



Bürgerspital  
Solothurn

# **Leitfaden zur Begleitung terminaler Patienten und ihrer Angehörigen**



**Ärzeschaft, Pflege, Seelsorge  
in der Interdisziplinären Zusammenarbeit**

Februar 2005

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>2</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1. Entstehung / Projektgruppe	5
1.2. Ausgangslage	5
1.3. Zielsetzungen des Leitfadens	5
<b>2. Individualität</b>	<b>6</b>
2.0. Zusammenfassung	6
2.1. Individueller Sterbeprozess aus Sicht der Pflege	6
2.1.1. Theoretischer Bezugsrahmen	6
2.1.2. Individualität des Sterbenden	6
2.1.3. Anforderung an die Begleitperson	7
2.2. Terminale Patienten aus medizinischer und juristischer Sicht	7
2.2.1. Patientenrechte	7
2.2.2. Patientenverfügung	7
2.2.3. Grenzen ärztlichen Handelns	8
2.2.4. Behandlung und Betreuung	8
2.3. Seelsorge in der Begleitung Sterbender und Angehöriger	9
2.3.1. Fragen aus Sicht des Patienten	9
2.3.2. Fragen aus Sicht der Angehörigen	10
2.3.3. Bedeutung der Religionszugehörigkeit beim Sterben	10
<b>3. Schmerz</b>	<b>12</b>
3.0. Zusammenfassung	12
3.1. Schmerz aus Sicht der Pflege	12
3.1.1. Pflegediagnose - akute Schmerzen	12
3.1.2. Pflegediagnose - chronische Schmerzen	13
3.1.3. Instrumente zur Schmerzerfassung – Verlaufskontrolle	13
3.2. Medizinische Schmerztherapie	15
3.2.0. Grundsätze	15
3.2.1. Schmerzerfassung	16
3.2.2. Schmerz-Therapie-Evaluation	16
3.2.3. Schmerztherapie	17
3.2.3.1. Kontinuierliche Schmerzbehandlung - Stufenplan der WHO	17
3.2.3.2. Praktische Anwendungshilfen zur Opioidtherapie	18
3.2.3.3. Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen	19
3.2.3.4. Co-Therapeutika / Adjuvantien je nach Schmerztyp	19
3.3. Begleitende Seelsorge bei der Schmerzbehandlung	20
<b>4. Atemnot</b>	<b>21</b>
4.0. Zusammenfassung	21
4.1. Pflegerische Massnahmen bei Atemnot	21
4.1.1. Lagerungen	21
4.1.2. Andere lindernde Massnahmen	21
4.1.3. Absaugen	21
4.2. Medizinische Behandlung der Atemnot	22
4.2.1. Symptomatische Therapie	22
4.2.2. Kausale Therapie	22

	Seite
<b>5. Dehydratation</b>	<b>24</b>
5.0. Zusammenfassung	24
5.1. Pflegerische Angebote	24
5.1.1. Raumklima	24
5.1.2. Linderung von Mundtrockenheit/Durst	24
5.2. Hydratation	24
5.2.1. Beurteilung des Hydratationszustandes	25
5.2.2. Vor- und Nachteile einer Hydratation	25
5.2.3. Praktische Entscheidungsfindung	25
5.3. Indikationen für eine parenterale Flüssigkeitszufuhr	26
5.4. Volumenzufuhr	26
<b>6. Angst</b>	<b>27</b>
6.0. Zusammenfassung	27
6.1. Merkmale von Angst	27
6.2. Angebote aus pflegerischer Sicht	27
6.3. Medizinische Therapie bei Anspannung und Angst	28
6.3.1. Pharmakotherapie	28
6.4. Erkennen, Wahrnehmen und Begleiten von Angst	28
6.4.1. Ängste beim sterbenden Patienten	28
6.4.2. Ängste bei Angehörigen	29
6.4.3. Ängste innerhalb des Betreuungsteams	29
<b>7. Begleitung / Trauer</b>	<b>30</b>
7.0. Zusammenfassung	30
7.1. Begleiten / Aushalten	30
7.1.1. Was bedeutet begleiten?	30
7.1.2. Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt	30
7.1.3. Nähe / Distanz	31
7.2. Die Trauer und ihre Phasen	33
7.2.1. Trauerarbeit	33
7.2.2. Trauerphasen	34
7.2.3. Erschwerte Trauerreaktionen	35
<b>8. Angehörige</b>	<b>36</b>
8.0. Zusammenfassung	36
8.1. Begleitung durch die Pflege	36
8.2. Informationskompetenz für Angehörige	36
8.3. Begleitung durch die Seelsorge	38
<b>9. Todeseintritt</b>	<b>39</b>
9.0. Zusammenfassung	39
9.1. Todeseintritt und Feststellung des Todes	39
9.1.1. Todeseintritt	39
9.1.2. Feststellung des Todes	39
9.1.3. Reanimation	40
9.2. Begleitung von Angehörigen beim Todeseintritt	40

<b>10. Massnahmen nach dem Tod</b>	<b>Seite</b> <b>42</b>
10.0. Zusammenfassung	42
10.1. Begleitung der Verstorbenen und ihrer Angehörigen	42
10.1.1. Grundsätze	42
10.1.2. Ort des Abschieds	42
10.1.3. Checkliste für die Pflege	43
10.3. Ärztliche Todesbescheinigung	43
10.4. Begleitung der Angehörigen nach dem Tod	44
10.5. Autopsie	44
10.5.1. Vorgehen	44
10.6. Organspende	45
<b>11. Schlussgedanken</b>	<b>46</b>

# 1. Einleitung

## 1.1. Entstehung/Projektgruppe

Am 30. März 2004 hat der Qualitätsausschuss eine Projektgruppe unter der Leitung von Katharina Schori und Daniel Kyburz damit beauftragt, einen Leitfaden zur Begleitung von terminalen Patienten und ihren Angehörigen auszuarbeiten. Der Projektgruppe gehören folgende Mitglieder an:

Helene Affolter, dipl. Pflegefachfrau, HöFa I, L2  
Liliane Bär, dipl. Pflegefachfrau HöFa I, IDIS  
Dr. med. Heinz Borer, Leitender Arzt, Medizin  
Dr. med. Monika Ebnöther, Leitende Ärztin, Medizin  
Sabina Hofer-Amgwerd, Stationsleiterin, D6  
Daniel Kyburz, Spitalseelsorger  
Brigitta Mächler, Ausbilderin Pflege  
Madeleine Meyer, dipl. Pflegefachfrau, HöFa I, C2  
Katharina Schori, Ausbilderin Pflege  
Vreni Studer, Stationsleiterin, E9  
Luzia Walser, Leiterin Rehabilitationspflege, D9  
Sibylle Wiget, dipl. Pflegefachfrau, D6

In den Formulierungen dieses Leitfadens meinen wir mit den Bezeichnungen für Patient, Pflegende, Ärzte, Seelsorger immer sowohl die weibliche wie die männliche Form.

## 1.2. Ausgangslage

Sterbebegleitung wird in unserem Haus unterschiedlich gehandhabt. Dies zeigen auch Rückmeldungen von Angehörigen auf. Die Einstellung zum Sterben und zum Tod ist stark geprägt von individuellen Erfahrungen und Haltungen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen haben wir in der Interdisziplinären Zusammenarbeit von Pflegenden, Ärzten und Seelsorgern den vorliegenden Leitfaden entwickelt, der als Grundlage zur Orientierung für alle beteiligten Disziplinen dienen soll.

## 1.3. Zielsetzungen des Leitfadens

Wir ermöglichen in unserem Spital dem terminalen Patienten und seinen Angehörigen ein Sterben in Würde, indem wir

- die komplexe Situation des sterbenden Patienten erkennen
- eine gemeinsame Grundlage schaffen zur Betreuung des Sterbenden und seinen Angehörigen
- die Kommunikation innerhalb des Betreuungsteams, des Sterbenden und seinen Angehörigen verbessern

## 2. Individualität

### 2.0. Zusammenfassung

Unter Individualität verstehen wir die Einzigartigkeit eines Menschen mit seiner Lebensgeschichte und seiner unverwechselbaren Persönlichkeit. Die Individualität eines Menschen führt uns dazu, das Sterben eines Patienten im Rahmen seiner eigenen Persönlichkeit und Würde zu verstehen.

Wir tun das, indem wir

- den sterbenden Patienten mit seinen Bedürfnissen, Leiden und Ängsten individuell wahrnehmen
- den sterbenden Patienten bestmöglich begleiten
- den Sterbenden medizinisch, pflegerisch und seelisch - je nach Bedürfnis - unterstützen
- die Angehörigen in die Begleitung einbeziehen
- die Patientenrechte des Sterbenden wahren
- den Sterbeprozess gestalten

### 2.1. Der Umgang mit dem individuellen Sterbeprozess aus Sicht der Pflege

#### 2.1.1. Theoretischer Bezugsrahmen

Die Pflege begründet ihre Interventionen mit dem vierphasigen Trauer-Modell, das in diesem Leitfaden unter dem Kapitel „Trauerphasen“, Abschnitt 7.2.2, S. 32, aufgeführt ist.

#### 2.1.2. Individualität des Sterbenden

Die Beachtung der Individualität des Sterbenden steht für die Pflege im Vordergrund. Diese Individualität wird einerseits durch die Bedürfnisse, Ziele und Ressourcen des Patienten und andererseits durch sein individuelles Durchleben des Trauerprozesses beeinflusst. Alle angebotenen Pflegemaßnahmen müssen diesem Ansatz Rechnung tragen.

Im Kapitel 7.2.2., „Möglichkeiten der Begleitung“, sind konkrete Interventionen, die die Pflege innerhalb der verschiedenen Trauerphasen anbieten kann, aufgelistet. Zusätzlich bietet die Pflege in den folgenden Bereichen Möglichkeiten an - mit dem Ziel - die Beziehung zum Sterbenden zu intensivieren oder sein Wohlbefinden zu erhöhen.

#### Körperpflege

Bei unangenehm riechender Raumluft kann Lavendel- oder Bergamotteöl eingesetzt werden: achtstündlich 3 gtt Öl auf einen unsterilen Tupfer träufeln und in einer Medikamentenschale Nachttisch oder Medienkanal stellen.

#### Bewegung

Lagerung nach den Prinzipien der Basalen Stimulation.

#### Raum und Zeit gestalten und Sinn finden

Als Loslasshilfe kann Bergamotteöl auf einen unsterilen Tupfer gegeben und auf dem Nachttisch oder Medienkanal in einer Schale offen bereitgestellt werden, Ermöglichung von Ritualen, Seelsorge beziehen.

#### Für Sicherheit sorgen

Der Patient wird - seinen Wünschen entsprechend - durch die Pflegenden besucht, die Organisation einer Sitznachtwache wird angeboten und evtl. wird ein Gitter montiert (→ Konzept „Fixieren in der Pflege“).

### **2.1.3. Anforderung an die Begleitperson**

Das Begleiten des Sterbeprozess erfordert ein hohes Mass an Sensibilität, Mut und Geduld. Neben dem fachlichen Wissen braucht es auch eine ausgeprägte soziale Kompetenz. Bei jeder Sterbebegleitung muss daher im Team überprüft werden, welche Personen momentan diesen Anforderungen entsprechen (Persönlichkeit, Verfassung, und Ausbildungsstand).

#### Literatur:

Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt, H. Böcke, G. Schwikart, M. Spohr, Gütersloh 2002  
Palliativ pflegen, Sterbende verstehen, beraten und begleiten, 1.Auflage, J. Davy, S. Ellis, Bern 2003  
Trauern, Phasen und Chance des psychischen Prozesses, V. Kast, Stuttgart 2002  
Handbuch Aromatherapie, E. Lubinic, Heidelberg 1997

## **2.2. Terminale Patienten aus medizinischer und juristischer Sicht**

Patienten am Lebensende sind kranke Menschen, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führen wird. Mit den klinischen Anzeichen ist in erster Linie gemeint, dass beim Patienten die Vitalfunktionen insuffizient werden. Der Eintritt in diese Sterbephase hängt natürlich auch davon ab, ob ein Behandlungsabbruch oder ein Behandlungsverzicht beschlossen wurde.

### **2.2.1. Patientenrechte**

Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung. Die frühzeitige, umfassende, verständliche und einfühlsame Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für dessen Willensbildung und Entscheidungsfindung.

#### Der urteilsfähige Patient

Die Respektierung des Willens des urteilsfähigen Patienten ist zentral für das ärztliche Handeln. Eine ärztliche Behandlung gegen den Willen des urteilsfähigen Patienten ist unzulässig. Dies gilt auch dann, wenn dieser Wille aus der Sicht Aussenstehender den wohlverstandenen Interessen des Patienten zuwiderzulaufen scheint, und unabhängig davon, ob der Patient ein Kind, ein Jugendlicher oder entmündigt ist.

#### Der nicht urteilsfähige Patient

Kann der Patient seinen Willen nicht mehr äussern, muss sein mutmasslicher Wille eruiert werden. Ärzte und Pflegepersonal sollen deshalb abklären, ob der Patient eine Patientenverfügung verfasst, eine Vertrauensperson bevollmächtigt oder sich gegenüber seinen Angehörigen klar geäussert hat. Zudem muss abgeklärt werden, ob eine gesetzliche Vertretung besteht.

### **2.2.2. Die Patientenverfügung**

Jede Person kann im Voraus Bestimmungen darüber erlassen, welche Behandlung sie wünscht, falls sie nicht mehr urteilsfähig ist (Patientenverfügung). Patientenverfügungen sind zu befolgen, soweit sie auf die konkrete Situation zutreffen und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie dem derzeitigen Willen des Patienten nicht mehr entsprechen. Jede Person kann im Voraus schriftlich eine bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten (Vertrauensperson) bezeichnen, welche an ihrer Stelle die Zustimmung zu einer Behandlung erteilen soll, falls sie selbst nicht mehr urteilsfähig ist. Wurde eine solche Vertrauensperson bezeichnet, muss im Einverständnis mit dieser Vertrauensperson entschieden und gehandelt werden. Verweigert die Vertrauensperson eine aus ärztlicher Sicht im Interesse des Patienten stehende Massnahme, so ist die Vormundschaftsbehörde einzuschalten.

#### Fehlende Patientenverfügung und Vertretung; Notfallsituation

Falls weder eine Patientenverfügung vorhanden ist, noch eine Vertrauensperson bezeichnet wurde oder eine Notfallsituation vorliegt, sollen gezielte Informationen darüber eingeholt wer-

den, wie der Patient in seinem Leben gedacht und gehandelt hat. Dabei sind Angehörige, nahe stehende Personen und Hausärzte zu kontaktieren. Manchmal fehlt jeglicher Hinweis auf den mutmasslichen Willen, zum Beispiel wenn keine Angehörigen vorhanden oder wenn aus zeitlichen Gründen (Notfall) Rückfragen bei Drittpersonen nicht möglich sind. In diesen Fällen soll sich der Entscheid an den wohl verstandenen Interessen des Patienten orientieren. Damit ist das Patientenwohl im weitesten Sinne gemeint und es geht um die Frage, ob eine Behandlung für die Heilung, die Lebensverlängerung oder die Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten aus medizinischer Sicht angezeigt ist.

### **2.2.3. Grenzen des ärztlichen Handelns**

Für Ärzte besteht bei Patienten am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist durchaus möglich, dass *medizinische* Massnahmen nur eingeschränkt einsetzbar sind, während die *ärztliche* Betreuung integraler Bestandteil der Patientenbetreuung bestehen bleibt: sei dies durch gewisse unterstützende Massnahmen (best supportive care) oder das Gespräch und die menschliche Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen durch den Arzt in der Sterbephase (tender loving care).

Für gewisse Patienten kann trotzdem am Lebensende - durch die für den Patienten unerträgliche Situation - der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben. Dies ergibt für den Arzt einen schwer lösbaren Konflikt zwischen seinem Auftrag, Beschwerden zu lindern und den Patienten zu begleiten und demjenigen, den Willen des Patienten zu achten. Die Respektierung des Patientenwillens stösst dann an ihre Grenzen, wenn ein Patient Handlungen verlangt, welche mit der persönlichen Gewissenshaltung des Arztes nicht vereinbar sind oder gegen die Regeln der ärztlichen Kunst oder gegen das geltende Recht verstossen.

#### Beihilfe zum Suizid

Gemäss Artikel 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Grundsätzlich wird am BSS keine Beihilfe zum Suizid geleistet. Sollte ein Patient dies wünschen, wird ihm nahe gelegt, mit seinen Vertrauenspersonen einen dazu geeigneten Ort ausserhalb des BSS aufzusuchen.

#### Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe)

Die Tötung eines Patienten ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen des urteilsfähigen Patienten abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Artikel 114 des Strafgesetzbuches strafbar.

