

Palliative Care am Lebensende

Wenn das „Wohlfühlen“ oberste Priorität hat

MARIANNE KLOKE

Wenn keine Heilung von Tumorpatienten mehr möglich ist, rückt das Wohlbefinden des Patienten in den Mittelpunkt. Delir oder terminales Rasseln sind Symptome, die es dann zu kontrollieren gilt. Neben der gewissenhaften Betreuung von sterbenden Krebspatienten ist auch die Sorge um deren Angehörige ein wichtiger Teil der Palliativmedizin, denn „Bedenkt – den eigenen Tod stirbt man nur, doch mit dem Tod der anderen muss man leben“ (Mascha Kaléko).

So wie die letzten Lebenswochen oder Tage ist auch das Sterben Teil des Lebens mit dem Tod des Individuums als Endpunkt. Palliativmedizin achtet das Leben; somit wird das Sterben als zum Wesen des Menschen gehörender Prozess bejaht und sein Eintreten weder beschleunigt noch verzögert. Die Individualität des Menschen setzt sich in der Einzigartigkeit des rationalen, emotionalen und spirituellen Umgangs mit der eigenen Krankheit, dem zunehmenden Verfall und dem Sterben fort. Es gibt somit kein richtiges oder gutes Leiden und Sterben, sondern nur die Einmaligkeit des persönlichen Todes. Der Respekt vor dem Mysterium Leben und somit auch Sterben gebietet einen wertschätzenden Umgang mit allen Beteiligten, besonders auf dieser Zielgeraden des Lebens. Der Patient hat

ein Recht auf eine angemessene, seine Autonomie und Würde respektierende Lebens- und Sterbebegleitung, die seine Familie und Freunde einbezieht. Der ethische Auftrag an die Begleitenden und Behandelnden kann somit nur lauten: Sie müssen Bedingungen herstellen, die diesem Anspruch gerecht werden, sich dabei aber bewusst sein, dass selbst eine perfekte Palliativmedizin Leiden im existenziellen Sinn nicht verhindern kann.

Die letzte Lebensphase

Die Symptommuster fortgeschrittener maligner, neurologischer oder auch internistischer Erkrankungen weisen deutliche Unterschiede auf. Die letzten Tage und Wochen dominieren komplexe Syndrome, die sich zumeist aus dem progredienten Versagen wesentlicher Organe ableiten

lassen. Erschwerend kommt ein allgemeiner Kräfteverfall hinzu. Die Dynamik des Erkrankungsprozesses ist enorm und gekennzeichnet durch ein Mit- und Nebeneinander physischer und psychischer Symptome mit oftmals erheblichen tageszeitlichen und situativen Schwankungen [Krikorian A et al. 2011]. Zahlreiche Studien, deren Ziel die Evaluation sicherer Prädiktoren für den Beginn der Terminal- bzw. Sterbephase war, haben zu nicht eindeutigen Ergebnissen geführt [Quinten C et al. 2009]. Als sicheres Indiz für den Beginn der Sterbephase gilt hingegen immer noch das terminale Rasseln. Der „Liverpool Care Pathway for the Dying“ ist ein erprobter Behandlungspfad für die Begleitung in der Sterbephase [Ellershaw J et al. 2003]. Er ist ein hervorragendes Instrument zur Implementierung palliativmedizinischen Denkens und Handelns in verschiedenen Institutionen. Die ersten Schritte sind in **Abb. 1** dargestellt.

Wechsel des Applikationsweges von Medikamenten

Bei mindestens 20 % aller Patienten ergibt sich in der Terminalphase die Notwendigkeit einer parenteralen Zufuhr von Medikamenten, dieser Prozentsatz steigt in den

Mit Sterbenden können wir zwar nicht mitgehen, aber ihnen eine Brücke bauen, um ihnen den Übergang zu erleichtern, das können wir schon.

letzten drei Tagen auf 75, in der letzten Stunde auf 90% an [Laugsand EA et al. 2009]. Hauptursache ist eine Einschränkung des Bewusstseins mit konsekutiver Schluckunfähigkeit (Tab. 1), weitere Gründe sind neuronale Schluckstörungen, allgemeine Schwäche, Erbrechen und insuffiziente enterale Resorption. Somit sollten zuerst alle nicht essenziell notwendigen Medikamente abgesetzt werden, wie z. B. Lipidsenker, Antihypertensiva, Diuretika, oft auch orale Antidiabetika etc.

