

**Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3**Unterstützung und Begleitung des sterbenden Menschen und  
seiner Angehörigen **in den letzten Tagen oder Stunden seines Lebens**

Klinikabteilung/Station \_\_\_\_\_ Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_

Patientenname/Geb.-Datum \_\_\_\_\_

relevante Diagnosen \_\_\_\_\_

**Erkennen der Sterbephase****Kriterien für den Eintritt in die Sterbephase** (in Zusammenschau mit der Krankheitsgeschichte)

- Reversible Ursachen für die Zustandsverschlechterung wurden berücksichtigt?  ja  
(z.B. Opioidnebenwirkungen, Nierenversagen, Hyperkalzämie, Infektion o.ä.)
- zunehmende Schwäche  Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Veränderung des Bewusstseins  Verwirrtheit
- Zunehmende(r) Funktionsverlust/Hilfebedürftigkeit/Immobilisation
- Veränderung der Emotionen (z.B. zunehmende Angst und Unruhe)
- Veränderung der Atmung (z.B. Rasselatmung, verändertes Atemmuster)
- Hautveränderungen
- Zunehmende Schluckbeschwerden (z.B. orale Medikamenteneinnahme wird schwieriger)
- Verlust des Interesses an Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr
- Intuition der an der Behandlung Beteiligten
- andere Zeichen:

*siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Tumorerkrankung***Nach einer umfassenden Einschätzung durch das interprofessionelle Team wurde die Entscheidung zur Anwendung der Handlungsempfehlung Sterbephase getroffen:**

Datum/Uhrzeit des Beginns \_\_\_\_\_

Name (Arzt)/Unterschrift \_\_\_\_\_

Name (Pflegekraft)/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Neubeurteilung durch das Behandlungsteam (alle drei Tage):**

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Datum/ Uhrzeit Beendigung «Anwendung HES» (Pt. nicht mehr als sterbend eingeschätzt):**

Name (Arzt)/Unterschrift \_\_\_\_\_

Begründung \_\_\_\_\_



**Basisinformation**

**Symptome/Beschwerden bei Ersteinschätzung**

Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Luftnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Obstipation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diarrhoen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Urinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Juckreiz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ödeme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rasselatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Pat. ist komatös	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wunde/Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kommentar/Informationen:

DNR/DNI- Anordnung liegt vor  ja nein  
 Vorsorgevollmacht liegt vor  ja  nein  
 Patientenverfügung liegt vor  ja nein  
 gesetzl. Betreuung liegt vor  ja  nein

**Medikation**

Die **aktuelle Medikation ist geprüft** und **unnötige Medikamente** sind abgesetzt  ja  nein  
**Material** zur **subkutanen** oder intravenösen **Medikamentenapplikation** ist vorhanden  ja  nein

**Vorausschauende Verordnung von Bedarfsmedikamenten** für belastende Beschwerden in der Sterbephase (Therapieempfehlung siehe Anhang!) ist erfolgt für:

Schmerzen                       Luftnot                       Übelkeit/ Erbrechen   
 Unruhe                       Rasselatmung                       andere:

**Hinweis zur Medikamentenapplikation:** Medikamente, die zur Symptomlinderung in der Sterbephase wichtig sind wie z.B. MSI, Hydromorphon, Midazolam, Metoclopramid, Metamizol, Butylscopolamin und Haloperidol, können (z.T. im Off-Label-Use) subkutan verabreicht werden! Beratung durch das Palliativteam möglich!

**Medizinische Maßnahmen**

Laborkontrollen	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Flüssigkeitsgabe (i.v./PEG/s.c)	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
BZ-Kontrolle	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Thromboseprophylaxe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
O <sub>2</sub> -Gabe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Vitalzeichen-Kontrolle	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt
Ernährung (i.v./PEG)	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt	Intravenöse Antibiotikagabe	<input type="checkbox"/> abgesetzt	<input type="checkbox"/> fortgeführt

**Hinweis:** Antikoagulantien (AK) können bei den meisten Patienten in der Sterbephase abgesetzt werden. In Abhängigkeit von der Indikation (z.B. bei VHF, frischer LE oder TVT) kann es in der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung sinnvoll sein, die AK erst abzusetzen, wenn der Patient komatös ist und die Beschwerden durch ein thrombembolisches Ereignis für ihn keine Belastung mehr darstellen!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin



Patientenetikett

## Handlungsempfehlung Sterbephase

### Angehörige/Nahestehende

**1. Kontaktperson**, Kontaktaufnahme gewünscht  jederzeit  nicht in der Nacht

Name, Beziehung zum Pat., Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Kontaktperson**, Kontaktaufnahme gewünscht  jederzeit  nicht in der Nacht

Name, Beziehung zum Pat., Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angehörige wurden über **Besuchszeiten, Übernachtungsmöglichkeiten**  ja  nein  
und weitere **unterstützende Angebote** informiert

