

„Sterbephase“

Verständigung zwischen Vertreter*innen
der stationären Alten- und Behindertenhilfe und des MDK Bayern

Einleitung

Unter den Begriffen wie palliativ, sterbend oder Sterbephase wird Verschiedenes verstanden. Sie werden unterschiedlich weit gefasst und verwendet. Dadurch kann die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen erschwert sein und sich auf die Qualität der Palliativversorgung und damit auf die Lebensqualität der Bewohner*innen auswirken. Aus diesem Grund haben Vertreter*innen der stationären Altenhilfe, von stationären Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung, des MDK Bayern und eines Hospizvereins den Begriff Sterbephase diskutiert und ein gemeinsames Verständnis entwickelt. Dieses Konsenspapier kann als Diskussionsgrundlage, Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen. Es hat keinen bindenden Charakter.

Sterbephase

Viele Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen sind multimorbid und leiden an mehreren chronischen oder lebensverkürzenden Erkrankungen (z.B. Herz- und Niereninsuffizienz, COPD, Demenz). Nicht immer sind diese diagnostiziert. Vor allem in der Behindertenhilfe muss man sich oft auf die dokumentierten Beobachtungen der Mitarbeiter*innen verlassen. Die Einschätzung der Lebenserwartung ist häufig schwierig.

Der Begriff Sterbephase wird dann verwendet, wenn aufgrund der pflegfachlichen Einschätzung mit dem baldigen Versterben eines / einer Bewohner*in gerechnet wird. Diese Einschätzung sollte nachvollziehbar begründet und dokumentiert sein.

Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch andere Beobachtungen können zu der pflegfachlichen Einschätzung führen, dass sich ein*e Bewohner*in in der Sterbephase befindet. Einzelne Anzeichen sind für die Beurteilung in der Regel nicht ausreichend.

1

Folgende Anzeichen können auf die Sterbephase hinweisen:

- Vorliegen einer oder mehrerer lebensbedrohlicher Komplikationen (z.B. Sepsis, Pneumonie). Die Indikation für eine kurative Behandlung fehlt oder es ist eine palliative Behandlung gewünscht.
- Beendigung oder Nichtbeginn einer künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe. Die orale Aufnahme ist nicht möglich.
- Plötzlich aufkommendes und anhaltendes Desinteresse an Essen und Trinken bei fehlendem Hunger- und Durstgefühl
- Willentliche Verminderung bzw. Ablehnung von oraler Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Vermehrtes Ruhe- oder Schlafbedürfnis
- Zunehmende körperliche Schwäche
- Deutlich verminderte Mobilität bis hin zu Immobilität / Bettlägerigkeit
- Schwindendes Kontaktbedürfnis
- „Sterbebettphänomen“ z.B. Sterbende*r spricht von bereits verstorbenen Personen, erzählt von schönen Orten oder verwendet Symbolsprache wie auf eine Reise oder nach Hause gehen (vgl. Reisinger / Schärli-Purtschert 2018, S. 151)
- Untypische emotionale Schwankungen

Folgende Anzeichen können in der letzten Phase vor Eintritt des Todes auftreten:

- Veränderung der Atmung (z.B. Rasselatmung, Cheyne-Stokes-Atmung, Atempausen, Mundatmung)

„Sterbephase“

Verständigung zwischen Vertreter*innen
der stationären Alten- und Behindertenhilfe und des MDK Bayern

-
- Kreislaufzentralisation (z.B. kalte, blasse Haut, Marmorierung der Extremitäten, bläuliche Verfärbung von Zehen-, Fingernägeln und Lippen)
 - Bewusstseinsbeeinträchtigung
 - Terminale Unruhe (z.B. in die Luft greifen, nesteln)
 - Gesicht (z.B. blass, wächsern, weißes Dreieck um Nase und Mund, eingefallene Wangen, eingesunkene Augen, „spitze Nase“)
 - Verminderte Urinausscheidung
 - Reduzierter oder ausbleibender Schluckreflex
 - Erschlaffung der Muskulatur
 - Schwacher Puls
 - Zunahme der Schlafphasen

