

Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Koordinatoren:

Karl-Heinz Wagner, Dr. Martin Dreyhaupt

Konsentierung zuletzt am:

16.09.2014

Mitglieder der AG:

Dickel, Thomas; Dreyhaupt, Dr. Martin; Even, Dr. Klaus; Jabbour, Najib; Halama, Margarete; Kloke, Dr. Marianne; Köhn Kathrin, Dr.; Kordes, Dr. Ulrich; Laubenthal, Peter; Rudolph, Dr. Bettina; Rosenkranz, Katrin; Schöpfer, Dr. Thomas; Shammas, Youssef; Wagner, Karl-Heinz

Präambel

Diese Handreichung für die Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase wurde von der Arbeitsgemeinschaft heimbetreuender Ärzte des **Netzwerkes Palliativmedizin** in Essen für alle, die mit der Behandlung und Pflege des schwerkranken und sterbenden Menschen befasst sind, als praktische Hilfestellung für den Alltag entwickelt. Als Grundlage dienten hierzu **Leitlinien der Palliativmedizin**, der **Liverpool Care Pathway for the Dying Patient** und andere wissenschaftliche Publikationen und Leitlinien.

Die Autoren dieser Empfehlungen möchten sowohl zur Erleichterung des gerade in der Sterbephase wichtigen Dialogs zwischen Ärzten und Pflegenden beitragen als auch praktische Hilfestellung bei der Ermöglichung eines symptomarmen und die Individualität des Menschen berücksichtigenden Sterbens geben. Weil sie um die Schwierigkeiten der Stellung der Diagnose „sterbend“ sehr wohl wissen, möchten sie vor einem Automatismus der Durchführung dieses Leitfadens warnen. Dennoch ist die Bewusstmachung des Beginns der Sterbephase unverzichtbar für eine vorausschauende Therapie- und Betreuungsplanung. Sie sollte stets von allen Beteiligten gemeinsam gestellt und dann auch kommuniziert werden.

I. Phase: Stellen der Diagnose „Sterbend“

Die Diagnose „sterbend“ sollte mindestens im Konsensus von Arzt und Pflegenden gestellt werden. Die Einbeziehung von Patient und Angehörigen ist sinnvoll und wünschenswert. Eine Überprüfung ist mindestens nach drei Tagen erforderlich.

Fragen, deren Beantwortung zur Feststellung des Beginns der Sterbephase hilfreich sein können, sind:

1. Liegt dem Zustand des Patienten möglicherweise eine potenziell reversible Ursache zugrunde, die kausal behandelt werden sollte (z. B. *Opioidnebenwirkungen, Nierenversagen, Hyperkalziämie, Exsikkose, Infektion o.ä.*)?
2. Welche konkreten Anzeichen sprechen für den wahrscheinlichen Todeseintritt in den nächsten Tagen oder Stunden? (z. B.: *veränderte Atmung, verändertes Bewusstsein, sozialer Rückzug, Haut- und Gesichtsveränderungen, generelle Verschlechterung, verminderte orale Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme*)
3. Sind mögliche diagnostische Maßnahmen und sich daraus ergebende therapeutische Konsequenzen indiziert, angemessen, zumutbar und dem Willen des Patienten entsprechend?
4. Braucht es für eine Entscheidung die Unterstützung anderer? (z.B. *ein Palliativteam, Zweitmeinung, Seelsorge, Angehörige o. ä.*)



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

II. Phase: Begleitung des Sterbenden

Die Begleitung des Bewohners in der Sterbephase erfordert eine vorausschauende Planung, um auch für den Fall möglicher Komplikationen inhaltlich und zeitlich angemessen Leid lindern zu können.

Allgemeine Fragen, die zu Beginn der Sterbephase geklärt werden sollten:

1. Wo soll/darf/will der Patient sterben?
2. Gibt es eine Patientenverfügung oder ist der mutmaßliche Wille bekannt?
3. Sind die An-/Zugehörigen informiert?
4. Soll ein Seelsorger informiert werden?
5. Wer steht für Krisensituationen zur Verfügung?

Pflegerische Fragen, die beantwortet werden sollen:

1. Welche Symptome lassen sich aus der Krankenbeobachtung ableiten (s. *Symptomcheckliste Website npe*)?
2. Welche Prophylaxen sind sinnvoll/können abgesetzt werden?
3. Was trägt zum Komfort des Bewohners bei??
4. Was belästigt ihn?

Medizinische Fragen, die beantwortet werden sollten:

1. Welche Medikamente sind überflüssig?
2. Welche diagnostischen Maßnahmen sind sinnvoll?
3. Wie viel Flüssigkeit/Ernährung ist sinnvoll und vom Patienten gewünscht?
4. Sind Bedarfsmedikamente für denkbare Komplikationen verordnet und vorhanden (*ggf. Schluckunfähigkeit bedenken*)?
5. Für welche Symptome ist darüber hinaus eine Bedarfsmedikation erforderlich?
6. Wie ist der wahrscheinliche Verlauf?

Unabhängig von der Art der zum Tode führenden Erkrankung ist die Verordnung/Vorhaltung von Bedarfsmedikationen für Schmerzen und andere wesentliche Symptome der Sterbephase empfehlenswert.

Behandlung von Schmerzen und anderen häufigen Symptomen in der Sterbephase

Schmerzen

Die Erfassung von Schmerzen ist beim kommunikationseingeschränkten Patienten oftmals schwierig. Sie erfordert eine exzellente Patientenbeobachtung. Hilfreich kann hier die Verwendung von speziell hierfür entwickelten Assessmentinstrumenten sein wie z. B. der **BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz)** [http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main_fachinfo_formulare.htmls]).

Basis der medikamentösen Schmerztherapie sind Nicht-Opioide wie Metamizol, Paracetamol, Ibuprofen. Sie sind auch als Suppositorien verfügbar, was bei Schluckunfähigkeit hilfreich ist. Sind sie nicht ausreichend wirksam oder kontraindiziert, werden Opioide ([*Tilidin/Naloxon, Tramadol*] *Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Buprenorphin*) eingesetzt.

2



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Kommen Opiode erstmals zur Anwendung ist auf die vorbeugende Gabe von Antiemetika (s. Abschnitt Übelkeit Erbrechen) zu achten. In wie weit in der Sterbephase die prophylaktische Gabe von Laxantien zwingend ist, bedarf der Einzelfallentscheidung.

Bei Opiatvorbehandlung ist es empfehlenswert, die Substanz bei Schluckunfähigkeit nicht zu wechseln, da dieses eine erneute Dosistitration erforderlich macht. Es gibt für alle Opiode s.c. verfügbare Zubereitungen. In der Regel beträgt die Wirkdauer von s.c. Gaben 4 bis 6 Stunden.

Eine Erstanwendung von Schmerzplastern ist in der Sterbephase nicht empfehlenswert (Anflutung erst nach 12 Stunden, Resorption bei Zentralisierung ungewiss, Titration nicht möglich). Erhält der Bewohner bereits transdermales Fentanyl, können normal freisetzende Opiode als Bedarfsmedikation angeboten werden.

Da alle Opiate renal eliminiert werden, ist bei Verschlechterung der Nierenfunktion häufig eine Dosisanpassung zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Halluzinationen oder Myokloni erforderlich. Bei Oligo- oder Anurie sollten keine retardiert sondern normal freisetzende Opioidzubereitungen gegeben werden, da sich hier die Halbwertszeiten erheblich verlängern und eine Akkumulation mit der Folge belastender Nebenwirkungen entstehen kann. Morphin ist bei (deutlich) eingeschränkter Nierenfunktion zu vermeiden (zusätzliche Kumulation aktiver Metaboliten mit gegenüber Morphin verlängerter HWZ!) Bei Beachtung der unterschiedlichen Wirkstärken gibt es keine Unterschiede in Wirkung und Nebenwirkung der stark wirkenden Opiate.

Hinweise zu einzelnen Substanzen

- Häufigstes verwandtes Opiat ist **Morphin**.

Präparat	Applikationsart	Wirkdauer	Wirkeintritt
Morphin retard	p.o.	8-12 h	ca. 1 h
Morphin normal freisetzend	p.o. (Tropfen, Tbl. und Supp.)	4 h	ab 30 Minuten
Morphin parenteral	s.c. oder i.v.	4 h	ab 15 Minuten ab 5 Minuten

Ergänzende Hinweise

- ? Bei opiatnaiven Patienten ist eine individuelle Titration der Dosis erforderlich.
 - ? **Oral:** Start mit 10 mg ret. Morphin 12 stdl. und Bedarf 3 mg Morphintropfen
 - ? **Subkutan:** 10 mg Morphin auf 10 ml aufgezogen und fraktionierte Gabe von 1 bis 2 ml 4 (-6) stdl. und nach Bedarf
- ? Morphin führt bei eingeschränkter Nierenfunktion gehäuft zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Myoklonien, Übelkeit, Halluzinationen sowie zur Atemdepression.
- ? Das Verhältnis von oraler zu parenteraler Morphindosis ist 3 : 1
[Beispiel: 30 mg Morphin p.o./d = 10-15 mg Morphin s.c./d
Ein praktischer Hinweis: 4 stdl. applizieren]
- ? 1/6 der Tagesdosis = Einzeldosis Bedarfsmedikation



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

■ Hydromorphon ist ein Alternativopioid u. a. bei Niereninsuffizienz.

- ? Es ist fünfmal potenter als Morphin (d. h. 4 mg Hydromorphon p.o./d = 20 mg Morphin p.o./d)
- ? Das Verhältnis von oraler zu parenteraler Dosis ist 2.5 : 1 (Beispiel: 8 mg Hydromorphon p.o./d = 3.2 mg s.c./d)

Präparat	Applikationsart	Wirkdauer	Wirkeintritt
Hydromorphon retard	p.o.	8-12 h	ca. 1 h
Hydromorphon normal freisetzend	p.o. (Tbl.)	4 h	ab 30 Minuten
Hydromorphon parenteral	s.c. oder i.v.	4 h	ab 15 Minuten ab 5 Minuten

Ergänzende Hinweise

- ? Bei opiatnaiven Patienten ist eine individuelle Titration der Dosis erforderlich.
 - ? Oral: Start mit 2 mg ret. Hydromorphon 12 stdl. und Bedarf 1.3 mg Hydromorphon normal freisetzend (z.B. Palladon akut®)
 - ? Subkutan: 2 mg Hydromorphon auf 10 ml aufgezogen und fraktionierte Gabe von 1.5 ml 4 (-6) stdl. und nach Bedarf
- ? 1/6 der Tagesdosis = Einzeldosis Bedarfsmedikation

■ Oxycodon ist ein Alternativopioid zur Morphin.

- ? Es ist doppelt so potent wie Morphin (d. h. Beispiel: 10 mg Oxycodon p.o./d = 20 mg Morphin p.o./d)

Präparat	Applikationsart	Wirkdauer	Wirkeintritt
Oxycodon retard	p.o.	8-12 h	ca. 1 h
Oxycodon normal freisetzend	p.o. (Tbl.)	4 h	ab 30 Minuten
Oxycodon parenteral	s.c. oder i.v.	4 h	ab 15 Minuten ab 5 Minuten

Ergänzende Hinweise

- ? Bei opiatnaiven Patienten ist eine individuelle Titration der Dosis erforderlich.
 - ? Oral: Start mit 5 mg ret. Oxycodon 12 stdl. und Bedarf 5 mg normalfreisetzendes Oxycodon (z.B. Oxygesic akut®)
 - ? Subkutan: 5 mg Oxycodon auf 10 ml aufgezogen und fraktionierte Gabe von 1.5 ml 4 (-6) stdl. und nach Bedarf.
- ? Die fixe orale Kombination von Oxycodon/Naloxon ist analgetisch gleich wirksam wie Oxycodon. Beim Wechsel auf eine parenterale Therapie wird somit nur der Oxycodonanteil berechnet.
- ? 1/6 der Tagesdosis = Einzeldosis Bedarfsmedikation



Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

■ Buprenorphin ist ein partieller μ -Antagonist (keine Kombination mit anderen Opioiden!!)

- ? Es ist in der transdermalen, s. l. und i. v. Applikationsform verfügbar.
- ? Es ist dreißigmal potenter als Morphin (*0.4 mg s. l./d = 30 mg Morphin p.o./d*).
- ? s. l. : rasche Anflutung; Wirkdauer 6 bis 8 h; Ausscheidung überwiegend biliär, nur 10 bis 30 % über die Niere.
- ? komplexer Metabolismus mit vielen Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Medikamenten.

Praktischer Hinweis

Patienten, die bereits Buprenorphin transdermal erhalten, sollte diese Medikation in der Sterbephase beibehalten werden und bei Bedarf Buprenorphin (z.B. *Temgesic s. l. ®*) eingesetzt werden.

■ Hinweise zu akut wirkenden Fentanylzubereitungen

(s.l. und buccal Tabletten oder Nasensprays)

- ? Sie eignen sich ausschließlich zur Behandlung des Durchbruchschmerzes unabhängig von dem als Basisedikation verabreichtem Opioid.
- ? Sie haben einen schnellen Wirkeintritt (*innerhalb von 5 Minuten*) und eine kurze Wirkdauer (ca. 1 h).
- ? Die notwendige Dosis muss für den Einzelfall titriert werden. Es gibt kein empfohlenes Verhältnis zur Basisedikation.
- ? Sie sind ungeeignet zur Findung der benötigten Basisedikation.
- ? Ihr Einsatz zur Linderung von Atemnotattacken ist in der Palliativmedizin nicht unüblich (*Off-Label-Use*).

Luftnot

Bedeutung: Häufiges Symptom der Endstadien vieler Erkrankungen.

Pathogenese: oft multifaktoriell (z. B. *kardial, pulmonal, urämisch, Kachexie, Fieber, Anämie*)

Erfassung: In der Sterbephase eines Patienten kann die Beurteilung, ob und in welcher Intensität eine Atemnot vorliegt, durch eine Fremdeinschätzung (*professionelle Begleiter, Angehörige*) auf der Basis vegetativer Zeichen und klinischer Symptome (u. a. *Schwitzen, Zyanose, schnelle, flache Atemzüge, körperliche Unruhe, mimische Ausdrucksformen von Unwohlsein und Anstrengung*) erfolgen.

Hilfreiche Handlungen

Wenn möglich und angemessen, auch in der Terminalphase *ursächliche Therapie* versuchen.

Beispiele:

- ? Diuretika und Nitroglycerin als Spray bei Lungenödem oder s.l.
- ? Kortikosteroide bei Lymphangiosis carcinomatosa;
- ? β -Sympathomimetica bei Spastik (z. B. *Bricanyl s.c.*)
- ? Fieber senken

Allgemeine Maßnahmen

- ? atemerleichternde Lagerung (*ausprobieren, Ziel Atemarbeit mindern*)
- ? Luftzufuhr (*Fenster öffnen, Hand-Ventilator anstellen*)
- ? Raum um den Patienten lassen
- ? ruhige Atmosphäre schaffen
- ? Flüssigkeitszufuhr (*parenteral*) überprüfen



Empfehlungen zur Betreuung *von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase*

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Pharmakologische Therapie

Opioide sind in der Behandlung von Luftnot unverzichtbar, dennoch erfolgt ihr Einsatz mit dieser Indikation im Off-Label-Use. Eine klinisch relevante Atemdepression, einen Abfall der Sauerstoffsättigung oder Anstieg des pCO₂ konnte in keiner Studie nachgewiesen werden.