### **2.2.4. Behandlung und Betreuung**

#### Palliative Betreuung

Die palliative Betreuung am Lebensende umfasst alle medizinischen Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und seelsorgerische Unterstützung von Patienten und deren Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Im Zentrum der Bemühungen des Betreuungsteams steht eine wirksame Symptomtherapie, das Eingehen auf Nöte sowie die Verfügbarkeit und die Begleitung für den Patienten und seine Angehörigen.

Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern. Dies kann in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen (so genannte indirekte, aktive Sterbehilfe). Dies muss dem Patienten - sofern er ansprechbar ist - und den Angehörigen sorgfältig kommuniziert werden. Bei therapierefraktären Symptomen kann gelegentlich eine palliative Sedation notwendig werden, wobei darauf geachtet werden muss, dass nur soweit sediert wird, als dies zur Linderung der Symptome nötig ist.



Wichtig ist der Einbezug der Angehörigen unter Anerkennung ihrer Doppelrolle als Betreuende und Betreute. Wünsche nach einer persönlichen Gestaltung der letzten Lebensphase sollen unterstützt werden inklusive Respektierung religiöser und kultureller Rituale.

#### Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch

In bestimmten Situationen kann der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt sein (passive Sterbehilfe). Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Massnahme eine Rolle. Der Einsatz belastender Massnahmen (maschinelle Beatmung, Dialyse, parenterale Ernährung) soll vor allem von der Prognose abhängig gemacht werden. Dabei soll die Belastung durch die Therapie gegen den durch sie voraussichtlich ermöglichten Gewinn an Lebensfreude, Beziehungsmöglichkeiten und Erlebnisfähigkeit abgewogen werden.

#### Literatur:

Betreuung von Patienten am Lebensende. Schweizerische Ärztezeitung 2004;85: Nr. 6, Seite 288-291

Patientenverfügung – eine Herausforderung für Patient und Arzt: Schweizerische Ärztezeitung 2004;85: Nr. 11, Seite 560-561  
Definitive Fassung der Richtlinien und Empfehlungen „Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“ Schweizerische Ärztezeitung 2004;85:Nr.27, Seite 1450-1462.

### **2.3. Seelsorge in der Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen**

Die Spitalseelsorge bietet verschiedenste Dienstleistungen an. Die Begleitung von terminalen Patienten ist darunter eines der Angebote. Die Begleitung von Sterbenden setzt eine Beziehung zwischen dem Seelsorger und dem Patienten voraus. Diese Beziehung steht für die Seelsorge im Vordergrund der Begleitung. Im Rahmen dieser Patientenbeziehung nimmt die Seelsorge die Bedürfnisse der sterbenden Patienten und ihren Angehörigen wahr und leitet sie wenn nötig an die Pflege oder die Ärzte weiter. Von daher ist es von Bedeutung, dass die Pflege oder die Ärzteschaft die Seelsorge frühzeitig darüber informiert, wenn sich eine terminale Situation andeutet, die seelsorgerliche Begleitung benötigt. Optimal ist es, wenn die Pflege den Stationsseelsorger auf den wöchentlichen Besuchen darauf aufmerksam macht, wenn sich eine solche Situation abzuzeichnen beginnt. So kann die Seelsorge direkt mit den Patienten und den Angehörigen vereinbaren, ob und wie die seelsorgerliche Begleitung wahrgenommen werden soll. Je später die entsprechende Information an die Seelsorge erfolgt, desto anspruchsvoller wird eine hilfreiche Begleitung für den sterbenden Patienten und seine Angehörigen. Die Seelsorge ihrerseits informiert die Pflege oder die Ärzteschaft über den Verlauf der Begleitung.

Die Sterbenden und ihre Angehörigen müssen sich mit verschiedensten Dingen auseinander setzen. Es geht um Fragen der Trauer und des Loslassens. Die Trauer schmerzt und das Loslassen ist anspruchsvoll. Da können Fragen der Lebens- und Sterbedeutung in den Mittelpunkt treten.

Bei Totgeburten oder dem Sterben kurz nach der Geburt braucht es eine besondere Begleitung und entsprechende Rituale. Für diese Fälle befindet sich auf der Station F2 ein eigenes „Betreuungskonzept beim Verlust eines Kindes“.

#### **2.3.1. Fragen aus der Sicht des Patienten**

Solche Fragen oder Probleme sind sehr individuell und können aus der Sicht des Patienten etwa so lauten:

- ich habe Mühe mit der Abhängigkeit
- ich verliere die Kontrolle über den Körper
- was habe ich zuwenig gelebt in meinem Leben, was ist zu kurz gekommen?
- kann ich zufrieden sein mit meinem Leben?
- warum muss gerade ich sterben, warum gerade jetzt?

- was wird mir und meinen Angehörigen zugemutet?
- was geschieht beim Sterben?
- was kommt nach dem Tode?
- wie geht es weiter für meine Angehörigen?

### **2.3.2. Fragen aus der Sicht von Angehörigen**

Aus der Sicht der Angehörigen stellen sich die Probleme etwas anders. Es steht mehr die Sorge um den Zustand des Sterbenden im Vordergrund. Mögliche Fragen können sein:

- ich will nicht, dass mein Vater, meine Mutter, mein Mann, meine Frau, mein Geschwister sterben muss
- ich will nicht, dass mein Angehöriger leiden muss
- ich will, dass mein Angehöriger medizinisch und pflegerisch bestens versorgt ist
- ich habe Mühe, das Leiden meines Angehörigen auszuhalten
- warum muss mein Angehöriger sterben?
- wie geht das: sterben?
- wohin geht mein Angehöriger?
- wie kann ich ohne meinen Angehörigen weiterleben?
- was muss alles nach dem Tode organisiert werden?

Hinzu können erschwerende soziale und psychische Probleme kommen, wie finanzielle Probleme, unregelmäßige Erbsituationen, ungelöste Beziehungskonflikte, mangelnde Beziehungskultur (man hat nicht miteinander übers Sterben gesprochen). Solche Dinge können den Sterbevorgang belasten. Immer wieder geht es um ein Bangen und Hoffen, um Zweifel und Ängste. Schliesslich geht es oft auch um die spirituelle Deutung des Todes. Fragen nach dem Warum und dem Wohin können ebenso im Mittelpunkt stehen, wie auch die Frage nach der Kraft, die es braucht, um das Geschehen bewältigen zu können. Die Arbeit der Seelsorge besteht somit darin, die wesentlichen Schwerpunkte der ganz konkreten und individuellen Sterbesituation wahrzunehmen und darin die Sterbenden und Angehörigen zu begleiten. Wo immer es gelingt, dass Patienten und Angehörige ihre Gefühle ausdrücken können und darin ernst genommen und verstanden werden, da geschieht ein Stück hilfreiche Sterbebegleitung.

### **2.3.3. Die Bedeutung der Religionszugehörigkeit beim Sterben**

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass menschliche Gegenwart und echte Begegnung am hilfreichsten sind bei der Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen. Diese Haltung verstehen wir als eine tief religiöse Haltung. Das folgende Beispiel des jüdischen Gelehrten, Martin Buber, soll das etwas präzisieren:

An einem Vormittag war Martin Buber mit seiner Morgenmeditation beschäftigt. Da empfing er einen jungen Mann. Er unterhielt sich mit ihm durchaus freundlich und verbindlich, war aber „ohne seine Seele“, wie er sagte, bei dieser Begegnung dabei. Dabei unterliess er es nur, die Fragen zu erraten, die der junge Mann nicht stellte. Wenig später hat er diese Fragen von Freunden des jugendlichen Besuchers erfahren – der lebte zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr. Buber stellt die Frage: „Was erwarten wir, wenn wir verzweifeln und doch noch zu einem Menschen gehen?“ Und er antwortet: „Wohl eine Gegenwärtigkeit, durch die uns gesagt wird, dass es ihn dennoch gibt, den Sinn“. Diese Erfahrung bedeutete für Buber eine Bekehrung. Seitdem gab es für ihn keine Trennung mehr zwischen dem religiösen und dem weltlichen Bereich. Seine neue Haltung fasste er in den folgenden Worten zusammen: „Ich besitze nichts mehr als den Alltag, aus dem ich nie genommen werde. Das Geheimnis hat sich entzogen oder es hat hier Wohnung genommen, wo sich alles begibt, wie es sich begibt. Wenn das Religion ist, so ist sie einfach alles, das schlichte gelebte Alles in seiner Möglichkeit der Zwiesprache“.

Wenn wir als Seelsorger oder Seelsorgerin den Menschen begegnen und es geschieht eine wirklich echte Begegnung, dann ist das für uns eine tief religiöse Erfahrung, ohne dass sie als solches bezeichnet werden muss. Von daher praktizieren wir im BSS auch das System der Stationsseelsorge und versuchen, als Menschen den Menschen zu begegnen.

Beim Sterben machen wir die Erfahrung, dass die Religionszugehörigkeit eine Bedeutung haben kann. Es sind dabei religiöse Erfahrungen, Bräuche und Rituale, die Menschen im Laufe ihres Lebens erlebt haben, die im Vordergrund stehen können. Die Patienten greifen auch in dieser besonderen Situation auf das Bewährte und Überlieferte zurück. Verschiedene Menschen aber haben keine oder wenig Vertrautheit mehr mit ihrer Religion und den damit verbundenen Bräuchen beim Sterben und Tod. Dies gilt es wahrzunehmen, zu achten und in die Sterbebegleitung einzubeziehen. Wir von der Spitalseelsorge sind mit den Bräuchen der christlichen Konfessionen bei uns vertraut und vertreten uns dabei auch gegenseitig.

#### Christen

Bei den Christen stehen die Patienten im Vordergrund, die einer evangelisch-reformierten oder einer römisch-katholischen Konfession angehören. Für beide Konfessionen bieten wir ein christliches Abschiedsritual an, das auf die individuelle Situation angepasst wird. Es kann ein Gebet, eine Lesung, eine Segnung mit Öl oder Wasser beinhalten. Wir beziehen auch die Angehörigen bewusst in dieses Ritual mit ein und erleben durch die Berührung der Angehörigen mit dem Sterbenden oft sehr bewegende Augenblicke. Es kann so nochmals ganz bewusst Abschied genommen und der Abschied auch würdevoll begangen werden. Zur Gestaltung dieses Rituals können wir jederzeit gerufen werden. Aber auch hier gilt, je früher wir mit einem Patienten und seinen Angehörigen bekannt sind, desto hilfreicher können wir solche Rituale gestalten.

#### Muslime

Bei muslimischen Patienten ist zu berücksichtigen, dass die Sterbenden in erster Linie von den Angehörigen begleitet werden. Dem Sterbenden können von den Angehörigen Suren aus dem Koran vorgetragen werden. Nach dem Tod findet eine rituelle Waschung statt, die bei uns im BSS in der Pathologie vorgenommen wird. Wir Spitalseelsorger stehen auch im Kontakt mit Vertretern der muslimischen Gemeinschaften. Wir stehen der Pflege in diesen Fragen zur Verfügung und vermitteln auch entsprechende Kontakte.

#### Literatur:

M. Klessmann, Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2001

Doris Nauer, Seelsorgekonzepte im Widerstreit, Stuttgart, Berlin, Köln, 2001

Fachkommission Spitalseelsorge, Interkonfessionelle Konferenz, Qualitätssicherung, Bern 2002

## 3. Schmerz

### 3.0. Zusammenfassung

Der Schmerz ist eine komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität. Schmerz ist, was der Patient ausdrückt und existiert, wann immer er es ausdrückt. Wir behandeln und lindern Schmerz beim sterbenden Patienten und sehen das als eines der vordringlichen Ziele bei der Sterbebegleitung. Dies tun wir, indem wir

- den Schmerz differenziert und ganzheitlich zu erfassen versuchen
- eine präzise Schmerztherapie-Evaluation vornehmen
- eine angepasste Schmerztherapie durch Ausschalten der Ursachen des Schmerzes und eine kontinuierliche Schmerzbehandlung nach dem Stufenplan der WHO ermöglichen
- weitere Schmerzlinderung betreiben, wie spezifische Lagerungen, beruhigende Körperwäsungen, entlastende Gespräche und Einbezug der Angehörigen

### 3.1. Schmerz aus Sicht der Pflege

Ein Pflegekonzept erfasst die Wirklichkeit des Patienten sowie die Reaktion und Verhaltensweisen der Pflegeperson. Schmerz ist etwas vom Subjektivsten, das es gibt.

#### 3.1.1. Pflegediagnose: akute Schmerzen

Mögliche ursächliche oder beeinflussende Faktoren:

- verletzende Einflüsse (biologisch, chemisch, physikalisch, psychisch)

Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:

*Subjektiv*

- verbale oder nonverbale Äusserungen von Schmerz / Schmerzbeschreibungen
- Appetitveränderungen
- nicht gelinderter Schmerz und / oder Zunahme des Schmerzes über die Toleranzgrenze

*Objektiv*

- expressive Verhaltensweise (Unruhe, Stöhnen, Weinen, Wachsamkeit, Reizbarkeit, Seufzen)
- vegetative Reaktionen (Kalter Schweiß, Blutdruck-, Atmungs- und Pulsänderungen, erweiterte Pupillen)
- vegetativ veränderter Muskeltonus (kann schlaff bis rigide/starr sein)
- Beobachtungen über das Vorhandensein von Schmerzen (Schutz und Schonhaltung, maskenhafte Gesichtszüge, Reizbarkeit, Selbstbezogenheit, Unruhe, Depression)

Ziele:

*Der Patient*

- äussert (verbal/nonverbal) Schmerzlinderung und/oder -kontrolle
- hält sich an die verordnete medikamentöse Therapie
- nennt Methoden, die schmerzlindernd sind
- wendet Entspannungstechniken an und nützt ablenkende Tätigkeiten, je nach der individuellen Situation

Mögliche Massnahmen/Pflegeinterventionen:

- Einschätzung ursächlicher/auslösender Faktoren
- beurteilen der Schmerzreaktionen des Patienten
- Unterstützung des Patienten beim Ausprobieren von Methoden zur Schmerzlinderung/-kontrolle

- fördern des Wohlbefindens
- ermitteln der Schmerzreaktionen des Patienten
- unterstützen des Patienten im Umgang mit den Schmerzen

### **3.1.2. Pflegediagnose: chronische Schmerzen**

#### Mögliche ursächliche oder beeinflussende Faktoren:

- chronische physische/psychosoziale Behinderung

#### Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:

##### *Subjektiv*

- Aussagen über Schmerzen, die länger als 6 Monate anhalten
- Furcht vor erneuter Verletzung
- veränderte Fähigkeit, frühere Aktivitäten fortzuführen
- veränderte Schlafgewohnheiten, Erschöpfung
- Appetitveränderungen
- ausschliessliches mit dem Schmerz beschäftigt sein
- verzweifelte Suche nach möglichen Alternativen/Therapien zur Linderung/Kontrolle der Schmerzen

##### *Objektiv*

- Beobachtungen über das Vorhandensein von Schmerz (Schutz- und Schonhaltung, maskenhafte Gesichtszügen, Reizbarkeit, Selbstbezogenheit, Unruhe, Depression)
- verringerte Interaktion mit anderen Personen
- Anorexie, Gewichtsveränderungen
- Atrophie betroffener Muskelgruppen
- Sympatikusvermittelte Reaktionen (Temperatur, Kälte, Veränderung der Körperhaltung, Überempfindsamkeit/Hypersensibilität)

#### Ziele:

##### *der Patient*

- äussert (verbal/nonverbal) Schmerzlinderung und/oder -kontrolle
- äussert, zwischenmenschliche Reaktionen/familiäre Dynamiken, die einen Zusammenhang mit der Schmerzproblematik haben, zu erkennen
- zeigt Verhaltensänderungen in der Lebensweise und in den Anwendungen der therapeutischen Massnahmen

##### *die Familie/Bezugsperson(en)*

- beteiligt sich am Schmerzbewältigungsprogramm

#### Mögliche Massnahmen/Pflegeinterventionen:

- Einschätzung ursächlicher/auslösender Faktoren
- beurteilen der Schmerzreaktionen des Patienten
- unterstützen des Patienten im Umgang mit den Schmerzen, sowie beim Ausprobieren von Methoden zur Schmerzlinderung/-kontrolle
- fördern des Wohlbefindens
- ermitteln der Schmerzreaktionen des Patienten
- unterstützen des Patienten im Umgang mit den Schmerzen

### **3.1.3. Instrumente zur Erfassung von Schmerzen und deren Verlaufskontrolle**

- Schmerzanamnese
- Schmerzverlaufsblatt
- Schmerz-Intensitäts-Einschätzungs-Skala
- Leporello „Umgang mit Schmerz“

### Die Schmerzanamnese

Die vollständige Schmerzanamnese ist die Grundlage für die individuelle Schmerztherapie und wird in Zusammenarbeit mit dem Patienten angestrebt. Mit Hilfe des Schmerzprotokolls kann die Schmerztherapie jederzeit ausgewertet und angepasst werden. Die kontinuierliche Überwachung und Evaluation der Schmerztherapie ist ein Muss, denn der Schmerzverlauf kann sich verändern, neue Schmerzen können sich entwickeln.

