

Projektarbeit im 3. interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care in Graz 2009/10

## **LEITFADEN ZUR BETREUUNG STERBENDER PATIENTEN IM KRANKENHAUS**

(Bitsche Sarah, Brunner Brigitte, Grinschgl Agnes, Hatzl Petra, Hüttner Maria, Primavesi Monika)



Abgabedatum 26.05.2010

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	3
Sterbeprozess	5
Der Sterbeprozess aus Sicht der Ärzte	10
Der Sterbeprozess aus Sicht der Pflege	11
Hilfestellung zur Begleitung Sterbender für Angehörige und Freunde	17
Spiritualität	19
Liverpool Care Pathway	22
Was ist der LCP?	22
Gründe für die Adaptierung des LCP	24
Entstehung des Formblattes	24
Erfahrungen aus der Praxis	26
Palliativstation LKH Graz	26
Intensivstation LKH West	26
Akutstation LKH Stolzalpe	27
Zusammenfassung	28
Literaturverzeichnis	29
Hinweis der Endredakteurin in eigener Sache	29
Anhang	30
Komplette offizielle deutschsprachige Spitalversion des LCP	
Unsere adaptierte Version des LCP	

# EINLEITUNG

Das Sterben ist mit einem Weg zu vergleichen, mit vielen Hürden und Hindernissen. Jeder von uns kennt ganz unterschiedliche Wege. So verschieden Wege auch sein können, so unterschiedlich ist auch die Art und Weise, wie sich Menschen auf ihren Weg machen: einige werden langsam gehen, häufig stehen bleiben, zurückschauen, innehalten, andere werden rasch zum Ziel eilen.

Das Sterben ist nur selten ein plötzliches Ereignis – vielmehr ist es ein Prozess und eine besondere Lebenszeit, die jeder Mensch auf seine Weise gestaltet.

In dieser Situation soll der einzelne Mensch nicht auf die jeweilige Krankheit reduziert werden, sondern als Individuum in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen werden.

Die Pflege, Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen gehört zu den Grundaufgaben der Palliativcare. Diese orientiert sich vorrangig an den Bedürfnissen des Menschen.

Sterben ist in unserer Gesellschaft nach wie vor ein Tabuthema.

Bis ins 18.Jh. blieben Tod und Sterben zumeist ein Geschehen, das in der Gemeinschaft stattfand. Ab dem 19.Jh. begann sich der Umgang mit dem Tod zu verändern. Zunehmend empfand man den Anblick eines Sterbenden und sein Leiden, sein Schreien, sein Stöhnen und seine Ekel erregenden Gerüche als unerträglich.

Man versuchte sogar, dem Sterbenden selbst den bevorstehenden Tod zu verheimlichen.

Die Angst davor, allein sterben zu müssen, ist oft größer als die Angst vor dem Tod selbst, wie der französische Soziologe Philippe Ariès in seinem Buch „Die Geschichte des Todes“ schreibt.

Die meisten Menschen möchten dort sterben, wo sie auch gelebt haben – nämlich zu Hause. Da jedoch der Großteil der Menschen gegenwärtig im Krankenhaus oder in Pflegeheimen verstirbt, gewinnt die Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten in diesen Institutionen zunehmend an Bedeutung. Oft „darf“ gerade hier nicht gestorben werden. Dies führt einerseits dazu, dass zu lang und zu viel an Diagnostik, Interventionen und Therapien betrieben wird, andererseits in anderen Bereichen zu wenig getan wird ( z.B. adäquate Schmerz- und Symptomtherapie, ausreichende Bedarfsmedikation, Kommunikation/Aufklärung des Patienten, der Angehörigen...).

Aber wann ist ein Patient sterbend? Wie kann diese Diagnose gestellt werden? Welche Maßnahmen sind zu treffen? Welche Bedürfnisse haben der Patient bzw. seine Angehörigen?

Die Anforderungen, die diese Lebensphase stellt, sind für ein interdisziplinäres Betreuungsteam sehr hoch. Um ein klar strukturiertes Vorgehen in der Betreuung sterbender Patienten zu gewährleisten, wurde der Liverpool Care Pathway (LCP) entwickelt.

Die Idee des Projektes war es, angelehnt an das Konzept des LCP, einen Leitfaden zu entwickeln, der einerseits eine Diagnosestellung „sterbend“ nach interdisziplinären Maßstäben ermöglichen soll, die in weiterer Folge zu einer Therapieadaptierung/-reduktion sowie Veränderungen pflegerischer Maßnahmen führt, andererseits aber auch der Dokumentation dienen soll. Hierfür haben wir ein Dokumentationsblatt in A4 - Größe erstellt und dieses dann auf unseren Stationen einem Praxistest unterzogen. Da wir auf sehr unterschiedlichen Stationen arbeiten (Palliativstation LKH Graz, Intensivstation LKH-West, Interne Stolzalpe) waren wir gespannt, welche Reaktionen wir damit bei unseren

KollegInnen hervorrufen würden, und vor allem, wie wir in der täglichen Routinearbeit damit zurechtkommen würden. Die grundsätzlichen Fragen waren, ob sich durch diese „Checkliste“ die Betreuung sterbender Patienten tatsächlich verbessern ließe, welchen Herausforderungen wir uns dabei überhaupt stellen müssen, wie die Sterbephase von ÄrztInnen, Pflegenden und Angehörigen erfahren wird, u.a. auch deshalb, weil besonders unter ÄrztInnen eine große Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit Sterblichkeit und Endlichkeit vorhanden ist.

# DER STERBEPROZESS

Das Sterben ist kein plötzlich eintretendes Ereignis, es ist eher das Gehen eines Weges, mit vielen Hürden und Hindernissen, das doch ein klares Ziel hat, betonen Specht-Tomann und Tropper. Der Sterbeprozess ist ein spezieller Weg, der viele Stationen hat, und so wie Menschen unterschiedlich sind, so gestaltet sich auch der letzte Weg bis zum Tod. Abhängig von der Persönlichkeit des Betroffenen, der Art und Weise, wie er sein Leben gelebt hat, seiner Religion, dem Kulturkreis, in dem er lebte, usw.

Specht-Tomann und Tropper meinen, dass der komplexe Vorgang des Sterbens in seiner Ganzheit wohl nie erfasst werden kann, weil immer wieder andere Aspekte in den Vordergrund rücken und somit bei der Begleitung die Aufmerksamkeit verlagert werden müsste. Jeder Begleiter sollte daher ein feines Gespür dafür zu entwickeln, was zum entsprechenden Zeitpunkt zu tun oder zu unterlassen ist.

Über den schwierigen Prozess des Sterbens schrieben Specht-Tomann und Tropper, dass unter der Zusammenschau von unzähligen Einzelangaben und Kontakten zu betroffenen Menschen versucht worden ist, das Sterbegeschehen in Phasen einzuteilen. Diese werden durch typische Merkmale voneinander getrennt und durch die Verhaltensweise des Sterbenden charakterisiert. Natürlich sind individuelle Abweichungen zu berücksichtigen. Diese Phasen sollen Begleitern und Angehörigen helfen, das Sterbegeschehen besser verstehen zu können. Ebenfalls soll erkannt werden, dass es in der letzten Lebensphase auch um Neubeginn und Veränderung geht.

Dazu wurde von Kübler-Ross in einer wissenschaftlichen Arbeit das Sterben als Phasenmodell dargestellt. Ihre persönlichen Erfahrungen mit Sterbenden und deren Angehörigen hat sie auf berührende Art und Weise wiedergegeben. In Kombination mit wissenschaftlichen Erkenntnissen hat sie das in verständlicher Form präsentiert und Typisches herausgearbeitet. Ihr Anliegen beschreiben Specht-Tomann und Tropper in ihren eigenen Worten:

*„Mögen durch meine Arbeit diejenigen Trost und Mut schöpfen, die immer noch Angst haben vor einem Geschehen, das im Grunde so natürlich ist wie die Geburt. Geburt und Tod bedeuten Veränderung, Neuorientierung, oft Schmerz und Pein, aber auch Freude, engere Bindung und einen neuen Anfang...“*

Sterbeforscher (Thanatologen) untersuchen, ob und wie sich sterbende Menschen mit dem Tod auseinandersetzen. Oft wird dabei der Sterbeprozess als Entwicklung beschrieben, die bei verschiedenen Menschen ähnlich verläuft. Die so erkannten Muster führen zur Beschreibung von Sterbestadien oder Sterbephasen. Das bekannteste, aber auch umstrittene Konzept ist das Phasenmodell der Ärztin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross. In diesem sind die Erfahrungen von über 200 sterbenden Patienten aus den USA verarbeitet, mit denen sie gesprochen hat. Danach verläuft die psychische Verarbeitung des Sterbens bei allen Menschen, die ausreichend unterstützt werden, in fünf Phasen.

## **Phasenmodell nach Kübler-Ross:**

### Phase 1: Nicht- Wahrhaben wollen und Isolierung

Der Betroffene kann seine schwere, unheilbare Erkrankung innerlich noch nicht anerkennen. Er fordert neue Untersuchungen, glaubt an Verwechslungen oder beschuldigt die behandelnden Ärzte der Unfähigkeit. Oft werden Verordnungen nicht eingehalten, da sie nach Einschätzung des Patienten auf einer „falschen“ Grundlage erstellt sind.

Die Verleugnung mildert den Schock. So gewinnt der Kranke Zeit, Kraft zu sammeln, um mit der Wahrheit fertig zu werden.

### Phase 2: Zorn

Hat der Betroffene die tödliche Krankheit als solche anerkannt, wird er zornig und eifersüchtig auf die anderen, die leben dürfen („Warum muss es mich treffen?“). Es kommt zu einer Flut negativ getönter Emotionen, die den Sterbenden mit sich fortreißen können. Dies äußert sich dann oft in „Kleinigkeiten“ wie Unzufriedenheit mit dem Essen, dem Zimmer, den Mitpatienten, dem Pfltegeam und den Ärzten, in Sonderwünschen, aber auch in heftigen Streitigkeiten mit der Familie und aggressiven Beschuldigungen.

### Phase 3: Verhandeln

In dieser - meist kurzen – Phase wird der bevorstehende Tod als unvermeidbar anerkannt. Weiteres Verdrängen oder Ausweichen ist nicht mehr möglich. „Der Körper sagt die Wahrheit“. Die Sterbenden versuchen durch „Verhandeln“ einen Aufschub, also mehr Lebenszeit, zu erreichen. Sie feilschen mit den Ärzten (z.B. um andere Therapien) und mit dem Team (versprechen, sich anzupassen, an Therapien teilzunehmen). Durch ihre Bereitwilligkeit einen Einsatz zu erbringen, werden sie manchmal zu „zahmen“, d.h. pflegeleichteren Patienten.

Aber auch das Schicksal oder Gott werden zu (Handels-) Partnern im Kampf des Sterbenden um ein „Stückchen mehr Leben“. Gelübde werden geleistet, Verpflichtungen eingegangen. Dem Inhalt solcher Versprechungen liegen oft Schuldgefühle zugrunde: Der Sterbende gelobt, etwas zu tun, was er als wichtig erkannt, aber noch nicht geleistet hat. Die Patienten sind in dieser Phase sehr verletzlich.

### Phase 4: Depression

Ein neues Stadium wird erreicht, wenn der Patient jede Hoffnung aufgibt und in ein Meer von Traurigkeit versinkt. Es handelt sich bei dieser Reaktion aber nicht um eine Depression im engeren Sinn, die medikamentös angegangen werden muss. Daher ist der Ausdruck „Phase der Traurigkeit“ zutreffender.

Den Sterbenden überwältigt das Gefühl eines drohenden Verlustes. Er bereut zurückliegende Versäumnisse und trauert um all das, was er verlieren wird: Partner, Kinder und Freunde. Probleme, die er nicht mehr lösen kann (z.B. finanzielle Sorgen der Familie), erwecken Kummer, und begangene Fehler rufen Schuldgefühle hervor.

In dieser Zeit ist es dem Sterbenden möglich, sich umfassend mit der Realität seines Todes auseinanderzusetzen. Er verfasst z.B. ein Testament oder bringt Geschäfte zum Abschluss. Möglicherweise ändert sich seine persönliche Lebensphilosophie. Manchmal können jahrelang verhärtete Positionen noch verlassen werden: z.B. kann die Aussöhnung mit einem verfeindeten Bruder eine Erfahrung sein, die auch den Angehörigen den Abschied erleichtert.

Die Depression kann in einer Phase vorbereitender Trauer münden, mit der sich der Sterbende auf den nahen Tod vorbereitet. Er wird stiller und zieht sich zurück. Dieser Rückzug kann für die Angehörigen schmerzlich sein, ist aber ein Zeichen dafür, dass es dem Patienten gelingt, sich von seinen Bindungen zu lösen und die Dinge der Welt hinter sich zu lassen.

### Phase 5: Zustimmung

Die letzte Phase ist gekennzeichnet von Zustimmung und ruhiger Erwartung des Endes. Der

Sterbende hat seinen Frieden mit der Welt gefunden und akzeptiert den nahenden Tod, auch wenn oft noch eine schwache Hoffnung aufrechterhalten wird, doch nicht sterben zu müssen. Dieses Stadium ist fast frei von Gefühlen. Der Patient ist müde und schwach, schläft viel und möchte meist nicht gestört werden. Er verständigt sich oft nur noch mit Gesten oder wenigen Worten.

### Beispiele für weitere Phasenmodelle

#### **Phasenmodell nach Zielinski:**

Der Krankenhauseelsorger Helmut Reinhold Zielinski bestätigt die Phasen, die Kübler-Ross beschrieben hat, kritisiert aber, dass die religiöse Entwicklung Sterbender nicht ausreichend berücksichtigt werde. Nach seiner Darstellung ist die letzte Phase nicht durch Rückzug und ruhige Erwartung, sondern durch den Wunsch der Sterbenden nach Gesprächen über den Sinn des Lebens und über das Leben nach dem Tod gekennzeichnet. Darum bezeichnet er sie als religiöse oder metaphysische ( übersinnliche ) Phase.

#### **Phasenlehre nach Weismann:**

Der Psychiater A. Weisman beschreibt drei Phasen, die ein unheilbar Kranker in der Auseinandersetzung mit seinem nahenden Ende durchschreitet. In allen Stadien wird der baldige Tod zugleich negiert und akzeptiert; je nach Phase überwiegt aber das eine oder das andere.

In der ersten Phase werden die ersten beunruhigenden Symptome wahrgenommen. Die Diagnose ist noch unbekannt, und der Betroffene neigt zur Selbsttäuschung. Oft verzögert er den notwendigen Arztbesuch.

Die zweite Phase beginnt mit der Diagnosemitteilung. Kennzeichnend für sie ist die meist stattfindende intensive medizinische Behandlung. Der Sterbende schwankt zwischen Negation und Akzeptanz. Dieses gleichzeitige Wissen und Nichtwissen bezeichnet Weisman als „middle knowledge“.

Die dritte Phase beginnt, wenn ärztlicherseits die Versuche zur Heilung aufgegeben werden. Sie ist geprägt vom körperlichen Verfall und der stärker werdenden Erschöpfung des Sterbenden. Der Sterbende kann das eigene Sterben-Müssen akzeptieren.

#### **Phasenlehre nach Pattison:**

Auch E. Mansell Pattison, Psychiater sowie Verhaltens- und Sozialwissenschaftler, beschreibt im Sterbeprozess („living-dying interval“) drei große Abschnitte:

Erfährt der Betroffene die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, so kommt es zunächst zur akuten Krise mit panischer Angst und Verzweiflung

Im zweiten Abschnitt („chronik living-dying phase“) herrschen konkrete Ängste und Sorgen wie Angst vor Schmerzen, vor dem Unbekannten, vor Einsamkeit, vor dem Verlust der Familie und deren ungewisser Zukunft vor.

Der dritte Abschnitt ist gekennzeichnet durch psychische und physische Erschöpfung, zunehmendes Desinteresse an der Außenwelt und Rückzug auf sich selbst.

#### **Innere Sterbephasen nach dem Modell von Bernhard Jacoby:**

(Quelle: [www.kath-kirche-vorarlberg.at/organisation/katholisches-bildungswerk-vorarlberg/artikel/geheimnis-sterben-was-wir-heute-über-den-sterbeprozess-wissen-1](http://www.kath-kirche-vorarlberg.at/organisation/katholisches-bildungswerk-vorarlberg/artikel/geheimnis-sterben-was-wir-heute-über-den-sterbeprozess-wissen-1))

Nach dem Paradigma der Neurowissenschaften heißt es, dass unser Bewusstsein ein Produkt des Gehirns sei und beim Tod des Menschen ins Nichts versinke.

Pim van Lommel hingegen, ein holländischer Kardiologe, der sich seit 10 Jahren mit

sogenannten Nahtoderfahrungen beschäftigt, sagt, dass das Bewusstsein unabhängig vom Körper existiere. Sobald die Seele den Körper verlasse, sei sie unabhängig von Raum und Zeit. Sie könne sich überall dort aufhalten, woran sie gerade denkt.

