

Die Langatmigkeit des Sterbens

bzw die Vielfältigkeit des Sterbens

Praxis Weißer Turm

Dr. Rita Erni-Riesner, Doris Dolkemeyer, Simone Benedikter
Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin

Wir stellen uns vor:

- Hausarztpraxis im Zentrum von Biberach
- 3 Hausärztinnen mit palliativmedizinischer Qualifikation
- Betreuen pro Quartal ca 800 geriatrische PatientInnen
- Davon ca 400 PatientInnen über 80 Jahre alt
- ca 70 PatientInnen in der Häuslichkeit
- Ca 100 PatientInnen im Pflegeheim
- Zwischen 20-30 PatientInnen im Hospiz
- **Schwerste chronische Erkrankungen und Umgang mit Sterben und Tod sind in einer Hausarztpraxis an der Tagesordnung**

Unterschiedliche Szenarien in der Betreuung unserer PatientInnen:

- in der Häuslichkeit
- im betreuten Wohnen/Pflegeheim
- im Hospiz

Daraus ergeben sich jeweils Besonderheiten

Besonderheiten in der Betreuung bzw Begleitung der PatientInnen

bei PatientInnen in der Häuslichkeit:

- PatientInnen sind in Ihrer gewohnten Umgebung
- Höhere Selbstbestimmung der PatientInnen
- häufig alleinlebend, familiäre Unterstützung nicht immer möglich
- Räumlichkeiten sind nicht für Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett etc) geeignet
- durch Pflegedienst nur punktuelle Hilfe/Versorgung möglich (wenn überhaupt Pflegedienst verfügbar)
- Hygienestandard evt schwierig umzusetzen, relevant bei Wunden, Verbänden etc
- PatientInnen sind für uns schlecht zu erreichen, evt weite Wege (Besuche sind zeitaufwendig)
- geringe diagnostische Mittel
- Reagieren auf neu entstehende Umstände, Hilfsangebote organisieren
- mit die aufwändigste/zeitintensivste Form der Betreuung

Patientin, geb 1935, verwitwet, alleinlebend, selbstversorgend, drei Kinder

- Stationärer Aufenthalt 23.02.21 - 17.04.2021 wegen:
- Tachykardie/Bradykardiesyndrom bei bek. VHF-Schrittmacherimplantation
- Kardiale Dekompensation mit Pleuraergüssen
- Harnwegsinfekt
- Pseudomembranöse Kolitis bei Nachweis von Clostridium difficile
- Fibulakopffraktur li. Bei Z.n.Sturz
- Geriatrische Rehamaßnahme von Patientin abgelehnt, Entlassung nach Hause auf eigenen Wunsch,
- 24-h-Pflege nicht gewünscht, Versorgung mit Rollator und Nachtstuhl
- Zwischen 06/21 und 05/22 Hausbesuche alle 2-4Wo bei wiederholter kard. Dekompensation, Ablehnung der med. Therapie wegen Nebenwirkungen, Ulcus am Unterschenkel bei Ödemen
- 01/23 Diuretika auf eigenen Wunsch reduziert, erneute Dekompensation 05/23 und Sturz, stat. Einweisung wurde abgelehnt

- Haushaltshilfe 2xwö., Essen auf Rädern, KG mit Hausbesuch
- 01/24 wiederholt Stürze, Laufen nicht mehr möglich, sitzt tagelang im Sessel
- Neu Pflegebett, Sozialstation einmal täglich morgens
- 02/24 Kurzeitpflege
- 05/24 auf eigenem Wunsch nach Hause verlegt
- Am 24.06.24 Anruf Pflegedienst wegen Decubitus
- Hausbesuch am selben Tag um 19Uhr, Patientin allein daheim, klar und orientiert, Allgemeinzustand deutlich geschwächt, Decubitus am Steißbein und Außenknöchel li.
- Am 27.06.24 Hausbesuch, Patientin möchte weiterhin daheimbleiben, Pflegedienst 3xtägl., trotzdem ausgedehnte Decubiti li. Unterschenkel, li. Knöchel, am Steißbein, Palliativsituation

- Hospizplatz ab 01.07.24 möglich

- Patientin verstorben am 30.06.24

bei PatientInnen im Pflegeheim/betreuten Wohnen:

