

Die letzte Lebensphase

Definitionen und Begriffe

Methode: Rundgespräch, Lehrvortrag

Zeit: 10 Minuten

Einleitung

Die letzte Lebensphase ist ein dynamischer Prozess, der vielschichtige Symptome und Probleme aufweisen kann. Für den Patienten bedeutet diese letzte Lebensphase Abschied nehmen von geliebten Menschen, Wünschen und Hoffnungen, zuletzt den Abschied von dieser Welt. "Die letzte Aufgabe, die wir Menschen zu lösen haben, ist uns zu lösen von der Welt, die uns umgibt, den Menschen, denen wir anhängen, von der Kraft, die wir gewohnt waren unsere zu nennen, und schließlich von uns selbst." (M. Müller). Neben der Behandlung von Symptomen ist die menschliche Zuwendung wichtiger denn je, um dem Patienten, aber auch Angehörigen und Freunden zu zeigen, dass sie im Sterben bzw. bei der Begleitung Sterbender und mit ihrer Trauer nicht alleine gelassen werden.

Innerhalb der letzten Lebensphase kann man die Rehabilitations-, Terminal- und (Prä)Finalphase oder Finalphase unterscheiden. Zum Einstieg in das Thema ist es hilfreich, zunächst eine Begriffsklärung vorzunehmen.

Impulse

Wie definieren Sie die Begriffe

- Rehabilitationsphase,
- Terminalphase
- (Prä-)Finalphase?

Lernziele

- Die Teilnehmer kennen die Definitionen der Begriffe Rehabilitations-, Terminal- und (Prä)Finalphase.

Definitionen

Die Begriffe Rehabilitationsphase, Terminalphase oder (Prä-)Finalphase werden nicht einheitlich verwendet und definiert. In Palliative Care werden die Phasen im Allgemeinen jedoch wie folgt unterschieden:

Rehabilitationsphase definiert die Phase der letzten Monate, selten Jahre, in der trotz der Erkrankung ein weitgehend normales aktives Leben möglich ist. In dieser Phase der zeitbegrenzten Rehabilitation wird eine Wiederherstellung bzw. längerfristige Erhaltung der Mobilität der Patienten angestrebt. Gleichzeitig wird durch den ganzheitlichen Therapieansatz mit psychosozialer und spiritueller Begleitung sowie der Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine Rehabilitation der geistigen Leistungsfähigkeiten der Patienten gefördert. Dies geschieht u.a. mit dem Ziel, dass der Patient bis zuletzt sein Leben so aktiv wie möglich gestalten kann.

Terminalphase beschreibt den Zeitpunkt von einigen Wochen, manchmal Monaten, vor dem Tod, in denen die Aktivität aufgrund der Erkrankung trotz guter Schmerztherapie und Symptomkontrolle zunehmend eingeschränkt wird.

Der Begriff **(Prä-)Finalphase** umschreibt die eigentliche **Sterbephase** und bezieht sich auf die letzten 72 Stunden des Lebens.

Die letzte Lebensphase

Vernachlässigtes Thema im Gesundheitssystem

Methode: Rundgespräch

Zeit: 20 Minuten

Einleitung

In Zeiten der zunehmend technisierten Medizin, der scheinbar unbegrenzten therapeutischen Möglichkeiten und des seinerzeit weit verbreiteten Irrglaubens, die „Medizin des beginnenden 20. Jahrhunderts“ müsse nahezu jede Erkrankung heilen können, wurde Sterbenden zunehmend weniger Beachtung geschenkt. Die Finalphase galt als Zeit, in der man für den Patienten nichts mehr tun könne oder der Eintritt eines Patienten in die Finalphase wurde gar nicht erkannt.

Impuls

- Welche Folgen hat(te) die Technisierung der Medizin auf den Umgang mit sterbenden Menschen?

Lernziele

- Die Teilnehmer (er)kennen die Folgen der Technisierung der Medizin und deren Auswirkungen auf die Begleitung von Patienten in der letzten Lebensphase.

