

Prof. Oswald Oelz, Chefarzt Stadtspital Triemli, Zürich:

## **Sterben im Spital - die Realität an der Medizinischen Klinik im Stadtspital Triemli**

### **Zusammenfassung der Vorlesung vom 20. November 2002:**

An der Medizinischen Klinik des Stadtspitals Triemli sterben pro Woche etwa vier bis zwölf PatientInnen, davon sind ca. zwei Drittel über 80 Jahre alt.

Die Sterbeprozesse und ihre Ursachen lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen:

Der ungeplante, unwillkommene und zu frühe Tod. Die PatientInnen hadern mit ihrem Schicksal, besonders tragisch sind Situationen, bei denen zum Beispiel eine junge Mutter durch eine Krebserkrankung aus dem Kreis ihrer Familie gerissen wird. Eine andere Tragik ergibt sich bei jenen PatientInnen, die teilweise selbst verschuldet an Krankheiten wie Lungenkrebs, Leberzirrhose, Herzinfarkt oder AIDS leiden und frühzeitig versterben.

Diese PatientInnen erleben ihre Krankheit mit schweigenden oder lauten Selbstvorwürfen, dass sie eben teilweise an ihrem frühen Tod mitschuld sind.

Die andere Todesart ist jene am biologischen Ende eines mehr oder weniger langen und mehr oder weniger erfüllten Lebens, wenn der Patient müde, manchmal auch einsam und darum traurig ist. Manche dürfen bis zum Ende sich guter Gesundheit erfreuen, andere haben viele Jahre mit allerlei Krankheiten verbracht, sind "polymorbid", die Lebensqualität war zunehmend eingeschränkt und der Tod ist ein erfreulicher Erlöser.

Der Zustand des Sterbenden ist durch extreme Schwäche, Bettlägerigkeit, Schläfrigkeit und steigenden Desinteresse an der Aussenwelt gekennzeichnet. Häufig fehlt das Verlangen nach Nahrung und Getränken. In den letzten 48 Stunden des Lebens können zahlreiche Symptome und Beschwerden auftreten wie laute, rasselnde Atmung, Atempausen, Schmerzen, Unruhe, Atemnot und dergleichen. Diese lassen sich mit geeigneten medizinischen Massnahmen in fast allen Fällen behandeln. Der Tod selbst wird von 6 - 30% der PatientInnen ganz bewusst erlebt, indem sie bis zum unmittelbaren Todeseintritt oder zumindest bis 15 Minuten vor Erlöschen der vitalen Funktionen bei vollem Bewusstsein sind. Ein Drittel bis die Hälfte der PatientInnen sind schon während über 24 Stunden bewusstlos.

Eine gute Sterbebegleitung und -kultur ist wesentlicher Bestandteil der Kultur einer Klinik. Bei uns werden - wenn der Tod voraussehbar ist, diese PatientInnen, falls gewünscht und falls aus räumlichen Gründen möglich, in ein Einzelzimmer gebracht. Hier können die Angehörigen während 24 Stunden zugegen sein, häufig übernachtet jemand bei der Sterbenden; dafür wird ein Bett ins gleiche Zimmer gestellt. Krisenhelfer betreuen auf freiwilliger Basis die Sterbenden bei Angst und Unruhe notfalls 24 Stunden um die Uhr. Der Pflegedienst verzichtet auf medizinische Kontrollen, erfasst die Beschwerden der Sterbenden und konzentriert sich auf Körperpflege, Lagerung sowie Trinken- und Essensgabe nach Bedürfnis. Soweit möglich wird das Gespräch bis zum Ende aufrecht erhalten. Die medizinischen Massnahmen sind ausschliesslich komfortorientiert. Es werden keine medizinischen Untersuchungen mehr gemacht, es sei denn, der Patient gibt Beschwerden an, die allenfalls durch gezielte Massnahmen angegangen werden können. Der Seelsorger steht jederzeit zur Verfügung, für die Angehörigenbetreuung ist immer ein Ansprechpartner von Seiten der Pflege und den ärztlichen Dienst vorhanden.

