



ZERCUR Geriatrie Basislehrgang; Modul II

Dr. Bettina Kühn; KIM II Palliativmedizin | 03.06.2026

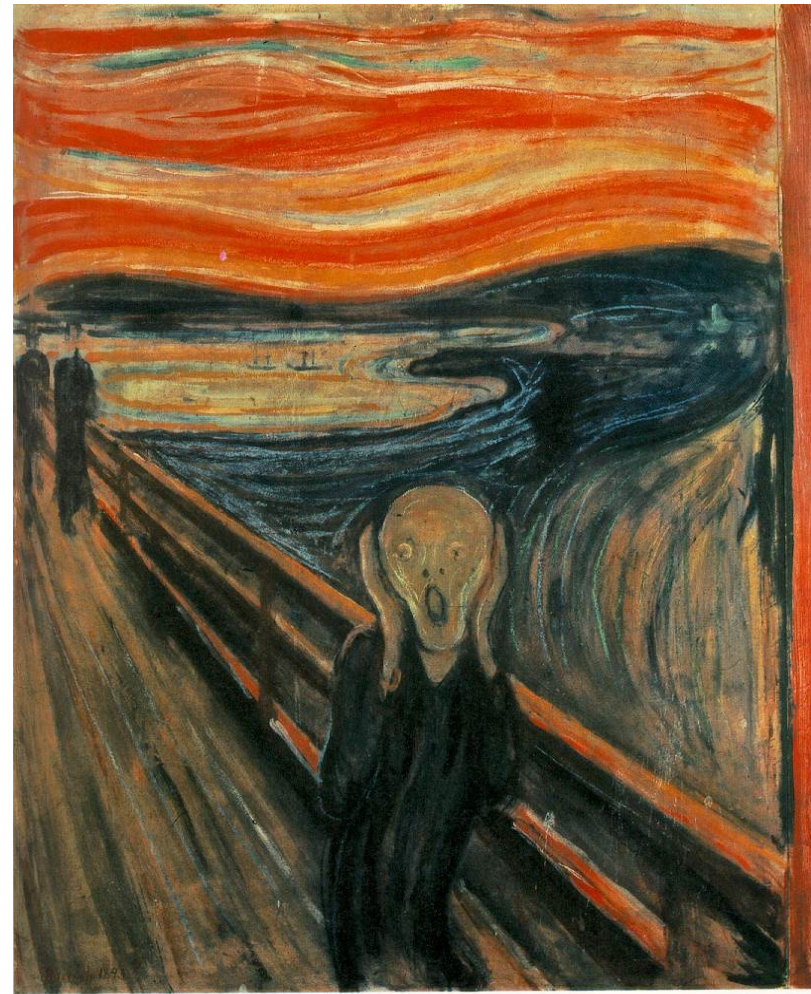
Ganzheitliches palliatives Therapiekonzept





Nichts mehr zu machen?

Krebs im Endstadium
Metastasen
austherapiert
Behandlungsabbruch
Keine Chance
Todesangst
Sterbehilfe
Pflegenotstand
Altersarmut
Hoffnungslosigkeit





Die Rechte des Sterbenden und Kranken

- Das Recht auf Freiheit
- Das Recht auf persönliche Würde und Integrität
- Das Recht auf Information
- Das Recht auf angemessene Behandlung und menschliche Betreuung
- Das Recht, nicht leiden zu müssen
- Das Recht, nicht allein sterben zu müssen

Europarat 1967

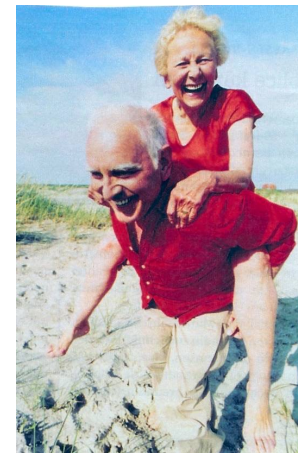


Demographie

Demographische Situation > 80jährige

1960	1,2 Mio
1980	2,1 Mio
1998	2,9 Mio
2020	5,3 Mio

RKI 2002





Epidemiologie

350.000 Krebsneuerkrankungen in Deutschland pro Jahr
davon 10.500 Krebsneuerkrankungen in Sachsen-Anhalt pro Jahr

60 % sind kurativ *nicht* heilbar

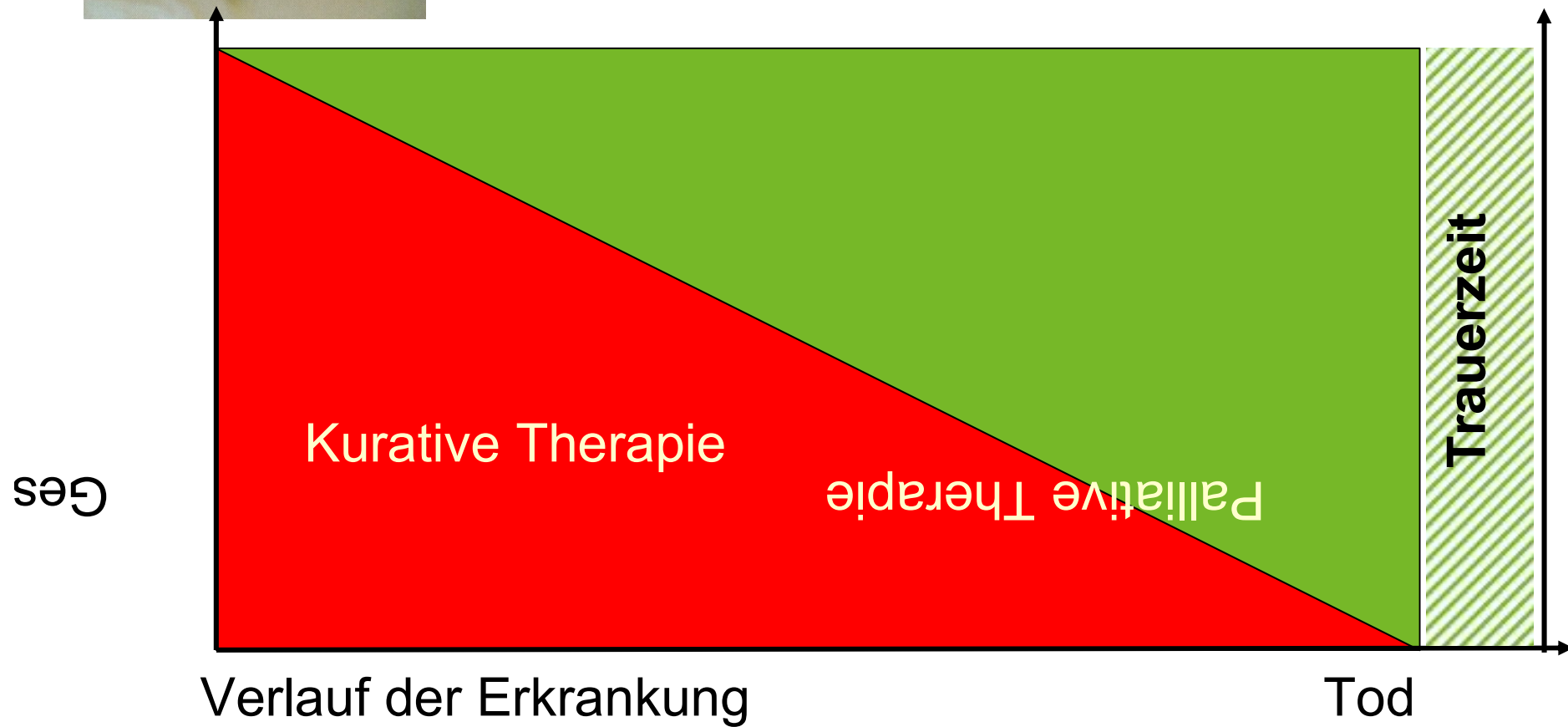
25 % aller Todesfälle durch Krebs
(entspr. 210.000 Fälle pro Jahr)

