

## Behandlungsstandard (SOP)

# Palliativbehandlung

### 1. Ziel und Zweck

Dieser Standard soll in der letzten Lebensphase eines Patienten mit einem sehr schweren Schlaganfall die bestmögliche Lebensqualität und ein Sterben in Würde sicherstellen.

### 2. Geltungsbereich

Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

### 3. Verantwortlichkeit

Ärzte und Ärztinnen der Klinik für Neurologie

### 4. Abkürzungen

CT	Computertomographie
MRT	Magnetresonanztomographie
SOP	Standard Operating Procedure

### 5. Hintergrund

#### 5.1 Entscheidung zur palliativen Behandlung

Wiederholte ärztliche Untersuchungen in Verbindung mit technischen Zusatzuntersuchungen (CT/MRT) erlauben heute oft bereits innerhalb der ersten Behandlungstage nach einem Schlaganfall Patienten zu identifizieren, die trotz maximaler intensiver oder intensivmedizinischer Behandlung in der akuten Phase des Schlaganfalls dauerhaft schwere Folgeschäden und eine bleibende schwere Behinderung davontragen werden. Viele Patienten haben, sei es in Form einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht, für eine derartige Situation bereits eine Entscheidung getroffen, welche Therapien sie wünschen bzw. nicht (mehr) wünschen. Diese Willensäußerung des Patienten, durch ihn selbst oder einen Angehörigen übermittelt, ist für die Einleitung oder Nicht-Einleitung von Therapiemaßnahmen im Anschluss an die Notfallbehandlung bei bzw. unmittelbar nach der Aufnahme in das Universitätsklinikum Magdeburg maßgeblich.

#### 5.2 Sterbephase

Eine trotz Notfallbehandlung andauernde oder sekundär einsetzende und andauernde, nicht durch Medikamente induzierte Bewusstlosigkeit bei Patienten mit einem sehr schweren Schlaganfall weist auf eine vital bedrohliche Situation hin, zu deren Behandlung i.d.R. maximale intensive bzw. intensivmedizinische Maßnahmen erforderlich sind. Erfolgen diese nicht, weil z.B. der Patient in einer derartigen Situation diese nicht (mehr) wünscht, so kann die Bewusstseinsstörung als Ausdruck des Beginns der Sterbephase angesehen werden. Als Sterbephase werden dabei die letzten drei bis sieben Tage des Lebens bezeichnet, die mit einer progredienten Einschränkung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch eine Erkrankung einhergehen. In dieser letzten Lebensphase sollten sich

alle durchgeführten Maßnahmen am Ziel orientieren, die bestmögliche Lebensqualität und ein Sterben in Würde zu erreichen.

### 5.3 Maßnahmen in der Sterbephase

Eingeleitete Maßnahmen sollen den Sterbevorgang weder beschleunigen noch hinauszögern und sich an den Bedürfnissen des Sterbenden und an den von ihm z.B. in einer Patientenverfügung geäußerten Wünschen orientieren. Dies umfasst auch eine seelsorgerische Begleitung. Den Angehörigen soll eine sich an den Umständen und an ihren Wünschen orientierende Sterbebegleitung ermöglicht werden. Die Unterbringung des Sterbenden in einem Einzelzimmer sollte angestrebt werden.

Die Weitergabe oder Neuansetzung von Medikamenten wird nur dann empfohlen, wenn sie das Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität in der Sterbephase fördert. Dies umfasst vor allem Opiode, Anticholinergika, Antipsychotika und Benzodiazepine, ggf. auch parenteral verabreicht. Medikamente, die in anderen Phasen des Lebens sinnvoll waren wie z.B. Antibiotika, Antithrombotika, Antidiabetika, Diuretika, Kardiaka oder auch Sauerstoff, werden in der Sterbephase nicht mehr empfohlen.

Die künstliche Flüssigkeits- (seltener auch Nahrungs-)zufuhr wird von Patienten und Angehörigen oft positiv bewertet und ist eine häufig geübte Praxis. Da sie jedoch nicht zur Besserung von bei Sterbenden auftretenden Symptomen (inklusive einer Mundtrockenheit) beitragen, aber mit Nebenwirkungen wie einem peripheren oder Lungenödem assoziiert sein können, werden die Fortführung oder der Beginn einer künstlichen Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr nicht empfohlen.

Weiterhin wird empfohlen, pflegerische (z.B. Lagerung zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe), physiotherapeutische und logopädische Maßnahmen, die nicht dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität in der Sterbephase dienen, einzustellen bzw. nicht zu beginnen. Gleiches gilt für die Messung und Dokumentation kardiovaskulärer Monitoringparameter wie z.B. Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Sauerstoffättigung und Körpertemperatur.

