

Kontaktaufnahme mit unserer Palliativabteilung ist möglich über die Hotline: 3233 (9:00 – 15:30 Uhr wochentags) oder als Konsultation/derung im SAP. Ansprechpartner sind auch gerne die Kollegen von Palliativstation unter Tel.: 3170.

2. Auflage



Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin

Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) Symptomlinderung Kommunikationshilfen

Medikamentöse Symptomkontrolle

Zur Linderung der häufigsten Beschwerden, die in der Sterbephase auftreten können, wurden medikamentöse Therapieempfehlungen mit Dosierungsangaben entwickelt. Dabei ist wichtig zu wissen, dass die Medikamentendosierung und das Präparat auf jeden Patienten individuell abgestimmt werden muss.

Beim Einsatz von Opioiden ist zu bedenken, dass die Dosierung bei älteren, bei kachektischen oder bei Patienten mit eingeschränkter Leber-/Nierenfunktion niedriger als üblich eingesetzt wird und wirksam ist.

In der Abteilung für Palliativmedizin werden bei Patienten, die in der Sterbephase Medikamente zur Beschwerdelinderung benötigen, auch über kontinuierliche Mischperfusoren s.c. oder i.v. im off-label use verabreicht.

Es werden hierbei bis zu 4 Substanzen kombiniert.

Grundsätzlich kombinierbare Medikamente sind:

Präparat	Indikation
Morphinsulfat/Hydromorphon	zur Linderung von Schmerzen und/oder Luftnot
Midazolam	Zur Linderung von Atemnot, Angst
Metamizol	als Nicht-Opioid-Analgetikum (bei s.c. Gabe Tagesmaximaldosis 2,5 g)
Metoclopramid	Antiemetikum
Butylscopolamin	Zur Sekretionshemmung bei sog. „Rasselatmung“
Levomepromazin (Neurocil®)	Antiemetikum, bei Unruhe, stärker sedierend als Haloperidol
Haloperidol	Antiemetikum, bei Delir, Abträumen (Cave: nicht bei Patienten mit M. Parkinson)

Zur Beratung bei der medikamentösen Beschwerdelinderung steht das **Palliativteam** gerne zur Verfügung! Insbesondere in den Situationen, in denen die Beschwerdelinderung schwierig ist und eine **palliative Sedierung** als ultima ratio in Erwägung gezogen wird, ist die frühzeitige Einbindung des Palliativteams sinnvoll und wünschenswert!

Viele Medikamente, die zur Beschwerdelinderung Sterbender verabreicht werden, werden außerhalb der Zulassung, also im **off-label-use** eingesetzt. Dies kann die Indikation, den Applikationsweg und/oder die Behandlungsdauer betreffen.

Präparat	Indikation	Off-label use Einsatz bei Sterbenden
Haloperidol Starker zentraler Dopamin2-Rezeptor-Antagonist	Zur Behandlung psychomotorischer Erregungszustände, Akutbehandlung des Delirs, Behandlung von Übelkeit (wenn andere Medikamente unwirksam waren), intramuskuläre Applikation, Tagesmaximaldosis 5 mg, <i>wichtige Kontraindikation: M. Parkinson</i>	s.c. Gabe bei Delir, als Antiemetikum
Metoclopramid zentraler & peripherer Dopamin2- und Serotonin3-Antagonist, peripherer Serotonin4-Agonist	Zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, intramuskulär und intravenös, Tagesmaximaldosis 30 mg, maximale Therapiedauer: 5 Tage <i>wichtige Kontraindikation: M. Parkinson, Ileus</i>	s.c. Gabe , Applikationsdauer länger als 5 Tage
Morphinsulfat μ-Rezeptor-Agonist	Starke und stärkste Schmerzen, zugelassener Applikationsweg: p.o., i.v., i.m., s.c., epidural, intrathekal	Zur Linderung von Luftnot
Hydromorphon μ-Rezeptor-Agonist	Starke und stärkste Schmerzen, p.o., i.v., s.c.	Zur Linderung von Luftnot
Butylscopolamin	Zur Sekretionshemmung bei Rasselatmung	

Schmerzen in der Sterbephase

Schmerzen in der Sterbephase

Patient hat akute Schmerzen

Patient hat derzeit keine Schmerzen

Patient nimmt bereits Opioide

Patient nimmt bereits Opioide

Ja

Nein

Orale Opioideinnahme nicht mehr möglich:
Wechsel auf Äquivalenz Dosis Morphinsulfat oder Hydromorphon s.c. oder i.v. via Perfusor-spritze & Verordnung einer **Bedarfsmedikation** (1/6 der TD) alle 30 Min. Anpassung der Tagesdosis alle 24 Stunden.