Millionen von Menschen mit Nahtoderfahrungen berichten über reale Ereignisse während ihres „Todes“, die auch nachprüfbar seien: Sie erleben sich außerhalb ihres Körpers, erleben eine Bewusstseinsweiterung beim Übergang durch einen Tunnel oder die Dunkelheit ins Licht, sind nun imstande, die sie umgebende geistige Welt zu sehen, begegnen Verstorbenen und erleben einen Rückblick auf ihr Leben.

Wie Jacoby ausführt, löse sich am Ende des Lebens die Seele als Träger des Bewusstseins langsam vom Körper und sei dadurch imstande, die sie umgebende feinstoffliche Welt wahrzunehmen. Durch diese Lockerung des Bewusstseins seien alle auftretenden Phänomene beim Sterben erklärbar. Leider würden sie in den Krankenhäusern und Pflegeheimen immer noch als Halluzinationen oder Verwirrung abgetan.

Er beschreibt in der Folge fünf innere Sterbephasen:

„1. Die erste Lockerung der Seele – Schwebestadium

In der ersten Phase des einsetzenden Sterbeprozesses kann der Betroffene sein Bett nicht mehr eigenständig verlassen. Die Erdung lässt nach, und die Waage zwischen Leben und Tod beginnt zu schwingen. Dabei kommt es zur ersten sanften Lockerung zwischen Körper und Seele. Wir fühlen uns leichter als sonst und erleben Schwebestadien zwischen Traum, Schlaf und Wachbewusstsein.

2. Die Konfrontation mit den verdrängten Problemen

In der zweiten Phase treten die Bilder des Lebens an die Oberfläche des Bewusstseins. Der Patient möchte mit sich ins Reine kommen und versucht Unerledigtes zu klären. Als Begleiter können wir ihn dabei unterstützen, indem wir direkt fragen, ob es noch Dinge gibt, die noch bereinigt werden sollen. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, den Sterbenden sprechen und weinen zu lassen.

In seinem Inneren nimmt der Sterbende bereits den ersten Kontakt mit der anderen Welt auf. Patienten sprechen davon, verstorbene Verwandte oder Lichtgestalten wahrzunehmen. Je mehr ein Sterbender sich von seinem Körper löst, desto intensiver geht sein Bewusstsein auf Reisen und teilt sich anderen mit. Das ist dann auch der Grund dafür, dass ein Sterbender genau in dem Augenblick geht, in dem ein Begleitender nur kurz den Raum verlässt. Deshalb brauchen wir aber keine Schuldgefühle zu haben, da ein Sterbender genau fühlt, ob er in der Gegenwart eines bestimmten Menschen loslassen kann oder nicht.

Der einfache Satz „Du darfst gehen“ kann es dem Sterbenden unendlich leicht machen zu gehen, weil Loslassen signalisiert wird.

Jegliche Hektik und unnützes Tun ist unangebracht. Der Sterbende braucht Ruhe und Stille, um seinen Übergang in Frieden vollziehen zu können.

3. Das letzte Aufgebot der physischen Reserven – Bewusstseinsweiterung

In der dritten Phase wird das letzte Aufgebot der physischen Reserven erlebt. Dies ist die Phase, in der das letzte Aufblühen registriert wird. Bei manchen verläuft diese Phase sehr sanft, bei anderen wird Schreien, Stöhnen und Sichaufbäumen beobachtet. Die Tore zum Jenseits sind geöffnet. Im Außen erkennen wir diese Vorgänge am veränderten Augenausdruck des Sterbenden. Sie sind groß, glänzend und von einem inneren Licht erhellt. Der eigentliche Tod kann sich aber durchaus noch hinziehen. Nach diesem letzten Aufbäumen tritt Ruhe ein.

4. Der Augenblick des Todes

In der vierten Phase kommen alle Körperfunktionen zur Ruhe, und das Ende des Sterbeprozesses durch den letzten Herzschlag und den letzten hörbaren Atem setzt ein. Der Sterbende zieht nun seine Aufmerksamkeit endgültig aus dem Außen zurück und richtet sie vollständig auf die andere Realität des Seins.



Das ist der eigentliche Moment des Todes: Das Sterben ist vollbracht. Der Verstorbene ist nun von Frieden und Lichteindrücken erfüllt. Er sieht und hört alles, was an seinem Sterbebett geschieht. Im Raum ist eine erhöhte Energie spürbar.

Wenn ein Verstorbener an einen bestimmten Angehörigen denkt, befindet er sich unmittelbar in dessen Gegenwart. Deswegen berichten so viele Menschen davon, im Augenblick des Todes die Anwesenheit des Sterbenden gespürt zu haben. Es wird immer wieder von Klopfgeräuschen berichtet, von sich bewegenden Gegenständen oder von der Wand fallenden Bildern, stehengebliebenen Uhren im Todesmoment oder sogar konkreten Erscheinungen.

Nach dem Tod sollte dafür gesorgt werden, dass der soeben Verstorbene nicht sofort ins Kühlhaus gebracht wird. Ein bis zwei Stunden Aufschub können bewirken, dass die letzten Schritte der Ablösung in Ruhe und Frieden geschehen.

#### 5. Der Vorgang der Loslösung vom Körper

Die vierte Phase mündet dann in die fünfte Phase, wobei diese Übergänge wie gesagt immer fließend verlaufen. Das feinstoffliche Band der Silberschnur, die Körper und Geist zusammenhielt, ist nun endgültig durchtrennt. Von der Existenz der Silberschnur ist schon in der Bibel die Rede (Kohélet bzw. Prediger 12.6-7). Das Wissen von der Silberschnur war schon im Altertum bekannt. Erst wenn diese endgültig gerissen ist, kann die Seele nicht mehr in ihren materiellen Körper zurückkehren. Diese letzte Phase des Sterbeprozesses ist dann abgeschlossen, wenn der Restkontakt zum Körper gelöst ist. Dann stellt sich der Eindruck ein, dass wir nur noch eine leere Hülle vor uns haben. Der Verstorbene ist nun körperlos, und es existiert für ihn keine Raum – Zeitbegrenzung mehr. Er fühlt sich ganz und heil. Die Seele wird nun von vorangegangenen Verstorbenen in Empfang genommen. Sie versucht nach Möglichkeit, den Hinterbliebenen Trost zu spenden.“

#### Kritik an den Phasenmodellen

Phasenmodelle sind anschaulich und plausibel. Sie sind wissenschaftlich aber nicht gesichert und liefern keine immergültigen Regeln. Nach ihnen durchlaufen alle Menschen einen ähnlichen, gleichartigen Sterbeprozess. Eigenarten des Sterbenden, seine persönliche Geschichte, seine Religiosität und Ähnliches werden darin nicht berücksichtigt.

## Die Sterbephase aus Sicht der Ärzte (Interviews)

Folgende Fragen wurden Ärzten im LKH Stolzalpe gestellt:

- a) „Was bedeutet für Sie der Sterbeprozess?“
- b) „Wo beginnt der Sterbeprozess für Sie?“

Es war für mich (Monika Primavesi) sehr interessant, verschiedene Aussagen und Meinungen von Ärzten anhören und festhalten zu dürfen. Was mir bei allen auffiel war, dass jeder einzelne nach meinen Fragestellungen ganz in sich gegangen ist und mir keine oberflächlichen, sondern ehrliche Antworten gegeben hat .

Arzt A

ad a) „Sterbeprozess bedeutet für mich Abschied nehmen vom Leben, wobei manche Menschen nicht die Möglichkeit dazu haben. Menschen mit einem massiven Herzinfarkt oder einem Unfall, kommen nicht in diese Phase. Betrifft es chronisch kranke Patienten, dann bin ich der Meinung, dass jeder einzelne das Recht hat in Ruhe sterben zu dürfen. Damit meine ich, keine lebensverlängernden Maßnahmen über sich ergehen lassen zu müssen. Wichtig ist auch das Abschied nehmen von den Angehörigen. Ich kann mich da an eine Patientin erinnern, die lange dahinsiechend im Sterben lag und nicht einschlafen konnte. Eines Tages erhielt sie Besuch von einer einzigen Person und verstarb innerhalb der nächsten Viertelstunde. Ob sie auf diese Person gewartet hat? Ich glaube schon.“

ad b) „Sterbeprozess beginnt für mich persönlich ab dem Zeitpunkt, wo man sagt, ich mag nicht mehr.“

Arzt B

ad a) „Sterbeprozess bedeutet für mich ein Gefühl bzw. ein Gespür dafür zu entwickeln, dass sich jemand auf die Reise macht. Denn manchmal können die Laborwerte völlig normal, aber der Patient schwer krank sein. Für mich ist es wichtig ihn zu beobachten. Sein Aussehen, seine Reaktion oder auch den Gesichtsausdruck. Patienten nehmen auf verschiedene Weise Abschied. Ich merke, wann ein Patient den Abschied akzeptiert oder nicht. Ob er ihn annehmen kann oder nicht.“

ad b) „Sterbeprozess beginnt für mich ab dem Rückzug von der Umgebung.“

Arzt C

ad a) „Sterbeprozess kann etwas Befreiendes haben (körperliche Ebene), aber auch etwas Frustrierendes (psychische Ebene). Die Sterbephase kann quälend oder ruhig verlaufen.“

ad b) „Sterbeprozess beginnt für mich ab der Bekanntmachung der unheilbaren Krankheit.“

Arzt D

ad a) „1. Rückgang der organischen Funktionen

2. Rückgang der psychischen Funktionen

passiv: Wenigerwerden der kognitiven Funktionen

aktiv: Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozess – kann weit vor dem körperlichen Verfall sein. Religiöse Auseinandersetzung – Beziehung zu Gott, aber auch zu den Angehörigen klären. Ich habe aber auch erlebt, dass manche Patienten sich auch gar nicht damit auseinandersetzen wollen, weil sie Angst hatten daran zu zerbrechen.

Die Sterbephase ist eine sehr ehrliche Phase. Sterbende Patienten sind für mich wie ein Spiegel. Ich setzte mich dadurch mit meinem eigenen Tod auseinander.“

ad b) „Ab wann der Sterbeprozess beginnt, ist schwierig festzustellen; es ist ein schleichender Übergang; der Patient ist nicht mehr in der Lage zu verstoffwechseln.“

Arzt E :

ad a) „Es bedeutet für mich schlicht und einfach das Ende. Man soll noch überlegen, was offen ist und die Zeit nützen, um sich von verschiedenen Menschen zu verabschieden. Nachlass regeln, reden mit der Familie.“

ad b) „Ab der Diagnosestellung“

Arzt F

ad a) „das Verlieren der Autonomie, abhängig werden von anderen; das Erkennen meines eigenen körperlichen Verfalls; ein Kampf mit sich selbst und der Umgebung“

ad b) „Sterbeprozess beginnt für mich zu dem Zeitpunkt, an dem man beginnt sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen.“

## **Der Sterbeprozess aus Sicht der Pflege**

Sterben ist ein Teil des Lebens, sterbende Menschen leben. Daher ist es wichtig, den Tod und das Sterben voneinander zu unterscheiden. Der Tod steht am Ende des Sterbeprozesses, er ist das Ende des Lebens.

Das Ziel einer Betreuung in der Sterbephase sollte sein:

- die Situation für den Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten
- die Würde des Patienten zu erhalten
- das Sterben weder zu beschleunigen noch zu verzögern, der Natur ihren Lauf zu lassen
- die Angehörigen in die Begleitung des Sterbenden miteinzubeziehen und sie in dieser Phase zu unterstützen

Die letzten Stunden haben für die Angehörigen eine entscheidende Bedeutung. Gelingt der Übergang, verliert der Tod an Schrecken – auch für die professionellen Begleiter.

Merkmale des begonnenen Sterbeprozesses:

- Allgemeine Schwäche, Bettlägerigkeit, Müdigkeit
- Verlust von Interesse an Essen und Trinken
- kann nur mehr schluckweise Flüssigkeit zu sich nehmen
- orale Medikamenteneinnahme ist oft nicht mehr möglich
- verstärkter Rückzug nach innen
- Unruhe (ständiges Zupfen am Bettzeug, Abdecken, Bettflucht)
- Veränderung des Atemmusters (schnelle tiefe Atmung oder unregelmäßige langsame Atmung, Schnappatmung )
- veränderte Durchblutung, marmorierte Haut
- veränderte Pulsfrequenz
- Wissen um den bevorstehenden Tod
- Abschiede, Reisevorbereitungen

- Kommunikation mit Unsichtbarem

Es wird eine gewisse Erfahrung im Umgang mit Sterbenden vorausgesetzt, um überhaupt Veränderungen in der Terminalphase zu erkennen. Aufgrund der intensiven Nähe zu den Patienten haben Pflegende eine besonders sensible Wahrnehmung.

Relativ kurz vor Eintritt des Todes sind Sterbende häufig sehr schläfrig. Sie schlafen immer wieder, auch nach Ansprache, ein. Es tritt auch Bewusstlosigkeit ein oder ein Koma, welches mehrere Tage anhalten kann. Es ist dabei zu bedenken, dass der Sterbende dennoch alles hört, wahrnimmt und fühlt, was um ihn herum geschieht.

Insbesondere bei Unruhe des Sterbenden helfen dann beruhigende Stimmen und Hautkontakt (Halten der Hand, Streicheln,...), auch meditative Musik, ganz leise, im Hintergrund.

Der Sterbende hat häufig ein Gefühl der inneren Hitze, obwohl sich die Haut kalt anfühlt; ist nicht notwendig ihn mit einer dicken Decke zuzudecken, in dünnes Tuch ist ausreichend. Manche Sterbende haben das Bedürfnis im Bett zu sitzen. Diese Lage kann sehr gut mit Kissen oder Decken unterstützt werden oder es können beim Krankbett Kopf- und Fußteil entsprechend verstellt werden.

Das Gesicht verändert sich auch vor dem Sterben. Es „fällt ein“. Die Haut wird gelblich und durchscheinend wie Porzellan. Um den Mund zeichnet sich ein helles Dreieck ab. Die Augen fallen tief in die Augenhöhlen zurück. Der Blick wird in die Ferne gerichtet. Es scheint, als blicke er bereits in eine andere Welt.

Manche Sterbende lassen in den letzten Stunden ein Rasseln (Death rattle) beim Atmen hören. Ursachen dafür sind: Sekretproduktion in den Speicheldrüsen und der bronchialen Mukosa, sowie der Verlust des Schluckreflexes bzw. die Unfähigkeit abzuhusten. Der sterbende Mensch bemerkt vermutlich dieses Rasseln nicht, aber es stellt eine große emotionale Belastung für das Pflegeteam dar. Unweigerlich denkt man, es bestehe Erstickungsgefahr, was jedoch nicht zutrifft.

Zuletzt wird der Atem unregelmäßig, dann auch mit kürzeren oder längeren Pausen. Zum Schluss ist ein längeres Ausatmen

Die Sterbephase kann sich deutlich ankündigen. (massive Blutung) Meistens geht jedoch eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes voraus. Der sogenannte "Point of no return" ist daher schwierig zu erkennen.

### Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase

Die Symptomkontrolle nimmt in der Palliativ Care einen sehr hohen Stellenwert ein. Alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen orientieren sich in erster Linie am Wohlbefinden des kranken Menschen. Sie erfolgen ausschließlich Patienten- und Bedürfnis orientiert. Ein und dasselbe Symptom kann von verschiedenen Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden und erfordert demnach auch unterschiedliche Handlungen und Maßnahmen. Um dies zu ermöglichen, sollte das Pflegepersonal diese Probleme heraus finden und möglichen Schwierigkeiten zuvorkommen und nicht auf Klagen der Patienten warten.

#### *Atemnot – Dyspnoe*

kann langsam entstehen, sich aber auch sehr schnell entwickeln und wird in der Nacht meist intensiver erlebt, da die Situation durch Dunkelheit und Stille noch bedrohlicher wirkt.

Pflegerische Maßnahmen:

- medizinische und medikamentöse Hilfe

- ruhige und sichere Atmosphäre schaffen
- Patienten nicht alleine lassen
- evtl. Zufuhr von frischer Luft, Fenster öffnen
- atemstimulierende Einreibungen
- Fußmassagen in rhythmischen Bewegungen

Lagerung:

Patient so abstützen, dass er entspannt und bequem sitzt/mit erhöhtem Oberkörper liegt.

Um eine gute Atmung zu ermöglichen, ist es erforderlich, die Knie mittels Rolle oder Polster zu unterstützen, ein Hohlkreuz zu vermeiden, den Kopf zu unterstützen, sodass eine gestreckte Halswirbelsäule ermöglicht wird. Lagerungshilfen unter beiden Armen zum Abstützen geben.

Es gilt, die jeweils angenehmste Lage für den Patienten bzw. die Patientin herauszufinden.