Folgen der Technisierung der Medizin

- Fehlende Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen in der Gesellschaft, da das Sterben in Institutionen verlagert wurde.
- Fehlendes Wissen (der Umgang mit sterbenden Menschen wurde nur unzureichend gelehrt)
- Unsicherheit (aufgrund fehlender Erfahrung und Unwissenheit, aber auch aufgrund der Tatsache, dass der Tod nicht mehr als Teil des Lebens akzeptiert wurde)
- Angst bei Patienten und Angehörigen, dass der Sterbeprozess der Patienten künstlich verlängert werden könnte/würde.
- Beschränkung der Felder, über die man mit dem Patienten kommuniziert/e (durch das Unterlassen von Aufklärung der Patienten wurde/wird eine offene und ehrliche Kommunikation verhindert und somit Tod und Sterben nicht thematisiert. Hinzu kann eine in der Sterbephase mangelnde verbale Kommunikationsfähigkeit des Patienten kommen).
- Sterben wird als Niederlage erlebt.

„Woran erkenne ich, dass ein Mensch sterbend ist?“

Methode: Rundgespräch

Zeit: 45 Minuten



Einleitung

Die Bedürfnisse von Patienten ändern sich in der Terminal- und Finalphase. Wenn auch nicht immer genau vorher eingeschätzt werden kann, wann ein Patient in die Sterbephase eintreten wird, so wird eine gute Krankenbeobachtung dazu beitragen, eine Situationseinschätzung vornehmen zu können, welche dann praxisrelevante Konsequenzen haben sollte: Der Patient und seine Angehörigen können vorbereitet, wichtige Fragen Wünsche und Ängste besprochen und eventuell geklärt werden (z.B. Therapieverzicht, Flüssigkeitssubstitution, Sedierung etc.). Im Anschluss daran können Pflege- und Behandlungsziele adaptiert und ein Therapieplan erstellt werden. Dieses Vorgehen bietet oft gute Rahmenbedingungen dafür, dass der Sterbeprozess eines Patienten symptomarm und ruhig verläuft.

Impuls

- Nennen Sie Anzeichen für den Beginn der Terminal- und Finalphase!

Lernziele

- Die Teilnehmer (er)kennen die Anzeichen der Terminal- und Finalphase.
- Die Teilnehmer werden für eine differenzierte Krankenbeobachtung in der letzten Lebensphase sensibilisiert.
- Die Teilnehmer nehmen die Bedeutung einer differenzierten Wahrnehmung des Prozesses wahr.

Anzeichen der Terminalphase, modifiziert nach Twycross und Lichter

Als Anzeichen für das Eintreten in die Terminalphase kann gelten, wenn der Patient

- an einer fortgeschrittenen, progressiven Krankheit mit schlechter Prognose leidet,
- zunehmend bettlägerig und extrem geschwächt ist,
- neue Symptome beklagt (z.B. Unruhe, Dyspnoe, Angst, Schmerz, Somnolenz),
- unter zunehmender Schläfrigkeit mit zeitweiser Desorientiertheit leidet,
- immer weniger Interesse für Essen und Trinken aufbringt,
- immer weniger Interesse für seine Umgebung und sein Leben zeigt
- und eine oder mehrere lebensbedrohende Komplikationen hat.

Und: wenn Arzt und Pflegende den Zustand des Patienten so einschätzen, dass dessen Tod bevorsteht

Wenn die meisten oder alle oben genannten Punkte erfüllt sind, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Patient im Laufe der nächsten Wochen und manchmal Monate sterben wird.

Diese Phase verläuft gewöhnlich in langsamen Schritten, kann aber auch plötzlich und für alle mehr oder weniger unerwartet und damit belastender ablaufen.