Bedarfsmedikation anordnen:
MSI 2,5 – 5 mg s.c. oder i.v. als Kurzinfusion, Mindestabstand 30 Minuten. Emesisprophylaxe erwägen, s.u.

Transdermales Opioidpflaster
belassen aber nicht weiter steigern. Evtl.. Start eines zusätzlichen Opioid-perfusors s.c. oder i.v. in Abhängigkeit vom benötigten Bedarf in den letzten 24 Stunden.
Bedarfsmedikation (1/6 der Tagesdosis) alle 30 Minuten. Anpassung der Tagesdosis alle 24 Stunden.

Berechnung der benötigten Tagesdosis nach 24 Stunden und Anpassung der Bedarfsmedikation falls notwendig!

TD: Tagesdosis
TMD: Tagesmaximaldosis

Berechnung Äquivalenzdosis Opioide:
bei Unklarheiten & Fragen klinikinternes Palliativteam hinzuziehen!

Opioide	oral	s.c. /i.v.
Morphinsulfat	60 mg	20 mg
Hydromorphon	12 mg	4 mg
Fentanylpflaster	25 µg/h	

Cave: bei sehr kachektischen, opioid-naiven Patienten kann eine Bedarfsmedikation von 1,25 mg MSI s.c. oder i.v. bereits wirksam sein! Emesisprophylaxe: MCP 30 mg TD, Haloperidol 2,5 mg TD oder Locomepromazin 12,5 mg TD

