

Palliativmedizin und Sterbebegleitung

in der ambulanten Versorgung

*würdig leben bis zuletzt -
Sterben als Teil des Lebens*

Dr.med.Brigitte Hoffmann

„Sterben“ ist auch eine Diagnose

Ärzte erkennen nur schlecht, wenn der Tod anklopft

LIVERPOOL (rs) – Zwar machen Evidenz-basierte Leitlinien auch vor dem Tod nicht halt. Doch die Begleitung Sterbender liegt immer noch im Argen.

Aus:
ÄRZTLICHE PRAXIS
25. Februar 2003

Dr.med.Brigitte Hoffmann

Palliativmedizin

„ ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“

---- Therapiezieländerung !

Dr.med.Brigitte Hoffmann

Juristische Begriffe

- **Aktive Sterbehilfe:** Tötung auf Verlangen, nach § 216 StGB gesetzlich verboten !
- **Beihilfe zum Suizid:** Bereitstellung des Mittels zum Suizid nicht strafbar; wider ärztlichen Ethos – berufsrechtliche Konsequenzen
- **Passive Sterbehilfe:** „Sterben lassen“, im Wesentlichen auf Wunsch des Patienten, nicht strafbar
- **Indirekte Sterbehilfe:** „Therapie am Lebensende“
lt. Bundesärztekammer nicht zu definieren, da kein unmittelbarer Zusammenhang von Schmerzmittelgabe und Eintritt des Todes

Dr.med.Britgite Hoffmann

„Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“

7.05.2004

Präambel :

- **Ablehnung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid**
- **Selbstbestimmungsrecht des Patienten betont**
- **Basisbetreuung :** z.B. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, Stillen von Hunger und Durst
- **Medizinische Behandlung:** kann in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen werden; Änderung d. Therapieziels von kurativer zu palliativer Behandlung

Dr.med.Britgite Hoffmann

I. Absatz:

- **wahrheitsgemäße Unterrichtung des Patienten**
- **auf vorhandene Ängste wird eingegangen**
- **es ist ärztliche Aufgabe mit den Angehörigen zu sprechen**

II. Absatz :

- **Änderung des Behandlungszieles bei absehbarem Sterben und auf Wunsch des Patienten --- Überleitung in Palliative Maßnahmen**
- **in Zweifelsfällen Teamberatung**

Dr.med.Britgite Hoffmann

III. Absatz:

- „schwerste cerebrale Schädigung“ bedeutet nicht zwingend im Sterbeprozess zu sein, daher lebenserhaltende Maßnahmen „grundsätzlich geboten“

IV. Absatz:

- den Wunsch des „einwilligungsfähigen“ Patienten achten
- Ablehnung der Behandlung durch den Patienten „bindend“ sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat
- der „mutmaßliche Wille“ ist juristisch bindend:
 - seine früheren Äußerungen, seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden

Dr.med.Britgite Hoffmann

V. Absatz :

- Widersprechen sich Ärztliche Indikation und Patientenwillen, muss die Entscheidung über das Vormundschaftsgericht getroffen werden

Dr.med.Britgite Hoffmann

Patientenverfügung

- **Gültigkeitsbedingungen:**
 - Einwilligungsfähigkeit bei Abfassung
- **Formalien:**
 - formlos
 - Beglaubigung nicht notwendig
 - keine zeitlichen Fristen
 - Widerruf jederzeit und formlos
- **Inhalt:**
 - Therapiebegrenzung
 - Einforderung strafrechtlich verbotener Handlungen nicht möglich

Dr.med.Britgite Hoffmann

Bedürfnisse und Wünsche sterbender Menschen

- nach Hause kommen
 - nicht allein gelassen werden
 - Selbstbestimmungsrecht
 - Fragen nach dem Sinn des Lebens
 - ohne Schmerzen und ohne Entstellungen zu leben
- *excellence in symptom control*

Dr.med.Britgite Hoffmann

Symptomkontrolle

- Schmerzen
- Erbrechen und Übelkeit
- Dyspnoe

Dr.med.Britgite Hoffmann

- *Eine gute Palliativmedizin versucht einer vermuteten Symptomentwicklung durch vorzeitigen Behandlungsbeginn zuvorzukommen (antizipatives Handeln und nicht Krisenintervention)*
- *Größtmögliche Sicherheit aber auch Autonomie für das Betreuungsnetz vor Ort*
- *Verzicht auf belastende, unnütze Therapiemaßnahmen*
- *Keine Diagnostik ohne Konsequenz*

Dr.med.Britgite Hoffmann

1.) Schmerzen

- rechtzeitiger Einsatz von Morphin !!
- Therapieplan mit Angabe von Einnahmezeiten
- bei Neueinstellung/Umstellung Schmerzskala
- bei Durchbruchschmerzen Add-on-Analgetikum
- **Cave:** Obstipation (keine Toleranzentwicklung !)
während das Antiemetikum nach ca. 3 Wo wieder abgesetzt werden kann
- Morphinpflaster nicht bei Kachexie u. Ikterus !!!
- bei fehlender Schmerzeinstellung :
 - Kombination mit Coanalgetika suchen
 - Opioidrotation bzw. Änderung der Applikation

Dr.med.Britgite Hoffmann

Coanalgetika

- Knochenschmerzen - NSAR
 Kortikoide
 Bisphosphonate
- viszerale Schmerzen - Metamizol
 Butylscopolamin
- Kapselschmerz d.
 Leber, Milz - Kortikoide
- neuropathische
 Schmerzen - Antikonvulsiva
 Antidepressiva
- Myalgie - Tetrazepam, Flupirtin-
 maleat

Dr.med.Britgite Hoffmann

➤ *Nicht der Schmerz, sondern der Mensch, der Schmerzen hat muss behandelt werden !!*