Verschiedene Einflüsse auf den Schmerz der Patienten, welche bei der Schmerzanamnese berücksichtigt werden müssen, sind:

- Beziehungen/Erfahrungen
- psychologische Einflüsse
- intellektuelle Einflüsse
- philosophische/religiöse Einflüsse
- kulturelle Einflüsse
- soziale Einflüsse
- ethische Aspekte
- physiologische Einflüsse

### Das Schmerzverlaufsblatt

Das Schmerzverlaufsblatt dient als Hilfsmittel bei der Schmerzlinderung. Im Schmerzverlaufsblatt werden die Schmerztherapie und die Erfolgskontrolle dokumentiert. Die Häufigkeit der Überprüfung mittels Schmerzverlaufsblatt ist individuell auf die Situation des Patienten anzupassen.

### Schmerz-Intensitäts-Einschätzungs-Skala (Dolormeter)

Mit Hilfe dieses Instrumentes kann der Patient die Intensität seiner Schmerzen anhand einer Skala von 0-10 einstufen. Auch besteht die Möglichkeit, die Stufe zu definieren, in welcher die Schmerzen für den Patienten erträglich sind.

### Leporello „Umgang mit Schmerzen“

Der Leporello „Umgang mit Schmerzen“ wird den Mitarbeitenden abgegeben und soll die Grundhaltung bezüglich der Therapie von Schmerzen weitergeben.

### Verantwortlichkeit

Der Patient wird über die Schmerzerfassung und die Handhabung des Schmerzverlaufsblattes durch die Pflege instruiert. In der Folge nimmt der Patient diese Aufgabe möglichst selbständig wahr. Ist dies nicht möglich, so wird die kontinuierliche Schmerzerfassung und Dokumentation durch das Pflegepersonal anhand des Überwachungsblattes gewährleistet. Während der post-operativen Phase des Patienten übernimmt das Pflegepersonal die Schmerzverlaufskontrolle.

Das in die Schmerztherapie involvierte Fachpersonal ist dafür verantwortlich, dass die Schmerzerfassung kontinuierlich stattfindet, täglich evaluiert und bei Bedarf angepasst wird. Die Pflegenden sind verantwortlich für die zeitlich korrekte Verabreichung der Medikamente. Weiter schöpfen sie die Schmerzreserven entsprechend den Verordnungen des Arztes aus und überprüfen den Therapieerfolg. Das Fachpersonal evaluiert - wenn immer möglich - zusammen mit dem Patienten seine Schmerztherapie.

### Erfolgskontrolle und Erfolgskriterien

- die Schmerztherapie ist dann erfolgreich, wenn der Patient zufrieden ist
- die Wünsche des Patienten bezüglich seiner Schmerzen werden durch die Fachpersonen soweit möglich berücksichtigt und erfüllt
- die Ziele des Patienten sind erfasst und bekannt und werden berücksichtigt. Das Therapieziel ist anhand der Pflegeplanung (IPP) ersichtlich
- die Schmerzkontrollmassnahmen werden kontinuierlich eingesetzt, um auf Schmerzveränderungen reagieren zu können
- die Basistherapie wird entsprechend dem Verlauf überprüft und angepasst

- Schmerzreserven sind entsprechend dem WHO-Stufenplan verordnet und werden ausgeschöpft
- bei den eingeleiteten Therapien wird das Überprüfen der Wirkung nach der Wirkungszeit der verabreichten Medikamente/Therapien durchgeführt und festgehalten

#### Weitere schmerzlindernde Möglichkeiten

##### *Spezielle Lagerungen:*

Die Lagerung des Patienten richtet sich nach den Wünschen, den Gewohnheiten, dem Wohlbefinden und den Schmerzen des Patienten. Oftmals sind kreative Lösungen zu suchen um dem Patienten eine entspannende Lage zu ermöglichen. Hierfür stehen uns diverse Lagerungsmaterialien zur Verfügung wie Kopfkissen, kleine Kissen, gerolltes Duvet, Rhombomed-Kissen, Keile groß und klein oder auch eigene mitgebrachte Kissen des Patienten. Es ist darauf zu achten, dass der Patient unterstützt aber nicht behindert wird, also genügend, aber nicht zu viel Lagerungsmaterialien verwendet werden. Im Ordner „Basale Stimulation“ sind verschiedene Lagerungen beschrieben.

##### *Eine Auswahl von Alternativen:*

Schmerzlinderung, Entspannung oder auch Ablenkung sind Ziele der lindernden Maßnahmen. Dazu hier einige Beispiele:

- Wärme- oder Kälteapplikationen (Bettflaschen, Heizkissen, Eisbeutel)
- beruhigende Körperwaschungen
- beruhigende Ausstreichungen mit schmerzlindernden Salben (Voltaren, Fortalis, eigene Salben oder Lotionen)
- Wickel (Heublumen, Quark)
- Passives Durchbewegen
- Atemstimulierende Einreibung
- angepasste Lichtquellen (bei Kopfschmerz eher dunkel)
- Fernsehen, Besuche als Ablenkung
- Lieblingsmusik, beruhigende Musik, Vorlesen (Angehörige einbeziehen)

##### Literatur:

Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr, Pflegediagnosen und Massnahmen, Bern, 2002, S.630/636

Schmerzverlaufsblatt, Leporello „Umgang mit Schmerz“, Schmerz-Intensitäts-Einschätzungs-Skala, Druckerei BSS, Solothurn

Fröhlich/Bienstein, Basale Stimulation in der Pflege, Kallmeyer'sche Verlagsbuchhandlung, 2003

Kostorzewa/Kutzner, was wir noch tun können, Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Verlag H. Huber Bern, 2002

Kellnhäuser et al, Pflege entdecken-erleben-verstehen-professionell handeln, Georg Thieme Verlag Stuttgart 2000

## **3.2. Schmerztherapie aus medizinischer Sicht**

### **3.2.0. Grundsätze**

- keine Verzögerungen in der Behandlung
- entsprechend der Schmerzstärke stufenweise vorgehen
- dauernde Schmerzen erfordern die regelmässige Gabe von Analgetika
- Reservemedikation für Durchbruchschmerzen
- Opiode sind in der Regel Teil der Behandlung. Sie lösen nicht alle Probleme, aber das häufigste Problem ist ihr zu restriktiver Gebrauch
- häufiges Reevaluieren der terminal kranken Patienten (evtl. mehrmals täglich)

Die differenzierte Betreuung von Patienten mit Schmerzen, insbesondere in der terminalen Situation, erfordert viel Zeit und Erfahrung und ist somit eine sehr anspruchsvolle Aufgabe; denn die Schmerzbehandlung ist in dieser Lebensphase von zentraler Bedeutung sowohl für Patient wie Angehörige.

### 3.2.1. Schmerzerfassung

#### a) Art der Schmerzen

- Nozizeptiver Schmerz: kontinuierlich oder intermittierend, Sensationen von Druck, Reissen, Bohren/Nagen, gelegentlich krampfartig
- Somatischer Schmerz: lokalisiert
- Viszeraler Schmerz: schlecht lokalisierbar
- Neuropathischer Schmerz: einschliessend, brennend etc. oft mit Hyperalgesie (kleiner Schmerzreiz, grosse Wirkung) und Allodynie (z.B. Temperatur-Reiz als Schmerz empfunden)

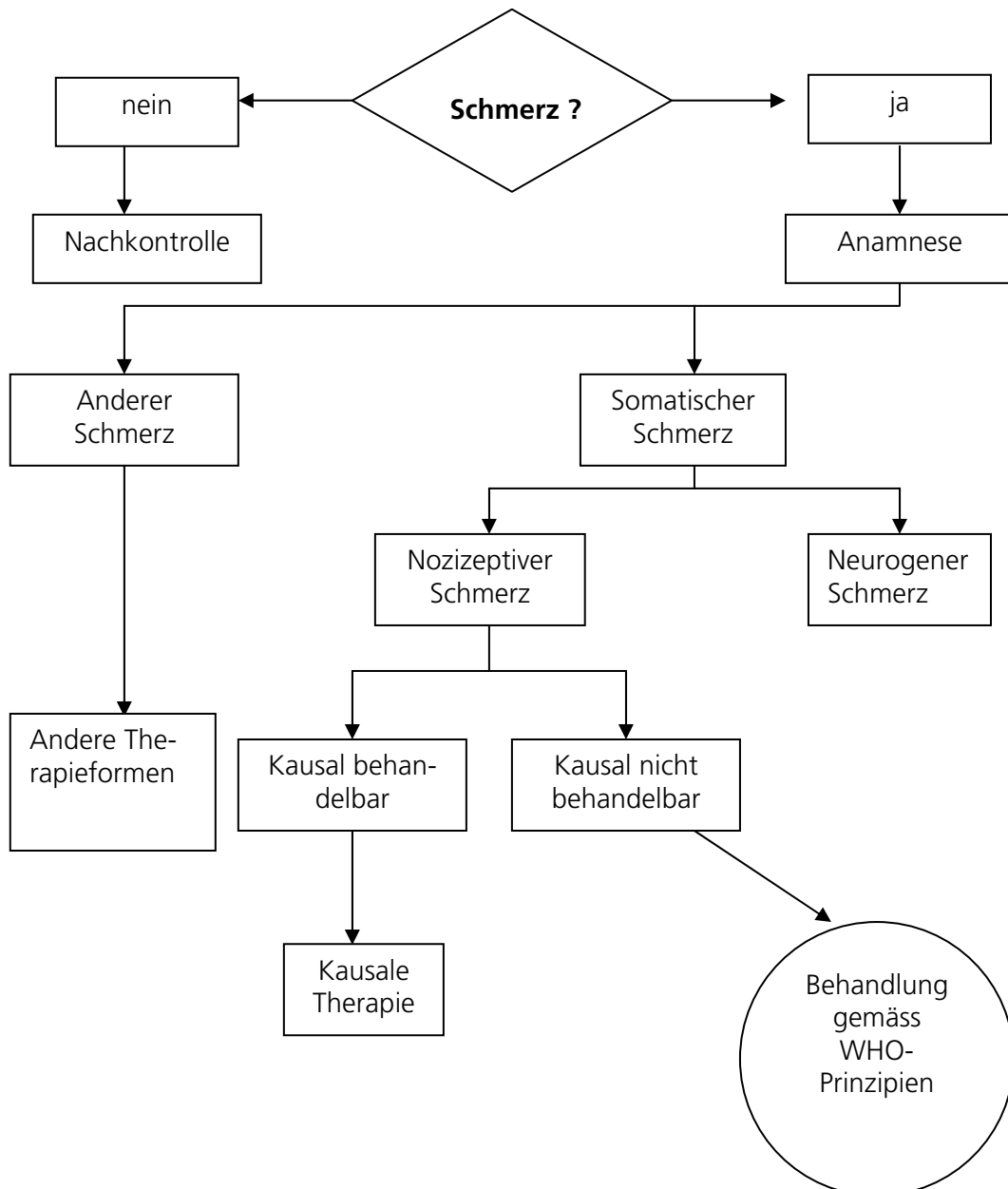
#### b) Lokalisation (betroffene Körperstelle und Ausstrahlung)

#### c) Intensität (visuelle Analog-Skala, Zahlenskala)>> Dolometer

#### d) Verschlimmernde oder lindernde Faktoren (Tageszeit etc.)

#### e) Abweichende Reaktionen auf effektives Schmerzempfinden (bei gestörter kognitiver Funktion, Kommunikationseinschränkung)

### 3.2.2. Schmerz-Therapie-Evaluation





### 3.2.3. Schmerztherapie

An erster Stelle jeglicher Therapie-Empfehlungen steht immer der Versuch, die Ursache der Schmerzen auszuschalten. Beim terminalen Patienten tritt dieser Ansatz in der Regel in den Hintergrund und die systemische Pharmakotherapie wird zum zentralen Behandlungsansatz; dazu eignet sich der Therapie-Stufenplan gemäß WHO nach folgenden Kriterien:

- by the ladder (= stufenweise Anpassung)
- by the clock (= regelmässige Verabreichung)
- by the mouth (= orale Verabreichung)
- by the individual (= dem Patient angepasst)

#### 3.2.3.1. Kontinuierliche Schmerzbehandlung nach Stufenplan der WHO

##### a) Stufe 1 – peripher wirkende Analgetika

Wirkstoffe: Acetylsalicylsäure, nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR), Paracetamol, Metamizol, Spasmolytika

In der terminalen Phase soll die Gabe von peripher wirkenden Analgetika auf Situationen beschränkt bleiben, in denen eine explizit antiphlogistische Wirkung erwünscht ist oder die Gabe anderer Schmerzmittel (z.B. Opiode) nicht erwünscht ist. Dies aufgrund der erhöhten gastralen und renalen Toxizität bei solchen Patienten.

Dosierungsvorschlag:

Dafalgan® 1 gr. p.o.	alle 6 – 8 Stunden
Brufen® 400 – 600 mg p.o.	alle 6 Stunden

##### b) Stufe 2 – niederpotente Opiate

Wirkstoffe: Tramadol, Kodein, Dihydrocodein

Ältere Personen sind der analgetischen Opiatwirkung gegenüber empfindlicher und reagieren vermehrt mit ZNS-Nebenwirkungen. Eine vorsichtige Titration der Opiatdosis ist wichtig. Transdermale Systeme enthalten für die meisten Situationen eine zu hohe Einstiegsdosis.

Dosierungsvorschlag:

Basistherapie:

Tramal® retard 100 mg p.o.	alle 12 Stunden
----------------------------	-----------------

Reservemedikation oder Initialtherapie:

Tramal® 50 mg p.o. Kps. / Tropfen	alle 6 Stunden
Codein® 50 mg p.o.	alle 4 Stunden

##### c) Stufe 3 – hochpotente Opiate

Wirkstoffe: Morphin, Fentanyl, Oxycodon, Hydromorphon, Methadon, Buprenorphin

Entsprechend den Verbindungen, die die Opiode mit den spezifischen Rezeptoren eingehen und der Art, wie sie wirken, unterscheidet man:

##### - Reine Agonisten:

Mittel der Wahl für chronische Schmerzen

Morphin (MST continus®, Sevredol®, Kapanol®), Kodein (Codein Knoll®), Methadon (Ketalgin®), Hydrocodon (Dicodid®), Fentanyl (Durogesic TTS®)

Dosierungsvorschlag:

MST continus®	10 – 30 mg alle 8 – 12 Stunden
Morphin i.v.	20 mg / 24 Stunden

Die i.v. Therapie sollte vor allem dann angewandt werden, wenn eine intravenöse Hydratation durchgeführt wird die orale Gabe nicht möglich ist oder die Volumina für die subkutane Zufuhr zu hoch sind.

Durogesic TTS® 25 ug/h	alle 72 h (= 25 mg Morphin i.v./d = ca. 60 mg Morphin p.o./d)
------------------------	---

(Faustregel: die Zahl auf dem Pflaster entspricht mehr oder weniger der Tagesdosis an Morphin intravenös)

- Teilagonisten:  
(Erreicht relativ rasch eine Wirkungsgrenze und zeigt eine geringere analgetische Wirkung; bei Umstellung auf einen reinen Agonisten verzögert sich der Wirkungseintritt und es können Entzugserscheinungen auftreten).

Dosierungsvorschlag:

Transtec TTS® 35	35 ug/h alle 72 h (= 25 mg Morphin i.v./d = ca. 60 mg Morphin p.o./d)
------------------	---

### 3.2.3.2. Praktische Anwendungshilfen zur Opioidtherapie

a) Aequivalenzfaktoren verschiedener Opioid-Analgetika im Vergleich zu Morphin oral

Wirkstoff	Art der Verabreichung	Umrechnungsfaktor
Kodein	Oral	10
Dihydrocodein	Oral	6
Tramadol	Oral	6 – 10
<b>Morphin</b>	<b>Oral</b>	<b>1,0</b>
Methadon	Oral	0.1 – 1
Oxycodon	Oral	0.5
Hydromorphon	Oral	0.13
Buprenorphin	Oral	0.04
Fentanyl		0.01

Beim Wechsel auf ein anderes Opioid: Errechnete Tagesdosis um 30% reduzieren.

b) Basistherapie mit Opioiden

Keine Retard-Präparate geben, wenn ein Patient zum ersten Mal mit einem Opioid behandelt wird, da das Titrieren schwierig wird. Schmerzen sind durch den späten Wirkungseintritt lange unkontrolliert, die Wirkstoffe kumulieren und können zu Nebenwirkungen führen.

c) Opioidtitration

Dosiserhöhung:

Dosisschritte können 20 – 30% der zuvor verordneten Dosis betragen oder entsprechend den durchschnittlich in 24 h eingenommenen Reservedosen.

d) Dosisreduktion

Eine Dosisreduktion ist nötig, wenn:

- die Nebenwirkungen stark sind (starke Schläfrigkeit, verminderte Atemfrequenz) (Auslassen von 1 – 3 Dosen)
- sich die Nierenfunktion verschlechtert (Reduktion der empfohlenen Initialdosis um ca. 50%)
- ein Patient bei guter Schmerzkontrolle schläfrig wird

e) Opioidrotation (Wechsel auf ein anderes Opioid)

Wenn von einem Opioid auf ein anderes gewechselt wird, verringert man die Dosis des neuen Opioids um 20 – 30 %, weil die Kreuztoleranz zwischen 2 Opioiden nicht immer vollständig ist.