Ja

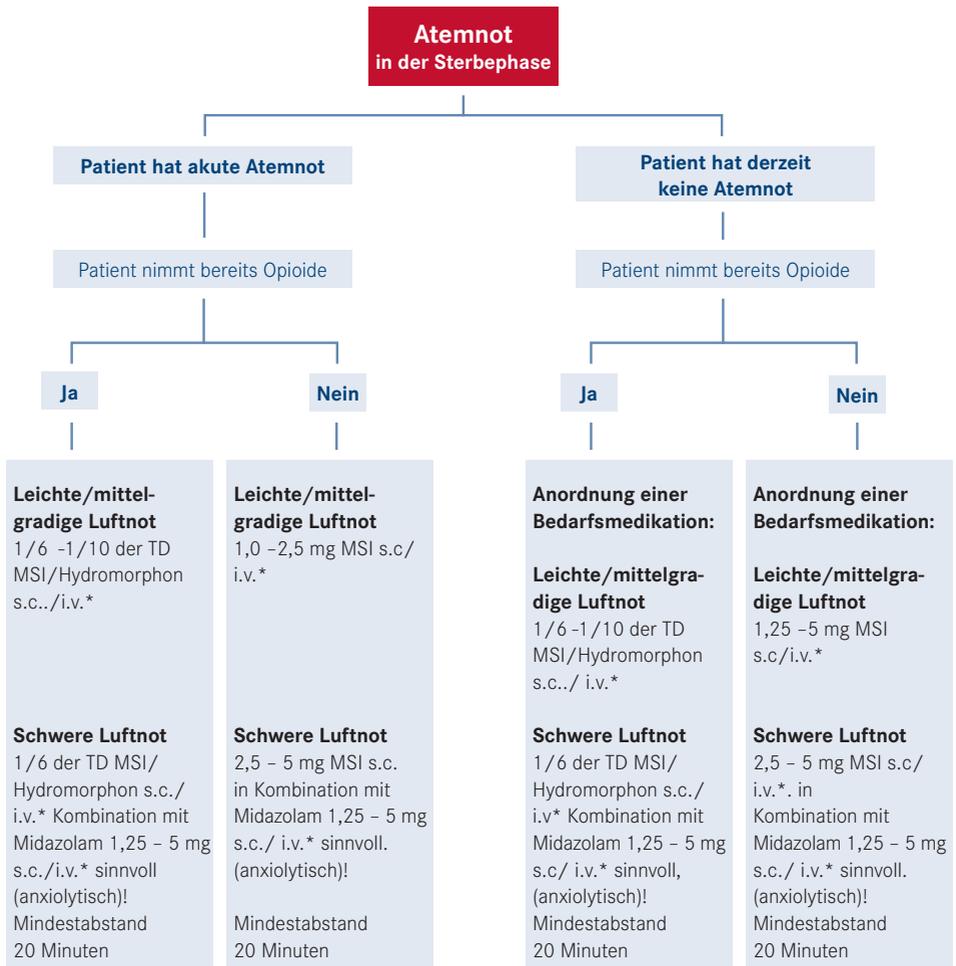
Nein

Orale Opioideinnahme nicht mehr möglich:
Wechsel auf Äquivalenz Dosis Morphinsulfat oder Hydromorphon s.c. oder i.v. via Perfusor-spritze & Verordnung einer **Bedarfsmedikation** (1/6 der TD) alle 30 Min. Anpassung der Tagesdosis alle 24 Stunden.

Bedarfsmedikation anordnen:
MSI 2,5 – 5 mg s.c. oder i.v. als Kurzinfusion, Mindestabstand 30 Minuten. Emesisprophylaxe erwägen, s.u.

Berechnung der benötigten Tagesdosis nach 24 Stunden und Anpassung der Bedarfsmedikation falls notwendig!

Bei **Opioidwechsel** wird grundsätzlich eine Dosisreduktion der äquianalgetischen Dosis um 25% empfohlen!



*i.v. Gabe von Morphinsulfat, Hydromorphon und Midazolam sollte als Kurzinfusion erfolgen.

Bei unzureichender Beschwerdelinderung:

Kontaktaufnahme mit dem Dienstarzt und/oder dem klinikinternen Palliativteam

Eine **ursächliche Behandlung der Dyspnoe** ist in diesen Empfehlungen **nicht enthalten** (Diuretika, Reduktion des Volumens), muss aber immer in Erwägung gezogen werden!

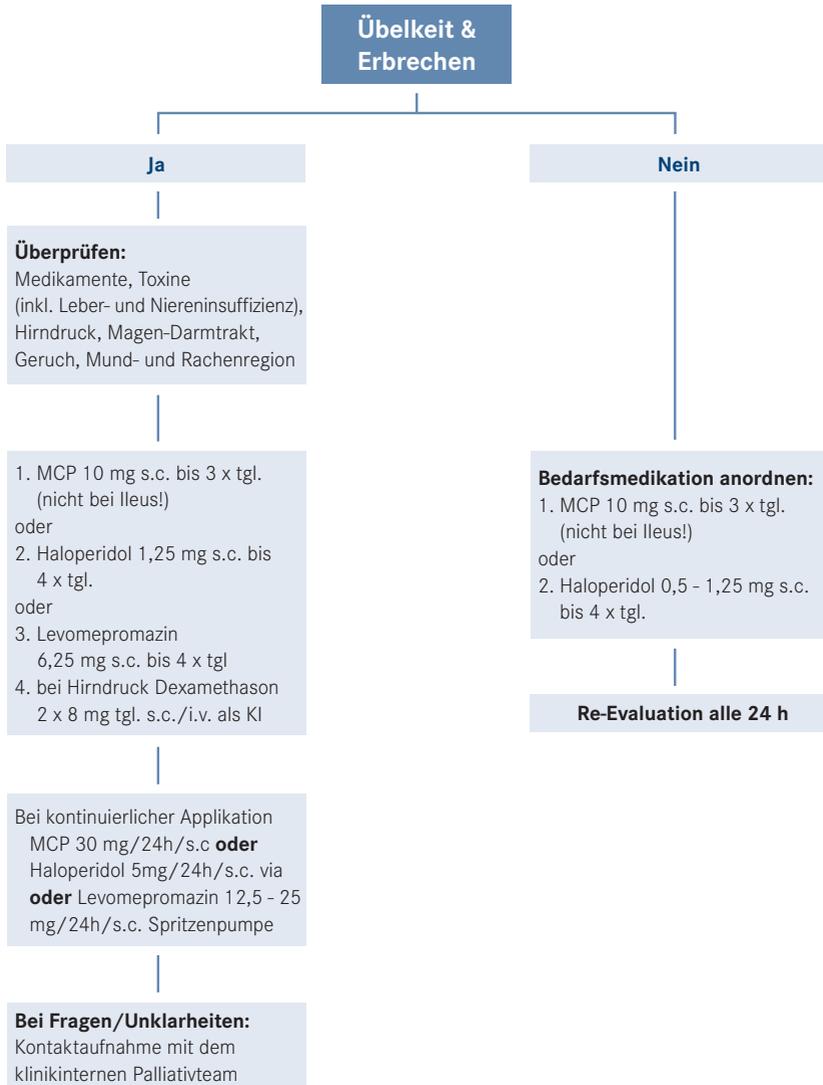
Allgemeine Hinweise:

In der Sterbephase steht das subjektive Empfinden des Patienten im Vordergrund. Opiode sind das Mittel der Wahl zur Linderung von Luftnot; auch bei Patienten mit COPD!

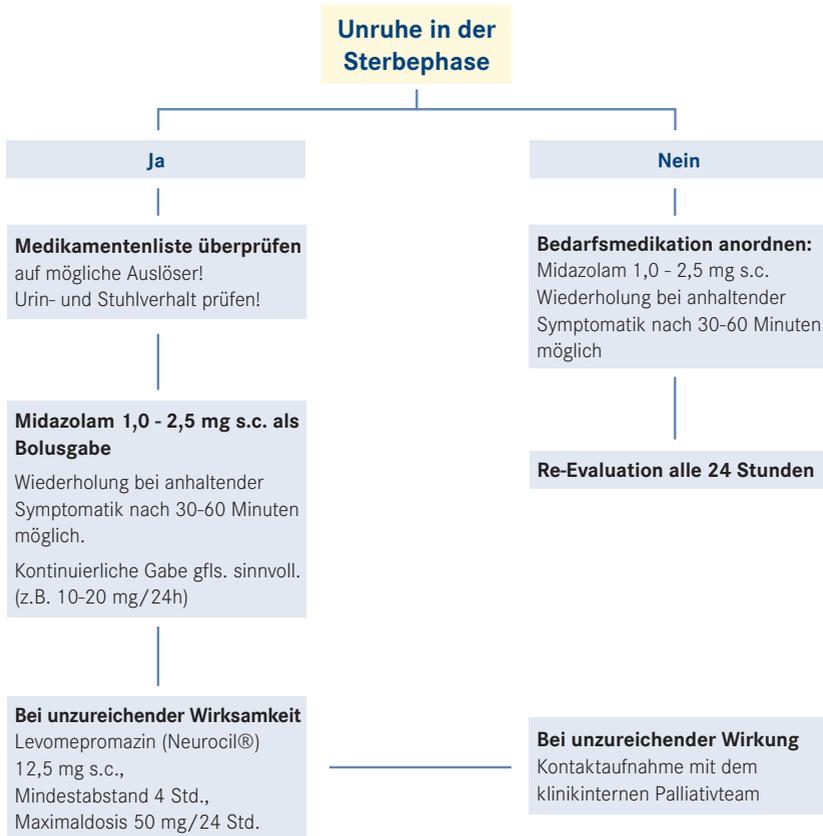
Hoher Stellenwert der nicht-medikamentösen Maßnahmen:

1. Betroffene nicht alleine lassen und Ruhe bewahren
2. Zufuhr von Frischluft (offenes Fenster, Handventilator) oder Sauerstoff.