**Es wurden folgende Bereiche/Belange erfragt bzw. erfasst**  ja  nein

• betroffene Kinder • Einbindung der Angehörigen in die Pflege • kulturelle/spirituelle Bedürfnisse • Bedürfnisse von Angehörigen

Besteht **Bedarf an Unterstützung** durch andere Professionelle  ja  nein

• Religionsvertreter • Seelsorgende • Sozialarbeiter • Psychologe • Dolmetscher

Kommentar/Informationen:

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/der Ärztin



## Betreuung nach dem Tod

Tod eingetreten

Datum:

Uhrzeit:

Zum Zeitpunkt des Versterbens anwesend

- Angehörige
- Pflegekraft
- Arzt
- andere
- Patient verstarb alleine

Folgende Personen/Institutionen sind über das Versterben informiert:

- Angehörige  ja  nein
- Hausarzt  ja  nein
- Ambulanter Hospizdienst/SAPV  ja  nein

### Kommentar/Informationen:

- Die Möglichkeit eines Abschieds begleitet durch die Seelsorge wurde angeboten:  ja  nein
- Dieses Angebot wurde von den Angehörigen angenommen:  ja  nein
- Bei Inanspruchnahme des Angebotes wurde die Seelsorge informiert:  ja  nein

Die Angehörigen sind informiert über die weiteren formalen Abläufe:  ja  nein

**Kommentar/Information:** Üblicherweise wird der Leichnam in die hiesige Pathologie zur Aufbewahrung gebracht und kann dort vom durch die Angehörigen beauftragten Bestatter abgeholt werden. Bei Verstorbenen, die eine Feuerbestattung gewünscht/festgelegt haben, wird eine weitere Leichenschau durch einen Amtsarzt durchgeführt; hierdurch verzögert sich die Freigabe des Leichnams um einen Tag. Wichtige Papiere erhalten die Angehörigen vom Bestatter.

- Die Angehörigen haben einer Obduktion zugestimmt:  ja  nein  noch nicht geklärt
- Die Angehörigen wurden über die Möglichkeit einer Hornhautspende informiert:  ja  nein  noch nicht geklärt
- Angehörige haben der Hornhautspende zugestimmt:  ja  nein  noch nicht geklärt
- Bei Zustimmung zu einer Hornhautspende durch die Angehörigen:
  - Hornhautbank ist informiert  ja  nein
  - Formalitäten zur Hornhautspende sind erledigt  ja  nein

**Kommentar/Informationen:** Bei Verstorbenen kann bis zu 72 Stunden nach Todeseintritt die Hornhaut entnommen werden; auch wenn sie an einer Tumorerkrankung litten (Leukämien sind allerdings ausgeschlossen, genauso wie Hepatitis B & C und HIV). Die Kollegen der Hornhautbank sind erreichbar Mo – Fr von 8°-16° unter Tel.: 3319. Am Wochenende besteht Kontaktaufnahme über das Hornhautbank Handy (0162-4291213) oder über den Dienstarzt der Augenklinik.

## Medikamentöse Symptomkontrolle

Zur Linderung der häufigsten Beschwerden, die in der Sterbephase auftreten können, wurden medikamentöse Therapieempfehlungen mit Dosierungsangaben entwickelt. Dabei ist wichtig zu wissen, dass die Medikamentendosierung und das Präparat auf jeden Patienten individuell abgestimmt werden muss.

Zur Beratung bei der medikamentösen Beschwerdelinderung in der Sterbephase steht das klinikinterne Palliativteam gerne zur Verfügung! Insbesondere in den Situationen, in denen die Beschwerdelinderung schwierig ist und eine palliative Sedierung als ultima ratio in Erwägung gezogen wird, ist die frühzeitige Einbindung des Palliativteams sinnvoll und wünschenswert!

Bitte bedenken, dass bei Leber- und/oder Niereninsuffizienz sowie Kachexie o.a. Faktoren eine Dosisreduktion nötig sein kann.

Indikation in der Sterbephase	Präparatebeispiele
Starke Schmerzen	Opioide, z.B. Morphinsulfat, Hydromorphon,
Leichte bis mäßige Schmerzen	Metamizol
Luftnot	Opioide, z.B. Morphinsulfat, Hydromorphon, Benzodiazepin, z.B. Midazolam
Übelkeit	Metoclopramid, Levomepromazin, Haloperidol
Rasselatmung	Butylscopolamin
Unruhe, Agitation	Benzodiazepine, z.B. Midazolam Neuroleptika, z.B. Levomepromazin
Angst	Benzodiazepine, z.B. Midazolam
Wahnvorstellungen	Haloperidol

Viele Medikamente, die zur Beschwerdelinderung Sterbender verabreicht werden, werden außerhalb der Zulassung, also im Off-Label-Use (OLU) eingesetzt. Dies kann die Indikation, den Applikationsweg und/oder die Behandlungsdauer betreffen. Der Einsatz dieser Medikamente im OLU ist im palliativmedizinischen Versorgungssetting gängig und unabdingbar für eine angemessene Beschwerdelinderung.