➤ *Merke:*

Sorgen, Trauer, Angst, Isolation aber auch Schlafmangel und Langeweile senken die Schmerzschwelle und führen zu stärkerer Schmerzwahrnehmung

Dr.med.Britgite Hoffmann

2.) Erbrechen und Übelkeit

- *Ursachen*: gastrointestinal, cerebral, metabolisch, medikamentös, toxisch, psychisch
- *Erste Maßnahmen*: Absetzen aller verzichtbaren Medikamente, Frischluft, angenehme Düfte, kleine („keine“) Mahlzeiten

Dr.med.Britgite Hoffmann

- **Gastrale Stase, funktionelle Obstruktion**
 - *Metoclopramid*
 - *Domperidon*
- **GI-Obstruktion**
 - *Dimenhydrinat*
 - *Haloperidol*
- **Erhöhter intrakranieller Druck**
 - *Dexamethason*
 - *Dimenhydrinat*

Dr.med.Britgite Hoffmann

- **Metabol., chem. Ursachen** (Hyperkalziämie, Urämie; Opioido, Digitalis)
 - *Haloperidol*
 - *Levomepromazin*
- **Chemotherapie**
 - *Ondansetron*
 - *Dexamethason*
- **psychisch**
 - *Levomepromazin*
- **Schluckauf**
 - *Metoclopramid*
 - *Levomepromazin*
 - *Nifedipin* (Entspannung d. Zwerchfells)

Dr.med.Britgite Hoffmann

3.) Dyspnoe

- Atemnot ist das, was der Patient sagt, nicht das, was wir messen !
- In der Agonie bei 90% veränderte Atmung
- „Todesrasseln“ : keine Atemnot !
 - Für die Angehörigen sehr belastend
 - Therapie: Buscopan 4-5Amp. sc., Scopolamin sc /Pflaster
 - Absaugen meist ohne Effekt !!
- Durch Flüssigkeitszufuhr in der Agonie wird der Sterbeprozess infolge Zunahme von Pleuraerguss, Aszites und Todesrasseln erschwert !

Dr.med.Britgite Hoffmann

Therapie :

- | | |
|---------------------|--|
| - allgemein : | - Bedarfsmedikamente : |
| ✓ Ruhe und Lagerung | ✓ Tranquilizer
(Lorazepam, Midazolam) |
| ✓ Atemanleitung | ✓ Opiate
(10mg Morphin bzw. 20-50mg der Tagesdosis) |
| ✓ Fenster auf | ✓ Neuroleptika
(Levomepromazin) |
| ✓ Ablenkung | ✓ Steroide
(Dexamethason) |
| ✓ Ätherische Öle | |
| ✓ Ventilator | |

Dr.med.Britgite Hoffmann

„Der Palliativ – Notfallkoffer“

- Morphin (ret. oral, Amp., Tr.)
- Laxantien (z.B.: Dulcolax Tr.+ Supp)
- Dexamethason
- Metamizol
- Lorazepam (sublingual) u./o. Midazolam
- Haloperidol u./o. Levomepromazin
- Dimenhydrinat u. Metoclopramid

Dr.med.Britgite Hoffmann

- Butylscopolamin (mindestens 5 Amp.)
- Antikonvulsiva (Gabapentin, Carbimazol)
- Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin)
- Furosemid
- zusätzlich: Urinkatheter, NaCl 500ml, Abocath

Merke:

fast alle in der Palliativmedizin notwendigen
Medikamente sind sc. zu verabreichen !

Wie kann der Mensch heute würdig sterben ?

- 95 % der Beschwerden lassen sich *medikamentös und durch ausführliche Gespräche* mit den Patienten und ihren Angehörigen
- sowie durch Schaffung einer *ruhigen und sicheren Atmosphäre* behandeln !

..... wenn

- wenn Ärzte die *Diagnose „Sterben“* stellen und der Betroffene damit die Chance erhält seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern.
- und Ärzte durch Wahrhaftigkeit in der Kommunikation Entscheidungsräume schaffen
- wenn alle Beteiligten anerkennen, dass die Bedürfnisse des Sterbenden im Mittelpunkt stehen
- und Sterbebegleitung in einem gleichberechtigten multiprofessionellen Team gelebt wird

- wenn ein gesunder Umgang mit Nähe und Distanz gepflegt wird
- und eigene Ressourcen gesucht werden (Supervision, Rituale, Seelsorge,...)
- wenn in schwierigen Begleitungssituationen Fallbesprechungen bzw. Round-table-Gespräche mit allen Beteiligten durchgeführt werden
- wenn wir alle vorhandenen ambulanten Strukturen zu einer ambulanten Palliativversorgung vernetzen

Dr.med.Brigitte Hoffmann

0179/ 8120106 „rund um die Uhr“

Februar



2007

V Vernetzte
A Ambulante
P Palliativ
H Hospizliche
V Versorgung

Dr.med.Brigitte Hoffmann

*Sterbebegleitung
 ist eine erfahrungsvolle,
 intensive Auseinandersetzung
 mit dem Leben*

Dr.med.Brigitte Hoffmann

**„Sterbebegleitung ist
Haltung , Kompetenz und Erfahrung“**

Dr.E. Kübler- Ross

Dr.med.Brigitte Hoffmann

denn....

Die Kunst des Sterbens

Von Dr. Franz Kamphaus

Die deutsche Vergangenheit, religiöse Überzeugung, das Urteil der Vernunft, alles spricht dagegen,
daß Ärzte Todgeweihten Sterbehilfe leisten.

Dem die Kunst des Sterbens, die Ars moriendi, fällt letztlich zusammen mit der Kunst des Lebens, der Ars vivendi.
Wer nicht sterben kann, der kann auch nicht leben.
