebens überschritten. Viele von uns glauben diesen Höhepunkt in der Phase der Entwicklung eines Menschen sehen zu sollen, die geprägt ist durch Vorwärtstommen, durch den Aufstieg auf der Karriereleiter, durch Gesundheit, durch den Glauben an die Zukunft. Bei dieser Sicht, das ist klar, muss der alters- kranke Mensch als Verlierer dastehen.

Eine solche Einstellung aber ist ein Vorurteil. Ihre Vertreter übersehen einmal, dass sie selbst Opfer dieses Vorurteils werden – wenn sie denn lange genug leben. Vor allem aber verstellt sich ihnen der Blick auf die Werte des Alterns: auf die Lebenserfahrung, den Einblick in die geschichtlichen Zusammenhänge, die rechte Einschätzung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Werte erschließen sich nur dem, der die Nähe des alten, vielleicht kranken Menschen sucht.

Der Tod ist heute aus dem Leben der Familie verschwunden

In früheren Zeiten starb der Mensch meistens in seiner gewohnten Umgebung, in seinem Hause, im Kreis seiner Familie. Das war für die Angehörigen nicht immer einfach. Aber alle, Alte, Erwachsene und Kinder, erfuhren, dass der Tod ein Teil des Lebens ist. Er ist Quelle und Maßstab der Lebensauffassungen, der Kultur schlechthin. Vielleicht würde es erheblich zur Lösung der gegenwärtigen gesellschaftlichen Probleme beitragen, wenn wir die sterbende Mutter fürsorglich betreuen dürften.

Trauer — unser vielleicht stärkster Ausdruck für Liebe (16)

Wenn der Verlust eines Menschen, den wir lieben, der für uns viel bedeutet und der vielleicht die Hauptverantwortung dafür trägt, dass wir leben, wenn dieser Verlust vorbereitet werden kann, wird die Last nach einem Todesfall oft leichter zu tragen sein. Der Abschied über einen längeren Zeitraum hin lässt sich am besten in der gewohnten Umgebung des Sterbenden, in seinem Haus nehmen.

Grund zum Nachdenken

Wenn eine Reihe von Untersuchungen zu dem Ergebnis kommen, dass die Palliativbehandlung eines Patienten in seiner gewohnten Umgebung, in seinem Hause optimal durchzuführen ist und dass gleichzeitig die Ausgaben weitaus geringer sind als in einem Krankenhaus, dann besteht Anlass zum Nachdenken. Wie können wir zukünftig sicherstellen, dass die Patienten selbst entscheiden können, wo sie in ihren letzten Stunden und Tagen sein möchten?

Voraussetzungen

Eine Reihe von Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Schwerkranke und Sterbende es zu Hause angenehm haben. Die wichtigsten sind:

1. Es muss ein eigenes Zuhause geben.
2. Es muss immer jemand zu Hause sein.
3. Patient und Angehörige müssen wollen, dass der Patient zu Hause ist.
4. Heimkrankenpflege und Heimkrankenhelfer/in müssen die nötige Fachkompetenz, Motivation und Ressourcen haben – Tag und Nacht
5. Ein Arzt mit Engagement und palliativer Kompetenz muss die medizinische Verantwortung tragen - Tag und Nacht.

Diese Voraussetzungen sind freilich nicht immer erfüllt. Es steht noch vieles aus. Die Ressourcen müssen beträchtlich verbessert werden. Der Bedarf an Schulung und Kompetenz ist enorm. Und die Motivation und das Verständnis können viel besser werden.

*Und wie die Welle
sich hinlegt gegen Abend
und das Meer sich glättet
unter der Glut der Sterne,
solltest du dich einmal
mit dem Tod versöhnen,
der in seiner Finsternis
Dich selbst auslöscht.*

