



Palliative Care

Empfehlungen für die Betreuung
schwerkranker Menschen am Lebensende
in Tirol

Vorwort

In den vorliegenden Empfehlungen finden sich praktische Hinweise für die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Tirol für, Ärzte, Pflegepersonen und andere Betreuende.

Nach der Definition der WHO aus dem Jahr 2002 ist Palliative Care ein Konzept, mit dem die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.

Palliative Betreuung ist bei den meisten Erkrankungen viel früher als nur in der Sterbephase von nachgewiesenem Nutzen für die Betroffenen und deren Umfeld und schließt End-of-Life-Care, also die Betreuung in den letzten Stunden, Tagen und Wochen ein, geht aber darüber hinaus.

Die Broschüre enthält Empfehlungen für die Behandlung der Symptome und behandelt die wichtigsten Fragen, die sich bei der Betreuung von Menschen mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung und am Lebensende stellen, will Hilfe und Checkliste sein. Sie erhebt nicht den Anspruch eines Lehrbuches, in dem die Themen umfassend beschrieben werden können.

Ausdrücklich werden auch nicht onkologische Krankheitsbilder in den Blick genommen.

In vielen Behandlungssituationen am Lebensende ist der Nutzen von Diagnostik und möglicher Therapie abzuwägen gegenüber Belastungen und Kosten, und oft stellt sich die Frage nach dem therapeutisch Verhältnismäßigen. Medizinische und ethische Entscheidungskompetenz ist ebenso nötig wie das Wissen um Symptomlinderung. Auch dafür will die Broschüre Hilfestellung anbieten.

Die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft hat Palliative Care in Tirol zur Wirkung gebracht und in Strukturen verankert. Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden Erfahrungen bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen an der Hospiz- und Palliativstation Innsbruck und im Mobilen Palliativteam. Die Inhalte sind durch die Anliegen der Zielgruppe bestimmt.



Tiroler Hospiz
Gemeinschaft

In der ersten Auflage hat eine intensive Vernetzungsarbeit mit verschiedenen Autoren und Autorinnen im institutionellen Rahmen der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft stattgefunden. Für die zweite Auflage wurden alle Kapitel vor dem Hintergrund von Praxis- und Lernerfahrungen und vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse und Schwerpunkte palliativer Betreuung überarbeitet. Möge auch diese Auflage vielen Betreuenden nützlich und vielen Betroffenen hilfreich sein.

Elisabeth Medicus

TAKO Vorstand

Univ.-Prof. DI Dr. Peter Lukas Strahlentherapie-Radioonkologie, Innsbruck
N.N.

Univ.-Prof. Dr. Günther Gastl Hämatologie & Onkologie, Innsbruck

Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll Innere Medizin, Zams

ao. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Eisterer Hämatologie & Onkologie, Klagenfurt

ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Stauder Hämatologie & Onkologie, Innsbruck

Univ.-Doz. Dr. Eberhard Gunsilius Hämatologie & Onkologie, Innsbruck

Dr. Stefan Kastner Ärztekammer bzw. Chirurgie, Zams

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Gattringer

Obmann

1. Obmann-Stv.

2. Obmann-Stv.

Schriftführer

1. Schriftführer-Stv.

2. Schriftführer-Stv.

Kassier

Ärzttekammervertreter

kooptiert

Satz, Gestaltung und Versionen

Dr. Eugen Preuß

pdl, Innsbruck

Version 1.0

2011

Version 2.0

2016

Copyright: pdl 2016

Koordinatorin

Überarbeitung des vorliegenden Updates:

Dr. Elisabeth Medicus

Mitwirkende

In Zusammenarbeit mit

Dr. Christoph Gabl, Dr. Renate Groß, Christine Heinzle (DSA), Univ.-Prof. Dr. Hermann Kathrein, Ao. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Löscher, Dr. Gabriele Schauer-Maurer, Ao. Univ.-Prof. Ing. Andreas Schlager, Mag. Christian Sint, Monika Töchterler (DGKS)

Mitwirkende der ersten Auflage

Mitwirkende in der Arbeitsgruppe Palliative Care 1. Auflage

Dr. Elisabeth Medicus, Dr. Angelika Drobil, Univ.-Doz. Dr. Hubert Denz, Dr. Christoph Gabl, Dr. Oliver Galvan, Mag. Alexandra Gassner, Dr. Yvonne Hoffmann-Weltin, Dr. Gabriela Heß, Dr. Herbert Jamnig, Dr. Johanna Kantner, Univ.-Doz. Dr. Hermann Kathrein, Dr. Verena Larger, Roland Klinger, Mag. Gertrud Larcher, Gerhard Lechner, Verena Koppensteiner-Lienhart, Dr. Katharina Moser, Heidi Ploner, Dr. Reinhold Pröll, Ulrike Reitmeir, Gabi Schiessling, Mag. Claudia Schwaizer, Mag. Christian Sint, ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Stauder, Monika Töchterler, Dr. August Zabernigg

Inhaltsverzeichnis

	Hinweise für den Gebrauch dieser Broschüre	10
A	Prognose und Assessment	11
1	Prognostik in der Palliative Care	13
2	Assessment in der Palliative Care	19
B	Symptombehandlung	21
	Prinzipien der Symptombehandlung	22
1	Schmerz	23
1.1	Allgemeine Prinzipien	
1.2	Praktische Hinweise	
1.3	Schmerzerfassung	24
1.4	Medikamentöse Schmerztherapie	25
1.4.1	Nicht-Opioide	26
1.4.2	Opioide	27
1.4.3	Ko-Analgetika	29
1.5	Weitere therapeutische Ansätze in der Schmerztherapie	31
1.6	PCA-Pumpe („Schmerzpumpe“)	
2	Respiratorische Symptome	33
2.1	Dyspnoe	
2.2	Husten	36
2.3	Hämoptysen/Hämoptoe	
2.4	Rasselatmung	37
3	Fatigue	39
4	Gastroenterologische Symptome	41
4.1	Mundtrockenheit	
4.2	Übelkeit, Erbrechen	43
4.2.1	Ermittlung der Ursache	
4.2.2	Behandlung	44
4.3	Obstipation	46
4.4	Ileus und Subileus – intestinale Obstruktion	49
4.5	Schluckstörung	51
4.6	Schluckauf	52
4.6	Diarrhö	53
4.7	Appetitlosigkeit	54

55	5	Neurologische Symptome
	5.1	Epileptische Anfälle
56	5.2	Lähmungen
	5.3	Spastik, spinale Automatismen, Dystonie, Myoklonus
58	5.4	Sprach- und Artikulationsstörungen
	5.5	Schwindel
59	6	Psychiatrische Symptome
	6.1	Schlafstörungen
60	6.2	Psychische Anspannung, Unruhe, Angst
63	6.3	Organisch bedingtes Delir
65	6.4	Depression
67	7	Dermatologische Symptome
	7.1	Exulzierende Wunden
69	7.2	Juckreiz
71	8	Ausgewählte Themen der Symptombehandlung am Lebensende
	8.1	Absetzen von Medikamenten
73	8.2	Die letzten Tage und Stunden
77	8.3	Essen und Trinken am Lebensende
78	8.4	Not- und Krisensituationen
79	8.4.1	Spinale Kompression
80	8.4.2	Hyperkalzämie
	8.4.3	Obere Einflusstauung
81	8.4.4	Blutung
82	8.4.5	Schwere Agitation
	8.5	Palliative Sedierungstherapie
85	9	Das Lebensende bei nicht onkologischen internistischen Erkrankungen
	9.1	Kardiovaskuläre Erkrankungen
86	9.2	Das Gespräch über Kardiopulmonale Reanimation (CPR)
87	9.3	Chronische Herzinsuffizienz und Angina pectoris, terminale Herz- erkrankung
90	9.4	Chronische Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie
92	9.5	Leberinsuffizienz / Leberversagen
94	9.6	Der schwer- und mehrfachkranke alte Mensch
96	9.7	Pulmonale Erkrankungen

10	Das Lebensende bei nicht onkologischen neurologischen Erkrankungen	99
10.1	Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	
10.2	M. Parkinson und atypische Parkinsonsyndrome	102
10.3	Demenzielle Erkrankungen	103
C	Psychosoziale, spirituelle und rechtliche Themen am Lebensende	105
1	Der Patient und seine Umgebung	107
1.1	Die Angehörigen	
1.2	Kinder als Angehörige	
2	Die komplexe Entlassung aus dem Krankenhaus	111
3	Sozialarbeit	113
4	Der Runde Tisch	117
5	Rechtliche Fragen	119
5.1	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	
5.2	Vorsorgevollmacht	121
5.3	Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten an Laien	122
6	Psychoonkologie	123
7	Spiritualität und Seelsorge	125
7.1	Was ist Spiritualität?	
7.2	Was ist Seelsorge	
7.3	Seelsorge am Lebensende	126
7.4	Abschiedsrituale	
	Anhang	129
1	Medikamente für Not- und Krisensituationen	
2	Analgetische Äquivalenz verschiedener Opiode	
3	Rezepturen	130
4	Kälte und Wärme in Anwendungen	131
5	Assessment-Indizes und Assessment-Instrumente	134
6	Nützliche Adressen	137
7	Behandlung vorausschauend planen – Dokumentation für die Krise	139
8	Ausgewählte Medikamente und ihre Verwendung in der Palliativmedizin	140
	Literatur und Internetadressen	151

Hinweise

für den Gebrauch dieser Broschüre

Aufgrund der Heterogenität der Themen und der Autorenschaft sind die einzelnen Kapitel nicht einheitlich aufgebaut.

Die angegebenen Medikamente sind in den meisten Fällen unter zwei Namen aufgelistet, dem Substanznamen und einem gängigen Handelsnamen. Hinsichtlich des Applikationsweges und der Indikation werden Medikamente in der Palliativmedizin nicht selten zulassungsüberschreitend (off-label) verwendet. Wenn diese Anwendungen in der vorliegenden Broschüre empfohlen werden, basiert dies auf vorliegender Literatur und auf langjährigen Erfahrungen. Anwendungen und Dosierungen sind allgemeine Richtwerte, die für den Einzelfall überprüft und angepasst werden müssen.

Eine off-label-use-Medikation ist zulässig, wenn die ärztliche Sorgfaltspflicht erfüllt ist und wenn Indikation, Dosis und Verabreichungsweg begründbar sind. Die Verantwortung liegt beim verschreibenden Arzt.

Die Dosierungsangaben für subkutane Verabreichung entsprechen der Dosierung bei intravenöser Verabreichung.

Im Anhang der Broschüre findet sich eine Liste der häufigsten Medikamente, die in der Palliativbetreuung verwendet werden, mit Angaben zu Dosierung und anderen Hinweisen.

Eine Auswahl aktueller Literatur zu Palliativer Betreuung ist ebenfalls im Anhang angegeben.

Die verwendeten personenbezogenen Begriffe beziehen sich dort, wo nicht ausdrücklich die weibliche und die männliche Form genannt ist, in gleicher Weise auf weibliche und männliche Menschen.

Kapitel A:

**Prognose
und Assessment**

1 Prognostik

in der Palliative Care

Ziel und Fokus der Betreuung hängen wesentlich von der Prognose und der Einschätzung der Situation ab. Während etwa bei einer Prognose von Monaten auftretende Begleiterkrankungen kurativ behandelt werden, stellt sich diese Frage mit kürzer werdender Prognose in jeder Situation wieder neu: in den Vordergrund tritt am Lebensende mehr und mehr die Behandlung der Symptome.

Die Einschätzung der noch verbleibenden Lebenszeit ist für Betroffene und Angehörige zur Planung und Regelung persönlicher Angelegenheiten, der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs (beispielsweise für den Antrag auf Familienhospizkarenz) von großer Relevanz.

Die Antwort auf die Frage, wieviel Zeit noch bleibt, ist auch wichtig für gute Entscheidungen am Lebensende. Damit können Spitalsaufnahmen reduziert und die Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben, erhöht werden. Nutzlose Behandlungen am Ende des Lebens können eher vermieden werden.

Wie prognostizieren Ärzte?

Es gibt eine empirisch nachgewiesene Diskrepanz zwischen dem, was Ärzte sagen und dem, was sie denken: Ärzte geben dem Patienten und den Angehörigen gegenüber mehr verbleibende Zeit an, als sie selbst für wahrscheinlich halten. Ärzte kommunizieren eher nicht, dass die Terminalphase einer Krebserkrankung eingesetzt hat und neigen dazu, zu optimistisch zu sein.

Bei Frauen und älteren Menschen wird noch seltener als bei Männern und jungen Menschen angesprochen, dass das Ende des Lebens eingetreten ist.

Ärzte können gut einschätzen, ob die verbleibende Zeit wahrscheinlich kurz oder mittel oder lang sein wird (gute Diskrimination), sie können aber nicht so gut einen genauen Zeitpunkt angeben, also ob der Tod in 3 Wochen oder in 2 Monaten eintreten wird (schlechte Kalibrierung). Je schlechter der Allgemeinzustand ist, je näher der Todeszeitpunkt rückt, umso genauer werden die Vorhersagen.

Infekte, Medikamentenüberdosierung, Anämie, Hyperkalzämie sind reversible Situationen, die sich klinisch mit ähnlichen Zeichen manifestieren wie die Sterbephase. Auch depressiver Rückzug und Sprachlosigkeit können den klinischen Eindruck im Sinne einer Verschlechterung beeinflussen. Ausge-

Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit ist von großer Relevanz

Überlebenszeit meist kürzer als vom Arzt vorhergesagt

Gute Diskrimination – schlechte Kalibrierung

prägte motorischer Unruhe hingegen kann die Einschätzung, dass der Patient in die Sterbephase eingetreten ist, verschleiern. Dasselbe gilt für Menschen, die das Bett flüchten und die letzte Lebenszeit nur sitzend verbringen.

Folgende drei Herausforderungen stellen sich in der Praxis:

Erstens: die Genauigkeit der Prognose am Lebensende zu verbessern

Zweitens: die Einschätzung zu kommunizieren,

Drittens: Handlungskonsequenzen daraus abzuleiten

Die Genauigkeit der Prognose - Was können wir wissen?

Überraschungsfrage

Hilfreich ist die sogenannte „**Überraschungsfrage**“. Sie lautet:

Wäre ich überrascht, wenn dieser Mensch in den nächsten Tagen (Wochen, Monaten, im nächsten Jahr) sterben würde?

Diese Frage ist hoch spezifisch (wenn die Antwort „Ja“ ist, dann ist es sehr unwahrscheinlich, dass dieser Mensch sterben wird) und mäßig sensitiv (wenn die Antwort „Nein“ ist, dann ist es eher wahrscheinlich, dass dieser Mensch sterben wird). Damit ist sie ein gutes Screening-Instrument zur Identifikation von Menschen, denen ein palliatives Betreuungskonzept nützen kann.

Die Dynamik der Erkrankung und der Verlauf zum Tod hin ist von der Art Erkrankung abhängig.

- So haben Menschen mit einer Tumorerkrankung oft wenige Tage oder Wochen vor dem Tod noch die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen und Entscheidungen zu treffen. Der körperliche Zustand verschlechtert sich oft sehr rasch, über wenige Wochen oder Tage.
- Menschen mit einer definierten Organerkrankung (Herzinsuffizienz, COPD) erholen sich oft mehrmals im Abstand von Wochen oder Monaten aus der Dekompensation des Organs.
- Menschen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen sind oft viele Jahre und Monate abhängig von Hilfe, brauchen viel Betreuung und haben manchmal schon alle Fähigkeiten, die ihnen Autonomie ermöglichen würden, verloren, lange, bevor sie sterben.

Der Verlauf einer Erkrankung hat großen Einfluss auf die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, auf die Einstellung zur Erkrankung – für den Betroffenen und für die Umgebung, auf Krisenplanung und hinsichtlich der Komplexität der Entscheidungsfindung.

Gutes Screening-Instrument

Die Verbindung der eigenen klinischen Erfahrung mit Fakten verbessert die Prognosegenauigkeit.

Praktikabler als Prognosescores (bei Tumorkranken z.B.: Palliative Prognostic Score und Palliative Prognostic Index) ist SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool®), ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder auch der Tod eintreten könnte.

In diesem Leitfaden werden allgemeine und für verschiedene Krankheiten spezifische Indikatoren angegeben, anlässlich derer die Indikation für palliative Betreuung gestellt werden sollte.

Allgemeine Indikatoren sind

- Schlechter oder sich verschlechternder Allgemeinzustand, hoher Unterstützungsbedarf, bettlägrig oder überwiegend bettlägrig;
- Zwei oder mehr ungeplante stationäre Aufnahmen in den vergangenen sechs Monaten;
- Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen 3 - 6 Monaten;
- Andauernde belastende Symptome trotz optimaler Behandlung der Grunderkrankung;
- Betreuung in einem Pflegeheim oder intensive Betreuung zu Hause ist notwendig;
- Der Betroffene wünscht palliative oder supportive Betreuung oder Therapiebegrenzung.

(Zwei oder mehr Kriterien sind ein Hinweis darauf, dass der Betroffene sich mit großer Wahrscheinlichkeit im letzten Lebensjahr befindet.)

Spezifische Indikatoren für Krankheitsentitäten sind

Onkologische Erkrankungen

- Abnahme des Performance Status (ECOG, Karnofski-Index) aufgrund der fortschreitenden metastasierenden Erkrankung;
- Zu schwach für onkologische Behandlung, Behandlung erfolgt zur Symptomlinderung.

Bei Tumorkranken wurden verschiedene Parameter hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Prognose analysiert und evaluiert, einige wenige haben sich als prognostisch relevant erwiesen.

SPICT – Supportive and Palliative Care Indicators Tool®

Allgemeine Indikatoren

Spezifische Indikatoren onkologische Erkrankungen

Prognostisch relevante Symptome

Relevante klinische Symptome	Relevante biologische Faktoren
Anorexie	Leukozytose
Dyspnoe	Lymphopenie
Xerstomie	Anämie
Dysphagie	Erhöhung des CRP
Delir	Hypoalbuminämie
Schmerzen	Proteinurie
Gewichtsverlust	Niedriges Serumnatrียม
Tachykardie	erhöhte LDH
Müdigkeit	LDH erhöht
Ödeme	
Aszites	

Demenz, Frailty

Demenz, Frailty

Unfähigkeit, sich ohne Hilfe anzuziehen, zu gehen, zu essen.

Entscheidung, weniger zu trinken und zu essen; Schwierigkeiten, den Ernährungszustand aufrechtzuerhalten.

Harn- und Stuhlinkontinenz

Unfähigkeit zu einer sinnvollen Kommunikation; wenig soziale Interaktion.

Stürze, Schenkelhalsfraktur.

Rezidivierende febrile Infekte, Aspirationspneumonien.

Neurologische Erkrankungen

Neurologische Erkrankungen

Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung trotz optimaler Therapie.

Zunehmende Probleme in der Kommunikation, zunehmende Schluckstörung

Rezidivierende Aspirationspneumonien

Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz

- Häufung stationärer Aufenthalte bei schlechter Auswurfleistung des Herzens
- Keine weitere medikamentöse Optimierung mehr möglich
- Keine reversible Ursache für Verschlechterung identifizierbar
- Niedriges Serum-Natrium
- Verschlechterung der renalen Funktion
- Wenn innerhalb von zwei bis drei Tagen intensiver Therapie keine Besserung eintritt

COPD

COPD

- Atemnot in Ruhe oder bei geringer körperlicher Belastung
- Häufige Infektexazerbationen
- Durchgehende Sauerstofftherapie

Leberzirrhose mit einer oder mehreren Komplikationen im vergangenen Jahr:

- Diuretikum-resistenter Aszites
- Enzephalopathie
- Bakterielle Peritonitis
- Rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen
- Kontraindikation für Lebertransplantation
- Hepatorenales Syndrom

Wie kann Prognose kommuniziert werden?

Prognostische Information zu verwenden und zu kommunizieren ist eine zentrale Kompetenz der Betreuenden in einem Palliativteam.

Hier die wichtigsten Grundsätze:

- Rückfragen stellen:
Gibt es einen bestimmten Grund, warum es für Sie wichtig ist, darüber mit mir zu reden? Welches Gefühl haben Sie? Was denken denn Sie?
- In Dimensionen sprechen (Monate, Wochen, Tage, Stunden) und die Angabe genauer Zeitpunkte vermeiden
Z.B. „Es wird sich eher um Wochen als um Monate handeln.“
- Nach der Bedeutung fragen:
Was heißt das jetzt für Sie? Hat diese Information für Sie Konsequenzen?
- Unterstützung anbieten:
Haben Sie noch Fragen? Brauchen Sie etwas von mir? Von jemand anderem im Team?
- Zusammenfassen:
Aus meiner Sicht schlage ich jetzt vor, dass ... (Beispiele)
 - Sie sich bei mir melden, wenn Sie noch Fragen haben
 - wir das alles in einem Gespräch mit Ihrer Tochter besprechen
 - ich ein Gespräch mit der Sozialarbeiterin vermittele, mit der Sie besprechen können, ...
 - usw.

Leberzirrhose

Kommunikation von Prognose

2 Assessment

in der Palliative Care

Eine gute Einschätzung (das ist der deutsche Begriff für Assessment) ist die Voraussetzung für angemessenes Handeln. In der Palliativbetreuung umfasst dies die verschiedenen Dimensionen des Mensch-Seins, die Einschätzung der Umgebung und des Betreuungsbedarfs.

Eigene Assessment-Instrumente gibt es für Symptomerfassung, Lebensqualität und Lebenserwartung. Das sorgfältige Assessment führt zu einer besseren Einschätzung der Gesamtsituation und kann dadurch die Qualität der Betreuung verbessern.

Das **palliative Assessment** ist auf folgenden 4 Ebenen wichtig:

- Somatisch
- Psychisch
- Sozial
- Spirituell

und zwar in Bezug auf folgende Fragen:

- Welche Probleme und Defizite liegen vor? (z.B. Atemnot, Angst, Überforderung der Angehörigen)
- Welche Bedingungen liegen ihnen zu Grunde? (z.B. Pleuraerguss, Angsterkrankung in der Anamnese, Erkrankung der betreuenden Ehefrau)
- Was bedeutet das Symptom, die Krankheit für die Betroffenen? (z.B. Mutter des Patienten ist mit schwerer Atemnot verstorben; es gibt viele Umgebungswechsel in der Biographie des Betroffenen; die einzige Tochter lebt in Norddeutschland)
- Welche Kompetenzen und Ressourcen gibt es beim Betroffenen, in seinem Umfeld, im Team?

Nützlich sind Werkzeuge zur Einschätzung des Betreuungsbedarfs.

Das sogenannte SENS-Modell wurde in der Schweiz entwickelt und beschrieben.

Damit werden die Handlungsebenen palliativer Betreuung abgefragt, aus denen sich Konsequenzen für die Praxis der Betreuung ableiten:

- Welche Symptome liegen vor und brauchen Beachtung und Linderung?
- Welche Entscheidungen sind zu treffen?
- Gibt es ein Netzwerk für die Betreuung? Wie kann es gestärkt werden?
- Welche weitere Unterstützung, welchen Support brauchen die Betroffenen? Psychisch, sozial, spirituell?

Vier Ebenen

Fragen

SENS-Modell

Kapitel B:

Symptombehandlung

Abfragen
Hören
Wahrnehmen
Berücksichtigen
Erklären
Überprüfen

Prinzipien der Symptombehandlung

Körperliche Symptome wie Blutungen, Atemnot, Diarrhö, aber auch psychische Symptome wie Angst und Verwirrtheit können das Sterben und insbesondere das Sterben zuhause für den Patienten und sein Umfeld schwierig machen. Vorbereitende Gespräche, eine vorausschauende Planung, die Erreichbarkeit von Unterstützung und die Bildung eines Netzwerkes sind daher bei diesen Symptomen besonders wichtig.

Für alle Symptome gilt:

- Wichtige Symptome abfragen: Schmerzen, Schwäche, Atemnot, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Obstipation, Ängste, Schlafstörung
- Auf Details hören
- Medikamentenanamnese
- Nach den Ursachen der Symptome suchen, reversible Ursachen beachten
- In die Anamnese Fragen nach der Bedeutung der Symptome einflechten – das erhöht die Effektivität der Behandlung und die Qualität der Information
- Schnell handeln, denn die Rolle der Symptome für die Diagnostik spielt bei fortgeschrittener Erkrankung eine untergeordnete Rolle
- Therapeutische Änderung veranlassen und kommunizieren, warum und was getan oder nicht getan wird
- Veränderungen erklären
- Den Patienten in die Entscheidungsfindung einbeziehen
- Sorgfältige Verschreibung und Erklärung der Medikation
- Einen Plan erstellen (z.B. Was tun, wenn das Symptom wieder auftritt? Was tun bei Erbrechen, bei Atemnot, bei einer Blutung?)
- Regelmäßig Wirkung und Medikamente überprüfen

1 Schmerz

1.1 Allgemeine Prinzipien

- Gute Schmerztherapie in der Palliative Care setzt Anamnese und klinische Untersuchung voraus, weitere Diagnostik und ein multidisziplinärer Ansatz sind zusätzlich hilfreich
- Im Frühstadium von Tumoren kommen Schmerzen in 37% vor, im fortgeschrittenen Stadium und Terminalstadium in 80 - 90%.
- Bei 80 - 85% der Patienten kann mit den derzeit zur Verfügung stehenden Schmerzmedikamenten eine optimale Einstellung, oft sogar Schmerzfreiheit erzielt werden.

1.2 Praktische Hinweise

Schmerzen so früh wie möglich behandeln.

- Individuelle Dosierung – so einfach wie möglich: Medikamentenplan aushändigen, Aufklärung des Patienten und der Angehörigen über Wirkungen und Nebenwirkungen, regelmäßige Therapiekontrolle über Schmerzreduktion und Nebenwirkungen
- Regelmäßige Einnahme nach fixem Zeitschema: abhängig von der Wirkdauer bis zu 6x/Tag
- Gabe gegen Schmerzspitzen nur als Zusatz zu einer Basistherapie sinnvoll
- Schmerzen so früh wie möglich behandeln
- Bei vorhersehbaren Schmerzen (z.B. bei Pflegehandlungen) möglichst vorher ausreichende Schmerzmedikation verabreichen
- Bei Opioiden: Dosis titrierend ermittelt
- Zur raschen Schmerzbefreiung und zur Dosisfindung parenterale Methoden bzw. schnell wirkende orale Arzneiformen verwenden
- Länger andauernde Schmerzen mit oralen Retardformen behandeln
- Schmerzpflaster nur bei stabilen chronischen Schmerzen
- Prophylaxe von Nebenwirkungen durch Begleitmedikamente: Laxantien und Antiemetika bei Opioiden, Magenschutz bei NSAR's und Kortikosteroiden
- Keine Analgetika mit gleichem pharmakologischem Wirkprinzip kombinieren

Strahlentherapie ist, wenn möglich und der Situation angemessen, Schmerztherapie der Wahl bei Knochenschmerzen: in 80% tritt der analgetische Effekt innerhalb von 1 - 2 Wochen ein. Bei Nervenschmerzen und lokalen Schmerzproblemen können Nervenblockaden und rückenmarksnahe Blockadetechniken nützlich sein.

Voraussetzung:
Anamnese und
klinische Untersuchung

Individuelle Dosierung –
so einfach wie möglich

Strahlentherapie als
Schmerztherapie

**Pain is
what the patient says it is.**

Numerische Rating Skala

Vierteilige Skala für die Praxis

Tipp

1.3 Schmerzerfassung

Der Schmerzempfinden ist subjektiv und kann nur vom Patienten selbst eingeschätzt werden: „Pain is what the patient says it is.“

Die Schmerzeinschätzung beruht daher auf den Aussagen des Patienten.

Eine Körperskizze ist hilfreich beim initialen Assessment. Sie sollte gemeinsam mit dem Patienten oder von ihm selbst ausgefüllt werden.

Schmerzskalen erleichtern die Einschätzung, die Verlaufsbeobachtung und die Beurteilung der Wirkung von Schmerzmitteln. Am gebräuchlichsten ist die „Numerische Rating Skala“. Der Patient beurteilt die Schwere seiner Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10. 0 bedeutet: kein Schmerz, 10 bedeutet: stärkster vorstellbarer Schmerz.

Skalen ersetzen nicht die grundlegende Schmerzerfassung mittels offener Fragen:

Wie ist das mit Ihrem Schmerz? Erzählen Sie mir von ihrem Schmerz.

Manche Patienten füllen gerne ein Schmerztagebuch aus.

Für die Praxis bewährt sich eine vierteilige Skala: kein Schmerz/erträgliche Schmerzen/starke Schmerzen/unerträgliche Schmerzen.

Viele Skalen lassen sich leicht in die gebräuchlichen Fieberkurven integrieren.

Eine besondere Herausforderung ist die Einschätzung der Symptome bei Menschen, die kognitiv und/oder sprachlich eingeschränkt sind. Sie basiert auf beobachtbaren Kriterien und der Fremdbeurteilung: Liegt der Patient entspannt, ruhig, oder wirft er sich herum, ist angespannt?

Für diese Situationen sind eigene Instrumente entwickelt worden, die über die Beobachtung von Atmung, Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache, die Reaktion auf Trost eine Einschätzung erleichtern. Ein gut validiertes und geeignetes Instrument zum Assessment von Schmerzen bei Menschen mit kognitiver Einschränkung ist etwa die Beobachtungsskala BESD (Beobachtung von Schmerzen bei Demenz).

1.4 Medikamentöse Schmerztherapie

Stufenschema der WHO als Orientierungshilfe

1. Stufe: Nichtopioide: Paracetamol (Mexalen®), Metamizol (Novalgin®), Nichtsteroidale Antirheumatika (Ibuprofen®) u.a.
2. Stufe: Mittelstarke Opioide: Dihydrocodein (Codidol®), Tramadol (Tramal®, Adamon®, Noax®)
3. Stufe: Starke Opioide: Morphin (Vendal®), Hydromorphon (Hydal®), Oxycodon (Oxygerolan®), Fentanyl TTS

Allgemeine Prinzipien zum Stufenschema

- Einstieg auf höherer Stufe als Stufe 1 möglich
- Stufe 1 und 2 oder Stufe 1 und 3 kombinieren
- Stufe 2 kann bei starken Schmerzen übersprungen werden
- an Begleitmedikamente (Magenschutz, Laxantien, Antiemetika) denken

Allgemeine Prinzipien zum Stufenschema

Schmerzsyndrome und ihre medikamentöse Behandlung

Viszerale Schmerzen, Weichteilschmerzen	Metamizol Opioide
Knochenschmerzen	Nicht steroidale Antirheumatika Opioide Bisphosphonate
Nervenschmerzen	Opioide, z.B. Oxycodon, meist nur Teilresponse Pregabalin, Gabapentin Amitriptylin Duloxetin Kortikosteroide Ketamin Capsaicin-Pflaster oder Lidocain-Pflaster bei lokalen Schmerzen (z.B. postzosterische Neuralgie)
Kolikschmerzen	Butyl-Scopolamin
Leberkapselschmerz	Kortikosteroide
Kopfschmerzen	Paracetamol Kortikosteroide bei Hirnödem Metamizol Opioide bei starken Kopfschmerzen
Schmerzen beim Atmen	Nicht steroidale Antirheumatika, Opioide Antibiotika bei Infektionen
Magenschmerzen	Antazida
Rektale Tenesmen	Suppositorien mit NSAR (Naproxen), Metamizol, Kortikosteroiden, Lokalanästhetika
Blasenspasmen	Metamizol Butyl-Scopolamin
Schmerzhafte Muskelverspannung	Flupirtin (in Ö nicht erhältlich, aus D zu importieren)

Co-Analgetika

Co-Analgetika (auch als Adjuvantien bezeichnet) sind Substanzen, die nicht zur Behandlung von Schmerzen entwickelt wurden, jedoch eine analgetische Wirkung haben und in dieser Absicht Einsatz finden. Sie gehören zu Medikamentengruppen wie Antikonvulsiva, Antidepressiva, Kortikosteroide, Lokalanästhetika. Sie können die Wirkung der Opioid- und Nicht-Opioid-Analgetika ergänzen (durch eine andere Wirkungsweise, z.B. an anderen Rezeptorstrukturen) oder verstärken. Durch niedrigere Dosen von Einzelmedikamenten können mit Hilfe von Co-Analgetika Nebenwirkungen reduziert werden. Bei bestimmten Indikationen (z.B. neuropathischer Schmerz, Leberkapselspannungsschmerz) werden sie inzwischen auch unabhängig von Opioid- und Nicht-Opioid-Analgetika eingesetzt.

