

Zuhause Sterben

Was kann die Palliativmedizin dazu
beitragen?

Dr. Susanne Roller
Innere Medizin, Palliativmedizin



Teil III Grenzen der Begleitung zuhause

Akute Notfälle

Überlastung der Angehörigen

Suizidgedanken

Sterbephase



Wissen, wohin es geht



Angst im Sterben

Vor körperlichen Symptomen

Vor Einsamkeit

Vor Belastung der Angehörigen

Vor Abhängigkeit

Vor langem Leiden

Vor zu kurzer Zeit

Vor dem Danach

**Jeder Mensch hat ein
Recht zu leben – aber
keine Pflicht**



Die letzten Stunden

- Die meisten Schwerkranken sind bis wenige Stunden vor dem Tod ansprechbar
- Die körperlichen Veränderungen sind teils krankheitsspezifisch, teils unspezifisch

Sterbeverläufe

Mehr Schlaf

Weniger Kommunikation

Atempausen und Rasselatmung

Durchblutungsveränderungen

Bewegungen („Gehen“)

Terminalphase

- **A**bsetzen

Medikamente, Infusionen, Kontrollen, Prophylaxen

- **U**msetzen

Subkutane Gabe, 24-Stunden-Gabe

- **S**ichern

Bedarfsmedikamente, Notfallplan

Thesen zum FVET

- FVET wird seit Menschengedenken praktiziert
- Es ist das Recht eines jeden Menschen, Essen und Trinken einzustellen
- Niemand darf zum Essen gezwungen werden
- **Ausnahme** psychiatrische Erkrankung, Strafvollzug

FVET/FVNF

Freiwillig – selbstbestimmt

Verzicht – nicht Entzug

Nahrung und/oder Flüssigkeit

Dauernd oder intermittierend?

Fortführung der palliativen Begleitung und
Symptombehandlung

Einnahme eines tödlichen Giftes ist nicht reversibel!

Expertenaussage DGP

„... alle Zustände verminderter Nahrungsaufnahme bei begonnenem **Sterbeprozess** beziehungsweise infolge bestehender Grunderkrankung (sind) strikt vom FVNF abzugrenzen. ... Auch eine ... Nahrungsverweigerung im Rahmen einer demenziellen Symptomatik stellt keinen FVNF dar.“

Stellungnahme der DGP

Der Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) wird von Patient*innen mit unerträglichem anhaltendem Leid als selbstbestimmte Entscheidung getroffen, um das Sterben zu beschleunigen. Dieser Entschluss sollte genau so wie jede andere Form eines Sterbewunsches bei Palliativpatient*innen vom Behandlungsteam wahrgenommen und respektiert werden. **FVET ist nicht als Suizid zu bewerten**, kann aber auch nicht als Therapieverzicht eingeordnet werden. Vielmehr ist der FVET als **eigene Handlungskategorie (sui generis)** zu betrachten.



Definition Notfall palliativ

„**Notfall**“ beschreibt eine unvorhersehbare oder plötzlich eintretende **für Patient und/oder Angehörige bedrohliche** Situation, die sofortiges Handeln erfordert.

nach Collins, modifiziert Roller 2018

**Ziel → Weiterleben ermöglichen
(für Patient und/oder Angehörige)**

Palliativer Notfall

- Akute Veränderung bei einem Patienten in der palliativen Situation (oft vorhersehbar)
- Nicht „maximal“ sondern „optimal“ handeln
- Die richtige Be-Handlung für diesen Patienten in dieser Situation vorausplanen
- Ein mögliches Sterben thematisieren

Medizinischer Notfall

- Akute Verschlechterung körperlicher Symptome
- Meist vorbekannte Situation
- Medikamentenplan immer aktualisieren
- Medikamente vor Ort bereit
- Gabe klären (Wer, Wie, Wie oft, Dosis)
- Notfallplan und Notfallnummern (24/7)

Sozialer Notfall

Dekompensation der Angehörigen

Physisch

Psychisch

Notfallplan

Wer wird informiert?

Was tun? (Medikamentengabe?, Notaufnahme?)

Was keinesfalls tun?



**Ein Gegenüber zum Austausch haben
in der Sorge um die Seele
- der anderen und meiner eigenen**

Sterben in „Würde“

„Friedliches Sterben im Schlaf“
ist kein Qualitätsmerkmal
für einen guten Tod.
Vielleicht muss es Kampf sein.

Psychische Veränderungen

Akute Verwirrtheit

- Sehen von Gestalten, Tieren, Licht

Unruhe

- Aufstehen, Gehbewegungen im Bett, Aufrichten, Greifen, ...

Schlaf

- Atemveränderungen, Atempausen, Tönen, Stöhnen,

Suizidgedanken

- Sind in der Palliativsituation häufig
- Offenes Gesprächsangebot hilfreich
- Gedanken sind frei – keine Taten
- Alternativen aufzeigen: Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen
- Realistische Prognose ansprechen
- Sedierung als Ausweg bei starkem Leiden?