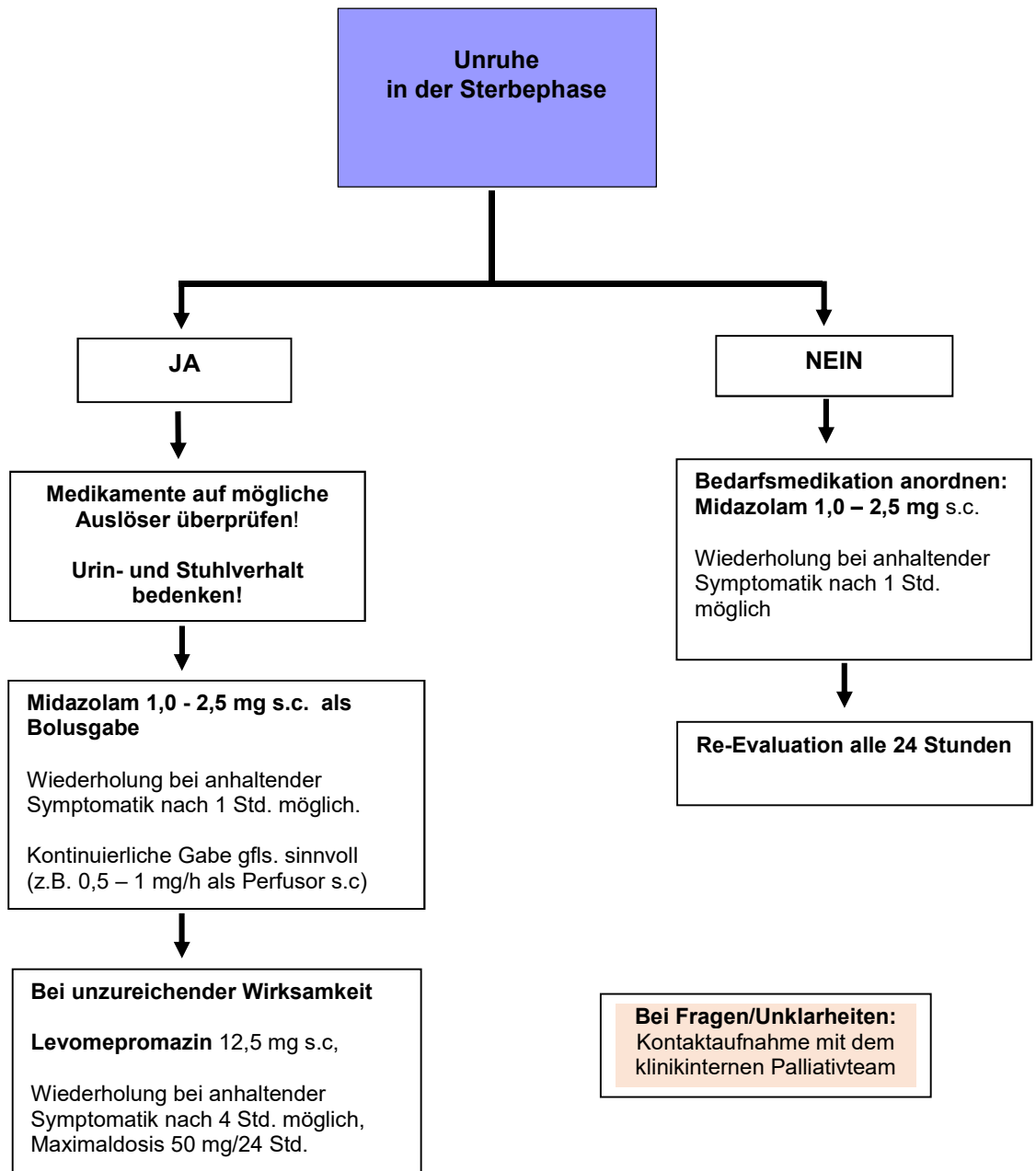
Präparat	Off-label Use in der Palliativversorgung in der Sterbephase
Morphinsulfat <small>μ-Rezeptor-Agonist</small>	Linderung von Luftnot
Hydromorphon <small>μ-Rezeptor-Agonist</small>	Linderung von Luftnot
Haloperidol <small>Starker zentraler Dopamin<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonist</small>	subkutane Applikation
Levomepromazin <small>Phenothiazin</small>	Linderung von Übelkeit, zur Sedierung bei terminaler Unruhe, subkutane Applikation
Metoclopramid <small>Zentraler &amp; peripherer Dopamin<sub>2</sub> – und Serotonin<sub>3</sub>-Antagonist, peripherer Serotonin<sub>4</sub>-Agonist</small>	subkutane Applikation, Applikationszeit länger als 5 Tage
Butylscopolamin <small>Periphere anticholinerge Wirkung</small>	Sekretionshemmung bei terminaler Rasselatmung
Midazolam <small>GABA-Rezeptor Agonisten</small>	subkutane Applikation
Metamizol <small>Reversible Hemmung der Cyclooxygenase</small>	subkutane Applikation



# Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3

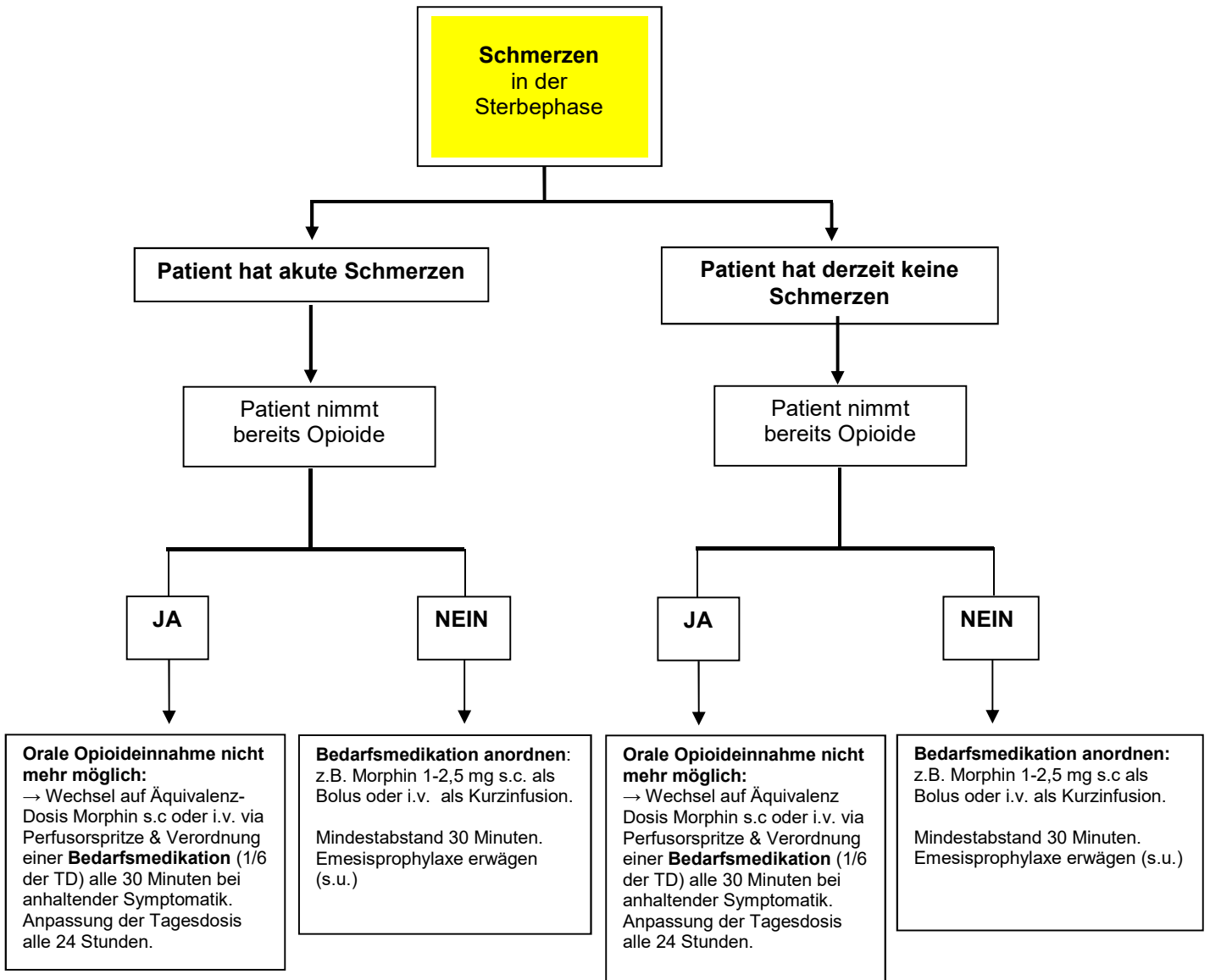
Äquianalgetische Opioiddosierung (beispielhaft): *Anpassung durch die jeweilige Institution.*