Übelkeit & Erbrechen



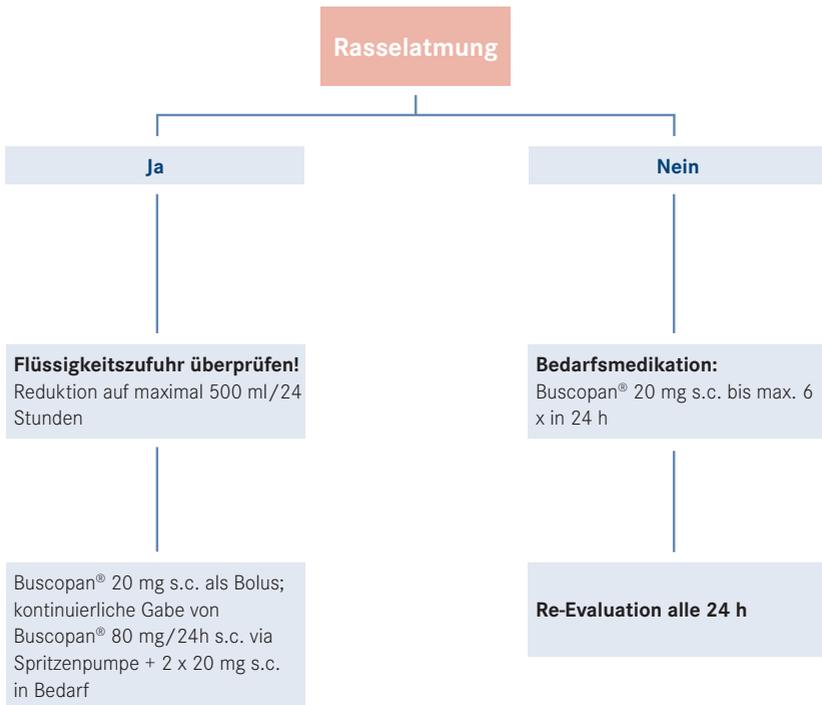
Unruhe in der Sterbephase



Allgemeine Hinweise:

- Nicht jede terminale Unruhe muss medikamentöse behandelt werden. Unverarbeitetes, Verborgenes kann an die Oberfläche kommen und nochmals gesehen und im besten Fall verstanden werden.
- CAVE: Benzodiazepine bei älteren Menschen (paradoxe Reaktion & delirogene Wirkung)
Bei möglichem Alkoholentzugsdelir: Benzodiazepine (Midazolam)
- An behandelbare Ursachen denken: Harnverhalt, ggf. Kumulation von Opioidabbauprodukten
- bei Nieren- und oder Leberinsuffizienz Opioiddosis gfls. eher reduzieren!

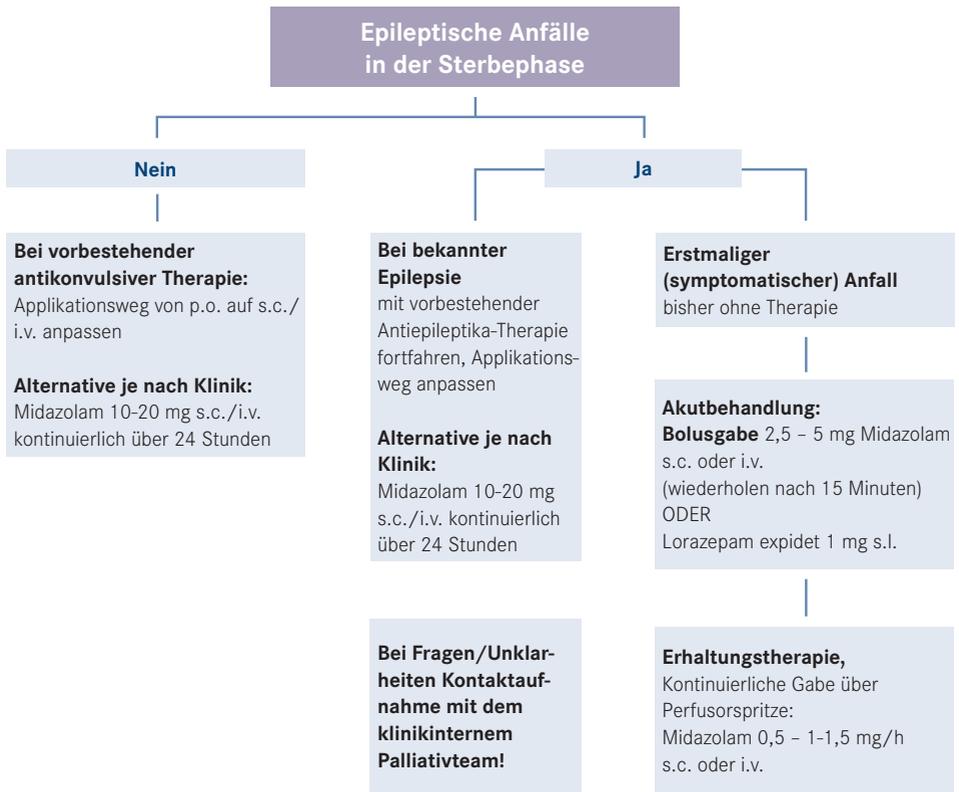
Rasselatmung



Allgemeine Hinweise:

- Seitlagerung des Kopfes damit das Abfließen des Sekretes begünstigt wird.
- Das Absaugen wird im Allgemeinen nicht empfohlen. Bei sichtbarem Sekret im oberen Teil des Rachens kann ein Versuch gemacht werden.
- Die hemmende Wirkung von Anticholinergika auf die Bronchialsekretion wirkt sich erst nach einigen Stunden auf das klinische Phänomen der Rasselatmung aus. Daher ist ein frühzeitiger Einsatz sinnvoll. Nebenwirkung der Anticholinergika ist Mundtrockenheit; daher auf intensive Mundpflege achten (Angehörige übernehmen dies meist gerne!)
- Bei komatösen Patienten und einer Behinderung der Atmung durch die Erschlaffung der Rachenmuskulatur kann ein Wendeltubus indiziert sein.

Epileptische Anfälle in der Sterbephase



Allgemeine Hinweise:

Patienten die als antiepileptische Therapie bisher Keppra® (Levetiracetam) eingenommen haben, können dies auch s.c. als Dauerinfusion via Perfusor erhalten. Hier kann die zuvor oral eingenommene Dosis in 50 ml NaCl 0,9% über 24 Stunden subkutan verabreicht werden.

Rémi C., J Pain Palliat Care Pharmacother., 2014, Sutherland AE, BMJ Support Palliat Care, 2018

Über das Sterben reden

Wird ein Patient vom multiprofessionellen Behandlungsteam als sterbend (siehe HES Dokument) eingeschätzt, sollte dies einfühlsam durch den behandelnden Arzt mit dem Patienten und auch mit seinen Angehörigen besprochen werden. Ein Großteil der Patienten ahnt dies bereits und wird dankbar darüber sein, dass diese Einschätzung nicht vor ihm geheim gehalten wird.

Möglicher **Einstieg** in ein solches Gespräch:

„In den letzten Tagen hat sich Ihr Zustand leider weiterhin verschlechtert. Wir machen uns große Sorgen, dass sich Ihr Körper nicht wieder erholt sondern weiter schwächer wird. Wie sehen Sie Ihre Situation?“

„Möchten Sie unsere Einschätzung hören?“

„Unserer Einschätzung nach bleibt Ihnen weniger Zeit, als wir vor einigen Tagen noch dachten.“

„Wir halten es für möglich/ wahrscheinlich, dass Sie in den nächsten Tagen versterben könnten.“

Im **Verlauf**

„Es tut mir sehr leid Ihnen dies so mitteilen zu müssen“.

„Darf ich mit Ihren Angehörigen ebenfalls so offen über Ihren Zustand sprechen?“

„Was ist Ihnen jetzt besonders wichtig?“ (z.B. keine Schmerzen/Luftnot etc. aushalten zu müssen, zu Hause sterben zu wollen, Besuch durch die Seelsorge)

„Macht Ihnen die Situation Angst?“ „Haben Sie Angst vor dem Sterben?“ (z.B. wie werde ich sterben, Sorge um die zurückbleibenden Angehörigen, könnte ich diese Krankheit vererben?)

Abschluss

„Wir werden gut auf Sie aufpassen und uns um Sie kümmern“.

„Sie können jederzeit Bedarfsmedikation zur Linderung von Schmerzen etc. erhalten, Sie müssen die Beschwerden nicht aushalten!“

„Wir möchten gern bestmöglich für Sie sorgen: gibt es im Moment etwas, was wir besser machen können/ für Sie tun können?“

Erläuterung des Behandlungsplanes

Der Einschätzung, dass eine Patientin innerhalb der nächsten Tage versterben könnte, sollte eine Anpassung des Behandlungsplanes erfolgen. Die meisten, bis dahin regelhaft durchgeführten Untersuchungen haben in der Sterbephase nicht mehr den Stellenwert, insbesondere wenn keine therapeutische Konsequenz daraus gezogen wird. Dies betrifft das Messen der Vitalzeichen, Bestimmung des Blutzuckers, die Abnahme von Laborkontrollen oder die Monitorüberwachung.

