

Leitfaden zur Versorgung in der Sterbephase

- Die Anwendung des Leitfadens setzt voraus, dass eine Therapiezieländerung beschlossen wurde und der Beginn der Sterbephase angenommen wird. Der Zustand der*des Patient*in sowie die Inhalte des Leitfadens müssen regelmäßig (**mind. täglich**) re-evaluiert werden.
- Ziel der Versorgung in der Sterbephase ist es, bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Die Begleitung umfasst sowohl Patient*innen als auch ihre An- und Zugehörigen (im Weiteren als Angehörige bezeichnet) und soll sich an deren individuellen Bedürfnissen orientieren.
- Der Leitfaden ersetzt weder die Eigenverantwortung noch die Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Behandelnden.
- Verantwortlich für die Umsetzung sind die in Klammern genannten Versorgenden:
A = Ärzt*innen, **P** = Pflegende; **T** = gesamtes Team (inkl. Patientenservice)

Inhalt

1. Information und Dokumentation im Team (A, P).....	2
2. Information und Aufklärung von Patient*innen und Angehörige	2
3. Wünsche von Patient*innen und Angehörigen	4
4. Medikation und Anordnungen	5
5. Pflegerische Maßnahmen.....	8
6. Symptom- und Comfort-Assessment	9
7. Beatmung	9
8. Nach dem Tod	10
9. Rahmenbedingungen.....	11
10. Externe Unterstützung und wichtige Kontakte	12

Hinweise zur Anwendung

- Die Gliederung des Leitfadens orientiert sich an der Gliederung des Begleitbogens und gibt zu den jeweiligen Punkten weitergehende Informationen.
- In der elektronischen Version sind **blau** markierte Stellen verlinkt und können über STR + Klick aufgerufen werden. Alle Quellen sind mit Nummern versehen und im Literaturverzeichnis aufgelistet. Die Quellen sind in ausgedruckter Version an der jeweiligen Zentrale hinterlegt. Die genannten Bücher sind im Aufenthaltsraum deponiert.
- Konkrete Kommunikationshilfen sind in den blauen Kästen zu finden.
- Die Themen „Medikation und Anordnung“ sowie „Pflegerische Maßnahmen“ enthalten farblich markierte Kästen:
 - **Rot:** Die Maßnahmen sollen abgesetzt werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht
 - **Grün:** Bedarf für die Maßnahmen ist zu prüfen und ggf. soll die Maßnahme angesetzt/durchgeführt werden

1. Information und Dokumentation im Team (A, P)

Alle informiert, dass Patient*in als sterbend eingeschätzt wird?

Alle Mitarbeitende, die in dem Zimmer der*des sterbenden Patient*in tätig sind, sollen informiert werden, wenn der Beginn der Sterbephase angenommen wird. Folgende Gruppen sollen berücksichtigt werden:

- Versorgende: Pflegende, Ärzt*innen, Therapeut*innen, psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialdienst, Case Management)
- Seelsorge
- Patientenservice
- Reinigungskräfte
- Student*innen, Schüler*innen
- Ehrenamtliche (Grüne Damen und Herren)
- Konsildienste

Therapiezieländerung und Sterbephase dokumentiert?

Therapieentscheidungen und relevante Aspekte der Versorgung müssen für das gesamte Team nachvollziehbar dokumentiert und kontinuierlich re-evaluiert werden.

2. Information und Aufklärung von Patient*innen und Angehörige

Gespräche mit Patient*in/Angehörigen über zu erwartenden Tod geführt?

Patient*innen und ggf. Angehörige sollen einfühlsam über den zu erwartenden Tod informiert werden. Die Gespräche werden durch den behandelnden Arzt geführt und sollen, wenn möglich, **multiprofessionell** stattfinden. Dabei ist folgendes relevant:

- Auf entsprechende Rahmenbedingungen achten: z.B. Privatsphäre herstellen, hinsetzen, Blickkontakt ermöglichen, Störungen vermeiden
- Ggf. für Übersetzung sorgen (z.B. durch andere Teammitglieder, Angehörige, UKK Übersetzer*in)
- Wahrnehmung bzw. Wissensstand der Patient*in/Angehörigen einholen mittels offener Fragen
- Für umfassendes Verständnis der Situation sorgen sowie realistische und ehrliche Informationen vermitteln
- Allgemein verständliche Sprache nutzen
- Nachfragen, ob alles verstanden wurde und ggf. wiederholen
- Reaktionen, Schweigen und Gefühle zulassen
- Nachfragen, ob Patient*in/Angehörige sich für Besprechung weiterer Schritte in der Lage fühlt

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: HES Pocketcard [1]):

„In den letzten Tagen hat sich Ihr Zustand leider weiterhin verschlechtert. Wir machen uns große Sorgen, dass sich Ihr Körper nicht wieder erholt, sondern weiter schwächer wird. Wie sehen Sie Ihre Situation?“

„Möchten Sie unsere Einschätzung hören?“

„Unserer Einschätzung nach bleibt Ihnen weniger Zeit als wir vor einigen Tagen noch dachten.“

„Wir halten es für möglich/wahrscheinlich, dass Sie in den nächsten Tagen versterben könnten“

„Es tut mir sehr leid Ihnen dies so mitteilen zu müssen“.

