

Christoph Gerhard, Oberhausen

Palliative Versorgung sterbender Schlaganfallpatienten*

Bedürfnisse der Kranken werden oft verkannt

Jährlich erliden etwa 250 000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall [18]. Trotz erheblicher Verbesserungen der Behandlung mit Einführung der „Stroke-Units“ und der Lysetherapie überleben nach wie vor rund 20% den Insult nicht. Ein Teil stirbt in den ersten Tagen bis Wochen im Krankenhaus, ein weiterer Teil später im Rahmen der ambulanten Versorgung oder im Pflegeheim. Nur die wenigsten der sterbenden Schlaganfallpatienten dürften eine Palliativbetreuung erhalten.

Bei der Literatursuche über gängige Datenbanken (Medline über pubmed) fällt auf, dass nur wenige Studien zu diesem Thema veröffentlicht wurden. Auch eine kritische Literaturübersicht aus 2007 [20] kam zu dem Ergebnis, dass die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen mit Schlaganfall bezüglich Palliativbetreuung weitgehend unbekannt sind.

An dieser Situation hat sich nach eigenen Recherchen bis 2010 grundsätzlich nichts geändert, obwohl neuere Studien demonstrieren, dass eine Integration palliativer Prinzipien in die Versorgung sterbender Schlaganfallpatienten durchaus möglich ist. So zeigte eine neuere Studie aus Kanada [4], dass auf der dortigen Stroke-Unit 90% der sterbenden Patienten unter Berücksichtigung der lokalen Palliative-Care-Richtlinien innerhalb von im Mittel 3,6 Tagen eine Palliativbetreuung erhielten. Die am häufigsten verwendeten Medikamente waren Morphin (93,6%) und Scopolamin (81,9%). Sondenernährung oder intravenöse Flüssigkeitsgaben wurden bei ca. 90% der Betroffenen abgesetzt oder nie begonnen. Eine ähnliche Studie aus dem Jahre 2004 [14] zeigte, dass sich die Versorgung von sterbenden Schlaganfallpatienten in einem geriatrischen Setting nach Einführung eines Behandlungspfades, dem „Liverpool Care



Foto: privat

Dr. med. Christoph Gerhard, Oberhausen

Pathway of the dying patient“ (LCP [6]), merklich verbesserte. Das gilt insbesondere bezüglich des Absetzens unnötiger Prozeduren und Medikationen, dem Ansetzen symptombehandelnder Maßnahmen, aber auch bezüglich Aufklärungsgesprächen mit Angehörigen und Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse. Interviews [1, 2] zeigten, dass Angehörige häufig starken emotionalen Belastungen ausgesetzt sind. Hinzu kommen Schwierigkeiten, adäquate Informationen über die medizinische Situation zu erhalten.

Schlaganfallpatienten leiden anders als Tumorpatienten

Konzepte aus der Palliativbehandlung von Tumorpatienten, wie sie in einschlägigen Veröffentlichungen (z. B. [3, 13]) niedergelegt wurden, müssen entsprechend den besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe modifiziert werden.

Anders als bei Tumorerkrankungen sind die meisten sterbenden Schlaganfallpatienten in ihrer Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Sie leiden außerdem sehr viel häufiger unter kognitiven Einschränkungen

oder zum Teil schweren Bewusstseinsstörungen als andere Palliativpatienten. Zwei besser erforschte „Modellerkrankungen“, nämlich die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), bei der es frühzeitig zu ausgeprägten Lähmungen kommt, und die Demenz, die frühzeitig mit kognitiven Veränderungen einhergeht, sind als „Vorbilder“ daher hilfreich.

Erschwerte Symptomerfassung

Bei Schlaganfallpatienten ist es oft schwierig, Symptome mithilfe von Selbsteinschätzungsskalen (NRS, VAS oder VRS) zu erfassen, weil Schlaganfallpatienten häufig Einschränkungen der Bewusstseinslage oder der Sprache (in Form dysarthrischer, aphasischer oder sprechdyspraktischer Störungen) usw. haben. Es besteht die Gefahr, dass sie aufgrund der Sprachverständnisstörung die an sie gestellten Fragen falsch verstehen und demzufolge falsch beantworten.