Daraufhin werden die als unverzichtbar geltenden Substanzen ausgewählt – mit Blick auf den Erhalt der Lebensqualität und der Notwendigkeit der Prophylaxe sonst wahrscheinlicher Komplikationen (z. B. Polyurie und -dypsie bei Hyperglykämie, Krampfneigung bei Hypoglykämie, symptomatische Herzrhythmusstörungen). Vermeiden sollte man dabei:

- einen Entzug z. B. bei Opioiden, Benzodiazepinen und Kortikosteroiden,
- die Schaffung neuer Symptome, z. B. die Verstärkung eines M. Parkinson durch Neuroleptika-Gabe, das Auslösen eines Krampfanfalls bei einer Krampfneigung durch hochpotente Neuroleptika oder andere anticholinerge wirkende Substanzen.

Eine kurzfristige Alternative ist die rektale Applikation wie sie für Antiemetika, Analgetika und Kortikosteroide möglich ist. Längerfristig wird die (regelmäßige) Gabe von Suppositorien jedoch zumeist nicht gut toleriert. Bei der Verwendung von transdermalen Systemen ist zu beachten, dass sich hier eine volle Wirksamkeit erst nach 18 Stunden einstellt und gerade in der Terminal- und Finalphase die Resorptionsbedingungen individuell verändert sind. In der Sterbephase ist der Ersteinsatz von Schmerzplaster nicht indiziert! Viele essenzielle Medikamente werden bukkal hervorragend absorbiert wie z. B. fast alle typischen und einige atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon), Fentanyl und einige Benzodiazepine wie z. B. Lorazepam und Midazolam. Gerade für Laien ist dies ein gut zugänglicher Weg, selbst wenn ein Teil der Medikamente parenteral appliziert wird. Auch im Bedarfsfall erlaubt es ein der akuten Situation angepasstes Vorgehen.

Der subkutane Applikationsweg ist für nahezu alle in der Palliativmedizin relevanten Substanzen gut möglich, auch

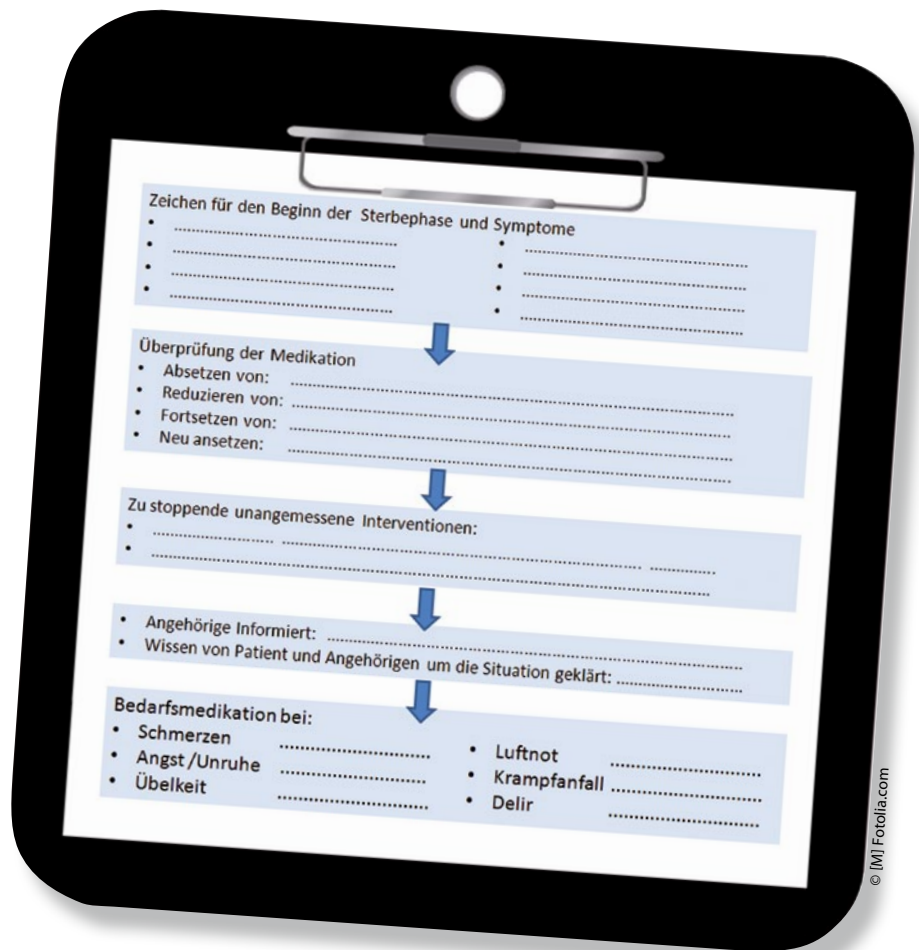


Abb. 1: Die ersten Schritte des „Liverpool Care Pathway for the Dying“, eines erprobten Behandlungspfads für die Begleitung in der Sterbephase.