#### f) Reservemedikation

Morphin	1/6 - 1/10 der Morphin-Tagesdosis fraktioniert nach Bedarf
---------	---

Beispiel: Bei 100 mg MST Continus/Tag als Basis entsprechen 10 - 15 mg Morphin der Reserve) z.B. Morphin Tropfen 2 % (1 Tropfen = 1 mg Morphin, abhängig von der Tropfengrösse, kann je nach Tropfenzähler variieren)

#### g) Äquianalgetische Umrechnungsfaktoren (für Morphin)

Oral = 1
Subkutan = orale Menge durch 2
Intravenös = orale Menge durch 3
Peridural = orale Menge durch 10

#### h) Rektale Verabreichung

Sichere, billige und wirksame Methode. Die MST Tabletten können rektal verabreicht werden; da sie sehr klein sind, muss in der Regel danach ein Supp. Dafalgan verabreicht werden, um ein Herausrutschen zu verhindern.

Kontraindikationen: Durchfall, anale/rektale Verletzungen, Mucositis, Thrombozytopenie oder Neutropenie, Ablehnung durch den Patienten.

#### i) Ungeeignete Präparate und Verabreichungsformen

Pethidin hat eine kurze Wirkzeit. Die wiederholte Verabreichung kann wegen toxischen Metaboliten eine ZNS-Toxizität hervorrufen.

### 3.2.3.3. Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen

Obstipation, Übelkeit, Sedation, Verwirrtheit, Pruritus, trockener Mund, Myklonien. Die Therapie erfolgt in der Regel in dieser Situation symptomatisch.

### 3.2.3.4. Co-Therapeutika/Adjuvantien je nach Schmerztyp

Arthralgien	Nicht steroidale Antirheumatika, Steroide
Weichteilinfiltration	Nicht steroidale Antirheumatika, Steroide
Lymphödem	Steroide, Diuretika
Muskelverspannungen	Muskelrelaxantien
Kopfschmerz bei Hirndruck	Steroide, Diuretika
Kapselschmerz	Nicht steroidale Antirheumatika, Steroide
Nervenkompression	Steroide, Antikonvulsiva, Antidepressiva

#### Literatur:

- Anderson R, Saijers JH, Abram S, Schlicht C: Accuracy in equianalgetic dosing: conversion dilemmas. J Pain Symptom Manage 21: 397 – 406, 2000
- Angst MS, Bühler M, Lötsch J: Insidious intoxication after morphin treatment in renal failure: delayed onset of morphin -6-glucuronide action. Anesthesiology 92: 1473 – 1476, 2000
- Eychmüller S, Die Qual der Wahl bei der Therapie mit stark wirksamen Opioiden Teil 2 von 2; Primary Care, 4, 27/28: 561 – 564, 2004
- Eychmüller S, Die Qual der Wahl bei der Therapie mit stark wirksamen Opioiden, Teil 1 von 2; Primary Care, 4, 26: 528 – 531, 2004
- Fainsinger RL, Bruera E.: How should we use transdermal fentanyl for pain management in palliative cancer patients. J Palliat Care, 1996, 121;1: 48 – 53, 1996
- Gemeinsam gegen Schmerzen: Grundsätze der Schmerztherapie bei Krebs: Therapeutische Richtlinien für Fachpersonen, Krebsliga Schweiz 2004
- Morley JS: Opioid rotation: does it have a role ?, Palliative medicine, 12; 6: 464 – 466, 1998
- Neuenschwander H., Steiner N., Stiefel F. et al.: Palliativmedizin auf einen Blick, Krebsliga Schweiz 2000
- World Health Organization. Cancer Pain Relief. Publication of the World Health Organization, 1996

### **3.3. Begleitende Seelsorge bei der Schmerzbehandlung**

Es kommt immer wieder vor, dass die medizinische Schmerztherapie beim sterbenden Patienten nicht sofort die gewünschte Wirkung erzielt. Manchmal sind die Ursachen der Schmerzen auch nicht feststellbar, bzw. die Dimension nicht zu realisieren. Es gibt besonders tapfere Patienten, die ihren Schmerz erst spät oder wenig äussern und es gibt besonders schmerzempfindliche Patienten, die ein überdurchschnittliches Schmerzempfinden äussern. In solchen Situationen ist es Ziel der Seelsorge, sich in begleitenden Gesprächen in die Situation des Patienten einzufühlen und ergänzend zur medizinischen Schmerzerfassung mögliche psychische Ursachen für Schmerzen wahrzunehmen. Manchmal ist es auch hilfreich, einen tapferen Patienten zu ermuntern, seinen Schmerz auszudrücken und einen besonders klagenden Patienten über ein einfühlsames Gespräch zu beruhigen. In beiden Fällen zieht die Seelsorge auf jeden Fall die Pflege in ihre Beobachtungen mit ein.

Oft ist es nötig, die Angehörigen darin zu begleiten, psychischen Schmerz des sterbenden Patienten mit ihm auszuhalten. Dann ermutigen wir die Angehörigen auch, ihre Beobachtungen direkt an die Pflege oder die Ärzte weiterzugeben, da sie oft die nächsten Begleiter des Patienten sind. Die seelsorgerliche Begleitung der Angehörigen hat immer zwei Ziele. Einerseits die Angehörigen zu entlasten und andererseits, die Angehörigen für die Begleitung des sterbenden Patienten zu kräftigen.

## 4. Atemnot

### 4.0. Zusammenfassung

Die Atemnot ist ein als bedrohlich empfundener Luftmangel eines Menschen. Die Behandlung und Linderung der Atemnot beim sterbenden Menschen ist ein weiteres vordringliches Ziel in der Sterbebegleitung. Sie erfolgt bei uns, indem wir:

- die Atemnot durch symptomatische Therapie über Opiate, Opiat-Benzodiazepin-Cocktail und Sauerstoff oder durch kausale Therapie behandeln
- atemunterstützende Lagerungen und angepasste Raumgestaltung anbieten
- sorgfältig abschätzen, ob und wann ein Absaugen vorgenommen wird
- die Angehörigen darin begleiten, die Ohnmacht auszuhalten, dem Sterbenden nicht helfen zu können

### 4.1. Pflegerische Massnahmen bei der Linderung von Atemnot

#### 4.1.1. Lagerungen

Spezielle atemunterstützende Lagerungen erleichtern dem Patienten das freiere Atmen (Hilfsmuskulatur, Sekretabfluss, offene Atemwege). Er kann so seine Kräfte schonen und sich entspannen. Bewährte Lagerungen suchen die Patienten meist aus eigenem Antrieb. Dies können sein:

- Oberkörperhochlagerung im Bett
- Sitzen am Bettrand oder im Stuhl - mit Abstützung der Arme auf einen Tisch
- Sitzen im Bett mit Rhombomed Kissen (Ordner Basale Stimulation)
- T-Lagerung
- 30° Schräglagerung mit leichter Oberkörperhochlagerung
- 135° Bauchlagerung (selten, Ordner Basale Stimulation)

Die Seitenlage und die 135° Bauchlage sind bei vermehrter Sekretproduktion und zurückfallender Zunge besonders geeignet um das Abfließen des Sekrets aus dem Mund zu begünstigen. Meist wird aber keine Flachlagerung mehr ertragen, die Pflegenden müssen also in dieser Situation nach Alternativen suchen um die Bedürfnisse des Patienten mit seiner Atemnot sowie die der Dekubitusprophylaxe zu wahren.

#### 4.1.2. Andere lindernde Massnahmen

Die Atemnot wird je nach Bewusstseitsgrad des Patienten nicht mehr gleich wahrgenommen, in jedem Fall können aber weitere Massnahmen helfen, sein Wohlbefinden zu steigern.

- frische Luft, offenes Fenster, nach Wunsch eigene Duftessenzen
- Luftbefeuchter, Inhalationen
- Atemstimulierende Einreibung
- Einreibungen mit Transpulmin, Pulmex oder eigenen ätherischen Salben
- feuchtwarme Brustwickel

#### 4.1.3. Absaugen

Das Absaugen hat grundsätzlich das Ziel, die Atemwege von Sekret zu befreien, wenn dies der Patient nicht mehr aus eigener Kraft kann. Das Absaugen wird von den meisten Menschen als unangenehm, schmerzhaft oder auch beängstigend erlebt.

Bei einem sterbenden Patienten ist es möglich, dass sich vermehrt Sekret staut, es geht hier aber darum, sein Wohlbefinden zu steigern. Es ist also sorgfältig einzuschätzen, ob der Leidensdruck des Absaugens grösser ist, als die Steigerung des Wohlbefindens.

Es gilt, so oft wie nötig, so selten wie möglich.

Ist ein Absaugen indiziert, so kann es als Stressabbau von Vorteil sein, dem Patienten im Anschluss ein beruhigendes Angebot zu machen (siehe Ordner Basale Stimulation). Meist müssen die Angehörigen in dieser Situation speziell begleitet und informiert werden.

Literatur:

Fröhlich/Bienstein, Basale Stimulation in der Pflege, Kallmeyer'sche Verlagsbuchhandlung, 2003

Kellnhäuser et al, Pflege entdecken-erleben-verstehen-professionell handeln, Georg Thieme Verlag Stuttgart 2000

## 4.2. Medizinische Behandlung der Atemnot

Die Behandlung der Atemnot (Dyspnoe) gehört neben einer ausreichenden Schmerzbehandlung zu den beiden wichtigsten Massnahmen bei sterbenden Patienten! Zwei Therapieansätze sind grundsätzlich zur Behandlung von Atemnot möglich.

### 4.2.1. Symptomatische Therapie

Sie dient der Linderung der quälenden Atemnot und steht bei sterbenden Patienten in der Regel im Vordergrund.

**Opiate:** Morphin-Präparate wirken zentral im Gehirn auf die Atemnotempfindung, was zu einem deutlichen Stressabbau führt. Der Atemantrieb wird dadurch herabgesetzt, was jedoch bei sterbenden Patienten in Kauf genommen wird und den Angehörigen mitgeteilt werden soll! Bei einer titrierenden Dosierung wirkt die Opiattherapie jedoch nicht lebensverkürzend. Eine Dauertherapie ist der Bedarfstherapie vorzuziehen!

<u>Dosisvorschlag:</u>	- MST Continus 10 mg 1-0-1 - MST Continus 30 mg 1-0-1
------------------------	--

**Opiat-Benzodiazepin-Cocktail:** in der Praxis haben sich zur Behandlung von präterminalen Dyspnoe-Angst-Schmerz-Zuständen auch Substanzkombinationen bewährt.

<u>Dosisvorschlag:</u>	- Morphin 20 mg + Valium 10 mg über 24 Std. den in 1'000 ml NaCl 0,9 % i.v. als Dauerinfusion - Dosissteigerung der Einzelkomponenten immer im Verhältnis 2:1
------------------------	--

**Sauerstoff:** dieses grundsätzlich auch ursächliche Therapieprinzip wird gewohnheitsmässig präterminalen Patienten auch angeboten. Im Unterschied zur ursächlichen Sauerstoff-Therapie bei akut kranken Patienten oder der Sauerstoff-Langzeittherapie ist der Nachweis einer Hypoxämie nicht zwingend, jedoch im Einzelfall immer erwünscht!

<u>Dosisvorschlag</u>	2 Liter pro Minute via Nasenbrille
-----------------------	------------------------------------

Selten kann eine **Inhalationstherapie** mit Betamimetika erwogen werden.

### 4.2.2. Kausale Therapie

Die ursächliche Behandlung der Atemnot steht in der Regel beim sterbenden Patienten nicht mehr im Vordergrund. Je nach Situation können jedoch folgende kausale Therapiemassnahmen erwogen werden:

- Gabe von Erythrozytenkonzentraten bei schwerer Anämie
- Punktion eines großen Pleuraergusses
- Absaugen von Sekret aus dem Mund und dem Rachen (nicht aber aus der Tiefe der Atemwege!)
- Hinweis: das Karcheln sterbender Patienten stört diese in der Regel nicht und wird oft nur von Angehörigen und Pflegepersonal störend empfunden. Allzu häufiges Absaugen sterbender Patienten soll zu Gunsten der oben genannten symptomatischen Therapie vermieden werden! Die verständliche und einfühlsame Information der Angehörigen ist dabei zentral und entlastet diese hilfreich.

## 5. Dehydratation

### 5.0. Zusammenfassung

Die Dehydratation ist die Abnahme des Körperwassers beim Menschen. Die Frage, ob eine Dehydratation bei terminalen Patienten verhindert oder behandelt werden soll oder nicht, ist Gegenstand heftiger aktueller Kontroversen. Wir bieten dem sterbenden Patienten darin eine individuelle Behandlung und Begleitung an, indem wir:

- bei jedem Patienten eine individuelle Beurteilung des Hydratationszustandes durchführen
- bei der Entscheidung für oder gegen eine Hydratation das Wohlbefinden des Patienten in den Vordergrund stellen
- die Linderung von Mundtrockenheit und Durst durch orale Stimulationsangebote und ein angepasstes Raumklima vornehmen
- die Angehörigen darüber hilfreich informieren

### 5.1. Pflegerische Angebote

#### 5.1.1. Raumklima

- individuelle Bedürfnisse (Temperatur) abklären
- häufig lüften
- nach Absprache mit dem Patienten/den Angehörigen ätherische Öle/Düfte benützen
- Dampfinhalator benützen, da damit die oberen Atemwege befeuchtet werden

#### 5.1.2. Linderung von Mundtrockenheit/Durst

- Orale Stimulationsangebote, die Sterbenden gemacht werden, sollten nicht primär das Ziel haben, ihn zum Essen und Trinken zu überreden. In erster Linie sollte auch hier unser Ziel sein, das Wohlbefinden des Sterbenden zu fördern
- entscheidend bei der Mundpflege und -befeuchtung ist die Häufigkeit und Regelmässigkeit
- Getränke zur Mundpflege sollten wohlschmeckend, erfrischend und entzündungshemmend sein. Lieblingsgetränk herausfinden. Getränke können auch eingefroren werden und in einer Gaze eingepackt dem Patienten angeboten werden. Auch Fruchtstücke können so verabreicht werden (keine Gefahr des Verschluckens)
- weitere Angebotsmöglichkeiten siehe Pflegestandard Nr. 2 Mundpflege
- Einbezug der Angehörigen zur Durchführung der Mundpflege

#### Literatur:

Kostrzewa/Kutzner: was wir noch tun können, Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Hans Huber Verlag 2002

### 5.2. Hydratation

Die Frage, ob eine Dehydratation bei terminalen Patienten verhindert oder behandelt werden soll oder nicht, ist Gegenstand heftiger Kontroversen.

Die intravenöse Hydratation bei terminalen Patienten ohne ausreichende Überwachung kann auch zu Komplikationen (Dyspnoe, Lungenödem) führen. Aufgrund solcher Erfahrungen lehnen einige Experten die parenterale Hydratation in der Terminalphase ab. Andere empfehlen sie. Die Argumentation für beide Extremmeinungen (generelle Hydratation und Nicht-Hydratation) steht auf wackligen Füßen, sodass sich im Einzelfall eine genaue klinische Evaluation aufdrängt.



### **5.2.1. Beurteilung des Hydratationszustandes**

Symptome: Durst, Mundtrockenheit, erhöhte Müdigkeit, kognitive Störungen, Myoklonien, Nausea, Fieber ohne Infektion, Dekubitus, Obstipation

Befunde: trockene Schleimhäute, Abnahme des Hautturgors und der Transpiration, Abnahme der sichtbaren Venenfüllung, z.B. am Handrücken oder jugulär, verminderter Bulbusdruck, orthostatische Hypotonie, Tachykardie, Oligurie

Labor: erhöhte Werte des Hämatokrit, Natrium, Harnstoff, Kreatinin (im Vergleich zu den Vorwerten)

### **5.2.2. Vor- und Nachteile einer Hydratation**

Die künstliche Flüssigkeitszufuhr soll dann angeboten werden, wenn die Vorteile die Nachteile überwiegen.