Opioid	oral	s.c. /i.v.
Morphinsulfat	60 mg	20 mg
Hydromorphon	12 mg	4 mg
Oxycodon	40 mg	20 mg
Fentanylpflaster	25 µg/h	
Buprenorphinpflaster	35 µg/h	

**Cave:**

- Nicht jede terminale Unruhe muss medikamentös behandelt werden.
- An behandelbare Ursachen denken: Harnverhalt, ggf. Kumulation von Opioidabbauprodukten bei Nieren- und/oder Leberinsuffizienz.
- Benzodiazepine bei älteren Menschen (paradoxe Reaktion & delirogene Wirkung).
- Bei Halluzinationen und/oder Alpträumen in der Sterbephase kann Haloperidol 0,5 – 1,0 mg s.c. sinnvoll sein! Tagesmaximaldosis 2,5 – 5 mg/24 Stunden.





**Transdermales Opioidpflaster** belassen aber nicht weiter steigern. Evtl. Start eines zusätzlichen Opioidperfusors s.c. oder i.v. in Abhängigkeit vom benötigten Bedarf in den letzten 24 Stunden. **Bedarfsmedikation** (1/6 der Tagesdosis) alle 30 Minuten. Anpassung der Tagesdosis alle 24 Stunden.

**Cave:**

- Bei sehr kachektischen, opioid-naiven Patienten kann eine Bedarfsmedikation von 1 mg Morphin s.c. oder i.v. bereits ausreichend wirksam sein!
- Emesisprophylaxe bei erster Opioidgabe: 3-5 Tage 10 mg MCP 1-1-1, (oder Haloperidol 0,5-1 mg, TMD 5 mg -> Off-label)
- Berechnung der benötigten Tagesdosis nach 24 Stunden, ggf. abgerufene Bedarfsmedikation in Basismedikation umlegen
- Keine Opioid-Rotation ohne Dosisreduktion!

# Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3

Patientenetikett

**Atemnot  
in der  
Sterbephase**

**Patient hat akute  
Atemnot**

**Patient hat derzeit keine  
Atemnot**

**Patient nimmt bereits  
Opioide**

**Patient nimmt bereits  
Opioide**

**Ja**

**Nein**

**Ja**

**Nein**

**Leichte/ mittelgradige  
Luftnot**  
1/6 - 1/10 der TD Morphin  
s.c./i.v.\*

**Schwere Luftnot**  
1/6 der TD Morphin s.c.  
/i.v.\*in Kombination mit  
Midazolam 1-2,5 mg s.c./i.v.  
sinnvoll (anxiolytisch)!

Mindestabstand 20 Minuten

**Leichte/ mittelgradige  
Luftnot**  
z.B. 1 – 2,5 mg Morphin  
s.c./i.v.\*

**Schwere Luftnot**  
z.B. 1 - 2,5 MSI s.c. in  
Kombination mit Midazolam  
1 – 2,5 s.c./i.v.\* sinnvoll  
(anxiolytisch)!

Mindestabstand 20 Minuten

**Anordnung einer  
Bedarfsmedikation:**  
**Leichte/ mittelgradige  
Luftnot**  
1/6 -1/10 der TD Morphin  
s.c./i.v.\*

**Schwere Luftnot**  
1/6 der TD MSI s.c. /i.v.\*in  
Kombination mit Midazolam  
1 – 2,5 mg s.c./i.v.\* sinnvoll  
(anxiolytisch)!

Mindestabstand 20 Minuten

**Anordnung einer  
Bedarfsmedikation:**  
**Leichte/ mittelgradige  
Luftnot**  
z.B. 1 – 2,5 mg Morphin  
s.c./i.v.\*

**Schwere Luftnot**  
z.B. 1 – 2,5 mg MSI s.c./i.v.\* in  
Kombination mit Midazolam  
1 – 2,5 mg s.c./i.v.\* sinnvoll  
(anxiolytisch)!

Mindestabstand 20 Minuten

\*i.v.Gabe von Morphinsulfat und Midazolam sollte als Kurzinfusion erfolgen.

**Bei unzureichender  
Beschwerdelinderung:**  
Kontaktaufnahme mit dem Dienstarzt  
und/oder dem klinikinternen Palliativteam