wenn für diesen im Einzelfall keine Zulassung vorliegt. Dies gilt insbesondere für alle Neuroleptika, Opioiden, Midazolam und Clonazepam. Hier eignen sich sowohl Venenverweil- als auch Flügelkanülen oder spezielle Subkutannadeln. Die Verweildauer eines solchen Systems ist individuell verschieden und hängt von der Granulombildung ab, sie liegt zumeist aber zwischen drei und zehn Tagen. Eine Fixierung mit einer Transparentfolie ermöglicht es, die Einstichstelle zu beobachten und eine eventuelle Dislokation oder Entzündung frühzeitig zu erkennen.

Die Resorption ist thorakal am besten. Ist ein dauerhafter sicherer venöser Zugang vorhanden (z. B. Port), so kann und soll er auch ambulant für die Zufuhr von Medikamenten benutzt werden. Hierbei muss sich der verordnende Arzt von der Befähigung der Pflegekräfte zum sachgerechten Umgang mit dem Portsystem überzeugen, sonst darf keine Delegation erfolgen.

Externe Pumpen mit einer Basis-/Bolusfunktion werden besonders im ambulanten Bereich verwendet. Hierbei gibt die Pumpe kontinuierlich eine zuvor bestimmte Menge einer Substanz ab. Der Patient kann sich eine definierte Substanzmenge bei Bedarf anfordern, wobei zumeist noch ein Mindestabstand für erfolgreiche Bolusgaben und eine maximal mögliche Zahl pro Zeiteinheit festgelegt ist. In der Terminalphase bietet der Einsatz von externen Pumpen mit Basis-/Bolusfunktion immer dann Vorteile, wenn ein umständliches und kontaminationsträchtiges Medikamentenaufziehen hierdurch vermieden, die Gabe von zusätzlichen Dosen im Bedarfsfall einfach und unkompliziert geregelt und Angst vor Dosierungsfehlern durch den Patienten oder seine Angehörigen genommen werden kann. Die Nutzung ist nicht angebracht, wenn bei Fehlfunktionen oder Rückfragen kein entsprechender Notfallservice zeitnah zur Verfügung steht oder der Patient bzw. die Familie Angst im Umgang mit tech-

Checkliste bei Schluckunfähigkeit		Tabelle 1
Frage	Beispiel	
Welche Medikamente sind verzichtbar?	Lipidsenker, Antihypertensiva, Urikosurika, Antidiabetika	
Welche Medikamente sind unverzichtbar?	Antikonvulsiva, Analgetika, Antiemetika, Antipsychotika, Sedativa, Anxiolytika	
Was ist der günstigste Applikationsweg?	bukkal, rektal, subkutan, intravenös als Bolusgabe oder kontinuierlicher Infusion	
Gibt es Ersatz für die nur enteral verfügbaren Medikamente?	Antikonvulsiva: s. l. Lorazepam/Clonazepam/Midazolam, i. v. Valproat/Levetiracetam/Lacosamid/Midazolam/Clonazepam	
	Myotonolytika: statt Baclofen Versuch mit hochdosierten Benzodiazepinen	
	Antihypertensiva: Clonidin s. c., β -Blocker i. v.	
Laxanzien: Versuch mit rektalen Abführmaßnahmen		
Gelten die bekannten oralen Bioverfügbarkeiten?	Zunahme der oralen Bioverfügbarkeit bei Leberinsuffizienz z. B. bei Morphin und Hydromorphon	
Ändert sich die Wirkdauer beim Umstellen von enteral nach parenteral?	Parenteral sind fast keine Retardzubereitungen verfügbar, Wirkdauer nicht retardierter Opioide nur vier Stunden!	