- deutlich intensivere Unterstützung und Versorgung durch die Pflegekräfte
- Trotzdem aufwendige Betreuung der oft multimorbiden PatientInnen
- Gefährdung durch Infektionserkrankungen in der Gemeinschaftseinrichtung
- Notfallbesuche werden verstärkt angefordert
- Wechselnde Ansprechpartner bei der Betreuung der BewohnerInnen (Informationsverlust möglich)
- zum Teil fehlende palliative Weiterbildung der Pflegekräfte
- Angehörige, gesetzliche Betreuer zT schwer erreichbar
- Häufig keine Patientenverfügung, keine Vollmacht vorhanden
- Ebenfalls geringe diagnostische Mittel

87 jährige Patientin bis 2021 weitgehend selbstversorgend, alleine lebend in kleiner Wohnung

- Vorerkrankungen: Vorhofflimmern, Osteoporose, arterielle Hypertonie, Alkoholkonsum
- Ab 2019 Sturzneigung mit mehreren Frakturen und Platzwunden
- 04/2021 Beckenringfraktur mit OP / Distanzosteosynthese -> Gebrechlichkeit, weiter alleine daheim, Unterstützung durch Pflegedienst und Söhne, mobil am Rollator, Schmerzen, zunehmende Herzinsuffizienz, weiter Sturzneigung
- 01/2022 Ödeme, Anämie -> stationäre Einweisung, -15kg KG, Überlegung Pflegeheim
- 03/2022 wieder daheim, fühlt sich „sauwohl“, Pflegedienst, Physiotherapie
- 04/2022 wieder + 5kg KG und Ödeme, Erysipel -> stationäre Einweisung bei Sepsis, Anämie, akutes Nierenversagen, Notfalldialyse, 4 EKs, Reanimation nach Herzstillstand
- 05/2022 neurologische Frühreha mit KG, Ergo, Schlucktherapie bei Tetraparese und Schluckstörung, Lungensatung, Pleuraergüsse, dann geriatrische Reha
- 07/2022 betreutes Wohnen mit engmaschiger Versorgung durch Pflegedienst im Haus, immer wieder Ödeme, engmaschige Kontrollen und Therapieanpassung jetzt möglich, Versorgung mit Dauerkatheter
- 10/2022 zunehmende Imobilität -> Rollstuhl
- 03/2023 wieder stationäre Einweisung bei kardialer Dekompensation
- 04/2023 bettlägerig, wiegen nicht mehr möglich, 2 Woche später mit KG wieder am Gehwagen mobil

- Ende April 2023 Sturz mit Schenkelhalsfraktur -> OP, Dekompensation, Pneumonie
- 05/2023 liegt noch viel, zunehmend Schmerzen, Schmerzpflaster nicht vertragen, verwirrt
- 06/2023 wieder Gehversuche am Gehwagen, beschwerlich, Stimmung gut
- 07/2023 frustraner Versuch Anlage suprapubischer DK, Komplikation
- 08/2023 V.a Armvenenthrombose und erneute kardiale Dekompensation
- 10/2023 deutlich erhöhte Leberwerte -> unklarer Leberrundherd, nach Beratung mit Familie keine weitere Abklärung erwünscht
- 10/2023 kollabiert bei Apoplex -> möchte keine stationäre Einweisung
- 11/2023 Fieber bei V.a. Pneumonie
- 01/24 - 07/24 Immobilität, Schmerzmittel, Diuretika, Wundversorgung bei Dekubitalgeschwüren, rezidivierende schwere blasenbildende Hauterkrankung, nur pflegerische Maßnahmen, keine weitere Abklärung
- 07/2024 anhaltende vaginale Blutung -> Gynäkologie, V.a. Endometrium-Ca, OP abgelehnt, Blutveredünnung abgesetzt
- 09/2024 vaginale Blutung besser, sitzt wieder stundenweise im Rollstuhl, linkes Bein verdreht und verkürzt -> zum Röntgen in Notaufnahme -> Schenkelhalsfraktur -> Schmerztherapie, keine OP
- 10/2024. Verschlechterung, zunehmend Schmerzen und Unruhe -> Besserung unter Tavor, fünf Tage später Atempausenm Schlucklähnung -> Beginn Morphin, zwei Tage später mit 87 Jahren friedlich verstorben

bei PatientInnen im Hospiz:

- sehr gute pflegerische, seelsorgerische und sozialmedizinische Betreuung
- Erstkontakt in dieser Ausnahmesituation
- PatientInnen sowie deren Familien und Angehörige sind uns bis dahin meist nicht bekannt
- Vorgeschichte, Krankheitsverlauf, Einstellung zu Krankheit und Sterben müssen schnell erfasst und berücksichtigt werden
- zum Teil Begleitung auch von sehr jungen PatientInnen
- dafür gutes Handling von schwersten Symptomen, schnelles Reagieren auf neue Symptome rund um die Uhr möglich
- Therapieziele müssen evt relativiert werden (ich möchte wieder gesund werden <—>jetzt beenden sie es schnell)
- oft müssen rasch schwere Entscheidungen getroffen werden: zum Beispiel wie weiter mit Therapie und Ernährung
- Durchgehende telefonische Erreichbarkeit und engmaschige Besuche vor Ort

- **Ca 45 jährige Frau, Larynxkarzinom ED vor 2Jahren, alleinerziehende Mutter eines 11 jährigen Sohnes**
- Verbleib des Sohnes nach ihrem Tod bei Aufnahme im Hospiz noch nicht vollständig geklärt, Caritas und Jugendamt involviert
- Aufnahme im Hospiz, stark reduzierter AZ, magerer EZ, orientiert, wach, Trachealkanüle, kommuniziert schriftlich, Ernährung über liegende PEG,
- Bis dahin regelmäßiger Trachealkanülenwechsel durch HNO Uni Ulm, Chemotherapie und zuletzt immer wieder Gaben von EKs am KH
- Ernährung wird nicht gut vertragen, Tumormasse um Trachealkanüle sehr leicht blutend,
- Sohn oft zu Besuch
- Ausflug mit dem Wünschewagen des DRK
- Immer wieder blutender Tumor direkt an Tracheostomawunde -> Entscheid der palliativen Bestrahlung, um Verbluten nach außen zu verhindern
- Viele intensive Gespräche bzgl Therapie/Ernährung, höchste Priorität noch „gute“ Zeit mit dem Sohn zu verbringen
- sukzessive Verschlechterung AZ und EZ

Ca 60 jährige Patientin mit exulcerierendem Rektumkarzinom

- Patientin durch exulcerierenden Tumor nur noch in Bauchlage
- Stark reduzierter AZ und kachektischer EZ
- Massivste Schmerzen, schwer beherrschbar, nur durch iv Gabe der Schmerzmittel über ZVK (dankenswerterweise in Zusammenarbeit mit Anästhesisten aus KH Biberach)
- Starke Geruchsbildung durch die Wunde
- Mehrfach Gespräche über Möglichkeit der palliativen Sedierung, Patientin möchte so wach wie möglich sein
- Über mehrere Wochen sich hinziehender Sterbeprozess, nur ganz zuletzt mit palliativer Sedierung einverstanden
- Bis zuletzt Wunsch der Patientin nach Wachheit und Autonomie respektiert

Ca 70 jähriger Mann, weit fortgeschrittene neurodegenerative Erkrankung, verheiratet, kinderlos

- Aufnahme im Hospiz nach Krankenhausaufenthalt wegen Infekt (Pneumonie)
- Parenterale Ernährung über Viggo
- ausgeprägter Therapiewunsch und Wunsch nach Ernährung der Ehefrau, die ihn die letzten Jahre alleine versorgt und gepflegt hat
- Starke Kontrakturen an allen Extremitäten, ausgeprägte Kachexie (Ernährung muss schon lange nicht mehr gut möglich gewesen sein), bereits sehr weit fortgeschrittene Erkrankung
- Kommunikation mit Patient selbst nicht mehr möglich
- Nach intensivem und langem Gespräch mit Ehefrau Ernährung beendet, Übergang zu adäquater Schmerztherapie

- Mit diesen Fällen konnten Sie einen kleinen Eindruck über die Vielfältigkeit unseres Alltags in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender bekommen
- Die allermeisten Menschen versterben nicht in spezialisierten Palliativeinrichtungen oder in der Betreuung eines SAPV Teams sondern im Krankenhaus, im Pflegeheim oder zuhause.
- Der Bedarf an palliativer Versorgung ist sehr unterschiedlich, aber die Notwendigkeit einer symptomlindernden Behandlung , einer angemessen und Würde wahrender Sterbebegleitung und Pflege, sowie die Begleitung der Angehörigen besteht immer.

Vielen Dank für Ihr Kommen und Zuhören!