*Todesrasseln - Death rattle*

beschreibt eine geräuschvolle rasselnde Atmung, entsteht aufgrund der Ansammlung von Schleim und Speichel wegen des fehlenden Schluck- und /oder Hustenreflexes.

Pflegerische Massnahmen:

- medikamentös mit sekrethemmenden Medikamenten lt. Arztanordnung
- Lagerungswechsel bringt oft Erleichterung. Es ist darauf zu achten, dass bei der Lagerung des Kopfes die Zunge nicht nach hinten fallen kann und dadurch zusätzlich ein Sekretstau produziert wird.

Absaugen:

Das ist selten zielführend und für den Patienten äußerst belastend! Durch das Absaugen wird ein zusätzlicher Reiz gesetzt, die Sekretproduktion nimmt zu und das Rasseln verschlechtert sich.

*Übelkeit—Erbrechen*

Übelkeit kann ohne Erbrechen auftreten, ebenso wie Erbrechen ohne Übelkeit möglich ist.

Ein Symptom, das vom Patienten als quälend, belastend und lebens einschränkend erlebt wird.

Zusätzlich besteht das Problem, dass Übelkeit für die Umgebung nicht sichtbar ist und deshalb oft unterschätzt wird. Die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen gestaltet sich häufig schwierig aufgrund der Vielfalt an möglichen Ursachen.

Anamnese zu Übelkeit/Erbrechen

- Wann tritt Übelkeit/Erbrechen auf?
- Was führt zu Übelkeit/Erbrechen?
- Häufigkeit, Dauer, Intensität?
- Art des Erbrechens (schwallartig, verzögert )
- Aussehen des Erbrochenen ( unverdaute oder verdaute Nahrung, Galle, Schleim, Blut, Miserere )
- Menge des Erbrochenen?
- Tritt nach Erbrechen Linderung der Übelkeit ein?

Pflegerische Massnahmen

- medikamentöse Behandlung lt. Arztanordnung (Bedarfsmedikation)

Sicherstellung, dass die verabreichten Medikamente in oraler Form auch aufgenommen werden können.

- Mund ausspülen lassen
- bewusstlose/somnolente Patienten seitlich lagern
- ruhige, entspannte Umgebung schaffen
- für frische Luft sorgen
- Ablenkung durch Musik, TV, Gespräch,....
- Atemübungen, Entspannungsübungen
- Nierenschale, Zellstoff in Reichweite stellen, jedoch nicht ins direkte Blickfeld
- keine Speisen im Zimmer stehen lassen
- Wunschkost anbieten, evtl. Diätassistentin beiziehen
- kleine Mahlzeiten anbieten
- nach den Mahlzeiten ruhen
- zum Essen nur wenig trinken
- Speisen sollten nicht zu heiß und nicht zu kalt sein
- Sondenkost langsam verabreichen, Oberkörper des Patienten dabei erhöht lagern
- sorgfältige Mundpflege
- Duftlampe anbieten ( Minze, Zitronenöl, Lavendelöl,..)  
(Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass für den Einsatz von ätherischen Ölen spezielle Kenntnisse erforderlich sind, da mit falschen Anwendungen auch Schaden angerichtet werden kann)
- beruhigende Waschung, da es oft sein kann, dass der Patient nach dem Erbrechen umgezogen und gewaschen werden muss (z. B. nach der Methode der Basalen Stimulation)
- Pflegende erkennen mögliche Ursachen und wählen eine entsprechende med./pflegerische Maßnahme

### *Unruhe – Verwirrtheit*

In den letzten Tagen des Lebens sind kognitive Veränderungen das Normale und nicht die Ausnahme. Die Unruhe hat bei sterbenden Menschen oft einen ordnenden Charakter, aber sie selbst empfinden diese keineswegs als belastend.

Doch müssen wir auch an andere Ursachen denken.

- Medikamente, die nicht mehr ausgeschieden werden und damit leicht überdosiert sein können
- Entzugssymptome (Nikotin, Alkohol,...)
- Veränderungen im Zentralnervensystem (z. B. Metastasen)
- eine unbequeme Lagerung
- eine volle Blase
- Stuhldrang
- Schmerzen
- Juckreiz

Mögliche Hilfsmaßnahmen:

- Unruhe ansprechen
- nicht alleine lassen
- sanfte Berührung – Hautkontakt (Handinnenfläche, Fußsohle, Rücken-an-Rücken-Sitzen,...)

- leises Summen oder Singen
- angenehmes Licht, Musik
- Ja/ Nein Fragen stellen ( zu Schmerzen, Angst)
- Aufmerksamkeit auf angenehme Erinnerungen in ihrem Leben lenken

### *Verwirrtheit*

Wir wissen nicht, was Sterbende wahrnehmen und verarbeiten. Deshalb sollten wir zurückhaltend und vorsichtig mit Ausdrücken wie „verwirrt“ oder „desorientiert“ umgehen. Wichtig erscheint mir in dieser Situation, dass wir Verständnis und Respekt für ihre Persönlichkeit aufbringen, dass wir nicht versuchen, ihre Realität zu verleugnen oder sie als Störung abzutun, sondern daran teilnehmen, indem wir zuhören und vielleicht nach der Bedeutung fragen.

Wir müssen uns aber auch die Frage stellen, für wen die Unruhe/Verwirrtheit belastender ist- für die Sterbenden oder für die Pflegenden?

### *Mundpflege*

Mundtrockenheit bzw. Durst sind ein sehr häufiges Problem bei Schwerkranken und werden als unangenehm erlebt. Die Ursachen liegen zumeist in den bestehenden Erkrankungen, können aber auch als Nebenwirkung von Medikamenten entstehen. Mit zunehmender Erkrankung wird zudem die Speichelproduktion weniger und verstärkt dadurch die Symptomatik.

Im Verlauf des Sterbeprozesses kann auch die Flüssigkeitsaufnahme des Patienten weniger werden. Das Durstgefühl nimmt ab.

Die Mundtrockenheit kann durch sorgfältige Mund- und Lippenpflege gelindert werden. Der lindernde Effekt verschiedener Maßnahmen kann aber auch nur von kurzer Dauer sein. Die Pflegemaßnahmen müssen auf das Wohlbefinden, das Bedürfnis und die Wünsche des Sterbenden abgestimmt werden.

Mögliche Maßnahmen der Mundpflege:

- kleine Schlucke eines gewählten Getränks anbieten
- Kaugummikauen, Lutschen von Fruchtbonbons
- Lutschen von Fruchtstückchen wie Ananas, Orangen, Zitrone, Pfirsich oder von gefrorenen Eisstückchen aus Früchten oder Fruchtsäften
- Saft der Ananas reinigt auch die Zunge
- Kleine Stückchen Brausetabletten von Vit. C auf die Zunge gelegt sind wirksam bei belegter Zunge und können festhaftende Beläge lösen.
- Vorsicht bei der Verwendung von säuerlichen Produkten, da offene Stellen im Mund gereizt werden können!
- Zum Anfeuchten der Mundhöhle können - je nach Vorlieben des Patienten - Wasser, Säfte, Bier, Wein, Sekt verwendet werden.
- Mandelöl zum Feuchthalten der Mundschleimhaut auftragen
- Butter, Sahne, Honig
- Teebaumöl: 1-2 gtt auf 250 ml Wasser
- Sprühfläschchen mit 10 ml Wasser und 2-3 gtt Salviathymol N (wenn der Patient es möchte)
- Salbei-, Eibisch-, Kamille-, Malven-, Kräutertee (Diese verschiedenen Teesorten sollten immer sorgfältig nach Indikation und therapeutischer Wirkung angewendet

werden.)

- Das Anfeuchten kann auch mit Hilfe eines Tupfers geschehen. Besonders vorsichtig müssen wir sein, wenn der Saug- oder Schluckreflex erloschen ist.
- Wenn der Patient den Mund fest verschlossen hält, darf dieser nicht gewaltsam geöffnet werden. Mundpflege setzt die Freiwilligkeit des Patienten voraus.

### *Lagerung des Sterbenden*

Sterbende müssen in ihren letzten Lebensstunden nicht unbedingt mehrfach umgelagert werden. Es ist jedoch wichtig, dass Pflegende eine Lagerung sicherstellen, welche für den Sterbenden als angenehm empfunden wird.

In einer Nestlagerung fühlen sich viele Sterbende geborgen, weil sie die Wahrnehmung der Körpergrenzen unterstützt.

Lassen Kranke nur eine Rückenlage zu, dann ist eine rückenentlastende Lagerung, mit zwei Decken, jeweils der Länge nach mehrmals zusammen gerollt, auf die der Kranke gelegt wird, möglich. Die schmale Spalte zwischen den Decken wirkt druckentlastend.

Auch die 30° Grad Schräglagerung entlastet den Sakralbereich.

Für das Wohlbefinden sind oft kleinste Veränderungen ( Mikrolagerungen ) mit kleinen Kissen oder einer Handtuchrolle sehr wichtig. Es geht ja nicht um eine technisch perfekte Lagerung, sondern um eine als angenehm empfundene Lage.

Das Thema Lagerung spielt in der Pflege eine große Rolle. Denn normalerweise ist es ein vorrangiges Ziel einen Dekubitus durch Lagewechsel zu vermeiden. Das bedingungslose Festhalten an regelmäßiger (2-stündlicher) Lagerung entlastet zwar das pflegerische Gewissen und wertet es durch entsprechende Dokumentation als pflegerische Leistung, doch entspricht dies nicht immer dem palliativ-pflegerischen Anspruch nach bedürfnisorientierter individueller Pflege. Trotz bester Pflege kann das Wundliegen gelegentlich nicht verhindert werden.

### *Schmerzen*

In der letzten Lebensphase sind Schmerzen ein häufiges und belastendes Symptom. Angst und Einsamkeit sowie soziale und spirituelle Nöte können Schmerzen verstärken. Eine Anpassung der Schmerztherapie ist erforderlich. Nur der Betroffene selbst kann seine Schmerzen beschreiben und einschätzen. Pflegepersonen können im Hinblick auf die Schmerzkontrolle einen wichtigen Beitrag leisten.

Da Schmerzen eine subjektive Erfahrung und ein komplexes Geschehen sind, sind sie oft sehr schwer einzuschätzen. Nur die Person, die Schmerz erlebt, ist in der Lage, das Gefühl und die Intensität zu beschreiben. Niemand anderer kann von außen beurteilen, welche Schmerzen unerträglich sind und mit welchen Schmerzen man leben kann.

Folgende Kriterien sind bei der Einschätzung wichtig:

- Lokalisation der Schmerzen
- Intensität der Schmerzen
- Zeitpunkt des Schmerzauftritts
- Art der Schmerzen (bohrend, stechend, ziehend, klopfend, krampfartig, stark)
- Faktoren, die den Schmerz intensivieren (Furcht, Angst,..)
- zeitliche Veränderung des Schmerzes (Zeitpunkt des Ausbruchs, Dauer, Zeitpunkt an dem sie stärker/schwächer werden)

Neben der vom Arzt verordneten medikamentösen Therapie gibt es weitere Methoden der Schmerzbekämpfung:



- Veränderung der Lage
- Anwendung von Wärme/ Kälte
- Massagen
- Kommunikation
- Musiktherapie
- Entspannungstechniken

Das gemeinsame Bestreben ist es, Schmerzen auf ein für den betroffenen Menschen gut erträgliches Maß zu bringen.

## **Hilfestellung zur Begleitung Sterbender für Angehörige und Freunde**

### Sterben ist etwas ganz Persönliches

Der Tod ist ein so einschneidendes Ereignis, dass sich sowohl Sterbende als auch Angehörige von Grund auf darauf einstellen müssen. Ihnen dabei zu helfen, ist unser Anliegen, auch wenn es schwierig ist, eine für alle gültige Handreichung zu erarbeiten.

Aber nicht der Tod selbst, sondern das Sterben, die letzte Lebensphase bis zum Tod, ist das Beängstigende. Denn Sterben bedeutet eine endgültige Trennung von den Lieben, Loslassen vom bisherigen Leben, Beendigung jeder Möglichkeit, das zu vollenden, was unerledigt geblieben ist oder noch Vorsorge und Fürsorge für Anvertraute entfalten zu können. Sterben bedeutet ferner zunehmende Schwäche, oft Einengung aller Gedanken und Wünsche auf sich selbst und Nachlassen der Kraft zur Selbstbestimmung und Selbstbeherrschung.

*Für Sterbende ist das Begleitetwerden das Wichtigste, Verlassenwerden das Menschenunwürdigste.*

Sterben ist etwas Individuelles: dennoch kann man die Zeit von der ersten Vorahnung bis zum Tod in Phasen einteilen, die in der Regel mehr oder weniger ausgeprägt durchlebt werden und ihre Zeit brauchen.

### Erkennen des herannahenden Lebensendes

In jedem Falle ist es für Betroffene und nächste Angehörige ein Schockerlebnis. Sie stellen sich unausweichlich die Fragen: „Warum ich?“ bzw. „Warum wir?“

- Der Arzt sollte sich Zeit nehmen für ein ganz persönliches Aufklärungsgespräch mit den Angehörigen, das einfühlsam über den Ernst der Lage informiert.
- Sobald die Angehörigen über den lebensbedrohlichen Zustand Bescheid wissen, stellt sich insbesondere ihnen die Frage, wann und wie sie dieses Wissen dem Sterbenden mitteilen. Dabei ist weder ein Mit-der-Tür-ins-Haus-Fallen richtig noch ein Erwecken falscher Hoffnungen. Für die meisten ist wohl ein behutsames Hinführen zur vollen Wahrheit das richtige Vorgehen. Fragt der Sterbende, wie es denn um ihn bestellt ist, ist es hilfreich, die Gegenfrage zu stellen, wie er sich selbst fühlt. Meist ahnen Sterbende, wie es wirklich um sie steht, und ertragen mehr Wahrheit, als ihnen zugetraut wird. Verdrängt der Sterbende aber noch den Gedanken an den nahenden Tod, wäre es falsch, ihm die Wirklichkeit aufzudrängen.
- In dieser Phase ist es wichtig, als Begleiter nicht zu verzweifeln, sondern – so

schwer es auch ist – Ruhe und Gottvertrauen auszustrahlen. Aber auch Tränen können beiden Teilen gut tun.

- Es ist die Aufgabe des Arztes, Sterbenden über ihre Krankheit und deren Verlauf Auskunft zu geben. Sie werden ihm eher vertrauen, wenn er sich nicht in Unwahrheiten flüchtet, sicher im Umgang mit ihnen bleibt und sich nicht zurückzieht. Sterbende wissen sich dann auch medizinisch und mitmenschlich vom Arzt auf ihrem schweren Weg begleitet, nicht der Apparatedizin und unnötigen Behandlungen ausgeliefert. Der Arzt kann ihnen die Angst vor unerträglichen Schmerzen und vor dem Unbekannten nehmen und damit vieles erleichtern.

### Aufkeimende Hoffnung

Sowohl der Schwerkranke als auch sein Begleiter schöpfen Hoffnung. Es wächst wieder Zuversicht, die Krankheit oder die schwere Verletzung doch noch überstehen zu können. Begleiter und Schwerkranke klammern sich an einen Strohalm und hoffen auf ein Wunder. Es ist widersprüchlich: Wir dürfen die Hoffnung des Schwerkranken nicht zerstören und müssen ihn gleichzeitig stark machen für den letzten Weg.

Hier gilt der Gedanke von Ignatius von Loyola: „*Zweifle nie ohne zu hoffen, hoffe nie ohne zu zweifeln.*“

### Annahme des Sterbens

In dieser Phase ist besonders wichtig für Begleitende:

- Sterbende niemals länger allein zulassen; falls irgendwie möglich, eine Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit mit den Vertrauenspersonen zu organisieren; einfach da zu sein, ohne viele Worte, auch nachts
- Sterbenden Zeit zum Nachdenken zu lassen, sich für eine Weile zurückzuziehen
- Sorgen um Unerledigtes abnehmen und letzte Wünsche erfüllen zu suchen
- mit Ärzten und Pflegepersonal für eine weitgehende Schmerzfreiheit zu sorgen.
- Besucher- falls Sterbende sie noch empfangen wollen und können- sollten sich an folgende Regeln halten: die Besuchszeit eng zu begrenzen; Sterbende nicht zu erschöpfen; nicht zuviel zu reden, vor allem nicht über Dinge, die für Sterbende nicht mehr wichtig sind und/oder die ihnen vielleicht wehtun. Besucher müssen sich auf den Sterbenden einstellen. Auch wenn er teilnahmslos erscheint, kann sein Wahrnehmungsvermögen durchaus vorhanden sein. Über den Tod und das Jenseits sollte nur darüber gesprochen werden, wenn Sterbende dafür empfänglich sind.
- Priester, die Sterbende besuchen, sollten möglichst persönliche Worte finden und sich Zeit nehmen.