Im Dialog müssen daher zunächst die Art der Sprachstörung und die Verwertbar-

Schlaganfallformen, die häufig zum Tode führen mod. nach [11]

- Maligner Mediainfarkt
- Multiple Infarkte
- Basilaristhrombose oder schwerer Hirnstamminfarkt
- Hirnmassenblutung
- Ausgedehnte Subarachnoidalblutung

* Teile dieser Arbeit entstanden im Rahmen einer Projektarbeit für den Master Palliative Care am Lehrstuhl für Palliativmedizin der Universität Bonn. Der Autor dankt Prof. Dr. Friedemann Nauck, Martina Kern und Monika Müller für die Begleitung der Projektarbeit

keit der dadurch erhältlichen Informationen überprüft werden [9]. Für Schlaganfallpatienten, die herkömmliche Skalen nicht benutzen können, eignet sich z. B. die „Zurich Observation Pain Assessment“-Skala (ZOPA, [12], siehe Kasten). Als Verhaltensmerkmale werden dort Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und physiologische Indikatoren beobachtet. Neben diesem quantifizierenden Erfragen gilt es, im einfühlsamen Dialog der Bedeutung des Symptoms in den vier Dimensionen des Total-Pain-Modells (körperlich, psychisch, sozial und spirituell) genügend Raum zu geben. In dieser Weise müssen auch andere Symptome wie Luftnot, Obstipation, Muskelverspannung, Fatigue, terminales Lungenraseln usw. im einfühlsamen, oft körpernahen Dialog erfasst und beachtet werden.

Oft bedingen Lähmungen der mimischen Muskulatur und des Körpers reduzierte oder fehlende Ausdrucksbewegungen oder veränderte körpersprachliche Äußerungen. Schlaganfallpatienten haben meist nur halbseitige Lähmungen, sodass die Beurteilung über die ungestörte Seite manchmal möglich ist, wenn man diese bewusst beobachtet. Menschen mit Pseudobulbärparalyse, wie sie z. B. bei Hirnstamminfarkten vorkommt, haben überschießende mimische Ausdrucksbewegungen. Wenn sie jemanden anlächeln wollen, kommt es zu einem ausgedehnten anhaltenden Lachen, wenn sie traurig schauen, erleben sie ein unsteuerbares heftiges Weinen (pathologisches Lachen und Weinen). Häufig kann der Betroffene diese emotionalen Ausdrucksweisen in ihrer Stärke nicht modulieren (Affektinkontinenz). Hier droht die Gefahr, den Schmerz des Betroffenen ebenso wie seine Emotionen zu überschätzen.

Auch Komapatienten empfinden Schmerzen

Die Schmerzerfassung bei komatösen Schlaganfallpatienten ist besonders schwierig. Da wir aus Erfahrungsberichten wissen, dass zahlreiche Betroffene nach überstandener Komaangaben, dass sie im Koma Schmerzen hatten [10], ist es erforderlich, vor schmerzhaften

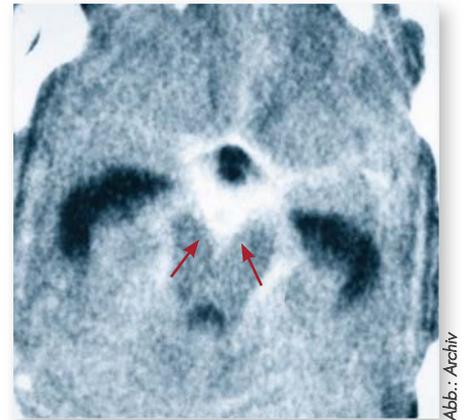
Maßnahmen (z. B. Bewegungen, Injektionen usw.) Schmerzmittel zu verabreichen. Ergeben sich aus der Krankenbeobachtung oder der Vorgeschichte Hinweise auf Schmerzprobleme (z. B. bekanntes Rheuma, bekannte Rückenschmerzen), sollte in jedem Fall eine Schmerzbehandlung versucht werden. Die Veränderungen (z. B. entspanntere Gesichtszüge, langsamere Atmung, weniger Schwitzen usw.) in der Verlaufsbeobachtung können zur Anpassung der Schmerztherapie genutzt werden. Dabei kann neben dem einfühlsamen Dialog und der genauen Beobachtung auch der oben genannte ZOPA-Bogen genutzt werden.