nischen Geräten haben und eine rasche und wiederholte Anpassung der erforderlichen Dosen zu erwarten ist. Die Ungeheuerlichkeit, die es für viele Menschen bedeutet, einem geliebten Menschen eine Spritze auch subkutan zu geben, darf nicht unterschätzt und muss thematisiert werden. Nicht wenige Angehörige fühlen sich insbesondere dann überfordert, wenn es hier um die Gabe einer Bedarfs- oder Notfallmedikation geht (Mythos Todesspritze!). Dies ist eine natürliche Grenze für die technisch einfache und bei Beachtung der Wirkdauer der Substanzen (z. B. Morphin und Hydromorphon parenteral vier Stunden!) auch effektive Methode der Gabe von Einzeldosen.

Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr

Eine grundsätzliche Beschränkung der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist in der Terminalphase nicht indiziert, außer der Patient wünscht diese aufgrund einer fehlenden Wasserdiurese. Auch ist jede Form der Diät, insbesondere der sogenannten Aufbaukost, unnötig. Oft ist der Patient einfach zu müde und schlapp zur Nahrungsaufnahme, Kauen und Schlucken werden zu den anstrengendsten Dingen des Tages und nehmen so oft die Kraft zur Kommunikation mit den Angehörigen. Das intestinale Blutpooling nach

der Nahrungsaufnahme verstärkt die Müdigkeit und oft auch die Dyspnoe.

Viele der in dieser Phase häufigen Symptome wie Pleuraerguss, Aszites, Anasarka, Erbrechen bei (Sub-)Ileus verstärken sich durch eine parenterale Volumenzufuhr.

Eine Rehydrierung ist nach heutigem Wissensstand sicher indiziert bei Patienten, deren kognitive Fähigkeiten sich unter laufender Opioid-Therapie verschlechtern oder die opioidtypische Nebenwirkungen erleiden. Inwieweit sich eine Rehydrierung wirklich positiv auf die kognitiven Fähigkeiten auswirkt, bleibt umstritten, darf somit aber unter kontrollierten Bedingungen im Einzelfall probiert werden [Dalal S et al. 2004].

Palliation häufiger Symptome am Lebensende

Ein Delir ist ein organisches Psychosyndrom, weshalb es auch in der Terminalphase mit ihren zahlreichen somatischen Komplikationen besonders häufig auftritt. Nach einem uncharakteristischen Vorstadium mit Unruhe, Ängstlichkeit und vegetativen Störungen treten produktive Symptome wie Halluzinationen und Wahn auf. Es kommt zu Störungen des Bewusstseins, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses sowie der Aufmerksamkeit und Orientierung – am ehesten betrifft

dies den Ort, aber auch die Zeit und schließlich die Situation und die Person selbst. Der Antrieb kann gesteigert oder auch vermindert sein. Wichtig ist der relativ kurze Beginn (innerhalb von Stunden bis Tagen) sowie die ausgesprochene Fluktuation der Symptome. Eine Tag-Nacht-Umkehr erschwert das Krankheitsbild.

Ein Drittel aller Delire am Lebensende sind reversibel, deshalb ist eine das Erkrankungsstadium (Lebensende oder Sterbephase) berücksichtigende Diagnostik indiziert. Wesentlich ist hierbei oft die Reduktion bzw. das Absetzen von Medikamenten, insbesondere von solchen mit einer anticholinergen Wirkung. Ist ein Entzug der Auslöser, so ist das Wiedereinführen der Substanz zielführend. Wesentliche und häufig leicht korrigierbare Ursachen sind ebenso Stoffwechsellentgleisungen mit hoher negativer Prädiktionskraft für die Lebenserwartung wie z. B.. Hypo-/Hyperglykämie, Hypo-/Hypernatriämie, Hyperkalziämie. Fiebersenkung und Rehydrierung bei Exsikkose sind effektiv [Bush SH et al. 2009]. Antipsychotisch wirksam sind Haloperidol (hochpotent, auch s. l. Gabe mgl.) aber auch Melperon und Pipamperon (mittelpotent). Die atypischen Neuroleptika wie Risperidon (s. l. Gabe mgl.) und Quetiapin (bei M. Parkinson) sind gut einsetzbar. Alle Substanzen senken die Krampfschwelle (hochpotente mehr als mittel oder niederpotente oder atypische Neuroleptika). Von daher ist ggf. bei entsprechender Disposition eine Bedarfsanordnung für den Krampfanfall sinnvoll [Heyland DK et al. 2009].