Körperliche Anzeichen des bevorstehenden Todes (Auswahl)

- Vermehrte Müdigkeit und Teilnahmslosigkeit
- Längere Schlafphasen bis hin zum Koma
- Reduzierung von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Reduzierung der Urinausscheidung
- Kalte Füße, Arme, Hände (schwache Durchblutung) oder übermäßiges Schwitzen
- Dunkle, livide Verfärbung der Körperunterseite, Hände, Knie und/oder der Füße (Marmorierung)
- Bleiche „wächserne“ Haut
- Ausgeprägtes Mund- Nasendreieck
- Schwacher Puls
- Blutdruckabfall
- Reduzierte Wahrnehmung der Außenwelt (Zeit, Raum, Personen)
- Veränderter Atemrhythmus (Cheyne-Stoke´sche Atmung)
- Präfinales Rasseln

Finalphase

Schmerztherapie und Symptomkontrolle

Methode: Gruppenarbeit, Rundgespräch, Lehrvortrag

Zeit: 90 Minuten

Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben.

Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden

ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können.

Was immer in den letzten Stunden geschieht, kann viele Wunden heilen, aber auch in unerträglicher Erinnerung verbleiben ...

Cicely Saunders

Einleitung

Die Aussage von Cicely Saunders macht deutlich, dass die Behandlung der Symptome in den letzten Lebens- tagen eine hohe Priorität haben sollte. Ängste, Stress und die verschiedensten Emotionen müssen von Patienten, deren Familien und auch dem behandelnden und begleitenden Team bewältigt werden. Die Dynamik der Symptome in der Finalphase fordert von allen Beteiligten eine gute Beobachtung der auftretenden Veränderungen. Oftmals sind die Patienten nicht mehr in der Lage, die Stärke ihrer Schmerzen oder anderer Symptome anzugeben. Die Qualität der Fremdeinschätzung und der klinischen Beobachtung sind häufig entscheidend dafür, ob die Symptome des Sterbenden gut behandelt werden oder nicht.

Impulse

- Bitte nennen Sie Symptome und Probleme, die in der letzten Finalphase auftreten können.
- Wie würden Sie diese behandeln?

Lernziele

- Die Teilnehmer (er)kennen Probleme und Symptome in der Finalphase.
- Die Teilnehmer kennen medizinische Behandlungsmöglichkeiten in der Finalphase.
- Die Teilnehmer kennen Möglichkeiten pflegerischen Handelns in der Finalphase.

Prinzipien der Behandlung in den letzten Tagen des Lebens

- Symptomkontrolle hat höchste Priorität
- Überprüfung der Medikation und der Intensität auftretender Symptome
- Anpassung der pflegerischen Maßnahmen
- Vermeidung unnötiger Interventionen
- Kommunikation mit dem Patienten und dessen Angehörigen
- Unterstützung der Angehörigen

Häufige Symptome in der Finalphase und therapeutische Möglichkeiten

I. Schmerzen (→ Schmerztherapie)

Ursachen

- Tumorprogression
In der Finalphase kann ein Tumorprogress auftreten, der Schmerzen verursacht. Oftmals ist Schmerz in dieser Phase ein Hinweis auf ein akutes Geschehen.
- Dehydratation
Eine Dehydratation bei sterbenden Menschen kann aufgrund einer „physiologischen“ Niereninsuffizienz zu erhöhten Morphinmetaboliten führen, aber auch eine schmerzreduzierende Endorphinausschüttung bewirken und somit die Anpassung der Schmerzmedikation erforderlich machen.
- metabolische Veränderungen
Metabolische Veränderungen, z.B. eine Hyperkalzämie, können neben Müdigkeit, Unruhe und Übelkeit auch zur Verstärkung der Schmerzen führen.
- neu aufgetretene Liegeschmerzen infolge zunehmender Bettlägerigkeit
- erschwerte Medikamenteneinnahme
führt häufig zu einer nun nicht mehr regelmäßigen Gabe der Analgetika und kann damit zu einer Zunahme von Schmerzen führen
- Angst vor dem Sterben und der Verlust von körperlicher und geistiger Kontrolle (Selbstbestimmungsmöglichkeiten)

Medikamentöse Behandlungsstrategien in der Finalphase

- festes Zeitschema
- regelmäßige Applikation
- ausreichende Bedarfsmedikation
- gute Beobachtung der Symptome und des Verlaufs
- Dosisanpassung, ggf. Umstellung der Applikation durch den Arzt
- Erfolgskontrolle

Die Schmerztherapie sollte auch in der Finalphase nach den Grundsätzen der WHO erfolgen (ggf. reicht die alleinige Gabe starker Opiode aus). Anhand der Ergebnisse sorgfältiger und regelmäßiger Überwachung – auch durch Fremdbeurteilung (Angehörige, Freunde, Pflegende etc.) - erfolgt die Anpassung der Therapie, zu der auch die Verschreibung einer ausreichenden Bedarfsmedikation gehört. Eine Dosisreduktion der Analgetika kann sinnvoll sein.