Die medizinischen Massnahmen werden auf reine Beschwerdenlinderung ausgerichtet, bei Schmerzen wird Morphin geben, bei Atemnot Herz- und Lungenmedikamente, die nicht das Leben verlängern sowie Sauerstoff und Morphin. Andere Beschwerden werden ebenfalls gezielt behandelt.

Bei Gesprächen mit dem noch gesprächsfähigen Patienten wird auf dessen Wunsch hin die Prognose und der Sterbevorgang besprochen. Irrationale Hoffnungen werden nicht brutal zerstört, der Wahrheit wird aber immer Vorrang gegeben. Letzten Endes erreichen viele PatientInnen eine Leichtigkeit des Seins, die daraus resultiert, dass die Zwänge des sogenannten normalen Lebens hinfällig geworden sind.

PatientInnen-Verfügungen jeglicher Art werden bei schwerer Krankheit und voraussehbarem Sterben voll respektiert.

In besonderen Fällen wird dem irreversibel bewusstlosen Patienten mit sogenannt apallischem Syndrom

nach einer Phase von mindestens 4 Wochen im Spital die Flüssigkeitszufuhr gestoppt. Voraussetzung ist eine hoffnungslose Prognose, ein irreversibles Versagen der höheren Hirnfunktionen, eine Bestätigung dieser Prognose durch einen unabhängigen Neurologen, der mutmassliche Wille des Patienten und Wunsch seiner Vertrauensperson und/oder eine Patientenverfügung sowie die Einigkeit im Behandlungsteam.

Anhand von sechs PatientInnen wird die tägliche Praxis des Sterbeprozesses dargestellt.

## Informationstafeln

### Warum sterben unsere Patienten ?

- I. Ungeplant, unwillkommen, zu früh
  - "unschuldig": Mammakarzinom etc.
  - "schuldig": Lungenkrebs, Leberzirrhose, Herzinfarkt, AIDS
- II. planmässig, am Ende eines langen + erfüllten Lebens
  - betagt, müde, einsam, traurig, "polymorbid",
  - von Krankheiten gezeichnet, Lebensqualität zunehmend eingeschränkt

### Zustand des Sterbenden:

- extreme Schwäche
- bettlägerig
- schläfrig bis schlafend
- desinteressiert (Zwischenwelt)
- fehlendes Interesse für Nahrung und Getränke
- Schwierigkeit Medikamente zu schlucken

### Symptome und Beschwerden in den letzten 48 Stunden

- |   |     |
|---|-----|
| - lautes und karchendes Atmen, periodisches Atmen | 53% |
| - gestörte Urinausscheidung                       | 56% |
| Inkontinenz                                       | 32% |
| Harnverhalten                                     | 21% |
| - Schmerzen                                       | 51% |
| - Unruhe, Antriebenssein                          | 42% |
| - Atemnot   | 22% |
| - Uebelkeit, Erbrechen, Schluckauf                | 14% |
| - Schwitzen                                       | 14% |
| - Jucken, Kratzen, Zupfen, Zerren                 | 12% |
| - Verwirrtheit                                    | 9%  |

### Faktoren, die einen friedlichen Tod verhinderten (200 Patienten)

- |               |      |
|---------------|------|
| - Blutung     | 2%   |
| - Atemnot     | 2%   |
| - Unruhe      | 1,5% |
| - Schmerzen   | 1%   |
| - Herzinfarkt | 1%   |
|               | 7,5% |

### Bewusstsein / Bewusstlosigkeit unmittelbar vor dem Tod

6 - 30% der Patientinnen/Patienten sind bis zum Tod oder bis zu den letzten 15 Minuten vor dem Tod bei Bewusstsein