Das terminale Rasseln ist ein sicherer Indikator für den Beginn der Sterbephase. Die wichtigste therapeutische Intervention ist in diesen Fällen zumeist die Abgrenzung zur Ersticken und das Gespräch mit den besorgten Angehörigen. Lageveränderungen und eine Reduktion der Flüssigkeitszufuhr (maximal 1 l pro Tag) sind effektive Maßnahmen. Da der Wirkeintritt von transdermalem Scopolamin mit 12 Stunden oft zu verzögert ist, kann hier Glycopyrronium s. c./i. v. gegeben werden. Es hat aufgrund seiner besseren Verträglichkeit N-Buptylscopolamin oder Atropin verdrängt [Mercadante S et al. 2011]. Zur Palliation anderer häu-



Abb. 2: Mantel- und Innenseite des Essener Palliativausweises

figer Symptome wie Schmerzen, Nausea, Erbrechen, Dyspnoe und Husten sei hier auf die einschlägigen Lehrbücher der Palliativmedizin verwiesen.

Palliation von „Notfällen“ am Lebensende

Plötzlich auftretende schwere Schmerzzustände, Ersticken, akute agitierte Delire mit Fremd- oder Selbstgefährdung, akute Blutungen sowie epileptische Anfälle sind klassische „Notfälle“ am Lebensende. Sie führen oft genug zu Krankenhauseinweisungen oder intensivmedizinischer Behandlung, die weder vom Patienten gewollt noch medizinisch sinnvoll sind [Laufenberg-Feldmann R et al. 2011]. Um dies zu vermeiden, sollten Patienten frühzeitig eine eindeutige Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht erstellen. Zusätzlich ist eine vorausschauende Planung für eine solche im Rahmen des Wahrscheinlichen liegende und damit vorhersehbare Situation nötig. In Essen steht hierfür der bei allen Rettungskräften bekannte „Essener Palliativausweis“ zur Verfügung (Abb. 2).

Er hat die Form eines Schrittmacher ausweises und enthält neben der Willenserklärung zu intensivmedizinischen und/oder Wiederbelebungsmaßnahmen bereits erste Hinweise auf das Verhalten bei möglichen Komplikationen [Kloke M. 2011]. Es hat sich bewährt, Angehörige in Verhaltensregeln einzuweisen und ihnen schriftliche Verhaltensanweisungen für derartige Situationen auszuhändigen

(z. B. Verhalten bei Krampfanfällen, Verhalten bei Blutungen aus dem Mund, Verhalten im Luftnotanfall; s. a. www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de). Akute Komplikationen sind am Lebensende oft eine Indikation für eine palliative Sedierung.

Palliative oder therapeutische Sedierung

Palliative Sedierung ist definiert als eine mit Medikamenten herbeigeführte Einschränkung des Bewusstseins. Sie ist eine Behandlungsmaßnahme, die zur Linderung sonst unerträglichen Leides getroffen wird, und hat nicht den Tod des Patienten zum Ziel. Sie ist somit keine sub-

tile Form der Euthanasie, sondern palliativmedizinisch gebotenes Handeln. Als Behandlungsmaßnahme bedarf sie der Indikation und der Zustimmung des Patienten. Indikationen sind anderweitig nicht ausreichend beherrschbare physische (z. B. Schmerzen, Dyspnoe, kontinuierliches Erbrechen) und psychische Symptome (z. B. Halluzinationen, Delir und andere organische Psychosyndrome). Eine palliative Sedierung kann auch eingeleitet werden bei interventionsrefraktären, schwersten psycho-existenzialen Symptomen wie z. B. bei dem Gefühl der Wert-/Bedeutungslosigkeit, der Abhängigkeit von der Hilfe anderer/Unfähigkeit der Selbstfürsorge, Todesangst/-panik