#### a) Argumente für eine Hydratation

- Durst des Patienten
- Exsikkose und Störungen des Elektrolythaushaltes können zu Unruhe, Bewusstseinsstörungen und Muskelkrämpfen führen
- bei mit Opioiden behandelten Patienten kann die Dehydratation mit prärenal Niereninsuffizienz zu einer Kumulation von Morphin-6-Glukuronid mit der Gefahr einer Morphinintoxikation führen

Grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob sich ein Patient überhaupt in der Finalphase befindet oder ob nicht eine ausgeprägte Dehydratation und Hypovolämie eine Agonie vortäuschen.

#### b) Argumente gegen eine Hydratation

- die parenterale Flüssigkeitszufuhr kann periphere Ödeme und Wassereinlagerungen in der Lunge fördern
- die parenterale Hydrierung ist ein grundsätzlich invasives Behandlungskonzept

Eine restriktive Flüssigkeitszufuhr wird häufig befürwortet, weil die Produktion von Endorphinen zu weniger Schmerzempfindung und eine geringere pulmonale Sekretion seltener zu Atemnot führen soll. Dazu ist Folgendes zu sagen: Ist die Ausschüttung von Endorphinen eine Reaktion auf eine Leidenssituation (Durst, Atemnot, Schmerzen), widerspricht dies den Grundsätzen der Palliativmedizin. Eine Dehydratation vermindert sicher die natürlichen Sekretionen, aber bei bestehender Pneumonie oder Tumordinfiltration der Lunge ist die Kapillarmembran soweit defekt, dass mit einer Minderung der Sekretion in diesen Bereichen und damit der „Rasselatmung“ durch Dehydratation nicht gerechnet werden kann.

### **5.2.3. Praktische Entscheidungsfindung**

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Hydratation sollte immer das Ziel verfolgt werden, Symptome der Dehydratation wie Konfusion, Übelkeit, Brechreiz und Erschöpfung zu verbessern bzw. den Symptomen vorzubeugen. Die Massnahme soll immer auf das Wohlbefinden des Patienten ausgerichtet sein.

#### a) Vorgehen:

Folgende Fragen sollen dabei berücksichtigt werden:

Wo steht der Patient? (DD Agonie, Dehydratation)

Welche Prognose kann für den Krankheitsverlauf gestellt werden?

Was ist das Ziel der Behandlung?

Welche Behandlung ist die angemessene für den Patienten?

#### b) Fazit:

Eine individuelle Entscheidung ist zwingend notwendig.

Die Autonomie des Patienten ist zu respektieren.

Eine optimale Symptomkontrolle ist anzustreben.

Das Finalstadium ist wiederholt zu hinterfragen.

### **5.3. Indikationen für eine parenterale Flüssigkeitszufuhr**

#### a) Gegebene Indikationen für eine parenterale Flüssigkeitszufuhr

Bei durch Dehydratation bedingter Unruhe, Somnolenz, Muskelkrämpfe, und toxische Konzentrationen von Arzneimitteln.

Bei Patienten mit Schluckstörungen aufgrund neurologischer Ausfälle oder lokaler Tumoren im Gesichts-Hals-Bereich.

Bei Patienten mit Durst, der enteral nicht gestillt werden kann.

Im Zweifelsfall für eine Flüssigkeitssubstitution entscheiden, vor allem bei Patienten, die sich nicht äussern können.

#### b) Ausnahmen:

genügende perorale Flüssigkeitszufuhr

Patienten ohne Dehydratationszeichen/-symptome oder Durst

Ablehnung durch den Patienten

Patient in Agonie und unmittelbar bevorstehender Tod

### **5.4. Volumenzufuhr**

Verwendete Lösungen:

- NaCl 0.9 %  
wenn eine Rehydrierung das Ziel ist.
- Mischinfusionen (2:1 = 1/3 NaCl 0.9% und 2/3 Glucose 5%)  
wenn die orale Zufuhr ergänzt werden soll

Dosierungsvorschlag:

In der Mehrzahl kann mit 1 Liter pro Tag eine adäquate Urinmenge und ein Hydratationszustand innerhalb normaler Grenzen aufrechterhalten werden. Das Mindestvolumen kann im Allgemeinen berechnet werden, indem 300 – 500 ml zum Urinvolumen addiert werden. Durch eine tägliche Kontrolle der klinischen Parameter muss das Infusionsvolumen regelmässig angepasst werden. Damit soll gewährleistet werden, dass die Patienten keine Hypervolämie entwickeln.

#### Literatur:

Neuenschwander H. et al: Palliativmedizin auf einen Blick: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte; Schweizerische Krebsliga, 2000

Husebo S, Klaschik E.: Palliativmedizin, 3. Auflage, Springer, Berlin 2003

Angst MS, Bühler M, Lötsch J: Insidious Intoxication after morphin treatment in renal failure: delayed onset of morphin -6-glucuronide action. Anesthesiology 92: 1473 – 1476, 2000

Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM: Dehydration and the dying patient. J Pain Symptom Manage 10, 3: 192 – 197, 1995

Fainsinger RL, Bruera E: The management of dehydration in terminally ill patients. Palliat Care 10: 55 – 59, 1994

Fainsinger R, Bruera: when to treat dehydration in a terminally ill patient? Support care cancer, 5, 205 – 211, 1997

World Health Organization: Symptom relief in terminal illness. WHO, Genf 1998

## 6. Angst

### 6.0. Zusammenfassung

Die Angst ist ein als unangenehm empfundener, bedrohlicher oder als Gefahr signalisierender emotionaler Zustand beim Menschen. Die Angst beim Sterbenden kann subjektiver oder objektiver Natur sein und auch Angehörige oder das Betreuungsteam ergreifen. Diesen Ängsten wollen wir hilfreich und unterstützend begegnen, indem wir:

- objektive und subjektive Ängste beim Sterbenden wahrnehmen und diese begleiten oder behandeln
- zum Sterbenden eine gute Beziehung aufbauen und diffuse Ängste auch mit ihm aushalten
- wenn nötig, beruhigende Medikamente abgeben
- Angehörige in ihren Ängsten ernst nehmen und begleiten
- eigene Ängste im Betreuungsteam wahrnehmen und sie unterscheiden von den Ängsten des Patienten und seinen Angehörigen

### 6.1. Merkmale von Angst

#### Subjektive:

- erhöhte Anspannung, verängstigt, nervös
- übererregt, verzweifelt
- sich Sorgen machen, Unsicherheit, Ungewissheit
- zunehmende Hilflosigkeit

#### Objektive:

- kardiovaskuläre Erregung, periphere Vasokonstriktion, erweiterte Pupillen
- fahriges Bewegungen (Herumschieben der Füße, Hand- / Armbewegungen)
- vermehrtes Schwitzen
- Tremor, Ruhelosigkeit
- Schlaflosigkeit
- angespannte Gesichtszüge
- zitternde Stimme
- Ichbezogenheit
- Durchfall, häufiges Wasserlösen
- wiederholtes Fragen

### 6.2. Angebote aus pflegerischer Sicht

#### Schwerpunkte:

- in Beziehung treten
- Vertrauen aufbauen
- Berücksichtigung der momentanen Wahrnehmung, bez. des Körpers und der Umwelt des Betroffenen
- Auseinandersetzung mit den Copingstrategien des betroffenen Menschen

#### In Beziehung treten:

Bei der Person bleiben, Nähe vermitteln, Patient berühren

Keine zusätzlichen Anforderungen stellen.

Die Strategien des Betroffenen unterstützen

Langsam und ruhig sprechen

#### Angebote aus dem Konzept der Basalen Stimulation:

Atemunterstützende Massnahmen (z.B. atemstimulierende Einreibungen, Entspannungsübungen)

Beruhigende Körperwaschungen und Ausstreichungen

Durch umgrenzende Lagerungen Geborgenheit vermitteln, Körperbegrenzung spürbar machen

- Angepasste Lichtquelle
- Persönliche Gegenstände ins Blickfeld stellen (z.B. Familienfotos, Blumen etc.)
- Angstfördernde Kontakte vermeiden
- Beruhigende Farben einsetzen (z.B. blaues Tuch aufhängen)
- Anleitung nur durch eine Person
- Lieblingsmusik
- Ruhige Hintergrundstimmung
- Unnötige Lärmquellen vermeiden

Literatur:

Nydahl, Bartoszek, Basale Stimulation, neue Wege in der Pflege Schwerstkranker, Urban & Fischer Verlag München, 2003

Doenges, Moorhouse, Pflegediagnosen und Massnahmen, Hans Huber Verlag, 2002

### 6.3. Medizinische Therapie bei Anspannung und Angst

Wenn möglich soll eine Therapie bei Anspannung und Angst immer kausal sein. Das heisst, primär ist die Erfassung der Ängste im Gespräch wichtig, ebenso sollte dabei versucht werden, die Ursache zu eruieren. Das Eingehen auf die Problematik, das Aussprechen von Ängsten und die Information über gewisse Abläufe und mögliche Komplikationen sowie Möglichkeiten der Leidensminderung können in der Therapie, respektive Linderung der Anspannung und Angst, weiterführend sein. Falls dies nicht ausreicht oder unmöglich ist, kann auch eine Pharmakotherapie eingesetzt werden.

#### 6.3.1. Pharmakotherapie

Beginn mit einem Sedativum der Benzodiazepinklasse

Dosierungsvorschlag:		
Oral	Temesta Expidet 1 mg s.l. Valium 5 mg p.o. oder sSupp.	2 – 3x / 24 Stunden alle 8 Stunden
Parenteral:	Valium 2.5 – 5 mg i.v. Valium 10 mg / 24 h kontinuierlich	gemäss Bedarf
Bei ungenügender Wirksamkeit:	Haldol 2 mg Amp. als Kurzinfusion	über 2 Stunden i.v.

### 6.4. Erkennen, Wahrnehmen und Begleiten von Angst

#### 6.4.1. Ängste beim sterbenden Patienten

Die Angst vor dem Sterben ist nicht bei allen Patienten spür- oder wahrnehmbar, aber da wo sie mitgeteilt wird, soll sie ernst genommen werden. Denn die Ängste beziehen sich oft auf die Unsicherheit, was kommen wird, bzw. auf die Frage, wie es mit den Angehörigen weitergehen wird. Das, was auf einen Patienten zukommt, wenn er stirbt, bleibt ein Geheimnis. Alle die Versuche, dieses Geheimnis zu lüften, die Untersuchungen über Nahtodeserfahrungen und alle Deutungsversuche der Religionen können hilfreich sein, müssen aber nicht. Sie lüften dieses letzte grosse Geheimnis nicht. Und das ist gut so, denn die Angst vor dem Tod ist neben der Unsicherheit vor dem was kommt, oft auch im Leben begründet.

So belastet es Menschen, wenn sie in konfliktbeladenen Beziehungen sterben müssen, wenn sie nichtvolljährige Kinder zurücklassen müssen, wenn sie ihren Nachlass nicht geordnet haben, wenn sie sich Zeit ihres Lebens gar nie mit dem Tod auseinandergesetzt haben.

Im seelsorgerlichen Gespräch reicht es oft schon, wenn sterbende Patienten davon noch etwas ausdrücken können. Immer wieder hilft es, wenn die engsten Angehörigen das Sterben beglei-

ten. Zärtliche Berührungen, menschliche Nähe und vertraute Menschen helfen mit, das Sterben unterstützend zu begleiten. Dort, wo kein Gespräch mehr möglich ist, wo der Patient nicht mehr ansprechbar ist, gehen wir davon aus, dass der Mensch auf geheimnisvolle Weise noch wahrnimmt und empfindet.

Es gibt auch Ängste, die nicht beruhigt werden können, weder durch Medikamente, noch durch Angehörige, noch durch die Pflege oder die Seelsorge. Auch das muss in seltenen Fällen ausgehalten werden, weil jeder Mensch das Recht hat, sein Geheimnis mit ins Grab zu nehmen. Der Respekt und die Würde des Sterbenden sind ebenso unantastbar, wie der Respekt und die Würde des gesunden Menschen.

Die Begleitung von Ängsten beim Sterbenden durch die Seelsorge kann neben Gesprächen und Anteilnahme auch über die Möglichkeit eines Abschiedsrituales erfolgen. Dabei versuchen wir, auch die Angehörigen immer wieder einzubeziehen.

#### **6.4.2. Ängste bei Angehörigen**

Bei den Ängsten von Angehörigen stehen folgende Ängste im Vordergrund:

- Angst davor, dass der sterbende Angehörige zu sehr leiden muss
- Angst vor der endgültigen Trennung
- Angst vor dem Verlassen werden
- Angst, dass der Patient nicht sterben kann

Diese Ängste können begleitet werden in einfühlsamen Begegnungen. Oft hilft es, wenn Angehörige aus dem Leben des Sterbenden erzählen und dabei auch trauern dürfen. Es kommt aber auch immer wieder vor, dass wir mit Angehörigen herzlich über Erlebnisse lachen können, die sie mit dem Sterbenden zusammen erlebt haben. Zwischen Lachen und Weinen, zwischen Hoffen und Bangen, zwischen Leben und Tod sich zu bewegen und dabei begleitet zu sein, ist Ziel der Seelsorge.

Auch hier gilt es, immer wieder den interdisziplinären Austausch zu suchen. Das müssen keine langen intensiven Gespräche sein, manchmal reicht es auch nur, das zu teilen, was schwierig oder auch schön war.

#### **6.4.3. Ängste innerhalb des Betreuungsteams**

Manchmal kann es geschehen, dass auch innerhalb des Betreuungsteams Ängste auftauchen. So kann es sein, dass jemand stirbt, der sich in einer ähnlichen Lebenssituation befindet wie man selber. Vielleicht liegen einer solchen Angst ein Todesfall oder ein Schicksalsschlag im persönlichen Umfeld zugrunde oder es ist ganz einfach die persönliche Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, die das Personal in gewissen Fällen persönlicher berührt als in anderen. Im Betreuungsteam sind eben auch Menschen in ihrer Individualität im Einsatz. Die Wahrnehmung eigener Ängste oder Grenzen innerhalb des Betreuungsteams hilft sehr bei der Begleitung von Angehörigen. Ja man kann sagen, je präziser das Betreuungsteam die eigenen Ängste wahrnimmt, desto besser kann es auf die Ängste der Angehörigen und der Sterbenden eingehen. Es kann dabei sehr hilfreich sein, sich darüber in der eigenen Berufsgruppe oder auch interdisziplinär auszutauschen. Die Erfahrung, dass wir alle, die wir in dieser komplexen Situation hilfreich sein wollen, Menschen mit eigenen Ängsten und Sorgen sind, kann sehr bereichernd für Angehörige und Sterbende und für das Betreuungsteam sein. Wichtig ist dabei nur, dass wir eigene Ängste wahrnehmen und sie trennen können von den Ängsten der Angehörigen und Sterbenden.

## 7. Begleitung / Trauer

### 7.0. Zusammenfassung

Die Trauer ist ein Primäraffekt des Menschen, der als Emotion aufgrund einer Verlusterfahrung entsteht. Die Trauer verläuft in verschiedenen Phasen, die sich gegenseitig durchdringen und zugleich ablösen. Menschen in ihrer Trauer und in der herausfordernden Situation des Sterbens zu begleiten, ist ein wichtiges Ziel für die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen. Dies nehmen wir wahr, indem wir:

- Sterbende und ihre Angehörigen in ihrer Situation seelisch begleiten
- uns auf die ungewisse Situation des Sterbenden und seiner Angehörigen menschlich einlassen und uns in einer ausgewogenen Balance von Nähe und Distanz hilfreich zur Verfügung stellen
- zusammen mit Sterbenden und Angehörigen die komplexe Situation des Sterbens aushalten und Grenzen zulassen
- die Trauerarbeit bei Sterbenden und Angehörigen wahrnehmen und fördern und die Trauer als eine Chance betrachten, um Abschied nehmen zu können

### 7.1. Begleiten / Aushalten

#### 7.1.1. Was bedeutet begleiten?

Begleiten heisst, im hier und jetzt neben den anderen zu stehen, wo er gerade ist und wann er es wünscht. Es bedeutet, mit tiefer Demut zu akzeptieren, vom Sterbenden geführt zu werden und dadurch ihn zu fragen: Wie kann ich helfen?

Begleiten heisst, seinen Rhythmus, seinen Weg zu billigen. Es bedeutet, zum letzten und manchmal auch zum ersten Mal, ihm die Möglichkeit zu geben, so zu leben, wie er es sich wünscht, ihn als Subjekt und nicht als Objekt der Pflege zu achten.

Wenn das Ende naht, werden Blicke, Momente der Stille, das Gefühl, Haut auf der eigenen Haut zu spüren, zu intensivem Erleben.

Da sein für den anderen, fordert aktive, innere Bereitschaft. Bereitschaft, sich persönlich auf diesen Menschen einzulassen. Begleiten fordert fortlaufend Selbstreflexion, um die eigenen Grenzen kennen zu lernen, um dem anderen nicht die eigenen Gefühle und Werte überzustülpen.