Schmerz kann sich auch in Form von Unruhe, Depression, Aggressivität, Schlaflosigkeit oder Nahrungsverweigerung usw. äußern. Weitere wertvolle Hinweise liefern die Beobachtungen durch Menschen, die den Betroffenen am längsten kennen und in seiner emotionalen Ausdrucksweise daher am besten einschät-

Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA) mod. nach [12]

Beobachtete Verhaltensmerkmale:

- **Lautäußerungen**
 - Stöhnen/Klagen
 - Brummen
- **Gesichtsausdruck**
 - Verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck
 - Starrer Blick
 - Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)
 - Augen zusammenkneifen
 - Tränenfluss
- **Körpersprache**
 - Ruhelosigkeit
 - Massieren oder Berühren eines Körperteils
 - Angespannte Muskeln
- **Physiologische Indikatoren**
 - Änderungen in den Vitalzeichen
 - Blutdruck/Puls
 - Atmung
 - Veränderung der Gesichtsfarbe
 - Schwitzen/Röte



CT eines Patienten mit Subarachnoidalblutung (flächig weißer Bezirk, siehe Pfeile)

Abb.: Archiv

zen können. Insgesamt reicht es nicht aus, operationalisiert Skalen abzufragen, sondern es müssen nach Art einer „phänomenologischen“ Schmerz- und Symptomerfassung alle Hinweise aus der einfühlsamen Beobachtung, aus dem sozialen Umfeld usw. zusammengetragen und bewertet werden [10].

Schmerzbehandlung

Die für Tumorpatienten gewonnenen Prinzipien der Schmerz- und Symptombehandlung können grundsätzlich auch für Schlaganfallpatienten genutzt werden. Dennoch sind zahlreiche Besonderheiten zu beachten. Sowohl in aktuellen Studien [16] als auch in unserer klinischen Praxis werden vorrangig somatisch nozizeptive Schmerzen infolge von Lähmungen (z. B. das häufige Schulter-Arm-Syndrom) bzw. Zephalgien bei Hirndruck oder seltener zentrale neuropathische Schmerzen (z. B. Thalamusschmerzsyndrom) beobachtet. Dementsprechend werden häufig Analgetika der Stufe I gemäß WHO-Schema eingesetzt, weil sie bei somatischem Nozizeptorschmerz gut wirksam sind; ggf. werden sie durch Opioide ergänzt.

Metamizol ist unser bevorzugtes Stufe-I-Analgetikum, weil es bei den häufig schluckgestörten und/oder komatösen Betroffenen auch als subkutane Dauerinfusion verabreicht werden kann. Zu beachten ist, dass bei Nichttumorschmerz die therapeutische Breite zwischen Unter- und Überdosierung für Opioide oft wesentlich geringer ist als für Tumorpatienten. Sedierende oder kognitive Nebenwirkungen haben bei ohnehin schon diesbezüglich eingeschränkten Patienten besonders gravierende Folgen.

Manche Schmerzen, z. B. durch Spastik oder Überbeanspruchung des Bewegungsapparats, treten nur bei Belastung auf („incident pain“). Eine Dauermedikation mittels Opioiden hat oft den Nachteil, dass Schmerzspitzen nicht ausreichend gelindert werden, aber zugleich in schmerzfreien Intervallen Überdosierungserscheinungen auftreten. Wir versuchen hier auch neuere, schnell wirksame Fentanyl-Nasensprays, -Buccaltableten usw. einzusetzen, obwohl die Anwendung bei diesen Patienten „off label“ erfolgt.