Wirkprofile zur Sedierung eingesetzter Substanzen			Tabelle 2
Substanzen	Wirkprofil	Besonderheit	
Benzodiazepine — Midazolam — Clonazepam — (Lorazepam) — (Diazepam)	sedierend antikonvulsiv anxiolytisch myotonolytisch ↑ antidyspnoeische Opioidwirkung	inverse Reaktionen möglich	
Opiode — Auswahl nach Vorbehandlung und Organfunktion	sedierend (nur initial) antidyspnoeisch analgetisch ↑ antidyspnoeische Opioidwirkung	Bei Erstgabe: — prophylaktisch Antiemetikum — auf Harnverhalt achten — auf Enddarmfüllung achten	
Neuroleptika — Promethazin — Levomepromazin — Haloperidol — Chlorpromazin	sedierend antiemetisch antipsychotisch anxiolytisch	Xerostomie Parkinsonoid, EPM-Syndrom Prokonvulsivogen	

oder bei absoluter sozialer Isolation. Dies darf allerdings nur unter Beachtung bestimmter Vorgaben geschehen: zeitnahe Hinzuziehung eines Psychologen, Durchführung als „Respite Sedation“, d. h. wiederholte Unterbrechung der Sedierung und Indikationsüberprüfung [Cherny NI et al. 2009]. Indikation, Durchführung und Verlauf einer Sedierung müssen dokumentiert werden (Abb. 3).

Die Qualität der Symptomkontrolle muss kontinuierlich überprüft werden, indem die nonverbale Kommunikation analysiert wird und Provokationstests erfolgen (passives Durchführen von als schmerzhaft bekannten Bewegungen). Ebenso die Sedierungstiefe bedarf einer regelmäßigen Kontrolle, wobei verschiedene, zumeist aus der Anästhesie entlehene Skalen (z. B. Ramsey Skala) zur Anwendung kommen. Das Wohlbefinden des Patienten entscheidet über die erforderliche Sedierungstiefe und -dauer. Eine Sedierung sollte nach 24 bis 48 Stunden so weit wie möglich ausgesetzt werden, um zu klären, ob eine Fortsetzung der Sedierung angebracht ist. Wichtig ist, dass vorbestehende Symptome wie Übelkeit, Halluzinationen, Schmerzen, Dyspnoe etc. weiterhin behandelt werden. Auf diese Weise lässt sich das Auftreten eines Entzugs vermeiden. Eine Sedierung ist nicht notwendigerweise mit einem Verlust des Hör-, Seh-, Riech-, Schmeck- und Fühlvermögens verbunden. Die (Rest-) Funktionen der Sinne können vielmehr therapeutisch genutzt werden (Spielen der Lieblingsmusik, Auftragen des Lieblingsparfüms, Fühlen eines Kuscheltieres oder der Lieblingsdecke, Mundpflege mit dem Lieblingsgetränk). Wichtig ist die exakte Krankenbeobachtung, um Stresssituationen für den sedierten Patienten schnell zu erkennen und möglicherweise zu unterbinden.

Substanzen der ersten Wahl sind Benzodiazepine wie Midazolam, Clonazepam und Lorazepam. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Geschwindigkeit des Wirkeintritts und der Wirkdauer. Opioide sind zur Sedierung schlecht geeignet, da ihre sedierende Wirkung limitiert ist und einer raschen Tachyphylaxieentwicklung unterliegt. Neuroleptika haben neben der sedierenden auch antiemetische und antipsychotische Wirkungen. Sie sind jedoch aufgrund der extrapyramidal mo-

Palliative Sedierung

(Dokumentation)

>> Indikation

unzureichend beherrschte körperliche Symptome: _____

unzureichend beherrschte psychische Symptome: _____

sonstige: _____

geplant: _____ plötzlich: _____

Patientenadrema oder Name + Geburtsdatum einfügen

>> Zustimmung zur Sedierung durch

Patient

Person des Vertrauens (nur bei nicht einwilligungsfähigen Patienten)

Abstimmung im Team erfolgt

>> Form der Sedierung	>> Tiefe der Sedierung
<input type="checkbox"/> Medikation bei Bedarf	<input type="checkbox"/> leicht erweckbar
<input type="checkbox"/> zeitweilig befristet auf / bis	<input type="checkbox"/> schwer erweckbar
<input type="checkbox"/> dauerhaft (terminal, Sterbephase)	<input type="checkbox"/> nicht erweckbar

>> Familie informiert

ja nein nicht erwünscht

>> Medikation zur Sedierung		
Substanz	Indikation(en)	Dosis(-bereich)

>> Vorbestehende Medikation, die fortgeführt wird		
Substanz	Indikation(en)	Dosis(-bereich)