Regelmäßige Beobachtung und klinische Untersuchung sind dringend angezeigt, um „einfach“ zu behandelnde Schmerzsachen (z.B. ein neu aufgetretener Harnverhalt), zu erkennen (Patient, der nicht mehr verbal kommunizieren kann, ist unruhig) und adäquat zu behandeln.

Applikation der Analgetika

Bei zunehmend reduziertem Allgemeinzustand, zunehmender Somnolenz und schwieriger oraler Medikamenteneinnahme muss der Applikationsweg der Analgetika in der Sterbephase geändert werden.

Applikationsweg

Die subkutane Applikation der starken Opiode kann als Bolusgabe alle 4 Stunden über eine subkutan gelegte Butterflykanüle erfolgen. Wird, insbesondere bei ambulanter Versorgung, eine Entlastung des Patienten oder der Angehörigen in der Nacht angestrebt, kann die letzte Abenddosierung um 50% erhöht werden und die nächtliche Gabe entfallen. Infolge der erhöhten Dosis kann es zu Müdigkeit und damit zu einer besseren Nachtruhe kommen. Eine Überdosierung ist nicht zu befürchten. Es besteht auch die Möglichkeit, die Analgetika kontinuierlich über eine Pumpe zu verabreichen.

Ist eine subkutane Injektion nicht möglich, kann ein bisher oral gegebenes retardiertes Opiat (z.B. MST Retard-tablette®) auch in Tablettenform vorübergehend rektal verabreicht werden.

II. Präfinales Rasseln (präfinale Rasselatmung, terminales Rasseln, präfinales Lungenrasseln)

In den letzten Stunden des Lebens ist das präfinale Rasseln - eine geräuschvolle Atmung - ein häufiges Symptom. (→ *respiratorische Symptome*)

Häufig kann der sterbende Patient aufgrund zunehmender muskulärer Schwäche und Bewusstseinsstörung die Sekrete nicht mehr abhusten oder schlucken.

Durch Sekret, das vor der Stimmritze hin und herbewegt wird, entsteht das rasselnde Geräusch. In der Regel wirkt das Gesicht des Patienten entspannt, obwohl die In- und Expiration behindert zu sein scheinen. Das stetige rasselnde Atemgeräusch ist für Betreuende oft ängstiger und verunsichernder als für den Patienten selbst.

Krankenbeobachtung

- Gesichtsausdruck
- Atemgeräusch
- Körperreaktionen
- Atemtypus und Atemfrequenz
- Vigilanz
- In- und Expiration
- Salivation (Speichelfluss)

Pflegerische Behandlungsmöglichkeiten

- **Lagerung**

Die Lagerung eines Patienten vom Rücken auf die Seite führt häufig schon zu einer Minderung des Atemgeräuschs.

- **Absaugen**

Das Absaugen von Sekret sollte beim präfinalen Patienten nur ausnahmsweise erfolgen, da die Sekretneubildung relativ rasch erfolgt und der Effekt deshalb meist nur von kurzer Dauer ist. Hinzu kommt, dass das Absaugen für die meisten Patienten sehr belastend ist (Ausnahme: tracheotomierte Patienten, die mit dem Absaugen vertraut sind). Selbst stark bewusstseinsgetrübte, sterbende Patienten reagieren mit Abwehrreaktionen auf das Absaugen.