Ambivalenz des Sterbewunsches

- Ich möchte so nicht weiterleben.
- Ich möchte schnell sterben.
- Ich möchte meine Leben nicht sinnlos verlängern.
- Ich möchte mein Leben verkürzen.
- Ich möchte, dass mein Leben (jetzt) beendet wird.

Die Realität

- Angehörige sind nicht einig
- Patient ist ambivalent
- Medizinische Situation ist nicht eindeutig
- Therapieziel ist nicht klar
- Sterbewunsch ist ausgelöst durch die Angst, zur Last zu fallen
- Fehlende offene Kommunikation

Spiritueeller Notfall

Krankensalbung

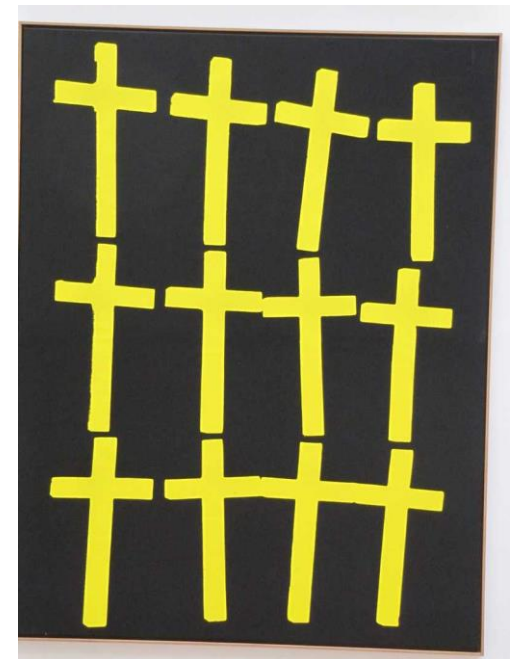
Wer ist wann wie erreichbar?

Bestattungshandlung innerhalb 24h?