>> Besonderheiten/relevante Begleiterkrankungen		

>> Essen, den _____ angeordnet von: _____ Unterschrift: _____

Dokument erstellt am 10.02.2010 durch M. Kloke Freigabe: M. Kloke
 1. Revision 02/2011 durchgeführt
 nächste Revision 02/2012 geplant
 Netzwerk Palliativmedizin Essen (NPE) Tel. 02 01/174-4 99 99 info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de
 Henricistraße 40-42 | 45136 Essen Fax 02 01/174-4 99 90 www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de

Abb. 3: Dokumentationsvorlage für Indikation, Durchführung und Verlauf einer Sedierung (mit freundl. Genehmigung des Netzwerks Palliativmedizin Essen).

torischen Nebenwirkungen und des krampfsenkenden Potenzials nur eingeschränkt empfehlenswert. Bei allen Substanzen gilt es, die erforderliche Dosis individuell zu titrieren und ggf. geeignete Kombinationen zur Palliation des gesamten Symptomkomplexes zu wählen. Als Ausweichsubstanzen bei einer erschwerten Sedierung gelten Propofol und Ketamin, wobei Letzteres in Kombination mit einem Benzodiazepin zur Anwendung kommen sollte. Die erforderlichen Dosierungen unterliegen interindividuell

starken Schwankungen und korrelieren nur wenig mit dem Körpergewicht; wesentliche Einflussfaktoren sind Organfunktionseinbußen, erwünschte Sedierungstiefe, Zusammensetzung der Sedativakombination – falls erforderlich – sowie Dauer, Art und Dosis der vorbestehenden zentral wirksamen Medikation. Somit ist es empfehlenswert, mit einer Substanz zu beginnen, deren Wirkung rasch eintritt und nur kurz anhält wie dies z. B. bei Midazolam der Fall ist [Caraceni A et al. 2011] (Tab. 2).

Deklaration der Rechte Sterbender		Tabelle 3
Ich habe das Recht,	bis zuletzt als lebender Mensch behandelt zu werden.	
	stets noch hoffen zu dürfen – worauf immer sich diese Hoffnung auch richten mag.	
	von Menschen umsorgt zu werden, die sich eine hoffnungsvolle Einstellung zu bewahren vermögen – worauf immer sich diese Hoffnung auch richten mag.	
	Gefühle und Emotionen anlässlich meines nahenden Todes auf die mir eigene Art und Weise ausdrücken zu dürfen.	
	kontinuierlich medizinisch und pflegerisch versorgt zu werden, auch wenn das Ziel „Heilung“ gegen das Ziel „Wohlbefinden“ ausgetauscht werden muss.	
	nicht allein zu sterben.	
	schmerzfrei zu sein.	
	meine Fragen ehrlich beantwortet zu bekommen.	
	nicht getäuscht zu werden.	
	von meiner Familie und für meine Familie Hilfen zu bekommen, damit ich meinen Tod annehmen kann.	
	in Friede und Würde zu sterben.	
	meine Individualität zu bewahren und meiner Entscheidungen wegen nicht verurteilt zu werden, wenn diese im Widerspruch zu den Einstellungen anderer stehen.	
	offen und ausführlich über meine religiösen und/oder spirituellen Erfahrungen zu sprechen, unabhängig davon, was diese für andere bedeuten.	
	dass die Unverletzlichkeit des menschlichen Körpers nach dem Tode akzeptiert wird.	
von fürsorglichen, empfindsamen und klugen Menschen umsorgt zu werden, die sich bemühen, meine Bedürfnisse zu verstehen und die fähig sind, innere Befriedigung daraus zu gewinnen, dass sie mir helfen, meinem Tod entgegen zu sehen.		
<i>Übersetzung aus dem Englischen nach Barbus A. 1975</i>		

Bedürfnisse des Sterbenden

Die Bedürfnisse eines Sterbenden sind in der „Deklaration der Rechte Sterbender“ zusammengefasst [Barbus A. 1975] (Tab. 3). Ihnen gerecht zu werden, setzt zusätzlich zu einer hohen fachlichen auch große menschliche Kompetenz und Reife voraus.