#### 7.1.2. Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt

Die letzte Grenze ist der Tod selbst. Nicht Aushalten ist die Devise, sondern Gewachsen sein. Wer merkt, dass dies misslingt, sollte das als Hinweis verstehen, etwas für sich zu tun. Alle, die mit dem Komplex Sterben, Tod und Trauer zu tun haben, sind mehr als andere aufgefordert, sich mit ihrem Thema auseinander zu setzen, also einen Standpunkt zu finden, der einem Halt gibt. Wer in jeder Situation neu mit sich ringen muss, wie er denn die Sache grundsätzlich sieht, verbraucht zuviel Energie.

Professionelle Sterbebegleitung heisst nicht, dem Sterbenden stets überlegen und cool gegenüber zu treten. Die professionelle Balance lebt davon, dass ich mich als Pflegende mit meiner Person nicht ausschliesse, sondern einbinde in einen ausgesprochen lebendigen Beziehungsprozess mit dem Sterbenden.

Die professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz hat zwei Blickpunkte. Die Bedürfnisse und Handlungen des Sterbenden genauso, wie die der Pflegenden. Um die Balance zwischen Nähe und Distanz zu halten, müssen die Pflegenden ein gutes Gefühl dafür entwickeln, nicht allzu schnell Distanz zu überspringen, nur weil sie im Spital „Heimrecht“ haben (der Patient ist

fremd). Ganz gleich wo sich die Pflegende und der Sterbende begegnen, immer geht es darum, den Zwischenraum zwischen zwei Menschen zu gestalten. Meist bestimmt bei Sterbenden die Pflegende, wie nah oder distanziert der Kontakt sich gestaltet - sie hat den grösseren Teil der Verantwortung. Dabei kommt es darauf an, die feinen Signale des Patienten wahrzunehmen, die zu mehr Nähe einladen oder mehr Distanz fordern. Diese Signale sind meist NICHT sprachlicher Art. Kleine Gesten, eine zugewandte oder abgewandte Körperhaltung, die Art des Blickes, das eigene Gefühl, all dies hilft dabei, das rechte Mass an Nähe zu finden und ist während der Begleitung immer neu auszubalancieren. Auch am Bett eines Sterbenden kann eine Pflegende sitzen, ohne dass es zu nah wirkt. Sobald sie sich vorbeugt und sich so den Augen des Sterbenden nähert, ändert sich die Qualität ihrer Nähe schlagartig. Und wieder ist die entscheidende Frage: Ist die Nähe vom Sterbenden oder nur von der Pflegenden gewollt? Die professionelle Balance im Blick wird mit dem Patienten so gestaltet, dass sich die Augen in etwa auf derselben Höhe mit der Pflegenden befinden. Kurze und weniger häufige Begegnungen können voll intensiver Nähe sein. Entscheidend ist die Haltung der Pflegenden. Wenn sie wirklich präsent ist, achtsam für sich, den Sterbenden und sein Umfeld, können sich fruchtbare und heilsame Begegnungen ergeben. Es muss darauf geachtet werden, dass die Pflegende merkt, wann es Zeit ist zu gehen. Auch muss sich ein Gespräch entwickeln und lässt sich nicht erzwingen.

### **7.1.3. Nähe / Distanz**

#### Berühren

Die Sensibilität für die eigenen Hände zu entwickeln und zu verfeinern, ist eine wichtige Grundlage zwischen Distanz und Nähe zum Sterbenden. Es ist wichtig verschiedene Berührungsqualitäten von einander zu unterscheiden. So kann eine beruhigende Einreibung des Rückens oder eine Fußmassage eine sehr intensive Art der Berührung darstellen, ohne, dass sie gleich schon zärtlich erscheint. Nur die eindeutigen, klaren Berührungen sind in der Lage, dem Sterbenden zu vermitteln, dass ich als professionelle Begleitperson da bin.

#### Zuhören

Indem die Betreuende den Sterbenden zu Wort kommen lässt. Ohne ihn gleich auszufragen, entsteht ein Raum in dem er sein Leben noch einmal ausbreiten kann. Das somit mögliche ziehen einer Lebensbilanz ist für manch einen Sterbenden eine Voraussetzung um versöhnlich sterben zu können.

#### Plaudern

Meist fühlen sich sterbende Menschen von dem Moment an, wo sie realisieren, dass ihre Zeit nur noch begrenzt ist, in einem permanenten Ausnahmezustand. Dort wo die Begleitperson es schafft, auch über das Plaudern zu vermitteln, dass der Sterbende immer noch zu den Lebenden zählt, kann das für den Betroffenen ausgesprochen entlastend sein.

#### Schweigen

„Wenn ich weit weg vom anderen bin, kann es geschehen, dass ich nichts mehr zu sagen weiß.“

Ein anderes Schweigen ergibt sich beim aktiven Zuhören. Es lässt bewusst Raum für den anderen und ist eher ein Beweis von Nähe. Es gibt Augenblicke im Leben, die eine so dichte Atmosphäre haben, dass jedes Wort störend wäre. Gerade, wenn mein Gegenüber ein Sterbender ist, oder aber im Sterben selber. Letztlich bleibt das achtsame Schweigen. Wer dies in der Begleitung Sterbender erlebt, wird in eine große Nähe hinein genommen und ist tatsächlich ergriffen vom Anderen.

#### Ekel

Die Bemühungen Anlässe für Ekel und Abscheu zurückzudrängen kommt an die Grenzen, wo Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Gebrechen auftreten. Ekel ist das innere Empfinden, Abscheu die äußere Reaktion, das Abwenden. Ekel kann vor sich selber oder vor einem anderen empfunden

den werden. Bei demjenigen, welcher Ekelimpulse hat, führt dies zu einem schlechten Gewissen. Beachte, dass der nicht übergangene oder weg geredete Umgang mit Ekel die große Chance bietet, die eigenen Grenzen und Ängste ehrlich zu erkunden. So dass die Begleitperson dem Betroffenen auf einem neuen Niveau, das heißt meist zugewandter und hilfreicher begegnen kann.

Einige Kriterien zur Sensibilisierung des Umgangs mit Ekel:

- Ekelempfinden ist eine natürliche Reaktion
- Ekelempfinden ist unwillkürlich sinnvermittelt
- Gesellschaftliche Konventionen prägen Ekel mit
- unterschiedliche Nähe und Fremdheit gegenüber der betreffenden Person prägen das Empfinden
- gegenüber dem Ekelempfinden kann sich Gewöhnung einstellen, aber auch das Gegenteil, eine verschärfte Wahrnehmung tritt auf
- täglich unterschiedliches Erleben ist möglich

Dennoch ist dem Ekelempfinden nicht mit moralischen Kategorien zu begegnen (das darf nicht sein!). Ekelempfinden ist Anlass zum Innehalten, nicht zum Wegmachen oder Übersehen desselben. Vorsicht ist geboten, wenn nicht der Auslöser für den Ekel, sondern der ganze Mensch als „eklig“ empfunden wird. Das Aussprechen der Empfindung, auch gegenüber dem Betroffenen, kann das „Ekeltabu“ und die Scham lösen und den Umgang mit der gesamten Situation entschärfen.

#### Aushalten

Der Mensch lebt in Beziehung, am Lebensanfang wie am Lebensende. Kommunikation über Blicke, Berührung, Gestik, Mimik hat im Sterben eine große Bedeutung. Berührung oder der Austausch von Blicken erlauben den Austausch von Gefühlen. Unterdrückte Angst verhindert Wahrhaftigkeit und Offenheit. In der letzten Phase empfindet die Pflegende als Anforderung an sich, das Aushalten, das Dasein und den Mut den Sterbenden loszulassen. Die Beraterischen Fähigkeiten welche wir in unserem Alltag brauchen verändern sich laufend, passt sich der jeweiligen Situation an. Der Patient kann erbarmungslos mit der Tatsache konfrontiert werden, dass sein Tod unmittelbar bevorsteht. Ebenso können die Angehörigen des Patienten, im Mittelpunkt stehen, wenn deren Verzweiflung in dem Maße zunimmt wie das Leben des Sterbenden sich seinem Ende nähert. Dies zeigt, dass Menschen unterschiedlich auf den Tod reagieren und dass jeder individuell unterstützt werden muss.

Viele Patienten sterben im Schlaf oder in bewusstlosem Zustand. Manchmal sind die Patienten jedoch auch wach und nehmen Veränderungen wahr, die anzeigen, dass sich ihr Zustand schnell verändert und sie bald sterben werden. Sie fragen: „Was ist los, was geschieht mit mir? Muss ich jetzt sterben? In solchen Situationen versteht sich die Beraterische Fähigkeit als ein gezielter Einsatz, in der Beziehung zur Unterstützung eines Menschen in einer schwierigen Situation. Man kann weder das Leben der Patienten verlängern, kann ihnen nicht helfen ihre Probleme zu lösen, ihnen auch nicht helfen Entscheidungen zu treffen oder Pläne zu machen. Manchmal hat man in solchen akuten Situationen, auch nicht die Zeit, um Familie und Freunde herzubitten. Die Frage lautet dann also nicht mehr: „Was kann man für den Patienten noch tun“, sondern: „Wie kann man auf den Patienten eingehen, ihn begleiten?“. Diese Frage lässt sich nur beantworten wenn man sich in die Situation einfühlen kann, denn man wird später von den Verstorbenen nicht mehr erfahren können, ob man „das Richtige getan“ hat.

#### Alleine lassen

Es ist unvorstellbar den Patienten in der finalen Krise alleine zu lassen. Um dem Sterbenden helfen zu können, muss man seine eigene Verzweiflung oder Panik unter Kontrollen halten. Man muss in der Situation abwägen ob es noch sinnvoll ist das Zimmer zu verlassen um Hilfe oder Angehörige zu holen, da der Patient bis zur Rückkehr bereits tot sein könnte. Wenn Hilfe nötig ist diese über die Rufanlage holen, um bei dem sterbenden Menschen zu bleiben.



Es gibt aber auch viel subtilere Möglichkeiten, sterbende Menschen alleine zu lassen. Man kann sich auf die Ausführung von technischen Verrichtungen, verabreichen von Medikamenten oder auf das Beseitigen von Unordnung im Zimmer konzentrieren. Die soll nicht heißen, dass all das sinnlos ist, sondern lediglich zeigen, dass die diversen Aktivitäten einen guten Vorwand liefern, sich der Notwendigkeit, mit dem Sterbenden Menschen hier und jetzt in Beziehung zu treten, zu entziehen.

#### Unzulässige Beruhigung

Es gibt Situationen in welchen wir in Versuchung kommen, den Patienten auf unzulässige Weise zu beruhigen: „Keine Angst, das ist nichts schlimmes. Versuchen sie einfach, still zu liegen und Ruhe zu bewahren, dann geht es ihnen bald besser.“ Wenn der Patient dies wirklich glauben könnte, wäre ihm geholfen, doch die Beruhigung spottet schlicht der Realität. Sie verhindert dass der Sterbende den Ereignissen eine „Bedeutung zuordnen“ kann. Es hat keinen Sinn Angst durch Verwirrung noch schlimmer zu machen. Wir haben kein recht Patienten über ihren Zustand im Unklaren zu lassen, erst recht nicht wenn sie danach fragen. Wir wissen nicht welche Vorbereitungen oder Gebete ein Mensch für die Stunde seines Todes vorgesehen hat. Unsere Beraterische Fähigkeit besteht darin, die Wahrnehmung des Sterbenden zu akzeptieren und ernst zu nehmen, ihm helfen den Geschehnissen eine Bedeutung zuzuordnen. Dem Sterbenden bis zu Ende Respekt erweisen, heißt seiner Frage nach dem Sterben, ehrlich zu begegnen ihr nicht auszuweichen.

#### Grenzen

Manchmal fällt es Betreuenden sehr schwer, die professionelle Hilfe auf ein angemessenes Mass zu begrenzen, wenn sie mit Patienten arbeiten welche von chronischen Krankheiten betroffen sind, mit Verlust leben müssen und dem Tod nahe sind.

Wenn wir Patienten als Menschen wahrnehmen, können wir zwar emotional sensibel auf sie reagieren, aber es wird uns auch schmerzlich bewusst, dass es Bedürfnisse und Probleme gibt, die unerfüllt bzw. ungelöst bleiben. Wenn wir es in solchen Situationen schaffen, uns diesem Dilemma zu stellen, können wir uns aus dieser Zwangslage befreien, ohne uns von den Patienten zu distanzieren („Ich bin nicht in der Lage, alle Bedürfnisse dieser Patientin zu erfüllen; das ist zwar traurig, aber nicht zu ändern.“ Anstatt: „Ich habe sie enttäuscht, also habe ich als Begleitperson im Oktober versagt.“)

#### Literatur:

Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt H. Böcke, G. Schwikart, M. Spohr, Gütersloh 2002  
Palliativ pflegen, Sterbende verstehen, beraten und begleiten, 1 Auflage J. Davy, S.Ellis, Bern 2003

## **7.2. Die Trauer und ihre Phasen**

### **7.2.1. Trauerarbeit**

Die Trauer ist das „Desinfektionsmittel“ für den trauernden Menschen. Wer traurig ist oder Trauer ausdrückt, der bindet sich zurück an seine tiefsten Kräfte in seiner Seele. Wir verwechseln gerade auch in Sterbesituationen die Trauer manchmal mit der Depression. Daniel Hell, ärztlicher Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, vertritt die Meinung, dass die beiden Gefühlszustände von Trauer und Depression nicht gleichartig sind. Weder ist Depression Trauer, noch ist Trauer Depression. Für die Begleitung von trauernden Angehörigen und sterbenden Patienten ist das von grosser Bedeutung. Trauer und Depression sind zwei unterschiedliche Weisen, wie der Mensch mit der gleichen zugrunde liegenden Problematik umgehen kann. Im bewussten, wissenden Erleben verhalten sich Trauer und Depression komplementär zueinander. Wo echte Trauer vorliegt, ist depressives Erleben fern. Wo eine schwere Depression einen Menschen blockiert, ist aktives Trauern vorerst unmöglich. Manchmal fallen Angehörige beim Sterbeprozess in eine seltsame Apathie und schützen sich damit vor allzu intensiven Trauergefühlen, die sonst überfordern würden. Andererseits zeigen Angehörige manchmal heftigste Trauer und begeben sich so bereits vor dem Tod des sterbenden Patienten in die Trauerarbeit. Trauerarbeit

ist eine sehr dichte und wesentliche Arbeit, die sehr viel Energie fordert. Auch sterbende Patienten trauern. Sie trauern darüber, dass sie von diesem Leben und lieben Menschen Abschied nehmen müssen. Sie trauern über Ungelebtes und Missglücktes in ihrem Leben und sie trauern über die Endgültigkeit, die mit dem Tod in den Raum tritt.

Die Trauerarbeit von sterbenden Patienten und ihren Angehörigen kann vom begleitenden Personal, nicht nur der Seelsorge, gefördert werden durch Anteilnahme, Trost und menschliche Nähe. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Trauer durch verschiedene Phasen gekennzeichnet sein kann.

### **7.2.2. Trauerphasen nach V. Kast**

Es werden in der aktuellen Literatur vier Trauerphasen unterschieden. Diese lösen sich nicht einfach fein säuberlich ab, sondern durchdringen sich vielmehr gegenseitig.