Arnulf Øverland

Literatur

1. Ahmedzai S. Palliation of respiratory Symptoms. In: Doyle D, Hanks J, Macdonald N. (eds) Oxford Textbook of Palliative Medicine, London 1994; 611.
2. Bruera E, Miller L et al. Cognitive failure in patients with terminal cancer; a prospective study. J Pain Symptom Management 1992; 7: 192-5.
3. Bukberg J, Penmann D, Holland J. Depression in hospitalized cancer patients. Psychosomatic Medicine 1984; 43: 199-212.
4. Cameron, Stewart, Z, Biber H. Consciousness of death across the life span. Journal of Gerontology 1973; 28:92-95.
5. Fainsinger R, Tapper M, Bruera E. A perspective on the management of delirium in terminally ill patients on a palliative care unit. Journ Palliative Care 1994; 9,3:4-8.
6. Heller A, Heimerl K, Husebø S. Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus Verlag Freiburg 1998. (2. Auflage 2000.)
7. Hughes A et al. Management of death rattle. Palliative Medicine 1997; 11:80-81.
8. Husebø Sandgathe B, Husebø S. Palliativmedizin – auch im hohen Alter? Der Schmerz 2001; (in press).
9. Husebø S. Communication, Autonomy and Hope. How can we treat serious ill patients with respect? In: Sorbonne Y, Zwitter M. Communication with the Cancer Patient: Information and Truth. New York Academy of Sciences Annals Volume 1997; 24,1:233-46.
10. Klaschik E, Husebø S. Palliativmedizin. Der Anästhesist 1997; 561:1-9.
11. Husebø S, Husebø Sandgathe B. Der alte, sterbende Patient. In: Heller A, Heimerl K, Husebø S. Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus Verlag Freiburg 2000; 161-175.
12. Husebø S, Husebø Sandgathe B, Heller A. Würde? Palliativ Care oder Euthanasie? Kursbuch Palliativ Care 2001; 3: 4-8.
13. Husebø S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag, 2. erweiterte Auflage 2000.
14. Husebø S. Was bei Schmerzen hilft. Herder Verlag, Freiburg 1999. 2. Auflage 2001 (262pp)
15. Husebø S. Leben hilft immer. Was wir von schwerkranken Patienten lernen können. Herder Verlag 2002
16. Ingebretsen R, Solem PE. Death, dying and bereavement. In: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P (eds). Clinical Geropsychologie. American Psychological Association, Washington DC, 1998.
17. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. Journal of palliative care 1990;6:7-15

18. Lipowski ZJ. Delirium (Acute confusional state). JAMA 1987; 285:1789-92.
19. Marschall VW, Levy JA. Aging and dying. In Binstock RH (ed) Handbook of aging and the social sciences. Academic Press, San Diego 1990:245-260.
20. Massie MJ. Anxiety, panic and phobias. In: Holland JC, Rowland J (Eds). Handbook in psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York, Oxford University Press 1989:300-9.
21. Randall F, Downie RS. Palliative care ethics. A good companion. Oxford medical publications, Oxford 1996
22. Saunders C. Pain and impending death. In: Melzack R, Wall P. Textbook of pain. Churchill Livingstone, London 1994;861.
23. Seale C, Cartwright A. The year before death. In: Brookfield VT. Ashgate Publishing Co, New York 1994.
24. Twycross R. Symptom management in advanced Cancer. Radcliffe Medical Press, Oxford, 1997:148-157.

Zu den Autoren

Dr. med. Bettina Sandgathe Husebø,

geb. 1959, Medizinstudium in Aachen und Bonn

1990 Mitarbeiterin auf der Palliativstation und dem Hausbetreuungsdienst im Malteser Krankenhaus in Bonn

1995 Malteserauszeichnung für internationale Hilfseinsätze

1996 Oberärztin für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie im Malteser Krankenhaus, Bonn

1998 Chefarztin am Bergen Røde Kors Sykehus in Bergen, Norwegen

Mitarbeiterin des nationalen Projektes „Palliative Care für Alte Menschen“ in Bergen, Norwegen

seit 2001 Mitarbeiterin im Zentrum für Palliative Care (Lindernde Behandlung) an der Universität Bergen - Haukeland Sykehus

2002 Auszeichnung mit dem nationalen Medizinpreis „Det Nyttet“ für die Integration von Palliative Care in die Versorgung Schwerkranker und sterbender alter Menschen

Autorin wissenschaftlicher Publikationen, gefragte internationale Vortragende

Dr. med. Stein Husebø,

geb. 1944, Medizinstudium in Graz und Lübeck

1982 Leiter des ersten norwegischen Teams für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Universität Bergen, Norwegen

Seit 1984 leitender Redakteur der Skandinavischen Zeitschrift für Palliativmedizin

1988 Gründungsmitglied und erster Präsident der Skandinavischen Gesellschaft für Palliativmedizin

1989 Gründungsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin

1990 Chefarzt für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie an der Universität Bergen

1995 Gastwissenschaftler in Bonn, gefördert von der Deutschen Krebshilfe

seit 1998 Gasrprofessur an der Universität Wien

seit 1998 Leiter des nationalen Projektes „Palliative Care für Alte Menschen“ am Bergen Røde Kors Sykehus in Bergen, Norwegen

2000 Auszeichnung mit dem „Deutschen Schmerzpreis“

Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Fachbücher, gefragter internationaler Vortragender

Adresse für beide:

Krokeideveien 453, N-5244 Bergen-Fana, Norwegen

E-mail: sthusebo@c2i.net