Nicht-Opioide

1.4.1 Nicht-Opioide

Paracetamol (Mexalen®)

Für ausreichende Analgesie benötigt man bei Erwachsenen 2 g/d bis 3 g/d.

I.v.-Gabe nur kurzfristig: Infusionsdauer unter 15 Minuten

Manchmal bei alten Patienten nützlich

Metamizol (Novalgin®)

Dosis: oral bis 3 g/d; i.v. bis 4 g/24h; wenn i.v. verabreicht: langsame Verabreichung

Spasmolytische Eigenschaften, gut im Nebenwirkungsprofil

Nicht steroidale Antirheumatika

NSAR's sind effektiv bei Knochenschmerzen und bei Schmerzen mit entzündlicher Komponente

Sie können jedoch zu relevanten Nebenwirkungen führen, insbesondere: Gastritis (daher mit Protonenpumpenhemmer zu verabreichen) und gastro-intestinale Blutungen

Toxische Effekte auf die Niere

z.B. Naproxen 500 mg 2x/d (nicht bei Blutungsgefahr), Diclofenac 2 x 75 mg (nicht bei kardiovaskulärem Risiko), Ibuprofen

1.4.2 Opioide

Sehr effektiv für alle Arten von Schmerzen (Ausnahme: Cephalea)

Keine Organtoxizität

Dosiserhöhung bis Schmerzkontrolle möglich; Ausnahme: Buprenorphin

Laxantien zur Prophylaxe der opioidinduzierten Obstipation verabreichen

Morphin (Mundidol®, Vendal®)

Morphin ist Standardpräparat der zentral wirksamen Analgetika in der Schmerztherapie, alle anderen Opioide werden in ihrer analgetischen Wirksamkeit am Morphin gemessen (s. Tabelle im Anhang)

Indikation: starke Schmerzen, gut geeignet für PCA- Pumpe, s.c. Gabe möglich

Beginn mit 5 - 10 mg per os oder i.v. oder s.c.

Dosisverhältnis i.v./s.c. : oral = 1:3 (30 mg orale Lösung entspricht 10 mg Morphin i.v.)

Hydromorphon (Hydal®)

5 - 7,5 x stärker als Morphin (8 mg Hydral = 60 mg Vendal)

Keine relevanten aktiven Metaboliten, daher gut geeignet bei alten Patienten und Patienten mit Niereninsuffizienz, auch bei Beeinträchtigung der LFP einsetzbar.

Für parenterale Verabreichung verfügbar

Oxycodon

1,5 x stärker als Morphin

Wirkung auch bei neuropathischer Schmerzkomponente

Methadon (Heptadon®)

Option bei Morphinunverträglichkeit

Im Vergleich zu anderen Stufe-III-Opoiden bessere Wirkung bei neuropathischen Schmerzen

Lange Halbwertszeit, daher Kumulation möglich; ist ein Ausnahmepräparat

Fentanyl

100 x wirksamer als Morphin

Beim Tumor-Patienten mit Opioid-Dauertherapie und stabilem Schmerzsyndrom: Transdermale Systeme (Fentanyl Pflaster)

60 mg Morphin oder 8 mg Hydromorphon per os als Tagesdosis (z.B. Mundidol retard® 2 x 30 mg oder Hydral retard® 2 x 4 mg) entspricht

25 µg/h Fentanyl-Pflaster

Wegen des verzögerten Wirkungseintritts ist für 12h nach erstmaligem

Aufkleben die vorhergehende Therapie mit Opioiden weiterzuführen.
Nach Entfernung des Pflasters wird noch 16 - 20h Fentanyl aus dem Hautdepot freigesetzt.

Buprenorphin (Transtec®)

Wechsel zwei Mal wöchentlich meist ausreichend; Temgesic 0,2 lösliche Tabletten

Buprenorphin ist ein partieller Agonist und hat einen Ceiling-Effekt und eine lange Rezeptorbindung. Bei Umstellung auf ein anderes Opioid kann die Rotation dadurch erschwert sein.

Initiale Dosierung

Initiale Dosisfindung bei Opioiden: Schnell wirksames Morphin 10 mg oral, wenn nach 1 Stunde keine deutliche Besserung eintritt: erneut 10 mg oral Dosissteigerung bis zur deutlichen Besserung, dann Umstellung auf ein Retardpräparat

Sondeneignung

Sondengeeignete Schmerzmedikamente:

Novalgin-Tropfen, Voltaren dispers, Proxen-Saft, Vendal-Lösung; Hydral-Kapseln (Kapselinhalt)

Durchbruchschmerz Schmerzspitzen

Behandlung des Durchbruchschmerzes und von vorhersehbaren Schmerzspitzen (z.B. bei Pflegehandlungen):

Vendal® orale Lösung oder Vendal® s.c. oder i.v.: 1/6 der Tagesdosis, bis zu 6 x täglich

Effentora-Bukkatabletten® (100 µg, 200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg) rascher Wirkungseintritt durch spezielle Galenik, Beginn mit niedrigster Dosierung (Verschreibung in begründeten Ausnahmesituationen möglich, z.B. bei Schluckstörung, wenn die subkutane Gabe nicht möglich ist, bei ausgeprägtem Durchbruchschmerz, vor schmerzhaftem Verbandwechsel) in palliativen Betreuungssituationen ist dieses Präparat in diesen Fällen manchmal sehr nützlich

Weitere Alternative: Fentanyl-Nasenspray (Instanyl®); Vellofent®-Sublingual-tabletten

Dauerinfusion von Opioiden

Die Verabreichung von Opioiden als s.c. oder i.v. Infusion kommt als Dauertherapie in Betracht, wenn die orale Einnahme nicht möglich ist.

Dauerinfusion (s.c. oder i.v. über Port-a-Cath-System) von Morphin ist erste Wahl, Butterflywechsel alle 5 - 7 d, Ort der Injektion: Bauch, Oberschenkel, subklavikulär

Intravenöse Dauerinfusion: wenn stabiler venöser Zugang gegeben ist

Dauerinfusion von Opioiden

Telefonische Bestellung tragbarer Pumpen: Kosten werden von der Krankenversicherung übernommen, Einschulung durch Firma vor Ort möglich, Kontaktdaten im Anhang

Patienten, die vorher mit oralem Morphin behandelt wurden, erhalten initial 1/3 der vorher oral verabreichten Tagesdosis

Schmerznotfall: Vendal 5 - 10 mg i.v. verdünnt titrierend bis zur Schmerzlinderung

1.4.3 Co-Analgetika

Antikonvulsiva

Gegen neuropathische Schmerzen (stechend, brennend, einschießend, wie Feuer, wie Blitz)

Wirkung vermutlich über Stabilisierung der Nervenmembran

Einschleichende Therapie nötig mit stufenweiser Steigerung, da initial mit Nebenwirkungen zu rechnen ist

Pregabalin (Lyrica®): initial 1x tgl. 75 mg, Wirkung zumeist ab 300 - 450 mg/d, max. 600 mg/d

Gabapentin (Neurontin®): initial 100 mg 3x/d oder 1 x 300 mg zur Nacht, Dosissteigerung um jeweils 300 mg/d, max. 3600 mg/d, Wirkung ab 1800 mg

NW: Schwindel, Ataxie, gelegentlich Übelkeit

Antidepressiva

Analgetische Wirkung über Schmerzmodulation

Duloxetine (Cymbalta®)

Selektiver Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)

60 mg/d

Amitriptylin (Saroten®) z.B. 50 mg abends, weil sedierend

ED 10 - 25 mg, Dosissteigerung bis 75 mg/d

NW: Müdigkeit, Mundtrockenheit, Obstipation

Analgetische Wirkung gesichert

Kortikosteroide

Reduktion perineuraler und entzündlicher Ödeme

Indikationen: Nervenkompressionsschmerz, Organkapselschmerz,

Schmerzen durch Obstruktion

Dexamethason (Fortecortin®) ist in der Palliativmedizin Steroid der Wahl.

Einmalige Gabe morgens (antriebssteigernd) ist meist ausreichend.

Dosierungen: 2 - 24 mg/d p.o., i.v., (auch s.c. möglich)

0,7 mg Dexamethason = 5 mg Prednison = 4 mg Methylprednisolon (Urbason) = 20 mg Hydrocortison

Schmerznotfall

Antikonvulsiva

Antidepressiva

Kortikosteroide

Dexamethason Steroid der Wahl

Dosierung von Dexamethason

Weitere Indikationen für Kortikosteroide in der Palliativmedizin:

Appetitanregung, Hirndrucksymptomatik durch zerebrale Metastasen, Übelkeit, Erbrechen, drohender Querschnitt, Dyspnoe (Lymphangiosis carcinomatosa, Trachealkompression), obere Einflusstauung, Antriebsstörung, intestinale Obstruktion

Dosierung von Dexamethason bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen

2 - 4 mg/d Appetitanregung, Steigerung des Wohlbefindens, Antiemetikum, Wirkung gegen Schwäche
4 - 8 mg/d Koanalgetikum bei Nervenkompressionsschmerz, bei Schmerz durch Hepatomegalie, pelvine Tumoren, Knochenmetastasen
bis 24 mg/d Hirnödem, erhöhter intrakranieller Druck, Rückenmarkskompression, obere Einflusstauung, Lufröhrenobstruktion

NW: Gastrointestinale Blutungsgefahr, daher mit PPI-Gabe

Butyl-Scopolamin (Buscopan®)

Erleichtert Koliken, hemmt die Sekretion, 60 - 120 mg/d

Ketamin

Ketamin (Ketanest®)

Wirkung an den spinalen und supraspinalen NMDA-Rezeptoren
Neuropathische, entzündliche, ischämische, viszerale und myofasziale Schmerzen, wenn Standardtherapie nicht anspricht (off-label-use)
Nützlich bei starken Schmerzen, wenn Opiode nicht ausreichen
Nebenwirkung: dysphorische Zustände, Halluzinationen, bei i.v. Gabe vorher Midazolam verabreichen.

Dosierung:

p.o.: 10 - 25 mg 3 - 4x täglich bis 4 x 200 mg (schmeckt bitter, mit Fruchtsaft mischen)

s.c. oder i.v.: Einzeldosis: 2,5 - 5 mg, Tagesdosis: mit 50 mg/24h (ca. 1 mg/kg/d) beginnen, bis 300 mg/24h

Verschreibung im niedergelassenen Bereich in begründeten Ausnahmefällen möglich

Weitere Ko-Analgetika

Bisphosphonate bei Knochenschmerzen

Benzodiazepine zur Muskelrelaxation

Baclofen bei Spasmen: 5 mg bis 3x/d, langsam steigern, max 120 mg/d

Oxybutinin bei Blasenkrämpfen

Cannabinoide: Dronabinol®, Nabilone®

Weitere Ko-Analgetika

1.5 Weitere therapeutische Ansätze in der Schmerztherapie

- Strahlentherapie
- Palliative Chemotherapie in ausgewählten Fällen
- Rückenmarksnahe Verfahren, Nerven-, Plexus-, Ganglienblockaden
- Physiotherapie, Wärme- und Kälteanwendungen (s. Anhang), Lymphdrainage, Aromatherapie (Schmerzöl) und „Therapeutic Touch“: Berührung kann Schmerzen beeinflussen
- psychische und spirituelle Begleitung, Zuwendung und Motivation
- Entspannungstechniken und imaginative Verfahren
- Ergotherapie

1.6 PCA-Pumpe (Patient- Controlled-Analgesia, „Schmerzpumpe“)

Die kontinuierliche parenterale Verabreichung von Medikamenten bei schwierigen Symptomen (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Unruhe und Angst) ist über PCA-Pumpen mit Bolusfunktion möglich.

Leihpumpen werden beispielsweise von der Firma Smiths Medical zur Verfügung gestellt, die auch das Verbrauchsmaterial (Kassetten, Verbindungsschläuche, Port-A-Cath-Nadeln) dazu liefert: Leihgebühr für Pumpen und Verbrauchsmaterial bezahlen die Krankenkassen.

Die Firma bietet Einschulungen in die Verwendung dieser Pumpen. Die Bedienung ist einfach und die Pumpen sind sehr sicher in der Anwendung. Die Befüllung des Medikamenten-Reservoirs kann im Allgemeinen so geplant werden, dass der Kassettenwechsel zu Hause nur ein Mal pro Woche nötig ist.

PCA-Pumpe

2 Respiratorische

Symptome

2.1 Dyspnoe

Häufiges Symptom in der palliativen Betreuung.

- In den letzten 24 Stunden des Lebens leiden 80% der Tumorkranken an Atemnot
- Atemnot ist subjektiv wie der Schmerz
- Tachypnoe und Hypopnoe können mit und ohne Dyspnoe auftreten
- auch bei objektiv unauffälligem Befund Dyspnoe ernst nehmen und behandeln
- kein Placebo geben

Messung: Numerische Rating-Skala von 0 (keine Atemnot) bis 10 (Erstickungsgefühl)

Ursachen: Pulmonal, kardial

Neuromuskulär, zerebral

Andere: Aszites, Hepatomegalie, Angst, Anämie, Kachexie

Therapie

Interventionell:

Auch beim weit fortgeschritten erkrankten Patienten mit kurzer Lebenserwartung ist eine interventionelle Therapie als Symptomlinderung und Lebensqualitätsverbesserung zu erwägen.

Interdisziplinäre Absprache der Möglichkeiten (Laser, Tracheostomie, Radiatio, Punktion, Pleurodese, Stent) und Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Umgekehrt kann nach Absprache über die begrenzten Therapiemöglichkeiten ein Verbleiben zu Hause möglich sein, wenn klar ist, dass im Krankenhaus keine spezifischen Therapien gemacht werden können.

Symptomatische medikamentöse Therapie

• **Opioide (kurz wirksame!)**

Beginn mit **2,5 mg – 5 mg – 10 mg Vendal** p.o., s.c., i.v., bei Bedarf auch höher dosieren, 4-stündlich.

Fentanylplaster wirkt nicht gegen akute Atemnot!

Bei Opioidvorbehandlung Steigerung der Einzeldosis um 50%. Bei nicht ausreichender Besserung: Steigerung alle 2 Stunden bis zufrieden stellende Linderung erzielt ist.

Interventionelle Therapie

Symptomatische Therapie

Bedarfsmedikamente immer bereitstellen

Opioide wirken über die Erhöhung der Toleranz des Atemzentrums für Anstieg des pCO_2 . Die Atemfrequenz nimmt ab und die Atmung wird ökonomisiert.

NW: Müdigkeit

- **Lorazepam** (Temesta® 1 mg p.o. oder Temesta expidet® s.l. **1,25 mg - 2,5 mg**) oder i.v. in Kurzinfusion zur Anxiolyse, wenn die Angst sich unter Opioidtherapie nicht bessert.
- Bei fehlender Besserung unter Opioiden und Temesta zusätzlich **Midazolam 1 - 2,5 mg i.v. oder s.c.**

Orale Bedarfsmedikamente dem Patienten bereitstellen, damit er nicht darum bitten muss.

Patienten und Angehörige instruieren hinsichtlich Einnahme/Verabreichung

Sauerstoffgabe führt beim terminal erkrankten Patienten ohne Sauerstoffvorbehandlung selten zur Linderung der Atemnot.

Pflegerische Aspekte

Pflegerische Aspekte bei Atemnot

Patienten mit Atemnot sind für Pflegende und Angehörige eine besondere Herausforderung, da Atemnot und ihre Begleitsymptome wie Angst, Panik und Unruhe sich am stärksten auf die Umgebung übertragen. Doch die Unterbrechung des Teufelskreises von Angst und Atemnot ist eines der wichtigsten Ziele pflegerischer Handlungen bei akuter Atemnot.

Eigene Hilfen

Eigene Hilfen

- Nicht mit dem Atem des Patienten mitschwingen
- Bewusst den eigenen Atemrhythmus beibehalten
- Sicherheit gewinnen durch fachliche Kenntnis

Hilfen im Vorfeld

Hilfen für den Patienten im Vorfeld:

- Aufklärung und Beratung des Patienten
- Sicherheit: Notfallplan vom behandelnden Arzt erstellen lassen, die Bedarfsmedikamente bereitstellen und Patienten- und Angehörigeninstruktion in Verabreichung/Einnahme
- Training von Anpassungsstrategien
- Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Fantasiereisen, Musik, u.a.)
- Erlernen von atemtherapeutischen Techniken
- Atemerleichternde Lagerungen, atemstimulierende Einreibungen,
- Aufklärung und Einbindung von Angehörigen

Pflegerische Interventionen in der Akutsituation:

- Ruhe bewahren und vermitteln
- Patienten wenn möglich nicht alleine lassen
- Angehörige unterstützen, um zusätzliche Angst oder Panik zu vermeiden
- Nähe und Distanz bewusst einsetzen: Sichtweg freihalten, Abstand halten vom Brust- und Gesichtsbereich des Patienten; wenn Körperberührung erwünscht: eher an den Extremitäten (Fußmassage)
- Fenster öffnen, Ventilator anbieten, evtl. Luftbefeuchter
- Kälte und Einreibungen mit mentholhaltigen Substanzen und aromatischen Ölen stimulieren die Mechanorezeptoren im oberen Respirationstrakt
- Ätherische Öle nur, wenn sie sich schon vorher bewährt haben (z.B. Zedernholzöl, Zitrone, Minze); Vorsicht bei Spastik, Asthma bronchiale
- Atemunterstützende Lagerung:
 - Aufrechte Sitzposition
 - Polster, Rolle unter den Knien, um den Bauchraum zu entspannen
 - Luftballons (Durchmesser ca. 25 cm, nicht zu fest aufgeblasen) unter den Achselhöhlen zur Unterstützung der Atemhilfsmuskulatur
 - einen Arm oder beide Arme über den Kopf legen
 - Fersen-, Reitersitz, Hockerstellung
- Entspannungstechniken anbieten, wenn sie bereits erlernt wurden und/oder eine Erleichterung der akuten Situation eingetreten ist.

Notfallplan

- 1 Konzentration auf Ausatmung
- 2 Handventilator
- 3 Bereitgestellte Medikamente einnehmen
- 4 Notarzt anrufen: Ein vorliegender Krisenplan auf der Basis eines rechtzeitigen Gespräches kann für den Notarzt eine wichtige Orientierungshilfe sein, um von einer Intubation und anderen intensivmedizinischen Maßnahmen absehen zu können und palliative Maßnahmen zu ergreifen

Dyspnoe bei Lymphangiosis carcinomatosa:

Therapieversuch mit Dexamethason 8 - 16 mg, Reduktion auf 4 mg

Akutbetreuung

Atemunterstützende Lagerung

Notfallplan

Lymphangiosis carcinomatosa

Produktiver Husten mit Abhusten

Produktiver Husten ohne Abhusten

Reizhusten

Hämoptysen/Hämoptoe

2.2 Husten

Tritt seltener auf als Dyspnoe, vor allem bei Patienten mit Bronchuskarzinom

- Produktiver Husten mit **Fähigkeit zum Abhusten**:
Sekretolytika (Acetylcystein), Symptomkontrolle mit Antibiotika zur Schleimreduktion
Inhalationen mit Sympathikomimetika, ausreichend Flüssigkeit oral, Lutschtabletten zur Reduktion des pharyngealen Reizes
Codein (Paracodintropfen bis 3 x 40, Dyhydrocodein beginnend mit 30 mg Codidol® oral)
- Produktiver Husten, wenn der Patient **zu schwach zum Abhusten** ist:
Schleimreduktion mit Anticholinergica: 3 x 1/2 bis 1 Amp. **Robinul®** i.v. verdünnt oder s.c.
Buscopan® 4 x 1 Amp. s.c. oder Scopodermplaster transdermal jeden dritten Tag (hinter dem Ohr anbringen)
- **Reizhusten**
Dihydrocodein oral (s.o.)
Vernebler mit Benoxinate 2% (1:1 mit Kochsalzlösung)
Versuch mit Dexamethason 16 - 24 mg/d i.v. oder oral über mehrere Tage, dann reduzieren.

2.3 Hämoptysen/Hämoptoe

- Nur in 1% der Hämoptysen tritt eine schwere Hämoptoe auf.
- Information des Patienten und seiner Angehörigen.
- Rechtzeitig abklären, ob noch eine Intervention mit Laser bzw. Embolisation indiziert ist, damit nicht unnötige Aktionen in die Wege geleitet werden.
- Notfallplan schriftlich festlegen: Midazolam in 1 mg Schritten i.v. oder i.m. und Vendal 10 - 20 mg i.v.
- Dunkle Handtücher, Waschlappen, Bettwäsche bereitstellen/benutzen.

2.4 Rasselatmung

- Entsteht durch Sekretionen im Hypopharynx und in der Trachea, die durch die Schwäche nicht mehr abgehustet werden können
- Inspiratorisch und expiratorisch zu hören
- DD: Linksherzinsuffizienz (Lasix verabreichen)
Pneumonie (bei ausgeprägter Schleimbildung Antibiotika auch in den letzten Lebenstagen zur Symptomlinderung in Betracht ziehen)

Maßnahmen

- Infusionen absetzen
- Pflegerische Maßnahmen: Anticholinergica (Buscopan® bis 6 x 1 Amp., s.c. oder i.v.; Robinul® 3 x 2 Amp. s.c. oder i.v., längere Wirkung als Buscopan)
- Aufklärung der Angehörigen, dass Rasseln nicht Dyspnoe bedeutet und zum Sterbeprozess dazugehört
- Pflegerische Maßnahmen: 30° Lagerung, Lagewechsel.
- Absaugen ist beim terminalen Rasseln kontraindiziert, da nur belastend

Terminales Rasseln

Rasseln bedeutet nicht
Dyspnoe

3 Fatigue

„Müdigkeit ist, was immer der Patient sagt, dass es ist, wann immer er sagt, dass sie da ist.“ (Glaus, 1999)

Definition

Lähmende Müdigkeit bei chronischen Erkrankungen, häufig von den Betreuenden unterschätzt, mit erheblichem Leidensdruck, durch Schlaf nicht zu lindern.

Prävalenz: bis zu 84%

Pathophysiologie

Die Pathophysiologie der primären Fatigue ist bisher noch schlecht geklärt. Es scheint aber ziemlich sicher zu sein, dass Zytokine und eine endogene, frustrane Immunaktivierung eine zentrale Rolle spielen. Dazu passt die Tatsache, dass gerade immunstimulatorische Therapien mit einer starken Fatigue einhergehen.

Sekundär kommt es zu Fatigue durch Begleiterkrankungen (z.B. Anämie, Dehydratation, fieberhafte Infekte), als Nebenwirkung von Medikamenten oder durch Krankheiten, die von der Tumorerkrankung unabhängig sind (z.B. Hypothyreose).

Assessment

Da Fatigue sehr stark auf subjektivem Empfinden beruht, sind die Instrumente der Diagnostik ähnlich wie in der Schmerztherapie, nämlich Skalen (VAS) und Fragebögen.

Beispiel:

Numerische Ratingskala von 0 - 10 („ich fühle mich nicht unüblich müde“ – „ich fühle mich total erschöpft“); Erfassung allerdings nur eindimensional.

Einteilung: mild (0 - 3), mäßig (4 - 6), schwer (7 - 10)

Diagnostik

Anamnese, einschließlich Schlafanamnese, Komedikation, Schlaf, Depression ausschließen, klinischer Befund, Labor (Blutbild, Vitamine, Hormone, Elektrolyte, CRP)

Barrieren für die Behandlung

Ärzte und Pflegende versäumen es oft, die Frage nach Fatigue zu stellen und über Interventionen aufzuklären.

Durch Schlaf nicht zu lindernder Leidensdruck

Pathophysiologie noch schlecht abgeklärt

Visuelle Analogoskala

Barrieren für die Behandlung

Umgang mit Fatigue

Am Ende des Lebens
kann Fatigue auch
ein Schutz sein

Patienten wissen nicht, was Fatigue ist und dass es Möglichkeiten der Linderung gibt.

Behandlung

Kausal: Behandlung von Anämie, Infektionen, metabolischen Störungen, Schlafstörungen

Umstellung von Medikamenten

Symptomatisch:

- angepasstes körperliches Training, am besten in der frischen Luft
- Psychostimulantien: Modafinil (Modasomil®) 50 - 100 mg morgens und mittags, Methylphenidat (Ritalin®) 5 - 10 mg bis 40 - 60 mg
- Kortikosteroide: Dexamethason bis 10 mg, Methylprednisolon bis 32 mg
- Reduktion oder Hinterfragen antihypertensiver Therapie (z.B. Beta-Blocker) hinterfragen

Umgang mit Fatigue

- Aufklärung, Information („diese extreme Müdigkeit hat einen Namen“, „das kommt häufig vor“)
- Ausgewogenheit zwischen Aktivität und Ruhe finden – Prioritäten setzen
- „Energietagebuch“ zur Verwaltung des eingeschränkten Energiekontos führen
- psychosoziale Interventionen
- Ergotherapie, kognitives Training, Mal- und Gestaltungstherapie, Imaginationen und Fantasiereisen, Entspannungsübungen
- Schlafhygiene
- religiöse/spirituelle Unterstützung
- Ablenkung, soziale Kontakte pflegen

4 Gastroenterologische Symptome

4.1 Mundtrockenheit (Xerostomie)

In den letzten Lebenstagen leiden viele Menschen an der Xerostomie, ausgelöst durch Medikamente, Mundatmung, geringere Flüssigkeitsaufnahme, etc. Voraussetzung für jegliche Mundpflege ist, dass der Patient seinen Mund freiwillig öffnet. Ziel ist dem sterbenden Menschen, durch individuelle, aufmerksame und vorsichtige Mundpflege ein angenehmes Gefühl zu vermitteln. Durstgefühl wird vor allem durch Mundbefeuchtung gelindert.

Ursachen

- Reduktion der Speichelsekretion: Therapienebenwirkung (Opioide, Psychopharmaka, Strahlentherapie)
- Schleimhauterosionen: Tumore, Tumorbehandlung, Immunsuppression
- Lokale oder systemische Dehydratation
- Depression, Stress, Angst und Schmerzen

Symptome

- trockenes, mattes Aussehen der Mundschleimhaut
- Durst, brennendes Gefühl, Ulzerationen, Schmerzen
- Geschmacksstörungen und Appetitverlust
- Zäher Speichel
- Atrophie der Zungenoberfläche, Rhagaden
- Schwierigkeiten beim Sprechen und beim Schlucken

Linderung der Xerostomie

Allgemein gilt:

- Mundpflege wenn nötig ein- bis zweistündlich durchführen
- Fettthaltige Lösungen (Mandelöl, Sahne, Butter, Suppen, u.a.) verdunsten nicht so schnell wie Flüssigkeiten und halten somit die Mundschleimhaut länger benetzt
- Für einen besseren Geschmack des verwendeten Öls und bei Mundgeruch: 1 Tropfen ätherisches Pfefferminzöl auf 1 Stamperl Öl (Mandel-, Olivenöl)
- Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung oder Emser Sole führt zu einer besseren Benetzung der Schleimhaut durch Erhöhung der Schlagfrequenz der Flimmerepithelien
- Beläge lösen sich gut mit kohlensäurehaltigen Getränken oder mit einem kleinen Stückchen einer Vitamin C-Brausetablette (auf der Zunge zergehen lassen und dann ausspülen, bzw. mit der Zahnbürste entfernen)
- keine „Lemonsticks“ (Lemon glycerine swabs), trocknen die Schleimhaut aus
- Lippenpflege mit Mandelöl
- Raumluft befeuchten

Der Mund zählt zu den empfindungsstärksten und intimsten Bereichen unseres Körpers

Ursachen

Symptome

Linderung

Anfeuchten des Mundes

Möglichkeiten zum Anfeuchten des Mundes

Wenn Schlucken möglich ist:

- Häufiges Trinken kleiner Schlucke
- Ausspülen des Mundes mit Lieblingsgetränken (evtl. mit Hilfe von gekürzten Strohhalm, Schnabelbecher, Löffel, Pipetten, Sprühfläschchen)
- 1/2 TL Mandelöl oder Olivenöl (evtl. mit Pfefferminzöl, s. oben) im Mund verteilen und ausspucken oder schlucken
- Stückchen Butter oder Schlagrahm auf die Zunge geben
- Eiswürfel/Stieleis aus verschiedenen Getränken herstellen (Harnmonovetten oder Milka-Herzen-Behälter eignen sich gut zum Einfrieren)
- Kleine, evtl. gefrorene Fruchtstückchen (z.B. Wassermelone) oder Speiseeis
- Zuckerfreien Kaugummi kauen

Wenn Schlucken nicht möglich ist:

- Mundpflege mit einer kleinen Gesichtsmassage beginnen, um die Speicheldrüsen zu stimulieren. Gleichzeitig bereitet man so den Kranken auf die Mundpflege vor.
- Mit Hilfe von dicken Watteträgern oder Schaumstoff (Polygon Swabs), eingetaucht in die Lieblingsgetränke des Kranken oder in Mandelöl vorsichtig den Mund abwischen und befeuchten
- Anfeuchten mit verschiedenen Flüssigkeiten mittels Sprühfläschchen

Pharmazeutische Produkte

- Glandomed® Spülung
- Synthetischer Speichel
- bioXtra® Produkte bei Mundtrockenheit (Mundspülung, Gel, Sprühgel)

Zahnschutz

Häufiges Zähneputzen, Mundspülungen (evtl. mit Fluor) stimulieren die Speichelproduktion und sind nötig als Kariesprophylaxe. Es sollten allerdings keine Produkte mit Alkohol verwendet werden.

Angepasste Diät

Vermeiden von

- harten und groben Nahrungsmitteln
- scharfen, sauren, stark gewürzten Speisen und Alkohol
- trockenen Speisen (Bananen)
- Milch, Kakao

Zahnschutz

Angepasste Diät

Geeignete Maßnahmen

- Brot "tunken"
- zu den Speisen viel trinken
- wasserhältige Lebensmittel (Melone, Apfelmus, Suppen, Kefir, Sauermilch, Joghurt)
- Saucen zu Fleisch, Teigwaren und Reis (Geschmacksverstärkung)
- Speisen mit starkem Eigengeruch (Geschmack wird über die Nase wahrgenommen)

4.2 Übelkeit, Erbrechen

4.2.1 Ermittlung der Ursache

4.2.1.1 Anamnese

Wechselt die Übelkeit? Ist sie mit früher Sättigung nach Nahrungsaufnahme und mit Nahrungsaufnahme, sowie mit Völlegefühl und Blähungen verbunden? Verbessert Erbrechen das Gefühl der Übelkeit?

⇒ Hinweis auf Störung der Magenentleerung

Ist die Übelkeit ständig da, wird sie verschlechtert durch Gerüche, verändert sich nichts durch Erbrechen?

⇒ Hinweis auf chemische/metabolische Reize (Medikamente, Kalzium, Stoffwechselprodukte) als Auslöser der Übelkeit

Ist die Übelkeit wechselnd und verbunden mit Bauchkrämpfen und veränderten Stuhl-gewohnheiten, ist das Erbrochene gallig, sehr übelriechend, voluminös?

⇒ Hinweis auf intestinale Obstruktion

Weitere Fragen:

- Erbrechen eher am Morgen, verbunden mit Kopfschmerzen?
- Verschlechterung oder Auslösung durch Lageveränderungen?
- Begleiterscheinung von Unruhe und Angst? Wie sieht das Erbrochene aus?
- Ist es unverdaut? (Hinweis auf hohe Obstruktion oder Gastroplegie)
- Werden große (Hinweis auf Magenausgangsstenose oder hohe Obstruktion) oder kleine (Hinweis auf Gastroplegie) Volumina erbrochen?

Anamnese

Untersuchungen

Untersuchungen: Elektrolyte, NFP, BB, LFP; Röntgen-Untersuchung des Abdomens zum Ausschluss von Obstipation, Obstruktion, Perforation

Medikamentenliste kritisch beurteilen (Opioide, Antibiotika, Digitalis, NSAR, PPI können Übelkeit und Erbrechen auslösen)

Begleitsymptome beachten (Kopfschmerzen, Dysurie, Obstipation, Durst, Verwirrtheit)

Kausale Behandlung

4.2.2 Behandlung

4.2.2.1 Kausale Behandlung bei folgenden Ursachen möglich:

- Hyperkalzämie (Durst, Verwirrtheit, abdominelle Schmerzen): Bisphosphonate
- Obstruktion: eventuell Stent oder Anastomose
- Infektionen
- Obstipation
- Medikamente: absetzen oder umstellen
- Angst: Anxiolytika, psychotherapeutische Interventionen
- Hirndruck: Kortikosteroide
- Gastritis und Ulcus: PPI's
- Husten: Antitussiva

4.2.2.2 Drainagen (NG-Sonden, PEG-Sonden) und Stents können kausal wirksam sein

Drainagen

Wenn große Volumina erbrochen werden, zur vorübergehenden Beruhigung des Darms; bei chronischer intestinaler Pseudobstruktion, bei autonomer Neuropathie (z.B. nach Gabe von Vinca-Präparaten oder als paraneoplastisches Syndrom), bei Magenausgangsstenose, bei engem Magen durch "Linitis plastica"

4.2.2.3 Medikamente

Medikamente

Die Medikamente sollen so ausgewählt werden, dass sie in ihrer Wirkung dort ansetzen, wo Übelkeit und Erbrechen ausgelöst werden.