Neuropathische Schmerzen werden nach anerkannten Prinzipien mit Koanalgetika (z. B. Gabapentin, Pregabalin, Amitriptylin, Nortriptylin, Venlafaxin) oder Kombinationen aus Opioiden mit Koanalgetika behandelt. Opiode mit koanalgetikaartigen Wirkkomponenten wie beispielsweise Tramadol, Tapentadol oder Levomethadon können vorteilhaft sein.

Symptombehandlung

In der palliativen Behandlung der meisten Symptome fehlen selbst für Tumorpatienten entsprechende Studien. Bei allen Symptomen soll zunächst geprüft werden, was diese für den einzelnen Patienten tatsächlich bedeuten. So finden manche Patienten eine ausgeprägte Spastik als nützlich, weil sie dadurch beispielsweise befähigt werden, auf den gelähmten Beinen zu stehen. Andere Patienten mit leichter, kaum merklicher Spastik, aber ohne Lähmung, finden diese schmerzhaft und höchst beeinträchtigend und wünschen eine Behandlung, auch wenn die Spastik bei der neurologischen Untersuchung kaum feststellbar ist.

Bezüglich des terminalen Lungenrassels ist gerade bei sterbenden Schlaganfallpatienten laut eigenen Erfahrungen die Therapie mit (N-Butyl-)Scopolamin und gleichzeitiger Flüssigkeitsrestriktion erfolgreich, wenn sie rechtzeitig begonnen wird. Das gewohnheitsmäßige, unkritische und für die Betroffenen so quälende Absaugen wird so meistens vermieden. Aus palliativer Sicht ist das Absaugen ungünstig, weil es stark belastet, die Lebensqualität einschränkt und nicht sehr effektiv

ist, denn durch den Reiz des Absaugens kann eine neuerliche Sekretproduktion begünstigt werden.

Zur Behandlung bei Dyspnoe sind Opiode nach eigenen Erfahrungen sehr erfolgreich. Das verwundert nicht, weil meist eine Hyperkapnie als Folge der reduzierten Atemarbeit (vermindertes Abatmen des Kohlendioxids) vorliegt. Opiode „ökonomisieren“ hier die Atmung und führen erst bei einer deutlich höheren Dosis zu einer Atemdepression [5]. Sauer-

stoffgaben, wie sie häufig unkritisch vorgenommen werden, trocknen den Mund aus, führen zu Durstgefühl und sind meist ineffektiv, weil häufig gar keine mangelnde Sauerstoffsättigung vorliegt. (Siehe dazu auch den Beitrag ab S. 42.)

Obstipation ist ebenfalls ein häufiges Problem. Auch hier bewähren sich Medikamente wie Macrogol oder Natriumpicosulfat, die in der Palliativbetreuung häufig eingesetzt werden, weil sie schonend sind. Übelkeit und Erbrechen werden bei

Ein Fallbeispiel

Frau W. war 93 Jahre alt und wurde wegen einer Schenkelhalsfraktur operiert. Intraoperativ erlitt sie mehrere Schlaganfälle. Im postoperativ durchgeführten Schädel-CT zeigten sich fünf Ischämiezonen. Postoperativ war ihr Bewusstsein deutlich eingeschränkt und sie zeigte eine vollständige Lähmung der linken Körperhälfte, sprach nicht, schluckte nur kleine Mengen Joghurt.

Die Patientin hatte eine Patientenverfügung erstellt, dass sie im Fall einer schweren, dauerhaften Hirnschädigung nicht künstlich ernährt werden will. Neurologischerseits wird die Prognose als ungünstig eingeschätzt. Es besteht eine Chance, dass sich Frau W. zwar stabilisiert, aber schwerste neurologische Ausfälle (Bewusstseinsstörung, Halbseitenlähmung links, Sprachstörung) dauerhaft behält. Aufgrund dieses schweren Bildes ist sowohl ein baldiges Versterben als auch ein späteres Versterben an Komplikationen wie Pneumonie, Lungenembolie usw. durchaus wahrscheinlich.