Mediane Überlebenszeit von 6-50 Monaten

nach Metastasierung oder Lokalrezidiv



Von der Heilung zur Linderung





Bedarf an Palliativmedizin

	<u>insgesamt</u>	<u>je 100.000 EW</u>
Sterbefälle/Jahr in BRD	850.000	1.030
Sterbefälle an Krebs (25%)	212.500	257
Palliativpat./Krebs (25%)	53.000	64
Palliativpat./andere Sterbefälle (5%)	32.000	39
Palliativpat. gesamt (geschätzt)	85.000	103

- **mindestens 10% aller Menschen mit tödlichen Erkrankungen benötigen Palliativmedizin!!!**



Die Realität ist ...

- 25 % der Sterbefälle in Deutschland stirbt an Krebs
- 14 % aller Menschen sterben mit Schmerzen
- 25 % sterben nach Meinung der Pflegekräfte unwürdig



Petersberger Gesundheitssymposium 2002



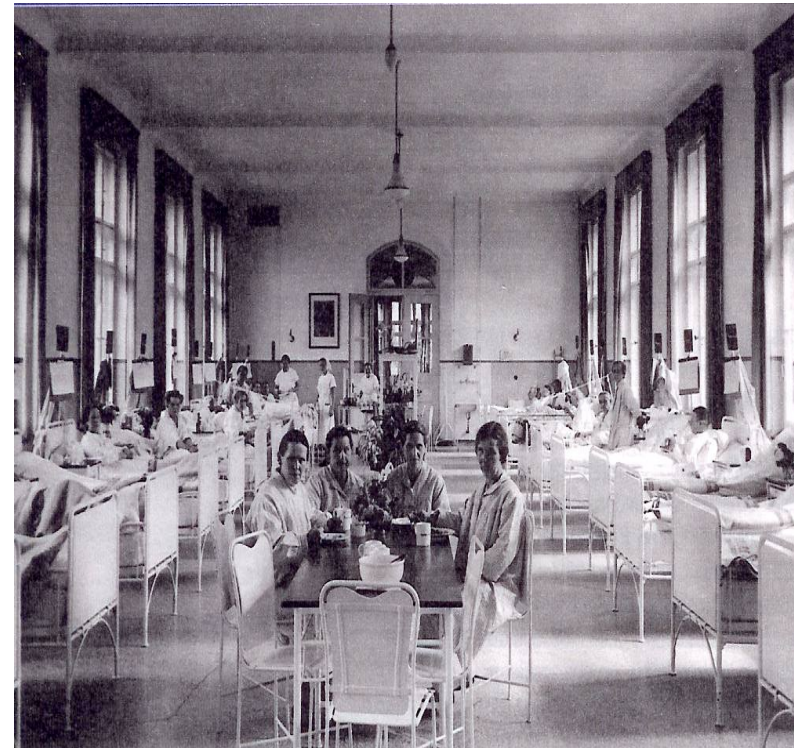
Die Realität ist ...

70 % aller Menschen sterben in
Institutionen

51 % sterben im Krankenhaus

15 % sterben im Pflegeheim

Nur wenige sterben im Hospiz





Nichts mehr zu machen?

**Sterben kann nicht verhindert,
aber die Umstände verändert werden!**

Durch ...

- **Euthanasie:** dem Sterben zuvorkommen (Zeit)
- **Palliativbehandlung:** Sterben ist Teil des Lebens (Symptomkontrolle)
- **Hospiz:** dem Sterben ein Zuhause geben (Ort, Umgebung, Begleitung)



Nichts mehr zu machen?



Wenn nichts mehr zu machen ist, bleibt noch
viel zu tun !



Es bleibt viel zu tun!

„Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes,
die Kardinalsymptome menschlichen Leidens:
Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und Durst
prompt, wirksam und dauerhaft zu lindern,
den Sterbenden Trost und Erleichterung und
Erhebung des Gemütes zu verleihen.“



Christoph Wilhelm Hufeland 1806



Definition der Palliativmedizin

- London 1967: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“
C. Saunders
- WHO 1990: aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit progredienter, fortgeschrittener Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Beherrschung der Schmerzen und anderer Beschwerden, sowie psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme.
- WHO 2002: Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien



Lebensqualität

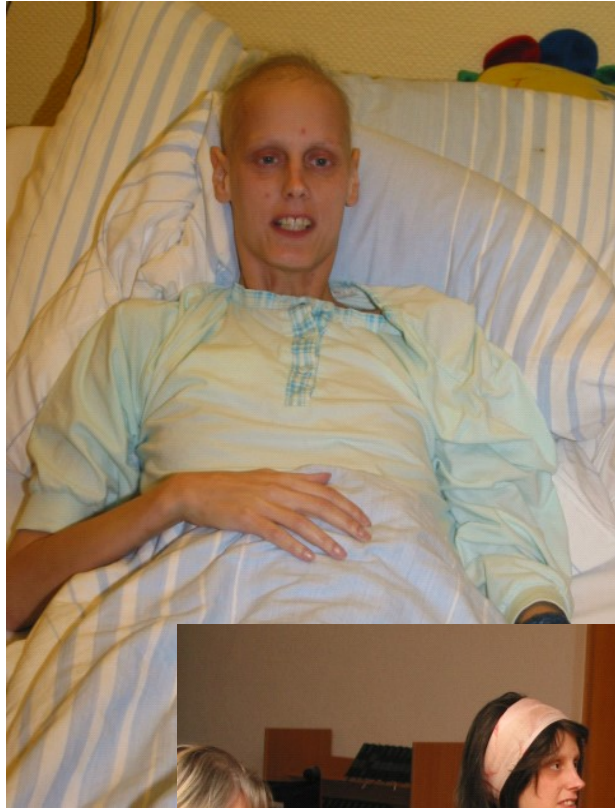


Lebensqualität ist eine dem eigenen Lebensentwurf
entsprechende Daseinsausfüllung.