### Unmittelbar bevorstehender Abschied

Folgende letzte Wünsche sollten erfüllt werden, soweit dies möglich ist:

- Sterbende die letzte Zeit zuhause in der gewohnten Umgebung verbringen zu lassen
- nur Vertraute und von ihnen erwünschte Freunde und Besucher zu ihnen zu lassen
- die ärztlichen Maßnahmen auf das absolut Nötigste zu beschränken
- Für Sterbende und Angehörige ist das Zusammensein in den letzten Stunden besonders wichtig. Dies sollte auch bei Unfällen berücksichtigt werden.
- Zum Sterben gehört der Abschied, u.a. auch der Dank für den gemeinsamen Lebensweg.
- Das Beste und Wohltuendste für den Sterbenden ist es seine Hand zu halten.

# SPIRITUALITÄT

*Das Leben und die Liebe haben mich umarmt.  
Aus der Umarmung des Lebens habe ich mich gelöst.  
Doch die Liebe der Menschen, die mir nahe sind, begleitet mich überall hin.*  
(letzte Worte einer todkranken Frau)

Im Krankenhaus ist es üblich, dass bei der Aufnahme eines Patienten die Frage nach der Konfession gestellt wird. Dies ist jedoch eine Sinnfrage, die ein Patient nicht wirklich mit einem Satz beantworten kann, weil sie ja oft die Grundlage seiner Existenz ist. Spiritualität ist ein „Containerbegriff“, in den jede und jeder das hineinlegt, was sie jeweils darunter verstehen. Nicht alle Menschen sind spirituell, nicht alles ist spirituell. Die Annahme, jeder Mensch ist religiös und wenn schon nicht religiös, dann wenigstens spirituell, ist einfach falsch. Allerdings können sich spirituelle Bedürfnisse je nach Erfahrungs- und Bewußtseinshorizont auf die Wünsche und Entscheidungen hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen bzw. deren Unterlassung auswirken.

## Begriffsdefinitionen

### *Spiritualität*

Das Wort Spiritualität ist im deutschsprachigen Raum erst seit ca. fünfzig Jahren im Gebrauch und wurde aus dem französischen Wort „spiritualité“ entlehnt.<sup>1</sup> Der Begriff leitet sich vom Lateinischen „spiritus“ ab und bedeutet „Geist, Hauch“. Man versteht darunter die Suche nach dem Sinn gerade während Krisen und Krankheit.<sup>2</sup> Im Allgemeinen drückt sich Spiritualität im Fühlen, Denken und Handeln eines Menschen aus und bezieht sich dabei auf unterschiedliche Aspekte des Daseins, Lebens und des Sinnes. Nach Sponsel ist dies (das Fühlen-Denken-Handeln um den oben genannten Themenkreis) die spirituelle Motivation eines Menschen. Diese kann mehr oder minder unbewusst oder bewusst vorhanden sein. Je nach Bewusstseinsgrad kann die Ausübung mehr oder minder ritualisiert oder auch formlos geschehen. Unter ritueller Ausübung versteht man z.B. das Tragen eines Amulettes, ein Gebet, das Tragen oder Beten des Rosenkranzes und anderes.<sup>3</sup>

### *Care*

„Care“ kommt aus dem Englischen und bedeutet Sorge, Sorgfalt, Zuwendung, Umsicht, Obhut.<sup>4</sup>

### *Spiritual Care*

Damit meint man die Sorge für den Mitmenschen, um ihm einen Entwicklungsraum für die Sorge der Helfenden, aber auch für sich selbst zu geben. Spiritual Care ist eine ureigene Aufgabe ausgeführt von Ärzten und Pflegepersonal und kann nicht an die Krankenseelsorge

<sup>1</sup> Wolkinger, 2008/09, S. 1

<sup>2</sup> Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Spiritualit%C3%A4t>, Stand 16.02.2010

<sup>3</sup> Sponsel, 2006, o.S., <http://www.sgip.org/wisrms/gb/spirit0.htm#Spiritualit%C3%A4t%20und%20Religion>., Stand 16.02.2010

<sup>4</sup> Heller/Heller, 2009, S. 69

delegiert werden.<sup>5</sup>

### Spiritualität im Sinne der Religion:

Spiritualität in der Religion ist ein sehr umfassendes Thema und wird daher in diesem Abschnitt nur kurz definiert. Im Laufe der Zeit haben Religionen verschiedene spirituelle Strömungen hervorgebracht. Meist hat sie mit einer höheren Instanz wie Gott, Allah, oder Gottheiten wie Buddha, Tao, Brahma usw. zu tun und ist an bestimmte Abläufe gebunden. Christliche Rituale zum Beispiel sind die Segnung und die Salbung einer erkrankten Person. In der christlichen Spiritualität ist jene spezifisch, in deren Mittelpunkt die eigene Beziehung zu Jesus Christus steht, und sie wird daher auch biblische Spiritualität genannt.<sup>6</sup>

### Spiritualität in der Krankheit

Man kann nicht annehmen, dass jeder kranke Mensch sich mit Glaube und Hoffnung auseinandersetzt oder eine ausgeprägte spirituelle Richtung hat. Spiritualität ist Weg und Ergebnis eines lebenslangen Prozesses und beginnt nicht erst mit dem letzten Lebensabschnitt. Gerade in der Begleitung des Erkrankten im Rahmen von „Palliative Care“, (die umfassende Begleitung, Betreuung und Pflege von Patienten, die an einer Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass sie nicht mehr auf eine heilungsorientierte Behandlung anspricht) hängt sehr viel vom zwischenmenschlichen Verständnis ab. Hier spielt auch die Verbundenheit und der Zugang zu den Patienten eine große Rolle. Nicht zu vergessen ist, dass der betroffene Mensch sich nicht nur mit seiner Krankheit und seinem letzten Lebensabschnitt, sondern sich zuerst mit sich selbst auseinandersetzen muss, um zu erkennen, was ihm wichtig ist oder wo sich für ihn eine Sinnfrage stellt. Dazu kommen seine Angehörigen und Freunde, die ebenfalls eine Rolle spielen. In diesem Lebensabschnitt muss es nicht immer streng professionell und bedeutsam ablaufen, sondern man soll in erster Linie den Patienten individuell mitentscheiden lassen. Sterbende leben ihre letzte Phase vielleicht intensiver, bewusster und einfühlsamer, und es kann sogar sein, dass sie selbst als Helfende für Begleiter und Hinterbliebene in Erscheinung treten. Wann immer man spirituell füreinander sorgen will, sollte es auf derselben Ebene sein. Grundsätzlich begünstigt Spiritualität die Palliativmedizin, da diese Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten positiv beeinflussen kann. Studien belegen, dass spirituelle Menschen konsensbereiter und stärker sind. Daher sind sie leichter zu pflegen und sind mit weniger zufrieden.<sup>7</sup> Eine spirituelle Ausrichtung kann aber auch negative Auswirkungen haben, z.B. wenn man seine Krankheit als unabänderliche Strafe Gottes ansieht.<sup>8</sup>

### Spirituelle Begleitung in der Pflege

Die Vorstellung, dass die spirituellen Bedürfnisse eines Sterbenden zwar als eine Kategorie in der Pflege festgelegt sind, bei der Dienstübergabe aber nur mit einem einzigen Satz als Teil der täglichen Routine abgetan werden können, ist als oberflächlich zu bewerten. Eine wirklich professionelle Begleitung ist kein Rezept aus der Schublade und beschränkt sich auch nicht ausschließlich auf die Kommunikation mit den Betroffenen.<sup>9</sup> Da die Angehörigen und das Beziehungsnetz von Sterbenden existentiell mit betroffen sind, werden auch deren

<sup>5</sup> Heller/Heller, 2009, S.69

<sup>6</sup> Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Spiritualit%C3%A4t>, Stand 16.02.2010

<sup>7</sup> Heller/Heller, 2009, S. 11

<sup>8</sup> Heller/Heller, 2009, S. 29

<sup>9</sup> Heller/Heller, 2009, S. 11 ff

spirituelle und religiöse Einstellungen, Potenziale und Werte berührt und angeregt. Spirituelle Begleitung muss also das ganze System des Sterbenden, seine Beziehungen und letztlich auch die Helfer im Blick haben.<sup>10</sup>

Im Zentrum steht das Verstehen von Situationen .Was ist mit dem Verstehen gemeint? Hier geht es um eine Empathie dafür, was Durchgang, Tiefgang, Krise, Glück oder Leid, Hingabe oder Verlust für den Menschen in der tiefsten Tiefe seines Seins physisch, psychosozial, kulturell und spirituell bedeuten. Spirituelle Dimensionen in der Pflege begegnen uns häufig dort, wo wir sie am wenigsten erwartet hätten. Es geht um die innerste Quelle der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen und Zugehörigen wie auch der Begleiterinnen und Begleiter, um sie miteinander im Resonanzraum der Begegnung und Beziehung zum Schwingen zu bringen.<sup>11</sup>

### Verständnis des Betreuungspersonals auf spirituell sprachlicher Ebene

In diesem Zusammenhang ist es wünschenswert, dass die betreuenden Fachleute ihren engeren objektivierenden Fachjargon verlassen und sich auf die Sprachebene der Spiritualität oder Religion begeben, d.h. sich bemühen, auf allgemein menschliche Weise Gefühle wie z.B. Ergriffenheit oder Liebe in Worte zu fassen und sich so dem subjektivem Empfinden des Sterbenden anzunähern.<sup>12</sup>

### Spiritualität in der Sterbephase

Sterben ist als Teil des Lebens. Was kann Sterbebegleitung leisten, was muss sie leisten? Der Philosoph Francesco Petrarca hat es wunderbar formuliert: Ein schönes Sterben ehrt das ganze Leben. Was muss Sterbebegleitung leisten, was wäre der „spirituelle Ansatz“? Niederlagen, Leid, Krankheit, Schmerz, Versagen und Misslingen sind Teil eines „normalen“ Lebens. Es beschreibt keine Minderung des Lebens oder der Lebensqualität, sondern auch Vertiefung und Bereicherung.

Ziel der spirituellen Sterbebegleitung kann dennoch nicht sein, das Sterben „gelingen“ zu lassen, Ziel ist es, einen Menschen auf seinem eigenen Weg zu begleiten und zu unterstützen.

Darunter versteht man, dass der Sterbende das Tempo, die Themen, die Handlungen und Rituale bzw. Zeichenhandlungen bestimmt und nicht die Begleiter. Jeder Mensch hat das Recht auf sein eigenes Leben und Sterben. Spirituelle Begleitung nimmt dies wahr und öffnet Horizonte.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Heller/Heller, 2009, S. 9 ff

<sup>11</sup> Heller/Heller: S. 30

<sup>12</sup> Aulbert, 2007, S. 1192

<sup>13</sup> [www.patientenliteratur.de/.../sterbebegleitung\\_ur262.ht](http://www.patientenliteratur.de/.../sterbebegleitung_ur262.ht)

# LIVERPOOL CARE PATHWAY

Auch wenn das Lebensende absehbar ist, kann eine medizinische Diagnosestellung „sterbend“ nicht so einfach gestellt werden.

„Das Finalstadium einer Erkrankung ist grundsätzlich schwer zu beschreiben. [...] Gleichwohl gibt es für das Finalstadium bestimmte Merkmale. Wenn zusätzlich zum nicht heilbaren Grundleiden schwere Begleitsymptome oder Sekundärerkrankungen auftreten, der Allgemeinzustand schwer beeinträchtigt ist, mehrere Organsysteme versagen, die Richtung der Verschlechterung deutlich ist, das Bewusstsein zunehmend beeinträchtigt ist, der Patient selbst nicht mehr die Kraft und den Willen hat, für seine Genesung zu kämpfen, dann spricht vieles dafür, dass er bald sterben wird. Die Engländer nennen diese Situation ‘the point of no return’. Die Flieger verwenden diesen Ausdruck für das Abhebe- und Landemanöver, bei denen jeweils ein Punkt erreicht wird, von dem an sie nicht mehr umkehren können. In der Medizin ist damit gemeint, dass der Punkt erreicht wird, an dem sich das Ziel der medizinischen Behandlung ändert.“<sup>14</sup>

Das Eintreten in die terminale Lebensphase ist nicht nach eindeutigen Kriterien beurteilbar und erfordert viel Erfahrung von den Betreuern der unterschiedlichen Professionen und eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der Liverpool Care Pathway stellt einen Leitfaden für Betreuer von Menschen in dieser finalen Lebensphase dar.

## Was ist der Liverpool Care Pathway?

Der Liverpool Care Pathway (LCP) wurde Ende der neunziger Jahre in Zusammenarbeit vom Palliative Care Team der *Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals NHS Trust* und dem *Marie Curie Hospice* in Liverpool entwickelt, um eine optimale Betreuung sterbender Patienten zu gewährleisten. Ursprünglich war der LCP ausschließlich für Tumorpatienten gedacht. Da sich aber auch in anderen Patientengruppen ein dringender Bedarf an gezielter professioneller Betreuung zeigte, wurde diesem in den folgenden Jahren Rechnung getragen. Für folgende nicht - onkologische Patientengruppen sind spezielle LCP-Programme geplant: terminale NINS, terminale Herzinsuffizienz, Demenz und andere neurologische Erkrankungen, Patienten auf Intensivstationen und pädiatrische Erkrankungen mit infauster Prognose.

Der LCP soll einerseits durch strukturelle Vorgaben, andererseits durch einen eigens entwickelten Dokumentationsbogen einem interdisziplinärem Betreuungsteam eine Hilfestellung in der Betreuung sterbender Patienten sein. Dieser Leitfaden berücksichtigt sowohl körperliche als auch psychische und spirituelle Aspekte. Sämtliche Maßnahmen die ergriffen bzw. unterlassen werden, sollen dem Wohlbefinden des Patienten dienen. Dazu zählt unter anderem das Absetzen der Medikamente, deren Sinnhaftigkeit in dieser Lebensphase zu hinterfragen ist. Im Gegenzug dazu soll für die Symptomkontrolle (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe um nur einige zu nennen) die optimale Medikation, sowohl in ihrer Wirksamkeit als auch in ihrer Applikationsform, eingeleitet werden. Weiters soll von unangemessenen diagnostischen, medizinischen und pflegerischen

---

<sup>14</sup> Huseboe, Stein: Ethik, in: Huseboe, Stein, Klaschik, Eberhard (Hrsg.): Palliativmedizin, Berlin [u. a.], 2003, Seite 61. für L.nachweis: 37 - 117

Maßnahmen Abstand genommen werden.

In dem Leitfaden sind Ziele festgesetzt, die in der Betreuung des Patienten ( und seiner Angehörigen) erreicht werden sollten. Da es sich hierbei aber nicht um ein starres System handelt, sondern eine gewisse Flexibilität aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten wünschenswert ist, gibt es die Möglichkeit von den vorgegebenen Zielen abzuweichen (=Varianten). Diese Änderungen sind in dem eigens dafür vorgesehenen Abschnitt zu dokumentieren, zu begründen und in weiterer Folge zu evaluieren. Die Evaluation dient der Weiterentwicklung und Verbesserung in Betreuung und Dokumentation.

#### Beschreibung des Dokumentationsbogens:

(komplette offizielle deutschsprachige Spitalversion des LCP im Anhang)

Nach einer einleitenden Instruktion zur Anwendung, gliedert sich das Dokument in drei Teile. Am Beginn steht die „initiale Erfassung“, in der der aktuelle körperliche Zustand des Patienten anhand von Haupt-und Zusatzkriterien beurteilt und letztlich die Diagnose „sterbend“ gestellt wird, wobei mindestens zwei der Hauptkriterien vorhanden sein müssen. Zu den Hauptkriterien zählen Bettlägrigkeit, somnolentes bis komatöses Zustandsbild, Schwierigkeiten bei Flüssigkeitsaufnahme und der Einnahme von Medikamenten. Veränderungen im Atemmuster, Marmorierung der Haut, kalte Extremitäten sowie eine zunehmende Abschottung von der Aussenwelt zählen zu den Zusatzkriterien. Sollte sich der Allgemeinzustand des Patienten im Laufe der Behandlung verbessern, kann man die LCP-Dokumentation wieder verlassen. In diesen Teil fallen auch sämtliche Ziele, die erreicht werden sollten: Einleitung der für die Symptombehandlung wesentlichen Medikamente, Aufklärung des Patienten, der Angehörigen, spirituelle Unterstützung (falls diese erwünscht ist).

Der zweite Teil dient der täglichen Beurteilung des Zustandes des Patienten über den gesamten Verlauf der Betreuung, wobei die LCP-Dokumentation auch wieder verlassen werden kann, wenn sich der Allgemeinzustand des Patienten wieder verbessern sollte.

Der letzte Teil beinhaltet die Betreuung und Unterstützung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten.