8 - 34% sind mehr als 24 Stunden bewusstlos

### **Sterbesetting STZ 1**

- Voraussetzungen für Entscheidung keine Flüssigkeit mehr zu verabreichen
- irreversibler Hirnschaden mit tiefer Bewusstlosigkeit = apallisches Syndrom
- infauste Prognose durch unabhängigen Neurologen bestätigt
- Patientenverfügung: mutmasslicher Wille des Patienten. Wunsch der Vertrauensperson/Familie
- Einigkeit im Behandlungsteam

### **Sterbesetting STZ 2**

- Einzelzimmer, falls gewünscht & möglich, Angehörige 24 Stunden zugegen (+Bett)
- Krisenhelfer
- Pflege: Erfassung der Beschwerden, Körperpflege, Lagerung, Trinken, Essen nach Bedürfnis
- medizinische Massnahmen ausschliesslich komfortorientiert, keine Untersuchungen
- Seelsorge
- Angehörigenbetreuung durch immer verfügbare Ansprechpartner: Erklärungen, z.B. über "death rattle", Atempausen, Stöhnen etc.

### **Sterbesetting STZ 3**

#### **medizinische Massnahmen**

Schmerzen	Morphin i.V.
Atemnot	Herz- und Lungenmedikamente, Sauerstoff, Morphin
Unruhe	Chlorazin, Valium
Erbrechen	Chlorazin etc.
trockene Atemwege	Luftbefeuchter
Flüssigkeit	nach Durst
Nahrung	nach Verlangen

#### **Gespräche, Hoffnungen**

Ansprechen der Prognose  
Wahrheit  
kein repetitives memento mori  
"the joy of death"  
die Leichtigkeit

#### **Sterbeerlebnisse 1**

30-jährige Mutter, zwei Kinder  
1998 Knoten in der Brust, Operation, Bestrahlung, Chemotherapie  
1999 Metastasen im Skelett, Chemotherapie, Bestrahlung  
1999 aggressive Chemotherapie, Stammzellenretransfusion, Remission ?  
I/2000 ausgedehnte Lebermetastasierung, starke Schmerzen, kommt zum Sterben  
Infusion => Linderung, Abschiedsgespräche mit Familie, sanftes Einschlafen

#### **Sterbeerlebnisse 2**

25-jährige Frau mit Sarkom  
Operationen, Radiotherapie, Chemotherapie  
unaufhaltsamer rascher Verlauf  
Eröffnung der Prognose, Zusammenbruch, Davonlaufen

#### **Sterbeerlebnisse 3**

75-jähriger Mann mit Fieber, "Entzündungskrankheit"  
Ansprechen auf Prednison nach zwei Monaten Atemnot, "Pneumonie"  
Therapie scheitert

Lungenbiopsie = akute interstitielle Pneumonie

Eröffnung der Prognose = Tod innert Wochen bis Monaten.

Besprechung der Massnahmen "Sic transit gloria mundi"

Friedlicher Tod innert 10 Tagen

#### **Sterbeerlebnisse 4**

40-jähriger Jurist, starker Raucher

Juli 2002: Husten

Diagnose: Adenokarzinom der rechten Lunge mit Metastasen, Chemotherapie ohne Erfolg

September 2002: zunehmende Atemnot

Diagnose: maligner Perikarderguss

Therapie: Drainage, Wunsch nach Chemotherapie, Verzweiflung, Angst

#### **Sterbeerlebnisse 5**

82-jähriger ehemaliger Schneider mit Nierenversagen. Ehefrau vor acht Monaten gestorben.  
Nierenversagen führt zu Symptomen.

Prognose Eröffnung: "Ich freue mich, meine Frau bald zu treffen."

Pflege, Symptombehandlung, Gespräche, friedlicher Tod nach 2 Wochen

#### **Sterbeerlebnisse 6**

70-jährige Frau mit Hypertonie und massiver Hirnblutung. Bei Eintritt tief bewusstlos,  
Stabilisierung der vitalen Funktionen.

Sechs Wochen nach persistierendem apallischen Syndrom:

Patientenverfügung, Angehörigengespräch, Bestätigung der infausten Prognose

Teameinigkeit: Beenden der Flüssigkeitszufuhr, Tod nach fünf Tagen