Aulbert und Zech, 1997

Leben kosten !





Leben kosten !





Ganzheitliches Konzept

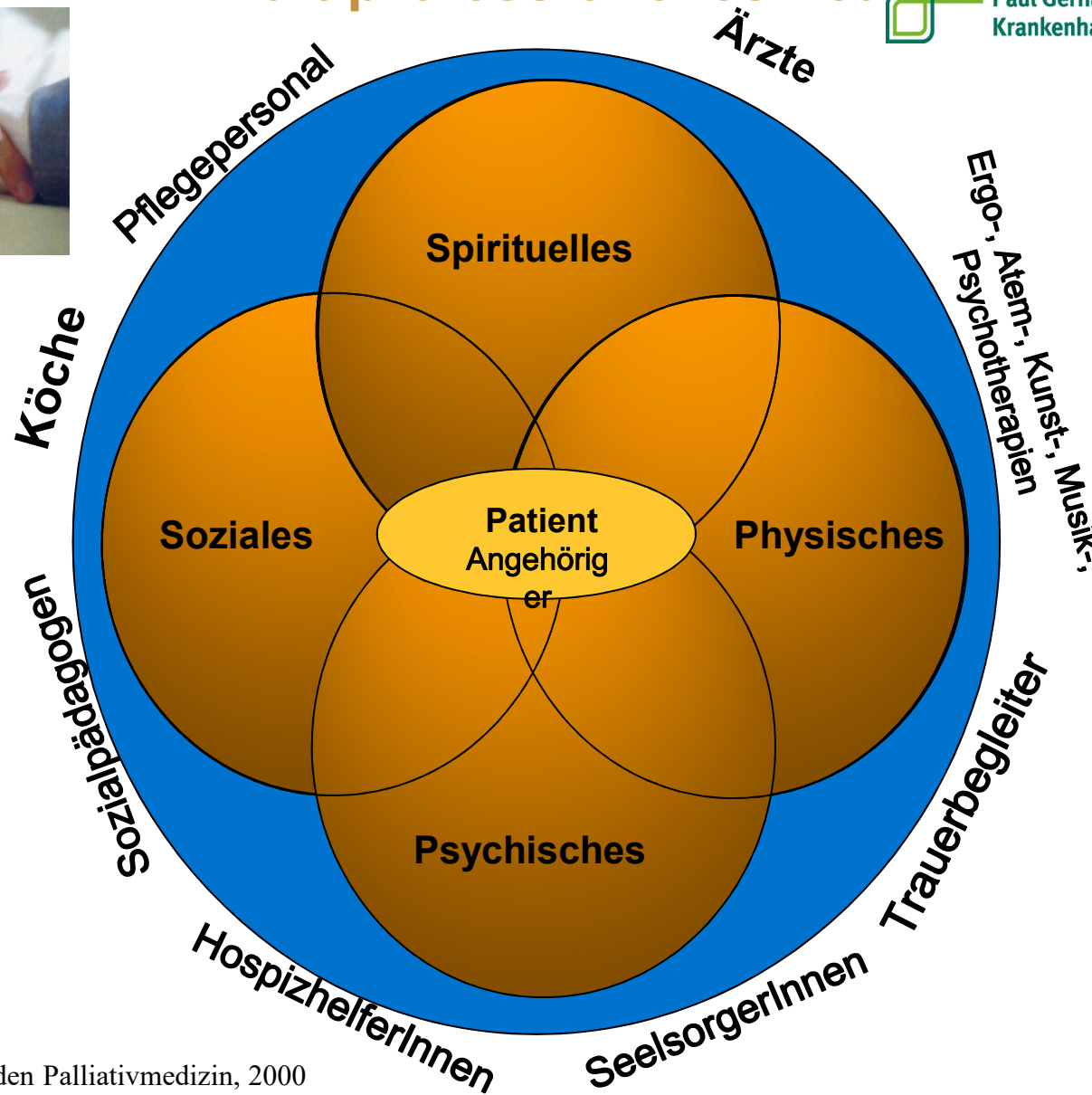
1. Exzellente Schmerztherapie und Symptomkontrolle
2. Integration der psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse
3. Kompetenz in Kommunikation und Ethik
4. Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens



Multiprofessionelles Team



Paul Gerhardt Diakonie
Krankenhaus und Pflege GmbH



Bausewein et al: Leitfaden Palliativmedizin, 2000



Palliativmedizin

- Professionalität
- Akzeptanz
- Wahrhaftigkeit
- Hoffnung
- Einbeziehung der Angehörigen
- ganzheitliche Behandlung
 - Interdisziplinarität
 - Multiprofessionalität
 - Betreuungsstabilität