Um den LCP auf einer Station etablieren zu können, gibt es ein *10-Schritte-Implementierungsprogramm*:

**Schritt 1:** Projektaufbau, Klärung der personellen und finanziellen Ressourcen, Bildung eines interprofessionellen Teams, Registrierung in St.Gallen/Liverpool

**Schritt 2:** Entwicklung der Dokumentation, eventuelle Anpassungen an lokale Gegebenheiten, wobei die Ziele 1-18 des LCP übernommen werden müssen, Erstellung von Informationsbroschüren für Fachpersonal und Angehörige

**Schritt 3:** Base Review: Dieser umfaßt eine Kontaktaufnahme mit dem Central Team in Liverpool, dieses erstellt retrospektiv anhand von je 20 PatientInnen, die mit bzw. ohne LCP – Dokumentation verstorben sind, innerhalb von 4-6 Wochen eine Analyse sowie einen Report der bisherigen Arbeit.

**Schritt 4:** Entwicklung und Einführung von LCP-Schulungsprogrammen auf den Pilotstationen

**Schritt 5:** Umsetzung des LCP auf den Pilotstationen

**Schritt 6:** Reflexion/Kompetenzförderung

**Schritt 7:** Auswertung, weiteres Training, Eruiierung des Schulungsbedarfes

**Schritt 8:** regelmäßige Anpassung der Schulungen an die bestehenden Bedürfnisse, um eine optimale Integration des LCP ins klinische Umfeld zu gewährleisten

**Schritt 9:** Anerkennung durch die Institutionsorganisation durch kontinuierliche und nachhaltige Ausbildungsprogramme gemäß den LCP- Richtlinien

**Schritt 10:** Qualitätssicherung/Reflexion

Aufgrund der Tatsache, dass wir nicht alle im gleichen Haus arbeiten einerseits, und aus dem Mangel an finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen andererseits, war es uns nicht möglich, das komplette LCP-Dokument zu benutzen. Wir haben daher einen eigenen an den LCP angelehnten Leitfaden ausgearbeitet, der in seinem Umfang jedoch sehr reduziert ist und den üblichen Qualitätssicherungskriterien des LCP nur bedingt entspricht. Diesen vorläufigen Adaptierungsversuch beschreiben wir im folgenden Kapitel.

## **Gründe für die Adaptierung des LCP**

Von unserer Projektgruppe wurde der LCP-Leitfaden des Inselspitals Bern vor allem wegen der sich über mehrere Seiten erstreckende Dokumentationsform adaptiert. Ein weiterer Grund war auch, dass die Einrichtungen unsere Projektmitarbeiterinnen an hauseigene Dokumentationsformen gebunden sind, und so wenig wie möglich zusätzlicher Papierbeziehungswise Schreibaufwand anfallen sollte. Für uns war es wichtig, ein möglichst einfaches Formblatt<sup>15</sup> zu erstellen, damit für die Betreuungsteams in den unterschiedlichen Einrichtungen nicht zusätzliche Dokumentationsarbeit anfällt. Unser erarbeitetes Formblatt soll es erleichtern, Patienten in der terminalen Lebensphase mit deren Angehörigen in verschiedenen Einrichtungen optimal zu betreuen. Zusätzlich soll die Kontinuität in der Betreuung von Sterbenden durch dieses Blatt auch bei wechselnden Betreuungsteams gewährleistet werden.

Ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten bei der Verwendung der Checkliste ist unverzichtbar.

## **Entstehung des Formblattes**

Bei der Adaptierung des LCP entstand ein doppelseitiges DIN-A-4-Formular im Querformat, das mit einem Patientenetikett versehen und nur durch Ankreuzen bzw. durch Beschriften der Ergänzungszeilen ausgefüllt werden kann.

Mit der Seite „*Kriterien für die Anwendung des adaptierten LCP*“ soll das Eintreten in die eigentliche Sterbephase festgelegt werden können. Der Vermerk DNR wurde vor allem von den Projektmitarbeiterinnen aus dem Akut- beziehungsweise Intensivbereich als notwendig empfunden. Eine Evaluierungstabelle ermöglicht es, täglich den Leitfaden zu verlassen.

Auf der Rückseite wurden zusammenfassend die Punkte zur „*initialen Erfassung*“ aufgezählt. Dabei wird nicht nur auf die körperlichen Symptome eingegangen, sondern auch eine psycho-soziale spirituelle Erfassung unter Einbeziehung der Angehörigen ermöglicht.

Die Sektion 3 vom LCP-Leitfaden des Inselspitals Bern „*Betreuung nach dem Tod*“ wurde bewusst weggelassen, da es unterschiedliche hausinterne Regelungen dafür gibt.

Die Dokumentation der laufenden Symptomkontrolle bzw. der ärztlichen und pflegerischen

---

<sup>15</sup> S. Anhang



Maßnahmen soll weiterhin mit den hausinternen Dokumentationsformen erfolgen.  
Die Therapieempfehlungen für akuten Schmerz, Verwirrtheit/Agitation/Delir, Sterberasseln, Übelkeit und Erbrechen und Dyspnoe wurden vom Inselspital Bern<sup>16</sup> übernommen, um vor allem den Betreuungsteams auf den Intensivstationen und Akuteinrichtungen Hilfestellungen zu geben.

---

<sup>16</sup> S. Anhang

# ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS

## Palliativstation LKH Graz

Als Grundinformation für die ärztlichen Mitarbeiter auf der UPE war es nicht ausreichend das erarbeitete Formblatt zu erklären. Es war notwendig, als Information zusätzlich den vollständigen LCP Leitfadens des Inselspitals Bern weiterzugeben. Mitarbeiter im gehobenen Pflegedienst fanden sich nach genauerer Information mit dem Formblatt gut zurecht. Bei den ersten „Fällen“ traten Zweifel/Hemmungen auf, das Eintreten in die Sterbephase festzulegen. Es stellte sich heraus, dass eigentlich nur der diensthabende Oberarzt entscheidungsbefugt ist, die Diagnose „sterbend“ auszusprechen. Nach Vorstellung des Formblattes im Team kam es bei den verschiedenen Besprechungen vermehrt zu Diskussionen, ob betroffene Patienten in die finale Lebensphase eingetreten sind oder nicht. Auf den Fieberkurven betroffener Patienten fanden sich alsbald die Notizen „Sterbebegleitung“ oder „terminale Begleitung“, auch wenn kein Formblatt ausgefüllt wurde. Trotzdem wurden Folgemaßnahmen getroffen: Therapie-, Diagnose- und Pflegemaßnahmen wurden reduziert, angepasst bzw. abgesetzt, Bedarfsmedikamente ergänzt bzw. geändert.

Bei der Anwendung des Formblattes fiel vor allem bei den Punkten „religiöse/spirituelle Bedürfnisse“ auf, dass Gespräche mit Patient bzw. deren Angehörigen nicht immer in ausreichender Form stattgefunden haben. Es war daher spontan schwer möglich ein eindeutiges JA/NEIN anzukreuzen. Wir sind dadurch wachsamer geworden, solche Fragen wenn möglich bereits am Beginn der Betreuung abzuklären.

Bei einigen Punkten zeigte es sich auch, dass ein Ankreuzen von JA / NEIN nicht ausreichend ist und eine Spalte notwendig wäre, um „nicht möglich“ beziehungsweise „nicht notwendig“ ankreuzen zu können.

Auf der Palliativstation stellte sich die Verwendung des Formblattes in erster Linie als ein zusätzlicher Arbeitsaufwand dar. Der Vermerk „Sterbebegleitung“ ist auf der Fieberkurve aus pflegerischer und ärztlicher Sicht ausreichend, um eine kontinuierliche Betreuung/Begleitung zu gewährleisten. Maßnahmen und Interventionen werden vom interdisziplinären Betreuungsteam zum gegebenen Zeitpunkt den gängigen Palliativcare-Richtlinien angepasst.

## Intensivstation LKH West

Dem interdisziplinären Palliativkonsiliarteam des LKH Graz West wurde das Formblatt bei einem Treffen vorgestellt. Es stand dem Leitfaden jedoch ablehnend gegenüber, mit dem Argument, dass dadurch zusätzlicher Arbeitsaufwand entstehen würde und dass in diesen Fällen sowieso ausreichend dokumentiert wird und ein spezifischer Leitfaden daher absolut unnötig sei. Nur in einem Fall konnte von einer Projektmitarbeiterin der Leitfaden angewandt werden. Die Erfahrung auf der Intensivstation zeigte, dass zwischen dem Vermerk von „DNR“ (Do Not Resuscitate) in der Fieberkurve und dem tatsächlichen Eintritt des Todes ein zu kurzer Zeitraum besteht, um den zusätzlichen Arbeitsaufwand zu rechtfertigen, den die Anwendung des Formblattes darstellt. Es wurde angesprochen zum Vermerk „DNR“ auch den Vermerk „AND“ (Allow Natural Death) hinzuzufügen.

## **Akutstation LKH Stolzalpe**

Im Bereich der Akutstation (Innere Medizin) wurde das Formblatt vorgestellt und sowohl vom ärztlichen Leiter als auch der Pflegedienstleitung befürwortet. Von anderen Ärzten aber vornehmlich abgelehnt oder milde belächelt. Das Pflegepersonal zeigte sich deutlich aufgeschlossener. Das Formblatt konnte leider aus arbeitszeitlichen Gründen bis zum Ende der Projektarbeit nicht angewandt werden.

Eine nochmalige Adaptierung des von uns umgearbeiteten Leitfadens schien uns nicht mehr notwendig. Um eventuelle Mängel im Dokumentationsblatt zu eruieren wären bedeutend mehr Patientenfälle, vor allem auch auf den Akutstationen, und eine deutlich längere Laufzeit des Projektes von Nöten gewesen.

## ZUSAMMENFASSUNG

... und haben wir die Betreuung sterbender Patienten auf unseren Stationen durch den von uns entwickelten Leitfaden verbessert oder ist alles beim Alten geblieben? Können wir das überhaupt beurteilen? Ist es nicht immer nur eine Außenperspektive, unser subjektiver Eindruck, den wir auf den anderen projizieren? Wir selbst erleben ja im jeweiligen Moment nur das Sterben/den Tod des anderen. Sind wir überhaupt befugt darüber zu urteilen? Ist es nicht anmaßend zu glauben, diese oder jene Weise des Sterbens ist besser oder gar leichter als eine andere?

Wir haben die Welt nicht verändert, der große Durchbruch ist uns verwehrt geblieben, aber ein klein wenig haben wir vielleicht doch bewegt, zumindest für den Augenblick. Längerfristig ist sicher noch einiges zu tun.. In Anbetracht der uns zur Verfügung stehenden Mittel und der teilweise doch sehr ablehnenden Haltung gegenüber dem Projekt von Seiten unserer Kollegen, können wir mit dem Ergebnis zufrieden sein.

Leider konnte sich der Leitfaden nicht auf allen Stationen dem direkten Praxistest stellen. Gerade im Akutbereich wäre es spannend gewesen zu beobachten, ob sich an der im Krankenhaus vorherrschenden Haltung im Umgang mit Sterbenden etwas ändern läßt, da der Tod hier immer schon ein Versagen des medizinischen Vermögens impliziert. Inwieweit das Vermerken von „DNR“ bzw. „AND“ als gängige Strategie in der Fieberkurve ausreicht, ist fraglich, denn damit wird lediglich auf die Nicht-Durchführung einer Reanimation verwiesen, ändert jedoch meistens nichts am bisherigen Behandlungsregime.

Auf der Palliativstation war die Ausgangslage zwar eine andere, weil das Sterben hier den medizinischen Alltag viel stärker prägt. Dennoch kam es auch hier zu keiner dauerhaften Anwendung des Leitfadens, und wie auf den anderen Stationen wurde vor allem der zeitliche und bürokratische Mehraufwand durch die zusätzliche Dokumentation kritisiert.

Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass der LCP ein gutes Werkzeug für die Betreuung sterbender Patienten im Krankenhaus liefert, da er die nötige Distanz bzw. eine objektivierte Leitlinie schaffen kann, um die allgegenwärtige verständliche, oft jedoch verdrängte Angst vor dem Sterben und dem Tod (die auch vor einem erfahrenen medizinischen Personal nicht halt macht) zu bewältigen.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Ariès, Philippe: Geschichte des Todes. München 1981
- Aulbert, E.: Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Ausg., Stuttgart 2007
- Bausewein, Claudia, Roller, Susanne, Voltz, Raymond: Leitfaden Palliativmedizin-Palliative Care, München, Jena 2000
- Becker, P., Eid, Volker: Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Mainz 1984
- Burgheim, W.: Sterbende begleiten. Merching 2005
- Heller, B., Heller, A.: Spiritualität und Spiritual Care, in: Spiritualität und Spiritual Care, Jahresheft 2009
- Husebo, Stein, Klaschik, Eberhart (Hg.): Palliativmedizin. 5. Aufl., Heidelberg 2009
- Knipping, C.: Lehrbuch Palliativ Care. Bern 2007
- Kübler-Ross, Elisabeth: Erfülltes Leben-würdiges Sterben, Gütersloh, 1998
- Nagele, S., Feichtner, A.: Lehrbuch der Palliativpflege. Wien 2005
- Pleschberger, S., Heimerl, K., Wild, M.: Palliativpflege. 2. Aufl., Wien 2005
- Erste Fragen für die letzte Zeit, Steirischer Hospiz- u. Palliativführer
- Die blauen Ratgeber – Palliativmedizin, Deutsche Krebshilfe e.V. Bonn 2005
- Specht-Tomann, Monika u. Tropper, Doris: Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. 5. Aufl., Düsseldorf 1998
- Sponsel, R., Spiritualität – Eine psychologische Untersuchung, Erlangen, 2006
- <http://www.sgipt.org/wisms/gb/spirit0.htm#Spiritualität%20und%20Religion>
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Spiritualität%C3%A4t>, Stand 16.02.2010
- <http://www-theol.uni-graz.at/cms/beitrag/10001252/34622/>, Stand: 16.02.2010
- <http://www.mcpcil.org.uk/>
- <http://www.palliativ-sg.ch/index.php/dokumente>
- [http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk\\_users/Pdf/Palliative\\_Care/Broschuere\\_Fachpersonen.pdf](http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/Broschuere_Fachpersonen.pdf)
- [http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk\\_users/Pdf/Palliative\\_Care/LCP\\_Inselspital\\_Okt\\_09.pdf](http://www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/LCP_Inselspital_Okt_09.pdf)

Bildnachweis: Kenneth MacMillan: Requiem aus K. McM.: Lieder von Leben und Tod,  
<http://www.staatstheater.stuttgart.de/ballett/spielplan/> (25.11.2009)

### **Hinweis der Endredakteurin in eigener Sache:**

*Aufgrund der Entscheidung für einen durchlaufenden Text statt eines Kompendiums lose aneinander gereihter Einzeltexte wurden die einzelnen Beiträge Zugunsten teilweise in ihrer Abfolge geändert bzw. geteilt, um die Stringenz des Textverlaufs zu gewährleisten. Es wurde auch viel Subjektives und sich Überschneidendes weggelassen. Eine explizite Zuordnung der Autorenschaft direkt im Text ist daher nicht möglich.*

*Der Nachweis der Einzelbeiträge erfolgt an dieser Stelle: Sowohl die Einleitung als auch die Zusammenfassung wurden von allen Projektteilnehmerinnen gemeinsam erarbeitet und verfasst. Das Kapitel über den Liverpool Care Pathway wurde von S. Bitsche verfasst, für die Beschreibung unserer selbsterarbeiteten Version sowie die Ergebnisse aus der Praxis war M. Hüttner verantwortlich. Sie hat auch unser Dokumentationsblatt gestaltet. Zum Kapitel über die Modelle der Sterbephase steuerten sowohl B. Brunner (+ Sterbephase aus Sicht der Angehörigen), A. Grinschgl (+ Sterbephase aus Sicht der Pflege) und M. Primavesi (+ Sterbephase aus Sicht der Ärzte) bei. Mit dem Thema Spiritualität hat sich P. Hatzl beschäftigt. Fehlende Quellen- u. Seitenangaben konnten vor dem Abgabetermin nicht mehr rechtzeitig eruiert bzw. nachgeliefert werden.*

*(Sarah Bitsche)*

# *Anhang*

Patientenaufkleber

## Leitfaden für die Sterbebegleitung

Offizielle deutschsprachige Spitalversion Liverpool Care Pathway (LCP)

Literatur:

- Working Party on Clinical Guidelines In Palliative Care (2005) Changing Gear – Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, London, 2. Auflage
- Ellershaw JE, Wilkinson S (2003) Care of the dying: A pathway to excellence, Oxford: Oxford University Press

### Einführung/Bearbeitungshinweise

1. Diese Dokumentation ist eine Ergänzung zur Pflegedokumentation. Im Abschnitt „Pflegeverlauf“ der Pflegedokumentation steht der Verweis „siehe Liverpool Care Pathway (LCP) Sektion 2, Weiterführende Beurteilung“. → Pflegeverlauf NUR im LCP dokumentieren, keine doppelte Führung beider Dokumente.
2. Alle zu erreichenden Ziele sind **fettgedruckt**. Interventionen, welche dazu dienen, die Ziele zu unterstützen und schneller zu erreichen, sind in normaler Schrift gedruckt.
3. Falls notwendig: Bitte palliative Behandlungs-Richtlinien im Anhang berücksichtigen oder die Empfehlungen im Intranet beachten: <http://iww.insel.ch/2959.html>
4. Wenn Sie Probleme haben, kontaktieren Sie bitte das Palliativ Care-Team. Telefon: Pflege 2-0068, 181-Sucher 8819      Arzt 2-0069, Sucher 181-8770
5. Dieser „Leitfaden für die Sterbebegleitung“ ist über das Palliative Care-Team zu beziehen.