Symptomatische Behandlung mit Antiemetika (Differentialtherapie)

• Prokinetika

Indikation: Gastritis, funktionelle Magenentleerungsstörungen, Opioidtherapie; Beispiel: Metoclopramid

Kontraindikation: Komplette Obstruktion, Diarrhoe

• Medikamente mit Wirkung auf das Brechzentrum

Indikation: Ileus, Hirndruck, Vestibularisreizung

Beispiel: Dimenhydrinat, Levomepromazin

- **Medikamente mit Wirkung auf periphere und zentrale Dopaminrezeptoren**
Indikation: Ileus, chemisch-toxische Effekte
Beispiel: Haloperidol, Levomepromazin (Nozinan®)
- **Kortikosteroide**
Indikation: maligne Obstruktion, potenzieren die Wirkung anderer Antemetika
Beispiel: Dexamethason
- **Medikamente mit Wirkung auf die Chemorezeptortriggerzone**
Indikation: chemisch-toxische Effekte durch Medikamente, Nierenversagen
Beispiel: Tropisetron (Navoban®)

Medikament wirkt vorwiegend auf	MDT	CTZ	Brechzentrum
Metoclopramid - Paspertin®	+	+	
Domperidon - Motilium®	+		
Ondansetron - Zofran®	+	+	
Haloperidol - Haldol®	+	+	
Levomepromazin - Neurocil®		+	+
Dimenhhydrinat - Vertirosan®			+

MDT - Magen-Darm-Trakt; CTZ - Chemorezeptortriggerzone; Auch Cannabinoide werden gegen Übelkeit eingesetzt.

4.2.2.4 Weitere Maßnahmen

Es gibt Hinweise für die Wirkung nicht-medikamentöser und komplementärer (Akupunktur, Massagen, Ingwer) Maßnahmen. Für Chemotherapie-induzierte Übelkeit ist die Wirkung komplementärer Maßnahmen durch Untersuchungen bestätigt.

Praktische Hinweise

- Bei vorliegendem oder akut aufgetretenem Erbrechen Antiemetika parenteral oder als Suppositorien anwenden (Übelkeit führt zu Gastrostase und daher eingeschränkter intestinaler Absorption)
- Orale Verabreichung zur Vorbeugung der Übelkeit
- Kombination von Antiemetika in 25% der Situationen erforderlich (z.B. Kombination von Metoclopramid mit Haloperidol), da sehr viele Neurotransmitter beteiligt sind und viele Faktoren Übelkeit auslösen
- Bei chronischer Pseudoobstruktion (Meteorismus, hohe klingende Darmgeräusche, Gastroparese) Erythromycin und Metoclopramid (in hoher Dosis)

Weitere Maßnahmen

Praktische Hinweise

Häufige Fehler

- Subkutane Infusion bei schwerer persistierender Übelkeit (z.B. Metoclopramid 60 mg/24h und Haloperidol bis 5 mg/24h oder Levomepromazin bis 7,5 mg/24h)
- 5HT3-Rezeptoren-Antagonisten: Am Lebensende selten erforderlich, lindern Erbrechen, das über die Rezeptoren in der Chemorezeptor-Triggerzone mediiert ist (z.B. urämisches Erbrechen)
- Octreotid (Sandostatin®): Reduziert GI-Sekretion und Motilität und kann das Volumen des Erbrochenen und Frequenz des Erbrechens sehr reduzieren; Dosierung: 200 - 600 µg/24h s.c.
- Intravenöse Flüssigkeit bei Durst und Elektrolytverlusten, ausgeprägte Dehydratation kann Übelkeit verstärken
- Erbrechen kann Angst machen, Angst kann die Übelkeit verstärken
- Die intravenöse oder subkutane Gabe kann umgestellt werden auf die orale Verabreichung, wenn die Übelkeit gut behandelt ist.
- Die wirksamen Medikamente haben beträchtliche Nebenwirkungen, interagieren mit anderen Medikamenten und müssen z.T. off-label verwendet werden.
- Es gibt wenige systematische Studien.
- Die häufigsten Fehler:
 - Orale Verabreichung bei vorliegender Übelkeit
 - Reversible Faktoren (z.B. Obstipation, Hyperkalzämie) werden nicht berücksichtigt
 - Monotherapie statt Kombination

4.3 Obstipation

Anamnese

Schmerzen beim Stuhlgang? Stuhldrang ohne Defäkation als Hinweis auf distale Obstruktion? Verlust des Stuhls ohne Stuhldrang bei spinaler Ursache? Assoziierte Symptome? (Flatulenz, Bauchschmerzen, Anorexie, Übelkeit und Erbrechen)

Medikamente? Laxantieneinnahme?

Untersuchungen

Auskultation, Palpation, rektale Untersuchung, Stuhlbeurteilung, Serumkalzium, Abdomen leer

Ursachen

Grunderkrankung:

Einschränkung der Darmperistaltik durch den Tumor, Rückenmarks- und Nervenläsionen, Aszites, Hyperkalzämie

Indirekte Einflüsse der Grunderkrankung

Reduzierte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, eingeschränkte Mobilität

Therapie Nebenwirkung

Opiode, Antidepressiva, Neuroleptika, Diuretika, Antiemetika (5HT₃-Antagonisten), Antazida, Sedativa, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Diuretika, Butylscopolamin, Haloperidol

Unabhängig von der Grunderkrankung

Funktionelle Obstipation, Hämorrhoiden, Diabetes mellitus

Folgen chronischer Obstipation

Anorexie, Koliken, Überlaufdiarrhoe, Intestinale Obstruktion, Verwirrtheit

Therapie und Prophylaxe der Obstipation

Wirkung auf die Stuhlkonsistenz (osmotisch/hydragog)

Macrogol (Movicol, Molaxole)

(Lactulose führt bei vielen Menschen zu Blähungen; Bittersalz, Glaubersalz sind in der Palliativmedizin weniger geeignet)

Mikroklist, Clysmol, Lecicarbon, Gastrografin 30 ml 1:1 mit Wasser

Wirkung auf die Peristaltik (stimulierend/propulsiv)

Dulcolax, Guttalax, Agaffin

Distigmin (Ubretid® 0,5 mg s.c.)

Wirkung auf die Gleitfähigkeit des Stuhls

Paraffin

Glycerin-Zäpfchen

Antagonisierung der opioidinduzierten Obstipation:

Methylnaltrexon (Relistor®) 8 - 12 mg subkutan einmal täglich

Praktische Hinweise

- Palpatorisch bewegliche abdominelle Massen sind Faeces, nicht Tumor.
- Ein Röntgenbild des Abdomens ist gelegentlich nötig zur Abgrenzung gegenüber intestinaler Obstruktion.
- Die tägliche Obstipationsprophylaxe ist meist notwendig für Patienten, die Opiode einnehmen. Viele benötigen die Kombination eines weichmachenden Laxans und eines stimulierendes Laxans. Dosissteigerung nach Bedarf.

Ursachen

Therapie und Prophylaxe

Praktische Hinweise

- In etwa 1/4 der Fälle werden rektale Maßnahmen von Zeit zu Zeit benötigt.
- Stimulantien wirken innerhalb von 6 - 12 Stunden.
- Bei Koprostase im Colon kann ein Gastrografin-Einlauf helfen.

Übersichtstabelle Laxantien

Osmotisch wirkende Laxantien

Wirksubstanz (Handelsname)	Dosierung	Wirkungs- eintritt	Bemerkung	Indikation
Macrogol (Movicol®)	1 - 3 Btl./d	bei Ersteinsatz nach 2 - 3 Tagen	Hinreichende Flüssigkeitszufuhr	Opioidbedingte Obstipation
Lactulose (Laevolac®)	10 - 30 ml p.o.	8 - 10 Stunden	Meteorismus, Völlegefühl	Habituelle und opioid- bedingte Obstipation
Natriumhydrogen- carbonat (Lecicarbon®)	1 - 2 Supp. rektal	15 - 60 Minuten	Sich bildendes CO ₂ muss bis zur Ausbildung des Defäkationsreflexes gehalten werden	Obstipation mit stuhlgefülltem Rektum
Sorbit (Mikroklist®)	1 Klistier rektal	15 - 60 Minuten	Klistier muss bis zur Ausbildung des Defäkations- reflexes gehalten werden	Obstipation mit stuhlgefülltem Rektum

Stimulierende (propulsiv wirkende) Laxantien

Wirksubstanz (Handelsname)	Dosierung	Wirkungs- eintritt	Bemerkung	Indikation
Natriumpicosulfat (Guttalax®, auch Agaffin®)	10 - 20 mg p.o oder nach Bedarf	6 - 12 h	Manche Patienten brauchen täglich propulsiv wirkende Laxantien. Ausschluss einer mechanischen Obstruktion!	Obstipation durch Motilitätseinschränkung unterschiedlicher Ursache, atonische Obstipation
Bisacodyl Dulcolax®	10 mg p.o. 1 - 2 Supp. rectal	8 - 10 h oral 15 - 60 min rectal		
Prostigmin Ubretid®	0,5 mg s.c.	Stunden bis Tage		
Methylnaltrexon Relistor®	0,8 - 0,12 mg s.c.	Wirkung kann schon nach wenigen Minuten einsetzen		Opioidinduzierte Obstipation

4.4 Ileus und Subileus - Intestinale Obstruktion

Häufigste Ursache

Ovarialkarzinom (in 30 - 40% Entwicklung einer Obstruktion) und kolorektale Karzinome (in 10 - 20% Entwicklung einer Obstruktion)

Symptome

- Übelkeit und Erbrechen meist großer Volumina
Bei hoch sitzendem Verschluss: geruchsarmes galliges Erbrechen
Bei tiefer sitzendem Verschluss: Miserere
- Geblähtes Abdomen
- Kontinuierliche abdominelle Schmerzen
- Kolikartige abdominelle Schmerzen
Bei Dünndarmverschlüssen: meist besonders intensiv, hohe Kolikfrequenz, periumbilikale Schmerzen
Bei Dickdarmverschlüssen: meist geringere Frequenz, geringere Intensität, Projektion auf den Kolonrahmen
- Plätschern im Bauch
- Xerostomie und Zeichen der Dehydratation
- Obstipation, keine Darmgeräusche, keine Winde, Flüssigkeitsspiegel im Röntgenbild; bei klingenden Darmgeräuschen: eher mechanischer Ileus

Vorgehensweise und Therapie

Chirurgische Abklärung: Ist eine palliative Anastomose möglich?

In Betracht zu ziehen unter folgenden Voraussetzungen:

- Keine tastbaren Tumormassen im Abdomen
- Normaler Ernährungszustand
- Kein Aszites
- Umschriebene Stenose

Weniger in Betracht zu ziehen unter folgenden Voraussetzungen:

- Tastbare Tumormassen im Abdomen
- Kachexie
- Peritonealkarzinose
- Vorangegangene abdominale Bestrahlung

Wenn eine chirurgische Behandlung nicht angebracht ist, so ist das Ziel die Ruhigstellung des Darms, die Behandlung der Schmerzen, der Übelkeit und des Erbrechens.

Magensonde diskutieren: die Magensonde ist eine wirksame Erstmassnahme, die den Darm entlastet, Trinken ermöglicht, die Übelkeit verringert; die

Ovarialkarzinom und kolorektale Karzinome verursachen Obstruktionen

Chirurgische Abklärung

**Reduktion der Frequenz
des Erbrechens
durch Hemmung
der intestinalen Sekretion**

**Metoclopramid
kontraindiziert bei
kompletter Obstruktion**

Magensonde ist oft notwendig, bis eine definitive Sekretableitung mit einer Ableitungs-PEG erfolgt oder die Sekretion medikamentös gehemmt ist.

Schmerzen:

Druckschmerz, viszeraler Dauerschmerz: Novalgin, Morphin, Fentanyl

Kolikartiger Schmerz: Butylscopolamin (Buscopan®) 40 - 120 mg möglichst kontinuierlich i.v. oder s.c.

Übelkeit und Erbrechen: Antiemetika

Haloperidol: 1,5 mg 2 - 3 x täglich

Levomepromazin (Nozinan®): 2,5 mg 2 - 3 x täglich (sedierend)

Dimenhydrinat (Vertirosan®): möglichst kontinuierlich bis 200 mg täglich (sedierend)

Reduktion der Frequenz des Erbrechens durch Hemmung der intestinalen Sekretion:

Buscopan: 60 - 120 mg/24 h (kann bis 360 mg gesteigert werden (limitierend: Tachykardie)

Octreotid (Sandostatin)®: 300 bis 600 µg/24h s.c.

Dexamethason bis 12 mg/24h kann die komplette Obstruktion lösen.

Bei hoher Obstruktion ist eine nasogastrale Sonde als Erstmaßnahme nützlich.

Wenn man mit der subkutanen oder intravenösen Verabreichung der sekretionshemmenden Medikamente und der Antiemetika nicht das Auslangen findet, sollte bei häufigem Erbrechen rechtzeitig an die Anlage einer PEG-Sonde zur Ableitung der Sekretion gedacht werden.

Praktische Hinweise

- Abhängig von der Höhe der Obstruktion können die Patienten oral zugeführte Flüssigkeit aufnehmen.
- Bei Vorliegen einer kompletten Obstruktion ist Metoclopramid kontraindiziert
- Auch bei intestinaler Obstruktion kann es zu Diarrhoe und Stuhlentleerung kommen, manchmal nach vielen Tagen.
- Octreotid ist ein teures, aber symptomatisch sehr wirksames und nicht toxisches Medikament, das die gastrointestinale Motilität und Sekretion hemmt. Dosierungen bis zu 600 µg/24h können nützlich sein.

4.5 Schluckstörung

Anamnese

Schwierigkeiten mit dem Schlucken fester Speisen: Striktur

Schwierigkeiten mit dem Schlucken von Flüssigkeit: Neurologische Ursache (z.B. ALS)

Schmerzen beim Trinken heißer Getränke: Pilzbefall oder anderer entzündlicher Prozess

Husten nach dem Schluck: Fistel?

Häufigste Ursachen einer Schluckstörung bei Tumorkranken sind ösophagealer Pilzbefall und maligne Strikturen

Kausale Therapie maligner Strikturen

Radiotherapie, Stents, Dilatation, Steroide, nasogastrale Sonde, PEG-Sonde

Maßnahmen bei Soorstomatitis und -ösophagitis

Antimykotika (Mycostatin-orale Suspension 4 x 4 ml täglich, Fluconazol 200 mg für eine Woche)

Allgemeine Maßnahmen

Logopädische Beratung in Betracht ziehen

In der letzten Lebensphase, wenn auch der Speichel nicht mehr geschluckt werden kann: evtl. Scopolamin-Pflaster

Striktur
neurologische Ursache

Entzündung

Fistel

4.6 Schluckauf

Entstehung

Spastische Kontraktionen des Zwerchfells durch

- Magenüberdehnung
- Irritation des N. phrenicus durch Tumorerinfiltration
- Zerebrale Prozesse
- Metabolisch

Nicht medikamentöse Therapie

- Pfefferminztee
- Eiswasser trinken

Medikamentöse Therapie

- Baclofen (Lioresal®) 5 - 10 mg/8-stündlich (muskelrelaxierend)
- Metoclopramid 10 - 20 mg/4 x tgl.
(Ceolat-Lösung®, Paspertin®)
- Haloperidol (Haldol®) 5 - 10 mg p.o. oder s.c. (zentral wirksam)
- Levomepromazin 5 - 25 mg (zentral wirksam, sedierend)
(Nozinan®, Neurocil®)
- Midazolam 10 - 50 mg/d

4.7 Diarrhö

Ursachen

Medikamente: Antibiotika, NSAR, zytotoxische Medikamente, Laxantien

Überlaufdiarrhö bei chronischer Obstipation

Kurzdarmsyndrom

Strahlenkolitis

Enteritis

Untersuchungen

Stuhlkultur bei Verdacht auf Clostridienenteritis

Behandlung

Bei Verdacht auf Clostridien-Enteritis: Metronidazol 3 x 500 mg über 7 Tage

Loperamid: 2 - 4 mg 4 x täglich oder nach jedem Durchfall

Tinctura opii: 5 - 25 Tropfen 3 - 4 x täglich (wirksame Substanzen: Morphin, Codein)

Kreon bei Steatorrhoe

Octreotid 200 - 600 µg/24h: reduziert GI Sekretion und Motilität; bei enterokolischen Fisteln, bei Karzinoid-Syndrom.

Die hohe Osmolarität von Sondennahrung kann bei Ernährung über eine PEG-Sonde Diarrhö verursachen: verdünnen der Nahrung mit Wasser 1:1

Inappetenz

4.8 Appetitlosigkeit

Inappetenz ist ein häufiges Symptom bei fortgeschrittener Erkrankung und belastet Betroffene und Angehörige manchmal sehr.

Auch bei diesem Symptom ist die **Ursachenklärung** wichtig:

- Ist es die Erkrankung selbst, die die Appetitlosigkeit auslöst? (z.B. primäre Anorexie, vermittelt durch Zytokine)
- Gibt es Begleiterkrankungen oder -symptome, die behandelbar sind? (z.B. Sooromatitis, Aszites, verzögerte Darmpassage)
- Ist die Appetitlosigkeit eine Medikamentennebenwirkung?
- Liegt eine andere Ursache vor? (z.B. Depression)

Medikamente, die den Appetit fördern können, sind:

Cannabinoide, Kortikosteroide

Bei Mirtazapin und Olanzapin kann die appetitfördernde Nebenwirkung genutzt werden.

Appetitlosigkeit kann Zeichen des bevorstehenden Sterbens sein.

5 Neurologische

Symptome

5.1 Epileptische Anfälle

Anfälle sind am Lebensende relativ häufig. Sie kommen vor allem bei primären und metastatischen Tumoren im Gehirn vor und bei toxisch-metabolischen Enzephalopathien (bei Hypoglykämie oder hohen Opioid- oder Neuroleptikadosen).

Allgemeine Vorgehensweise

Von großer Bedeutung ist die Information von Patienten und Angehörigen, die Angst vor epileptischen Anfällen haben und Beratung brauchen, was ihnen bevorsteht und was sie tun können, wenn ein Anfall auftritt.

Sie sollten darüber informiert werden, dass Anfälle meistens kurz, da selbstlimitiert sind und dass der Kranke nach dem Anfall meistens tief schläft und die Atmung verändert sein kann. Anfälle sind selten die unmittelbare Ursache für den Eintritt des Todes.

Vorgehen beim Anfall selbst

- Schutz vor Selbstverletzung, stabile Seitenlage
- Antikonvulsiva, die auf einfache Weise verabreicht werden können, verfügbar halten und die Angehörigen in die Verabreichung einschulen (bei Anfallsdauer länger als 5 Minuten):
 - Lorazepam 2,5 mg sublingual
 - Midazolam 5 mg s.c. oder intranasal in jede Nasenöffnung
 - Diazepam 10 mg rektal

Nach dem Anfall

Behandelnder Arzt entscheidet über weitere Anfallsprophylaxe

Persistierende Anfälle in der Sterbephase

Midazolam als subkutane kontinuierliche Infusion über Pumpe, mit 30 mg/24h starten

Hinweis

Bei hirneigenen Tumoren treten in ca. 50% Anfälle auf.

Es gibt keinen Nachweis dafür, dass die prophylaktische Gabe von Antiepileptika bei Hirntumoren in der palliativen Behandlungsphase einen Nutzen hat, um einen ersten Anfall zu verhindern. Deshalb und wegen der möglichen Nebenwirkungen sollten in dieser Phase Antikonvulsiva nicht prophylaktisch gegeben werden. Die Kombination mehrerer Antiepileptika ist wegen der Interaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Epileptische Anfälle

Persistierende Anfälle in der Sterbephase

Hinweis

5.2 Lähmungen

Zentrale und periphere Lähmungen

Zentrale und periphere Lähmungen lassen sich medikamentös praktisch nicht behandeln.

Lähmungen durch Störung der neuromuskulären Überleitung lassen sich medikamentös beeinflussen.

Beispiel: Lambert-Eaton-Syndrom, assoziiert mit malignen Erkrankungen, insbesondere mit dem kleinzelligen Bronchialkarzinom, i.S. eines paraneoplastischen Syndroms; Therapie: Förderung der Ach-Freisetzung präsynaptisch mit 3,4-Diaminopyridin oder Cholinesterasehemmern

Myogene Lähmungen

Myogene Lähmungen

Bei primären Myopathien ist keine medikamentöse Therapie möglich.

Bei sekundären Myopathien ist eine Therapie der auslösenden Ursache angezeigt (z.B. Reduktion von Kortikosteroiden bei Steroidmyopathie, tumor-kausale Therapien bei paraneoplastischer Myopathie).

Hinweis

Beginnende Lähmung in beiden Beinen kann auf spinale Kompression durch Tumoren und Metastasen hinweisen: Rasche Abklärung, da Kortikosteroide und Strahlentherapie die Querschnittlähmung verhindern können.

5.3 Spastik, spinale Automatismen, Dystonie, Myoklonus

Spastik

Spastik

Gesteigerter Muskeltonus bei Ausfall kortikospinaler Systeme, v.a. der Pyramidenbahn; führt zu Fehlstellungen und Schmerzen, Tonussteigerung, gesteigerten Muskeleigenreflexen mit Kloni, schmerzhaften Beugespasmen, fixierten Fehlstellungen und Kraftminderung, Vergrößerung intendierter Bewegungen, Geschicklichkeitsminderung, Ermüdbarkeit.

Spinale Automatismen

Spinale Automatismen

Schmerzhafte Bewegungsschablonen, durch Berührung ausgelöst, wegen Enthemmung des spinalen Flexorreflexes. Spinal bedingte Spastik ist besser beeinflussbar als zerebral bedingte.

Therapie: Myotonolytika (s. Tabelle)

Therapie der Spastik mit ausgewählten Substanzen

Medikament	Arzneiform	Beginn	Vorschlag für Steigerung	Übliche Zieldosis
Baclofen (Lioresal®)	10, 25 mg Tabletten	10 mg abends	in 5 mg-Schritten alle 3 Tage	bis 120 mg/d
Tizanidin (Sirdalud®)	2, 4, 6 mg Tabletten	3 x 2 mg/d	4 - 8 mg/Woche	36 mg/d
Diazepam (Valium®)	2, 5, 10 mg Tabletten Tropfen	2 mg abends	4 mg/Woche	20 mg
Tetrahydrocannabinol (Dronabinol®) 2,5% Lösung	10 Tropfen = 8,3 mg	1x3 Tr. abends	1-3 Tropfen/Tag	30 mg = 3 x 4 Tropfen

Steigerung und Zieldosis sind bei diesen Medikamenten abhängig von der Verträglichkeit und Wirksamkeit. Sie haben keine toxischen Nebenwirkungen.

Bei sehr schwerer Spastizität besteht weiters die Möglichkeiten der intrathekalen Baclofengabe über eine implantierte Pumpe oder der lokalen Infiltration von Botulinumtoxin in die entsprechenden Muskeln.

Dystonie

Die *Dystonie* ist eine abnorme unwillkürliche Haltung und Bewegung auf dem Boden einer Störung des extrapyramidal-motorischen Systems, ohne begleitende Enthemmung der Muskeleigenreflexe.

Dystonie kann als Nebenwirkung von Metoclopramid (Paspertin®, Metogastron®) auftreten; Diagnostisch: Gabe von Akineton

Myoklonien

Myoklonien – plötzliche, kurze, willkürlich nicht steuerbare Muskelzuckung mit Bewegungseffekt – kommen in der palliative Betreuungssituation als Nebenwirkung einer hochdosierten Opioid- Therapie und bei Niereninsuffizienz vor.

Therapie:

- möglichst kausal (Opioide reduzieren, Flüssigkeitsgabe)
- Bei multifokalem Myoklonus: Benzodiazepine
 - Midazolam (Dormicum®) 2 - 5 mg s.c. oder
 - Clonazepam (Rivotril®) 0,5 - 3 mg/d
 - Diazepam (Valium®) 5 - 10 mg p.o., i.m. oder rektal bis Myokloni aufhören, zusätzlich 10 - 20 mg zur Nacht

Beachte: Metoclopramid kann zu Dystonien führen

Aphasien und Dysarthrien

5.4 Sprach- und Artikulationsstörungen

Sprachstörungen im engeren Sinne (Aphasien) sind Folge einer Schädigung des Kommunikationssystems mit Repräsentation in der sprachdominanten Großhirnrinde. Eine übende Behandlung unter Anleitung einer Logopädin ist häufig hilfreich.

Bei Artikulationsstörungen sind die lautbildenden Funktionen gestört. Die Ursachen hierfür sind vielfältig: z.B. lokale Erkrankungen im Mund-, Schlund-, Kehlkopfbereich, Lähmungen, zentralnervöse Erkrankungen, Nebenwirkung von Medikamenten.

Averbale Kommunikationsmöglichkeiten, z.B. elektronische Hilfsmittel, Bildtafeln etc. können sehr nützlich sein.

5.5 Schwindel

Ursachen

Oft Folge medikamentöser Therapie (uneinheitliche Symptomatik: Schwindel bis Benommenheitsschwindel und Ataxie, Nystagmus, Blickfolgesakkaden).

Andere Ursachen:

- Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel: durch bestimmte Kopfbewegungen ausgelöster Drehschwindel, 10 - 60 Sekunden Dauer, rotatorischer Nystagmus, Nausea
- Zentraler Lageschwindel bei Hirnstammläsionen (Drehschwindel): meist assoziiert mit wenig erschöpflichem Nystagmus, evtl. Hirnnervenausfälle oder zerebelläre Defizite
- Psychogener Schwindel: meist Schwankschwindel, oft mit phobischer Komponente
- Kardiovaskulärer Schwindel: lageabhängig

Medikamentöse Behandlung

Antihistaminika, z.B. Dimenhydrinat (Vertirosan®)

Anticholinergika, z.B. Scopolamin transdermal (Scopoderm TTS®, Transcop®)

Dosisreduktion vorbestehender antihypertensiver Therapie in Betracht ziehen

6 Psychiatrische

Symptome

6.1 Schlafstörungen

Hauptursachen einer Schlafstörung bei schwerer Erkrankung

- reduzierte Sauerstoffversorgung (z.B. bei Herzinsuffizienz, ALS)
- Angst
- depressive Verstimmung
- Schlafumkehr bei Prädelir und Delir
- Schmerzen und andere Symptome

Behandlung von Schlafstörungen

- Verbesserung der Schlafhygiene:
 - Optimierung des Bettes und der Lagerung
 - Reizabschirmung
 - Vermeiden von Koffein
 - Aktivierung am Tage
 - Behebung/Beeinflussung von pathogenetischen Faktoren:
- Verbesserung einer ungenügenden Oxygenierung des Gehirns bei pulmonalen, kardialen Erkrankungen und bei Anämie
- Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen, von Delir und Depression

Hauptursachen von Schlafstörungen

Ausgewählte Pharmaka zur Therapie von Schlafstörungen

Gruppe	Pharmaka	Handelsnamen	Dosis zur Nacht	HWZ in h
Kurz- und mittellang wirkende Hypnotika	Benzodiazepine			
	- Brotizolam	Lendorm®	0,125 - 0,5 mg	3 - 6
	- Lorazepam	Temesta®	0,5 - 2 mg	10 - 20
	Zolpidem	Zoldem®, Ivadal®	5 - 20 mg	1,5 - 4,5
Lang wirkende Hypnotika	Flunitrazepam	Rohypnol®	1- 2 mg	16 - 35
	Diazepam	Psychopax®	5 - 10 mg	24 - 48
Neuroleptika	Risperidon	Risperdal®	0,5 - 2 mg	
	Olanzapin	Zyprexa®	2,5 - 10 mg	
	Quetiapin	Seroquel®	25 - 200 mg	
	Melperon	Buronil®	50 - 100 mg	
	Prothipendyl	Dominal®	80 - 160 mg	
Schlafanstoßende Antidepressiva	Mianserin	Tolvon®	15 - 30 mg	
	Trazodon	Trittico®	25 - 150 mg	
	Mirtazapin	Mirtabene®	7,5 - 15 - 30 mg	
Sedierende Antihistaminika*	Hydroxizin	Atarax®	80 - 160 mg	
	Diphenhydramin	Calmaben®	50 - 100 mg	
Cannabinoide	Tetrahydrocannabinol	Dronabinol®	2,5 - 10 mg	

*Antihistaminika wirken anticholinerg, daher delirogen

Bei alten Patienten niedrige Dosierungen wählen!

Unruhe hat vielfältige Ursachen

Mögliche Ursachen

6.2 Psychische Anspannung, Unruhe, Angst

Unruhe ist eine Ausdrucksform von Stress. Körperlich drückt sich Stress als motorische Unruhe, Anspannung, Schweißausbrüche, erhöhter Blutdruck und gesteigerte Herzfrequenz, psychisch als Unbehagen, gesteigerter Antrieb, sozial als Rückzug oder aggressives, nörgelndes, misstrauisches Verhalten aus. Die Unruhe löst sich, wenn die Stressursache wegfällt; deshalb ist es wichtig, eine Ursache zu identifizieren. Häufige Ursachen sind: Harn- oder Stuhlverhalt, Medikamentennebenwirkung, Delir.

Schwierig ist die Erhebung der Ursache bei Menschen, die sich nicht mehr so gut mitteilen können: z.B. bei Kommunikationsbarrieren, bei Demenz und anderen organischen Erkrankungen des Gehirns (Hirntumoren, Schlaganfall). Die Anamnese mit Angehörigen kann sehr hilfreich sein.

Mögliche Ursachen:

Körperlich: Schmerzen, Übelkeit, Juckreiz, Atemnot, Obstipation, Harndrang, Verlust der Körperwahrnehmung, unordentliches Bett, unbequeme Lage, zu warm, zu kalt, zu laut, zu leise, Sinnesbeeinträchtigung, Bewegungsunfähigkeit, Medikamentennebenwirkung (Anticholinergika, Kortikosteroide), Medikamentenentzug, Delir (s. eigenes Kapitel).

Psychisch: Angst, zu viele oder zu wenig Reize, ungewohnte oder unsichere Umgebung, warten müssen, Unerledigtes, etwas Bestimmtes wollen und sich nicht mitteilen können.

Sozial: unerledigte Dinge, Sorge um Angehörige, Konflikte.

Spirituell: Einsamkeit, Angst, Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod, Ohnmacht- und Schuldgefühle, Abschiednehmen müssen von Lebensplänen.

Wenn Unruhe in der Palliativsituation in der Nacht auftritt:

Obstipation und Harnverhalt ausschließen; Fieber messen (beginnender Infekt?), Sauerstoffsättigung und Blutzucker messen. Medikamenten- oder Alkoholentzug ausschließen. Weitere Maßnahmen können bis zum Tag warten.

Angehörige: Angehörigen Informationen und Raum für Fragen und Sorgen geben; die Angehörigen an Selbstfürsorge erinnern, Möglichkeiten dazu anbieten; im Team besprechen, ob und wie die Angehörigen in die Betreuung einbezogen werden können. Sitzwache in Betracht ziehen!

Dokumentation und Beschreibung von Unruhe

Allgemeines:

Die Beschreibung „der Patient/die Patientin ist unruhig“ vermeiden; genauer formulieren: z.B. Pt. kann nicht schlafen, hat Angst, ist verwirrt (ist nicht orientiert, kann sich nichts merken, verliert den Gedankenzusammenhang) usw.

Erfassen und Beschreiben von:

Orientierung: Zeitlich, räumlich, situativ, zur Person; Bewusstsein; Gedächtnis; Vorliegen von Halluzinationen („Trugbilder“); Verständlichkeit der verbalen Aussagen; Vorliegen wahnhafter Symptome (realitätsferne Zusammenhänge mit Ich-Bezug); Motorisches Verhalten (Nesteln, Verlangsamung, Getrieben-sein); Vorliegen psychischer Symptome: Reizbarkeit, Angst, Enthemmung

Qualitäten: Häufigkeit, Schweregrad, Belastung

Therapie

- Kausale Therapie, wenn möglich

- Umgang mit unruhigen Patienten:

Verhalten dem Patienten gegenüber: Ruhe bewahren, ernst nehmen, nicht widersprechen, keinen Druck oder Zwang ausüben, sicher auftreten, Respekt und Achtung zeigen; wiederholte ruhige Kontaktaufnahme, um Bedürfnisse und Wünsche erkennen zu können; Maßnahmen absetzen, die Unruhe verstärken, z.B. für Sicherheit sorgen, selbstständige Bewegung, strukturierte Abläufe ermöglichen.