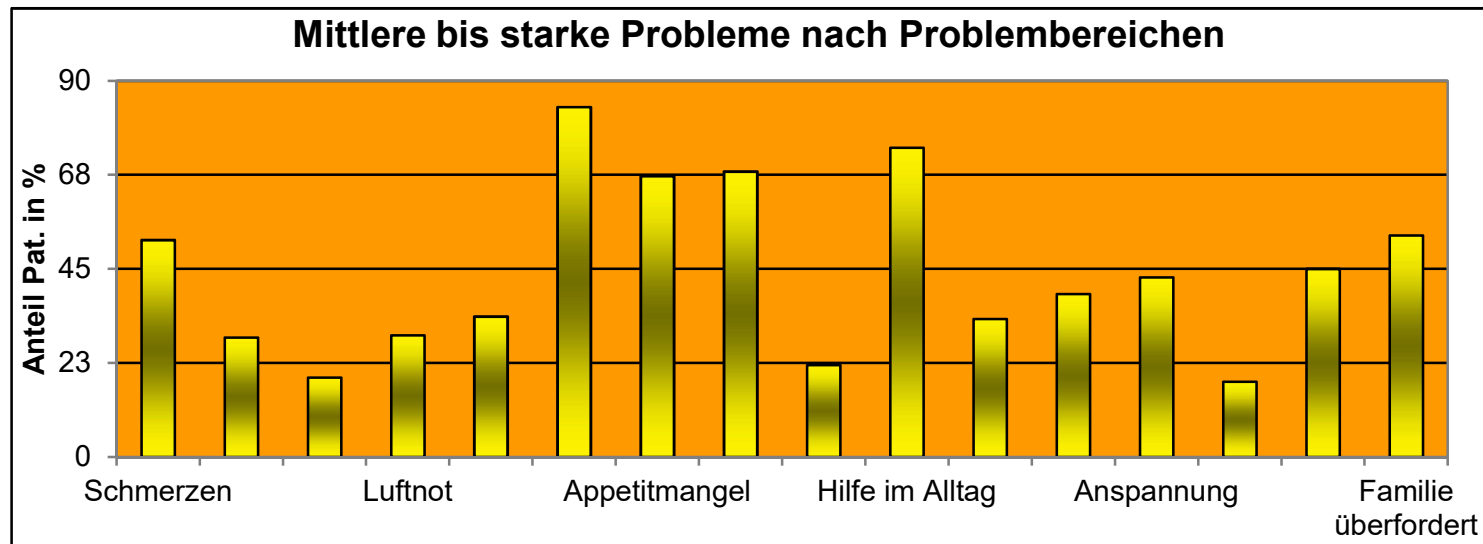
Symptome bei Palliativpatienten

Schmerz	70,3 %	Schlafstör.	34,2 %
Mundtrockenheit	67,5 %	Schwitzen	24,3 %
Anorexie	60,9 %	Dysphagie	23,2 %
Schwäche	46,8 %	urolog.Sy.	21,3 %
Obstipation	44,7 %	neuropsych.Sy.	19,8 %
Luftnot	42,3 %	Erbrechen	18,5 %
Übelkeit	36,2 %		

Zech und Grond 1995



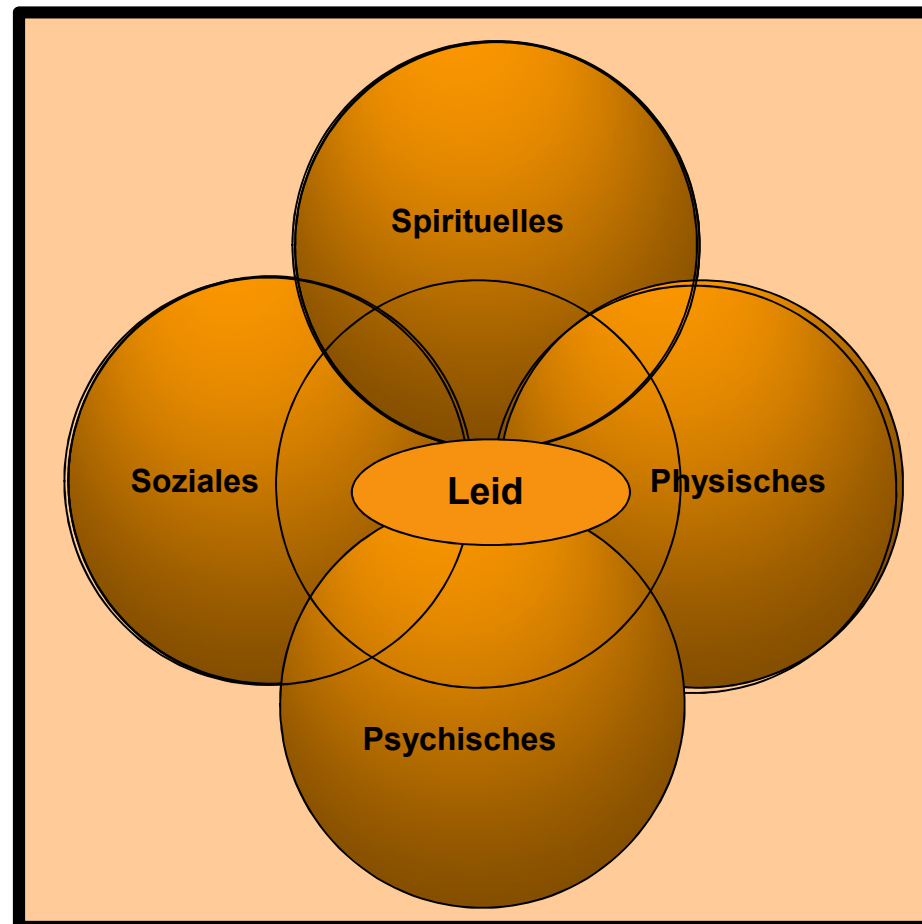
Symptome bei Palliativpatienten



HOPE 2005



„Total Pain“



C. Saunders



Bedürfnispyramide





Therapieentscheidung

Vorher klären:

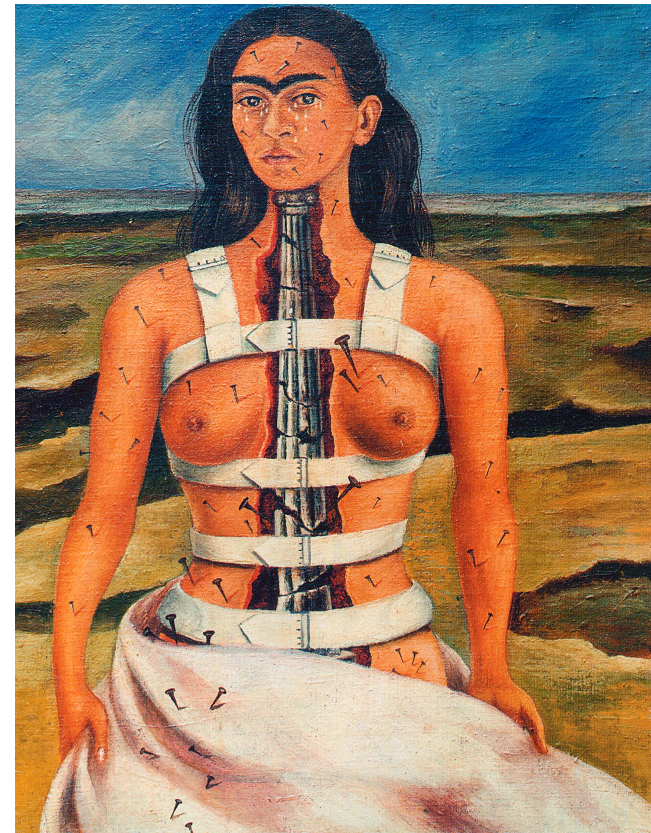
1. Zumutbarkeit
2. Wie sind drohende Komplikationen zu verhindern?
3. Wie kann man effektiv behandeln?
4. Muss man überhaupt therapieren?



