

20 Palliativmedizinische Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender

20.1 Einleitung 259
 20.2 Epidemiologie in der Allgemeinarztpraxis 260
 20.3 Schwerpunkte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit. 260
 20.4 Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen am Lebensende. . 268



© Alexander Fischer

Ildikó Gágyor, Anne Simmenroth, Gudrun Theile, Jürgen in der Schmitten, Peter Engeser

20.1 Einleitung

Die Frage, von welchem Zeitpunkt an es im Verlauf einer chronischen, unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankung gerechtfertigt ist, von einem „Sterbenden“ zu sprechen, kann häufig nicht eindeutig beantwortet werden. Auch die verbleibende Überlebenszeit ist sowohl bei Menschen mit unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen als auch bei multimorbiden Patienten und Menschen in hohem Lebensalter mit vielerlei Unwägbarkeiten behaftet, und im Einzelfall nicht vorhersagbar. Die meisten (auch im Umgang mit sterbenskranken Menschen erfahrenen) Ärzte schätzen die verbleibende Lebenszeit z. B. bei Krebspatienten häufig falsch ein. Erweisen sich bei Patienten mit terminalem Tumorleiden mittlere Überlebenszeiten als für den Einzelfall noch einigermaßen aussagekräftig, so versagen entsprechende Vorhersagen bei Patienten mit chronischen Organinsuffizienzen oder mit Erkrankungen aus dem demenziellen Formenkreis und erst recht bei Menschen, die in hohem Alter an „Altersschwäche“ sterben. Erst retrospektiv erschließen sich oft die Bedeutung und der Ablauf des letzten Lebensabschnitts. Aus diesem Grund ist ein vorausschauendes Planen („Advance Care Planning, ACP“) im Hinblick auf anstehende therapeutische und versorgungsrelevante Entscheidungen bei dieser Patientengruppe von besonderer Bedeutung: Fragen zur gesetzlichen Betreuung, Themen wie Therapiebeschränkung, der Umgang mit Notfällen oder Einweisungen z. B. in Zeiten, in denen der betreuende Hausarzt nicht erreichbar ist, sollten gründlich vorbesprochen und im Sinne des Betroffenen dokumentiert sein, s. Kap. Behandlung im Voraus planen (S.641). Die Versorgung von Menschen mit unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen wird im internationalen Sprachgebrauch mit „Palliative Care“ beschrieben. In Deutschland hat sich der Begriff „Palliativversorgung“ durchgesetzt (vom lateinischen Wort „pallium“: Mantel oder Umhang), der für Symptom- und Schmerzlinde- rung, Schutz und Geborgenheit steht. In der Palliativmedizin hat es sich bewährt, die letzte Lebenszeit eines unheilbar kranken Menschen in vier Phasen (nach Johnen-Thielemann) einzuteilen (Tab. A-20.1). Gerade für geriatrisch erkrankte Patienten muss aber beachtet werden, dass diese Phasen keine Regelmäßigkeit besitzen: verschiedene Phasen können sich bei pflegebedürftigen Patienten sehr lange hinziehen und oder es können – je nach Vorerkrankung – Phasen auch übersprungen werden. Oft werden die Begriffe Präterminalphase, Terminalphase und Finalphase unter der Bezeichnung „Terminalstadium“ zusammengefasst.

20.1 Einleitung

Die Frage, ab wann im Verlauf einer chronischen, unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankung von einem „Sterbenden“ gesprochen werden kann, ist häufig nicht eindeutig zu beantworten.

Die Versorgung von Menschen mit unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankungen wird im internationalen Sprachgebrauch mit „Palliative Care“ umschrieben. In Deutschland hat sich daneben auch der Begriff „Palliativversorgung“ durchgesetzt.

A-20.1 Letzte Lebensphasen eines Schwerkranken (nach Johnen-Thielemann)	
Phase	Charakteristika
Rehabilitationsphase	Der Patient kann trotz seiner fortgeschrittenen Krankheit (z. B. durch Maßnahmen einer palliativen Therapie) wieder weitgehend sein normales gesellschaftliches Leben eingegliedert werden. Die Prognose beträgt in der Regel viele Monate, manchmal Jahre.
Präterminalphase	Der Patient zeigt deutlich sichtbare Symptome der fortgeschrittenen Erkrankung. Die meisten Beschwerden können durch umfassende Schmerz- und Symptomkontrolle zufriedenstellend gelindert werden; allgemeine Zeichen des nahenden Lebensendes schränken jedoch die Möglichkeiten des aktiven Lebens ein. In dieser Situation beträgt die Prognose mehrere Wochen bis Monate.
Terminalphase	Der Schwerkranken befindet sich erkennbar in der Nähe des Todes. Er ist die meiste Zeit oder dauernd bettlägerig. Die Prognose ist auf wenige Tage bis zu einer Woche begrenzt.
Finalphase (eigentliche Sterbephase)	Der Schwerkranken liegt im Sterben, ist „final“, am äußersten Endpunkt seines Lebens angelangt. Der Eintritt des Todes ist in einigen Stunden zu erwarten.