Kommunikation: Beruhigende und validierende Gespräche, Unruhe ansprechen, Ja/Nein-Fragen stellen, nach Schmerzen und Angst fragen, erklären, vorzeigen, klare Abmachungen treffen; Gedanken und Gefühle auf angenehme Erinnerungen im Leben lenken. Zur Reorientierung: Hörapparat, Brille besorgen.

Wohlbefinden: Entspannende und beruhigende Massagen; Körperkontakt, wenn erwünscht (nachfragen): Handhalten, Berührung am Solarplexus. Fragen, wo die Unruhe verspürt wird, Hände dorthin legen. Lavendelkompressen auf den Solarplexus legen oder beruhigende Lavendelwasserwaschungen in Haarwuchsrichtung; basale Stimulation

Räumlich: Beruhigende Umgebung schaffen; beruhigende Musik, aber keine Zwangsberieselung; gedämpftes Licht in der Nacht; leises Summen oder Singen; Lavendel- oder Rosensäckchen verwenden (harmonisierend, beruhigend, stressabbauend); sichtbare Uhr zur Orientierung, vertraute Gegenstände.

Dokumentation

Kausale Therapie

Medikamente

Bei Angst und Misstrauen: Wenig Umgebungswechsel bzw. möglichst wenig Wechsel der Betreuungspersonen (Bezugspflege), Bewegung mit Begleitung ermöglichen, neben dem Patienten sitzen, sich auf Augenhöhe begeben, wenn möglich nicht alleine lassen. Irritierende, konfrontierende, angstmachende Maßnahmen auf jeden Fall vermeiden.

- Medikamente:

- Benzodiazepine:

Beispiele: Alprazolam (Xanor®): 0,25 - 4 mg/d
Bromazepam (Lexotanil®): 1,5 - 24 mg/d
Clorazepat (Tranxilium®): 10 - 100 mg/d
Lorazepam (Temesta®): 1 - 6 mg/d

- Neuroleptika:

Beispiele: Risperidon (Risperdal®): 0,5 - 2 mg/d,
bei Psychosen höher: bis 4 mg/d
Olanzapin (Zyprexa®): 2,5 - 10 mg/d,
bei Psychosen höher: bis 20 mg/d
Quetiapin (Seroquel®): 25 - 200 mg/d,
bei Psychosen höher: bis 800 mg/d
Ziprasidon (Zeldox®): 2 x 20 - 80 mg/d

- Antidepressiva

z.B. Trazodon (Trittico®) 25 - 150 mg

- Antiepileptika

Pregabalin (Lyrica®), zugelassen für Angststörung: 150 - 600 mg/d, mit 75 mg beginnen, Erhöhung der Dosis nach einer Woche

- β -Blocker bei hoher Anspannung

z.B. Nebivolol (Nomeron®) 1,5 - 2,5 mg

In einer akuten Panikattacken können Benzodiazepine und sedierende Neuroleptika auch sublingual oder parenteral verabreicht werden.

6.3 Organisch bedingtes Delir

Ätiologisch unterschiedliches, aber klinisch einheitliches Bild:

- Meist akut einsetzende, fluktuierende Orientierungsstörung
 - Störung von Aufmerksamkeit, Denken, Gedächtnis, Bewusstsein, Affekt, Antrieb (zeigt sich als hyperaktives oder hypoaktives Delir)
 - Halluzinationen, Schlafstörungen bis hin zur Tag-Nacht-Umkehr
 - Meist hoher Leidensdruck
-
- Ein Delir am Lebensende ist in der Hälfte der Fälle reversibel, da die Ursache behandelt werden kann
 - Das Delir am Lebensende kann auch Zeichen des nahenden Todes sein
 - Ein Prädelir wird leicht übersehen! Zur Einschätzung ist es zweckmäßig, Assessment-Instrumente einzusetzen, z.B. CAM (Confusion Assessment Method) oder DOS (Delirium Observation Screening Scale)

Ursachen

- Medikamente: Steroide, Psychopharmaka, Opiode, Antiemetika, u.a.
- Medikamenteninteraktionen
- Hirntumoren und Hirnmetastasen
- Infekte: ZNS, Lunge, Harnwege, Sepsis
- Entzug: Alkohol, Medikamente, Drogen
- Metabolisch: Exsikkose, Elektrolytverschiebungen (z.B. Hyperkalzämie, Hyponatriämie)
- Organversagen: hepatische Enzephalopathie, Urämie, Herzinsuffizienz
- Endokrine Störungen

Allgemeines

- Diagnostik (DD: Nicht-convulsiver Status epilepticus)
- Möglichst kausale Therapie
- Medikamente möglichst reduzieren
- Alle nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Angstverminderung und zur Beruhigung, zum Vermitteln von Sicherheit, zur Reorientierung, Ablenkung und Aktivierung – auch körperlich je nach Allgemeinzustand durch Mobilisierung z.B. in Sitzwagen (statt nur im Bett zu liegen); siehe auch “Umgang mit unruhigen Patienten” (Abschnitt 6.2)

Klinisch einheitliches Bild

Delir am Lebensende in der Hälfte der Fälle reversibel

Prädelir wird leicht übersehen

Medikamente sind die häufigste Ursache

Medikamentöse Therapie

Medikamentöse Therapie

- Für sedierende Wirkung:
Quetiapin (nur p.o. verfügbar): 25 - 200 mg
Olanzapin (p.o. als Tabletten und sublingual als Schmelztabletten verfügbar): 2,5 - 10 mg
Bei ausgeprägter Agitation: Levomepromazin, als Tropfen (1 mg/Tr.) oder Ampullen (25 mg/1 ml) verfügbar (stark sedierend wirksam, sehr anticholinerg); 2,5 - 50mg
- Für antipsychotische Wirkung:
Risperidon (0,5 - 4mg) bzw. Olanzapin
Haloperidol (als Tropfen, und zur parenteralen Verabreichung verfügbar): 2,5 bis 10 mg p.o. oder s.c.
- Zusätzlich gegen die meist das Syndrom begleitende Angst und Schlafstörung Benzodiazepine p.o. oder i.v.: z.B. Lorazepam (Temesta®) 0,5 - 2,5 mg oder Diazepam (Valium®, Psychopax®) 2,5 - 10 mg
bei Bedarf mit einer nächtlichen Dauerinfusion von Midazolam (Dosis: 1-5 mg/h)
Schwere Agitation ist ein äußerst belastendes Symptom

Pflegerische Maßnahmen

Pflegerische Maßnahmen

- Ruhe bewahren
- Beruhigende, erklärende Gespräche mit Patient und Angehörigen führen
- Orientierung geben: Gute Beleuchtung, gut sichtbare Uhr, strukturierter regelmäßiger Tagesablauf, vertraute Personen
- Angst und Misstrauen durch gezielte Maßnahmen verringern
 - Möglichst wenig Wechsel der Umgebung und der umgebenden Personen
 - Dem Patienten erlauben, sich in Begleitung frei zu bewegen
- siehe auch "Umgang mit unruhigen Patienten" (Abschnitt 6.2)

Bemerkung

Bei beginnender Leber- oder Niereninsuffizienz können Medikamente, die für lange Zeit vertragen wurden, plötzlich toxisch wirken.

6.4 Depression

Viele Symptome der Depression (Antriebslosigkeit, Anorexie) sind Begleitsymptome von schweren Erkrankungen und daher diagnostisch zur Abgrenzung gegenüber einer therapiebedürftigen Depression nicht hilfreich. Depression führt, im Unterschied zur situationsadäquaten Traurigkeit, zum Gefühl der Wertlosigkeit, zu Suizidalität und negativen Gedankeninhalten und kann durch soziale Zuwendung und Unterstützung meist nicht erleichtert werden. Bei der Depression ist die Wahrnehmung negativ gefärbt, die Genussfähigkeit verloren gegangen.

Zur Abgrenzung von situationsadäquater Traurigkeit und Demoralisation kann die Frage „Würden Sie sagen, dass Sie depressiv sind?“ auch an die Patienten selbst gestellt werden.

Therapie bei Vorliegen einer Depression

- Stützende, empathische Beziehung
- Psychoonkologische Begleitung
- *Pflegerische Maßnahmen*
 - Körperliches Wohlbefinden, Entspannung und Ablenkung fördern
 - Gefühle des Patienten akzeptieren, ohne sie zu verstärken
 - Über Gefühle des Patienten sprechen, ohne sie zu beschwichtigen
 - Menschliche Grundbedürfnisse erkennen und anerkennen
 - Durch Arbeiten an realistischen Zielen dem Patienten Hoffnung geben
 - Mittelweg suchen zwischen Aktivierung und Unterforderung
 - Aufklären über das Wesen der Erkrankung
- Antidepressiva
 - *Schlafanstossende Antidepressiva*
 - a. Mirtazapin (Mirtabene®): 7,5 - 15 mg abends
 - b. Trazodon (Trittico®): Beginn mit 25 mg, steigern bis auf 75 mg oder höher (Antidepressive Wirkung erst ab 150mg)
 - *SSRI*
 - c. Citalopram (Seropram®, Pram®): Beginn mit 10 oder 20 mg, TD max. 40 mg
 - d. Escitalopram (Cipralex®, Escitalopram®): Beginn mit 5 oder 10 mg, TD max. 20 mg
 - e. Paroxetin: Beginn mit 10 mg, TD max. 40 mg

Antidepressiva benötigen oft ein bis zwei Wochen für den Wirkungseintritt. Bei Vorliegen einer Depression sollten sie auch bei schwerer Krankheit unverzüglich angesetzt werden.

Oft Begleitsymptome

Therapieoptionen

**Antidepressiva haben
langen Wirkungseintritt**

Serotonin-Syndrom

Am Beginn einer antidepressiven Therapie können zur Entlastung zusätzlich Beruhigungsmittel gegeben werden, z.B. Lorazepam (Temesta®) oder Aprazolam. Das ist insbesondere bei ausgeprägter Angst nützlich und notwendig.

Exkurs: Das Serotonin-Syndrom

Das Serotonin-Syndrom wird von einer verstärkten zentralen und peripheren synaptischen Serotoninwirkung verursacht, vor allem durch die Kombination serotonerger Wirkstoffe in trizyklischen Antidepressiva, Mirtazapin, Tramadol, Triptanen, Metoclopramid, Carbamazepin, SSRI's und anderen.

Symptome: Schwitzen, Fieber, schneller Puls, hoher Blutdruck, Agitation und Orientierungsstörung, Halluzinationen, Hyperpnoe, Durchfall, Muskelzuckungen und Muskelkontrakturen.

Therapie: Medikamente absetzen!

7 Dermatologische

Symptome

7.1 Exulzerierende Wunden

Exulzerierende Wunden sind Geschwürsbildungen mit Gewebszerfall; Blutungen, Sekundärinfektionen oder Sepsis sind die häufigsten Komplikationen. Sie stellen eine große Belastung für die Patienten, die Angehörigen aber auch die professionellen Betreuer dar. Den Betroffenen und ihrem Umfeld wird durch die Exulzeration die Progredienz der Erkrankung vor Augen geführt, nicht selten brechen PatientInnen soziale Kontakte fast gänzlich ab, weil sie sich als „nicht zumutbar“ empfinden. Eine exulzerierende Wunde führt unweigerlich zur Störung, manchmal auch zur Zerstörung des äußeren und oft auch des inneren Körperbildes.

Die Herausforderung für die Betreuenden liegt darin, eigene Berührungsängste und Ekel zu überwinden und die Patienten mit Einfühlungsvermögen zu betreuen.

Das Prinzip der palliativen Wundversorgung lautet: „Erleichterung der Belastung, Vorbeugung von Problemen.“

Symptome

- Geruch
- Exsudation
- Schmerzen
- Blutungen
- Infektionen (bis Sepsis)
- Nekrosen
- Fistelbildung
- geschädigte Hautumgebung
- Juckreiz

Die Zielsetzung der Behandlung sollte sein:

- Schmerzlinderung
- Vermeidung von Sekundärinfektionen und Blutungen
- Geruchsreduktion
- akzeptables optisches Erscheinungsbild

Der Verbandswechsel soll atraumatisch und schmerzfrei sein, und, weil belastend und zeitaufwändig für den Patienten, in möglichst langen Intervallen stattfinden. Eine ausführliche Dokumentation inkl. Fotodokumentation (Lokalisation, Größe, Tiefe, Rötung, Nekrosen, Eiter, Beläge) ist angezeigt und sinnvoll.

Geschwürsbildungen mit Gewebszerfall

(Zer-)Störung des Körperbildes

Erleichterung der Belastung Vorbeugung von Problemen

Ziele im Detail

Wundbehandlung

Wundbehandlung

Verbandsmaterialien

- Hydrokolloidverbände
- Schaumstoffe
- Alginate
- Gele
- Wunddistanzgitter (Adaptic®)

Schmerztherapie

Schmerztherapie

- vor Verbandswechsel Gespräch und Aufklärung des Patienten – Angst verstärkt Schmerzen!
- bei leichten, beginnenden Schmerzen evtl. analgetische Gele (z.B. Morphin-Gel, Rezept s. Anhang) auf die Wundoberfläche auftragen
- bei starken Schmerzen ca. 30 Minuten vor Verbandswechsel Analgetika verabreichen
- Austrocknung und Auskühlung der Wunde vermeiden (Wundspülung in Körpertemperatur)
- Verwendung von Schaumstoffverband mit Ibuprofen, z.B. Biatain Ibu® (nach Arztverordnung)

Wundreinigung

Reinigen der Wunde

- Verband mit NaCl 0,9%, Ringerlösung oder Octenisept® anfeuchten, vorsichtig ablösen
- Nekrosen nur wenn unbedingt nötig auflösen bzw. abtragen (Hydrogele bewirken ein sanftes Debridement)

Geruchsreduktion

Geruchsreduktion

- Spülung mit Metronidazol-Infusionslösung (Wunde meist mit anaeroben Keimen besiedelt); Verwendung von medizinischem Honig
- bei unzugänglichen Wundhöhlen evtl. systemische Gabe von Metronidazol
- Spülung mit ätherischen Ölen (z.B. vaginale Spülung bei zerfallenden gynäkologischen Tumoren mit 5 gtt Teebaumöl, 2 Esslöffeln Milch auf 250 ml Wasser)
- Spülung mit 2%-iger Chlorophylllösung
- aktivkohle- und silberhaltige Verbände
- Okklusivverbände z.B. mit Haushaltsfolie
- evtl. Aufstellen einer Duftlampe, Auflegen eines Duftkissens mit frischem Duft (Lavendel, Minze, Zitrone) – immer in Absprache mit Patienten!
- Einreibungen, Waschzusätze, Deo, Rasierwasser

Starke Exsudation

- Verbände mit angepasstem Saugverhalten (Saugkomresse bis Vac-System)
- Colostomie- oder Urostomiebeutel anbringen
- Inkontinenzartikel verwenden (binden auch Gerüche)
- Wundrandschutz mit Zinkcreme oder Lasepton, Cavilon® Hautschutzspray
- evtl. Verwendung von Hautschutzplatten für Wundumgebung

Bei hoher Exsudatmenge besteht die Gefahr der Hautmazeration.

Blutungen

- Alginate wirken blutstillend, z.B. Kaltostat®-Wundverband
- Kompression, wenn möglich
- Cyklokapron- oder Suprarenin-Kompressen auflegen
- Hämostyptika z.B. Tabotamp®
- Ablösen des Verbandes durch Auflegen von in Salbeitee getränkten Kompressen (Gerbstoffe führen zur Blutstillung)

Vorsorge für starke Blutungen

- Notfallset im Zimmer (Adrenalin lokal, Midazolam s.c. oder i.v. bei Angst und Unruhe)
- Verwendung dunkler Bettwäsche und Handtücher

7.2 Juckreiz

Juckreiz ist ein häufiges und sehr belastendes Symptom in der Palliativbetreuung.

Ursachen

- Trockene Haut
- Medikamentennebenwirkung (z.B. Opioide)
- Paraneoplastisch
- Urämie
- Lebersversagen

Therapie lokal

- Fettende Grundlagen, z.B. Excipial U Lipolotio®, Ultrasicc/Ultrabas
- Balneum Hermal Plus Polidocanol-Badezusatz
- Gurkenmus (Salatgurke zerdrücken, Saft ablaufen lassen, auf Tupfer streichen und 1 Stunde als Wickel auflegen)
- Phototherapie bei Urämie und Cholestase

Umgang mit Exsudation

Umgang mit Blutungen

häufiges Symptom

Therapie systemisch

- Antihistaminika: Fenistil ret.[®] 4 mg, Alerius[®] 5 mg,
(Dibondrin[®] Amp. oder Drg.)
- Antidepressiva: Mirtabene[®] 15 mg/d
Seroxat[®] 5 - 20 mg/d

auch als Kombination (Erfahrungsberichte bei urämischem und paraneoplastischem Pruritus)

- Cholestyramin bei cholestatischem Pruritus: (Quantalan[®]) 3 x 1 Beutel
- Opioidrezeptorantagonisten: Naltrexon (Revia[®]) 50 - 100 mg/d
(Kontraindikation: Opioidtherapie)

8 Ausgewählte Themen

der Symptombehandlung am Lebensende

8.1 Absetzen von Medikamenten

In palliativen Betreuungssituationen steht die Lebensqualität im Vordergrund. Auch Medikamente haben in erster Linie der Lebensqualität zu dienen und sollen diese nicht beeinträchtigen. Das Abwägen von Nutzen und potentiellen Nebenwirkungen ist deshalb in dieser Lebensphase besonders wichtig und bedarf der Sorgfalt von Ärzten und Ärztinnen.

Einige Prinzipien im Umgang mit Medikamenten:

- Reevaluierung von Langzeitmedikation
- Absetzen von Medikamenten zur Sekundärprävention (z. B. Statine, orale Antidiabetika)
- Beachtung von Interaktionen (z.B. Antiepileptika) und Pharmakokinetik (z.B. bei Niereninsuffizienz)

In der Praxis: Absetzen in Stufen

Stufe I: Aktuelle Therapie wird fortgesetzt, keine weiteren Maßnahmen zusätzlich

Beispiel: Fortsetzung der Antibiotischen Therapie, keine Untersuchungen mehr, kein Wechsel des Antibiotikums

Stufe II: Fortsetzung der aktuellen Therapie, Absetzen, wenn sie nicht nützt.

Beispiel: Fortsetzung der Antibiotischen Therapie, Absetzen, wenn keine Besserung erfolgt

Stufe III: Absetzen aller Medikamente, die nicht spezifisch zur Kontrolle der vorliegenden Symptome sind

Beispiel: Antihypertensiva, Antidiabetika absetzen

Stufe IV: Beschränkung auf Maßnahmen, die das Wohlbefinden fördern.

Beispiel: Keine diagnostischen und primärprophylaktischen Maßnahmen und Medikamente mehr

Medikamente zur Thromboseprophylaxe und Antikoagulation:

Bei prophylaktischer Indikation und einem einzigen Risikofaktor (z.B. Bettlägerigkeit) wird bei fortgeschrittener Erkrankung im allgemeinen keine Thromboseprophylaxe angesetzt oder sie wird abgesetzt. Es gibt keine Evidenz für den Nutzen dieser Prophylaxe.

Die überlegte Einzelfallentscheidung ist hier besonders notwendig.

**Lebensqualität
im Vordergrund**

**Stufen des Absetzens
von Maßnahmen
und Medikamenten**

Sterbeprozess

Antibiotika

Manchmal sind Antibiotika nützlich und wirksam zur Symptomlinderung, insbesondere zur Behandlung von Symptomen von Begleiterkrankungen (wie Harnwegsinfekt, Bronchopneumonie).

Bei Auftreten von Fieber oder Anstieg der Entzündungsparameter ist die reflexhafte Gabe von Antibiotika bei Patienten in Palliativsituationen nicht angebracht. Die entscheidende Frage ist auch hier: lässt sich mit der Gabe von Antibiotika das Leiden lindern und die Lebensqualität verbessern? Bei Antibiotika-Gabe empfiehlt sich manchmal eine Entscheidung in Stufen, siehe oben.

Änderung des Therapieziels und Erkennen der Sterbephase

Der Sterbeprozess beginnt oft mit einer körperlichen Verschlechterung oder mit einer körperlichen Krise.

Zu erkennen, ob ein Mensch in die Sterbephase eingetreten ist, gehört zu den anspruchsvollen Aufgaben ärztlicher Tätigkeit:

Von folgenden Fragen kann man sich dabei leiten lassen:

Leitfragen

Gibt es eine reversible Ursache für den Zustand des Patienten/der Patientin, der die Verschlechterung zugeschrieben werden kann?

Und, wenn ja: Würde die Behandlung dem Betroffenen nützen? Steht der Aufwand in einem Verhältnis zum erwartbaren Nutzen?

Wie sieht der Betroffene seine Situation?

Wie sehen die Angehörigen die Situation?

Wie sieht das Betreuungsteam die Situation?

Wenn die Einschätzung ergibt, dass sich der Mensch in der Sterbephase befindet, so gilt es, das Therapieziel neu zu definieren, mit den Betroffenen zu kommunizieren und das Sterben zuzulassen: der Betroffene soll nicht unter belastenden körperlichen Symptomen leiden und in Ruhe sterben können. Medizinischer „Lärm“ ist in dieser Phase unangebracht.

8.2 Die letzten Tage und Stunden

Betreuungs- und Behandlungsziel

Wohlbefinden fördern, Leiden lindern, die Angehörigen unterstützen und entlasten, die Einstellung auf den bevorstehenden Tod ermöglichen

Voraussetzung: Die Betreuenden sind sich einig, dass die Sterbephase eingesetzt hat.

Einschätzung

Symptome: Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Verwirrtheit, Unruhe, bronchiale Sekretion, andere Probleme

Wie ist die Bewusstseinslage?

Kann der Patient noch schlucken?

Wie erfolgt die Harn- und Stuhlausscheidung?

Aktuelle Medikation überprüfen und nicht unbedingt notwendige Medikamente absetzen

Symptombehandlung, Vorsorge für das Auftreten von Symptomen

Die häufigsten Symptome in den letzten 24 Stunden:

Schmerzen, Atemnot, Unruhe, Rasseln

Seltener: Übelkeit/Erbrechen, epileptische Anfälle

Schmerzen

- Ist die Resorption der Analgetika gewährleistet?
- Wie kann die gewohnte Dosis auch beim bewusstlosen Patienten weiterhin verabreicht werden?
- Für Schmerzen planen:
 - Morphin 2,5 mg 4-stündlich oder 1/6 der Tagesdosis s.c.
 - Bei opioidnaiven Patienten: 5 mg Vendal oral oder 2,5 mg Vendal parenteral, titrierend bis Schmerzlinderung/Schmerzfreiheit
 - Bei Patienten, die bereits Opioide einnehmen: Dosissteigerung um 1/3 - 1/2
- Nicht in den letzten Stunden mit Pflaster beginnen (Resorption ist nicht sicher gewährleistet)

Übelkeit

Metoclopramid (Paspertin® 10 - 20 mg s.c.) oder Haloperidol® (1,25 mg - 2,5 mg) oder Levomepromazin (Nozinan® 1,25 - 5 mg s.c.)

Medikamente prüfen
und evtl. absetzen

Häufige Symptome

Schmerzen

Übelkeit

Medikament	Indikation	Dosierung Verabreichung	pro Tag
Lorazepam Temesta®, Temesta expidet®	Angst, Atemnot	1,25 mg sublingual	nach Klinik
Midazolam Dormicum®	motorische Unruhe; Myoklonien; gut steuerbar	1 - 2,5 - 5 mg s.c.	10 - 60 mg (bis 120 mg)
Levomepromazin, Nozinan®	Delir, Schlaflosigkeit	1 - 5 - 10 mg p.o.	nach Klinik
Haloperidol Haldol®	Halluzinationen, Paranoia	2,5 - 5 mg p.o./s.c.	mehrmals 5 mg

Unruhe

Unruhe

- Behebbarer Ursachen beseitigen (Medikamente, volle Blase, Obstipation, Hypercalcämie)
- Schmerzen? Schmerzmittel erhöhen
- Opioide können Unruhe verstärken
- Medikamentös: Neuroleptika und Benzodiazepine

Atemnot

Atemnot

Opioide gegen Dyspnoe (2,5 mg bis 5 mg 4-stündlich)
Benzodiazepine gegen Angst und Tachypnoe (1 - 5 mg Midazolam s.c.)

Respiratorische Sekretion

Respiratorische Sekretion

- Husten- und Schluckreflex lassen nach, deshalb sammeln sich Speichel und Bronchialsekrete im Pharynx und in der Luftröhre
- belastend vor allem für die Umgebung
- Umlagern (Halbseitenlage)
- Medikamente: Buscopan® 20 mg s.c. bis 6 x täglich, Transcop®-Pflaster, Robinul® 4 x 10 mg
- Absaugen bringt meist keine Erleichterung
- Erklärung für die Angehörigen

Alle angegebenen Medikamente können subkutan verabreicht werden: Subkutane Leitungen (Butterfly-Nadeln) sollten in der Sterbephase stamminnah gelegt werden (subklavikulär, am Bauch), sie können unter Beobachtung über mehrere Tage liegen bleiben.

Wieviel Flüssigkeit braucht ein sterbender Mensch?

Gegen Unruhe und bei Myoklonien kann ein zeitbegrenzter Versuch mit parenteraler Flüssigkeitszufuhr (i.v. oder s.c.) sinnvoll sein. Wenn ein sterben-

der Mensch unbelastet wirkt, braucht er keine zusätzliche Flüssigkeit. 500 ml NaCl 0,9% sind im Zweifelsfall nicht belastend. Mehr Flüssigkeit kann dem sterbenden Menschen durch Zunahme der tracheobronchialen und pharyngealen Sekretion und durch die Belastung des Kreislaufs (Ödeme, Lungenödem) schaden.

Grundsätzliche Prinzipien zur Pflege in der Sterbephase

- **Körperpflege:** kann eine Belastung darstellen; eventuell in Etappen (z.B. Teilwäsche) durchführen, v. a. auf Wohlbefinden achten; evtl. vorher in angemessenem Zeitabstand Schmerzmittel verabreichen (auch vor Lagewechsel)
- **Essen:** kleine Portionen anbieten; akzeptieren, wenn jemand nicht essen möchte; „Genuss geht vor Ernährungswert“
- **Dekubitusprophylaxe:** durch geeignete Matratzen und Lagerungshilfen können die Abstände der Lagewechsel deutlich verlängert werden; Mikrolagerungen (Polster unter die Matratze schieben – schonend für den Sterbenden)
- **Obstipationsprophylaxe:** Sinnhaftigkeit der Obstipationsprophylaxe täglich prüfen; kann in den letzten Lebenstagen unnötig belasten
- **Mundpflege/Trinken:** verminderte Flüssigkeitsaufnahme ist normal und für den Sterbenden eher von Vorteil; Durst durch regelmäßige Mundpflege lindern; akzeptieren, wenn der Sterbende seinen Mund nicht öffnet; Vorsicht: „zu viel“ Flüssigkeit bei der Mundpflege kann Rasseln verstärken bzw. bei Schluckstörungen Verschlucken zur Folge haben
- **Ruhe vermitteln/Ruhe geben:** dem Sterbenden sowie auch Angehörigen wird durch ruhiges Auftreten Sicherheit vermittelt; auf eigenen Atemrhythmus achten; dem Sterbenden Ruhephasen ermöglichen
- **Autonomie des Sterbenden** achten: wenn sich der Sterbende nicht mehr äußern kann, sollten durchgeführte Handlungen seinem mutmaßlichem Willen entsprechen
- **Angehörige unterstützen und unterstützen lassen:** Angehörigen zuhören, sie miteinbeziehen, Verständnis für ihre Situation zeigen

Leitfragen

Nützt dem Sterbenden meine Handlung wirklich?

Oder handle ich nach dem Gefühl, unbedingt noch etwas tun zu müssen?

Will ich mit meinem Handeln mich selbst beruhigen?

Mache ich es den Angehörigen zuliebe?

Pflege in der Sterbephase

Leitfragen

Psychosoziale Fragen

Hinweise

In manchen Situationen
ist Schweigen
angemessener als Reden

Subkutane Gabe von Medikamenten

Psychosoziale Fragen und Kommunikation

Sind sich der Patient und die Familie der Situation bewusst?

Sind das Ziel und der Betreuungsplan besprochen?

Gibt es jemanden, der/die besonders belastet ist?

Wer soll informiert werden, wenn der Tod absehbar ist?

Sind die religiösen Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen erfasst?

Hinweise zur Kommunikation

- Täglich das Gespräch mit den Angehörigen suchen
- Einschätzung mit dem Patienten und der Familie teilen und Ziel formulieren
- Über den wahrscheinlichen Verlauf und die verbleibende Lebenszeit angemessen kommunizieren; über Ernährung und Flüssigkeit reden; über die Bewusstseinslage und evtl. auftretende Unruhe reden
- Sicherheit vermitteln, dass Symptome behandelt werden
- Anstehende Fragen rechtzeitig ansprechen
- Nicht-Wissen eingestehen

Subkutane Gabe von Medikamenten

60 - 70% der Patienten sind in der Terminalphase nicht mehr in der Lage, Medikamente peroral einzunehmen und benötigen die rektale oder parenterale Verabreichung.

Intravenöse Zugänge sind in der häuslichen Umgebung oft problematisch.

Die subkutane Verabreichung bietet mehrere theoretische und praktische Vorteile gegenüber der intramuskulären Verabreichung:

- Das subkutane Gewebe ist weniger vaskularisiert als Muskelgewebe, das Risiko eines Hämatoms ist geringer
- Nervenläsionen sind weniger wahrscheinlich
- Kleinere Nadeln können Verwendung finden
- Eine Butterfly-Nadel kann, bei täglicher Beobachtung und Reizlosigkeit an der Einstichstelle, für 5 - 7 Tage belassen werden.

Inzwischen gibt es viele klinische Erfahrungen mit der subkutanen Verabreichung für folgende Medikamente, die in der Palliativmedizin für die angegebenen Indikationen nützlich sind.

Indikation	Medikament
Schmerzen/Atemnot	Morphin
Übelkeit	<i>Metoclopramid</i> Haloperidol <i>Dexamethason</i> <i>Levomepromazin</i> <i>Vertirosan</i>
Sekretionshemmung Intestinal/Respiratorisch	<i>Butylscopolamin</i>
Unruhe/Angst	Midazolam
Unruhe/Delir	Haloperidol
Epileptischer Anfall	Midazolam
Infektionen	<i>Ceftriaxon</i>
Andere	<i>Furosemid</i> <i>NaCl 0,9%</i>

Die Möglichkeit der subkutanen Verabreichung ist in der Fachinformation bei den in kursiv geschriebenen Medikamente nicht angegeben – die Verabreichung erfolgt „off label“. Diazepam, Lorazepam, Diclofenac, Paracetamol können NICHT subkutan verabreicht werden.

Die häufigste Komplikation bei der subkutanen Verabreichung sind Schmerzen an der Injektionsstelle, meist bei Entzündung der Injektionsstelle.

Man sollte möglichst langsam injizieren oder infundieren und bei Medikamenten geringe Volumina verwenden.