Sowohl aufgrund der Operation als auch aufgrund des Liegens mit einer Hemiplegie war zu vermuten, dass Frau W. Schmerzen hatte. Es fanden sich auch indirekte Schmerzzeichen in Form von Stöhnen. Zunächst wird in Absprache mit dem Palliativteam die postoperative Intensivüberwachung beendet und die Patientin auf die Allgemeinstation verlegt. Der Palliativkonsiliardienst begann eine intravenöse, später subkutane Analgesie mit Morphin. Darunter fanden sich keine (indirekten) Schmerzzeichen mehr.

Nun wird der mutmaßliche Patientenwille ausführlich eruiert. Der Sohn der Patienten ist sich sicher, dass sie intensivmedizinische Maßnahmen, künstliche Ernährung in dieser Situation nicht wünschen würde, aber alle Maßnahmen haben wollte, um keine Schmerzen oder andere leidvolle Symptome ertragen zu müssen. Es wird eine ethische Fallbesprechung nach dem Nijmegener Modell beantragt. Die Frage: Ist es bei Frau W. ethisch gerechtfertigt, eine PEG-Sonde zu legen? Die Fallbesprechung unter Teilnahme der behandelnden Ärzte und je eines Vertreters des Palliativteams und des Stationspflegepersonals kommt nach ausführlicher Abwägung zu dem Votum, dass eine PEG-Sonde gemäß Patientenverfügung nicht dem Willen von Frau W. entspricht. Es wird versucht, Frau W. Nahrung anzureichen (Joghurts, eingedickte Flüssigkeit) und eine gute Mundpflege durchgeführt. Absaugen wird vermieden. Butylscopolamin ist nicht erforderlich, weil keine verstärkte Schleimproduktion besteht.

Das ambulante Hospiz wird eingeschaltet und es werden regelmäßige Sitzwachen abgehalten. Der Zustand von Frau W. einschließlich zu vermutender belastender Symptome wird täglich evaluiert und die Medikation entsprechend angepasst. Nach Erhöhung der Morphindosis wegen Schmerzzeichen wird Lorazepam ergänzt, weil Frau W. – soweit beurteilbar – unabhängig von Schmerzen „unruhig“ wirkt. Der Sohn der Patienten wird täglich kontaktiert, um ihn nach beobachteten Symptomen aus der Angehörigenperspektive zu fragen, aber auch, um ihn auf seinem schwierigen Weg mit seiner Mutter zu begleiten.

Es wird vereinbart, einen Platz in einem palliativ orientierten Pflegeheim zu organisieren. Die dortigen Palliativpflegekräfte, zu denen ein Kontakt ebenso wie zu den niedergelassenen Palliativärzten über das Palliativnetz besteht, werden über die Situation umfassend informiert.

Frau W. verstirbt wenige Tage nach der Verlegung ins Pflegeheim unter Weiterführung der palliativen Maßnahmen. Der Sohn ist in aller Trauer froh, so dem Willen seiner Mutter gerecht geworden zu sein.

„Four Topic Method“ nach [15]