Schmerz



- bei 80% der Krebskranken in fortgeschrittenen Stadien
- oft mehrere Schmerzursachen und -lokalisationen
- am meisten gefürchtetes Symptom

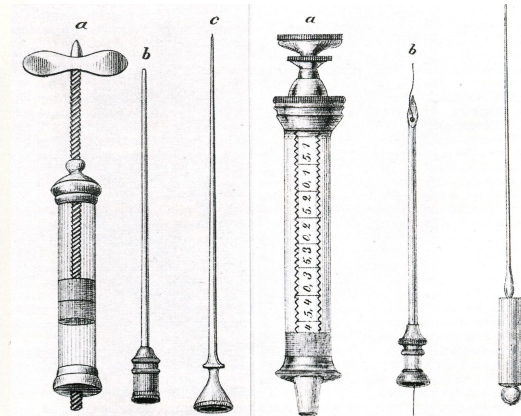
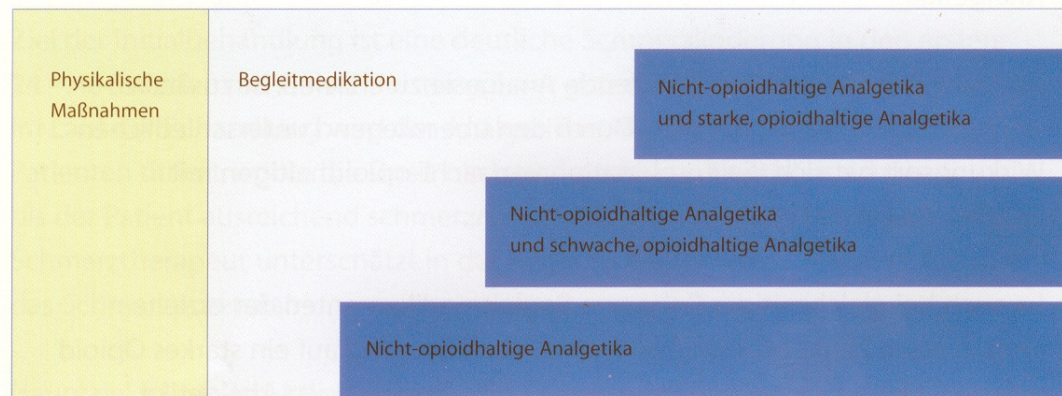




Schmerz

Therapie:

nach WHO-Stufenprotokoll, aber subjektive Schmerzmodulation durch psychische, soziale und spirituelle Aspekte beachten





Schmerz

Therapie:

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Abtheilung für pharmaceutische Producte.

ELBERFELD, im Mai 1899.

Aspirin.

Die in manchen Fällen recht unangenehmen Nebenwirkungen, welche die Salicylsäure und deren Salze zeigen, haben schon lange das Bedürfnis nach geeigneten Ersatzmitteln, die frei von diesen Nebenwirkungen sind, gezeitigt. Dies veranlasst uns, ein neues derartiges Präparat, welches wir als

„Aspirin“

bezeichnen, in die Therapie einzuführen.

Das Aspirin ist der Essigsäureester der Salicylsäure und bildet ein weisses crystallinisches Pulver vom Schmelzpunkt 135°, in Wasser schwer, in Weingeist leicht löslich.

Der Hauptvorzug des Aspirins vor der Salicylsäure und deren Salzen ist vor allem der, dass dasselbe die Schleimhaut des Magens nicht reizt, ferner infolge seiner langsamen Spaltbarkeit den Magen unzerstört passiert und erst im alkalischen Darmsaft in seine Componenten gespalten wird.

Infolge dieser Eigenschaften werden Magenbeschwerden vollständig vermieden und der Appetit nicht gestört. Nicht zu unterschätzen ist ferner der angenehme schwach säuerliche Geschmack den diese Substanz gegenüber dem widerlich süssen der Salicylate besitzt. Schliesslich führen wir noch an, dass infolge seiner langsamen Spaltung das Aspirin bei seiner Anwendung fast gar kein Ohrensausen hervorruft, welches letzterer Uebelstand in hervorragendem Masse bei den Salicylaten beobachtet wird.

Nach den bislang vorliegenden klinischen Erfahrungen (Dr. Kurt Withauer: „Die Heilkunde“, Aprilheft) bildet das Aspirin einen vollkommenen Ersatz für Salicylsäure und deren Salze und wird als angenehme Form der Darreichung eine Mischung von 1 gr. Aspirin mit 3—4 gr. Zucker und 15 gr. Wasser empfohlen.

Wir bitten Sie, dem Aspirin, welches sich zweifellos einen hervorragenden Platz in dem Arzneischatz erwerben wird, Ihre Aufmerksamkeit zu schenken und empfehlen uns Ihnen

hochachtungsvoll!

Farbenfabriken
vorm. Friedr. Bayer & Co.

*Phenacetin-Bayer
Sulfonal-Bayer
Trional
Tetronal
Salophen
Tannigen
Tannopin
Analin
Piperazin
Lycetol
Jodethylin
Aristol
Euryphan
Loopyhan
Salicylsäure-Bayer
Salicyla. Natr.-Bayer
Salol
Bismalose
Niac-Somalose
Mikro-Somalose
Fruital
Ducial
Coccal
Siccus. hydrochloric.
Aspirin.*





Schmerz

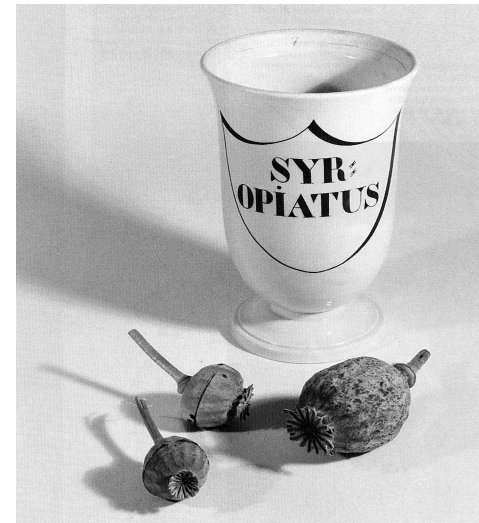
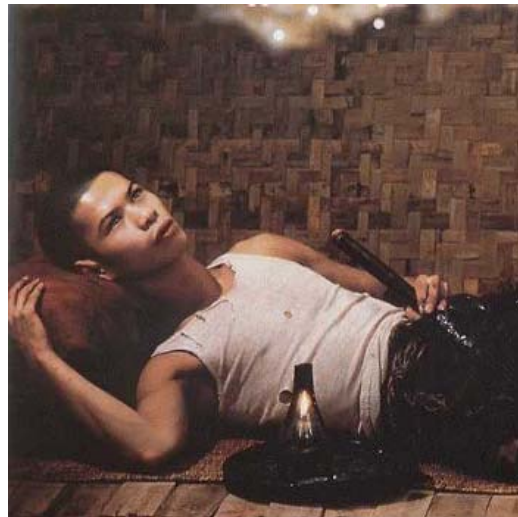


- Dauerschmerz erfordert Dauertherapie
- effektive Schmerztherapie nur durch korrekte Erfassung möglich
- Expertentum des Patienten beachten und akzeptieren
- medizinisches Personal unterschätzt, Angehörige überschätzen Schmerz
- Patienten gezielt fragen (Selbsteinschätzung einfordern)



Schmerz

Morphinmythos?



Opioide nützen, wenn sie wirken!