Kontraindikationen für die subkutane Verabreichung:

Schwere Thrombozytopenie und ausgeprägte generalisierte Ödeme

8.3 Essen und Trinken am Lebensende

- Emotional sehr bedeutungsvolles Thema, das häufig als Frage im Raum steht
- Reduktion der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gehört zum Sterbeprozess
- Wichtig zu unterscheiden: will jemand nicht mehr oder kann jemand nicht mehr essen/trinken?
- Kausale Behandlung, wenn Patient essen möchte, aber nicht kann (mögliche Ursachen: Übelkeit, Schluckstörung, Soor, Obstipation)
- Kleine Portionen auf großem Teller anbieten
- Wunsch, nicht (mehr) essen zu wollen, ist am Lebensende normal

Komplikation der subkutanen Verabreichung

Kontraindikation

Essen und Trinken

„Der Körper kann die Nahrung nicht mehr aufnehmen und verwerten.“

Not- und Krisensituationen

- Je schwieriger die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, desto wichtiger ist eine regelmäßige und intensive Mundpflege
- Zugang zum Thema ist sehr unterschiedlich, deshalb ist das Gespräch mit den Angehörigen besonders wichtig
- Frühzeitige Aufklärung, dass bei weit fortgeschrittener Krankheit mit einer Reduktion oder Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit zu rechnen ist

Hilfreiche Formulierungen im Gespräch mit Angehörigen und Patienten:

„Es geht nicht um die Kalorien, es geht um die Freude am Essen.“

„Gut ist, was schmeckt.“

„Die Schwäche wird durch Nahrung leider nicht besser.“

„Nahrungsaufnahme kann in dieser Phase nicht mehr das Leben verlängern.“

„Ernährung kann Beschwerden verursachen.“

„Der Körper kann die Nahrung nicht mehr aufnehmen und verwerten.“

8.4 Not- und Krisensituationen

Not- und Krisensituationen am Lebensende unterscheiden sich von anderen Notfällen in der Medizin. Lebenserhaltung würde unverhältnismäßige Maßnahmen erfordern gemessen an den Belastungen, die damit verbunden und den Erfolgsaussichten, die zu erwarten sind.

Werden Krisensituationen bei Patienten in der Palliativsituation jedoch nicht adäquat behandelt, so kann dies die Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit dramatisch verschlechtern. Manchmal leiten Notsituationen die Sterbephase ein und erfordern, wenn das Leiden daran unerträglich ist und anders nicht gelindert werden kann, eine palliative Sedierungstherapie.

Die häufigsten Notsituationen sind

- Schmerzexazerbation (s. Kapitel „Schmerz“)
- Spinale Kompression
- Blutung
- Obere Einflusstauung
- Hyperkalzämie
- Schwere Agitation (siehe auch Kapitel „Psychiatrische Symptome“)
- Schwere Atemnot und Obstruktion der Atemwege (s. Kapitel „Respiratorische Symptome“)
- Epileptische Anfälle (s. Kapitel „Neurologische Symptome“)

Allgemeine Fragen und abgestufte Entscheidungsfindung

- Ist das Problem, das den Notfall verursacht, durch Behandlung reversibel?
- Was ist die beste medizinische Lösung für das Problem?
- Passt diese Lösung in der gegebenen Situation?

Notsituationen bei fortgeschrittener Krankheit sind meist vorhersehbar. Daher ist es wichtig, einen Plan für diese Situation zu erstellen und diesen Plan möglichst klar mündlich und schriftlich zu kommunizieren.

Hinweis

Die Prognose allein ist kein hinreichendes Kriterium für die Entscheidung, eine kausale Behandlung nicht mehr durchzuführen. So kann die chirurgische Fixation einer pathologischen instabilen Fraktur auch in den letzten Lebenswochen noch die beste Methode sein, um die damit verbundenen Schmerzen zu behandeln.

8.4.1 Spinale Kompression

- Spinale Kompression kann unbehandelt zu Paraplegie oder Tetraplegie führen
- Neurologische Symptome (Paresen, Sensibilitätsstörungen) sind meist reversibel, wenn die Behandlung innerhalb von 24 - 48 Stunden durchgeführt wird

Inzidenz: 5% aller Krebspatienten; Kompression zervikal 10%, thorakal 70%, lumbosakral 20%

Ursache: meist Kompression durch Wirbelkörpermetastasen

Symptome:

- Rückenschmerzen: häufigstes Symptom, Kompression kann aber auch ohne Schmerzen vorliegen; Eskalation vorher stabiler Schmerzen; ringförmiger Schmerz, der bei Husten oder Belastung stärker wird, eventuell bewegungsabhängig
- Steifigkeit und Schwäche
- Kribbeln und Taubheit
- Harnretention oder -inkontinenz: späte Symptome

Vorgehen: Anamnese und klinisch-neurologische Untersuchung, MRT

Wenn eine Kompression vorliegt, muss die Dekompressionsbehandlung innerhalb weniger Stunden begonnen werden.

Dekompressionsbehandlung:

- Dexamethason 16 mg pro Tag
- Strahlentherapie, Neurochirurgie in Betracht ziehen

Notsituationen sind meist vorhersehbar

Spinale Kompression

Hyperkalzämie

8.4.2 Hyperkalzämie

- Häufigste lebensbedrohliche metabolische Störung bei Patienten mit einem malignen Tumor
- Ausmaß der Symptome meist abhängig davon, wie rasch sich die Hyperkalzämie entwickelt hat; bei allmählichem Anstieg des Serumkalziumspiegels ist eine Anpassung möglich
- Behandlung nur erforderlich, wenn die Symptome eine Belastung darstellen
- Kausale Behandlung sollte in der Sterbephase nicht mehr durchgeführt werden

Merke

Tumorerkrankungen, bei denen Hyperkalzämie am häufigsten vorkommt:
Multiples Myelom, Mamma-Karzinom, Nicht-kleinzelliges Bronchuskarzinom

Symptome der Hyperkalzämie

Symptome:

- Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen
- Obstipation
- Durst und Polyurie
- Benommenheit
- Orientierungsstörung und Unruhe
- Herzrhythmusstörungen

Diagnose: Erhöhter Serumkalziumwert

Behandlung der Hyperkalzämie:

- Rehydratation
- Anschließend Bisphosphonate (z.B. Pamidronat 60 - 90 mg)

8.4.3 Obere Einflusstauung

Ursache:

Druck von Tumoren (v.a. bei Bronchuskarzinomen oder Lymphomen) im Mediastinum auf die obere Hohlvene oder intraluminale Tumoren oder Thromben

Symptome:

- Atemnot und Tachypnoe
- Kopfschmerzen
- Sehstörungen
- Druckgefühl im Kopf und Schwindel
- Zyanose
- Halsvenenstauung
- Ödeme an den Händen und Armen

Obere Einflusstauung

Vorgehen:

- Rasche Symptomlinderung von Atemnot und Angst mit Opioiden und Benzodiazepinen (s. entsprechende Kapitel)
- Kortikosteroide: 16 mg Dexamethason pro Tag
- Kontakt mit einem onkologischen Zentrum: Eventuell Strahlentherapie oder Stenting der Vena cava superior in Erwägung ziehen

8.4.4 Blutung

Eine Blutung ist ein bedrohliches Ereignis für den Patienten und die Betreuenden.

Schwere akute Hämorrhagien sind relativ selten.

Vor einer schweren Blutung kommt es oft zu leichten und selbstlimitierten Blutungen.

Bei einer schweren Blutung darf ein Patient nicht allein gelassen werden.

Hauptursachen:

HNO- und Lungentumoren, gastrointestinale und urologische Tumoren, Blutungsneigung bei Thrombopenie und disseminierter intravasaler Gerinnung

Vorgehen bei kleineren Blutungen

- Druckverbände
- Tupfer mit Tranexamsäure (Cyklokapron®) oder Adrenalin tränken

Krisenplan für größere Blutungen:

Voraussetzung: Klärung, dass eine interventionelle Maßnahme nicht mehr zielführend ist oder dass der Patient diese Maßnahmen ablehnt

Medikamente vor Ort bereithalten

Behandlungsziel: Linderung der begleitenden Angst

Medikamente (wenn möglich intravenös, sonst subkutan):

- Midazolam 5 - 10 mg
- Morphin 10 mg bei opioidnaiven Patienten, sonst entsprechend höher

Vorbereitung der Angehörigen, Erklärung und Instruktion, dass das Hauptaugenmerk auf Anwesenheit und Beruhigung gerichtet werden soll.

Schwere Blutung

Krisenplan erstellen

Praktische Hinweise

Praktische Hinweise

- Dunkle Handtücher und Waschhandschuhe bereithalten
- Den Körper warm halten und Atemwege durch entsprechende Lagerung frei halten.

Schwere Agitation

8.4.5 Schwere Agitation

Die schwere Agitation ist für Patienten und Angehörige ein äußerst belastendes Symptom, insbesondere für die Betreuung zuhause und erfordert daher oft die stationäre Aufnahme und eine rasche Hilfe. Der Begriff „terminale Agitation“ oder „terminale Unruhe“ ist unspezifisch und eher irreführend. Meist handelt es sich wohl um ein Delir als Ausdruck der dekompensierenden Körperfunktionen oder im Rahmen einer zerebralen Begleiterkrankung.

Eckpunkte der Betreuung:

- Klärung der Ursache, wenn möglich,
- Begleitung und Unterstützung des Betroffenen und seiner Angehörigen
- Symptomatische Behandlung

(s. entsprechende Kapitel: Psychiatrische Symptome, palliative Sedierungstherapie)

8.5 Palliative Sedierungstherapie

Definition

Definition: Symptombehandlung durch pharmakologische Reduktion des Bewusstseinsniveaus, wenn keine ausreichende Linderung durch andere Maßnahmen möglich und der Tod in wenigen Tagen zu erwarten ist.

Therapierefraktäre Symptome

Was sind die Voraussetzungen? Wie erfolgt die Entscheidung?

- Ein therapierefraktäres Symptom liegt vor, wenn Maßnahmen zur spezifischen Symptombehandlung nicht zu einer zufriedenstellenden Linderung führen

Diese sind:

- Spezifische medikamentöse Therapie
- Psychosoziale Betreuung
- Beiziehen eines beratenden Kollegen (z.B. ein Konsilium mit einem Psychiater/einer Psychiaterin bei Delir)

Informed consent

- Patient ist mit der Sedierung einverstanden

- Palliative Sedierung ist eine gemeinsame und kommunizierte Entscheidung von:
 - Patient
 - Multiprofessionellem Team
 - Angehörigen

Welche Formen der Palliativen Sedierungstherapie gibt es?

- Intermittierende Sedierung

Ziel: Leiden lindern, neue Kraft geben (auch außerhalb der Sterbephase indiziert)

Dauer: wenige Tage, z.B. in Nacht
- Kontinuierliche, oberflächliche Sedierung

Ziel: Leiden lindern (in den letzten Lebenstagen)

Patient ist weckbar und kommunikationsfähig, trinkt und isst evtl. selbst
- Kontinuierliche, tiefe Sedierung

Ziel: schweres Leiden im Sterben lindern

Medikamente

- Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit

Vorteile und Wirkung: anxiolytisch, entspannend, antikonvulsiv, schlafanstossend, antagonisierbar

Mögliche Nachteile: Atemdepression, paradoxe Effekte (Agitation, Delir)

 - Midazolam (Dormicum®) = Mittel der ersten Wahl

Anfangsdosierung: 0,5 - 2 mg/h s.c. oder i.v., intermittierend oder evtl. über Pumpe; schrittweise Dosissteigerung bis zum Wirkungseintritt

Übliche Wirkdosis: 1 - 20 mg/h

Keine Dosiskorrektur beim Wechsel i.v. / s.c. nötig

Prinzipiell eignen sich auch folgende Substanzen (schlechter steuerbar als Midazolam):

- Lorazepam (Temesta®), i.v. oder sublingual
- Clonazepam (Rivotril®): i.v. besonders bei Angst oder Panik, stärker atem-antriebshemmend
- Diazepam (Valium®): i.v. und rektal, Nachteil: lange HWZ

Sedierungsformen

Benzodiazepine

Neuroleptika

- Neuroleptika (mit sedierender Wirkung)
Hauptindikation: Therapierefraktäres Delir
 - Levomepromazin (Neurocil®, Nozinan®)
Startdosis: 12,5 - 25 mg; Tageshöchstdosis 300 mg
i.v. intermittierend oder kontinuierlich; (kann s.c. zu Hautreizung führen)
sublingual / bukkal als Tropfen
 - Chlorpromazin (Largactil®)
Startdosis: 12,5 mg; Tageshöchstdosis 150 mg i.v. (300 mg p.o.)
 - Anmerkung: Haloperidol (Haldol®) ist nicht indiziert, weil nicht sedierend

Anästhetika

- Anästhetika
 - Propofol®
Vorteil: sehr gut steuerbar
Nachteil: stark atemdepressiv, daher Überwachung nötig
Startdosis: 0,5 mg/kg/h; mögliche Dauerdosis: 1 - 4 mg/kg/h

Praktisches Vorgehen

- Mit niedriger Dosis beginnen (z.B. mit 0,5 mg/h Midazolam)
- Dosisänderungen (Steigerung oder Reduktion) in Schritten von 25 - 50 %, Ziel: Symptomlast effektiv gelindert, Bewusstseinslage möglichst wenig beeinträchtigt (Bedarf kann sehr variieren)
- Flüssigkeitszufuhr und Ernährung situationsabhängig entscheiden
- Dokumentation: Indikation, Therapieziel, nachvollziehbar und verständlich
- Information der Angehörigen über Ziel, Vigilanzveränderung, pflegerische Konsequenzen
- Überwachung: Sedierungstiefe
- Überwachung der Vitalfunktionen nur bei kurzfristiger, intermittierender, leichter Sedierung

Opioide eignen sich nicht zur palliativen Sedierung (Indikationen für Opiode in der Sterbephase: Schmerzen, Dyspnoe)

Abgrenzung gegen aktive Sterbehilfe: Das Ziel der palliativen Sedierung ist die Symptombehandlung, diesem Ziel entspricht die Auswahl der Medikamente und Dosierung (so hoch wie nötig, so niedrig wie möglich; Titration in kleinen Dosisschritten)

Der Einsatz von palliativer Sedierung bei existentiellen Leiden sollte im Einzelfall kritisch indiziert werden – nach dem Ausschöpfen aller Möglichkeiten psychosozialer Begleitung.

9 Das Lebensende bei *nicht onkologischen internistischen Erkrankungen*

Auch bei Patienten mit einer fortgeschrittenen nicht onkologischen Erkrankung sind die grundsätzlichen Aspekte der Palliativmedizin anzuwenden: der Blick auf die Lebensqualität, die Förderung der Selbstbestimmung, die Therapiezielbestimmung in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium und vom Patientenwillen und in erster Linie die symptomorientierte Therapie. Entsprechende Überlegungen sollen möglichst früh im Krankheitsverlauf vieler nicht onkologischen Erkrankungen angestellt werden. Im Folgenden werden einige wichtige Aspekte, die auch für die Betreuung zu Hause und im Pflegeheim eine Rolle spielen, Erwähnung finden. Bezüglich einzelner Symptome: s. die entsprechenden Kapitel dieser Broschüre.

9.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind häufige Erkrankungen nach der Lebensmitte und die häufigste Todesursache alter Menschen. Auch wenn kausale Therapien in der Terminalphase meist weder möglich noch sinnvoll sind, so können doch die Symptome durch eine spezifische medikamentöse Therapie wirksam und lange behandelt werden.

Überlegungen zu Krisen- und Notsituationen

Selbstverständlich kann auch in einer palliativen Betreuungssituation als akutes Ereignis ein Herz-Kreislaufversagen eintreten. Es kann durch verschiedene Erkrankungen und Mechanismen ausgelöst werden, z.B. ein akutes Koronarsyndrom, Kammerflimmern, Elektrolytentgleisungen, akutes Linksherzversagen mit Lungenödem, akutes Rechtsherzversagen durch Pulmonalarterienembolie oder Perikarderguss oder auch eine schwere Blutung oder Sepsis.

Dementsprechend kann die Symptomatik unterschiedlich sein.

Tritt ein solches Ereignis unerwartet auf, so werden intensivmedizinische Maßnahmen eingeleitet. Wenn aber eine schwere Vorerkrankung vorliegt oder der allgemeine Funktionsstatus des Betroffenen schlecht ist (Bettlägerigkeit, Frailty, schwere kognitive Einschränkung), so stehen die Belastungen, die mit den medizinischen Maßnahmen verbunden sind, häufig in einem ungünstigen Verhältnis zum erwartbaren Nutzen. Für Notärzte kann das eine schwierige Situation sein. Ein gut dokumentiertes vorsorgendes Gespräch mit dem Betroffenen, dem Betreuungsteam und seinen Angehörigen über Maßnahmen, die der Situation angemessen sind und dem Patientenwillen entsprechen, kann für den in der Akutsituation herbeigeholten Notarzt eine wichtige Orientierungshilfe für sein Handeln sein. Der Nutzen vorausschauender Planung bei schwer kranken Menschen ist nachgewiesen.

Akutes Herz- Kreislaufversagen

Unverhältnismäßige Belastungen

3 CPR-Aspekte

DNR (Do Not Resuscitate)-Order

9.2 Das Gespräch über Kardiopulmonale Reanimation (CPR)

Ob bei einem Kreislaufstillstand eine Kardiopulmonale Reanimation durchgeführt werden soll, ist eine komplexe Frage, zu der Betroffene und Betreuende manchmal unterschiedliche Vorstellungen haben.

Das Auslösen der Rettungskette bei einem Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung kann zu unverhältnismäßigen Belastungen führen und zum Tod in fragwürdigen Umständen.

Deshalb ist es wichtig, dass die Frage der CPR unter drei Aspekten überlegt wird:

- Nützen intensivmedizinische Maßnahmen wie CPR und maschinelle Beatmung dem Patienten im Sinne eines erstrebenswerten Therapieziels?
- Was will der Betroffene, was will er nicht?
- Ist das Gespräch über CPR angebracht? Ist der Betroffene in der Lage, sich der Komplexität dieser Fragen zu stellen und will er das auch?

Es ist meist äußerst hilfreich, wenn vorsorgende Gespräche zur Klärung dieser Fragen im Vorfeld im Sinne vorausschauender Planung stattfinden können.

Ein Gespräch über kardiopulmonale Reanimation soll in einem Kontext stattfinden, in dem es um die Lebensvorstellungen des Betroffenen geht, um sein Verständnis von Krankheit und Prognose und um die realistischen Möglichkeiten medizinischer Behandlung. Gesprächsinhalte müssen dokumentiert und im Team kommuniziert werden.

Eindeutige Gründe für eine DNR (Do Not Resuscitate)-Order sind der Patientenwunsch, eine medizinisch aussichtslose CPR oder eine Situation, in der durch eine erfolgreiche CPR weder das Leben noch die Lebensqualität verbessert werden.

Eine DNR-Order impliziert, dass begleitende und unterstützende Maßnahmen fortgesetzt und intensiviert werden. Sie bedeutet nicht, dass z.B. auf die Einleitung einer antibiotischen Therapie oder auf andere therapeutische Maßnahmen verzichtet wird. Über diese ist jeweils individuell zu entscheiden. Das Wissen von Ärzten, die in der Notfall- und Intensivmedizin erfahren sind, kann für solche Gespräche nützlich und notwendig sein.

Bezüglich Therapiebegrenzung bzw. Therapiezieländerung sei auf diverse Publikationen der Arbeitsgruppe Ethik der ÖGARI hingewiesen (www.oegari.at/arbeitsgruppen/arge-ethik-in-anaesthesie-und-intensivmedizin/).

9.3 Chronische Herzinsuffizienz und Angina pectoris, terminale Herzerkrankung

Die gemeinsame Endstrecke vieler Herzerkrankungen ist die chronische Herzinsuffizienz. Eine schwere KHK und der Hochdruck sind die häufigsten Ursachen. Die Intensität und Vielfalt der Beschwerden, die hier nicht im Detail aufgezählt werden, können im Verlauf der Erkrankung zunehmen und belasten die Betroffenen und betreuende Angehörige; ein häufiges Begleitsymptom ist die unausgesprochene Sorge, wie es weiter geht. Der „maligne“ Charakter der chronischen Herzinsuffizienz ist vielen Betroffenen und den Angehörigen meist nicht bewusst. Es ist wichtig, das Stadium der Erkrankung möglichst gut zu erkennen und zu definieren.

Die Prognose hinsichtlich des Verlaufs und der verbleibenden Lebenszeit ist im Allgemeinen schwieriger zu bestimmen als bei Tumorerkrankungen.

Hinweise für die terminale Herzinsuffizienz

- Abnahme von Bewegungsradius und Gehstrecken
- Notwendigkeit von Pausen bei geringer Belastung (Anziehen, Baden usw.)
- Atemnot auch in Ruhe
- Gewichtsverlust ohne andere Ursache
- Diuretika-Dosis muss erhöht werden
- Wiederholte Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz im vergangenen Jahr (2 oder mehr)
- Verschlechterung der Nierenfunktion
- Absinken des Serum-Natrium
- Intoleranz von ACE-Hemmern (Hypotension, Verschlechterung der Nierenfunktion) und von β -Blockern (Hypotension, Bradykardie, Verschlechterung der Herzinsuffizienz)
- Hypotension (RRsystol < 90 mm Hg)
- Häufige Entladungen eines ICDs

Wann ist palliative Betreuung indiziert?

- Abhängigkeit in den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens
- Häufige Hospitalisierungen
- Krisen mit Dekompensation trotz optimaler Therapie
- Andauernd schlechte Lebensqualität
- Schwierige Symptome
- NYHA III-IV
- Kardiale Kachexie
- Niedriges Serum-Natrium
- Geschätzte verbleibende Lebenszeit unter 6 Monaten

Chronische Herzinsuffizienz

Terminale Herzinsuffizienz

Indikation für palliative Betreuung

Hospitalisierungskriterien

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen Herzinsuffizienz ist in Österreich sehr hoch. Bei guter Betreuung und vorausschauender Planung könnten, wie in anderen Ländern gezeigt wird, viele der Maßnahmen auch am Wohnort erfolgen.

Behandlungsrichtlinien

Behandlungsrichtlinien

- Allgemeine Maßnahmen in der Terminalphase
- Flüssigkeitszufuhr je nach Situation immer wieder anpassen
- häufige kleinere Mahlzeiten
- Aufrechterhaltung der Mobilität nach Möglichkeit, evtl. mit Bewegungsübungen.

Medikamentöse Maßnahmen

Medikamentöse Maßnahmen

Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz wird in der Regel lange bis in fortgeschrittene Stadien fortgesetzt, weil viele Medikamente gegen Symptome wirksam sind und damit das Befinden verbessern: Diuretika lindern Kurzatmigkeit und bessern Ödeme, ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorenblocker und β -Blocker können auch in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien zur Lebensqualität beitragen und Hospitalisierungen verhindern. Nitropräparate helfen bei Angina pectoris und lindern die Atemnot. Man kann sie einsetzen, wenn der systolische Blutdruck ausreichend hoch ist.

Alle Medikamente müssen an den Patienten und seine klinische Situation angepasst werden. Auf Polypharmazie, Nebenwirkungen und Interaktionen ist besonders zu achten. Substanzen, die eine Herzinsuffizienz verschlechtern, z.B. NSAR, müssen sehr kritisch eingesetzt werden.

Antiarrhythmika können meist abgesetzt werden.

Auch Medikamente mit einer hohen NNT (Number needed to treat) sowie Medikamente zur Sekundärprophylaxe (Statine, orale Antidiabetika, Antihypertensiva) können in den letzten Lebenswochen abgesetzt oder allmählich reduziert werden.

Eine Thromboembolieprophylaxe bei zunehmender Immobilität ist eine Einzelfallentscheidung, abhängig von weiteren Risikofaktoren und Prognose, in Hinblick auf Verhinderung und Linderung von Schmerzen durch eine Thrombose und von Atemnot durch eine Pulmonalembolie.

ICD-Patienten

Patienten mit „Devices“ (Schrittmacher, ICD)

Die Frage, was im Terminalstadium mit implantierten Systemen passieren soll, wird oft von den Patienten und den Betreuenden gestellt. Eine eventuelle Deaktivierung implantierter elektrischer Geräte (SM, ICD/CRT) am Lebensende gilt als komplexer palliativmedizinischer Vorgang. Dabei muss

dem Patientenwillen entsprochen werden. Alle Möglichkeiten sollten mit den Patienten früh besprochen werden. Eine enge Zusammenarbeit mit dem kardiologischen Zentrum ist ganz wichtig.

Allgemeine Empfehlungen

- Einfache Schrittmacher gegen bradykarde Rhythmusstörungen werden in der Regel nicht deaktiviert.
- Ein ICD-System reduziert die Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Herztodes, bei Progression der Herzinsuffizienz kommt es aber zu häufigen, belastenden Schockabgaben, sodass die Deaktivierung der Schockfunktion unter Beibehaltung der SM-Funktion zu diskutieren ist.
- Die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und sollte daher eher beibehalten werden.

Tipps zur Symptomkontrolle

Häufig treten Schwindel und Benommenheit mit Sturzneigung auf.

Ursachen

- orthostatische Hypotonie
- Nebenwirkung von Medikamenten (Diuretika, Betablocker, Hochdruckmedikamente)
- Rhythmusstörungen müssen ausgeschlossen werden

Symptombehandlung bei kardiovaskulären Krisen

- Sauerstoff: 2 - 4 l/min
- Ventilator, offenes Fenster, Lagerung (Oberkörper erhöht, Beine tief)
- Ruhe bewahren, Patienten nicht alleine lassen
- Furosemid 40 - 80 mg i.v., je nach Klinik steigern
- Nitrospray 1 - 2 Hübe, wenn Blutdruck > 110 mmHg systolisch (Dyspnoe kann Symptom einer koronaren Ischämie sein)
- Morphin 5 - 10 mg p.o., 2,5 - 5 mg s.c. oder i.v., Steigerung bis Symptome kontrolliert sind
- Lorazepam (Tavor expidet®/Temesta®) 1,0 - 2,5 mg sublingual oder p.o.
- Midazolam (Dormicum®) 2,5 - 5 mg s.c. oder i.v.

Für weitere Symptome (Schmerzen, Depression, Angst u.a.) siehe entsprechende Kapitel der vorliegenden Broschüre.

Symptombehandlung

Niereninsuffizienz Stadium 5

Nierenersatztherapie

Palliative Betreuungsstrategien

9.4 Chronische Niereninsuffizienz und Nierenersatztherapie

Die schwere Niereninsuffizienz (Stadium 5) ist eine lebensbedrohliche Erkrankung. Mit der Option einer Nierenersatztherapie ergibt sich sowohl in akuten Krisen als auch bei der chronischen terminalen Niereninsuffizienz eine Entscheidungsproblematik. Dies trifft vor allem für ältere und schwer kranke Menschen zu. Alter per se ist kein Grund, eine Dialyse nicht zu beginnen, aber Komorbidität und der funktionelle Status der Betroffenen beeinflussen die Entscheidung und das Schicksal der Patienten. Hier gibt es Parallelen zu onkologischen Therapieentscheidungen (fit vs. frail).

Sowohl der Beginn einer Nierenersatztherapie als auch deren Beendigung müssen gut begründet sein. Die Entscheidung, eine jahrelang durchgeführte Dialysetherapie zu beenden, ist schwieriger, als sie nicht zu beginnen.

Die Dialyse ist ein sehr aufwändiges therapeutisches Verfahren, das für die Kranken neben der langdauernden hohen Symptombelastung („burden of disease“) zusätzlich eine langdauernde Behandlungsbelastung („burden of disease and treatment“) bedeutet.

Palliative Betreuungsstrategien werden optimalerweise früh im Verlauf angewandt: Neben der aktiven Therapie der terminalen Niereninsuffizienz mit Einsatz einer Nierenersatztherapie gibt es die „konservative“, symptomorientierte Behandlungsformen. Vor allem älteren Patienten nützt die Nierenersatztherapie nicht immer. Grundsätzlich ist der Verzicht auf die Nierenersatztherapie (Dialyse) eine schwierige Entscheidung. Eine ausreichende Diskussion der Situation und Information und Darstellung aller Behandlungsmöglichkeiten ist essentiell. Der Wille des Patienten ist die Grundlage der Entscheidung; es ist sinnvoll, Familienmitglieder sowie das Ärzte- und Pflegeteam in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Die Kenntnis der Symptome einer fortgeschrittenen Urämie (z.B. Atemnot durch Wasserretention und Lungenödem, Agitation und Delir, Juckreiz, Übelkeit, Singultus, Restless-Legs-Syndrom, Myoklonien, Schmerzen, epileptische Anfälle) und der erfahrene Umgang damit ist wichtig.

In welchen Situationen soll eine Dialyse nicht begonnen oder begrenzt werden?

- Bei Patienten mit sehr schlechter Prognose
- Bei eingeschränkter Fähigkeit zur Kooperation
- Bei eingeschränktem Verständnis für die Schwere der Erkrankung und die Komplexität der Therapie, bei Unfähigkeit zur Kooperation (Demenz)
- Bei klinischer Instabilität (schwere Hypotension)
- Wenn eine terminale nicht renale Erkrankung oder eine fortgeschrittene

maligne Erkrankung vorliegt (Ausnahme: Malignes Myelom)

- Im hohen Alter mit 2 oder mehr schlechte prognostisch schlechten Kriterien:
 - Einschätzung des Arztes („Überraschungs-Frage“)
 - hoher Komorbiditäts-Score
 - signifikant schlechter funktioneller Status
 - Malnutrition (Albumin < 2,5 g/dl)
- Bei ältere PatientInnen mit Multiorganversagen
- Bei schwer kranke Patienten, bei denen nach 3 Tagen Aufenthalt an einer Intensivstation keine Besserung zu erkennen ist
- Bei Notwendigkeit der Sedierung zur Therapie
- Wenn schwerste, nicht kontrollierbare Schmerzen vorliegen

Die Frage nach der Begrenzung bzw. Beendigung einer Nierenersatztherapie kann vom Patienten, von Angehörigen oder vom Behandlungsteam kommen. Die Fortführung der Behandlung ist zu diskutieren, wenn sich die klinische Situation ändert (siehe oben), wenn sich der Allgemeinzustand ohne Aussicht auf Besserung dramatisch verschlechtert, wenn es zur Kachexie kommt, oder wenn ein schwerwiegendes medizinisches Ereignis auftritt, das die Prognose des Patienten weiter verschlechtert (z.B. Schlaganfall).

Verlauf ohne Dialyse oder nach Abbruch der Dialyse

Verzichtet man bei einem akuten Nierenversagen auf eine Nierenersatztherapie, so tritt der Tod innerhalb von Tagen ein. Beim chronischen Nierenversagen sind Komorbidität und Nierenrestfunktion entscheidend, die Zeit bis zum Tode kann Wochen und Monate dauern.

Nach Abbruch einer laufenden Dialyse ist der klinische Verlauf besser vorhersehbar. Der Tod tritt nach ca. nach 8 - 12 Tagen ein, aber auch längere Verläufe sind bekannt. Üblicherweise entwickelt sich nach zunehmender Müdigkeit und Schläfrigkeit das urämische Koma.

Ziel der palliativen Therapie ist es, den Tod in der Urämie ohne Atemnot, Unruhe, Ängste, Anfälle und Schmerzen, zu ermöglichen.

Wichtige Maßnahmen nach Dialyseverzicht, bzw. Dialyseabbruch

- Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr, um eine Überwässerung zu vermeiden
- Liberalisierung der Diät
- gute und regelmäßige Mund-, Lippen- und Körperpflege
- Dekubitusprophylaxe
- Einschränkung diagnostischer Maßnahmen, z.B. von Blutabnahmen
- Anpassung der Dosierung aller Medikamente an die Niereninsuffizienz

Diskussion über das Fortführen der Dialyse

Maßnahmen nach Dialyseverzicht

Tipps zur Symptombehandlung

Delir, Agitation, Übelkeit:

- Haloperidol (Haldol®)
- Benzodiazepine, vorsichtig die Dosis titrierend beginnen
- Metoclopramid (Paspertin®) in reduzierter Dosis

Restless-Legs-Syndrom und Myoklonien

- Clonazepam (Rivotril®), Lorazepam (Temesta®)

Bei epileptischen Anfällen

- Lorazepam (Temesta®), Midazolam

Schmerzen

- WICHTIG: Morphin-Metaboliten können kumulieren und zu Hyperalgesie, Myklonien, Übelkeit, Delir führen.
- Morphin daher vorsichtig dosieren oder andere Opiode verwenden (z.B. Hydromorphon, Buprenorphin, Oxycodon)
- Co-Analgetika reduzieren / absetzen (z.B. Gabapentin, Pregabalin)
- Metamizol (Novalgin®) in reduzierter Dosis

Pruritus

- Hautpflege
- Ondansetron (keine Dosisanpassung nötig), Antihistaminika (Dosis reduzieren)
- Dibondrin (Dosisintervalle verlängern)

9.5 Leberinsuffizienz / Leberversagen

Ein chronisch progredientes Leberversagen (End Stage Liver Disease) mit Zusammenbruch der hepatischen Syntheseleistung tritt als Folge verschiedener, meist chronischer Erkrankungen auf und ist irreversibel, sieht man von der Lebertransplantation und nur kurzfristig anwendbaren apparativ-technischen Verfahren ab. Es kommt im Verlauf zu Aszites, Ödembildung, Ösophagus- und Fundusvarizen mit der Gefahr lebensbedrohlicher Blutungen, Einschränkung der hepatischen Syntheseleistung (Hypalbuminämie, Gerinnungsstörungen), spontaner bakterieller Peritonitis, Kachexie, Fatigue, Ikterus, quälendem Juckreiz bei Cholestase, hepatorenalem Syndrom, hepatischer Enzephalopathie mit Depression, zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen, Delir, Koma. Soziale Probleme sind häufig.

