

## PALLIATIVMEDIZIN

Medizinische Versorgung am Lebensende

„ In dubio pro vita – oder doch nicht?“

- **Entscheidung zum Wohl des Patienten!**
- Wenn eine **Behandlung mehr schadet als dient, ist die Weiterführung** dieser Maßnahme **Körperverletzung!**
- Das Grundprinzip „Leben“ steht vor dem Grundprinzip „Unversehrtheit“
- **„Das bedeutet nicht, dass Therapien bis zum Tod maximal durchgeführt werden müssen! Wenn sich das Leben aufgrund seiner biologischen Grenzen dem Ende nähert ist es legitim, das Therapieziel von Kuration auf Palliation zu ändern“**  
(Bayerisches Ärzteblatt 12/2013)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

„Von hundert Menschen sterben hundert !“  
Sterben als Teil des Lebens

- **Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit**
- **Da sie häufig nicht sich selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**
- **„Vielfach wird *technokratisch ein seelenloser Algorithmus abgearbeitet, bei dem der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen außer Acht gelassen wird*“**
- **„In der Pflege als auch in der Ärzteschaft hat sich in den vergangenen Jahren ein *Absicherungsdenken durchgesetzt, dass oft unmenschlich, unethisch, medizinisch fragwürdig und nicht zuletzt auch unökonomisch ist.*“**

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

## Die Problematik

- Wo ist es legitim alle Therapieoptionen auszuschöpfen? Wo beginnt die Unangemessenheit?
- **„ab wann bin ich Sterbender?“**  
Die Folgen einer ernsthaften Erkrankung lassen sich heute medizinisch eindämmen → Leben wird deutlich verlängert → Betroffene müssen wesentlich länger mit der existentiellen Verunsicherung leben
- Fehlentscheidungen durch **Verkennung des Eintritts in das Endstadium der Erkrankung** (v.a. bei Demenz) und damit unzureichende Anpassung an die **palliative Situation**

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

3

„Meinen Tod sterbe ich, ihr müsst ihn leben“

„Selbstbestimmung ist nur soweit möglich, wie es das Umfeld zulässt!“  
Die Medizin/Die Pflege/Die Angehörigen

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

- Die Beurteilung von **Lebenswert, Lebensqualität und Leiden eines bewusstlosen/dementen Menschen durch andere beinhaltet stets die Übertragung fremder Wertvorstellungen** auf den Kranken
- **Unterschiedliche Sichtweisen und Erwartungen** innerhalb des multiprofessionellen Teams, der Angehörigen, der Heimträger, der Kostenträger, ...
- **Die Unerbittlichkeit des Sterbens und die Dunkelheit der Trauer**
- **„Angst und Schuldgefühle sind das größte Hindernis für die Kommunikation über und im Sterben. Sie führen häufig zu Fehlentscheidungen und leidvollen Sterbeverläufen.“** (Prof. Borasio)
- **Nichts unterlassen oder versäumt zu haben, sodass sich der Lebensschutz oft wandelt in Lebenszwang!** (Prof. Borasio)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen



**Hightouch statt Hightech**  
 Erfahrungen mit einer Interdisziplinären Notfall- und  
 Kurzlieger-Aufnahmestation zur besseren Versorgung  
 insbesondere älterer Notfallpatienten  
 Michael Groening, Tobias Schwarz, Guntram Lock

Deutsches Ärzteblatt, 15. Feb. 2013

7 Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

10

- **Keine Diagnostik ohne Konsequenzen**
- **Antizipatives Handeln** (Bedarfsmedikation!)
- **Absetzen aller verzichtbaren Medikamente** („Polypharmazie“)
- **Lernen durch Hinhören**

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

8

„Sterbebegleitung ist *Haltung, Kompetenz und Erfahrung*“  
 (Dr. E. Kübler- Ross)

„*Sterben ist nicht therapiebedürftig  
 es braucht Hilfen, damit der Patient seine letzte  
 Lebensphase wahrnehmen und gestalten kann.*“  
 (Prof. Borasio)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