#### 5.3.1 Schmerzen

Die Beurteilung des Vorliegens von Schmerzen und deren Intensität kann bei dem i.d.R. bewussten Schlaganfallpatienten schwierig sein und ist klinisch anhand z.B. einer motorischen Unruhe, eines Schwitzens, einer Tachypnoe oder entsprechender Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen abzuschätzen. Ausreichend dosierte, stark wirksame Opiode wie Morphin werden beim Vorliegen von Schmerzen als Medikamente erster Wahl empfohlen.

#### 5.3.2 Atemnot

Die Beurteilung, ob ein Patient Atemnot hat, soll ebenfalls anhand klinischer Zeichen wie einer Zyanose, körperlichen Zeichen einer Anstrengung, einer motorischen Unruhe, Tachypnoe und eines Schwitzens erfolgen. Zur Linderung einer Atemnot werden Opiode als Mittel der Wahl empfohlen. Nicht empfohlen wird die Gabe von Sauerstoff.

#### 5.3.3 Unruhezustände

Unruhezustände können Ausdruck von Schmerzen und/oder einer Atemnot sein, sodass beim (vermuteten) Vorliegen dieser Ursachen eine kausale Therapie empfohlen wird (s.o.). Bei nicht-komatösen Patienten können Unruhezustände zudem die Folge von Angst oder eines Verwirrtheits-

zustandes/eines Delirs sein. In dieser Situation wird die Gabe von Benzodiazepinen bzw. Neuroleptika empfohlen.

#### 5.3.4 Rasselatmung

Ein verminderter Husten- und Schluckreflex mit reaktiver Schleimansammlung in Larynx bzw. Pharynx in Verbindung mit einer Erschlaffung der Pharynxmuskulatur mit konsekutiver relativer Einengung der Atemwege führt zu dem in der Sterbephase charakteristischen rasselnden Atemgeräusch. Nimmt dies ein belastendes Ausmaß an, werden geeignete Lagerungsmethoden zur Sekretmobilisation und zum Sekretablauf sowie der Einsatz von Anticholinergika empfohlen. Nicht empfohlen werden eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und ein Absaugen des Sekrets bei Patienten, die nicht tracheotomiert oder endotracheal intubiert sind.

#### 5.3.5 Epileptische Anfälle

Fokale Hirnparenchymschäden wie ein Hirninfarkt oder eine Hirnblutung als Ursachen eines Schlaganfalls können zu epileptischen Anfällen führen. Beim Auftreten derartiger Früh- (Immediat-)anfälle wird eine antikonvulsive Medikation empfohlen.

#### 5.3.6 Mundtrockenheit

Bei einer belastenden Mundtrockenheit wird eine regelmäßige Mund- und Lippenpflege mit Befeuchtung der Lippen und der Mundschleimhaut empfohlen. Nicht empfohlen wird eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, da diese die Mundtrockenheit nicht lindert.

## 6. Durchführung

Zur Therapie der unter 5.3.1 bis 5.3.5 genannten möglichen Symptome bei Schlaganfallpatienten in der Sterbephase werden folgende Medikamente und Dosierungen empfohlen:

Symptom	Medikation zur Symptomkontrolle
Schmerzen	GFR $\geq$ 60 ml/min: Morphin [2,5]5-10 mg s.c. alle 4-6 Std. GFR < 60 ml/min: Hydromorphon (Palladon®) 1-2 mg s.c. alle 4-6 Std.
Atemnot	GFR $\geq$ 60 ml/min: Morphin [2,5]5-10 mg s.c. alle 4-6 Std. GFR < 60 ml/min: Hydromorphon (Palladon®) 1-2 mg s.c. alle 4-6 Std.
Unruhezustand	Aufgrund von Schmerzen bzw. Atemnot: Siehe oben Aufgrund von Angst: Clonazepam (Rivotril®) 0,5-1 mg i.v. 3x tgl. Aufgrund von Delir: Haloperidol (Haldol®) 0,5-1 mg s.c. 3x tgl.
Rasselatmung	Scopolamin 0,5-1 mg s.c. alle 4-6 Std. Butylscopolamin (Buscopan®) 20 mg s.c. alle 4-6 Std.
Epileptischer Anfall	Clonazepam (Rivotril®) 0,5-1 mg i.v. 3x tgl.

## 7. Mitgeltende Unterlagen

Keine.

## 8. Referenzen

Hense J, Przyborek M, Rosenbruch J, Ostgathe C, Wolf C, Bogner S. SOP – Subkutane Medikamentengabe und Infusionen in der erwachsenen Palliativmedizin. Onkologe 2017; DOI 10.1007/s00761-017-0247-1

**Universitätsklinik für Neurologie**

Klinikdirektor: Univ.-Prof. Dr. med. A. Haghikia

Version: 07/2022

Seite 4 von 4

Dokument: SOP Palliativbehandlung.docx

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> Zugriff am: 05.07.2021)