



Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3

Unterstützung und Begleitung des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen in den letzten Tagen oder Stunden seines Lebens

Klinikabteilung/Station _____ Datum/Uhrzeit _____
Patientenname/Geb.-Datum _____
relevante Diagnosen _____

Erkennen der Sterbephase

Kriterien für den Eintritt in die Sterbephase (in Zusammenschau mit der Krankheitsgeschichte)

- Reversible Ursachen für die Zustandsverschlechterung wurden berücksichtigt? ja
(z.B. Opioidnebenwirkungen, Nierenversagen, Hyperkalzämie, Infektion o.ä.)
- zunehmende Schwäche Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Veränderung des Bewusstseins Verwirrtheit
- Zunehmende(r) Funktionsverlust/Hilfebedürftigkeit/Immobilisation
- Veränderung der Emotionen (z.B. zunehmende Angst und Unruhe)
- Veränderung der Atmung (z.B. Rasselatmung, verändertes Atemmuster)
- Hautveränderungen
- Zunehmende Schluckbeschwerden (z.B. orale Medikamenteneinnahme wird schwieriger)
- Verlust des Interesses an Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr
- Intuition der an der Behandlung Beteiligten
- andere Zeichen:

siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Tumorerkrankung

Nach einer umfassenden Einschätzung durch das interprofessionelle Team wurde die Entscheidung zur Anwendung der Handlungsempfehlung Sterbephase getroffen:

Datum/Uhrzeit des Beginns _____
Name (Arzt)/Unterschrift _____
Name (Pflegekraft)/Unterschrift _____

Neubeurteilung durch das Behandlungsteam (alle drei Tage):

Datum/Uhrzeit: _____ Name/Unterschrift: _____
Datum/Uhrzeit: _____ Name/Unterschrift: _____
Datum/Uhrzeit: _____ Name/Unterschrift: _____

Datum/ Uhrzeit Beendigung «Anwendung HES» (Pt. nicht mehr als sterbend eingeschätzt):

Name (Arzt)/Unterschrift _____
Begründung _____

Basisinformation**Symptome/Beschwerden bei Ersteinschätzung**

Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Luftnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Obstipation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diarrhoen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Urinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Juckreiz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ödeme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rasselatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Pat. ist komatös	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wunde/Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kommentar/Informationen:

DNR/DNI- Anordnung liegt vor ja nein
 Patientenverfügung liegt vor ja nein
 Vorsorgevollmacht liegt vor ja nein
 gesetzl. Betreuung liegt vor ja nein

Medikation

Die **aktuelle Medikation ist geprüft** und **unnötige Medikamente** sind abgesetzt ja nein
Material zur **subkutanen** oder intravenösen **Medikamentenapplikation** ist vorhanden ja nein

Vorausschauende Verordnung von Bedarfsmedikamenten für belastende Beschwerden in der Sterbephase (Therapieempfehlung siehe Anhang!) ist erfolgt für:

Schmerzen Luftnot Übelkeit/ Erbrechen
 Unruhe Rasselatmung andere:

Hinweis zur Medikamentenapplikation: Medikamente, die zur Symptomlinderung in der Sterbephase wichtig sind wie z.B. MSI, Hydromorphon, Midazolam, Metoclopramid, Metamizol, Butylscopolamin und Haloperidol, können (z.T. im Off-Label-Use) subkutan verabreicht werden! Beratung durch das Palliativteam möglich!

Medizinische Maßnahmen

Laborkontrollen	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Flüssigkeitsgabe (i.v./PEG/s.c)	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
BZ-Kontrolle	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Thromboseprophylaxe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
O ₂ -Gabe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Vitalzeichen-Kontrolle	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
Ernährung (i.v./PEG)	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Intravenöse Antibiotikagabe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt

Hinweis: Antikoagulantien (AK) können bei den meisten Patienten in der Sterbephase abgesetzt werden. In Abhängigkeit von der Indikation (z.B. bei VHF, frischer LE oder TVT) kann es in der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung sinnvoll sein, die AK erst abzusetzen, wenn der Patient komatös ist und die Beschwerden durch ein thrombembolisches Ereignis für ihn keine Belastung mehr darstellen!

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Patientenetikett

Handlungsempfehlung Sterbephase

Mögliche Krisensituationen in der Sterbephase

Das Behandlungsteam sollte sich aufgrund der Krankheitssituation auf folgende Situationen vorbereiten:

- akute Luftnot mit Erstickungsangst
- Tumorblutung Lokalisation:
- Harnverhalt
- Epileptische Anfälle
- ICD vorhanden; (Deaktivierung erwägen, Magnet vorhanden)

Hinweis: Es ist wichtig sich im Team auf solche „Notfallsituationen“ in der Sterbephase vorzubereiten; dies beinhaltet auch, dass eventuell eine Bedarfsmedikation im Zimmer des Patienten gelagert wird. Beratung durch das Palliativteam möglich!

Kommunikation

Es wurde ein Gespräch über den zu erwartenden Tod geführt ja, am:
 nein, weil:

Bei dem Gespräch waren anwesend: der Patient
 der behandelnde Arzt
 eine Pflegekraft
 Angehörige _____
 weitere Personen _____

Der Patient hat verstanden, dass ein baldiges Versterben wahrscheinlich ist: ja nein

Die Angehörigen/Nahestehende haben verstanden, dass ein baldiges Versterben wahrscheinlich ist: ja nein

Im Team wurde besprochen, dass der Patient als sterbend eingeschätzt wird: ja nein

Der Hausarzt, ambulante Hospizdienst, die Vorbehandler sind darüber informiert, dass der Patient im Sterben liegt (*Details siehe Kommentar*): ja nein

Die jetzt zu treffenden Maßnahmen i. S. einer symptomorientierten Therapie wurden dem Patienten und/oder seinen Angehörigen mitgeteilt/erläutert: ja nein

Die Broschüre zur Betreuung am Lebensende wurde den Angehörigen ausgehändigt: ja nein

Dem Patienten / Angehörigen/Nahestehenden wurde das Angebot der Unterstützung durch Seelsorge/Psychoonkologie unterbreitet: ja nein

Kommentar/Inhalt des Gesprächs:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Patientenetikett

Handlungsempfehlung Sterbephase

Angehörige/Nahestehende

1. Kontaktperson, Kontaktaufnahme gewünscht jederzeit nicht in der Nacht

Name, Beziehung zum Pat., Tel. _____

2. Kontaktperson, Kontaktaufnahme gewünscht jederzeit nicht in der Nacht

Name, Beziehung zum Pat., Tel. _____

Angehörige wurden über **Besuchszeiten, Übernachtungsmöglichkeiten** ja nein
und weitere **unterstützende Angebote** informiert

Es wurden folgende Bereiche/Belange erfragt bzw. erfasst ja nein

• betroffene Kinder • Einbindung der Angehörigen in die Pflege • kulturelle/spirituelle Bedürfnisse • Bedürfnisse von Angehörigen

Besteht **Bedarf an Unterstützung** durch andere Professionelle ja nein

• Religionsvertreter • Seelsorgende • Sozialarbeiter • Psychologe • Dolmetscher

Kommentar/Informationen:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin