

Die letzten 48 Stunden

Dr. med. Susanne Vogel,

Leiterin der Palliativstation, Klinikum Harlaching, Städtisches Klinikum München GmbH

Der Zeitraum der „letzten 48 Stunden“ lässt sich erst nach dem Eintritt des Todes festlegen. Eine sichere Vorhersage ist durch niemanden möglich.

Palliative Care definiert in diesen letzten 48 Stunden den Übergang aus der Terminalphase (*terminus (lat.) die Grenze, Terminal Care, Krankheits-Stadium mit Symptomen im Endstadium der Erkrankung, Lebensdauer: Stunden bis Tage, „die letzten Tage“*) in die Finalphase (*ad finem (lat.) am äußersten Endpunkt des Lebens, Zustand „in extremis“ – Krankheits-Stadium mit Symptomen des unmittelbaren Sterbens, Lebensdauer: Minuten, Stunden bis ein Tag, „die letzten Stunden“*). Dabei entspricht die Phaseneinschätzung oft nicht dem Grad der Tumorausbreitung, der auf objektiven Befunden beruht, sondern eher dem Lebensmut, der „inneren Lebensenergie“ des betroffenen, kranken Menschen. Diese Zeit ist insbesondere für den Sterbenden, die Angehörigen und Freunde eine Zeit der Krise, der Angst und der Unsicherheiten. Auch die begleitenden Professionen werden je nach persönlicher Beteiligung („was wird in mir angesprochen?“ z.B.: gleiches Alter, ähnliche Familiensituation, Erinnern an bekannte Personen u.a.) von unterschiedlichsten Gefühlen in ihrem Inneren erfasst. Diese schwingen während der ganzen Begleitung im Hintergrund eines jeden einzelnen Begleiters mit. – Was ist unser Anspruch? – Ist es ärztliches Versagen, eine Ohnmachtserklärung der Medizin, wenn Sterben stattfindet? – Oder haben wir die innere Haltung von Palliative Care in uns, dass Sterben und Tod ein Teil des Lebens ist.- Aus dieser Sicht gehört es zu professioneller ärztlicher Haltung dies zu benennen, um den Betroffenen, die Angehörigen mit der Situation vertraut zu machen und das Augenmerk auf die erforderliche Symptomkontrolle und (Sterbe-)Begleitung auszurichten.

Der Vortrag will aus der Praxis Anleitung und Blickwinkel geben für gelingende Betreuungen in immer neuen Situationen; in multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, zusammen mit den Angehörigen. Jeder Mensch nähert sich seinem Tod auf seine, ihm ganz eigene Art und Weise und drückt so in seinem Sterben seine Einmaligkeit aus.

Ein plötzlicher Tod ist bei fortgeschrittener Tumorerkrankung oder lange bestehender chronisch progredienter internistischer Erkrankung (z.B. schwere Herzinsuffizienz, weit fortgeschrittene COPD) eher die Ausnahme. Häufig treten im Vorfeld Veränderungen auf. Der pathophysiologische Verlauf der letzten Stunden wird bestimmt vom Organbefall/-schädigung infolge der Grunderkrankung. Das Sterben wird bestimmt von z.B. zunehmendem Leberversagen, Nierenversagen mit Urämie und Koma. Bei gastrointestinaler Krankheitsmanifestation zeigt sich sehr häufig ein (in)komplettes Ileusbild mit Übelkeit und Erbrechen Problematik, mit vielfach ausgeprägter unterer Einflusstauung. Intrazerebrale Krankheitssyndrome bedingen zunehmender Hirndrucksymptomatik. - Leitsymptome sind zunehmende Schwäche, vermehrtes Schlafbedürfnis; alles wird mühsam, sogar das Schlucken. Ein Rückzug von der Außenwelt steht im Vordergrund, der Betroffene ruht, schläft viel. In der Finalphase fällt der Blutdruck, die Herzfrequenz verändert sich ebenso wie die Körpertemperatur. Die zunehmende Zentralisation des Kreislaufs führt zu kalten Extremitäten und Hautmarmorierung.- Bedrohlich empfunden,- besonders von den Angehörigen -, werden Veränderungen der Atmung, in Formen wie Tachypnoe, Auftreten von Atempausen, Schnappatmung, sowie anderer Atemmuster, wie Cheyne-Stoke-,