Abgrenzung zu Palliative Care

Palliative Care beginnt weit vor der Sterbephase. Geriatrische Patient*innen benötigen eine umfassende, ganzheitliche Versorgung, bei der sowohl kurative, rehabilitative als auch palliative Ansätze zum Einsatz kommen können. Je weiter eine Erkrankung fortschreitet oder sich ein Mensch dem Lebensende nähert, desto mehr tritt die hospizlich-palliative Begleitung in den Vordergrund oder erfolgt ausschließlich. Viele geriatrische Patient*innen profitieren über einen längeren Zeitraum (Monate oder sogar Jahre) von palliativen Maßnahmen.

„Palliative Care beginnt dann, wenn unheilbare Krankheit - „life-threatening illness“ – vorliegt; aber Alter ist keine Krankheit. Dennoch sind alte Menschen in hohem Maße „palliativbedürftig“ und zwar dann, wenn Schmerzen und Symptome aufgrund ihrer vielfachen unheilbaren Krankheiten und ihrer Einschränkungen zur Belastung werden und/oder wenn sie „unheilbar demenz“ sind [...] Dann brauchen hochbetagte Menschen umfassende körperliche, seelisch, soziale und spirituelle Begleitung, Pflege und Behandlung.“ (Heimerl, Kojer 2011, S. 21)

An der Erstellung haben mitgewirkt:

- Ute Becker, Münchenstift GmbH
- Dorothea Bergmann, Hilfe im Alter (HiA) / Innere Mission
- Kerstin Hummel, Christophorus Hospiz Verein e.V.
- Katharina Deufel, Caritasverband der Erzdiözese München und Freising
- Dominique Labouvie, MDK Bayern
- Elena Mennicke, Kreszentstift
- Nelleke Jakob, Sozialservice-Gesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes GmbH
- Cathleen Nowak-Morgenroth, Dr. Loew Soziale Dienstleistungen Fachstelle Pflege- und Hygienemanagement in Zusammenarbeit mit Ilona Taylor, bpa Bayern
- Cathrin Pfeiffer, Kreszentstift
- Sepp Raischl, Christophorus Hospiz Verein e.V.
- Sylvia Rosenberger, MDK Bayern
- Barbara Sauer, Evangelisches Alten- und Pflegeheim Ebenhausen (HiA)
- Dinah Zenker, Saul Eisenberg Seniorenheim der Israelitischen Kultusgemeinde München (AWO)

Organisation und Moderation der Arbeitsgruppe:

Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München¹

Kerstin Hummel
Effnerstr. 93
81925 München
hummel@chv.org
Tel.: 089 / 130 787 - 0

¹ Dieses Projekt wird aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege gefördert.

„Sterbephase“

Verständigung zwischen Vertreter*innen
der stationären Alten- und Behindertenhilfe und des MDK Bayern

Quellen:

Heller, U. / Theissing, K. (2019): Pflege in der letzten Lebensphase. In: Lektorat Pflege / Menche, Dr. med. N. (Hrsg.): PflegeHeute. Lehrbuch für Pflegeberufe München: Elsevier. S. 472-501

Heimerl, K. / Kojer, M. (2011): Palliative Care für Hochbetagte und für Menschen mit Demenz. In: Praxis Palliative Care, 11: 21ff

Pfisterer, M. (2012): Was ist geriatrische Palliativmedizin? In: Fuchs, C. / Gabriel, H. / Raischl, J. / Steil, H. / Wohlleben, U. (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 91-98

Reisinger, M. / Schärli-Purtschert, M. (2018): Sterbebettphänomen. Zur ganzheitlichen Begleitung von Menschen am Lebensende. In: Spiritual Care, Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, Band 7, Heft 2: 151-158

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.0_Langversion.pdf, Zugriff am 03.09.2019