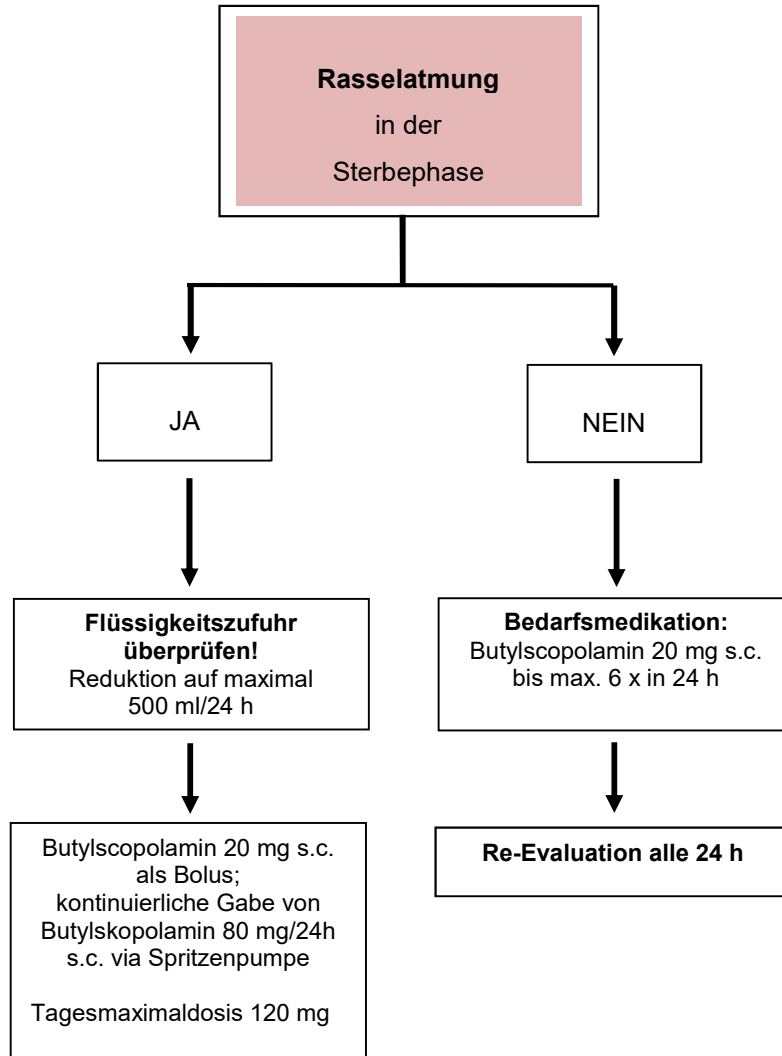
Eine **ursächliche Behandlung der Dyspnoe** ist in diesen Empfehlungen **nicht enthalten** (Diuretika, Reduktion des Volumens), muss aber immer in Erwägung gezogen werden!

### Allgemeine Hinweise:

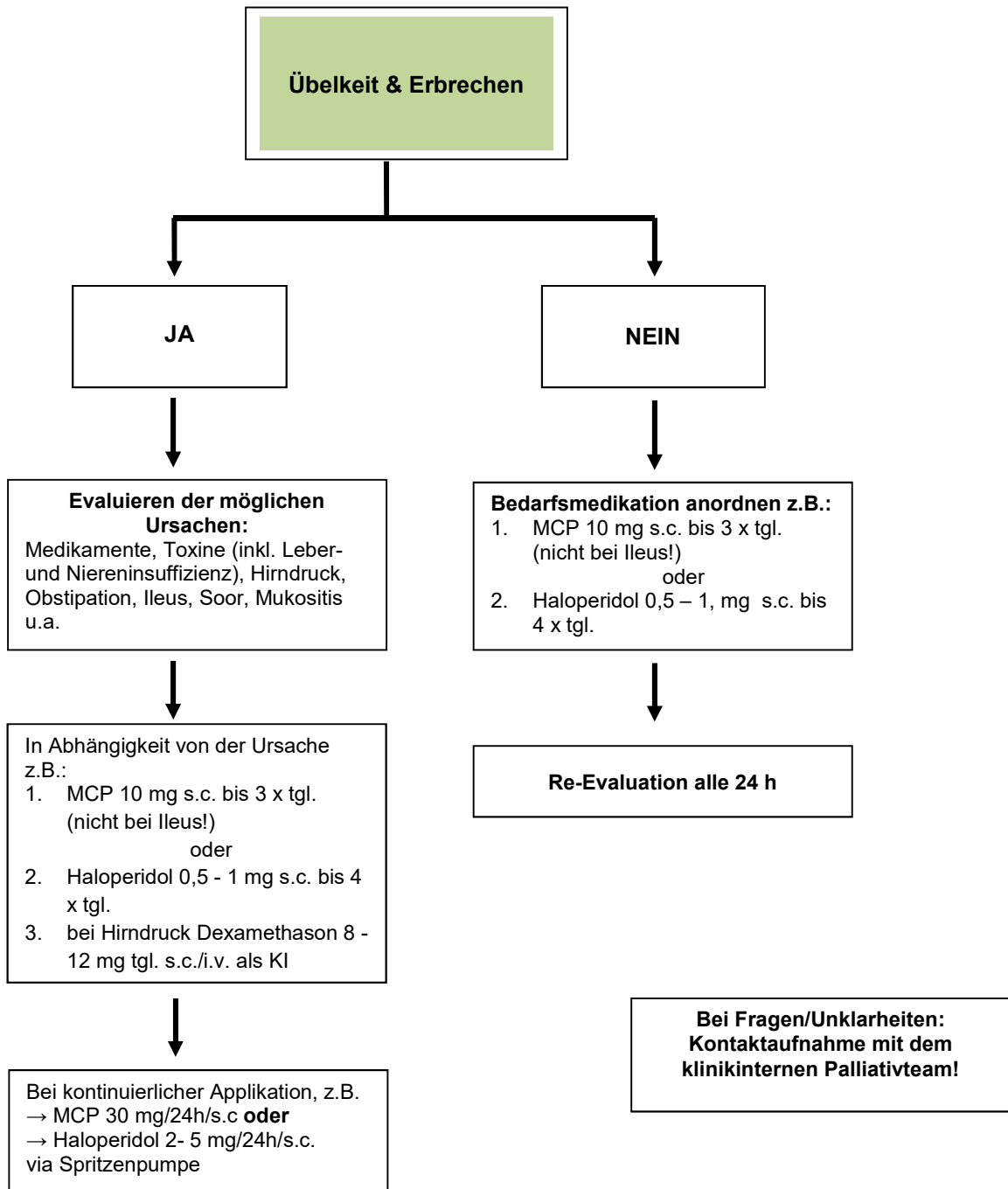
In der Sterbephase steht das subjektive Empfinden des Patienten im Vordergrund. Opioide sind das Mittel der Wahl zur Linderung von Luftnot; auch bei Patienten mit COPD!