Opioide schaden nicht, wenn sie wirken!

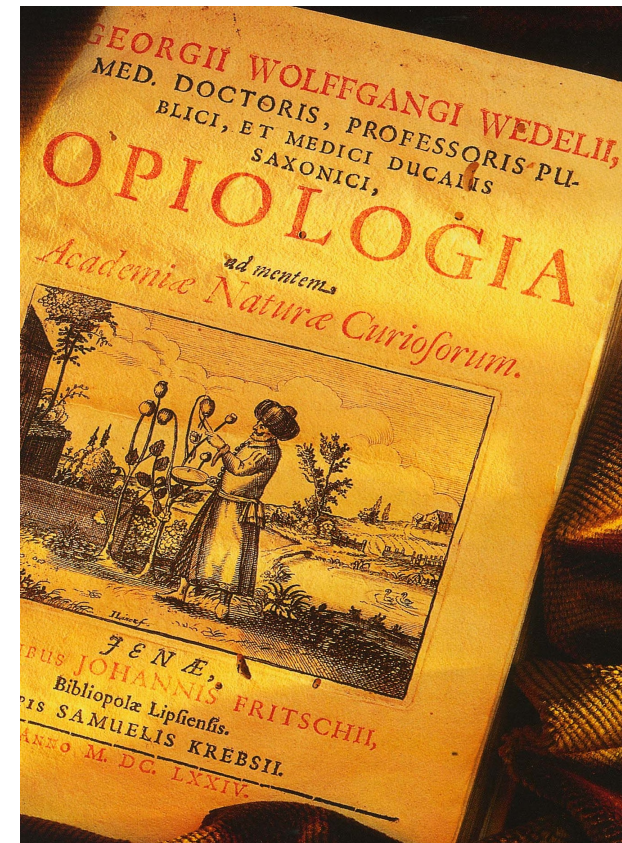
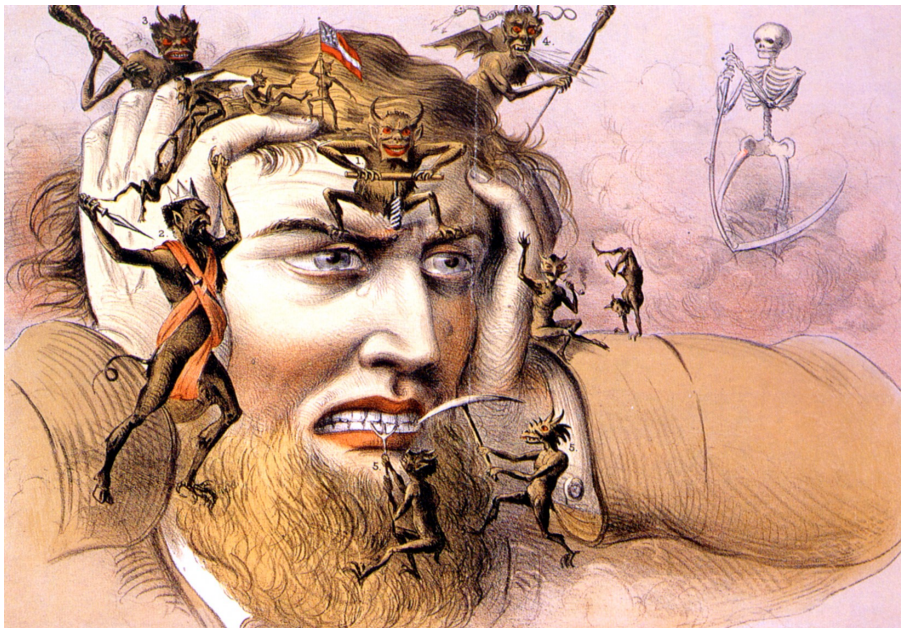
Opioide schaden, wenn sie nicht wirken!



Schmerz

Morphinmythos?

b. B. gleich mit Opiaten beginnen!





Luftnot

subjektives Symptom,
Schweregrad nur vom Patienten
selbst bestimmbar

Häufigkeit:

- > 50% aller Tumorpatienten,
- > 70% bei Lungenmetastasen
- > 80% aller Sterbenden in den letzten 24 h



Therapie:

meist nicht kausal möglich, Wahrnehmung lindern!



Luftnot

Therapie:

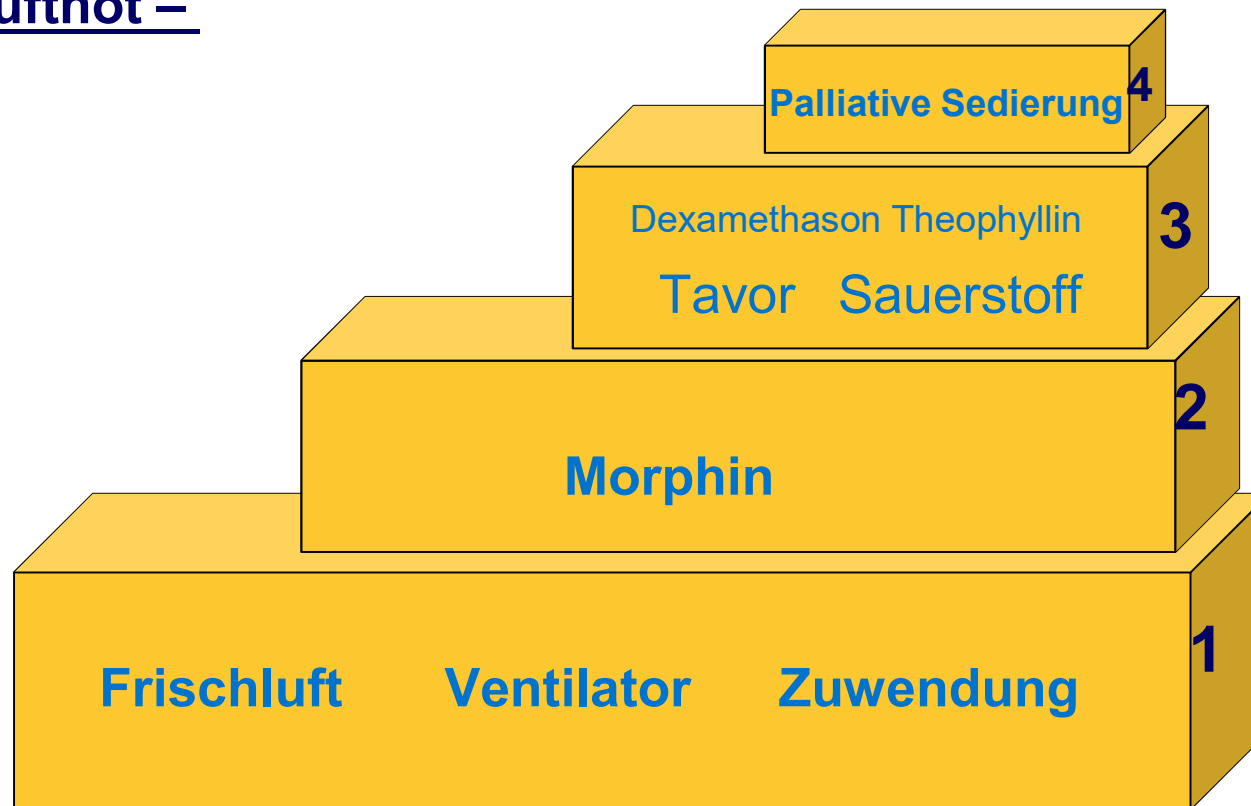
- Morphin = Goldstandard
 - Ruhe und Sicherheit vermitteln
 - Frischluft oder O₂-Sonde
 - sofort Morphin 5-15 mg p.o./s.c./i.v.
oder 10-15% der Äquivalenzdosis
 - Bei opiatgewöhnten Pat. Morphintagesdosis um 50% erhöhen
 - bei Angst/Panik zusätzlich Anxiolytica