Es ist ÄrztInnen und Pflegefachpersonen selbstverständlich erlaubt, ihre eigene professionelle Beurteilung abzugeben. Jedoch muss jede Änderung des Leitfadens als Variante gekennzeichnet sein.

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form mit angesprochen.

## Kriterien für die Anwendung des LCP

Alle potentiell reversiblen Ursachen, die für den jetzigen Zustand verantwortlich sein könnten, sind ausgeschlossen worden.

Das multiprofessionelle Team hat gemeinsam festgestellt, dass der Patient in die Sterbephase eingetreten ist. Zwei der folgenden vier Kriterien entsprechen dem Zustand des Patienten:

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| der Patient ist bettlägerig                           | <input type="checkbox"/> | somnolent, soporös, komatös              | <input type="checkbox"/> |
| kann nur noch schluckweise Flüssigkeit zu sich nehmen | <input type="checkbox"/> | kann keine Tabletten mehr zu sich nehmen | <input type="checkbox"/> |

### Zusatzkriterien

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <u>Veränderter Atemrhythmus:</u><br>Cheyne-Stokes-Atmung,<br>Schnappatmung                         | <input type="checkbox"/> | <u>Hautveränderungen:</u><br>Beginnende Marmorierung der Haut<br>(Körperunterseite, Hände, Knie und/oder<br>Füsse), kalte Extremitäten, übermässiges<br>Schwitzen, bleiche „wächserne Haut“ | <input type="checkbox"/> |
| <u>sozialer Rückzug:</u><br>zeigt kein Interesse mehr<br>an der Umgebung<br>und an den Mitmenschen | <input type="checkbox"/> |   |                          |

Andere:.....

Datum:

Arzt:.....Pflegefachperson:.....Abteilung:.....





Patientenname:..... Datum (Beginn): ..... Zeit (Beginn):.....

Sektion 1	Initiale Erfassung																																
Angaben zur Person	Hauptdiagnose: ..... Wichtigste Nebendiagnose: ..... Aufnahme datum: ..... Nationalität: .....w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Autopsie: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/>																																
Befinden	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">kann schlucken</td> <td style="width: 20%;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">realisiert Situation</td> <td style="width: 20%;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Übelkeit</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>reagiert auf Ansprache</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erbrechen</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Blasen-/Nierenprobleme</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obstipation</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Blasenkatheter</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verwirrtheit</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Bronchiale Sekretion</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Atemnot</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unruhe</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Schmerzen</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verzweiflung</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> <td>Andere (z.B. Oedeme, Juckreiz)</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	kann schlucken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	realisiert Situation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	reagiert auf Ansprache	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blasen-/Nierenprobleme	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Obstipation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Verwirrtheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchiale Sekretion	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Agitation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Unruhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Verzweiflung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Andere (z.B. Oedeme, Juckreiz)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
kann schlucken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	realisiert Situation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	reagiert auf Ansprache	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blasen-/Nierenprobleme	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Obstipation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Verwirrtheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchiale Sekretion	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Agitation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Unruhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														
Verzweiflung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Andere (z.B. Oedeme, Juckreiz)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																														

**Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wird, begründen Sie bitte auf dem Formular „Varianten Analyse Ziele“ S.6**

Massnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens	<p><b>Ziel 1: Aktuelle Medikation ist überprüft, nicht unbedingt notwendige Medikamente sind abgesetzt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Unpassende Medikation ist abgesetzt. Notwendige Medikamente (oral/iv) sind durch sc/iv-Applikationen ersetzt, bei Bedarf ist die Spritzenpumpe/der Perfusor eingesetzt.</p>															
	<p><b>Ziel 2: Bedarfsmedikamente sind für die unten aufgeführten Symptome entsprechend den vereinbarten Richtlinien verordnet</b> (siehe Richtlinien im Anhang des LCP)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Schmerzen</td> <td style="width: 30%;">Schmerzmittel</td> <td style="width: 20%;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td>Beruhigungsmittel</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchiale Sekretion</td> <td>Anticholinergika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Übelkeit und Erbrechen</td> <td>Antiemetika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dyspnoe</td> <td>Opioide / Anxiolytika</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Schmerzen	Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Agitation	Beruhigungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchiale Sekretion	Anticholinergika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Übelkeit und Erbrechen	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Dyspnoe	Opioide / Anxiolytika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzen	Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Agitation	Beruhigungsmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Bronchiale Sekretion	Anticholinergika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Übelkeit und Erbrechen	Antiemetika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
Dyspnoe	Opioide / Anxiolytika	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
	<p><b>Ziel 3: Unangemessene medizinische Massnahmen/ Interventionen sind beendet</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Diagnostische Massnahmen wie Blutentnahme, EKG, CT, MRI, Endoskopie etc.</td> <td style="width: 40%;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antibiotikum</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>iv (Flüssigkeit nicht mehr als 500 – 1000 ml / 24h; Medikamente)</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>„keine kardiopulmonale Reanimation“ (Rea B oder C)</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ICD's (Intrakardialer Defibrillator) deaktiviert</td> <td>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kardiologe des Patienten kontaktieren</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lokale Richtlinien und Prozeduren beachten.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare hier, ggf. ergänzende Dokumentation / Entscheidungen</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift Arzt: ..... Datum: .....</p>	Diagnostische Massnahmen wie Blutentnahme, EKG, CT, MRI, Endoskopie etc.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	Antibiotikum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	iv (Flüssigkeit nicht mehr als 500 – 1000 ml / 24h; Medikamente)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	„keine kardiopulmonale Reanimation“ (Rea B oder C)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	ICD's (Intrakardialer Defibrillator) deaktiviert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	Kardiologe des Patienten kontaktieren		Lokale Richtlinien und Prozeduren beachten.		
Diagnostische Massnahmen wie Blutentnahme, EKG, CT, MRI, Endoskopie etc.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>															
Antibiotikum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>															
iv (Flüssigkeit nicht mehr als 500 – 1000 ml / 24h; Medikamente)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>															
„keine kardiopulmonale Reanimation“ (Rea B oder C)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>															
ICD's (Intrakardialer Defibrillator) deaktiviert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>															
Kardiologe des Patienten kontaktieren																
Lokale Richtlinien und Prozeduren beachten.																



Patientenname:..... Datum:.....

Sektion 1	Initiale Erfassung (Fortsetzung)	
Familie Angehörige andere	<b>Ziel 7: Es ist geklärt, wie die Familie / andere nahestehende Personen über den bevorstehenden Tod des Patienten informiert werden wollen</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	jederzeit <input type="checkbox"/> nicht während der Nacht <input type="checkbox"/> bleiben über Nacht im Spital <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson – Name:..... Beziehung zum Patienten:..... Tel.: ..... 2. Kontaktperson – Name: ..... Beziehung zum Patienten:..... Tel.: .....	
	<b>Ziel 8: Die Familie/andere nahestehende Personen haben folgende Informationen des Krankenhauses erhalten</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	z.B. mündliche Information über Möglichkeiten wie Übernachtung, Verpflegung etc. im Spital oder Hinweis auf die Wegleitung „Herzlich willkommen im Inselspital“	
hausärztliche Praxis, amb./ext. Dienste	<b>Ziel 9: Der Hausarzt ist über den Zustand des Patienten informiert</b> Der Hausarzt sollte darüber informiert werden, dass der Patient im Sterben liegt. Es ist erlaubt, die Nachricht auf den Anrufbeantworter zu sprechen oder der Praxisassistentin mitzuteilen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>Ziel 9a:</b> Weitere ambulante involvierte Dienste sind benachrichtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>
Zusammen- fassung	<b>Ziel 10: Der Betreuungsplan wurde erklärt und diskutiert</b> a) mit Patient b) mit Familie / Anderen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>Ziel 11: Die Familie / andere nahestehende Personen bestätigen, dass sie den Betreuungsplan verstanden haben</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Familie / Andere sind sich bewusst, dass das Vorgehen gemäss der terminalen Betreuung eingesetzt wird. Ihre Bedürfnisse sind festgestellt und dokumentiert worden. Der LCP kann erläutert werden, falls angebracht. <b>Ziel 11a:</b> Informationsbroschüre für Angehörige ist ausgehändigt und besprochen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	
Unterschriften Verantwortliche:.....		Datum:.....

Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wird, begründen Sie dies bitte auf dem Formular „Varianten Sektion 1“ (s.u.).  
**Varianten Sektion 1**

Ziel	Was wurde gemacht?	Visum
	Unerledigtes vom Vortag	

Patientenname:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen) E = erreicht V = Variante

Sektion 2	Weiterführende Beurteilung	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
<b>Kontinuierliche Beobachtungen</b>							
A)	<b>Schmerzen</b> <b>Ziel: Patient ist schmerzfrei</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>• schmerzfrei bei Bewegung</li> <li>• wirkt friedlich</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
B)	<b>Agitation</b> <b>Ziel: Patient leidet nicht unter Agitation</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken)</li> <li>• Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
C)	<b>Bronchiale Sekretion</b> <b>Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> <li>• ggf. Flüssigkeitszufuhr reduzieren</li> <li>• Symptome werden mit Angehörigen besprochen</li> </ul>						
D)	<b>Übelkeit und Erbrechen</b> <b>Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit und erbricht nicht</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> </ul>						
E)	<b>Dyspnoe</b> <b>Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
F)	<b>Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz)</b> .....						
<b>Pflegeinterventionen</b>							
G)	<b>Mundpflege</b> <b>Ziel: Der Mund ist feucht und sauber</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemäss Mundpflegekonzept: Pt. mit grossem Selbstpfledefizit, Mundtrockenheit</li> <li>• Häufigkeit der Mundpflege ist an Bedürfnis des Patienten angepasst</li> <li>• Angehörige in die Pflege miteinbeziehen</li> </ul>						
H)	<b>Miktionsprobleme</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blasenkatheter bei Retentionsproblemen</li> <li>• Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen)</li> </ul>						
I)	<b>Medikation</b> (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) <b>Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn iv-Infusomat oder sc-Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren</li> </ul>						
	Unterschrift		früh		spät		Nacht
	Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien auf Abteilung.						
<b>Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).</b> * Empfehlungen im Intranet: <a href="http://www.insel.ch/2959.html">http://www.insel.ch/2959.html</a>							

Patientenname:..... Datum:.....

Alle 12 Stunden zu vervollständigen	E = erreicht	V = Variante	08.00	20.00
-------------------------------------	--------------	--------------	-------	-------

<b>J)</b>	<b>Mobilität, Pflege v. Druckstellen</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl und in einer sicheren Umgebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Erfassung von:              Hautzustand (Verletzungen, Druckstellen)              Bedürfnis/Bedarf von Lagewechsel              Notwendigkeit einer Spezialmatratze              Bedarf an Körperpflege</li> <li>• Pflegekonzepte (z.B. Dekubitusprophylaxe) beachten</li> </ul>		
<b>K)</b>	<b>Darmpflege</b> <b>Ziel: Der Patient ist nicht agitiert oder belastet durch Obstipation oder Diarrhoe</b>		
<b>Psycho-sozio-spirituelle Aspekte</b>			
<b>L)</b>	<b>Psychologische Einsicht/Unterstützung</b> <b>Ziel: Der Patient ist sich der Situation in angemessener Weise bewusst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient ist über das Vorgehen informiert worden</li> <li>• Berührungen und Kommunikation (verbal / nonverbal) werden fortgesetzt</li> <li>• Die Unterstützung durch den Palliative Care Dienst, den psychologischen Dienst, die Seelsorge und/oder die Sozialberatung wurde angeboten</li> </ul>		
	<b>Ziel: Familie / Andere sind auf den bevorstehenden Tod des Patienten vorbereitet, mit dem Ziel, inneren Frieden und Akzeptanz zu erreichen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsicht/Verstehen der benannten Familienmitglieder/Andere/Jugendliche/Kinder kontrollieren/überprüfen</li> <li>• Überprüfen/kontrollieren, ob zusätzliche Familienmitglieder/Andere, die nicht beim initialen Assessment dabei waren, die Situation erfassen</li> <li>• Überprüfung der Erkenntnis, dass der Patient am Sterben ist und dass dazu Massnahmen getroffen sind, die dazu beitragen, das Wohlbefinden zu erhalten</li> </ul>		
<b>M)</b>	<b>Religiöse/spirituelle Unterstützung</b> <b>Ziel: Adäquate religiöse / spirituelle Unterstützung ist gewährleistet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste, Fragen und Unsicherheiten werden wahrgenommen und es wird entsprechend gehandelt</li> <li>• Unterstützung durch die Seelsorge kann hilfreich sein</li> <li>• Kulturelle Bedürfnisse werden berücksichtigt</li> </ul>		
<b>N)</b>	<b>Betreuung der Angehörigen</b> <b>Ziel: Die Bedürfnisse derjenigen, welche den Patienten begleiten, sind berücksichtigt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf das Wohlergehen und die psychosoziale Unterstützung wird Wert gelegt</li> <li>• Sicherstellung, dass Informationen gemäss Ziel 8 weitergegeben wurden</li> </ul>		

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).

Unterschrift: Früh:..... Spät:..... Nacht:.....

Multidisziplinäre Notizen über die Entwicklung
Unerledigtes vom Vortag







Patientenname:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen) E = erreicht V = Variante

Sektion 2	Weiterführende Beurteilung	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
<b>Kontinuierliche Beobachtungen</b>							
A)	<b>Schmerzen</b> <b>Ziel: Patient ist schmerzfrei</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>• schmerzfrei bei Bewegung</li> <li>• wirkt friedlich</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
B)	<b>Agitation</b> <b>Ziel: Patient leidet nicht unter Agitation</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken)</li> <li>• Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
C)	<b>Bronchiale Sekretion</b> <b>Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> <li>• ggf. Flüssigkeitszufuhr reduzieren</li> <li>• Symptome werden mit Angehörigen besprochen</li> </ul>						
D)	<b>Übelkeit und Erbrechen</b> <b>Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit und erbricht nicht</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> </ul>						
E)	<b>Dyspnoe</b> <b>Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>• Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
F)	<b>Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz)</b> .....						
<b>Pflegeinterventionen</b>							
G)	<b>Mundpflege</b> <b>Ziel: Der Mund ist feucht und sauber</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemäss Mundpflegekonzept: Pt. mit grossem Selbstpfledefizit, Mundtrockenheit</li> <li>• Häufigkeit der Mundpflege ist an Bedürfnis des Patienten angepasst</li> <li>• Angehörige in die Pflege miteinbeziehen</li> </ul>						
H)	<b>Miktionsprobleme</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blasenkatheter bei Retentionsproblemen</li> <li>• Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen)</li> </ul>						
I)	<b>Medikation</b> (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) <b>Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn iv-Infusomat oder sc-Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren</li> </ul>						
	Unterschrift	früh		spät		Nacht	
	Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien auf Abteilung.						
<b>Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).</b> * Empfehlungen im Intranet: <a href="http://www.insel.ch/2959.html">http://www.insel.ch/2959.html</a>							

Patientenname:..... Datum:.....

Alle 12 Stunden zu vervollständigen	<b>E</b> = erreicht	<b>V</b> = Variante	08.00	20.00
-------------------------------------	---------------------	---------------------	-------	-------

<b>J)</b>	<b>Mobilität, Pflege v. Druckstellen</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl und in einer sicheren Umgebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Erfassung von:              Hautzustand (Verletzungen, Druckstellen)              Bedürfnis/Bedarf von Lagewechsel              Notwendigkeit einer Spezialmatratze              Bedarf an Körperpflege</li> <li>• Pflegekonzepte (z.B. Dekubitusprophylaxe) beachten</li> </ul>		
<b>K)</b>	<b>Darmpflege</b> <b>Ziel: Der Patient ist nicht agitiert oder belastet durch Obstipation oder Diarrhoe</b>		
<b>Psycho-sozio-spirituelle Aspekte</b>			
<b>L)</b>	<b>Psychologische Einsicht/Unterstützung</b> <b>Ziel: Der Patient ist sich der Situation in angemessener Weise bewusst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient ist über das Vorgehen informiert worden</li> <li>• Berührungen und Kommunikation (verbal / nonverbal) werden fortgesetzt</li> <li>• Die Unterstützung durch den Palliative Care Dienst, den psychologischen Dienst, die Seelsorge und/oder die Sozialberatung wurde angeboten</li> </ul>		
	<b>Ziel: Familie / Andere sind auf den bevorstehenden Tod des Patienten vorbereitet, mit dem Ziel, inneren Frieden und Akzeptanz zu erreichen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsicht/Verstehen der benannten Familienmitglieder / Andere / Jugendliche/ Kinder kontrollieren/überprüfen</li> <li>• Überprüfen/kontrollieren ob zusätzliche Familienmitglieder/Andere, die nicht beim initialen Assessment dabei waren, die Situation erfassen</li> <li>• Überprüfung der Erkenntnis, dass der Patient am Sterben ist und dass dazu Massnahmen getroffen sind, die dazu beitragen, das Wohlbefinden zu erhalten</li> </ul>		
<b>M)</b>	<b>Religiöse/spirituelle Unterstützung</b> <b>Ziel: Adäquate religiöse / spirituelle Unterstützung ist gewährleistet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste, Fragen und Unsicherheiten werden wahrgenommen und es wird entsprechend gehandelt</li> <li>• Unterstützung durch die Seelsorge kann hilfreich sein</li> <li>• Kulturelle Bedürfnisse werden berücksichtigt</li> </ul>		
<b>N)</b>	<b>Betreuung der Angehörigen</b> <b>Ziel: Die Bedürfnisse derjenigen, welche den Patienten begleiten, sind berücksichtigt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf das Wohlergehen und die psychosoziale Unterstützung wird Wert gelegt</li> <li>• Sicherstellung, dass Informationen gemäss Ziel 8 weitergegeben wurden</li> </ul>		

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).