Da die Patientinnen und ihre Angehörigen diese Maßnahmen aber z.T. über einen längeren Zeitraum gewohnt waren, z.T. auch sehr fixiert darauf sind, muss die Anpassung des Behandlungsplans angekündigt & erläutert werden:

Mögliche Formulierungen

„Damit Sie mehr Ruhe finden können, werden wir nicht mehr täglich bei Ihnen Blut abnehmen/nicht mehr so oft den BZ messen etc..“ Wir entscheiden mit Ihnen von Tag zu Tag, was wir benötigen, um Sie gut versorgen zu können.“

Die Anpassung des Behandlungsplanes beinhaltet auch das Absetzen von bisher durchgeführten Maßnahmen:

- Medikamente, die nicht der Beschwerdelinderung dienen
- Intravenöse Antibiose
- Intravenöse Flüssigkeitszufuhr
- Intravenöse Ernährung
- Sondenkost
- Deaktivierung eines ICD
- Transfusionen

Ist das baldige Versterben sehr wahrscheinlich und soll aus Sicht des Patienten/der Angehörigen auch nicht in die Länge gezogen werden, dann sollten alle o.g. Maßnahmen beendet werden.

Es gibt Situationen, in denen die verbleibende Zeit auf mehrere Tage, vielleicht sogar noch 1-2 Wochen eingeschätzt wird und es für den Patienten wichtig ist, diese Zeit zu haben, um Dinge zu regeln, die Anreise eines wichtigen Menschen zu erleben etc. In solchen Situationen kann es sinnvoll sein eine Antibiose zunächst fortzuführen, nochmals Transfusionen zu verabreichen und falls der Patient nicht eigenständig trinken kann auch Infusionen zu geben.

Mögliche Formulierungen

„Da es Ihnen so wichtig ist, den Besuch Ihrer Tochter in möglichst wachem Zustand zu erleben würde ich Ihnen gerne die Infusionen bis dahin weitergeben und noch einmal 2 Blutbeutel verabreichen (z.B. Hb 6,0 g/dl)“.

Absetzen der intravenösen Ernährung/Sondenkost

Im natürlichen Sterbeprozess haben die meisten Menschen weniger bis keinen Hunger. So lange ein Patient noch kleine Mengen Nahrung zu sich nehmen kann und möchte, sollen ihm natürlich auch in der Sterbephase angemessene Angebote (kleine Mengen nach Vorlieben und Geschmack) gemacht werden. Bei der Zufuhr von intravenöser Ernährung ist aber zu beachten, dass in sehr vielen Fällen

- die Kalorien von den Patienten im Sterben gar nicht mehr richtig verwertet werden können und somit eine Belastung für den Körper darstellen und es
- zu vermehrten peripheren Ödemen, verstärkter Rasselatmung oder einem Lungenödem kommen kann.

Je nach Situation kann es wichtig sein die Patienten und/oder Angehörige zu informieren und zu beruhigen, dass der Patient durch das Absetzen der künstlichen Ernährung nicht leiden wird.

Mögliche Formulierungen

„In der jetzigen Situation oder „wenn wir Sie jetzt im Sterben begleiten, dann werden wir Ihnen keine künstliche Nahrung/Kalorien zuführen, da ihr Körper diese gar nicht mehr verwerten kann.“ „Die damit verbundenen Flüssigkeitsmengen könnten auch im Gewebe eingelagert werden und für Sie unangenehm sein.“ „Wann immer Sie Appetit auf etwas haben, geben Sie uns bitte Bescheid.“

Absetzen der intravenösen Flüssigkeit

Das Absetzen der intravenösen Flüssigkeit kann für Patienten und Angehörige emotional sehr belastend sein.

Das Gefühl einen geliebten Menschen „verdursten zu lassen“ kann zu einem erschwerten Trauerprozess führen.

Es ist daher sehr wichtig, dies gut zu erläutern und im **Konsens** mit den Angehörigen/Patienten zu entscheiden.