Luftnot

Luftnot –





Todesrasseln

mit 56 – 92% häufiges Symptom in den letzten Stunden

Hughes A et al. Management of death rattle. Palliative Medicine 1997; 11:80-81

- Typ I: Speichelproduktion in den letzten Stunden eines bewusstseinsgetrübten Patienten bei Verlust des Schluckreflexes
- Typ II: bronchiale Sekretion, die durch zunehmende Schwäche nicht mehr abgehustet werden kann



Todesrasseln



Therapie:

Infusionen absetzen!!!

Halbseitenlage mit leicht angehobenem Oberkörper

Offene Fenster, frische Luft, kleiner Ventilator

Nicht Absaugen! provoziert Sekretproduktion, Blutungen,
unangenehm für Sterbende

Medikamentöse antisekretorische Therapie:

- Buscopan 20 mg s.c. 4-stündlich



Flüssigkeitssubstitution?

Die Indikation muss begründet sein!!

Nahrung und Flüssigkeit sind „Lebenselixier“, ihre Gabe wird als (symbolischer) Akt der Fürsorge und Zuneigung verstanden.

Inappetenz und fehlender Durst sind Teil des normalen Sterbeprozesses





Finalphase

„Es bedeutet nicht so viel,
wie man geboren wurde.

Es hat aber unendlich viel zu bedeuten,
wie man stirbt.“

Sören Kierkegaard





Medizin(eth)ische Probleme am Lebensende

Unterschiedliche Blickwinkel

Arzt: Tod als medizinische Niederlage

Pflegende: Tod/Sterben erleichtern

Theologe: Tod als Erfüllung/Vollendung

Patient: Tod als Lebensende/Übergang

Angehörige: Tod als Verlust





Betreuungszeitraum

Rehabilitationsphase

Monate bis Jahre, in denen trotz fortschreitender Erkrankung ein weitgehend normales und aktives Leben angestrebt wird.

Terminalphase

Wochen bis Monate mit deutlicher krankheitsbedingter Aktivitätseinschränkung

Finalphase

Letzte Stunden bis Tage (Sterbephase)

Jonen-Thielemann





Rehabilitationsphase

- Hoffnung, Stabilisierung
- OP, Chemotherapie, Radiatio,
- Ernährung
- Psychosoziale Kontakte
- Erhalt von Autonomie und Mobilität
- Gespräch über realistische Therapieziele (keine Heilung) und evtl. Entscheidungen am Lebensende





Terminalphase

- Abbruch interventioneller medizinischer Maßnahmen
- Reduzierung von Pflege und Medizin auf unbedingt für Wohlbefinden Notwendiges
- Individualisierte Therapie ohne allgemeine Standards (Respekt von Patientenwunsch)
- Ruhe, Zuwendung, Schmerztherapie im Vordergrund
- Zunehmende Unterstützung der Angehörigen



Finalphase

- Reduzierung aller medizinischen und pflegerischen Maßnahmen
- Beherrschen von Schmerz, Angst, Luftnot und Unruhe im Vordergrund
- Indikation für palliative Sedierung prüfen
- Ruhige Begleitung, evtl Einbeziehung ehrenamtlicher Hospizhelfer, Angehörige, falls nötig Sitzwache



Finalphase

„Junge Menschen
fürchten den Tod,
alte Menschen
fürchten das Sterben“

Sokrates





Finalphase

Sterben = dynamischer Prozess

Kurzfristige Symptomänderung möglich

- Schmerzen
- Rasselatmung
- Atemnot
- Unruhe
- Blutung
-





Finalphase

Wichtig:

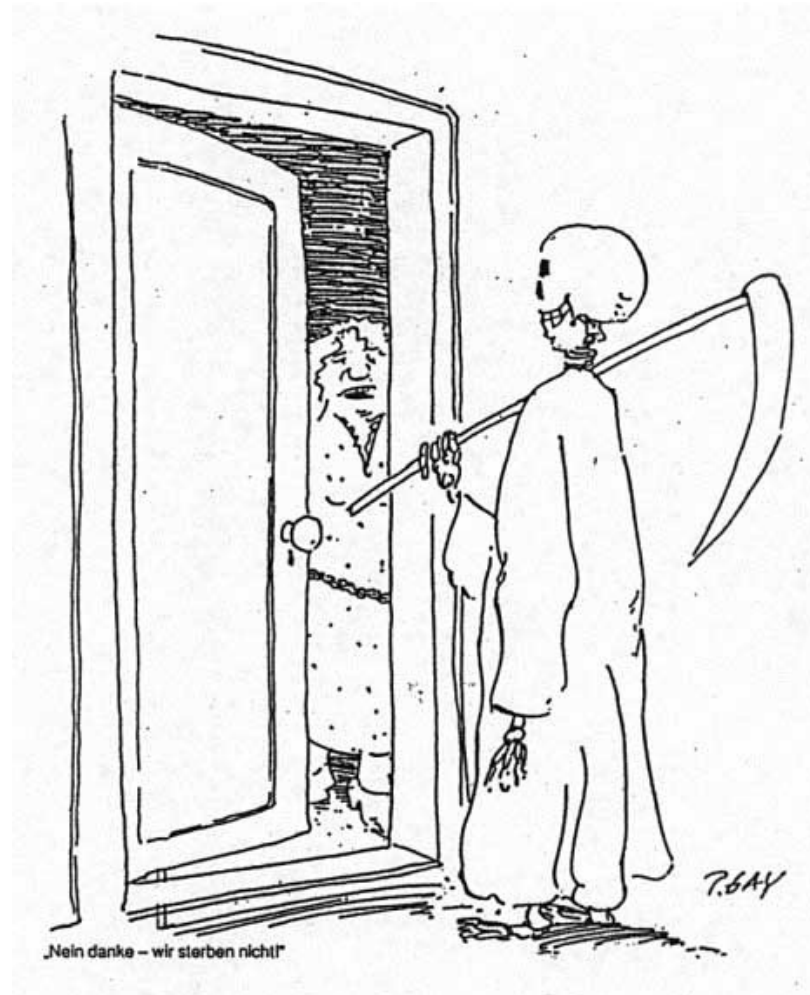
- Mundpflege
- bequeme Lagerung
- individuelle Hautpflege
- Standardpflegemaßnahmen unwichtig

- palliative Sedierung ?
- Flüssigkeitsgabe ?