Unterschrift: Früh:..... Spät:..... Nacht:.....

Multidisziplinäre Notizen über die Entwicklung
Unerledigtes vom Vortag





Patientenname:..... Datum:.....

Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen) E = erreicht V = Variante

Sektion 2	Weiterführende Beurteilung	08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
<b>Kontinuierliche Beobachtungen</b>							
A)	<b>Schmerzen</b> <b>Ziel: Patient ist schmerzfrei</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>schmerzfrei bei Bewegung</li> <li>wirkt friedlich</li> <li>Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
B)	<b>Agitation</b> <b>Ziel: Patient leidet nicht unter Agitation</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken)</li> <li>Harnretention als Grund für Agitation ausschliessen</li> <li>Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
C)	<b>Bronchiale Sekretion</b> <b>Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>Lagewechsel in Betracht ziehen</li> <li>ggf. Flüssigkeitszufuhr reduzieren</li> <li>Symptome werden mit Angehörigen besprochen</li> </ul>						
D)	<b>Übelkeit und Erbrechen</b> <b>Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit und erbricht nicht</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> </ul>						
E)	<b>Dyspnoe</b> <b>Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot</b> * <ul style="list-style-type: none"> <li>verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist</li> <li>Lagewechsel in Betracht ziehen</li> </ul>						
F)	<b>Andere Symptome (z. B. Angst, Oedeme, Juckreiz)</b> .....						
<b>Pflegeinterventionen</b>							
G)	<b>Mundpflege</b> <b>Ziel: Der Mund ist feucht und sauber</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>gemäss Mundpflegekonzept: Pt. mit grossem Selbstpfledefizit, Mundtrockenheit</li> <li>Häufigkeit der Mundpflege ist an Bedürfnis des Patienten angepasst</li> <li>Angehörige in die Pflege miteinbeziehen</li> </ul>						
H)	<b>Miktionsprobleme</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Blasenkatheter bei Retentionsproblemen</li> <li>Blasenkatheter, Einlagen oder Pants bei Inkontinenz (zutreffendes unterstreichen)</li> </ul>						
I)	<b>Medikation</b> (Wenn Medikation nicht nötig ist, bitte als „nicht zutreffend“ registrieren) <b>Ziel: Alle Medikamente sind auf sichere und genaue Weise verabreicht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>wenn iv-Infusomat oder sc-Spritzenpumpe eingesetzt ist, mindestens alle 4 Stunden kontrollieren</li> </ul>						
	Unterschrift	früh		spät		Nacht	
	Diese Seite muss alle 24 Std. neu ausgefüllt werden. Zusätzliche Kopien auf Abteilung.						
<b>Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).</b> * Empfehlungen im Intranet: <a href="http://www.insel.ch/2959.html">http://www.insel.ch/2959.html</a>							

Patientenname:..... Datum:.....

Alle 12 Stunden zu vervollständigen	<b>E</b> = erreicht	<b>V</b> = Variante	08.00	20.00
-------------------------------------	---------------------	---------------------	-------	-------

<b>J)</b>	<b>Mobilität, Pflege v. Druckstellen</b> <b>Ziel: Der Patient fühlt sich wohl und in einer sicheren Umgebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Erfassung von:              Hautzustand (Verletzungen, Druckstellen)              Bedürfnis/Bedarf von Lagewechsel              Notwendigkeit einer Spezialmatratze              Bedarf an Körperpflege</li> <li>• Pflegekonzepte (z.B. Dekubitusprophylaxe) beachten</li> </ul>		
<b>K)</b>	<b>Darmpflege</b> <b>Ziel: Der Patient ist nicht agitiert oder belastet durch Obstipation oder Diarrhoe</b>		
<b>Psycho-sozio-spirituelle Aspekte</b>			
<b>L)</b>	<b>Psychologische Einsicht/Unterstützung</b> <b>Ziel: Der Patient ist sich der Situation in angemessener Weise bewusst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient ist über das Vorgehen informiert worden</li> <li>• Berührungen und Kommunikation (verbal / nonverbal) werden fortgesetzt</li> <li>• Die Unterstützung durch den Palliative Care Dienst, den psychologischen Dienst, die Seelsorge und/oder die Sozialberatung wurde angeboten</li> </ul>		
	<b>Ziel: Familie / Andere sind auf den bevorstehenden Tod des Patienten vorbereitet, mit dem Ziel, inneren Frieden und Akzeptanz zu erreichen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsicht/Verstehen der benannten Familienmitglieder / Andere / Jugendliche/ Kinder kontrollieren/überprüfen</li> <li>• Überprüfen/kontrollieren ob zusätzliche Familienmitglieder/Andere, die nicht beim initialen Assessment dabei waren, die Situation erfassen</li> <li>• Überprüfung der Erkenntnis, dass der Patient am Sterben ist und dass dazu Massnahmen getroffen sind, die dazu beitragen, das Wohlbefinden zu erhalten</li> </ul>		
<b>M)</b>	<b>Religiöse/spirituelle Unterstützung</b> <b>Ziel: Adäquate religiöse / spirituelle Unterstützung ist gewährleistet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste, Fragen und Unsicherheiten werden wahrgenommen und es wird entsprechend gehandelt</li> <li>• Unterstützung durch die Seelsorge kann hilfreich sein</li> <li>• Kulturelle Bedürfnisse werden berücksichtigt</li> </ul>		
<b>N)</b>	<b>Betreuung der Angehörigen</b> <b>Ziel: Die Bedürfnisse derjenigen, welche den Patienten begleiten, sind berücksichtigt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf das Wohlergehen und die psychosoziale Unterstützung wird Wert gelegt</li> <li>• Sicherstellung, dass Informationen gemäss Ziel 8 weitergegeben wurden</li> </ul>		

Wenn ein Ziel mit "V" angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular "Varianten Sektion 2" (S. 9-10).

Unterschrift: Früh:..... Spät:..... Nacht:.....

Multidisziplinäre Notizen über die Entwicklung
Unerledigtes vom Vortag







Patientenname:..... Datum:.....

<b>Sektion 3</b>	<b>Betreuung nach dem Tod</b>
------------------	-------------------------------

<b>Bestätigung des Todes</b>	Datum des Todes :.....Todeszeit:..... Anwesende Personen: ..... Unterschrift:.....Zeit der Bestätigung:.....
------------------------------	---

**Ziel 12: Der Hausarzt wurde über den Tod des Patienten informiert** Ja  Nein

Datum: .....

- Nach Feierabend oder an Feiertagen: Kontaktaufnahme am nächsten Arbeitstag
- Nachricht darf bei PraxisassistentIn hinterlassen werden.

**Ziel 12a:** Angehörige wurden bei Abwesenheit über den Tod des Patienten informiert Ja  Nein   
n. zutreffend

**Ziel 12b:** andere involvierte Dienste wurden über den Tod des Patienten informiert Ja  Nein   
n. zutreffend

**Ziel 13: Prozeduren für die Aufbahrung wurden entsprechend den Spitalrichtlinien durchgeführt** Ja  Nein

- Durchführung von Wünschen spezifisch religiöser, spiritueller, kultureller Bedürfnisse
- s. Ordner „Todesfall auf der Station“

**Ziel 14: Prozeduren nach dem Tod wurden diskutiert oder durchgeführt**

Bitte kontrollieren Sie Folgendes:

- Möglichkeiten zum persönlichen Abschiednehmen aufzeigen
- Familie ist sich bewusst, dass Herzschrittmacher oder intrakardialer Defibrillator (ICD) vor der Einäscherung entfernt werden müssen
- Frage der Autopsie geklärt
- Administrative Erfassung des Todesfalles

Ja  Nein

**Ziel 15: Die Familie/andere nahestehende Personen wurde/n über die Prozeduren im Krankenhaus informiert (s. „Handbuch für den Todesfall“)** Ja  Nein

- Merkblatt über formelle Aufgaben ist ausgehändigt
- Angehörige über die Öffnungszeiten der Verwaltung informieren

**Ziel 16: Die Krankenhaus Richtlinien bezüglich der Wertsachen und des Eigentums des Patienten wurden befolgt** Ja  Nein

- Persönliche Gegenstände und Wertsachen werden bei Bedarf aufgelistet und die Liste durch eine identifizierte Person (Angehörige/gesetzliche Vertretung) unterzeichnet
- Persönliche Gegenstände werden zum Abholen verpackt
- Wertsachen werden sicher aufbewahrt, bis sie abgeholt werden.

**Ziel 17: Die notwendige Dokumentation und Hinweise wurden an die entsprechende Person weitergegeben** Ja  Nein

- Flyer „Leitfaden bei Todesfall“

**Ziel 18: Broschüre mit Trauerinformationen wurde ausgehändigt** Ja  Nein

- Broschüre „Wenn ein geliebter Mensch stirbt...“ wird abgegeben

**Wenn ein Ziel mit „Nein“ angekreuzt wurde, vervollständigen Sie bitte das Formular „Varianten Sektion 3“ (s.u.), bevor Sie untenstehend unterschreiben.**

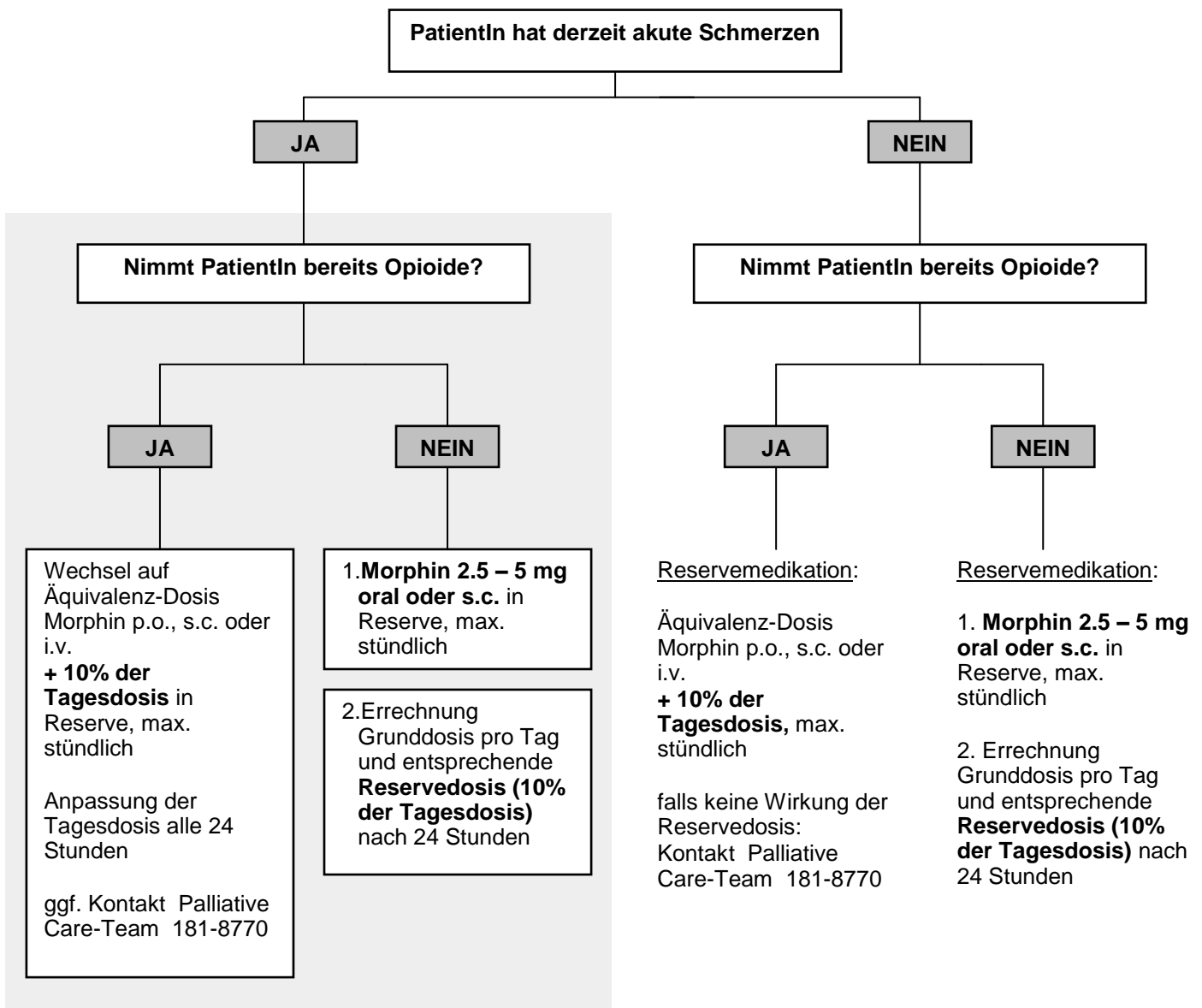
Unterschrift:..... Datum:.....

**Varianten Sektion 3**

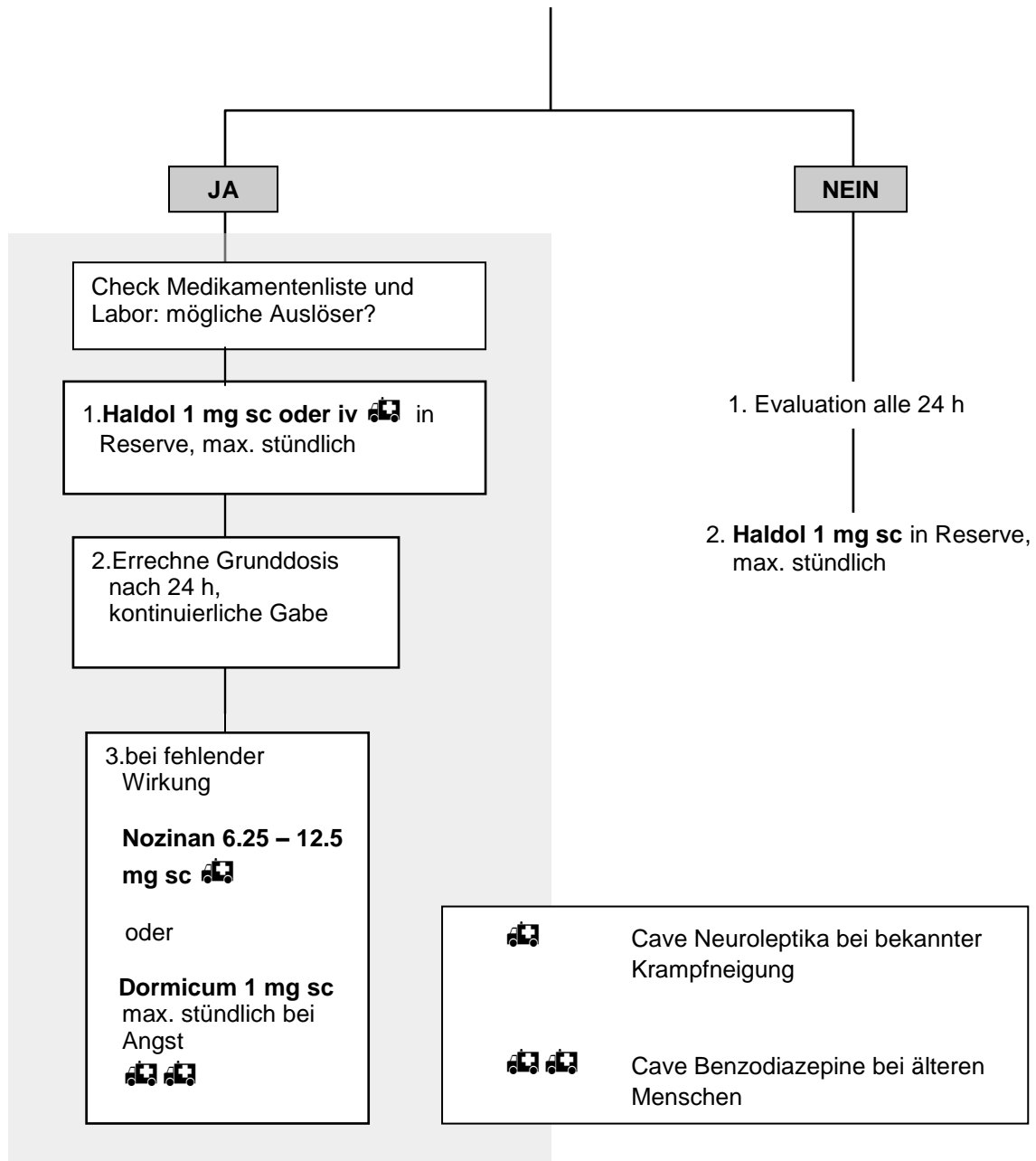
Datum/Uhrzeit	Ziel	Was wurde gemacht?	Visum