Der Krankheitsverlauf ist variabel, stabile Phasen werden durch Komplikationen (z.B. Blutungen, Sepsis) unterbrochen, die Lebenserwartung ist erniedrig. Die kurative Lebertransplantation kommt nicht für alle Betroffenen in Frage. Palliative Medizin sollte schon früh im Krankheitsverlauf begonnen werden, und auch für Kranke auf der Warteliste für eine Transplantation kann das wichtig sein, auch deshalb, weil bei Blutungskomplikationen invasive endoskopische Maßnahmen je nach individueller Situation abzuwägen sind und die Enzephalopathie das Urteilsvermögen der Kranken in unterschiedlicher und fluktuierender Weise einschränkt.

Eine einfache symptomatische Therapie (Diät, Kochsalzrestriktion, bilanzierte Flüssigkeitszufuhr, Alkoholverzicht, Diuretika, Laxantien, PPI) kann meist lange Zeit, auch bei fortgeschrittener Erkrankung, durchgeführt werden. Polypharmazie ist gefährlich und muss aufgrund der gestörten Leberfunktionen vermieden werden. Der Nutzen sogenannter Lebertherapeutika ist nicht erwiesen.

Tipps zur Symptombehandlung:

Aszites und Ödeme

- Ziel: Linderung von Spannungsgefühl im Abdomen und von Dyspnoe
- Bettruhe, Oberkörper leicht erhöht
- Kochsalz- und Flüssigkeitsrestriktion
- Diuretika
 - Furosemid (Lasix®) 40 - 120 mg oral, bzw. i.v., Dosiserhöhung nach klinischem Verlauf
 - Spironolacton (Aldactone®) 50 - 100 mg /Tag, maximal 400 mg/Tag
- Morphin niedrig dosiert bei Spannungsschmerzen
- Aszitespunktion und -drainage
- Albuminsubstitution ist in der Regel nicht indiziert

Portale Hypertension

Evtl. Portosystemischen Shunt (TIPS) in Absprache mit einem hepatologischen Zentrum in Betracht ziehen

Hepatische Enzephalopathie (wenn der Betroffene belastet ist): Stuhlregulierung, Lactulose (10 - 20 g 2 - 4x/Tag), Rifaximin (Colidimin® 3 x 400 mg)

Schmerzen

Opioide (Fentanyl oder Hydromorphon): Beginn mit niedriger Dosierung, Ausrichtung der Dosis an klinischer Wirksamkeit

NSAR sind in der Regel kontraindiziert

Einfache symptomatische Therapie

Quälender Juckreiz

Quälender Juckreiz

Ausschluss einer behandelbaren Cholestase

Antihistaminika

Cholestyramin (Quantalan®) 3x1 Beutel

- Naltrexon (Revia®) 2 x 12,5 mg, Steigerung nach 3 - 5 Tagen auf 2 x 25 mg, effektive Dosis 50 - 300 mg (kontraindiziert bei laufender Opioidtherapie)
- Paroxetin® 5 - 20 mg/Atarax 50mg
- Rifampicin® 75 - 300 mg/d

• Nicht medikamentöse Therapie:

- kühle Räume
- Baumwollkleidung
- Hautpflege
- Austrocknung der Haut verhindern, rückfettende Hautcremes, Ölbäder
- kurzfristig steroidhaltige Creme
- Therapieversuch mit UVB-Strahlen
- dosierte Sonnenexposition

Medikamentöse Therapie:

- Naltrexon (Revia®) 2 x 12,5 mg, Steigerung nach 3 - 5 Tagen auf 2 x 25 mg, effektive Dosis 50 - 300 mg (kontraindiziert bei laufender Opioidtherapie)
- Cholestyramin (Quantalan®) 3 x 1 Beutel
- Paroxetin® 5 - 20 mg/Atarax 50 mg
- Rifampicin® 75 - 300 mg/d
- Danazol® 200 mg 1 - 2x tgl.
- Nächtliche Sedierung

9.6 Der schwer- und mehrfachkranke alte Mensch

Sterben und Tod sind Phänomene des hohen Alters geworden. Deshalb hat sich die Aufmerksamkeit von Palliative Care in den vergangenen Jahren auch auf die besondere Situation alter Menschen gerichtet.

„Frailty“

Alter und Multimorbidität können zu Gebrechlichkeit („frailty“) führen. „Frailty“ geht mit einem Verlust von Anpassungsfähigkeit und mit mehr oder weniger ausgeprägter Pflegebedürftigkeit einher. Spezifische Therapiemaßnahmen gibt es meistens nicht mehr, eingetretene Defekte oder Defizite lassen sich nicht mehr beheben. Sorgfältige prophylaktische Maßnahmen können aber den Krankheitsverlauf verlangsamen.

Der Zustand ist im Wesentlichen charakterisiert durch:

- Einschränkung kognitiver Funktionen (Vergesslichkeit, Orientierungsverlust, Kritiklosigkeit, Unruhe)
- Verschlechterung vitaler Organfunktionen (kardial, pulmonal, renal, vaskulär, neurologisch)
- Kontrollverlust hinsichtlich Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, sowie Harn- und Stuhlausscheidung
- Verlust sozialer Bezüge

Im Alter kann es zu einer Vielzahl von Symptomen und Defiziten kommen, wie Immobilität, Immobilisierung, Sturzneigung und Schwindel, Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt, Depression und Angst, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit, Seh- oder Hörbehinderungen. Daraus ergeben sich meist viele Fragen hinsichtlich Medikation, Polypharmakotherapie sowie ein hohes Komplikationsrisiko. In der Literatur gibt es den Begriff der „Gesamtbelastung durch biologische Dysfunktionen“.

Palliatives Therapieziel ist es, behandelbare Symptome und das Leiden der Betroffenen zu lindern, sowie deren Angehörige zu unterstützen (s. entsprechende Kapitel). Soziale Kontakte, Nähe, Zuwendung und Berührung sind auch dann förderlich, wenn Bewusstsein und Vigilanz eingeschränkt sind. Es gilt, eine situationsangepasste und symptomorientierte Medikation zu finden. Grundlagen von Entscheidungen sind die Beurteilung der Krankheitsphase (präterminal - terminal - „end of life“), das Beenden von Langzeitprävention, die Aufmerksamkeit hinsichtlich einfacher Darreichungsformen der Medikation und das Ziel der Reduktion der Anzahl der Medikamente.

Der aktuelle Wille des Patienten ist oft nicht mehr zu erfragen. Es gilt daher nachzuforschen, ob der Kranke zu früheren Zeiten Wünsche und Vorstellungen geäußert hat, oder ob eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorliegt. Alle Entscheidungen sind abzuwägen und gut zu begründen. Dies gilt auch für die Einweisung ins Krankenhaus.

Wenn sich abzeichnet, dass bewusstes Erleben und bewusste Wahrnehmung nicht mehr zu erreichen sind, sollte dem Gespräch über lebenserhaltende Maßnahmen Raum gegeben werden (z.B. über die Gabe von Antibiotika, über Interventionen bei akuten Ereignissen) oder über den Beginn lebensverlängernder Therapieschritte (z.B. Nierenersatztherapie, siehe 10.3.2). Ethisch gesehen besteht kein Unterschied zwischen dem Absetzen und dem Nicht-Ansetzen einer therapeutischen Maßnahme. Diagnostische Maßnahmen sind im Hinblick auf den Zustand und den Nutzen für den Patienten zurückhaltend zu indizieren. Dies gilt auch für künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Charakteristika

„Gesamtbelastung durch biologische Dysfunktionen“

Raum für ein Gespräch über lebenserhaltende Maßnahmen

9.7 Pulmonale Erkrankungen

Das Endstadium einer pulmonalen Erkrankung ist häufig ein längerer Leidensweg mit zahlreichen belastenden Symptomen.

Grunderkrankungen sind

- Asthma bronchiale
- COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Rezidivierende Lungenembolien
- Lungenfibrose
- Neuromuskuläre Erkrankungen

Symptome

- Schwere Dyspnoe in Ruhe und bei geringster Belastung
- Panikartige Atemnot
- Bewusstseinsstörung durch O₂ Mangel oder durch CO₂ Retention
- Quälender Husten und Verschleimung

Allgemeine Prinzipien

- Prognostische Aussagen sind schwierig, denn auch bei ungünstiger Ausgangslage kann pulmonales Versagen, etwa bei einer Infektexazerbation, reversibel sein
- Patienten früh informieren und klären, ob bei einer akuten Dekompensation Intensivtherapie und Intubation (unter Umständen mit Tracheotomie) im Sinne des Patienten sind
- Angehörige in den Entscheidungsprozess einbeziehen
- Gesprächsergebnis dokumentieren

Maßnahmen

Palliative und spezifische Maßnahmen sind oft identisch:

- Basistherapie (Bronchospasmolyse und Steroide)
- Anxiolyse
- O₂-Therapie
- Nicht invasive Beatmung (NIV)
- In der Akutsituation ist wegen des Erstickungsgefühls eine ausreichende Sedierung notwendig

Palliative Betreuung bei COPD

Die Krankheit verläuft progredient, ist nicht heilbar und nimmt weltweit erheblich zu.

Symptome bei fortgeschrittener Erkrankung:

- Schwere Dyspnoe in Ruhe und bei geringster Belastung
- Panikartige Atemnot
- Bewusstseinsstörung durch O₂ Mangel oder CO₂ Anstieg
- Quälender Husten und Verschleimung

Ein palliatives Betreuungskonzept ist im Stadium IV (nach GOLD: FEV₁ [Einsekundenkapazität] < 30% vom Sollwert / Eingeschränkte Oxygenierung / Cor pulmonale chronicum) angemessen.

Spezifika der Erkrankung

Verbunden mit der quälenden Atemnot treten einschneidende Einschränkungen der Lebensqualität, sowie Unruhe, Angst und Depression auf. Bis zu 90% der Patienten mit COPD leiden an klinisch relevanter Angst und/oder Depression - im Vergleich dazu: ca. 50% der Patienten mit Bronchuskarzinom leiden an Angst und Depression. Nur ein geringer Anteil beider Gruppen wird diesbezüglich entsprechend behandelt.

Patienten und Angehörige wissen häufig nicht um den lebensbedrohlichen Charakter der Erkrankung. Rezente internationale Studien belegen, dass viele Patienten und Angehörige einen Mangel an Information beklagen. Entscheidende therapeutische Schritte sind gemeinsam zu besprechen und zu planen.

Die Errichtung einer Patientenverfügung kann für Patienten, die eine invasive Beatmung ablehnen, eine Erleichterung bedeuten und bei Verschlechterung der Situation die Umgebung entlasten.

Intubation und invasive Beatmung bei Exazerbation sind für Patienten im Stadium IV nach Gould, deren Exazerbationsrate höher ist als zwei Mal pro Jahr, die an Komorbidität (Depression, pulmonale Kachexie, kognitive Einschränkung) leiden, nicht mehr von Nutzen.

Bei der palliativen Behandlung wird weniger die Krankheit als die Person in den Blick genommen.

Therapie von Atemnot und Angst

Symptomlinderung mit Opioiden und Benzodiazepin-Präparaten (s. Kapitel „Respiratorische Symptome“)

Palliative Sedierung mit Midazolam (s. Kapitel „Palliative Sedierungstherapie“)

COPD

Information und Kommunikation

10 Das Lebensende bei *nicht onkologischen neurologischen Erkrankungen*

10.1 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Die ALS ist eine progrediente neurodegenerative Erkrankung, die mit fortschreitenden Lähmungen einhergeht und nach einer mittleren Überlebenszeit von 3 - 4 Jahren nach Auftreten des ersten Symptoms zum Tode führt.

Für die ALS gibt es derzeit keinen kurativen Behandlungsansatz. Deshalb ist schon mit der Diagnose von ALS ein palliatives Betreuungskonzept anzudenken und anzusprechen.

Die Diagnosestellung erfolgt in Tirol zum weit überwiegenden Teil in den Krankenhäusern mit einer neurologischen Abteilung, also in Innsbruck, Hochzirl, Kufstein und Lienz.

Die Prävalenz von ALS beträgt weltweit 3 - 4 / 100.000, die Inzidenz 1 - 2 / 100.000. Das bedeutet, dass es in Tirol etwa 22 bis 28 Menschen gibt, die an ALS erkrankt sind.

Durch die Degeneration motorischer Nervenzellen kommt es zur zunehmenden Muskelschwäche und zur Muskelatrophie.

Dies hat Verlusterfahrungen in allen Bereichen der Willkürmotorik zur Folge: Gehen, Halten, Greifen, Sprechen, Schlucken, Atmen – und damit eine Einschränkung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Der Tod tritt häufig infolge einer Lungenentzündung ein, deren Entstehung durch die zunehmenden Schluckstörungen und die Lähmung der Atemmuskulatur begünstigt wird.

Ziel der Begleitung von ALS-Kranken ist die Teilhabe der kranken Menschen am Leben, solange es möglich ist und der Betroffene das will.

Eckpunkte der Beratung, Begleitung und Behandlung:

- Angepasste Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, Beratung durch Sozialarbeit
- Vorausschauende Planung (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Krisenplanung)
- Kommunikationshilfsmittel und geeignete Hilfsmittel
- Rechtzeitige Gespräche über die Entscheidung zu enteraler Ernährung und nicht-invasiver Beatmung

In der Spätphase ihrer Erkrankung sind ALS-Kranke oft auf spezialisierte Palliativbetreuung angewiesen. Die Symptome sind durch Einschränkungen in der Kommunikation und durch den eingeschränkten mimischen Ausdruck schwieriger zu erfassen als bei anderen Erkrankungen. Dies erfordert

ALS

Eckpunkte der Beratung, Begleitung und Behandlung

Begleitsymptome

Kompetenz und Aufmerksamkeit. Weil die Krankheit relativ selten ist, können nur wenige Ärzte, Pflegende und Therapeuten Erfahrung im Umgang mit ALS gewinnen.

Folgende Begleitsymptome können auftreten:

- Schmerzen durch spastische Lähmungen, aber auch durch die eingeschränkte Möglichkeit zur Lageveränderung
- Atemnot durch Lähmung der Atemmuskulatur
- Verschlechterung der Schlafqualität durch CO₂-Retention (respiratorische Insuffizienz), Schlafstörung durch die eingeschränkte Möglichkeit zur Lageveränderung; auch vermehrte Tagesmüdigkeit kann ein Zeichen der respiratorischen Insuffizienz sein
- Tracheobronchiale Verschleimung durch Schwächung des Hustenstoßes
- Unterernährung durch Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken
- Aspiration durch Schluckstörung
- Obstipation (Ursachen: schwache Bauchpresse, Mobilitätseinschränkung, Abnahme der Trinkmenge)
- Pseudohypersalivation durch eingeschränkte Bewegungsfähigkeit von Mund- und Rachenmuskulatur und zunehmender Unfähigkeit, den Speichel zu schlucken

Eckpunkte der Betreuung

Einige Eckpunkte der Betreuung:

- Wenn die Schluckstörung und die Schwierigkeiten beim Essen zunehmen, stellt sich bei vielen Patienten die Frage nach einer PEG-Sonde; bei Schlafstörungen und großer Tagesmüdigkeit kann nicht invasive Beatmung helfen. Bei diesen Entscheidungen brauchen die Betroffenen kompetente Unterstützung.
- Physiotherapie hilft, den Bewegungsradius zu erhalten und die bestehenden Bewegungsressourcen optimal zu nutzen, sowie Kontrakturen vorzubeugen; Therapeuten wenden manuell unterstützte Hustentechniken an, wenn der Hustenstoß nicht mehr kräftig genug ist und passen Hilfsmittel an.
- Zur Unterstützung der Kommunikation gibt es gute technische Hilfsmittel, Sprachcomputer, die mit Augenbewegungen gesteuert werden.
- Pharmakologische Maßnahmen:
 - Opioide sind sehr wirksam in der Behandlung von Schmerzen und Dyspnoe
 - Gegen die Speichelbildung hilft Amitriptylin oder Scopolamin transdermal
 - Spastik bei Degeneration der ersten Motoneuronen lässt sich mit Baclofen und Tizanidin behandeln.

Die gute Koordination der Betreuung und die Abstimmung aller Beteiligten sind wichtige Voraussetzungen, um die Betroffenen wirksam unterstützen zu können. Auch aus den Erfahrungen in anderen Ländern und aus Studienergebnissen weiß man um die Wirksamkeit eines etablierten interdisziplinären geschulten und koordinierten Netzwerkes für die Lebensqualität und die Lebenserwartung von Menschen, die an ALS erkrankt sind.

Dieses Netzwerk ist in den vergangenen Jahren in Tirol entstanden; das Netzwerk-Team setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen: Medizin (Neurologen, Pulmologen, Palliativmediziner), Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie.

Folgende Einrichtungen sind am Netzwerk beteiligt:

- Neuromuskuläre Ambulanz der Univ-Klinik für Neurologie Innsbruck, 0512-504-23886
- Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Mobiles Palliativteam Innsbruck, Hospiz-Hotline an: 0810 969 878
- Abteilung für Pulmologie im Krankenhaus Natters
- Neurologische Abteilung im Krankenhaus Hochzirl
- VertreterInnen von Therapeutenverbänden

In persönlichen Gesprächen erhalten Betroffene, Angehörige und Betreuende Informationen und Unterstützung für den Umgang mit der Erkrankung im Alltag, je nachdem, was gebraucht wird.

Wenn die Mobilität schon sehr eingeschränkt ist und Ambulanzbesuche und Krankenhausaufenthalte mühsam werden, kommen Mitarbeiter des Mobilen Palliativteam an den Wohnort der Betroffenen.

Der Kontakt mit anderen Einrichtungen im Umfeld wird bei Bedarf koordiniert. Wenn die Erkrankung fortschreitet, kann eine Aufnahme auf die Hospiz-Palliativstation für einen gewissen Zeitraum Entlastung und Erholung verschaffen oder in der Sterbephase die notwendige Sicherheit bieten.

ALS-Netzwerk Tirol

Einrichtungen

10.2 Das Lebensende bei M. Parkinson und atypischen Parkinsonsyndromen

Mb. Parkinson

Die Parkinsonerkrankung und die atypischen Parkinsonsyndrome wie die progressive supranukleäre Blickparese (PSP), die multiple Systematrophie (MSA) und die kortikobasale Degeneration (CBD) haben in der Regel einen längeren Krankheitsverlauf als ALS. Die Parkinsonerkrankung kann über viele Jahre gut medikamentös symptomatisch behandelt werden.

Im Vergleich zu der relativ langen Lebensphase eines Parkinsonpatienten leben Patienten mit einem atypischen Parkinsonsyndrom wesentlich kürzer.

Mediane Überlebenszeit bei atypischen Parkinsonsyndromen:

PSP: 6 Jahre

MSA: 9,5 Jahre

CBD: 7Jahre

Verlauf und Prognose zum Lebensende hin sind bei diesen Erkrankungen schwerer einschätzbar als bei onkologischen Erkrankungen.

Entscheidungen am Lebensende betreffen vor allem:

- PEG-Anlage
- Ernährung und Flüssigkeitsgabe
- Antibiotikatherapie bei Pneumonie
- Betreuungsort in der Sterbephase – zu Hause sterben?

PEG-Anlage

Die PEG-Anlage bei Parkinsonerkrankung und atypischen Parkinsonsyndromen ist eine individuelle Entscheidung, die mit dem Patienten und seinen Angehörigen diskutiert werden muss.

Über die Sonde können fast alle Medikamente zur Behandlung der Erkrankung verabreicht werden. Abhängig von der Krankheitsphase können mit Hilfe der PEG-Sonde daher Symptome der Parkinsonerkrankung gelindert werden.

Medikamentöse Behandlung am Lebensende

Prinzipien der medikamentösen Symptombehandlung am Lebensende:

- Wenn in der Terminalphase psychiatrische Symptome auftreten, sollte die Dosis der Parkinsonmedikamente reduziert werden.
- Behandlung des Rigor: Amantadin (600mg), Apomorphin (6mg/h s.c.); in der Sterbephase: Midazolam kontinuierlich s. c. (Cave: Benzodiazepine führen bei Patienten mit CBD häufig zu paradoxen Reaktionen mit Schlafstörung und Halluzinationen).
- Bei Myoklonus (v.a. bei PSP und CBD): Levetiracetam
- Behandlung der bronchialen Hypersekretion: Therapie mit Anicholinergika oft ohne Erfolg; evtl. Therapieversuch mit Makrolidantibiotika (Clarithromycin 500 mg/d)

- Schmerzen in der Endphase der Parkinsonerkrankung sind verursacht durch ausgeprägten Rigor, Bettlägerigkeit, Unbeweglichkeit und Dekubitalulcera. Die Schmerzerfassung kann aufgrund der eingeschränkten Kommunikation schwierig sein. Daher gilt das Prinzip: Bei Zeichen der Belastung und Unruhe an Schmerzen denken!
Schmerztherapie nach Stufenschema; zunächst Metamizol, Muskelrelaxantien, Cannabinoide; bei starken Schmerzen auch Opiode (Nw.: Bradykinese, Fatigue)
- Halluzinationen: Quetiapin (mit 25 mg beginnen, evtl. steigern)

10.3 Das Lebensende bei demenziellen Erkrankungen

Bei einer weit fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung ergeben sich am Lebensende unabhängig von der Demenzform schließlich ähnliche Symptome und ähnliche Entscheidungsfragen. (z. B. Anlage einer PEG-Sonde, Umgang bei wiederholten Aspirationspneumonien und anderen Krisensituationen). Belastend für Betroffene und Umfeld sind auch psychiatrische Symptome: Delir, Schlafstörungen, Agitation unklarer Ursache.

Die Ursachen für Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme können vielfältig sein (Apraxie, sozialer Rückzug, Schmerzen im Mund, Schluckstörung). Meist ist dieses Symptom ein Zeichen der fortgeschrittenen Erkrankung und die Anlage einer PEG-Sonde kann die Situation im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz nicht verbessern. Daher ist davon abzuraten. Die Aufnahme schwer dementer Patienten in ein Krankenhaus schadet meist mehr als sie nützt und sollte vorausschauend vermieden werden. Für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz spielt die sichere gewohnte Umgebung mit freundlich zugewandten Menschen die wichtigste Rolle.

Die häufigsten Symptome in der Sterbephase einer Demenz sind:

- Dyspnoe
- Fieber
- Schmerzen

Diese Symptome können zu Hause oder im Pflegeheim ausreichend behandelt werden.

Demenzielle Erkrankung

Von einer PEG-Anlage ist abzuraten

häufigste Symptome

Behandlungsprinzipien

Behandlungsprinzipien

- Weniger ist mehr.
- Die Behandlung von Infekten folgt dem Prinzip der Symptomlinderung. In diesem Sinn sollten auch Antibiotika kritisch und nur dann, wenn belastende Symptome nicht anders behandelt werden können, eingesetzt werden.
- Fieber: Kühlende Umschläge, Antipyretika und Analgetika, z. B. Metamizol oder Paracetamol
- Dyspnoe: Opioide (Benzodiazepine bei Zeichen von Angst)
- Schmerzen: nach Stufenschema

Kapitel C:

Psychosoziale, spirituelle und rechtliche Themen am Lebensende

1 Der Patient und

seine Umgebung

1.1 Die Angehörigen

In der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen sind die Angehörigen meist eine wichtige Unterstützung in der Begleitung.

Eckpunkte im Umgang mit Angehörigen

Information frühzeitig, aber zeitlich nicht vor den PatientInnen, wenn möglich gemeinsam mit den PatientInnen (in Familiengesprächen).

Bei mehreren Familienangehörigen ist es hilfreich, wenn es EINEN Hauptansprechpartner gibt.

Gemeinsamer Wissensstand: es muss nicht immer die ganze Wahrheit sein, die angesprochen wird, jedoch alles, was gesagt wird, muss wahr sein.

Verständnis für die belastende Situation zeigen: nur wenige Menschen haben schon jemanden sterben gesehen, es gibt viele falsche Vorstellungen von Symptomen oder Ereignissen am Lebensende.

Frühere Ereignisse prägen den Umgang mit der Situation am Lebensende.

Kompetente Ansprechpartner: eine Telefonnummer zur Verfügung stellen, wenn möglich rund um die Uhr

Für **Krisen und Notfälle** durch eine Gespräch mit allen Beteiligten vorsorgen und Vereinbarungen dokumentieren.

Entlastung und Bestätigung: die Angst, etwas versäumt oder zu wenig getan zu haben, ist groß. Professionelle Unterstützung und fachliche Kompetenz können entlastend sein.

Konkrete und genaue Anleitungen und Informationen geben. Ärztliche Tätigkeiten können im Einzelfall an Laien übertragen werden (siehe Abschnitt C.5.3).

Freiräume vor allem bei längeren Betreuungen, frühzeitiger Einsatz von Ehrenamtlichen und anderen unterstützenden Personen. Betreuung und Besuche gut aufteilen („Betreuungsradl“).

Psychotherapeutische Unterstützung in sehr schwierigen Situationen

Es muss nicht immer die ganze Wahrheit sein, die angesprochen wird, jedoch alles, was gesagt wird, muss wahr sein.

Es ist wichtig, Kindern die Wahrheit zu sagen.

Wichtige Themen für Angehörige

- Übergang kurativ / palliativ
- Entlassung nach Hause
- Verschlechterung
- Neu auftretende unklare Symptome
- Ernährung und Flüssigkeitsgabe
- Entscheidung für oder wider neuerliche Krankenhauseinweisung
- Die letzten Stunden, der Sterbeprozess
- Prognose
- Die Zeit „danach“

1.2 Kinder als Angehörige

Wir treffen in unserer Gesellschaft auf große Unsicherheit vieler Erwachsener im Umgang mit trauernden Kindern und Jugendlichen. Eltern schweigen, weil sie ihr Kind nicht belasten wollen und Kinder schweigen, weil sie ihre Eltern nicht aus der Fassung bringen wollen. Kinder nehmen oft eigene Bedürfnisse gänzlich zurück, um ihre engsten Bezugspersonen zu schonen. Die Erfahrung des Ausgeschlossenenseins kann jedoch große Einsamkeit bewirken.

Es ist wichtig, Kindern die Wahrheit zu sagen.

Kinder und Jugendliche trauern in einigen Aspekten anders als Erwachsene und zeigen manchmal Trauerreaktionen, die erwachsenen Bezugspersonen unverständlich sein können. Sie sollten durch Verständnis und Einfühlungsvermögen unterstützt und ermutigt werden, nicht nur ihre traurigen Gefühle, sondern auch ihre aggressiven Gefühle aktiv und vielfältig auszudrücken. Wut und Hass können Ausdruck dessen sein, wie ohnmächtig und verlassen sich das Kind angesichts der Macht des Todes fühlen kann.

Kinder sollten die Gelegenheit bekommen, Abschied von sterbenden und toten Angehörigen zu nehmen und sollten altersgerecht in die Vorgänge einbezogen und behutsam vorbereitet und begleitet werden. Dabei sind individuelle Wege zu beachten und zu respektieren. Jederzeit dürfen sie den Abschiedsort oder das Krankenzimmer verlassen, evtl. mit einer geeigneten Begleitperson. Hilfreich ist die Bereitstellung von Spielsachen und diversen Materialien, mit denen sich Kinder bei einem Krankenbesuch beschäftigen können.

Kinder entwickeln je nach Altersstufe, elterlichen Einstellungen, Kultur, Religion und konkreten Todeserfahrungen sehr unterschiedliche Vorstellungen vom Tod.

Kinder im Vorschulalter (3. bis 6. Lebensjahr)

In diesem Alter begreifen Kinder den Tod als zeitlich begrenztes und daher umkehrbares Ereignis. Sie brauchen einfühlsame Erwachsene, die ihnen mit Offenheit und Sensibilität begegnen und ihnen altersgerechte und ehrliche Antworten ihrem Entwicklungsstand und Vorstellungsvermögen entsprechend geben. Wenn Kinder ausweichende Antworten bekommen, spüren sie, dass ihre Fragen nicht erwünscht sind und sie fragen nicht weiter. Aber sie füllen das Vakuum mit eigenen Phantasievorstellungen, die die Realität meist in einem für Erwachsene nur schwer vorstellbaren Ausmaß übertreffen. Kinder sind sehr hellhörig und bekommen deutlich mehr mit, als Erwachsene denken. Sie zeigen, was sie begreifen und wie viel sie wissen wollen. Vorschulkinder drücken ihre Gefühle oft mit Malen und Zeichnen aus. Die Fragen und Äußerungen der Kinder weisen den begleitenden Erwachsenen den Weg. Erwachsene sollten bei entsprechenden Fragen ehrlich zugeben, dass sie nicht alles wissen.

Durch die Ermutigung zu offenen Gesprächen innerhalb der Familie können alle ihre Gedanken und Gefühle zum Ausdruck bringen, Missverständnisse können geklärt und das Vertrauen untereinander kann gestärkt werden.

Kinder im Schulalter (7. bis 12. Lebensjahr)

Kinder im Schulalter benötigen aufmerksame Zuwendung und die unaufdringliche Gesprächsbereitschaft der Erwachsenen. Manchmal erlauben sie sich keine Freude mehr. Trotz der traurigen Situation muss jedoch noch Raum für Spiel, Spaß und Freude sein. Kinder sollten auch die Möglichkeit haben, aktiv in der Betreuung des erkrankten Angehörigen – z.B. durch kleine Handreichungen, Vorlesen etc. – ihren Beitrag zu leisten. Das Empfinden, „ich kann etwas tun“, vermittelt dem Kind ein Gefühl von Wichtigkeit, es gibt ihm Halt in der Ungewissheit der unbekannten Situation und kann auch die Zeit nach dem Tod der Angehörigen erleichtern. Dies darf aber nicht dazu führen, dass dem Kind zu viel Verantwortung übertragen wird. In dieser Altersgruppe brauchen Kinder auch Vorschläge für konkrete Alltagsabläufe nach dem Tod eines Elternteiles.

Phantasievorstellungen

Nützlich sein

Etwas tun können

Nie zu etwas zwingen

Sehr häufig haben Kinder Schuldphantasien. Sie glauben, sie hätten die Krankheit durch falsches Verhalten verursacht und könnten sie durch richtiges Verhalten beeinflussen. Information und einfühlsame Kommunikation können wesentlich zur Entlastung beitragen.

Kinder trauern spontan und aufrichtig, viel sprunghafter und situativer als Jugendliche und Erwachsene, mit unterschiedlicher Intensität und vielfältigen Verhaltensweisen.

Wenn Kinder nicht mit zum Krankenbesuch oder zur Verabschiedung möchten, sollten sie auf jeden Fall ermuntert werden, z.B. einen Brief zu schreiben, eine Grußbotschaft auf einen Tonträger zu sprechen oder eine Zeichnung oder etwas Selbstgebasteltes anzufertigen, die dem Kranken übergeben oder in den Sarg gelegt werden können. Der Tod sollte mit Worten erklärt werden, die Klarheit schaffen. Umschreibende verharmlosende Formulierungen („der Opa schläft“) können zu großen Verunsicherungen und Ängsten führen. Es geht nicht nur darum, Sachverhalte zu erklären, sondern Raum für Gefühle zu ermöglichen. Hilfreich können für Kinder verschiedenste symbolische Handlungen und Rituale sein, die ihnen Halt und Geborgenheit vermitteln. Sie dürfen aber nie zu irgendwelchen Handlungen gezwungen werden. Erwachsene sollten den Kindern möglichst große Entscheidungsfreiheit lassen bzw. einräumen.

Jugendliche (13. bis 18. Lebensjahr)

Jugendliche identifizieren sich stark mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Sie wollen rechtzeitig informiert und manchmal auch in die Betreuung eingebunden werden. Die Gleichzeitigkeit von widerstreitenden Gefühlen ist bei Kindern und Jugendlichen deutlich sichtbarer als bei Erwachsenen. Sie wählen sehr unterschiedliche Formen, um, ihren Gefühlen und Gedanken Ausdruck zu verleihen und brauchen dafür gewährenden Raum und verschiedene Angebote.

2 Die komplexe

Entlassung aus dem Krankenhaus

Wenn schwerkranke Patienten am Lebensende vom Krankenhaus nach Hause entlassen werden möchten, braucht es eine besonders sorgfältige Vorbereitung auf allen Ebenen, damit das Sterben zuhause oder im Pflegeheim möglich ist. Die Wiederaufnahme ins Krankenhaus erfolgt am häufigsten wegen Atemnot, Übelkeit und Unruhe sowie bei Überlastung der Angehörigen nach längerer Krankheit.