#### 1. Phase: Nicht-wahr-haben-wollen

Typische Gefühle:	Leere, Hohlheit, Starre, Chaos, Betäubung, Unwirklichkeit, Empfindungslosigkeit
Körperliche bzw. seelische Reaktionen:	Schockzustand, Herzasen, Übelkeit, Starre, Desinteresse, Schweißausbrüche, verzögerte Reaktion, Sprachlosigkeit, Kontaktverweigerung, Verwirrung, psychosomatische Beschwerden
Möglichkeiten für die Begleitung:	nicht allein lassen, da sein, ohne viel zu fragen nicht bevormunden, Gefühle zulassen und aushalten, ohne sie zu bewerten, Wärme, Mitgefühl vermitteln, eigene Gefühle wahrnehmen, Strukturen anbieten

#### 2. Phase: aufbrechende Emotionen

Typische Gefühle:	Ärger, Wut, Ohnmacht, Zorn, Trauer, Freude, Angst, Schuldgefühle
Körperliche bzw. seelische Reaktionen:	Reizbarkeit, Depression, Apathie, Panikattacken, Herzasen, Appetitmangel, Schlafstörungen, Anklagen, Idealisieren, Konzentrationsstörungen
Möglichkeiten zur Begleitung:	Gefühlsausbrüche im Rahmen der Möglichkeiten zulassen, ungelöste Fragen nicht verdrängen, Probleme aussprechen, Schuldgefühle nicht ausreden, aber auch nicht bekräftigen, Anteilnehmen am Erleben des trauernden Menschen, nicht bewerten, keine eigenen Geschichten einbringen

#### 3. Phase: Suche und sich trennen

Typische Gefühle:	Einsamkeit, Verzweiflung, Unverständnis, Minderwertigkeit, Hilflosigkeit, Freude, Dankbarkeit, Unruhe, Identifikation
Körperliche bzw. seelische Reaktionen:	depressive Zustände, suizidale Gedanken, lautes Reden mit dem Verstorbenen, innere Zwiegespräche, Suchverhalten, intensive Träume, überaktiv-apathisch, psycho-somatische Beschwerden
Möglichkeiten zur Begleitung:	keine Zensur vornehmen, alle Erlebnisse dürfen ausgesprochen werden, Geduld, zuhören auch wenn sich die Geschichten wiederholen, Gefühle ernst nehmen, bei Suizidalität kontinuierliche Begleitung, Zeit lassen, Unterstützung bei Ansätzen der Neuorientierung

#### 4. Phase: neuer Selbst- und Weltbezug

Typische Gefühle:	Freude, Ruhe, Zufriedenheit, Selbständigkeit, Befreiung, Selbstachtung, Erleichterung, Sinnhaftigkeit, Dankbarkeit
-------------------	--

Körperliche bzw. seelische Reaktionen:	Anfälligkeit für Rückfälle, labile Stimmungslage, Überreaktion auf jede Form von Verlust, Änderung der Selbstzweifel, Normalisierung veränderter Körperfunktionen
Möglichkeiten zur Begleitung:	dazu beitragen, dass der/die Trauernde auch die Begleitung loslassen kann, Veränderungen im Beziehungsnetz unter- stützen, Akzeptanz durch die Begleitenden, selbst nicht mehr gebraucht zu werden

### **7.2.3. Erschwerte Trauerreaktionen**

Die Vielfalt von Trauerreaktionen und die Tatsache, dass Trauern nicht ein lineares Geschehen ist, machen es schwer, zwischen normaler und erschwerter Trauer zu unterscheiden. Trotzdem kann es Anzeichen oder Signale geben, die eine erschwerter Trauer ausdrücken können. Solche Anzeichen können sein:

- depressive Stimmungslage
- Flucht in übermäßige Geschäftigkeit
- Gleichgültigkeit
- Ausdrücken von übermäßigen Schuldgefühlen
- Hoffnungslosigkeit, totale Niedergeschlagenheit
- übermäßige Anforderungen an Pflege oder Ärzte

#### Literatur:

Kast Verena, Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart, 2002

Fässler-Weibel Peter, Nahe sein in schwerer Zeit, Fribourg, 1991

Hell Daniel, Welchen Sinn macht Depression, Reinbek bei Hamburg, 1992

## 8. Angehörige

### 8.0. Zusammenfassung

Angehörige sind Menschen, die in einer nahen und vertrauten Beziehung zum Sterbenden stehen. Meistens sind es die engsten Familienmitglieder oder Freunde eines Sterbenden. Angehörige übernehmen einen besonders wichtigen Teil in der Begleitung von Sterbenden. Sie werden aber auch sehr herausgefordert in dieser Aufgabe. Die Begleitung von Angehörigen in dieser Phase, in der sie von einem lieben Menschen Abschied nehmen müssen, ist uns ein sehr wichtiges Anliegen, das wir wahrnehmen, indem wir:

- den Angehörigen eine gute Infrastruktur in der Zeit der Sterbebegleitung anbieten
- die Angehörigen nach Bedarf und Möglichkeit in die Pflege mit einbeziehen
- die Angehörigen laufend hilfreich und unterstützend über die Situation informieren
- die Angehörigen bei Bedarf seelsorgerlich begleiten

### 8.1. Begleitung durch die Pflege

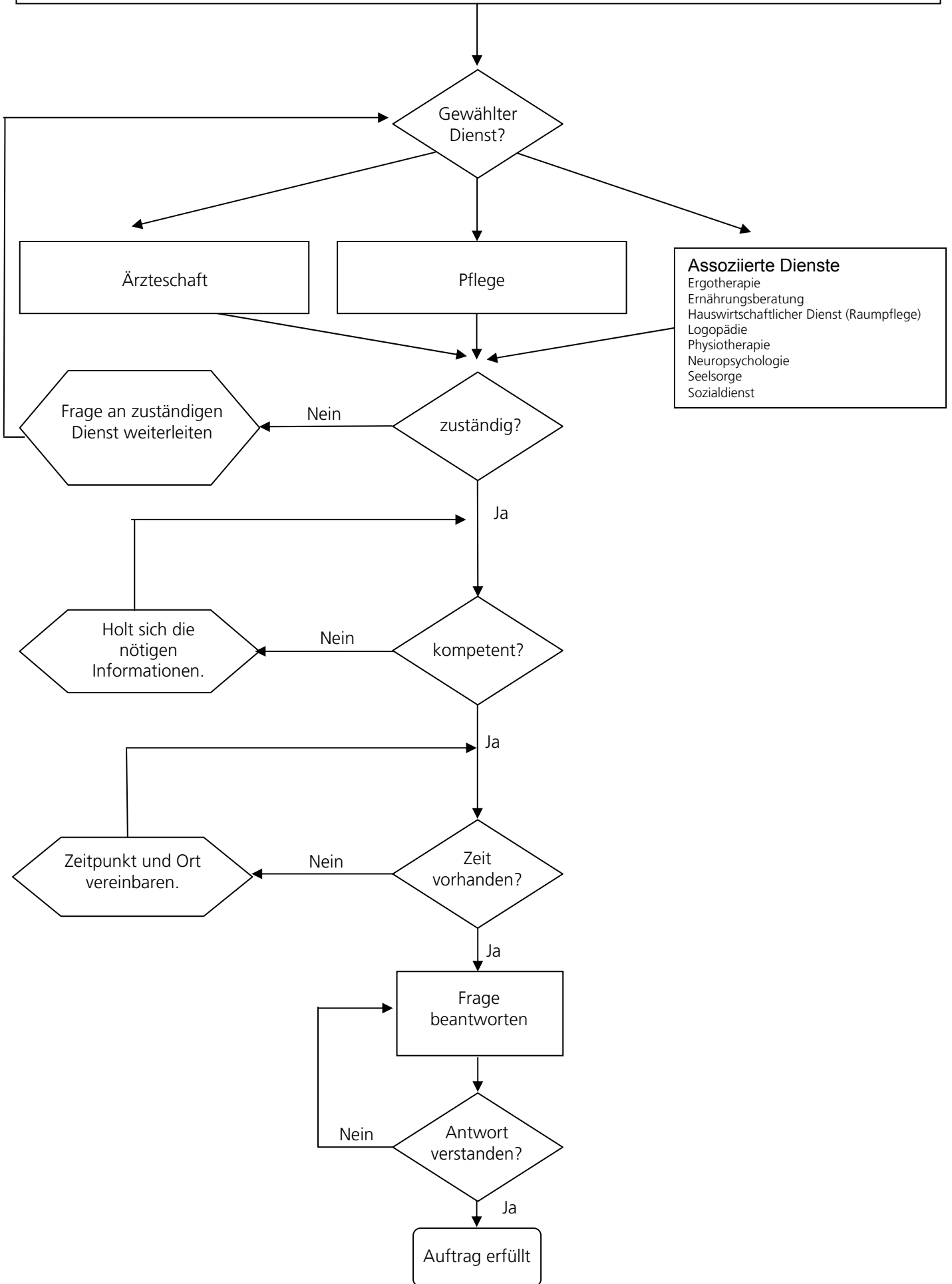
- Den Angehörigen wird ermöglicht, die Patientin über 24h zu begleiten
- Zum Übernachten offerieren wir ihnen ein Feldbett
- Wir stellen einen Boy mit Getränken ins Zimmer
- Den Angehörigen wird das Organisieren der spitalinternen oder spitalexternen Seelsorge angeboten
- Wir klären frühzeitig folgenden Sachverhalt:  
Wer wird bei AZ-Verschlechterung angerufen?  
Wann darf telefoniert werden?  
Sind besondere Wünsche vorhanden bezüglich des Sterberituals oder des Zurechtmachens des verstorbenen Patienten?
- Die Angehörigen werden in die Pflege einbezogen, sofern sie dies wünschen
- Die Angehörigen werden unterstützt und beraten: ihre Kräfte einzusparen, sich untereinander abzulösen. Der Patient soll auch die Gelegenheit haben, zwischendurch alleine zu sein
- Die Pflegenden signalisieren den Angehörigen, dass sie Zeit haben und bieten Gespräche an

### 8.2. Informationskompetenz für Angehörige

Sterbende Patienten und ihre Angehörigen sollen jederzeit eine kompetente Ansprechperson für ihre Fragen und Anliegen vorfinden. Pflegenden und Ärzte haben deshalb gemeinsame Regeln für den Umgang mit entsprechenden Anfragen erarbeitet. Mit den nachfolgenden Regeln betreffend Zuständigkeiten zur Beantwortung von Patienten- und Angehörigenfragen sowie dem dazugehörigen Algorithmus sollen Unsicherheiten im Pflorgeteam und bei den Ärzten beseitigt werden.

Dabei ist darauf zu achten, dass **jede** angesprochene Person die Verantwortung als Ansprechpartner gegenüber den Angehörigen wahrnimmt und entsprechend ihren Kompetenzen und ihrer Zuständigkeit antwortet. Allenfalls kann sie die Frage an die zuständige Person weiterleiten oder sich die nötige Information beschaffen. Bei momentan fehlenden Zeitressourcen ist ein geeigneter Zeitpunkt zur Besprechung mit der zuständigen Person zu vereinbaren.

# Vorgehen bei Anfragen durch Patienten und Angehörige



### **8.3. Begleitung durch die Seelsorge**

Die Begleitung von Angehörigen ist ebenso wichtig aus Sicht der Seelsorge, wie die Begleitung des sterbenden Patienten. Dabei gehen wir davon aus, dass eine gute Begleitung von Angehörigen in jedem Fall dem Sterbenden zugute kommt. Das wiederum fördert die Beziehungs- und Lebensqualität in der Sterbephase. Je besser die Pflege uns über ihre Beobachtungen von Überforderung bei Angehörigen informiert, desto hilfreicher können wir auch hier Seelsorge anbieten. Dabei können wir in Gesprächen und Begegnungen mit Angehörigen Vertrauen schaffen und sie in dieser ausserordentlich herausfordernden Situation begleiten. Immer wieder nehmen wir uns Zeit für die Anteilnahme. Das ist oft das Wichtigste für die Angehörigen in dieser Phase.

Der Kreis der Angehörigen umfasst meistens die engsten Familienmitglieder, wie Ehe- oder Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister, Enkel usw. Es kann aber auch vorkommen, dass es nicht diese engsten Familienmitglieder sind, die einen Sterbenden begleiten, sondern Freunde, Schwiegertochter oder -sohn, oder gar Nachbarn oder Arbeitskollegen. Sie übernehmen dann die Rolle der Angehörigen. Für das Betreuungsteam kann es unter Umständen sehr wichtig sein, genau zu beobachten und wahrzunehmen, wer zu den engsten Angehörigen eines Sterbenden gehört. Hilfreich ist es auch, darüber das Gespräch mit dem sterbenden Patienten möglichst frühzeitig zu suchen, damit er seinen Willen diesbezüglich äussern kann, wenn es nötig ist.

Zum zweiten bieten wir über die Freiwilligengruppe der Sterbebegleiterinnen Sitzwachen an, dort wo Angehörige mit der Begleitung von Sterbenden an ihre Grenzen kommen. Auch hier gilt es, dass wir umso hilfreicher sein können, je früher wir von der Pflege auf mögliche Überforderungssituationen hingewiesen werden.

In folgenden Problembereichen der Sterbephasen findet Seelsorge an Angehörigen statt:

- Mithilfe bei der Akzeptanz des Unausweichlichen
- Vermittlung von Gesprächen mit der Pflege bzw. den Ärzten
- Anwalt für das Offenlassen des Sterbezeitpunktes
- Trauerbegleitung
- Gestaltung eines Abschiedsrituals
- Familiengespräche
- Begleitung beim Todeseintritt und danach
- Begleitung zum Abschiedsraum
- in besonderen Fällen Beerdigung
- Trauerbegleitung in den Wochen/Monaten nach dem Tod

## 9. Todeseintritt

### 9.0 Zusammenfassung

Der Todeseintritt ist ein Prozess, bei dem die Atmung, Herzschlag und Hirnfunktionen aufhören und sich die Gesichtszüge des Sterbenden langsam entspannen. Dieser Übergang ist im Rahmen des Sterbeprozesses ein besonders intensiver Augenblick. Wir nehmen das ernst, indem wir:

- den Reanimationsstatus des Patienten präzise und laufend überprüfen und beurteilen
- den Tod medizinisch feststellen
- die Angehörigen zum Zeitpunkt des Todeseintrittes hilfreich und unterstützend begleiten

### 9.1. Todeseintritt und Feststellung des Todes

#### 9.1.1. Todeseintritt

Zeichen des nahenden Todes beim terminal kranken Patienten sind:

- rascher, schwacher Puls, Blutdruckabfall
- kalter Schweiß
- kalte Extremitäten mit blasser oder bläulicher Marmorierung
- oberflächliche, unregelmässige oder erschwerte Atmung (Cheyne-Stoke-Atmung, Schnappatmung)
- Apathie oder Unruhe/Agitation

Es wird unterschieden zwischen einem biologischen Tod (absoluter Tod oder Hirntod) und dem klinischen Tod (relativer Tod).

Biologischer Tod:

- Ausfall aller Hirnfunktionen vor dem Ausfall des Herzens. Der Hirntod ist das Kriterium für den Todeseintritt (Null-Linie im EEG oder Elektroenzephalogramm)

Klinischer Tod:

Ein Herzkreislaufstillstand, welcher unter Umständen durch eine Reanimation reversibel ist, führt über einen Durchblutungsstopp des Gehirns zum irreversiblen Funktionsausfall des Hirns und des Hirnstammes und damit zum Tod.

Tritt der Tod nach Herzstillstand mit anhaltendem Kreislaufunterbruch oder nach erfolgloser Reanimation ein, müssen zu seiner Feststellung folgende acht klinische Befunde vorhanden sein:

- tiefes Koma
- beidseits auf Licht nicht reagierende Pupillen
- Fehlen der oculo-cephalen Reflexe (keine Augenbewegungen bei rascher, passiver Kopfdotation)
- Fehlen der Kornealreflexe
- Fehlen zerebraler Reaktionen auf schmerzhaft Reize
- Fehlen des Husten- und Schluckreflexes
- Pulslosigkeit (zentral) durch Palpation an der Arteria femoralis und/oder der Arteria carotis
- Atemstillstand

#### 9.1.2. Feststellung des Todes

Die Feststellung des Todes nach Herz-Kreislaufstillstand darf frühestens nach 10minütigem ununterbrochenem und beobachtetem Herzstillstand mit vollständigem Kreislaufstillstand erfolgen, sofern die oben erwähnten acht klinischen Befunde vorhanden sind.

Hinweis: Die Feststellung des Todes ist in jedem Fall Aufgabe eines Arztes/einer Ärztin.

Sichere Todeszeichen:

- Totenstarre: beginnt nach 2 - 4 Stunden, Ausbreitung von kranial nach kaudal. Sie ist vollständig nach 6 – 8 Stunden
- Totenflecken: blass rot, später dunkelrot bis blau-graue Flecken an den tiefer liegenden Körperstellen. Beginn in Rückenlage nach 20 – 40 Minuten an den seitlichen Halspartien und am Schultergürtel, konfluierend nach 1 – 2 Stunden, wegdrückbar bis ca. 10 Stunden
- keine Hirnströme
- Trübung der Hornhaut

Unsichere Todeszeichen sind:

- Atemstillstand
- kein Puls tastbar
- kein Pupillenreflex vorhanden
- Weichwerden des Augapfels
- Blässe
- Abkühlung

### **9.1.3. Reanimation**

Die Feststellung des Todes nach Herz-Kreislaufstillstand darf frühestens nach 10-minütigem unterbrochenem und beobachtetem Herzstillstand mit vollständigem Kreislaufstillstand erfolgen, sofern der Patient die klinischen Todeszeichen aufweist. In dieser Phase müssen Reanimationsmassnahmen erfolgen, damit sie erfolgreich sein können.

Die Entscheidung, ob Reanimationsmassnahmen vorgenommen werden sollen, muss jedoch wenn immer möglich vorgängig getroffen werden.