Finalphase





Finalphase

„the point of no return“ - Schwierig zu definieren

Merkmale:

- nicht heilbares Grundleiden
- Zusätzlich schwere Begleitsymptome
- AZ- verschlechterung
- Multiorganversagen
- Der Pat. selbst hat keine Kraft oder Willen für Kampf um Besserung

□Behandlungsziel ändert sich!



Husebø, 2003



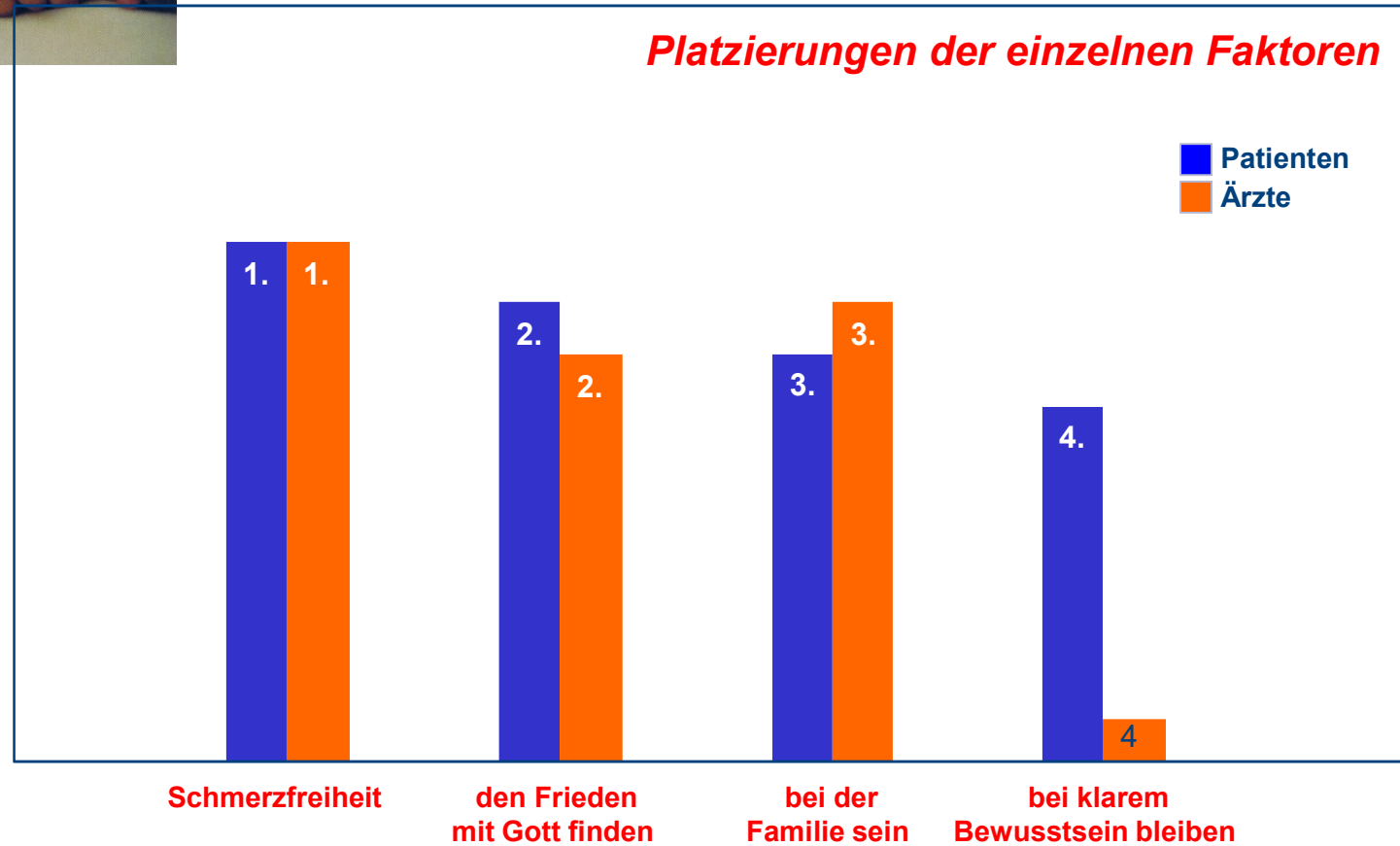
Kernbedürfnisse Sterbender

- im Sterben nicht alleine sein
- Sterben am vertrauten Ort (zuhause)
- Sterben inmitten vertrauter Menschen
- Regelung letzter Dinge
(unfinished business)
- Sterben ohne leiden
- Spirituelle Fragen
(Sinn des Lebens und Sterbens)





Kernbedürfnisse Sterbender



Steinhauser K et al., JAMA 2000;284(19):2476–2482.



Ärztliche Sterbebegleitung

„Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden ... so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können.

Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden.

Bei Sterbenden kann die **Linderung des Leidens** so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf ...“

Die **Unterrichtung des Sterbenden** über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss **wahrheitsgemäß** sein...

www.aerzteblatt.de/grundsaeetze; DeutschesÄrzteblatt Jg 108 Heft 7 18.02.2011



Palliative Sedierung

Und bei unstillbarem Leiden ?

□ Als ultima ratio...

... **palliative Sedierung**

... ist eine medizinisch indizierte Therapieoption am Lebensende, die medikamentös das Bewusstsein des unheilbar Kranken so dämpft, dass er keine Schmerzen o.a. belastenden Symptome mehr wahrnimmt.

De Graeff A, Dean M (2006): Palliative Sedation Therapie in the last weeks of life. J Palliat Med





Palliative Sedierung

medizinische Hilfe am Lebensende oder
verdeckte Euthanasie?





Finalphase



Sedierung ersetzt nicht den menschlichen Beistand!



Finalphase

„Bedenkt – den eigenen Tod
den stirbt man nur,
doch mit dem Tod der anderen
muss man leben.“

Mascha Kaleko





Palliativmedizin

„Grenzwissenschaft“

- an der Grenze von Hoffnung und Verzweiflung
- an der Grenze von Leben und Tod
- zwischen Therapieeskalation und Therapieverzicht

□ Relativierung der eigenen Sichtweise



„Heilen manchmal - lindern häufig - trösten immer“