1. **Medizinische Indikation:**
 - a) Medizinisches Problem, Vorgeschichte, Diagnose, Prognose?
 - b) Ist das Problem akut, chronisch, kritisch, Notfallmäßig, reversibel?
 - c) Was sind die Therapieziele?
 - d) Wie sind die Erfolgsaussichten?
 - e) Was sind die Strategien bei Versagen der Therapieoptionen?
 - f) Wie kann zusammenfassend die medizinisch/pflegerische Versorgung dem Patienten helfen und wie kann Schaden vermieden werden?
2. **Wille des Patienten:**
 - a) Ist der Patient einwilligungsfähig und klar bei Verstand?
 - b) Falls einwilligungsfähig, wie ist der Wille des Patienten?
 - c) Ist der Patient ausreichend über Nutzen und Risiken aufgeklärt?
 - d) Falls nicht einwilligungsfähig: Wer kann am besten den mutmaßlichen Willen des Patienten wiedergeben? Wer ist sein Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer?
 - e) Hat der Patient früher Willensäußerungen für die Situation abgegeben? Gibt es eine Patientenverfügung?
 - f) Ist der Patient unkooperativ in medizinischen Behandlungssituationen? Warum?
 - g) Wird zusammenfassend der Patientenwille ausreichend berücksichtigt?
3. **Lebensqualität:**
 - a) Wie sind die Wahrscheinlichkeiten, wieder ein „normales“ Leben zu erlangen, mit und ohne Therapie?
 - b) Was für körperliche, psychische, soziale Einschränkungen hat der Betroffene zu erwarten?
 - c) Gibt es Vorurteile, die die Evaluation der Lebensqualität des Betroffenen beeinflussen?
 - d) Ist der aktuelle oder zukünftige Zustand für den Patienten nicht wünschenswert?
 - e) Gibt es Therapiebeschränkungen?
 - f) Wie kann seine/ihre Lebensqualität verbessert werden?
 - g) Welche palliativen Maßnahmen sind sinnvoll?
4. **Kontext:**
 - a) Wird die Entscheidung durch Familienangelegenheiten beeinflusst?
 - b) Wird die Entscheidung durch Teamangelegenheiten beeinflusst?
 - c) Wird die Entscheidung durch ökonomische Faktoren beeinflusst?
 - d) Wird die Entscheidung durch religiöse/kulturelle Faktoren beeinflusst?
 - e) Wird die ärztliche Schweigepflicht verletzt?
 - f) Wie beeinflusst die Rechtslage die Entscheidung?
 - g) Wird die Entscheidung durch Forschungs- oder Ausbildungsinteressen beeinflusst?
 - h) Gibt es Interessenskonflikte bei den Beteiligten?

(mutmaßlichen) Willen. Dieser Dialog wird, falls der Betroffene nicht mehr selbst entscheiden kann, mit Angehörigen, Betreuern und Vorsorgebevollmächtigten geführt. Es sollte dabei gezielt nicht nach den Wünschen der Angehörigen gefragt werden, sondern danach, was nach Meinung der Angehörigen der Betroffene aktuell mutmaßlich selbst entscheiden würde. Durch diese andere Fragetechnik sollten (und können vielleicht tatsächlich) Schuldgefühle, nämlich durch die stellvertretende Entscheidung, den Tod des Betroffenen verschuldet zu haben, reduziert werden, weil ja nicht die Angehörigen, sondern der Betroffene entscheidet und die Angehörigen nur seinen mutmaßlichen Willen wiedergeben.

Patientenverfügungen sind zunehmend verbreitet und liegen daher immer häufiger vor. Eine Patientenverfügung kann jedoch meist nur Anhaltspunkte liefern. Wichtig ist, dass in ihr wirklich die individuellen Haltungen, Wünsche und Lebenseinstellungen des Betroffenen klar werden und nicht nur ein Standardformular unterschrieben wurde. Die genaue Situation im Detail kann meist nicht in allen Facetten vorausverfügt werden. Deshalb ist der Dialog mit

Fazit für die Praxis

- Die palliative Betreuung sterbender Schlaganfallpatienten ist eine große Herausforderung.
- Häufige Symptome sind Schmerz, Dyspnoe und terminales Rasseln.
- Aufgrund häufiger Bewusstseinsstörungen und/oder Sprachstörungen gestaltet sich die Schmerz- und Symptomerfassung schwierig. Im einfühlsamen, körpernahen Dialogaufbau muss dem Betroffenen in einer suchenden Haltung begegnet werden.
- Die am häufigsten verwendeten Medikamente sind Metamizol, Opioide und (Butyl-)Scopolamin.
- Stellvertretend getroffene Entscheidungen können durch Modelle der Ethikberatung besser moderiert und gestaltet werden.

Schlaganfallpatienten nicht nur durch Opioide ausgelöst, sondern gerade auch durch den erhöhten Hirndruck (z. B. Raumforderung bei Schlaganfall oder Blutung). Deshalb steht dann teilweise die Therapie des Hirndrucks im Vordergrund.