# Therapieempfehlungen

## akute Schmerzen



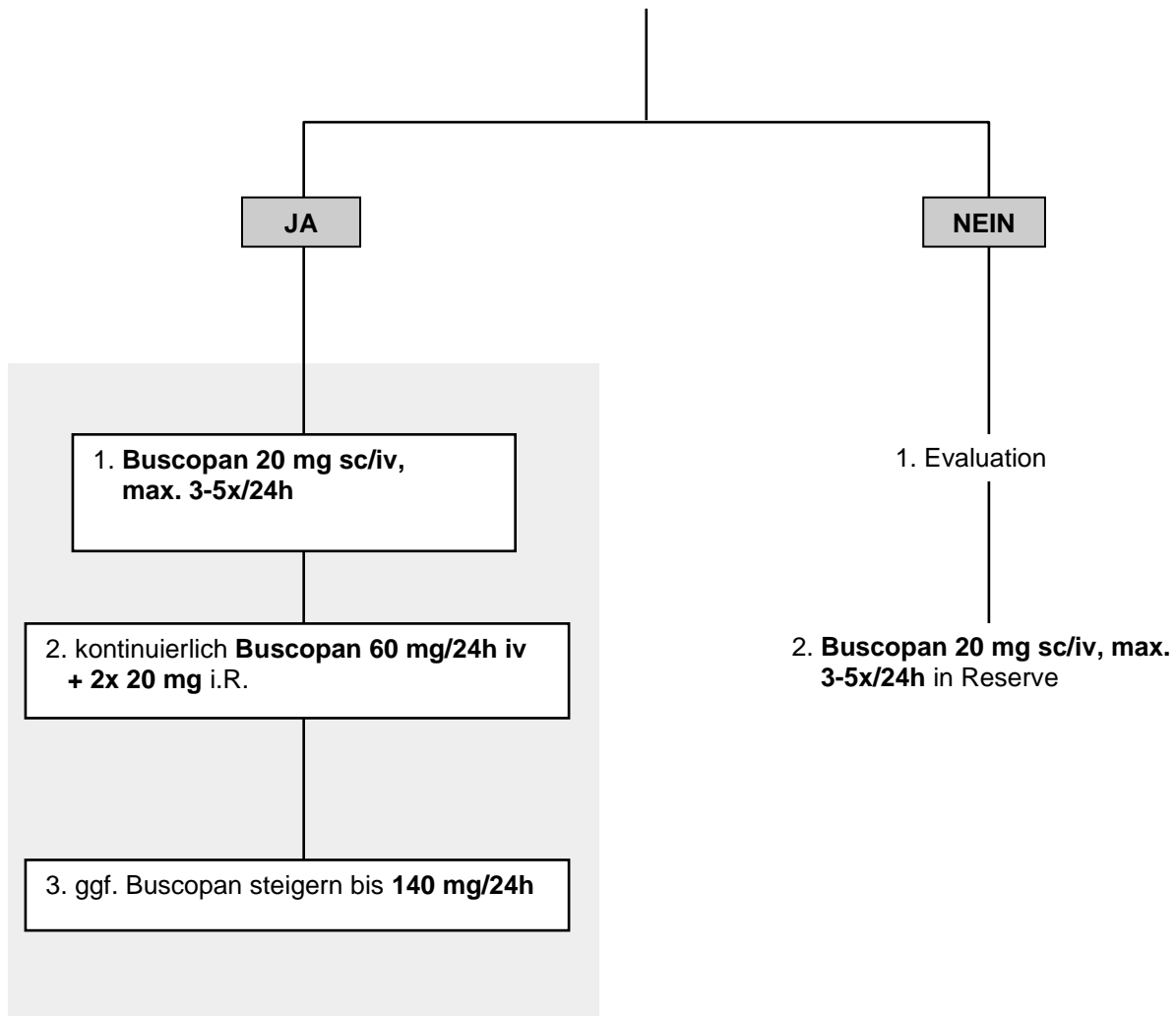
## Verwirrtheit/Agitation/Delir



### Zusätzliche Massnahmen;

- ruhige Umgebung für PatientIn schaffen
- Instruktion der Angehörigen über das Symptom "Unruhe" in der Sterbephase
- Wenn keine Besserung: Kontakt zu Palliative Care Team

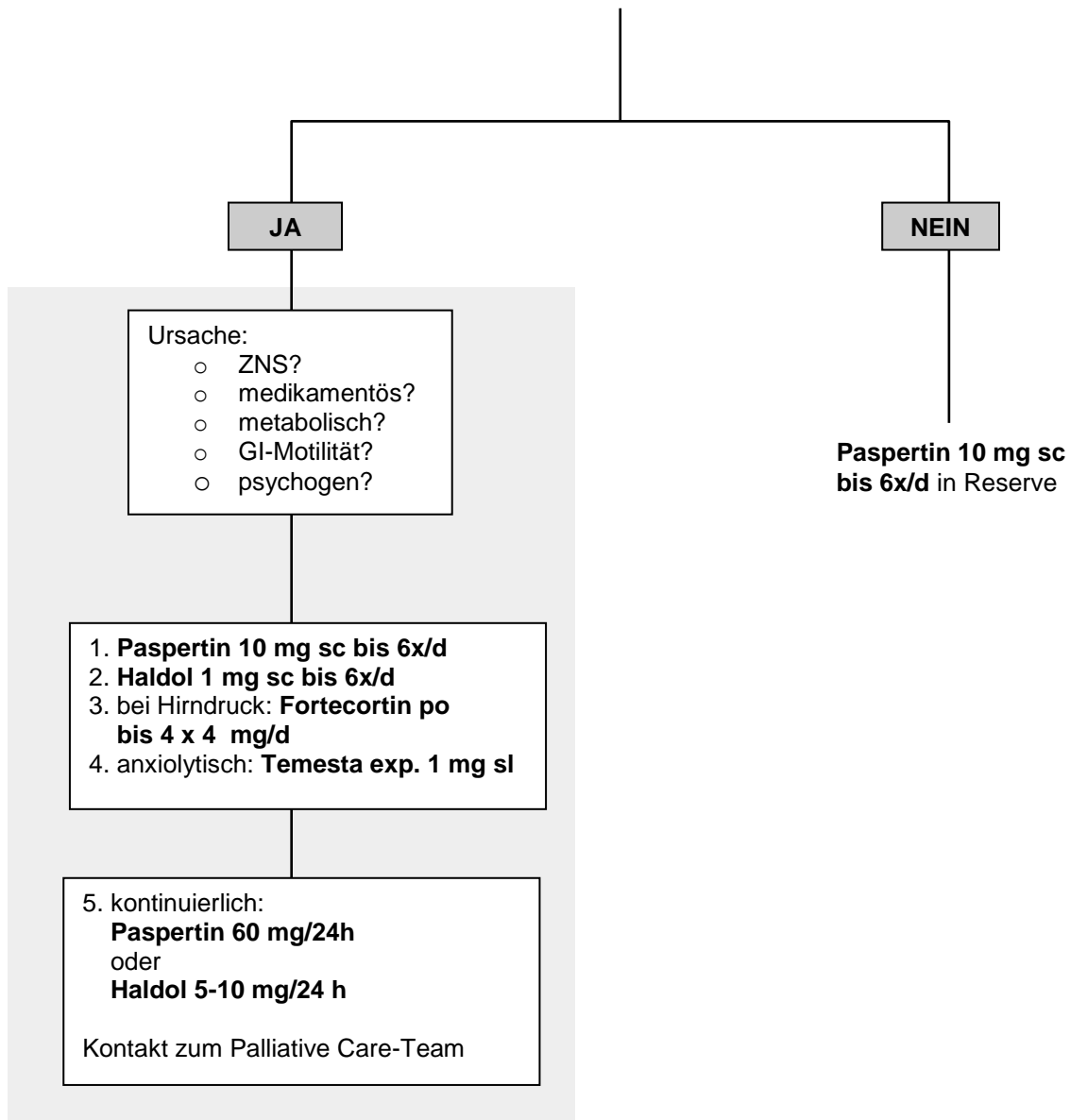
## Sterberasseln („death rattle“)



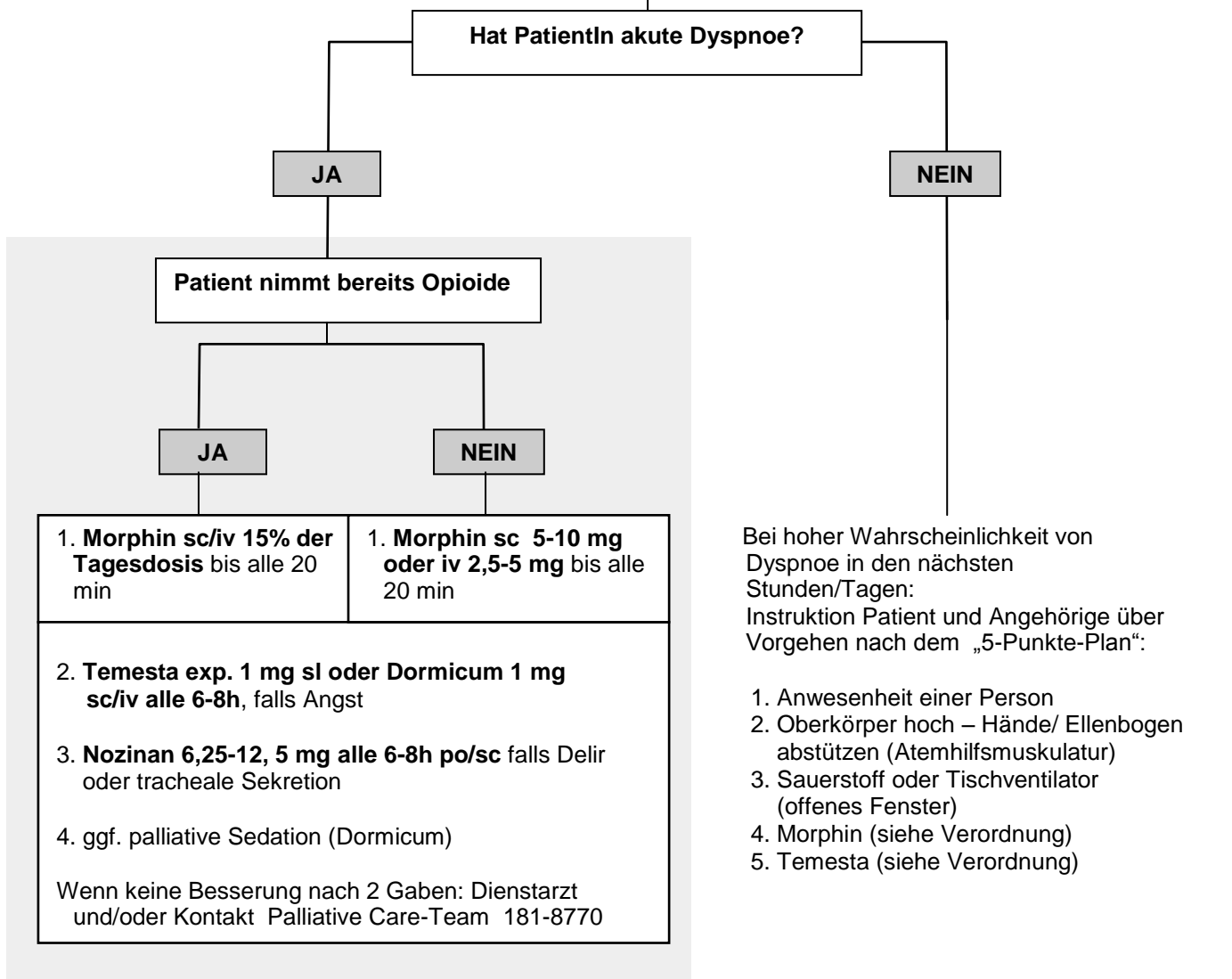
### Zusätzliche Massnahmen:

- halbsitzende Lagerung
- Korrelation mit Flüssigkeitszufuhr unsicher, ggf. Reduktion der Einfuhr auf 500-1000 ml/24h
- Information der Angehörigen über das Symptom "Rasseln"
- Kontakt zum Palliative Care-Team

## Übelkeit und Erbrechen



# Dyspnoe



Bei feuchten Rasselgeräuschen und Dyspnoe: evtl. Kombination Morphin/Dormicum mit Sekretionshemmung (Buscopan, vgl. Empfehlung „Sterberasseln“)

Eine ursächliche Behandlung der Dyspnoe ist in diesen Empfehlungen nicht enthalten (Diuretika, Nitrate, Reduktion Volumen, Wahl des Applikationswegs: siehe Ziel 3).

**Anmerkung zu den Therapieempfehlungen**

Diese Empfehlungen basieren auf den evidenzbasierten Inhalten des Liverpool Care Pathways ([www.mcpcil.org.uk](http://www.mcpcil.org.uk)), die Empfehlung zur Dyspnoe auf den Empfehlungen der Schweizerischen Palliativgesellschaft ([www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)). Für das Inselspital Bern wurden sie anhand der Leitfäden Palliative Care überarbeitet.

## REFLEXION DER BEGLEITUNG EINES STERBENDEN MENSCHEN MIT DEM LIVERPOOL CARE PATHWAY

1. Was ist uns in der Begleitung des sterbenden Menschen besonders gut gelungen und warum? 😊

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Was war eher schwierig und warum? 😞

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welche Erkenntnisse und Konsequenzen leiten wir in folgenden Bereichen ab:	Verantwortung für die Umsetzung der Konsequenzen	
	Wer	Bis wann
Kommunikation (Arzt – Pflege – andere Fachpersonen; gegenüber Patient; gegenüber Angehörigen)		

Wissen		
Dokumentation		
Anderes		

4. Welche Fragen müssen mit dem Palliative Care-Team geklärt werden?

.....

.....

.....

.....

.....





## Initiale Erfassung

**aktuelle Medikation ist überprüft**, nicht notwendige Medikamente sind abgesetzt, bzw. die Applikationsform wurde angepasst: JA / NEIN

### **Bedarfsmedikamente sind verordnet:** (Therapieempfehlungen im Anhang)

Schmerz	JA / NEIN	Verwirrtheit	JA / NEIN	Unruhe/Angst	JA / NEIN
Übelkeit / Erbrechen	JA / NEIN	Atemnot	JA / NEIN	rasselnde Atmung	JA / NEIN

---

### **unangemessenen medizinische Massnahmen/Interventionen sind beendet:**

Blutabnahmen	JA / NEIN	Stuhlsorge	JA / NEIN, wenn nein, welche: _____
Vitalfunktionskontrollen	JA / NEIN		
Monitoring	JA / NEIN	i.v. / s.c. FLK-zufuhr auf 500 – 1000 ml reduziert	JA / NEIN

---

### **Angehörige wurden informiert:**

sind sich der Diagnose bewusst	JA / NEIN	spirituelle/religiöse Bedürfnisse sind angesprochen	JA / NEIN
sind sich des Sterbens bewusst	JA / NEIN	wer, wann erreichbar ist / anwesend bleibt ist notiert	JA / NEIN
der Betreuungsplan wurde erklärt	JA / NEIN		

---

### **Patient wurde informiert:**

ist sich der Diagnose bewusst	JA / NEIN	spirituelle/religiöse Bedürfnisse sind angesprochen	JA / NEIN
ist sich des Sterbens bewusst	JA / NEIN		
der Betreuungsplan wurde erklärt	JA / NEIN		

---

### **pflegerische Massnahmen/Interventionen (Pflegediagnosen) sind angepasst:**

Räumlichkeiten	JA / NEIN	Wundversorgungsmethoden	JA / NEIN
zeitliche, persönliche Begleitung gesichert	JA / NEIN	Mundpflegemassnahmen	JA / NEIN
Inkontinenzversorgung	JA / NEIN	allgemeine Körperpflege	JA / NEIN
Mobilisation/Lagewechsel	JA / NEIN		
Spezialmatratze in Erwägung ziehen	JA / NEIN		

---

---