Bedürfnisse der Angehörigen

Entsprechend dem palliativmedizinischen Anspruch gehört die Fürsorge für die Angehörigen mit zum Aufgabenspektrum, denn diese sind durch den nahenden Tod sowie das Miterleben von Leid und Abschiednehmen belastet. Unverzichtbare Elemente einer Angehörigenbegleitung sind:

- geduldiges Erklären der Sachverhalte und der Situation,
 - Brückenbauen bei Sprachlosigkeit zwischen Patient und Familie,
 - das Angebot einer verlässlichen Hilfe und die Zusage des Nicht-Verlassens.
- Der erlebten Hilflosigkeit und Ohnmacht lässt sich begegnen, indem man Angehörige zu pflegerischen Maßnahmen anleitet wie Mundpflege, fachkundiges Anreichen von Getränken und Speisen, Erlernen einfacher Lagerungstechniken (U- oder V-Lagerung bei Dyspnoe, Kutschersitz), Massagetechniken (z. B. Kolonmassage und heiße Rolle) und passives Bewegen von Gelenken. Dadurch stellt sich der aus Angst unterbliebene Körperkontakt wieder her und das führt

manchmal sogar zum Ausdruck von Zärtlichkeit.

Fazit

Sterben gehört zu jedem Leben unabdingbar dazu. Aufgabe der Palliativmedizin ist es, den Patienten in diesem Lebensabschnitt nicht zu verlassen, sondern ihm beizustehen. Dazu gehört, die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten zu beachten und auf sie einzugehen. Wissen, Können und Fähigkeiten sind dafür unverzichtbare Bausteine, deren Fundament die Achtung vor dem menschlichen Leben und der ihm innewohnenden Unverletzlichkeit ist. Mit Sterbenden können wir mitleben, aber nicht mitgehen. Unsere Begleitung können wir dagegen den Angehörigen anbieten. Die Ehrfurcht vor dem individuellen Sterbeprozess gebietet eine Auseinandersetzung der Lebenden mit dem Tod, denn Abschiednehmen beginnt im Leben.

Beitrag inklusive Literatur online unter www.springermedizin.de/im-focus-onkologie

Marianne Kloke,

Zentrum für Palliativmedizin
 Kliniken Essen-Mitte
 Henricistr. 92
 45136 Essen
m.kloke@kliniken-essen-mitte.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)
 ASORS im Internet: www.asors.de



Infos auf springermedizin.de

Den zugehörigen Beitrag „Betreuung in der letzten Lebensphase: ‚End-of-Life Care‘ für Tumorpatienten – Anforderungen und Spezifika“ finden Sie in der Oktober-Ausgabe von IM FOCUS ONKOLOGIE und online unter: www.springermedizin.de/im-focus-onkologie

Literatur

1. Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology*. 2011 Oct 11. doi: 10.1002/pon.2087. [Epub ahead of print].
2. Quinten C, Coens C, Mauer M et al. (EORTC Clinical Groups). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol*. 2009; 10(9): 865–71.
3. Ellershaw J. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003; 326(7379): 30–4.
4. Laugsand EA, Kaasa S, de Conno F et al. (Research Steering Committee of the EAPC). Intensity and treatment of symptoms in 3030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *J Opioid Manag*. 2009; 5(1): 11–21.
5. Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *J Support Oncol*. 2004; 2(6): 467–79, 483.
6. Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. *Oncologist*. 2009; 14(10): 1039–49.
7. Heyland DK, Allan DE, Rocker G et al. (Canadian Researchers at the End-of-Life Network, CARENET). Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. *Open Med*. 2009; 3(2):e101–10.
8. Mercadante S, Villari P, Ferrera P et al. Refractory death rattle: deep aspiration facilitates the effects of antisecretory agents. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(3): 637–9.
9. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B, Weber M et al. Leben retten –sterben zulassen Erfassung notärztlicher Einsätze bei Pateinten in der Terminalphase. *Schmerz*. 2011; 25: 69–76.
10. Kloke M. Notfallpalliation statt Notarzt. *Notfall Rettungsmed*. 2011; DOI 10.1007/s10049-011-1430-3. [Epub ahead of print].
11. Cherny NI, Radbruch L (Board of the European Association for Palliative Care). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009; 23(7): 581–93.
12. Caraceni A, Zecca E, Martini C et al. Palliative sedation at the end of life at a tertiary cancer center. *Supp Care Cancer*. 2011 Jul 16. [Epub ahead of print].
13. Barbus A. Leitung des Workshops unter dem Thema „Der Todkranke und der Helfer“ in Lansing/Michigan (USA), 1975: Deklaration der Menschenrechte Sterbender abgedruckt in der Broschüre „Zu Hause sterben“, herausgegeben von Anne Busche und Johann-Christoph Student, Hannover 1986.