Der Wille des Patienten

Ethische Entscheidungen erfordern ein entsprechendes Wissen bei den Betroffenen und Entscheidenden. Deshalb ist zunächst eine ausführliche Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen erforderlich. Dies

ist, wie eine Literaturrecherche ergab [1, 2], eine Herausforderung und keinesfalls selbstverständlich. Es gibt verschiedenste Modelle, die versuchen, die ethische Entscheidungsfindung zu strukturieren: in Fallbesprechungen, Teamsitzungen, Familiengesprächen usw. Sie können nach einer Art Checkliste helfen, den Dialog zu strukturieren und zu vermeiden, dass Wesentliches vergessen wird (z. B. die „Four Topic Method“ [15], siehe Kasten).

Vorsorgeplanung bedeutet zu allererst den Dialog über die Situation und den

den Vorsorgebevollmächtigten von entscheidender Bedeutung.

Das Behandlungsteam und die stellvertretend Entscheidenden können durch Instrumente der Ethikberatung unterstützt werden. Etablierte Modelle sind ethische Fallbesprechungen, bei denen nacheinander das ethische Problem definiert, Fakten gesammelt, ethische Gesichtspunkte reflektiert und eine möglichst gut begründete Entscheidung gefunden werden [19].

Die besondere Rolle der Angehörigen

Angehörige sind oft rund um die Uhr ohne Pausen in die Pflege ihrer Nächsten eingebunden und haben keine Zeit mehr, ihre sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Aufgrund der kognitiven Veränderungen haben sie in vielen Fällen ihren Angehörigen als kompetenten (Gesprächs- und Lebens-)Partner verloren und müssen für ihn nun stellvertretend entscheiden. Sie geraten deshalb leicht in ausgeprägte Überforderungssituationen, Einsamkeit und Burnout. Daher bedürfen sie unserer besonderen Unterstützung und Betreuung.

Literatur

- 1 Addington-Hall J et al. Symptom control, communication with health professionals and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends and others. *Stroke* 1995; 26: 2242–2248
- 2 Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26: 843–849
- 3 Aulbert E, Nauck F, Radbruch L. Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer Verlag Stuttgart, 2. Auflage 2007
- 4 Blacquiere DP et al. Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. *Can J Neurol Sci* 2009; 36: 731–734
- 5 Clemens K, Kluschick E. Diagnostik und Therapie der Atemnot in der Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2007; 8: 141–154
- 6 Ellershaw J, Murphy D (Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool). Liverpool Care Pathway of the dying patient (LCP). (Der LCP kann als PDF in verschiedenen Versionen heruntergeladen werden unter <http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm>)
- 7 Gerhard C. Palliativbetreuung bei neurologischen Erkrankungen. *Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 4/2009: 22–26
- 8 Gerhard C. Die Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen in der Palliativbetreuung im Pflegeheim. In Kostrzewa S, Gerhard C. *Hospizliche Altenpflege*. Hans Huber Verlag Bern 2010
- 9 Gerhard C. Schmerzerfassung bei fortgeschritten neurologisch Erkrankten. *Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 2/2010: 28–30