**Grundsätze der Bundesärztekammer zur  
 ärztlichen Sterbebegleitung** 2/2011

11

- Symptomlinderung ist Basisbetreuung
- Art und Ausmaß der Behandlung sind gemäß der med. Indikation vom Arzt zu verantworten
- Stimmt diese mit dem Patientenwillen überein?
- Eine medizinische Behandlung kann in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen unterlassen, begrenzt oder beendet werden; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr
- Auf Ängste eingehen
- Multiprofessionelle Teamberatung: mit allen Beteiligten einen Konsens finden

[www.bundesaerztekammer.de/downloads/sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/sterbebegleitung_17022011.pdf)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

**Palliativmedizin**

9

- Palliativmedizin ist die **aktive, ganzheitliche Behandlung** von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung ...
- „*Im Wissen um die Verzweiflung des Patienten ist es die Aufgabe des Arztes **sinnlose oder potentiell schädliche Therapiemaßnahmen gar nicht erst anzubieten***“ (Prof. Borasio)
- **Fortgeschrittene Demenz** ist eine lebenslimitierende Erkrankung und **hat Anspruch auf eine palliative Versorgung**
- Nicht das Sterben, sondern die **Qualität des verbleibenden Lebens** steht im Mittelpunkt
- Nicht das medizinisch-technisch Machbare steht im Vordergrund, sondern das **medizinisch-ethisch Vertretbare**

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

**Symptomlinderung**

12

Erst Symptomlinderung ermöglicht eine psychosoziale und spirituelle Auseinandersetzung mit dem Lebensende

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

## Schmerzen

13

- „Nicht der Schmerz, sondern der Mensch der Schmerzen hat muss behandelt werden“
- rechtzeitiger Einsatz von ret. Morphin !!
- bei Durchbruchschmerzen Add-on-Analgetikum
- Cave: Obstipation (keine Toleranzentwicklung !)
- Morphinpflaster nicht bei Kachexie, Ikterus, ... !
- bei fehlender SchmerzEinstellung :  
Änderung der Applikation oder Opioidrotation oder Kombination mit Coanalgetika suchen

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

## Übelkeit und Erbrechen

16

- Ursachen :  
gastrointestinal, cerebral, metabolisch, medikamentös, toxisch, psychisch
- Erste Maßnahmen :  
Absetzen aller verzichtbaren Medikamente, Frischluft, angenehme Düfte, kleine („keine“) Mahlzeiten
- Gastrale Stase → Metoclopramid, Domperidon
- Gastrointestinale Obstruktion → Dimenhydrinat, Haloperidol

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen



## Verwirrtheit und Agitation

17

- Verwirrtheit ist ein unspezifischer Begriff und beinhaltet die Diagnosen: Delir, Demenz, (Psychose), Epilepsie (non-convulsiv!)
- 50% reversibel → Allgemeine Maßnahmen :  
Ruhe und Sicherheit, Verständnis für die veränderte Wahrnehmung, Musik, Berührung, Ursachenbehebung (Fieber, Schmerzen, Entzug, NW von Medikamenten, psychosoziale Hintergründe,...)
- Medikamente :  
Haloperidol kombiniert mit Tranquilizer (Lorazepam, Midazolam), Levomepromazin
- 88% in der Terminalphase im Delir !

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

15

- „Der von Patienten beklagte Schmerz kann ein Hinweis auf eine organische Störung, aber auch ein Symbol für Traurigkeit und Verlust sein“  
(Thure von Uexküll)
- **psychosoziale Probleme** wie Sorgen, Angst, Verlust, Isolation **oder** auch **Schlaflosigkeit** senken ebenfalls die Schmerzschwelle und **führen zu einer verstärkten Schmerzwahrnehmung !**

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

## Atemnot

18

- *Atemnot ist das, was der Patient sagt, nicht das, was wir messen !*
- Ursachen : Infusionen ! Pneumonie, COPD, Cardial, Angst, Einsamkeit,...
- Allgemeine Maßnahmen : Ruhe, Lagerung, Atemanleitung, Fenster auf, Ablenkung, Ventilator
- „In der terminalen Atemnot kein Morphin zu geben ist ein ärztlicher Kunstfehler“  
Prof. Borasio
- In der Agonie bei 90% veränderte Atmung  
→ nicht unbedingt Atemnot ! „Todesrasseln“ (Buscopan 4-5Amp. sc)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