Durch die starre Trennung in stationäre und ambulante Betreuung ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die gut überbrückt werden müssen.

Betreuende im Krankenhaus denken oft nicht an die Möglichkeit einer Entlassung, da sie sich eine Weiterbetreuung bis zum Lebensende zu Hause meistens nicht vorstellen können. Auch Angehörige sind schnell verunsichert bezüglich der Möglichkeiten einer Begleitung zu Hause.

Damit sich Patienten für eine Betreuung zu Hause entscheiden können, braucht es folgende Voraussetzungen:

- Professionelle ärztliche und pflegerische Unterstützung mit einer Rufbereitschaftsnummer rund um die Uhr
- Hausarzt rechtzeitig über geplante Entlassung informieren
- Rezepte mitgeben (besonders am Wochenende)
- Medikamente absetzen (Antibiotika, Statine, Sauerstoff)
- Medikamente umstellen: oral und s.c. statt i.v.
- Auch an die Verschreibbarkeit (grüne Box) denken oder rechtzeitig (noch vom Krankenhaus aus) um Bewilligung ansuchen
- Angehörige können für s.c. oder i.v. Medikamentengabe angeleitet werden (siehe Kapitel „Rechtliche Fragen“)
- Vorhersehbare Symptome ansprechen und dementsprechend Medikamente zusätzlich verschreiben (Bedarfsmedikation mit klaren Dosierungsangaben verordnen, z.B. „Vendal orale Lösung 10 mg für Durchbruchschmerzen“ bei Schmerzplastern und Retardpräparaten)
- Plan für Krisen und Notfälle besprechen und dokumentieren (s. Anhang)
- Therapiemöglichkeiten und Therapiebegrenzungen im Arztbrief erwähnen
- Pflegerische Maßnahmen rechtzeitig vor Entlassung erfassen und empfehlen (Kontakt mit Hauskrankenpflege oder anderen Betreuern aufnehmen)
- Angehörige in Pflegemaßnahmen einbinden
- Pflegegeld beantragen
- Über Hospizkarenz informieren
- Hilfsmittel rechtzeitig organisieren (Pflegebett, Rollstuhl)

Voraussetzungen für eine Betreuung zu Hause

3 Sozialarbeit

Palliative Sozialarbeit ist seit einigen Jahren in Österreich ein fester Bestandteil in der Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen.

Gerade am Ende des Lebens stellen sich für viele Sterbende und ihre Angehörigen soziale Fragen, die einer professionellen Herangehensweise bedürfen. Das ist eine wirksame Entlastung für Patientinnen und Angehörige.

- SozialarbeiterInnen können sich auf die gesunden Anteile und Ressourcen der PatientIn konzentrieren und sie somit ganzheitlich wahrnehmen.
- SozialarbeiterInnen können dazu beitragen, dass das soziale Netz der gesamten Familie gestärkt wird, um mit der komplexen, kritischen Situation zurechtzukommen.
- SozialarbeiterInnen haben zur PatientIn eine Beziehung, die nicht so stark von Abhängigkeit geprägt ist wie die Beziehung zu Arzt und Pflegepersonen. Das bedeutet Sicherheit für die Betroffenen.
- SozialarbeiterInnen fördern die Verbindung zwischen und deren sozialer Umwelt. Sie vermitteln zwischen den betreuenden Fachpersonen, den beteiligten Organisationen, den Angehörigen und den PatientInnen.
- SozialarbeiterInnen können über den Tod hinaus wichtige Bezugspersonen bei der Bewältigung des Verlustes sein.

Konkrete Angebote zur Unterstützung der Sterbenden und deren Angehörigen können sein:

- Beratung und Ansuchen zu
 - Pflegegeld, Pension, Rezeptgebührenbefreiung und andere Gebührenbefreiungen, Mindestsicherung, etc.
 - Pflegekarenz und Pflegezeit
 - Familienhospizkarenz (siehe unten)
 - Überleitung von einer stationären zu einer mobilen Versorgung
 - Organisation und Beratung zu Heilbehelfen und Hilfsmitteln
 - Heimunterbringung, Kontakt zu Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeklinik, Behinderteneinrichtungen
 - Vermittlung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen
 - Existenzsicherung und Ansuchen um finanzielle Unterstützung in Notlagen
- Hinweise auf
 - Testament
 - Patientenverfügung
 - Vorsorgevollmacht
 - Vertretungsbefugnis naher Angehöriger
 - Sachwaltung

- Information über Bestattung, Überstellungen, anfallende Kosten etc.
- Unterstützung von Angehörigen nach dem Tod
 - aktive psychosoziale Begleitung von Trauernden in Form von telefonischer Beratung und persönlichen Gesprächen
 - Ressourcen und eigene Stärken entwickeln
 - Information über Selbsthilfegruppen und psychosoziale, therapeutische Angebote

All diese Aufgaben werden in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Ärzten, Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, Seelsorgern usw.) erfüllt.

Grundinformation zu Familienhospizkarenz

Familienhospizkarenz ist ein Rechtsanspruch auf Herabsetzung, Änderung oder Freistellung von der Normalarbeitszeit für ArbeitnehmerInnen zur Begleitung sterbender oder schwer kranker Angehöriger.

Der Anspruchnehmer bleibt kranken- und pensionsversichert.

Auch Personen, die als arbeitslos gemeldet sind, können beim AMS ansuchen, sie bleiben ebenfalls versichert und werden in dieser Zeit nicht vermittelt.

Nähere Infos:

- Sozialministeriumservice Tirol: 0512 / 563 101
- Arbeiterkammer Tirol: 0800 / 22 55 22

Seit 2014 besteht auch für Personen, die eine Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen, ein Rechtsanspruch auf Pflegekarenzgeld. Dieses gebührt in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld (55 % des täglichen Nettoeinkommens) zuzüglich allfälliger Kinderzuschläge.

Finanzielle Unterstützung über den Familienhospizkarenz-Härteausgleich

Wenn das gewichtete Haushaltseinkommen pro Person unter € 850,- fällt, können Ausgleichszahlungen über das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen beantragt werden.

Familienservice: 0800-240 262

Wer kann Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen?

Ehepartner, Eltern, Großeltern, Pflegeeltern, Kinder, Enkelkinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Lebensgefährten, Geschwister, Schwiegereltern, Schwiegerkinder; auch mehrere Personen gleichzeitig; Familienhospizkarenz ist nicht an den gemeinsamen Wohnsitz gebunden; kann auch für Sterbende, die im Krankenhaus aufgenommen sind, gewährt werden.

Familienhospizkarenz

Finanzielle Unterstützung

Dauer

Drei Monate mit Verlängerungsmöglichkeit auf weitere drei Monate:

In dieser Zeit und 4 Wochen danach besteht Kündigungs- und Entlassungsschutz. Die vorzeitige Rückkehr auf den Arbeitsplatz ist nach Wegfall der Sterbebegleitung innerhalb von 2 Wochen möglich.

Wie beantragt man Familienhospizkarenz?

Vom Arbeitnehmer beim Arbeitgeber formlos schriftlich einzubringen. Wenn kein Konsens zustande kommt, kann der Arbeitnehmer trotzdem 5 Tage nach Bekanntgabe die Karenz antreten, bis gerichtlich weiter entschieden wird.

4 Der Runde Tisch

Der „Runde Tisch“ ist ein Werkzeug, das ein gemeinsames Verständnis für die Betreuung am Lebensende, das Teilen der Einschätzungen und der Sorgen sowie gemeinsame Zielvereinbarungen ermöglicht.

Ein Runder Tisch wird bei Bedarf einberufen; mindestens nehmen Arzt/Ärztin, Pflegeperson, Patientin und Angehörige daran teil. Je nach Komplexität des Falles dauert der Runde Tisch eine halbe bis eine dreiviertel Stunde (inkl. Vorbesprechung im Team).

Ziele

- Gegenseitiges Kennenlernen: Reduktion der Hemmschwelle für Kontakte
- Standortbestimmung im Verlauf der Erkrankung: Wo steht die Patientin, die Angehörigen, das gesamte Team
- Klären der Situation bei einer Verschlechterung des Patienten und unklarem Informationsstand der Angehörigen
- Vorausschauendes Planen und Zielvereinbarungen
- Vorbereitung für eine Entlassung nach Hause, eventuell auch zum Sterben

Allgemeine Voraussetzungen

Alle Teammitglieder sind berechtigt, einen Runden Tisch einzuberufen

Ein Vorgespräch zwischen Arzt und Patient/in zur Diskussion der Inhalte muss bei bewusstseinsklaren und kognitiv intakten Patientinnen vor dem Gespräch stattfinden (auch: was soll nicht besprochen werden?).

Das Gespräch soll möglichst ungestört ablaufen.

Formale Struktur/ TeilnehmerInnen

- Vor dem Gespräch Moderation vereinbaren
- Teilnehmer: Patientin, Angehörige/Bezugspersonen, Arzt/Ärztin, Bezugspflegerperson, evtl. weitere Personen aus dem therapeutischen Team
- Die Organisation übernimmt eine geeignete Person (Pflege oder Sozialarbeit)
- Zu Beginn des Runden Tisches findet ein Vorgespräch ohne Patientin und Angehörige statt (gleicher Informationsstand, evtl. Entscheidungen vorbereiten)

Ablauf des Gesprächs

- Absicht des Treffens erläutern (Vgl. Ziele)
- Zeitlichen Rahmen klären
- Kenntnisstand Krankheit/Prognose/Therapien/Komplikationen austauschen
- Besprechung, Festlegung der Hauptprobleme: (Bio, Psycho, Sozial, Spirituell)

Einberufung bei Bedarf

ungestörter Ablauf

Erstellung eines Protokolls

- Festlegung des gemeinsamen Vorgehens/Behandlungsplans
- Schluss
Wer soll/muss noch mit einbezogen werden? Bsp. Seelsorge, Sozialarbeit etc...
Ggf. nächstes Treffen, Personenkreis? Spezieller Themenwunsch?
Wer informiert Hausarzt/Hauskrankenpflege (falls notwendig)
Noch offene Fragen? Wie geht es den Anwesenden?

Protokoll Runder Tisch

Von jedem Runden Tisch wird ein zusammenfassendes Protokoll erstellt.

Beispiel: Gemeinsame Definition der Palliativsituation bzw. Sterbephase

Was wissen die Betroffenen und die Angehörigen über den Zustand?

Was ist die Sicht der Fachpersonen: Pflege, Arzt/Ärztin, andere

Welche Komplikationen sind eingetreten/ drohen?

Was machen wir, wenn...? (s.c.-Infusionen, Analgesie, Ernährung etc.)

mögliche Themen

Folgende Inhalte können Thema sein:

- Ressourcen: Was lässt sich integrieren, aktivieren?
- Defizite: Wo genau braucht es Unterstützung, Information, Beratung, Vermittlung?
- Wünsche/Bedürfnisse: Intimität, Tagesstruktur und –inhalte, Ruhephasen, Essen, Kleidung, Sinnfindung, Rituale, Religion
- Ängste/Sorgen: z.B. bezüglich potentieller Komplikationen, Schmerzen/ Morphineinnahme/ Übelkeit/Atemnot etc.
- Sinnfrage: Lebensbilanz, Erledigen der „letzten Dinge“, „Unaufgeräumtes“...
- Zukunftsperspektive
- Erwartungen an den Krankenhaufenthalt (Was ist erwünscht und was nicht? Was ist möglich und was nicht?)
- Rolle/Wünsche der Angehörigen (auch: Wer unterstützt die Angehörigen? Wollen die Angehörigen zu jeder Zeit über eine Verschlechterung oder den eingetretenen Tod informiert werden?)

5 Rechtliche Fragen

5.1 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Mit einer Patientenverfügung kann eine medizinische Behandlung im Vorhinein abgelehnt werden. Wirksam wird die Patientenverfügung dann, wenn zum Zeitpunkt der Behandlung eine Willensäußerung nicht mehr möglich ist.

Die Patientenverfügung ist ein Ausdruck des Rechtes von PatientInnen zur Selbstbestimmung. Niemand darf (mit wenigen Ausnahmen: z.B. Notfallsituation, Epidemiegesetz) ohne seine Zustimmung medizinisch behandelt werden. Ganz allgemein ist der behandelnde Arzt immer verpflichtet, den Willen des betroffenen Patienten zu erforschen. Eine konkret gefasste und persönliche Willensäußerung ist für den behandelnden Arzt als Ausdruck des Willens des Patienten zu beachten. Auch die mündliche Form ist, als Ausdruck des mutmaßlichen Willens des Patienten, als beachtlich anzusehen. Die schriftliche Dokumentation dieses Willens erhöht den Wert der Aussage.

Im österreichischen Patientenverfügungsgesetz sind zwei schriftliche Formen unterschieden:

- a) Beachtliche Patientenverfügung (keine Formvorschrift, ärztliche Beratung empfehlenswert)
- b) Verbindliche Patientenverfügung (ärztliche und rechtliche Beratung erforderlich, sie ist alle 5 Jahre zu erneuern)

Die **ärztliche Beratung** ist sinnvoll, um mögliche unrealistische Vorstellungen über die Möglichkeiten und Mittel der Medizin auszuräumen und missverständliche Formulierungen zu vermeiden.

Aufgaben des Arztes bei der Errichtung einer Patientenverfügung

- Er informiert den Menschen, der die Patientenverfügung errichtet, über die möglichen Folgen seiner Entscheidung.
- Er berät ihn, welche Situationen realistisch zu erwarten sind.
- Er macht sich ein Bild darüber, ob der Patient Bedeutung, Umfang und Tragweite der Verfügung zu beurteilen vermag.
- Er unterstützt den Errichtenden dabei, die abgelehnten Maßnahmen konkret zu beschreiben und in einen sinnvollen Gesamtzusammenhang zu stellen.

Für die **verbindliche** Verfügung bedarf es der ärztlichen Erklärung, dass der Mensch, der die Patientenverfügung errichten will, die Folgen seiner Verfügung zutreffend einschätzt. Aus der Erklärung muss hervorgehen, warum die Folgen der Verfügung zutreffend eingeschätzt werden (Einsichtsfähigkeit, persönliche Erfahrungen).

Patientenverfügungsgesetz

Verbindliche Patientenverfügung

beachtliche Patientenverfügungen

Gespräch und Gesprächsergebnis sind schriftlich zu dokumentieren und mit Unterschrift zu versehen.

Weitere Hinweise

- Dem Verfügungsrecht in einer Patientenverfügung sind Grenzen gesetzt: So ist etwa eine medizinische Notfall-Versorgung trotzdem gewährleistet. Außerdem können (straft-)gesetzwidrige Inhalte in einer Patientenverfügung nicht verfügt werden bzw. wären jedenfalls unbeachtlich (z.B. aktive Sterbehilfe, Mitwirkung am Selbstmord, Tötung auf Verlangen).
- Eine schon errichtete Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden.
- Solange ein Mensch selbst seinen Willen unbeeinträchtigt äußern kann, kommt eine Patientenverfügung nicht zur Anwendung.
- Damit die Patientenverfügung eines Patienten/einer Patientin auch aufgefunden wird, ist sie in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Darüber hinaus empfiehlt es sich, eine Ausfertigung bei Angehörigen oder sonstigen nahe stehenden Personen, sowie dem Hausarzt usw. zu deponieren und ein Hinweis-Kärtchen mit sich zu tragen, das auf das Bestehen einer Patientenverfügung hinweist.
- Allgemeine Formulierungen, wie beispielsweise die Ablehnung einer „künstlichen Lebensverlängerung“ oder der Wunsch nach einem „natürlichen Sterben“ sollen eher vermieden werden, diese Ausdrücke sind zu unbestimmt.
- Patientenverfügungen, die nicht die Voraussetzungen der „verbindlichen“ Patientenverfügung laut Gesetz erfüllen, sind dennoch „beachtliche“ Patientenverfügungen. Beachtliche und verbindliche Patientenverfügungen unterscheiden sich dadurch, dass die beachtliche Patientenverfügung eine Orientierungshilfe für die Ermittlung des Patientenwillens darstellt, während die verbindliche Patientenverfügung Arzt und Pflegepersonal ebenso wie Angehörige an den darin festgesetzten Willen des Patienten tatsächlich bindet. Je mehr eine beachtliche Patientenverfügung den Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung entspricht, desto mehr ist sie auch zu beachten. Das heißt etwa, je konkreter die Formulierungen sind, desto mehr „Gewicht“ hat eine solche Verfügung zum Zeitpunkt der Anwendung.
- Die Beratung über Patientenverfügungen allgemein und die rechtliche Beratung für eine verbindliche Patientenverfügung ist bei der Tiroler Patientenvertretung kostenlos
(www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/patienten-vertretung) .

Es gibt zahlreiche Formulare für die Errichtung einer Patientenverfügung (u.a. unter www.hospiz.at). Die Patientenverfügung kann natürlich auch frei formuliert werden.

5.2 Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Person schon vor dem Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit bestimmen, wen sie für bestimmte Entscheidungen bevollmächtigen will. Die bevollmächtigten Personen werden ermächtigt, unter anderem bestimmte medizinische Behandlungsentscheidungen oder finanzielle Entscheidungen für den/ die VollmachtgeberIn zu treffen. Handelt es sich dabei um Entscheidungen großer Tragweite, wie dies bei gesundheitlichen Entscheidungen der Fall ist, so ist die Errichtung vor einem Notar, einem Rechtsanwalt oder vor Gericht notwendig.

Eine Vorsorgevollmacht kann sinnvoll sein, wenn eine Person an einer Krankheit leidet, die mit fortschreitender Entwicklung das Entscheidungsvermögen beeinträchtigen kann.

Die Vorsorgevollmacht soll enthalten:

- **allgemeine Daten**
- **Aufgabenbereiche**, für die die betroffenen Vertrauenspersonen zuständig sind
- **Zeitpunkt**, ab welchem die Vorsorgevollmacht wirksam wird
- **individuelle Wünsche und Vorstellungen** der Betroffenen/des Betroffenen über ihre/seine Zukunft (z.B. zu Pflegeleistungen und medizinischer Versorgung).

Ein Formular dafür findet sich zum Download von www.justiz.gv.at.

Unterschied zur Sachwalterschaft:

Eine Sachwalterin/ein Sachwalter wird erst im Falle des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen bestellt.

Vorsorgevollmacht

Personen, an die einzelne
ärztliche Tätigkeiten
übertragen werden
können

5.3 Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten an Laien

Nach § 50a des Ärztegesetzes kann der Arzt im Einzelfall einzelne ärztliche Tätigkeiten an Laien übertragen, sofern sich der Patient nicht in einer Einrichtung, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dient, befindet. Zuvor hat der Arzt der Person, an die die Übertragung erfolgen soll, die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen und sich zu vergewissern, dass diese über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Der Arzt hat auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung der in Frage kommenden ärztlichen Tätigkeiten gesondert hinzuweisen. Dies ist zu dokumentieren.

In Frage kommende Personen sind: Angehörige des Patienten, Personen, in deren Obhut der Patient steht oder Personen, die zum Patienten in einem räumlichen oder persönlichen Naheverhältnis stehen, z.B. Nachbarn oder Freunde.

Diese Tätigkeiten dürfen von den entsprechenden Personen jedoch nicht berufsmäßig ausgeübt werden.

6 Psychoonkologie

Was ist Psychoonkologie?

Im Rahmen des Krankheits- und Therapieverlaufs jeder Erkrankung gibt es besonders belastende Momente, für deren Bewältigung eine psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung hilfreich sein kann (z.B. nach Diagnosemitteilung, während besonders belastender Therapieformen, bei Veränderungen bzw. Verschlechterungen im Krankheitsverlauf etc.)

Die Psychoonkologie widmet sich den psychischen, familiären und sozialen Belastungsfaktoren, die im Rahmen einer Tumorerkrankung auftreten können, und bietet vielschichtig psychosoziale Hilfestellungen. Die psychoonkologische Unterstützung ist immer eingebunden in den Gesamtbehandlungsplan und erfolgt in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen, dem Pflegepersonal, den Sozialarbeitern und anderen Betreuenden und Therapeuten.

Wer kann eine psychoonkologische Beratung/Betreuung/Unterstützung in Anspruch nehmen?

- Patienten, die eine psychische Unterstützung wollen, um so ihre Erkrankung und/oder daraus entstehende psychosoziale Belastungen besser bewältigen und verarbeiten zu können
- Angehörige von Patienten, die durch die Erkrankung mit psychischen Belastungen konfrontiert sind und/oder Unterstützung im Umgang mit den Patienten und Patientinnen suchen

Welche Formen der psychoonkologischen Unterstützung werden angeboten?

Beratendes Gespräch – Information – betreuende Begleitung im Krankheits- bzw. Therapieverlauf – Entspannungsübungen – psychotherapeutische Behandlung – gezielte medikamentöse Behandlung – Vermittlung psychoonkologischer/psychotherapeutischer Weiterbetreuung

Wer übernimmt die Kosten?

Die Unterstützungsangebote sind durch die Krankenversicherung gedeckt.

An wen können Sie sich wenden, wenn dieses Unterstützungsangebot benötigt wird?

Patienten und Patientinnen bzw. deren Angehörige sowie betreuende Ärzte und Ärztinnen und Pflegenden können sich direkt an die psychoonkologische Ambulanz der Klinik Innsbruck für Beratung oder weiterführende Informationen wenden.

**Kosten durch
Krankenversicherung
gedeckt**

Kontaktadresse:

Psychoonkologische Ambulanz der Arbeitsgruppe für Psychoonkologie und
Psychoimmunologie, Univ.-Klinik für Psychiatrie

Frauen-Kopf-Klinik – Eingangsbereich rechts

Terminvereinbarung Mo - Fr 9:00 bis 11:00 Uhr

Telefon: 0512-504-23691

Fax: 0512-504-24778

E-Mail: ag.psychoonkologie@tirol-kliniken.at

7 Spiritualität und

Seelsorge

7.1 Was ist Spiritualität?

„In seiner Spiritualität trinkt jeder aus seiner eigenen Quelle.“

Bernhard von Clairvaux

Unter Spiritualität verstehen wir die innere Einstellung, mit der ein Mensch auf die Herausforderungen des Lebens antwortet. Es geht primär nicht um die Frage, was ein Mensch glaubt, sondern um Fragen wie „Was ist diesem Menschen wichtig und heilig? Was trägt ihn und was hilft ihm?“.

In Grenzerfahrungen angesichts von Krankheit, Abschied und Tod stellen Menschen Fragen wie „Woher komme ich? Wohin gehe ich? Was gibt mir Sinn, wenn alles sinnlos zu sein scheint?“ In diesen Fragen offenbart sich die spirituelle Dimension des Menschseins.

Die Bereitschaft, diese Fragen aufzunehmen und ihnen Raum zu geben, zählt zu den Grundkompetenzen palliativer Betreuung und Begleitung. Spirituelle Begegnung berührt „das Geheimnis des Lebens“ eines jeden Menschen ohne dieses Geheimnis zu analysieren.

Wenn alles zusammenbricht, ist Spiritualität manchmal die letzte verbleibende Ressource, die kranken, sterbenden Menschen Sinn erschließt und sie stärkt.

7.2 Was ist Seelsorge?

Seelsorge begleitet Menschen in diesen Fragen und hilft ihnen, Übergänge und Grenzsituationen rituell zu begehen.

Seelsorge bereitet und öffnet Räume, damit Menschen ihre eigene Sprache finden, damit sie auszudrücken können, was ihnen auf der Seele brennt.

Aufbauend auf den je einmaligen Lebens- und Glaubensgeschichten versuchen Seelsorger und Seelsorgerinnen, hellhörig zu werden für individuelle Bedürfnisse und Ängste.

Spiritualität

Seelsorge

jemand der Anteil nimmt

Seelsorge unterstützt

Werkzeuge

Handlung mit
hohem Symbolgehalt

7.3 Seelsorge am Lebensende

Im Umgang mit Krankheit, Gebrechlichkeit, Alter und Abschied braucht es die „Sorge um die Seele“, jemanden, der Anteil nimmt, zuhört, begleitet, der mitträgt und sich vom Leid berühren lässt.

Ein wesentlicher Beitrag der Seelsorge besteht darin, Menschen auch in diesem Lebensabschnitt darin zu unterstützen, lebendige Beziehungen zu gestalten: zu sich selbst, zu den Mitmenschen und zu Gott.

Die Religionen können Bedeutung und Hoffnung geben an den Grenzen des Lebens. Sie können einen geschützten Raum bieten für die Verzweiflung und für die Klage.

Seelsorge unterstützt Menschen darin, in ihrer eigenen religiösen Tradition spirituelle Quellen der Kraft zu entdecken und zu beleben.

Werkzeuge eines Seelsorgers/einer Seelsorgerin sind:

- Besuche und Gespräche, Begleitung und Beratung in Entscheidungsnot
- Individuell auf die Biographie angepasste Rituale im Übergang
- Verabschiedungsrituale am Totenbett
- Gedenkfeiern
- Gebete
- Krankensegnung und Krankensalbung
- Gottesdienste
- Segen vor/im Übergang
- Segnung des Verstorbenen

7.4 Abschiedsrituale

Ein Ritual im engen Sinn hat im Gegensatz zu rituellen Handlungen immer einen **symbolischen Charakter** und weist über **Zeit und Raum** hinaus. So ist ein Ritual der Definition nach eine nach vorgegebenen Regeln ablaufende, feierlich-festliche Handlung mit hohem Symbolgehalt. Das Ritual wird häufig von bestimmten Wortformeln und festgelegten Gesten begleitet und kann religiöser oder weltlicher Art sein. Rituale, das Vorgehen nach einer bestimmten Ordnung, können in vielen Lebenssituationen hilfreich sein und Sicherheit geben.

Sie stimmen auf etwas Bestimmtes ein oder schließen es ab.

Abschied nehmen von einem geliebten Menschen ist nicht einfach und deshalb werden Rituale des Abschiednehmens eher umgangen. Doch Abschiede

gehören als lebendige Prozesse zum Leben. Der Tod eines nahen Menschen zwingt uns zu einem unwiderruflichen Abschied. Ein gelebter Abschied kann mit dem Tod versöhnen, Verbindung mit dem eigenen Selbst und dem Verstorbenen schaffen, dem Verstorbenen seinen lebendigen Platz in der Gemeinschaft geben und durch das gemeinsame Erleben die versammelte Gemeinschaft stärken. Die Verabschiedung selbst zu gestalten, dem Schmerz und der Trauer einen persönlichen Ausdruck zu geben, ermöglicht eine authentische Begegnung mit dem Tod und stärkt so das Leben.

Den Abschied mit einem Ritual in einem würdigen und bewussten Rahmen zu begehen, gibt die Möglichkeit, den Verstorbenen ziehen zu lassen und das Weiterleben bewusst zu beginnen. Abschiedsrituale können Enttäuschung und Schmerzen lindern und Akzeptanz und Verstehen für das Geschehene entstehen und wachsen lassen.

Es gibt verschiedene Arten von Abschiedsritualen.

Beim Abschied am Totenbett sollten Betreuende daran denken, Angehörige gut zu begleiten: sie in den Abschied hineinzuführen, durch den Abschied hindurchzuführen und vom Abschied hinauszuführen.

Auch der Sterbende selbst kann sich auf unterschiedlichste Weise von seinen Angehörigen verabschieden. Eine bewusste Verabschiedung im Leben, im Sterben oder über den Tod hinaus ist möglich z.B. durch eine Aussprache, durch die Klärung oder Erledigung noch offener Dinge, durch gemeinsam gesprochene Gebete, durch den Besuch eines Religionsvertreters, durch die Rituale und Riten und auch durch die gemeinsame Planung oder das Mitgestalten des Begräbnisses.

Nicht vergessen werden darf: **Auch Betreuende brauchen die Möglichkeit einer Verabschiedung.**

Abschied kann auch jeder/jede für sich alleine gestalten, um mit der Situation zurechtzukommen und neuen Frieden zu finden.

Sich einem Abschied zu stellen bedeutet, sich dem Wissen um die eigene Sterblichkeit zu stellen und sie ins eigene Leben zu integrieren. Ein aus Verbindung und Lebendigkeit gestalteter Abschied kann Entwicklung und geistig-seelisches Wachstum ermöglichen. Die Erfahrung zeigt: wo Abschied genügend Raum und Zeit gegeben wird, kann Tröstendes wachsen und die Zeit der Trauer erleichtern.

Abschiede gehören zu unserem Leben

Angehörige gut begleiten

Anhang

1. Medikamente für Not- und Krisensituationen

Indikation	Handelsname	Substanz	Subkutan möglich	Dosis
Schmerzen, Atemnot	Vendal® 10 mg/ml-Amp	Morphin	Ja	Titrierend nach Bedarf (in 5 mg-Schritten)
Angst, Atemnot, Epileptischer Anfall	Midazolam® 1 mg/ml-Amp	Midazolam	Ja	titrierend nach Bedarf (in 1 mg-Schritten)
Schmerzen	Diclobene® 75 mg-Ampullen	Diclofenac	Nein	75 mg
Rasselnde Atmung	Buscopan® 20 mg/ml-Amp	Butyl-Scopolamin	Ja	40 mg Bis 120 mg/d
Übelkeit, Delir	Haldol® 5 mg/ml-Amp	Haloperidol	Ja	Übelkeit: 2,5 - 5 mg Delir: 5 - 25 mg
Angst, Epileptischer Anfall	Temesta® 2 mg/ml-Amp	Lorazepam	Nein	1 - 4 mg
Hirndruck	Dexabene® 4 mg/ml-Amp	Dexamethason	Ja	8 - 16 mg
Delir, Übelkeit, Atemnot	Nozinan® Neurocil® 25 mg/ml-Amp	Levomepromazin	ja	Übelkeit, Atemnot: 2,5 - 7,5 mg Agitation 2,5 - 25 mg

2. Analgetische Äquivalenz verschiedener Opiode

Opioidanalgetika	Analgetische Äquivalenz
Morphin (Vendal®, Mundidol®)	1
Oxycodon (Oxycontin®)	1,5 - 2
Methadon (Heptadon®)	2
Hydromorphon (Hydal®)	5 - 7,5
Buprenorphin (Temgesic®, Transtec®)	20 - 40
Fentanyl (Effentora®, Durogesic®)	70 - 100
Tramadol (Tramal®)	1/10
Dihydrocodein (Codidol®)	1/6
Pethidin (Alodan®)	1/8
Piritramid (Dipidolor®)	3/4

3. Rezepturen

Morphingel

Morphingel

Morphinum hydrochloricum	0,050
Carbomer 940/Carbopol 940	0,500
Natrium EDTA	0,050
Trometamol	0,500
Methylum P-Hydroxybenzoicum	0,075
Propylenglycol	0,425
Aqua purificata	ad 50,000

Metronidazol-Gel 2% mit Alkohol (6 Monate haltbar)

Metronidazol-Gel 2% mit Alkohol (6 Monate haltbar)

Metronidazol	2,00
Carbopol	0,30
Triethanolamin	0,35
Benzylalkohol	1,80
Alkohol 96%	69,70
Aqua bidest.	25,90

Schmerzöl

Schmerzöl

Mandelöl	100 ml
Lavendelöl	20 gtt.
Pfefferminzöl	10 gtt.
Wacholderöl	5 gtt.

Indifferente juckreizstillende Körpermilch

Indifferente juckreizstillende Körpermilch

Ultrapil	20,0
Ultras	30,0
Paraff. Liqu.	40,0
Aqua dest.	ad 100,0

Juckreizstillende Emulsion

Juckreizstillende Emulsion

Advantan Salbe	30,0
Ultrapil	14,0
Thesit	5,0
Paraff. Liqu.	34,0
Aqua dest.	ad 100,0

4. Kälte und Wärme in Anwendungen

4.1 Wärmeanwendungen

Trockene Wärme: Wärmflaschen, Kischkernsäckchen

Feuchte Wärme: Wickel, Kompressen, Packungen, Umschläge, Ölbäder

Anwendung: meist bei chronischen Schmerzen

Wirkung: Vasodilatation, Resorption von Hämatomen, Rückbildung von Ödemen krampflösend, Entspannung der Muskulatur

Cave: Hautirritationen, Verbrennungen nicht auf bestrahlter Haut anwenden

Kontraindikationen: Blutungen, Schwellungen, maligne Prozesse an der Hautoberfläche

Bei Schulterschmerz, Hemiplegie und Knochen/Gelenksschmerzen:

Infrarotlampe

Bei Aszites und Lymphstau: Nieren und Füße wärmen

4.2 Kälteanwendungen

Applikationsart: Cool-Pack, selbstgefertigte Anwendungen (Topfen, Plastiksackerln mit Eiswürfel, gefrorene Erbsen, Kirschkern)

Anwendungen:

- bei akuten Schmerzen (Eiswasserwickel, Eiswasser, Eismassage)
- Kopfschmerz
- Juckreiz
- Herpesläsionen
- Vor Punktionen

Wirkung:

Kurze Anwendung: ca. 10 min bewirkt eine oberflächliche Abkühlung

längere Anwendung: ca. 20 - 30 min. Wirkung auf tiefer liegende Strukturen, wie Muskeln

Cave: periphere vaskuläre Erkrankungen, Hautirritationen

Kontraindikationen:

- Koliken
- Kälteallergie
- Magengeschwür

Die Auswahl der Maßnahme obliegt dem Wunsch und der Vorliebe des Patienten.