Medikamentöse Behandlung

Anticholinergika (Sekrethemmung durch Applikation von Parasympatholytika)

Scopolamin® 0,5 – 1mg subcutan alle 4 – 6 Stunden,

Hinweis: Scopolamin® ist nur über die internationale Apotheke zu beziehen.

Alternativ: N-Butylscopolamin (Buscopan®) subcutan 20 mg alle 4 Stunden oder

Glycopyrroniumbromid (Robinul®) 0,2 mg alle 6 Std. Subcutan.

Entscheidend für den Behandlungserfolg mit anticholinerg wirksamen Medikamenten ist deren frühzeitiger Einsatz, da Sekret, das bereits vorhanden nicht durch Medikamente beseitigt werden kann.

Hinweis: Anticholinergika können eventuell bestehende Mundtrockenheit verstärken.

III. Mundtrockenheit (→ Mundpflege)

Mundtrockenheit in der Finalphase kann verschiedene Ursachen haben. Neben der häufig bestehenden Mundatmung wird sie durch Medikamente (Opioide, Scopolamin) meist noch verstärkt. Es ist wichtig festzustellen, inwieweit die Mundtrockenheit belastend für den Sterbenden selbst ist, z.B. steht hier die regelmäßige Befeuchtung der Mundschleimhaut im Vordergrund.

IV. Unruhe / Verwirrtheit (→ Verwirrtheit)

Unruhe und Verwirrtheit in der Finalphase können Zeichen des nahenden Todes sein. Akute Verwirrheitszustände (Delir) sind meistens mit Phasen von Halluzinationen und paranoiden Wahnvorstellungen verbunden und kommen in agitierter, hyper- und hypoaktiver Form vor. Die terminale Unruhe kann sich in motorischer Agitiertheit äußern (Patienten versuchen nach etwas zu greifen, nesteln, reden leise und unverständlich) und zahlreiche Ursachen haben.

V. Dyspnoe (→ *Dyspnoe*)

Respiratorische Symptome wie Dyspnoe, Husten und respiratorische Panikattacken sind bei Palliativpatienten häufig und bekommen für Patienten und die Angehörigen in der Finalphase zunehmende Bedeutung. Die palliativmedizinischen Strategien zielen auf eine Abnahme der Tachypnoe und somit der Atemarbeit und auf die Beeinflussung der Wahrnehmung der Atemnot ab.

Das wichtigste Medikament für die Behandlung der Dyspnoe ist Morphin, bei einigen Patienten in Kombination mit Anxiolytika wie Diazepam oder Lorazepam.

Wirkungen von Morphin bei Dyspnoe:

- Erhöhung der Toleranz gegenüber erhöhten CO₂-Werten
- Senkung der Atemfrequenz und Erhöhung des Atemzugvolumens mit Ökonomisierung der Atmung
- Dämpfung der emotionalen Reaktion am limbischen System

Medikamentöse Therapie der Dyspnoe

- Morphin [2,5]5-10 mg oral alle 4 Stunden und bei Bedarf zusätzlich, wenn Patient bisher keine starken Opiode erhalten hat, sonst 1/6 bis 1/3 der bisherigen Tagesdosis
- Lorazepam (Tavor®) 1 – 2,5 mg sublingual alle 6-8 Stunden und bei Bedarf zusätzlich
- Midazolam (Dormicum®) 2,5 – (10 mg) intravenös (Dosistitration)
- Promethazin (Atosil®) 10 - 25 mg p.o.
- Levopromazin (Neurocil®) 5 - 15 mg p.o. oder subkutan in extremen Situationen)

Dyspnoeattacke

- Morphin 5-10 mg s.c., Dosistitration, evtl. intravenöse Applikation. Bei Patienten, die bereits mit starken Opioiden (Morphin) vorbehandelt sind, 1/6 bis 1/3 der bisherigen Tagesdosis zusätzlich applizieren.

Hinweis:

In der Sterbephase sollten alle die Medikamente abgesetzt werden, die für den Patienten keinen Nutzen haben wie Laxanzien, Diuretika, Herz- und Kreislaufmittel, Antibiotika, Glukokortikoide, Antidepressiva und selbstverständlich auch die Zytostatika.