20.2 Epidemiologie in der Allgemein- arztpraxis

Die meisten Menschen verbringen ihre letzte Lebenszeit überwiegend in ihrer häuslichen Umgebung oder in einer Alten- und Pflegeeinrichtung. Es ist vorrangig eine hausärztliche Aufgabe, Schwerkranken und Sterbenden beizustehen.

20.3 Schwerpunkte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit

Wichtig ist, Patienten realistische Therapieziele zu vermitteln, nicht zu viel zu versprechen und Patienten mit einer weiterhin bestehenden Symptomatik beizustehen.

20.2 Epidemiologie in der Allgemeinarztpraxis

Die meisten Menschen verbringen ihre letzte Lebenszeit entweder in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer Alten- und Pflegeeinrichtung oder – wenn auch seltener – in einem Hospiz. Der hausärztlichen Begleitung kommt damit für die letzte Lebenszeit von Patienten eine hohe Bedeutung zu: In erster Linie ist es Aufgabe der Hausärzte, schwerkranken und sterbenden Menschen am Lebensende beizustehen.

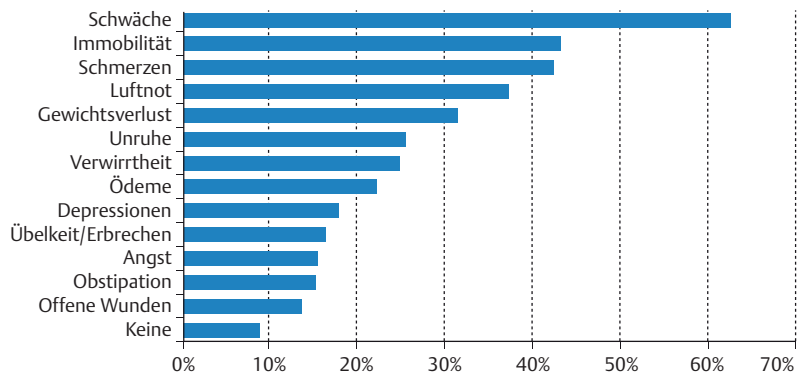
20.3 Schwerpunkte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit

Eine Untersuchung aus Niedersachsen offenbart die häufigsten Symptome hausärztlich betreuter Patienten 3–6 Monate vor ihrem Tod: dabei dominieren Schwäche (60%) und Schmerzen (42%), gefolgt von Luftnot (37%) und Verwirrtheit (25%). Die Häufigkeit der Symptome stellt sich im Einzelnen wie folgt dar (Abb. A-20.1).

Es ist jedoch auch im häuslichen Umfeld möglich, einen Großteil der mit dem Lebensende einhergehenden Symptome positiv zu beeinflussen, mitunter sogar erheblich zu bessern (Abb. A-20.2). Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist es, realistische Therapieziele zu benennen, dem Patienten nicht zu viel zu versprechen und ihm bei einer weiterhin bestehenden Symptomatik beizustehen.

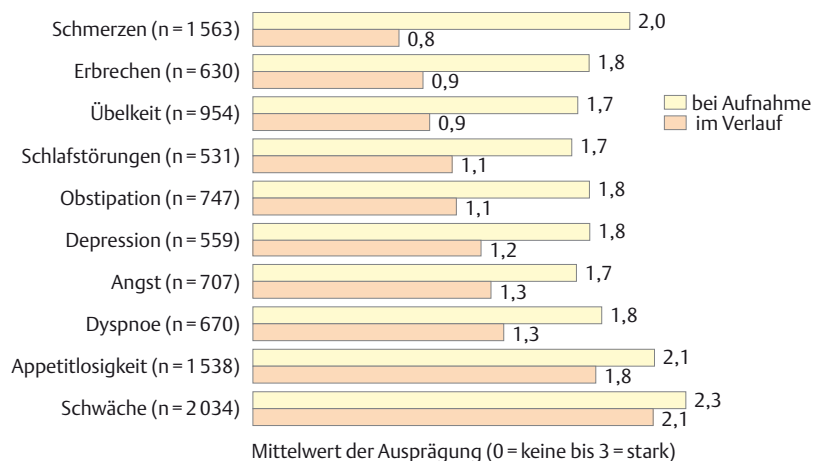
A-20.1

A-20.1 Häufigste Symptome von hausärztlich betreuten Patienten 3–6 Monate vor dem Tod (Niedersachsen 2011; n = 451)



A-20.2

A-20.2 Behandlungserfolge bei ambulanten Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung (Berliner Home-Care-Projekt Dokumentation 1999/2000; n = 2340)



Wesentliche Aspekte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit im Terminalstadium sind:

- Medizinische Behandlung, insbesondere Symptomkontrolle,
- Überwachung des Krankheitsverlaufs und zeitnahe Anpassen der Behandlung, bzw. Ansetzen erforderlicher Maßnahmen, Beenden nicht indizierter Maßnahmen und (besonders medikamentöser) Therapien,
- Koordination/Mitwirkung in einem multiprofessionellen Versorgungsteam,
- Organisation einer bedarfsgerechten Pflege (sowohl in der häuslichen Versorgung als auch im Rahmen einer Heimpflege),
- soziale Hilfestellungen (z. B. beim Umgang mit Kranken- und Pflegekassen),
- psychische Stützung von Patient und Angehörigen, Beratung und rechtzeitige Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger,
- Respekt vor Autonomie und Selbstbestimmung bei der Auseinandersetzung mit schwierigen ethischen Fragestellungen am Lebensende, vgl. Kap. Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin (S.636),
- Beistand in der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragestellungen, Unterstützung spiritueller Bedürfnisse.