Informationen:

- Manchmal ist es auch aus medizinischer Sicht (z.B. bei sehr hohen benötigten Opioidgaben zur Beschwerdelinderung) sinnvoll z.B. 500 ml NaCl 0,9% oder Sterofundin (s.c. möglich) zu verabreichen. Hiermit schadet man dem Patienten in der Regel nicht.
- Die künstliche Flüssigkeitszufuhr lindert nicht das Durstgefühl!
- Das Durstgefühl wird am besten durch intensive Mundpflege (z.B. mit kleinen Mengen Wassereis, befeuchten der Lippen und Mundschleimhaut; Angehörige übernehmen dies gerne) gelindert.

Mögliche Formulierungen

„In der jetzigen Situation oder „wenn wir Sie jetzt im Sterben begleiten, dann sollten wir auf die künstliche Flüssigkeitszufuhr verzichten“

„Sie haben/ Ihr Angehöriger hat in den letzten Tagen sehr viel Flüssigkeit eingelagert, so dass wir jetzt sehr vorsichtig sind mit der Zufuhr von Infusionen“, „wir möchten Ihnen/Ihrem Angehörigen nicht schaden“. „Sagen Sie uns, wenn Sie Durst haben.“

Angehörige

Die Begleitung eines sterbenden Menschen stellt für die Angehörigen eine besondere Belastung dar. Manche sind traurig, verzweifelt, hadernd, wütend und/oder erschöpft. Viele Angehörige haben bereits vor der Sterbephase in der Versorgung des kranken Angehörigen Enormes geleistet. Es gibt auch Sterbesituationen, die an sich schwer auszuhalten sind, weil der Patient eine schwere, stöhnende Atmung hat oder sehr unruhig ist und vielleicht sogar leidend wirkt. Hier ist es hilfreich und entlastend, wenn dies vom behandelnden Arzt angesprochen und gewürdigt wird.

Mögliche Formulierungen

„Sie sitzen jeden Tag einige Stunden hier am Bett Ihres Angehörigen. Das Warten/die Ungewissheit ist ganz schön anstrengend.“

„Sie begleiten Ihren Angehörigen so rührend, ich finde das sehr bemerkenswert.“

„Ich kann mir vorstellen, dass es ganz schön anstrengend ist hier den ganzen Tag am Bett zu sitzen. Wer kümmert sich denn um Sie?“

„Achten Sie bitte auch auf sich! Sie sollten ausreichend trinken.“

Angehörige sind dankbar, wenn sie vom Behandlungsteam signalisiert bekommen, dass niemand erwartet, dass sie rund um die Uhr am Sterbebett verweilen. Manchmal plagt die Angehörigen die Sorge, dann eventuell nicht beim Sterben dabei zu sein.

Zentrum für ambulante Hospiz- und Palliativversorgung Mainz/Rheinessen gGmbH

Anschrift: Im Niedergarten 18, 55124 Mainz-Gonsenheim

Tel.: 06131-235 531

Email: kontakt@mainzer-hospiz.de

Homepage: mainzer-hospiz.de

Angebote für Trauernde: Offener Gesprächskreis für Trauernde, mobiles Trauercafé,
ressourcenorientierte Wanderun für Trauernde

Termine werden auf der Homepage bekannt gegeben.

Psychosoziale Krebsberatungsstelle

Anschrift: Gärtnergase 6, 55116 Mainz

Tel.: 06131-9201609

Email: mainz@krebsgesellschaft-rlp.de

Angebote: Beratungstermine, Gesprächsgruppe für Angehörige
Terminvereinbarung über die o.g. Telefonnummer!

Flüsterpost e.V. – Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Anschrift: Lise-Meitner-Str. 7, 55129 Mainz

Tel.: 06131-5548798

Email: info@kinder-krebskranker-eltern.de, Homepage: kinder-krebkranker-eltern.de

Angebote: Beratungstermine; individuell an die Bedürfnisse angepasst

Trauernde Eltern & Kinder Rhein-Main e.V.

Anschrift: Carl-Zeiss-Strasse 32

Tel.: 06131-6172658

Email: kontakt@eltern-kinder-trauer.de, Homepage: eltern-kinder-trauer.de

Angebote: Gruppenangebote, Einzelbegleitung, Kindertrauer

Notizen

A series of horizontal dotted lines for writing notes.