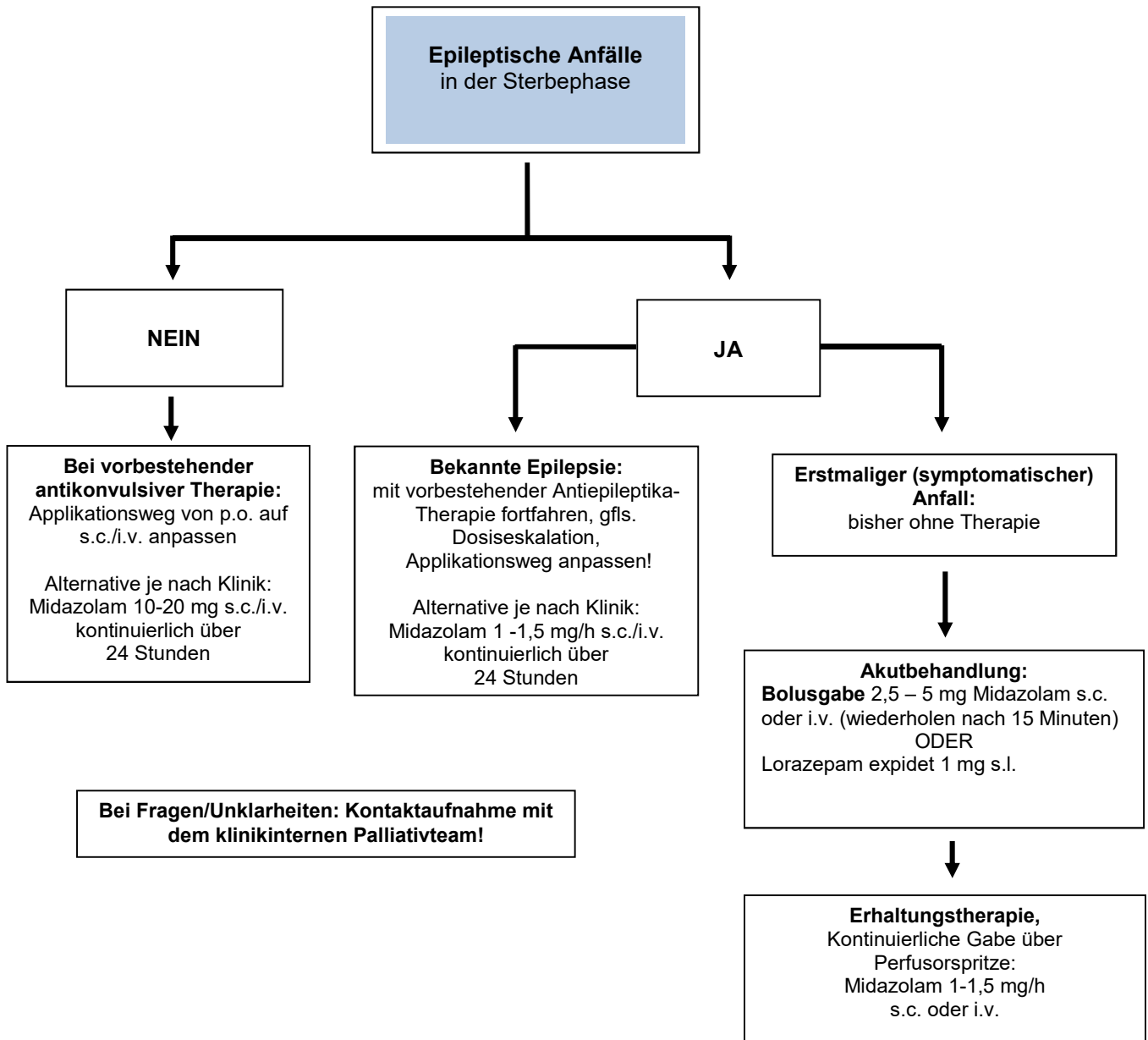
Hoher Stellenwert der nicht-medikamentösen Maßnahmen:

1. Betroffene nicht alleine lassen und Ruhe bewahren
2. Zufuhr von Frischluft (offenes Fenster, Handventilator) oder Sauerstoff.

**Allgemeine Hinweise:**

- Seitlagerung des Kopfes, damit das Abfließen des Sekretes begünstigt wird.
- Das Absaugen wird im Allgemeinen nicht empfohlen, da es den Patienten sehr belastet und es v.a. durch den wiederholten Reiz zu einer Steigerung der Sekretion kommt. Bei sichtbarem Sekret im oberen Teil des Rachens kann ein Versuch gemacht werden.
- Die hemmende Wirkung von Anticholinergika auf die Bronchialsekretion wirkt sich erst nach einigen Stunden auf das klinische Phänomen der Rasselatmung aus. Daher ist ein frühzeitiger Einsatz sinnvoll. Nebenwirkung der Anticholinergika ist Mundtrockenheit; daher auf intensive Mundpflege achten. (Angehörige übernehmen dies meist gerne!)





**Allgemeine Hinweise:**

Patienten, die als antiepileptische Therapie bisher Levetiracetam eingenommen haben, können dies auch s.c. als Dauerinfusion via Perfusor erhalten. Hier kann die zuvor oral eingenommene Dosis in mg in 50 ml NaCl 0,9% über 24 Stunden subkutan verabreicht werden.  
Rémi C., J Pain Palliat Care Pharmacother., 2014  
Sutherland AE, BMJ Support Palliat Care, 2018



**Verlaufsdokumentation**

Legende: P= Problem  
φ = kein Problem erkennbar

Symptomerfassung	Datum												
	Uhrzeit												
<i>Erfassung alle 4 Stunden</i>													
<b>Schmerzen</b> *nonverbale Äußerungen beachten, nicht medikamentöse Maßnahmen erwägen													
<b>Luftnot</b> *subjektives Gefühl unabhängig von der peripheren O <sub>2</sub> -Sättigung													
<b>Übelkeit</b> *opioidbedingt?													
<b>Erbrechen</b>													
<b>Rasselatmung</b> *Flüssigkeitszufuhr reduzieren, Lageänderung													
<b>Mundpflege</b> * Angehörige anleiten, wenn von ihnen gewünscht, Mundtrockenheit, Ulzera, Zungenbelag													
<b>Flüssigkeit</b> wird dem Patienten nach Bedarf angeboten													
<b>Miktion</b> * DK bei Harnverhalt													
<b>Stuhlgang;</b> abführenden Maßnahmen nach klinischer Abwägung													
<b>Angst</b>													
<b>Unruhe</b> *Harnverhalt? Stuhldrang?													
<b>Verwirrtheit</b>													
<b>Myoklonien</b> *Opioid-Nebenwirkung?													
<b>Haut</b> ( ) Wundversorgung siehe Protokoll													
<b>Sicherheit der Medikamentengabe</b> alle Applikationswege geprüft?													
Patientenwünsche bzgl. der <b>Körperhygiene</b> wurden erfasst, (J= ja/N= nein)													
Umgebung ist an die <b>Patientenbedürfnisse</b> angepasst, z.B. Intimsphäre, Klingel in Reichweite etc.													
Für das <b>psychische und spirituelle Wohlbefinden des Patienten</b> ist gesorgt													
Für das <b>Wohlbefinden der Angehörigen</b> ist gesorgt													
<b>Insgesamt ruhige Sterbesituation</b> (J= ja/N= nein)													
<b>Andere:</b>													

Patientenetikett
------------------

# Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3

**Information:**

Bei der Betreuung Sterbender ist es wichtig existenzielle, spirituelle und kulturelle Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen/Nahestehenden zu erfassen und zu dokumentieren. Das **multiprofessionelle Team** (Pflege, Ärzte, Seelsorge, Physiotherapie, Psychoonkologie) kann hier eine wichtige unterstützende Rolle einnehmen.

**Verlaufsdokumentation (pro Schicht ein Eintrag)**

Datum	Uhrzeit		Signatur