Kussmaul- oder Maschinenatmung. Dies ist Ausdruck der zunehmenden zentralen Regulationsstörungen. Rasseln oder Gurgeln („death rattle“) kann entstehen durch Schleimabsonderungen, die der sterbende Mensch, aufgrund seiner schwindenden Kräfte nicht mehr abhusten, nicht mehr schlucken kann. Die Atemluft streicht über die Schleimfäden und setzt sie in geräuschvolle Schwingungen. Für die Umgebung entsteht das bedrohende Gefühl, dass der Sterbende erstickt. – Unterstützende Optionen insbesondere für diese Situation sind einerseits das vorausschauende, dies als mögliche Beschwerde ansprechende Gespräch mit den Angehörigen; andererseits pflegerische Maßnahmen (Lagerung). Absaugung schafft allenfalls kurzfristige Entlastung, reizt aber die Schleimhäute zu vermehrter Sekretion und stellt für den betroffenen Patienten eine erhebliche unangenehme Belastung dar. Anticholinergika zur Sekretionshemmung wie Butylscopolaminbromid (*Buscopan®*, Amp. 20 mg/ml, ED 20 mg s.c., kontinuierlich 80 mg/24 h) oder Glycopyrronium (*Robinul®* - Amp. 200 µg/ml, ED 200- 400 µg s.c., alle 6-8 h) können parenteral, z.B. s.c., appliziert dieses Symptom gut kontrollieren. Wichtig ist parallel dazu die parenterale Flüssigkeitszufuhr bzw. Sondenkost via PEG/MS abzustellen, da die zugeführte Flüssigkeitsmenge vom sterbenden Organismus nicht mehr umgesetzt werden kann und eher belastende Symptome fördert.

Die wesentlichen Ziele der Betreuung in diesen letzten 48 Stunden sind die Situation für den betroffenen Patienten – und seine Angehörigen – so angenehm wie möglich zu gestalten; die Würde des Patienten, so wie er es sich gewünscht hat zu erhalten, das Sterben weder zu beschleunigen, noch zu verzögern. Die Medikamente müssen überprüft werden – was kann man lassen?. Können die erforderlichen Analgetika, Antiemetika etc. in der vorgeschriebenen Applikation noch zugeführt werden oder ist eine rectale oder subcutane Verabreichung notwendig? - Unnötige Interventionen (Verlegungen, diagnostische Maßnahmen, Eingriffe) sollten unterlassen werden. - Der sterbende Mensch bestimmt den Tagesrhythmus. Jede Maßnahme sollte vor Realisierung nochmals auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. – „Weniger ist mehr“

Auftretende Symptome sind adäquat zu behandeln. Atemnot: – Hier sind Opioide und/oder Sedativa (Tavor expidet®) sehr hilfreich. Terminale Unruhe/Agitation ist je nach Ursache Angst oder Delir mit Lorazepam/Midazolam oder Haloperidol (Melperon) zu kupieren. Schmerzkontrolle erfolgt mit Metamizol rektal (wenn bisher keine Analgetika bestehend) oder Opiate in ausreichender Bedarfsdosierung – 1/6 der Tagesdosis alle 4 Stunden. Übelkeit und Erbrechen ist durch Dimenhydrinat rektal oder Levomepromazin-Tropfen (1-3 gtt = 1-3 mg) auf die Zunge gut zu behandeln und auch durch Angehörige applizierbar.

Mögliche Notfallsituationen – Atemnotattacken, akute Blutungen etc. sind aufgrund des Krankheitsbildes vorausschauend zu besprechen. Ein Notfallplan sollte erstellt werden und die erforderlichen Medikamente müssen vor Ort sein, um die Betreuenden in Handlungskompetenz zu versetzen und den Betroffenen schnellst möglich Symptomorientiert behandeln zu können.

Nach Lichter und Hunt ist bei guter vorbestehender Symptomkontrolle in 98% ein friedliches Sterben möglich. Dabei sind Sterben und Tod so einzigartig wie jeder Mensch und jede Begleitung einzigartig ist.

Literatur:

- Aulbert et al. (Hrg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Stuttgart-New York, 2. Auflage 2007

- Bausewein C et al.: Leitfaden Palliativmedizin, Palliative Care, Urban & Fischer, München – Jena, 3. Auflage 2007
- Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung – Version 1.00, 18.Juli 2007– [www.pmvforschungsgruppe.de>publikationen>leitlinien](http://www.pmvforschungsgruppe.de/publikationen/leitlinien)
- Tausch D.: Die letzten Woche und Tage – Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens, gemeinsam veröffentlicht von: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und Krebsverband Baden-Württemberg e.V. (info@krebsverband-bw.de) 2006