## Essen und Trinken am Lebensende

„Für wen ist es wichtig, dass der Betroffene isst und trinkt?“

19

- „Verdursten“ und „Verhungern“ verhindert sachliche Diskussion
- **Keine Studie** konnte bisher darstellen, dass eine Ernährung über **PEG** das Leben verlängert, die Lebensqualität verbessert, eine Aspirationspneumonie oder Mangelernährung verhindert oder zur Prophylaxe eines Decubitus **dient** !
- Aber: ...**
- **Ursache für Durstgefühl:** häufig trockener Mund
- **Ursache Appetitlosigkeit:** Zahnprobleme, Schmerzen, Müdigkeit, Depression, Nebenwirkung von Medikamenten !  
Heimweh, Todessehnsucht,

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

„Wir sind Ermöglicher und Gestalter, aber keine Macher“

(E. Weiber)

22

- Sterbebegleitung braucht ein **multiprofessionelles Team mit vernetzten Versorgungsstrukturen**
- Der sterbende Mensch muss darauf vertrauen können, dass **Entscheidungen unter Achtung seines Willens** getroffen werden
- **Auch die Behandelnden/Begleitenden sterbender Menschen brauchen Beratung und Betreuung:**  
Supervision, Fallbesprechungen, Rituale, Spiritual Care
- **Einem Geheimnis Raum geben, das sich nicht kontrollieren bzw. therapieren lässt** und dabei Hoffnung schenken

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

„In bester Absicht wird viel getan, was den Menschen ungewollt, aber aktiv am friedlichen Sterben hindert“

(Prof. Borasio)

20

- Eine **katabole Stoffwechsellage v.a. bei Hochbetagten lässt sich auch durch hochkalorische Ernährung nicht verändern** !
- **Flüssigkeitsmangel** löst eine Ausschüttung von **endogenen Opiaten** aus !!
- **Nahrungsmangel erhöht** durch Ketose **die Stimmung und reduziert den Schmerz** !!

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

... den Raum für Abschied zur Verfügung stellen

23

- **Identitäts- und Familiensymbole** erkennen
- Den Betroffenen/Angehörigen **Angebote machen**, damit sie mit Hilfe **ihrer persönlichen Lebens- und Wertevorstellungen** den letzten Abschnitt ihres Lebens vollziehen können
- Der Einzelne muss sich **den Sinn selbst erschließen**
- **Die Sterbezeit begehen:**
  - Alltagsrituale
  - Abschiedsrituale
  - Resonanz geben (Berührung, Blick, Schweigen)**Rituale** wirken direkt auf das Gefühl, ihre Bedeutung ist bekannt und trägt

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

21

## Im Labyrinth der Sterbebegleitung

Die Unerbittlichkeit des Sterbens  
und  
die Dunkelheit der Trauer

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen

... nicht alles ist besprechbar und einfühlbar !

24

*Eine Ars moriendi ist keine Kunst, mit der die Unerbittlichkeit des Sterbens und die Dunkelheit der Trauer umgangen werden können...*

*Und doch binden die Begleiter die Patienten in die Ordnung des Lebens ein, indem sie mit Alltagsritualen und durch Haltung und Rolle Geleit geben. Eine Kultur der Aufmerksamkeit hält den „Ariadnefaden“, an dem der Sterbende seinen Weg durch das Labyrinth der „chronischen Krankheit Sterben“ hindurchgeht. Der Begleiter ist wie Ariadne nicht selbst im Labyrinth, es ist nicht sein Sterben. Er hält aber Verbindung durch den Faden, er bleibt sensibel für dessen Spannung und ist so in Resonanz mit dem Suchenden.*

von Erhard Weiber aus seinem Buch: „Das Geheimnis des Lebens Berühren“ (S.375)

Dr. med. Brigitte Hoffmann, Erlangen



### Literaturverzeichnis

26

- „Über das Sterben“ von Gian Domenico Borasio, C.H.Beck Verlag
- „Das Geheimnis des Lebens berühren“ von Erhard Weiher, Kohlhammer Verlag
- „Leitfaden Palliativmedizin“, Urban & Fischer Verlag
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung
- Empfehlung der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (Dt. Ärzteblatt 19.8.2013)
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ([www.charta-zur-betreuung-sterbender.de](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de))
- Ethische Handlungsorientierung in der Hospiz- und Palliativversorgung ([www.lebensministerium.bayern.de](http://www.lebensministerium.bayern.de))

Dr. med. Brigitte Hoffmann