Aus folgenden Gründen kann auf Reanimationsmassnahmen verzichtet werden:

- bei Patienten, welche im Vollbesitz ihrer Urteilsfähigkeit solche Massnahmen abgelehnt haben
- bei Patienten, deren Krankheit ein terminales Stadium erreicht hat, wobei bei der Entscheidung allfällige Wünsche des Patienten und die Meinung der Angehörigen im Gesamtkontext zu berücksichtigen sind
- bei Patienten, bei welchen ein andauernder Herzstillstand ohne Reanimation mit Sicherheit länger als 10 Minuten nachweisbar bestanden hat
- bei Patienten, bei welchen zu einem früheren Zeitpunkt eingeleitete lebenserhaltende Massnahmen abgebrochen wurden

Der Reanimationsstatus soll bei jedem Patienten beim Eintritt in das Bürgerspital Solothurn definiert, im Kardex festgehalten und vom betreuenden Stationsarzt visiert werden.

## **9.2. Begleitung von Angehörigen beim Todeseintritt**

Dieser Augenblick ist für die Angehörigen und wohl auch für den Sterbenden ein besonderer Moment. Es liegt eine unbeschreibliche Atmosphäre im Krankenzimmer, wenn der Tod eintritt. Angehörige können zuvor noch erzählen und reden und scheinen relativ gefasst. Tritt der Augenblick des Todes ein, ist es oft so, wie wenn in der Gefühlswelt von Angehörigen das Eis brechen würde. Die Trauer wird gerade in solchen Augenblicken besonders tief und intensiv empfunden und ausgedrückt. Viele Angehörige erzählen noch Monate später jedes Detail, das sie in diesem Moment wahrgenommen haben. Das können Geräusche, Bilder oder Begegnungen sein, die besonders tröstend oder störend waren.



Von daher ist es wichtig, dass alle Beteiligten sich darüber bewusst sind, welche wichtige Bedeutung dieser Moment für Angehörige hat. So sollten organisatorische Anweisungen und Informationen diesen Augenblick möglichst nicht stören und erst nach einer halben oder ganzen Stunde abgegeben werden. Oft wird die Seelsorge in solche Augenblicke hinein gerufen und kann den Angehörigen bei einer christlichen Religionszugehörigkeit Trost und Geborgenheit oder Segen anbieten. Es können aber auch ganz praktische Fragen in den Vordergrund treten, wie:

- wer muss benachrichtigt werden, um vom Verstorbenen noch Abschied nehmen zu können?
- wie geht es weiter, ganz pragmatisch (Ort der Aufbahrung, Bestattungsfragen, Termine absagen, usw.)

# 10. Massnahmen nach dem Tod

## 10.0. Zusammenfassung

Die Zeit nach dem Todeseintritt verlangt verschiedene pflegerische, organisatorische, rechtliche und seelsorgerliche Massnahmen, die von ganz unterschiedlicher Natur sind. Wir gestalten diese Zeit zusammen mit den Angehörigen möglichst hilfreich und sorgfältig und versuchen die Angehörigen zu entlasten, indem wir:

- dafür sorgen, dass die Angehörigen wenn immer möglich in Ruhe und Würde vom Verstorbenen im Krankenzimmer Abschied nehmen können
- die Angehörigen in Ausnahmefällen in den neu gestalteten Abschiedsraum begleiten, damit sie dort vom Verstorbenen Abschied nehmen können
- die Angehörigen präzise, übersichtlich und hilfreich über das weitere Vorgehen informieren und dazu eine mündliche und schriftliche Information abgeben
- die administrativen und medizinischen Fragen umsichtig und sorgfältig mit den Angehörigen klären

## 10.1. Begleitung der Verstorbenen und ihrer Angehörigen

### 10.1.1. Grundsätze

Der Verstorbene wird mit Würde und Sorgfalt behandelt. Die Arbeiten im Zimmer des Verstorbenen geschehen umsichtig und ruhig. Die Angehörigen können in die Handlungen zur Aufbahrungsvorbereitung miteinbezogen werden. Aus Sicht der Angehörigen kann dies ein Weg sein, sich von ihrem Verstorbenen zu verabschieden, ihm einen letzten Dienst zu erweisen. Wir ermöglichen den Angehörigen, sich auf der Station vom Verstorbenen zu verabschieden. Nachdem die Angehörigen vom Verstorbenen im Zimmer Abschied genommen haben, wird dieser in die Pathologie verlegt. Wenn eine Autopsie durchgeführt wird, muss der Verstorbene so schnell wie möglich gekühlt werden. Wir bieten den Angehörigen zur Unterstützung die Seelsorge an.

### 10.1.2. Ort des Abschieds

Die jährlich gegen 400 Verstorbenen bei uns im Bürgerspital sterben auf den einzelnen Stationen, zur Hauptsache auf den medizinischen. Die Angehörigen sollen sich von den Verstorbenen in der Regel auf den Stationen verabschieden können. Dazu machen wir es möglich, dass der Verstorbene auf der Station aufgebahrt werden kann, bevor er in die Pathologie verlegt wird. Erfolgt der Todesfall am Abend oder in der Nacht, gilt folgende Regelung: bis 22.00 Uhr wird der Verstorbene durch die Pflege (Schlüssel ist an der Réception erhältlich) oder den Rettungsdienst in die Pathologie überführt. Ab 22.00 Uhr bleibt er auf der Station bis am Morgen oder in besonderen Situationen (bei starker Verwesung oder Gerüchen) kann er in den gekühlten Übergangsraum im Haus 2 / Geschoss A überführt werden. Ab 07.15 Uhr und während des Tages überführt der Pathologiepfleger den Verstorbenen in die Pathologie. Müssen Angehörige von weit her anreisen und können nicht auf der Station vom Verstorbenen Abschied nehmen, besteht bei der Pathologie für diesen Zweck ein neu eingerichteter Abschiedsraum. Angehörige müssen aber in diesen Raum begleitet werden. Diese Begleitung wird in der Regel durch den Pathologiepfleger oder die Seelsorge wahrgenommen.

Erfolgt der Todesfall im Operationssaal, besteht für die Angehörigen die Möglichkeit auf der Intensivstation Abschied zu nehmen. Dies, sofern der Patient notfallmässig ins Spital kam und noch auf keiner Abteilung war. Patienten, welche von der Abteilung im Operationssaal sterben, werden wieder auf die Abteilung verlegt. Die Angehörigen werden dort am Besten betreut und können so in einer, ihnen bekannten Umgebung Abschied nehmen.

### 10.1.3. Checkliste für die Pflege

#### Administrativ:

- Uhrzeit in der Patientendokumentation festhalten
- Arzt informieren, er wird den Tod feststellen. Todeszeitpunkt besprechen
- die Angehörigen werden durch den Arzt informiert, falls sie nicht anwesend sind
- der Arzt klärt mit den Angehörigen ab, ob eine Autopsie durchgeführt wird (wenn ja, ist die Höchstzeit zu beachten, die ein Verstorbener auf der Station bleiben kann)
- die Patientenaufnahme (ausserhalb der Öffnungszeiten die INOS Anmeldung) über den Todesfall informieren
- das Präsenzlicht im Zimmer eingeschaltet lassen, damit keine „unerwünschten“ Besucher ins Zimmer eintreten
- Exituszettel ausfüllen; das Original wird an einem Fuss des Verstorbenen angebracht, die Kopie an die Patientenaufnahme geschickt
- Patientendokumentation abschliessen
- Angehörige sollen sich bei der Patientenaufnahme, betreffs Bekanntgabe des Bestattungsinstitutes, melden
- Einsargung der Verstorbenen direkt auf der Abteilung ist nicht gestattet
- Transport organisieren über den Pathologiepfleger, Regelung siehe unter Punkt 10.1.2. Das Bett kommt danach in die Bettenzentrale.

#### Patient:

- den Verstorbenen in ein 1er Zimmer zügeln (Stationseigene Möglichkeiten/Abmachungen beachten)
- alle Zugänge, Katheter, etc. entfernen (beachten: erst wenn der Tod durch den Arzt bestätigt wurde)
- Arzt auf allfälligen Pacer aufmerksam machen
- Schmuck dem Verstorbenen ausziehen und in Effektensack legen (Schere zum Entfernen von Ringen, falls dies von den Angehörigen gewünscht wird, kann auf der INOS geholt werden)
- Verstorbenen auf eine Unterlage betten
- bei sichtbaren Verschmutzungen - oder nach Wunsch - den Verstorbenen waschen
- ein frisches Nachthemd über den Verstorbenen legen (nicht anziehen wegen der Leichenstarre), oder nach Wunsch die eigenen Kleider anziehen
- den Verstorbenen in Rückenlage, Arme gestreckt seitlich des Körpers entlang, lagern
- Unterlage unter den Kopf, damit dieser waagrecht liegt
- Zahnprothese einsetzen
- Kieferspange anbringen
- Exituszettel an einem Fuss anbringen
- den Verstorbenen mit einem Leintuch decken, falls gewünscht, kann man dem Verstorbenen Blumen oder andere persönliche Gegenstände auf das Bett legen
- bei starkem Geruch im Zimmer kann man auf einen Zellstofftupfer (in Medikamentenschälchen) 3 gtt. Bergamotte und/oder Lavendelöl geben und in das Zimmer stellen
- Kerzen im Zimmer anzuzünden ist verboten!

Bei Todesfällen von Patienten, die einer islamischen Religion angehören und mit dieser verbunden sind, wird in der Pathologie eine rituelle Waschung angeboten. Diese wird von einem islamischen Bestattungsunternehmen durchgeführt und vermittelt durch unseren Pathologiepfleger, Timon Wälchli. Sie erreichen ihn unter der Tel. Nr. 032 675 31 83.

### 10.3. Ärztliche Todesbescheinigung

Der Arzt, der den Tod eines Patienten persönlich festgestellt hat, muss dies mittels der ärztlichen Todesbescheinigung bestätigen. Dort muss auch die Todeszeit angegeben werden, ebenso ob es sich um einen natürlichen Todesfall handelt (Erdbestattung/Kremation zulässig), einen nicht natürlichen Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt) oder einen unklaren Todesfall (nicht natürlicher Tod

möglich). Gemäss § 61 Abs. 1 der Strafprozessordnung vom 7.6.1970 des Kantons Solothurn ist bei aussergewöhnlichen Todesfällen unverzüglich der Untersuchungsrichter zu benachrichtigen. Die Todesbescheinigung wird durch den Arzt an der Patienteninformation (Stockwerk C) ausgefüllt. Dies sollte baldmöglichst nach dem Eintritt des Todes erfolgen, da diese dann durch die Angestellten der Patienteninformation den Angehörigen, zuhanden des Zivilstandsamtes, ausgehändigt wird. Ein Todesfall muss gemäss Artikel 81 Absatz 1 der Eidgenössischen Zivilstandsverordnung innert 2 Tagen durch die Angehörigen beim Zivilstandsamt angezeigt werden.

Gelegentlich wird ein Toter in einem anderen Kanton oder sogar im Ausland bestattet. In diesem Fall müssen zusätzlich zur üblichen Todesbescheinigung 4 weitere Todesbescheinigungen für verschiedene Behörden des jeweiligen Landes ausgefüllt werden; diese müssen aus infektiologisch-epidemiologischen/seuchenpolizeilichen Gründen zusätzlich mit der Diagnose versehen werden.

In der Regel wird nach der Feststellung des Todes das Gespräch mit den Angehörigen gesucht und das Beileid ausgesprochen. Falls der Patient dem Arzt bekannt war, ist es hilfreich, in einem kurzen Resumé den Verlauf mit den Angehörigen zu rekapitulieren um ihnen damit einen positiven Rückblick zu geben. In diesem Gespräch kann in geeigneter Weise auch die Diskussion über eine allfällige Autopsie stattfinden.

#### **10.4. Begleitung der Angehörigen nach dem Tod**

#### **10.5. Autopsie (Leichenöffnung)**

Folgende Gründe sprechen für die Durchführung einer Autopsie:

##### Für die behandelnden Ärzte

- Bestätigung, bzw. Korrektur der prä-mortalen Diagnosen (Selbstkontrolle)
- Analyse von Behandlungserfolgen, bzw. Behandlungskomplikationen
- Beurteilung neuer Operationstechniken

##### Für die Patienten und Angehörige

- genaue Kenntnis der Todesursache und der vorliegenden Erkrankungen
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Sicherheit, dass der Angehörige im Spital die bestmögliche Betreuung erhielt
- Nachweis bisher nicht bekannter, für die Familie eventuell wichtigen Erkrankungen

##### Für die Gesellschaft

- Führung von Diagnose- und Mortalitätsstatistiken
- Krebsregister

##### Für die Ausbildung

- Ausbildung von klinisch und pathologisch anatomisch tätigen Ärzten
- Erkennen der „Fehlbarkeit“ der klinischen Diagnostik, der eigenen Tätigkeit und selbstkritische Einschätzung des eigenen Handelns

Die Autopsie ist somit ein wichtiges Kontrollinstrument ärztlichen und pflegerischen Handelns. Sie dient der Ausbildung und der Selbstkritik der Ärzte und hat dadurch einen wesentlichen Einfluss auf das Qualitätsbewusstsein eines Spitals.

#### **10.5.1. Vorgehen**

Im Kanton Solothurn existiert gemäss Gesundheitsgesetz vom 27.01.1999 (§ 41), die so genannte Zustimmungsregelung, d.h., dass die Autopsie von den engsten Angehörigen bewilligt wer-

den muss. Dies im Gegensatz zur Widerspruchs- oder Verweigerungsregelung, wo eine Autopsie durchgeführt werden darf, sofern der Verstorbene zu Lebzeiten oder die nächsten Angehörigen dies nicht ausdrücklich untersagen.

Die Entscheidung der Angehörigen für eine Autopsie wird wesentlich von der Motivation des letztbehandelnden Arztes beeinflusst. Ist dieser selbst von der Notwendigkeit der Autopsie überzeugt, erteilen bis zu 80% der Angehörigen ihre Zustimmung. Je höher zudem die fragende Person in der Spitalhierarchie steht, desto eher wird die Zustimmung gegeben. Die Anfrage für eine Autopsie soll einfühlsam, aber nüchtern und zielorientiert erfolgen - und den Angehörigen eine Nachbesprechung der Autopsieresultate konkret in Aussicht gestellt werden.

Die Anmeldung für eine Autopsie beim Institut für Pathologie in Bern erfolgt mit dem dafür vorgesehenen Formular so bald als möglich durch den Arzt, welcher den Patienten zuletzt behandelt und den Tod festgestellt hat. Dabei sollen die relevanten Diagnosen angegeben und eine konkrete Fragestellung formuliert werden. Idealerweise werden die makroskopischen, vorläufigen Autopsieresultate im Sektionsraum interdisziplinär mit dem Pathologen besprochen. Dadurch kann die Ausbeute einer Autopsie optimiert und Unklarheiten beseitigt werden. Eine regelmässige, klinisch-pathologische Konferenz soll angestrebt werden, um die oben genannten Nutzen einer Autopsie maximal auszuschöpfen.

Wird bei einem Schrittmacherpatienten keine Autopsie durchgeführt, muss der Herzschrittmacher vor der Freigabe der Leiche entfernt werden. Dies erfolgt durch den Arzt, der den Tod festgestellt hat.

#### **10.6. Organspende**

Werden bei einem Patienten, welcher die gültigen Richtlinien des Hirntodes erfüllt, auf der Intensivstation die lebenserhaltenden Massnahmen fortgesetzt, kommt eine Organspende in Frage.

Hat der Patient zu Lebzeiten keinen Organspenderausweis ausgefüllt, werden die nächsten Angehörigen stellvertretend für ihn in seinem mutmasslichen Sinn entscheiden. Dabei gelten die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, publiziert in der Schweizerischen Ärztezeitung 2003;83: 1386 bis 1402

## 11. Schlussgedanken

**Erst die Kommunikation in diesen schwierigen Situationen garantiert eine optimale Betreuung und entlastet und bestärkt den Einzelnen und kann sich korrigierend auf die Betreuung auswirken.**

Von daher stellt eine gute und intensive, Interdisziplinäre Zusammenarbeit in jeder Hinsicht eine Qualitätsverbesserung dar, die dem sterbenden Patienten und seinen Angehörigen, aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugute kommt und ein entlastendes Klima in dieser herausfordernden Situation schafft.

Aus diesem Grund werden die Schwerpunkte dieses Leitfadens in einer Interdisziplinären Weiterbildung dem Personal des Spitals Solothurn-Grenchen vorgestellt.

Die Leitung der Projektgruppe wird nach der Durchführung der Weiterbildung dem Qualitätsausschuss Bericht erstatten über die Ergebnisse und Erfahrungen der Interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Erarbeitung dieses Leitfadens sowie die Ergebnisse der Weiterbildung. Die Arbeitsgruppe schlägt dem Qualitätsausschuss vor, im Sinne eines Controllings, im Laufe des Jahres 2005 auf jeder Bettenstation ein Interdisziplinäres Fallbeispiel mit einer terminalen Situation auf der Basis einer Weiterbildung durchzuführen.