Modell zur strukturierten Betreuung sterbender Schlaganfallpatienten

1. **Einschätzung** des Schlaganfallpatienten als möglicherweise sterbend, palliativ zu betreuend (aufgrund der Klinik einschließlich Verlauf und bildgebender Befunde) durch das neurologische Team.
Frage: Welche Therapie wird angeboten?
2. **Kommunikation** mit dem Betroffenen oder Vorsorgebevollmächtigten/Angehörigen über die Diagnose, Prognose und die neurologischerseits anzubietende Therapie (durch das neurologische Team, evtl. gemeinsam mit dem Palliativteam) Erfragen von mutmaßlichen Willensäußerungen, Patientenverfügungen, Vollmachten usw.
Frage: Welche Therapieoptionen entsprechen am ehesten dem (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen? Wer darf entscheiden?
3. **Ethische Entscheidungsfindung** mit dem Betroffenen, dem Vorsorgebevollmächtigten; im Familiengespräch und/oder im Team; evtl. Einsatz von Modellen der ethischen Fallbesprechung.
Frage: Welche ethische Entscheidung ist gerechtfertigt?
4. Aktuelle **Diagnostik und Therapie** wurden **überprüft**, nicht notwendige Maßnahmen abgesetzt und vorausschauend palliative Medikamente auch als Bedarfsmedikation angesetzt nach dem DNA-Prinzip der WHO (D = durch den Mund; N = nach der Uhr; A = Analgetikaschema) möglichst oral oder subkutan.
Frage: Welche Therapie ist für den Patienten in dieser Situation angezeigt?
- 5) **Pflegerische, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse** werden mit den Betroffenen und/oder Angehörigen geklärt. Einbezug des ambulanten Hospizdienstes? Psychologische Begleitung? Seelsorgerische Unterstützung?
Frage: Welche pflegerischen, spirituellen und/oder psychosozialen Bedürfnisse bestehen?
- 6) **Kontinuierliche palliative Begleitung** in enger Absprache mit oder unter Beteiligung der Primärbehandler und zeitnahe Gespräche mit Angehörigen/Familie.
Frage: Wie geht es den Betroffenen/Angehörigen?
- 7) **Tägliche Evaluationen:** Sowohl die Prognose anhand des Verlaufs als auch die eingeschlagenen palliativen Maßnahmen werden ebenso wie die weitere Planung täglich sowohl neurologischerseits als auch aus palliativer Sicht reevaluiert und angepasst.
Frage: Wo stehen wir? Was müssen wir ändern?
- 8) **Unmittelbare Sterbephase:** Anpassung der Medikation (z. B. Medikamente gegen Russellatmung, Änderung der Symptombehandlung), Benachrichtigung von Angehörigen, Freunden, Seelsorge (Krankensalbung).
Frage: Was müssen wir ansetzen/absetzen? Welche Menschen braucht der Betroffene jetzt?
- 9) **Nach dem Tod:** Gesprächsangebote an Angehörige, Verweis auf Trauergruppen und Angebote des ambulanten Hospizes.
Frage: Was brauchen die Hinterbliebenen?

- 10 Gerhard C. *Neuro Palliative Care*. Hans Huber Verlag Bern, erscheint voraussichtlich 12/2010
- 11 Hamann G et al. *Palliative Care in Stroke*. In Voltz R et al. *Palliative Care in Neurology*. Oxford University Press, Oxford 2004
- 12 Handel E (Hrsg.). *Praxishandbuch ZOPA*. Hans Huber Verlag Bern 2009
- 13 Huseboe S, Kluschick E. *Palliativmedizin, Grundlagen und Praxis*. Springer-Verlag Berlin, 5. Auflage 2009
- 14 Jack C et al. Towards a good death: the impact of the care of the dying pathway in an acute stroke unit. *Age and Ageing* 2004; 33: 625–626
- 15 Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. McGraw-Hill Professional, New York 2002
- 16 Mazzocato C et al. The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital *European Journal of Neurology* 2009;17, 1: 73–77

- 17 Saunders C, Baines M: *Leben mit dem Sterben*. Hans Huber Verlag Bern 1991
- 18 Schlaganfallhilfe. Online Zugriff am 15. 2. 2010 über <http://www.schlaganfallhilfe.de>
- 19 Steinkamp N, Gordijn B. *Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch*. Luchterhand Verlag Neuwied 2003
- 20 Stevens T et al. Palliative Care in stroke: a critical review of the literature. *Palliative medicine* 2007; 21: 323–331

Dr. med. Christoph Gerhard
Arzt für Neurologie, Palliativmedizin und
spezielle Schmerztherapie
Oberarzt der neurologischen Klinik,
Leiter des Palliativkonsiliardienstes
Katholische Kliniken Oberhausen
Mülheimer Straße 83, 46045 Oberhausen
E-Mail: c.gerhard@kk-ob.de