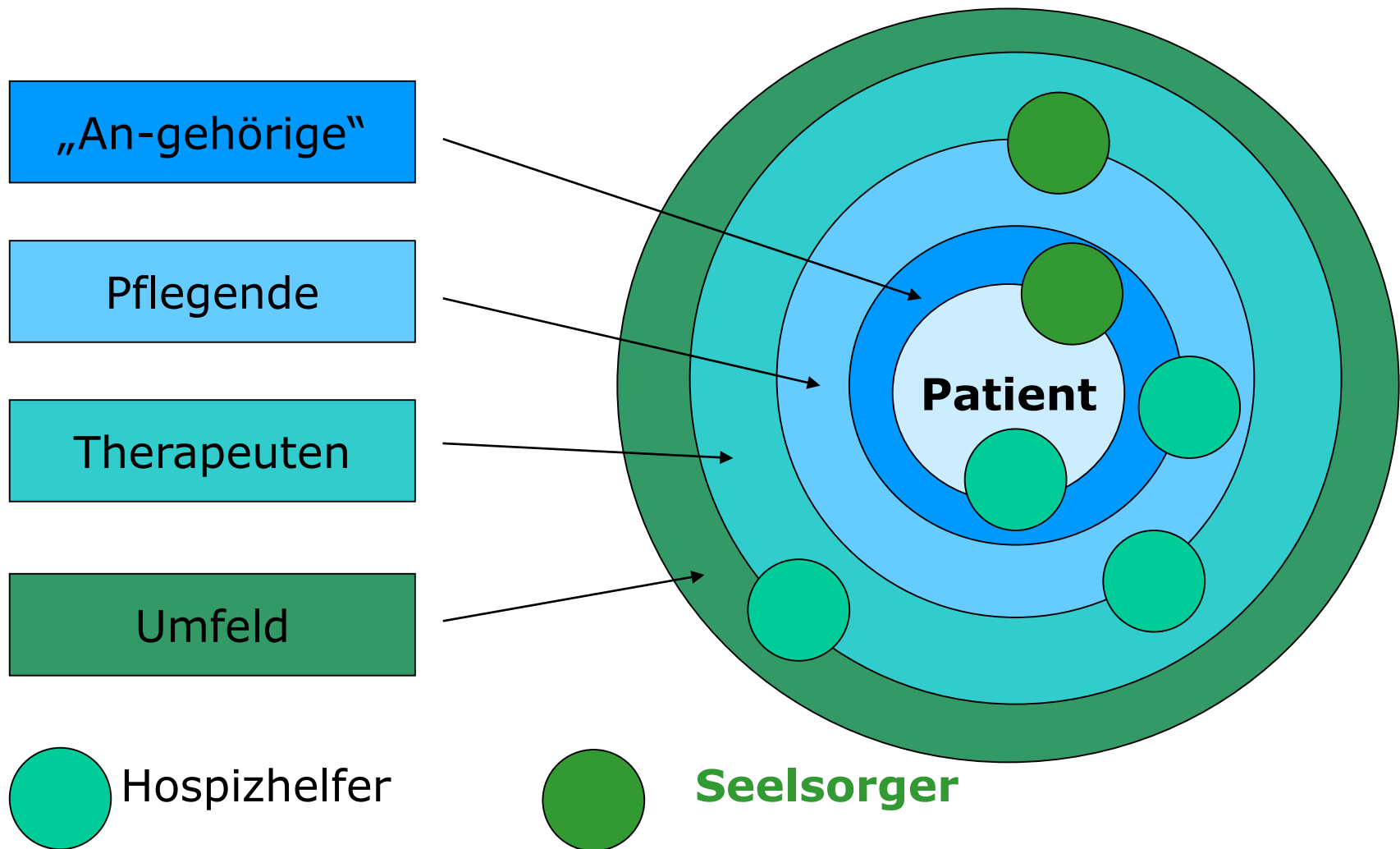
Notfallplan

Wer kommt zur Leichenschau

Seelsorger informieren

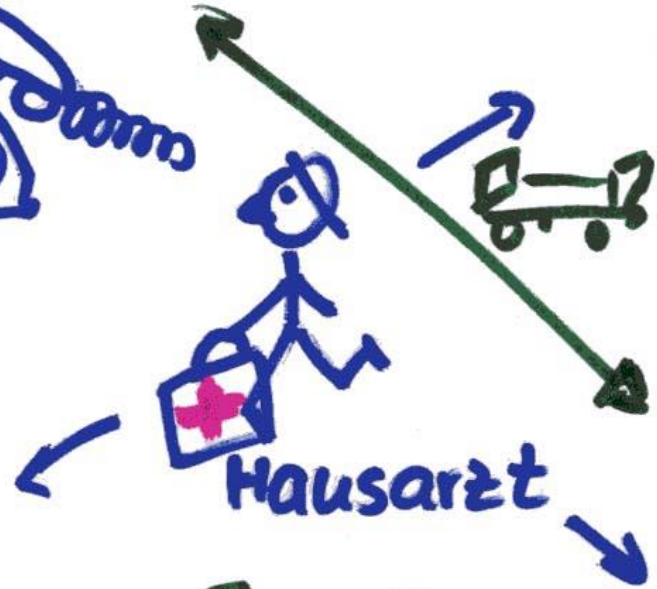
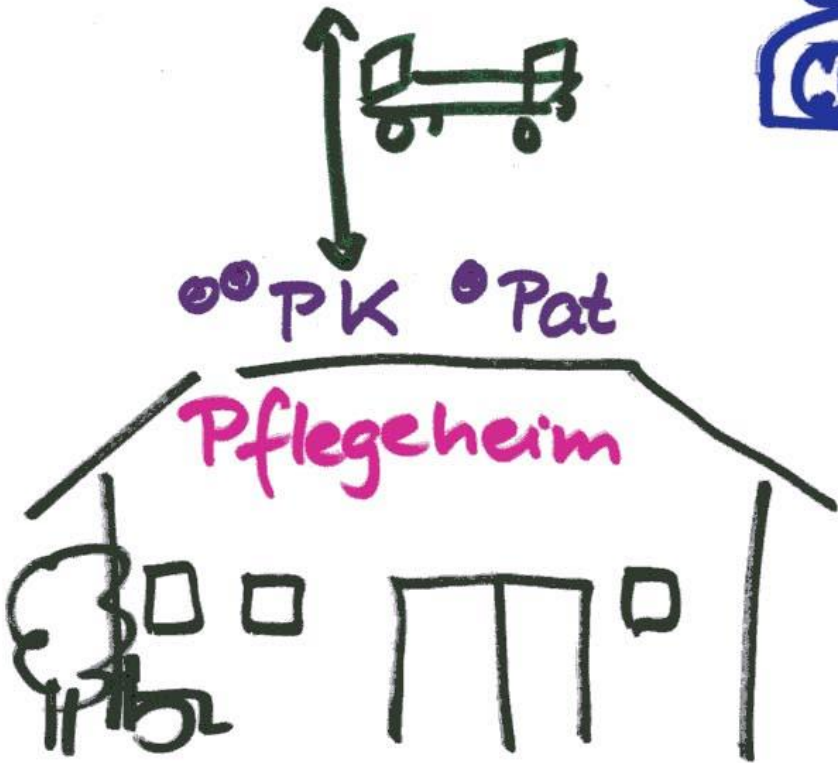


Multiprofessionelles Team



Aufgabe des Palliativteams

- Prognose einschätzen
- Indikation klären, Therapieziel stets prüfen
- Aufklärungsprozess begleiten
- Patient zur Entscheidung befähigen
- Palliativmedizinische Betreuung von Patient und Angehörigen
- Offene Kommunikationsangebote



Apokryphen

Jesus Sirach 41, 1 - 4

(1) Oh Tod, wie bitter bist du, wenn an dich gedenket ein Mensch, der gute Tage und genug hat, und ohne Sorge lebt (2) und dem es wohl geht in allen Dingen und der noch essen mag!

(3) Oh Tod, wie wohl tust du dem Dürftigen, (4) der da schwach und alt ist, der in allen Sorgen steckt und nichts Bessres zu hoffen noch zu erwarten hat!

Vielen Dank
sei dem von Herzen,
der am Grab noch an uns denkt
und aus seinem guten Herzen
uns ein Vater unser
schenkt.