Alle Opioide sind gleich wirksam. Die Überlegenheit einer Applikations- oder Zubereitungsform konnte nicht bewiesen werden. Von daher ist kein Opioidwechsel in der Terminalphase erforderlich. Es kann hilfreich sein, zwischen dauerhafter Luftnot und Luftnotattacken zu unterscheiden.

Es gelten die gleichen pharmakologischen Überlegungen und Prophylaxen wie bei der Gabe eines Opioids zur Schmerztherapie (Stichworte: Niereninsuffizienz, Interaktionen, Antiemese, Laxantiengabe)

Vorgehen beim opioidnaiven Patienten

- ? Startdosis Morphin: 2,5 – 5 mg 4 stdl. p.o. oder 1 – 2 mg 4 stdl. i.v./s.c.

Vorgehen beim Opioid gewohntem Patienten (*bestehender Basisopioidtherapie*)

- ? Startdosis ist die Basisopioiddosis + 1/6 der Tagesdosis

Bei Luftnotattacken

- ? Versuch mit trans mukosalen Fentanylzubereitungen (*Nasenspray, s.l. oder buccal Tabletten*) sinnvoll (*Off-Label-Use*) Start mit der niedrigst verfügbaren Dosis. Alternativ normal freisetzende orale Opiatzubereitungen oder s.c./i.v. (*Wirkeintritt und -dauer s. Abschnitt Schmerz*)

Bei Angst und Atemnot

- ? Zugabe von Benzodiazepinen sinnvoll (*s. Abschnitt Angst und Unruhe*).
- ? Die Zugabe von anderen psychotrop wirkenden Substanzen (z. B. *Neuroleptica, Buspiron, Antidepressiva*) kann nicht empfohlen werden.

Nicht hilfreiche Handlungen

- ? Eine Erstanwendung von O₂ in der Sterbephase ist mit dem Ziel Linderung von Luftnot wenig hilfreich.
- ? Gabe von Diuretika bei fehlenden Zeichen der Überwässerung.

Empfehlungen zur Betreuung von Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Sterbephase

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Terminales Rasseln

Bedeutung Sicherer Indikator für den Beginn der Sterbephase.

Pathogenese fehlender Abtransport von Trachealsekret durch das Flimmerepithel in der Terminalphase; abzugrenzen von Lungenödem, Verstärkung durch Überwässerung aber möglich.

Hilfreiche Handlungen

- ? Aufklärung der Angehörigen über die „Harmlosigkeit“ des Symptoms.
- ? Verbesserung durch Lagerung (*ausprobieren, am ehesten Seitenlage*).
- ? Reduktion der (*parenteralen*) Flüssigkeitsgabe.
- ? Antisekretorische Therapie (*nur Prävention weiterer Schleimbildung, Dosisintervall nach klinischem Bedarf, alle Substanzen werden im Off-Label-Use eingesetzt*).
- ? TTS Scopolamid (*Wirkeintritt erst nach 12 h*) Start mit 1 Pflaster ggf. auf bis zu 3 erhöhen.
- ? N-Butylscopolamin (*nicht p.o. wirksam*) Start mit ½ Amp. TD max. 3 Ampullen (*60 mg*) (*s.c. oder i.v.*) (*bei Verwendung von Supp. 30% Resorption*).
- ? Glycopyrronium (Rubinol®) s.c. ab 0.1 mg = ½ Amp. s.c. TD max. 3 Ampullen (*0.6 mg*) s.c. oder i.v.

Nicht hilfreiche Handlungen

- ? Absaugen (*kann einmalig hilfreich sein, da antisekretorische Medikamente nur die Neubildung von Sekret verhindern*).
- ? Diuretikagabe (*s. Pathogenese*).

Ein Hinweis in eigener Sache

Die Arbeitsgruppe wird Empfehlungen zur Palliation von **Delir/Agitation; Angst/Unruhe; Übelkeit/Erbrechen; Blutung und therapeutische Sedierung** erstellen und sie nach Konsentierung jeweils auf die Website des Netzwerk Palliativmedizin Essen einstellen.

Bei **Nachfragen** wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des npe bzw. an die Koordinatoren der AG.