20.3.1 Symptombehandlung

20.3.1 Symptombehandlung

► **Merke.** Viele Patienten leiden an mehreren belastenden Symptomen zugleich. Schmerz und Dyspnoe sind zwei sehr prominente Symptome, welche die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken, wenn sie nicht adäquat behandelt werden. Verwirrtheit, Unruhe und Angst sind häufige Begleiter der letzten Lebens-tage und -stunden. Übelkeit, Erbrechen und Obstipation treten unter Umständen schon relativ früh im Verlauf auf, oft auch als Folge einer medikamentösen Behandlung der Grunderkrankung oder anderer Symptome. Ein Patienten und Angehörige oft stark belastendes aber schwer behandelbares Symptom ist die Fatigue.

► **Merke.**

Der Schwerpunkt bei der Behandlung liegt weniger auf einer intensiven (und oft auch belastenden) apparativen Diagnostik als vielmehr auf einer adäquaten, ohne Verzögerung aufgenommenen medikamentösen Therapie. Da das subjektive Wohlbefinden im Vordergrund steht, ist die Therapie bei initialer Erfolglosigkeit schnell und kritisch zu evaluieren.

Eine schnelle und wirksame Therapie steht im Vordergrund, apparative Diagnostik ist meist nicht erforderlich.

► **Fallbeispiel.**

► **Fallbeispiel.**

Fallbeispiel 1

Am Samstagabend ruft der Ehemann einer **68-jährigen Patientin** bei einem notdiensthabenden Hausarzt an und bittet um einen Hausbesuch. Die Frau leidet an einem diffus **metastasierten Mammakarzinom** und hat nun **unerträgliche Schmerzen im rechten Oberbauch und in der Lumbalregion** entwickelt. Die bisher eingenommenen Schmerzmittel wirken nicht mehr. Beim Eintreffen des diensthabenden Hausarztes berichtet der Ehemann, seiner Frau sei vor etwa zehn Monaten die rechte Brust amputiert worden, eine Bestrahlung und eine Chemotherapie wären gefolgt. Inzwischen seien dennoch Tochtergeschwülste in der Leber und der Wirbelsäule nachgewiesen worden. Auf die Frage nach bisherigen Schmerzmedikamenten holt der Mann eine Schachtel aus der Küche, in der sich Tramadol-Kapseln und Tropfen eines Kombinationsmedikamentes aus Tilidin und Naloxon, befinden. Die Patientin liegt ansprechbar aber in stark reduziertem Allgemein- und beginnend kachektischem Ernährungszustand auf der Couch des Wohnzimmers. Bei der Untersuchung des rechten Oberbauches und beim Beklopfen der Lendenwirbelsäule verzieht sie ihr Gesicht vor Schmerzen. Eine abdominelle Abwehrspannung fehlt jedoch, der Puls liegt bei 90/Minute und der Blutdruck ist mit 150/80 mmHg leicht erhöht. Die Frau schildert ausführlich den Verlauf der letzten Monate seit ihrer Operation. Ihr sei zunehmend bewusst geworden, dass die Erkrankung nicht mehr heilbar sei und sie in absehbarer Zeit an dem Krebs versterben werde. Sie fühle sich inzwischen zunehmend müde und das Leben verliere täglich an Qualität für sie, weshalb sie den Tod nicht mehr fürchte. Das, wovor sie Angst habe, seien die Schmerzen. Sie habe furchtbare Angst davor, dass die Schmerzen noch viel stärker würden als sie momentan ohnehin schon seien. Während sie das sagt, bricht sie in Tränen aus.

Der diensthabende Arzt entschließt sich in dieser Situation zu der Verordnung eines Opioids. Da die Patientin bereits Tramadol eingenommen hatte, entscheidet er sich für eine Einstiegsdosis von 2×20 mg eines retardierten Morphinpräparats in Verbindung mit schnell wirksamen Morphintropfen gegen Durchbruchschmerzen. Parallel zur Morphin-Therapie verordnet er ein **Laxans** und ein **Antiemetikum**.

Viele Patienten fürchten nicht den Tod an sich. Sie fürchten sich vor unerträglichen Schmerzen oder vor dem Gefühl, ersticken zu müssen.



Duale Reihe

Michael M. Kochen

Allgemeinmedizin und Familienmedizin

5. Auflage

 Online-Version in der eRef

 Thieme

Das gesamte Werk finden Sie hier:

<https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105?text=duale+reihe>