4.3 Wickel und Kompressen

Eine Vielzahl an Wickel und Kompressen bieten die Möglichkeit, mit Wärme oder Kälte, feucht oder trocken, mit unterschiedlichsten Substanzen und Wirkstoffen versetzt, Schmerzlinderung zu verschaffen.

Die Wirkung der Heilstoffe wird durch eine warme und feuchte Applikation beschleunigt.

Bei der **konkreten Anwendung** wird im Folgenden eine Übersicht von leicht anzuwendenden und gut wirksamen Wickeln und Kompressen gegeben:

- **Kopfschmerz:**
Meerrettichwickel im Nacken, Eiswasserwickel, Zwiebel, Topfen
- **Kopfschmerzen in Folge von Nackenverspannungen:**
Kartoffelwickel, Dampfkompresse
- **Verspannungen:**
Johanneskraut-Lavendelkompresse, Kartoffelwickel, Dampfkompresse
Johanniskraut und Rohwolle (Öl einreiben oder als Kompresse)
- **Arthritis:** Heublumen, Zwiebel, Topfen (alle körperwarm)
- **Akute Gelenksschmerzen:**
tiefgekühlte Salzwasserkompresse, Eisbeutelwickel
- **Ischiasschmerzen, Neuralgien:**
Johanneskraut-Lavendelkompresse, Johanneskrautöl mit Rohwolle (mit dem Öl einreiben oder als Kompresse)
- **Krampfartige Schmerzen (Bauch, Unterbauch):**
Rosenölkompressen, Melissen- oder Kamillendampfkompressen

Herstellung von Dampfkompressen:

Gefaltetes Innentuch über ein Handtuch legen und mit kochendem/heißem Wasser (evtl. 2 - 5 gtt ätherisches Öl pro Tasse zugeben) übergießen, mit dem Handtuch so fest wie möglich auswringen, Kompresse auf aufgewärmtes Zwischentuch (Handtuch) legen und Zwischentuch einschlagen. Kompresse mit warmer Seite auf die Haut legen und mit Wolltuch umwickeln. Evtl. Wärmflasche draufgeben.

Einfache Variante: heißen, ausgewrungenen Waschlappen auflegen, Tuch und Wärmflasche darüber, bzw. Waschlappen in zweiten warmen Waschlappen stecken, auflegen, Wärmflasche darüber.

Herstellung von kühlem Topfenwickel

Topfen fingerdick auf ein Tuch (Taschentuch, Küchenrolle) auftragen und Tuch einschlagen.

Auf Wunsch kann der Topfen nun auf 2 Wärmflaschen auf Zimmertemperatur gewärmt werden, Kompresse so auflegen, dass sich zwischen Haut und Topfen nur ein Lage Tuch befindet. Zwischentuch ist zum Auffangen der Feuchtigkeit gut. Abnehmen, sobald der Topfen zu trocknen beginnt, etwa nach 20 Minuten.

Kühler Topfenwickel

Karnofsky-Index

5. Assessment-Indizes und Assessment-Instrumente

5.1 Karnofsky-Index

100%	Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit
90%	Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome
80%	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich, deutliche Symptome
70%	Selbstversorgung, normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich
60%	Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen
50%	Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen, die Hälfte des Tages bettlägerig
40%	Beeinträchtigt und behindert, qualifizierte Hilfe wird benötigt, die meiste Zeit des Tages bettlägerig
30%	Schwer beeinträchtigt und behindert, bettlägerig
20%	Schwerkrank, Unterstützung und Betreuung in allen Bereichen notwendig
10%	Sterbend
0%	Tod

5.2 ECOG Performance Status

ECOG Performance Status

GRAD	ECOG Performance Status
0	Voll aktiv, in der Lage, alles zu tun, was vor der Erkrankung möglich war
1	Eingeschränkt hinsichtlich körperlicher Anstrengungen aber mobil und in der Lage zu leichten und sitzenden Arbeiten, z.B. Hausarbeit, Büroarbeit
2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
3	Nur sehr begrenzt selbstständig; verbringt mehr als 50% der Zeit untertags im Bett
4	Braucht in allen Dingen Hilfe
5	Verstorben

5.3 Integrierte Palliativbetreuung (IPB)

Dieses Modell ermöglicht es, Patientinnen und Patienten mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf daheim zu versorgen. Dies wird erreicht durch:

- Abstimmung der palliativen Versorgung im regionalen Netzwerk zwischen Regelversorgung (Sozial- und Gesundheitssprengel, Pflegeheime, Hausärzte), spezialisierten Palliative Care Diensten, ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und informellen HelferInnen.
- Reduktion der finanziellen Belastungen zu Hause für die Betroffenen:
Über das Modell IPB werden den Betreuenden der Grundversorgung (HausärztInnen, Hauskrankenpflege, Palliativteam) die erforderlichen Mehrleistungen in palliativen Betreuungssituationen fallbezogen vergütet:

Diese sind:

- Erhöhter Bedarf an Hauskrankenpflege (bis zu 3h täglich)
- Nächtliche Rufbereitschaft
- Häufige Hausbesuche
- Ärztliche und pflegerische Koordinationsleistungen

Die Bedarfseinschätzung für IPB sollte nach Möglichkeit interdisziplinär (Betroffene, HausärztIn, Hauskrankenpflege, Palliativteam) getroffen werden. Soll IPB in Anspruch genommen werden, so erfolgt eine Meldung des Hausarztes an den jeweiligen SV-Träger. IPB kann dann für einen Zeitraum von 28 Tagen erfolgen. Es besteht die Option auf Verlängerung.

Palliative-Prognostic-Score

Bedingungen für IPB

Für den Anspruch auf IPB müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Eine fortgeschrittene und fortschreitende Erkrankung liegt vor.
- Mit einer Verschlechterung der physischen Situation ist zu rechnen
- Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens oder einer komplexen psychosozialen Situation.
- Durch therapeutische Maßnahmen ist die Verschlechterung nicht aufzuhalten. Eine kurative Zielsetzung ist nicht realistisch und nicht zielführend.
- Die prognostizierte Lebenserwartung ist kurz (Tage bis Wochen).
- Die Verfassung des Patienten erfordert eine medizinisch-pflegerische, soziale, spirituelle Betreuung. Im Zusammenhang mit der Erkrankung benötigen auch die Angehörigen Unterstützung.
- Häufige Umgebungswechsel (Transferierungen ins Krankenhaus usw.) sind der Situation nicht mehr angemessen und stellen für den Patienten eine große Belastung dar.

Grundsätzlich bleibt die Steuerung des Betreuungsprozesses bei den Hausärztinnen und Hausärzten. Konsiliarische Unterstützung durch das Mobile Palliativteam kann und soll in die Betreuung eingebunden werden.

Zum Zeitpunkt der Neuauflage dieser Broschüre kann IPB in folgenden Bezirken Tirols beantragt werden: Innsbruck, Innsbruck-Land, Reutte, Lienz. Es ist geplant, dieses Modell in allen Bezirken zur Anwendung zu bringen, sobald sich dort Mobile Palliativteams gebildet haben.

6. Nützliche Adressen

Hospiz-Hotline: **0810 969 878**

Krebshilfe 6020 Innsbruck, Wilhelm-Greil-Straße 25/5
Telefon: 0512 57 77 68 , M: 0699 181 135 33
E-Mail: krebshilfe@i-med.ac.at
www.krebshilfe-tirol.at

KREBSHILFE-TELEFON 0512 57 77 68 (Beratung, Vernetzung)

Psychoonkologische Beratung

Installiert in folgenden Sozial- und Gesundheitssprengeln (Stand 20.9.2016)

Telfs	Kirchstraße 12 Dr. Ingrid Wagner	Tel. 0660 569 74 74
Landeck	Schulhausplatz 11 Dr. Manfred Deiser	Tel. 0664 442 32 22
Wörgl	Fritz-Atzl-Str. 6 Dr.Dorothea Pramstrahler	Tel. 0650 283 17 70
Schwaz	Fuggergasse 2 Dr. Fritz Melcher	Tel. 0664 985 20 10
Jenbach	Schalsersstraße 21 Mag. Beate Astl	Tel. 0650 720 53 03
Kitzbühel	Therapiezentrum Kogler, Hornweg 28 Dr. Astrid Erharder	Tel. 0681 104 059 38
Lienz	Rosengasse 17 Mag. Viktoria Breznik	Tel. 0664 912 26 05
Tarrenz	Pfassenweg 2 DSA Erwin Krismer	Tel. 0676 739 41 21

Angebote der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft für Trauernde:

- Einzelgespräche in der Trauer (die Kosten für bis zu drei Gespräche werden übernommen)
 - Begleitete Gesprächsgruppe für Menschen in Trauer
- Weitere Informationen und Anmeldung: 057677-38

Trauerbegleitung für Kinder

RAINBOWS-Tirol
Tel. und Fax: 0512/57 99 30
E-Mail: tirol@rainbows.at

Informationen zu Ehrenamtlicher Hospizarbeit in Tirol

Tiroler Hospiz-Gemeinschaft

Heiliggeiststr. 16

6020 Innsbruck

Tel. 057677-38

E-Mail: office@hospiz-tirol.at

PCA-Pumpen

Smiths Medical, Innendienst, Tel. 01 / 8906444 (DW 13, 14 oder 15)

7. Vorsorge treffen - Behandlung vorausschauend planen - Dokumentation für die Krise

Grundprinzip:

- Basis dieser Planung ist ein Gespräch mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen, mit Arzt und Pflegeperson
- In diesem Gespräch (siehe auch: Der Runde Tisch) wird anlassbezogen und patientenorientiert besprochen, was für den Fall einer körperlichen Verschlechterung getan und was unterlassen werden sollte.
- Das Gesprächsergebnis wird so dokumentiert, dass es im Notfall für den herbeigerufenen Notarzt Orientierung sein kann.

Zur Orientierung für den Notarzt dient ein einseitiges Krisenblatt, das folgende Informationen enthält:

- Daten des Bewohners, des Patienten
- Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen
- Entscheidungsgrundlage
- Mutmaßliche Vorstellungen des Betroffenen (z.B. auf der Basis mündlicher Aussagen)
- Empfehlung hinsichtlich der Einleitung von CPR
- Empfehlung hinsichtlich der Transferierung in ein Krankenhaus
- Wichtige Bezugspersonen
- Informationen über den Wissensstand und die Haltung von Bezugspersonen

Bei Bedarf: Empfehlung für die Verabreichung von Medikamenten oder für die Einleitung anderer Maßnahmen

Der Dachverband Hospiz Österreich hat mit breiter Beteiligung das Werkzeug „Vorsorgedialog“ für vorausschauende Planung entwickelt (Informationen dazu: www.hospiz.at).

8. Ausgewählte Medikamente und ihre Verwendung in der Palliativmedizin

AMITRYPTILIN (Saroten®)

Amitryptilin ist ein trizyklisches Antidepressivum. Der analgetische Therapieeffekt tritt nach 3 - 7 Tagen ein.

Indikation: Neuropathischer Schmerz, Hypersalivation und Pseudohypersalivation

Arzneiform: Tabletten

Dosierung: 25 - 100 mg (bei älteren Menschen mit 10 mg beginnen)

Nebenwirkungen: Mundtrockenheit, Verwirrtheit, Müdigkeit

Bemerkung: Abends verabreichen

BACLOFEN (Lioresal®)

Indikation: Muskelspasmen, Singultus

Arzneiform: Tabletten

Dosierung: 5 - 10 mg in 3 ED, max. TD: 120 mg

Nebenwirkungen: Müdigkeit, senkt Krampfschwelle

Bemerkung: langsam absetzen

BISACODYL (Dulcolax®)

Stimulierendes Laxans

Indikation: Obstipation

Arzneiformen: Tabletten (5 mg), Suppositorien (10 mg)

Dosierung: 5 - 10 mg

Bemerkung: Die Wirkung nach oraler Einnahme tritt nach etwa 10 Stunden ein, nach rektaler Anwendung innerhalb einer Stunde. Die Kombination mit anderen Laxantien ist möglich (z.B. mit Lecicarbon-Supp.)

BUTYLSCOPOLAMIN (Buscopan®)

Indikation: Spasmolyse (Krampfartige Schmerzen), Sekretionshemmung (Rasseln, Ileus)

Arzneiformen: Ampullen (i.v. oder s.c.), Tabletten, Suppositorien

Dosierung: 20 - 40 mg in mehreren ED, bis 120 mg TD bei Schmerzen, bis 360 mg TD bei Ileus (über PCA-Pumpe)

Nebenwirkungen: Mundtrockenheit

Bemerkung: Nicht mit Metoclopramid kombinieren, die Wirkungen der beiden Medikamente auf den Darm heben sich auf.

CANNABINOIDE (Dronabinol®)

Indikation:	Appetitsteigerung, Übelkeit und Erbrechen, spastische Beschwerden bei Multipler Sklerose
Arzneiform:	Lösung 2,5% (1 Tropfen = 0,83 mg)
Dosierung:	max. TD: 30 mg; mittlere Wirkdosis: 5 mg; in 3 ED verabreichen; niedrig dosiert beginnen (3 Tropfen), langsam steigern
Nebenwirkungen:	Benommenheit
Bemerkung:	Suchtgift im Sinne des Suchtmittelgesetzes

CLONAZEPAM (Rivotril®)

Benzodiazepin	
Indikation:	Epileptische Anfälle, Myoklonien
Arzneiform:	Tabletten
Dosierung:	0,25 - 1 mg
Nebenwirkungen:	Müdigkeit, Blutdruckabfall
Bemerkung:	Lange Halbwertszeit (über 30h)

DEXAMETHASON (Fortecortin®, Dexabene®)

Indikation:	Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen (durch Nervenkompression, Leberkapselspannung), Hirnödem, obere Einflusstauung, Lymphangiosis carcinomatosa
Arzneiformen:	Tabletten, Ampullen (i.v. und s.c.)
Dosierung:	2 - 4 mg zur Antiemese und Appetitsteigerung, 4 – 8 mg zur Analgesie, bis 24 mg zur Ödemreduktion
Nebenwirkungen:	Soor, Blutzuckererhöhung, Myopathie
Bemerkung:	Einmalige Gabe am Tag wegen langer Halbwertszeit ausreichend. Therapieversuche nach 7 Tagen überprüfen, Reduktion langsam in 4 mg-Schritten alle 4 - 7 Tage. Frei verschreibbar ist pro Rezept nur eine Packung mit 5 Ampullen zu 4 mg.

DIAZEPAM (Valium®, Psychopax®): p.o., rektal, i.v.

Indikation:	Unruhe, Schlaflosigkeit, Epileptischer Anfall
Arzneiformen:	Tropfen, Tabletten, Ampullen (i.v.)
Dosierung:	2 - 15 mg
Nebenwirkungen:	Tagesmüdigkeit
Bemerkung:	Lange Halbwertszeit, aktive Metaboliten

DICLOFENAC (Voltaren®; Diclobene®)

Indikation:	Weichteilschmerzen, Knochenschmerzen
Arzneiformen:	Ampullen, Tabletten, Kapseln, orale Retardpräparate, Suppositorien
Dosierung:	50 - 150 mg (max. TD: 200 mg)
Nebenwirkungen:	Ulzera vor allem in Kombination mit Cortison, thromboembolisch Komplikationen, Niereninsuffizienz
Bemerkung:	Magenschutzpräparat dazugeben

DIHYDROCODEIN (Codidol®)

Schwaches Opioid mit guter antitussiver Wirkung (1/3 stärker als Codein) und schwacher analgetischer Wirkung (1/10 von Morphin)

Indikation:	Husten
Arzneiform:	Retardierte Tabletten (60 und 120 mg)
Dosierung:	30 mg abends oder 2 x tgl., bei Bedarf erhöhen
Nebenwirkungen:	Obstipation
Bemerkung:	als Antitussivum auch mit Morphin kombinierbar

DIMENHYDRINAT (Vertirosan®)

H1-Rezeptorenblocker

Indikation:	Übelkeit
Arzneiformen:	Tropfen, Suppositorien, Ampullen (50 mg, 150 mg; i.v. und s.c.)
Dosierung:	Max. TD 300 mg
Nebenwirkungen:	Müdigkeit
Bemerkung:	Wirkdauer beträgt etwa 6 Stunden

FENTANYL (Durogesic®)

Starkes Opioid, μ -Rezeptor-Agonist, 100 x stärker wirksam als Morphin

Indikation:	stabiles Schmerzsyndrom
Arzneiform:	transdermale Pflaster 12 / 25 / 50 / 75 / 100 μ g/h ; Bukkaltabletten Effentora
Dosierung:	nach Bedarf, Wechsel nach 72h oder nach 48h
Nebenwirkungen:	Obstipation, Müdigkeit, Übelkeit
Bemerkung:	träges System, daher schnell wirksames Morphin gegen Schmerzspitzen immer mitverordnen: bis 6 x tgl. 1/6 der Tagesdosis (s. Tabelle), z.B. Vendal® orale Lösung; volle Wirkung bei Erstapplikation nach 24 - 36h, nach Entfernung hält die Wirkung noch bis zu 16 h nach; wirkt verstärkt bei Fieber (transdermale Resorption ist temperaturabhängig)

Umrechnungstabelle

Fentanyl transdermal	Morphin oral (mittlere TD)	Morphinäquivalent i.v. / s.c. (TD)
12 µg/h	30 mg	10 mg
25 µg/h	60 mg	20 mg
50 µg/h	120 mg	40 mg
75 µg/h	180 mg	60 mg
100 µg/h	240 mg	80 mg

FLUCONAZOL (Diflucan®)

- Indikation: Soorstomatitis, Soorösophagitis, ausgedehnter Candidabefall der Haut
- Arzneiformen: Kapseln, Trockensaft (200 mg / 5 ml), Infusionsflaschen (100 mg, 200 mg, 400 mg)
- Dosierung: je nach Schweregrad 100 - 400 mg/d für 5 - 10 Tage

GABAPENTIN (Neurontin®)

- Indikation: Neuropathischer Schmerz
- Arzneiform: Kapseln (300 mg, 400 mg)
- Dosierung: mit 300 mg beginnen, langsam um 300 mg/d steigern, mittlere Wirkdosis: 1800 mg/d, max. TD: 2400 mg/d
- Nebenwirkungen: Müdigkeit, Schwindel

HALOPERIDOL (Haldol®)

- Hochpotentes Neuroleptikum mit guter antiemetischer Wirkung
- Indikation: Übelkeit, Prädelir und Delir
- Arzneiformen: Tropfen (1 mg/10 Tr.), Tabletten, Ampullen (s.c. und i.v.)
- Dosierung: bei Übelkeit 1,5 - 3 mg bis 2 x tgl.; bei Agitation/ Psychose 10 - 30 mg/d
- Nebenwirkungen: Parkinsonismus
- Bemerkung: Lange Halbwertszeit, deshalb nur 1 - 2x tgl. verabreichen

HYDROMORPHON (Hydal®)

- Indikation: Schmerzen
- Arzneiformen: Tabletten (rasch wirksame Formen und Retard-Formen), Ampullen
- Dosierung: Nach Bedarf, analgetische Potenz: 7,5 x stärker als Morphin
- Nebenwirkungen: Obstipation, Übelkeit, Müdigkeit
- Bemerkung: weniger aktive Metabolite als Morphin, bei Niereninsuffizienz indiziert

KETAMIN (Ketanest S®)

Kurz wirksames Anästhetikum, wirkt über NMDA-Rezeptor-Antagonismus
analgetisch

- Indikation: Neuropathische Schmerzen, schwierige Schmerzsyndrome
- Arzneiform: Ampullen (5mg/ml, 25mg/ml, s.c. oder i.v. oder p.o.)
- Dosierung: 5 - 10 mg parenteral um Schmerz zu durchbrechen, Tagesdosis 50 - 200 mg
- Nebenwirkungen: Halluzinationen, kognitive Einschränkung bei Dauergabe
- Kontraindikation: Hirndruck, epileptische Anfälle
- Bemerkungen: - Ketamin schmeckt bitter, mit Saft verdünnen
- kann in PCA-Pumpe mit Morphin, Midazolam und Haloperidol gemischt werden
- bei i.v.-Gabe: wegen der Möglichkeit von Halluzinationen und anderen unangenehmen Sensationen 1 - 2 mg Midazolam vorher verabreichen
- für die Verschreibung ist Bewilligung nötig

LEVOMEPROMAZIN (Nozinan®, Neurocil®)

Antipsychotikum mit ausgeprägter antiemetischer Wirkung in niedriger Dosis

- Indikation: Übelkeit, Delir, psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit
- Arzneiformen: Tropfen 4%-ig (1 Tropfen = 1 mg), Ampullen (25 mg)
- Dosierung: 2,5 - 7,5 mg / 24h zur Antiemese und Linderung der Atemnot, 5 - 25 mg zur Sedierung
- Nebenwirkungen: Müdigkeit, Sedierung, Hypotension
- Bemerkung: Ampullen sind in Deutschland erhältlich

LORAZEPAM (Temesta®)

- Indikation: Angst, Atemnot, Schlaflosigkeit
- Arzneiformen: Tabletten (1 mg und 2,5 mg), lösliche Tabletten (Temesta expidet®, 2,5 mg), Ampullen (2 mg)
- Dosierung: 0,5 - 1 mg zur Anxiolyse, nach Bedarf steigern, bei Atemnot in Kombination mit Morphin, bei Status epilepticus: 2mg i.v. verdünnt
- Bemerkung: Temesta expidet wird bei Schluckstörung bewilligt, muss in D bestellt werden, daher 2 Rezepte schreiben.

MACROGOL (Movicol®, Molaxole®)

Osmotisch wirksames Laxans

Dosierung: 1 - 2 Beutel pro Tag, bei Koprostase bis 8 Beutel

Bemerkung: mit 125 ml Flüssigkeit einnehmen, Standardtherapie bei Morphingabe

METRONIDAZOL (Anareobex®)

Indikation: Clostridienenteritis, mit Anaerobiern besiedelte übelriechende Wunden

Arzneiformen: Tabletten, Infusionslösung

Dosierung: 2 x 500 mg, 7 Tage bei Clostridienenteritis

Nebenwirkungen: Übelkeit, Durchfälle

Bemerkung: bei übelriechenden Wunden auch lokal wirksam

METAMIZOL (Novalgin®)

Indikation: Schmerzen, insbesondere viszerale Schmerzen

Arzneiformen: Tabletten (500 mg), Tropfen (20 Tropfen = 500 mg)
Ampullen (1 g und 2,5 g)

Dosierung: 3 bis 4 g/d, Wirkdauer 4 - 5 Stunden

Nebenwirkungen: Hypotonie

Bemerkung: Schmerzmittel der WHO-Stufe I, gut mit Opioiden zu kombinieren, in PCA-Pumpe mischbar mit Morphin;
Tropfen oxidieren rasch, wenn sie offen in Behälter vorgerichtet werden.

METHYLNALTREXON (Relistor®)

Selektiver Opioid-Antagonist

Indikation: Opioidinduzierte Obstipation

Arzneiform: Durchstichflasche (12 mg / 0,6 ml)

Dosierung: 0,4 - 0,6 mg s.c., bei Bedarf nach 24 Stunden wiederholen

Bemerkungen: wird bewilligt, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend wirken

METOCLOPRAMID (Paspertin®, Ceolat-Lösung®)

Prokinetikum

Indikation: Übelkeit, solange kein mechanischer Ileus vorliegt

Arzneiformen: Tropfen (30 Tropfen = 10 mg), Tabletten (10 mg),
Ampullen (10 mg)

Dosierung: 10 - 20 mg, Wirkung 6 - 8h, 3 - 4 mal täglich
verabreichen, 40 - 120 mg/d.

Nebenwirkungen: Dyskinesien (Auf Akineton reversibel)

Bemerkung: s.c. Gabe möglich

MIDAZOLAM (Dormicum®)

Indikation: Angst, Agitation, Schlaflosigkeit, Atemnot, epileptische
Anfälle, Myoklonien, palliative Sedierung

Arzneiformen: Tabletten, Tropfen (2 mg / 20Tropfen = 1ml); Ampullen

Dosierung: titrierend in 1 mg Schritten bis Symptomkontrolle
erreicht ist, Wirkdauer 2 - 5h (abhängig vom Alter und
der Verabreichung auch länger), bei kontinuierlicher
Gabe Beginn mit 1 - 2 mg/h

Nebenwirkungen: bei i.v. Gabe Atemdepression möglich

Bemerkung: Kurze Halbwertszeit, daher meist kontinuierliche
Verabreichung notwendig; gutes Schlafmittel bei
Leberinsuffizienz; am häufigsten verwendetes
Benzodiazepin in der Palliativmedizin; mit Morphin in
PCA-Pumpe mischbar; subkutane Gabe möglich

MIRTAZAPIN (Mirtabene®): Tbl. 30 mg

Indikation: Depression mit Schlafstörung, Juckreiz
(Erfahrungsberichte)

Arzneiform: Tabletten (30mg)

Dosierung: 15 - 30 mg/d abends

Nebenwirkungen: Appetitsteigerung

Bemerkung: Schlafanstoßendes Antidepressivum mit noradrenerger
und serotonerger Wirkung; antidepressive Wirkung tritt
nach Tagen ein, schlafanstoßende Wirkung sofort

MORPHIN (Vendal®, Mundidol®)

μ - Rezeptor-Antagonist

- Indikation: Schmerzen, Atemnot
- Arzneiformen: Orale Lösung (5mg/ml), Tabletten, Kapseln, Ampullen (10 mg), Stechampullen (100 und 200 mg), retardierte Arzneiformen
- Dosierung: Ohne Vorbehandlung 2,5 - 5 mg alle 4h, dann auf retardierte Präparate umstellen
- Nebenwirkungen: Obstipation (Laxantiengabe); Übelkeit (Paspertin, Haldol verabreichen), Müdigkeit (bessert sich nach 1 - 2 Wochen), Harnverhalten
- Bemerkung: Unretardiertes Morphin wirkt 4 Stunden;
orale Dosis : parenteraler Dosis wie 3 : 1

NATRIUMPICOSULFAT (Guttalax®, Agaffin®)

Stimulierendes Laxans

- Indikation: Obstipation
- Arzneiformen: Tropfen (7,5 mg / 15 Tr.), Abführgel (2,8 mg / 1ML)
- Dosierung: 5 - 15 mg abends
- Nebenwirkung: krampfartige Bauchschmerzen
- Bemerkung: wirkt nach etwa 10 Stunden

OCTREOTID (Sandostatin®)

- Indikation: Therapieresistente Diarrhoe, Subileus und inoperabler Ileus
- Arzneiform: Ampullen (0,5 mg)
- Dosierung: 3 x tgl. 0,1 - 0,2 mg, max 0,6 mg/d
- Bemerkung: vermindert effizient die gastrointestinale Sekretbildung, kann mit anderen Substanzen in PCA- Pumpe gemischt und s.c. und i.v. verabreicht werden, teuer

OMEPRAZOL (Pantoloc®)

Protonenpumpenhemmer

- Indikation: Refluxösophagitis, Gastroduodenalulcera, Magenblutung, PEG-Sonde
- Arzneiformen: Tabletten (20 und 40 mg), Ampullen (40 mg)
- Dosierung: 1 - 2 x tgl. 20 - 40 mg
- Nebenwirkungen: Kopfschmerzen, Übelkeit
- Bemerkung: Über PEG-Sonde Nexium® (Esomeprazol, löslich) verabreichen

OXYCODON (Oxycontin®, Oxynorm®)

μ-Agonist (wirkt auch an β- und κ- Rezeptoren)

Indikation: Starke Schmerzen, neuropathische Schmerzen

Arzneiformen: Filmtabletten (Retardierte Form: 5, 10, 20, 40, 80 mg),
Kapseln, Ampullen

Dosierung: Therapiebeginn mit 2 x 10 mg/d

Nebenwirkungen: Obstipation, Müdigkeit, Übelkeit

Bemerkung: doppelt so stark wie Morphin, wirkt auch gegen
neuropathische Schmerzen

PARACETAMOL (Mexalen®, Perfalgan®)

Indikation: Schmerzen, insbesondere Kopfschmerzen, Fieber

Arzneiformen: Tabletten (500 mg), Suppositorien (1 g),
Infusionsflaschen (1 g)

Dosierung: Einmalgabe 500 mg bis 1 g, max. Tagesdosis 2 g

Bemerkung: Paracetamol i.v. wirkt direkt über den Liquor und
deshalb deutlich besser als orales Paracetamol gegen
Kopfschmerzen, innerhalb von
15 Minuten infundieren

PAROXETIN (Paroxetin®, Seroxat®)

Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Indikation: Depression, paraneoplastischer Juckreiz

Arzneiform: Filmtabletten

Dosierung: 10 - 40 mg

Nebenwirkungen: Übelkeit, Unruhe, Schwindel

PREGABALIN (Lyrica®)

Indikation: neuropathische Schmerzen, epileptische Anfälle,
Angststörung

Arzneiform: Hartkapseln

Dosierung: 50 - 300 mg 2 x täglich, langsam aufdosieren, max.
TD: 600 mg

Nebenwirkungen: Benommenheit, Schläfrigkeit, verschwommenes
Sehen

SCOPOLAMIN (Transcop®, Scopoderm®)

Anticholinergikum

Indikation: Bronchiale und pharyngeale Hypersekretion,
Pseudohypersalivation

Arzneiform: Transdermales Pflaster (1,5 mg)

Dosierung: 1 - 2 Pflaster alle 72 Stunden

Nebenwirkung: Mundtrockenheit

Bemerkungen: Nur in Italien bzw. Deutschland erhältlich

TRAMADOL (Tramal®, Noax®, Adamon®): p.o., s.c., i.v., rektal

WHO-Stufe-II-Opioid

Indikation: leichte bis mittelstarke Schmerzen

Arzneiformen: Tabletten, Tropfen, Ampullen, Suppositorien

Dosierung: 50 - 100 mg alle 4 Stunden, bei guter Wirksamkeit auf
Retardpräparate umstellen

Nebenwirkungen: Übelkeit, Schwindel, Obstipation

Bemerkung: nicht suchtgiftrezeptpflichtig, Wirkung 1/10 von
Morphin

BÜCHER

- Bausewein Claudia / Roller Susanne / Voltz Raymond, Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung, München/Jena 2015
- Bausewein Claudia / Rémi Constanze / Twycross Robert / Wilcock Andrew / Howard Paul (Hg.), Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, München 2015
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.), S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Stuttgart 2015
- Doyle Derek / Hanks Geoffrey / Cherny Nathan/Fallon Marie/Kaasa Stein / Portenoy Russell K. / Currow David C. (Hg.), Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford 2015
- Eychmüller Steffen (Hg.), Palliative Care Essentials, Bern 2015
- Husebø Stein / Klaschik Eberhard, Palliativmedizin, 5. Aufl., Berlin 2009
- Knipping Cornelia (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Bern 2007
- Neuenschwander Hans / Cina Christoph, Handbuch Palliativmedizin, Bern 2015
- Schnell Martin / Schulz Christian, Basiswissen Palliativmedizin, Heidelberg 2014
- Wegleitner Klaus / Heller Andreas / Heimerl Katharina (Hg.), Zu Hause sterben. Der Tod hält sich nicht an Dienstpläne, Esslingen 2012

INTERNETADRESSEN

- www.hospiz-tirol.at (Tiroler Hospiz-Gemeinschaft)
- www.hospiz.at (Dachverband Hospiz Österreich)
- www.palliativ.at (Österreichische Gesellschaft für Palliativmedizin)
- www.dgpalliativmedizin.de (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)
- www.palliative.ch (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung)
- www.palliativedrugs.com (Informationen zu Medikamenten)
- www.pallcare.info und www.palliative.org (Praktische Information)