„Darf ich mit Ihren Angehörigen ebenfalls so offen über Ihren Zustand sprechen?“

„Ich wünschte, ich hätte bessere Nachrichten für Sie“

Dabei kann es herausfordernd sein, Kommunikationsmuster von Patient*innen und Angehörigen zu erkennen. Manchen macht es Angst, über alles zu sprechen, andere sind dankbar alles zu erfahren. Um die Bedürfnisse nach Informationen zu erkennen, können offene Fragen hilfreich sein.

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: *HES Alpha NRW* [2])

„Was benötigen Sie jetzt?“

„Was möchten Sie wissen?“

„Gibt es etwas, was wir im Moment für Sie tun können?“

„Gibt es etwas, was keinesfalls geschehen darf?“

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zu Kommunikation am Lebensende auf der Intensivstation:

- *Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation* [3]
- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 3 – Arbeitstechniken, 3.1 Kommunikation, S. 46-89* [4]

Patient*in/Angehörige über möglichen Verlauf der Sterbephase und Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt?

Aufklärung über möglichen Verlauf:

Patient*innen und Angehörige sollen über den Krankheitsverlauf, Symptome, Prognose und Zustandsveränderungen in der Sterbephase informiert werden. Dabei ist Folgendes relevant:

- Regelmäßige und zeitnahe Information sicherstellen, damit Patient*innen und Angehörige selbst Entscheidungen treffen können (z.B. Anwesenheit bei Versterben)
- Auf Wortwahl achten: z.B. „Rasselatmung“/„geräuschvolle Atmung“ statt „finales Rasseln“
- Über mögliche Zustandsveränderungen aufklären: z.B. Atmung, Bewusstsein, Allgemeinzustand

Auch Veränderungen im Behandlungsplan sollen angekündigt und erläutert werden, um Verunsicherung zu vermeiden (z.B. ausreichend Aufklärung im Entscheidungsprozess zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr)

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: *HES Pocketcard* [1]):

„Damit Sie mehr Ruhe finden können, werden wir nicht mehr täglich bei Ihnen Blut abnehmen/nicht mehr so oft den BZ messen/etc.“ Wir entscheiden mit Ihnen von Tag zu Tag, was wir benötigen, um Sie gut versorgen zu können“

Aufklärung über Unterstützungsmöglichkeiten:

Für Patient*innen und Angehörige ist es wichtig, wie mögliches Leiden in der Sterbephase gelindert werden kann. Dazu zählen einerseits Informationen über medizinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten. Andererseits können folgende externe Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden (Kontaktaten siehe Tabelle S. 12-14):

- katholische/evangelische Seelsorge
- Palliativdienst
- Hospizhelfer*innen
- Psychologische Unterstützung
- Trauerberatung
- Selbsthilfegruppen

3. Wünsche von Patient*innen und Angehörigen

Über Wünsche, Fragen und Unterstützungsbedarf gesprochen?

Patient*innen:

Die Bedürfnisse der Patient*innen stehen im Mittelpunkt der Versorgung und finden u.a. anhand folgender Aspekte Beachtung:

- Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, DNR/DNI klären
- Über spirituelle Wünsche sprechen, v.a. Bedarf nach Seelsorge (bzw. Iman, Rabbiner, etc.):
 - existenzielle Fragestellungen
 - religiöse Aspekte und Grundlagen
- Auf kultursensiblen Umgang achten
- Sterbende benutzen teilweise bildhafte Sprache (z.B. Koffer packen): vorsichtig deuten
- Bei eingeschränkter/fehlender Kommunikationsfähigkeit: auf nonverbale Zeichen achten

Bedürfnisse sollen durch das gesamte Team erfragt werden (z.B. Patientenservice kann ggf. in Abstimmung mit Pflegenden Wünsche zu Essen und Trinken erfragen).

Weitergehende Informationen zum kultursensiblen Umgang in der Sterbephase:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung [4]*
 - *Kommunikation: Kapitel 3 – Arbeitstechniken, 3.1 Kommunikation, S. 67-68*
 - *Spiritualität: Kapitel 4 – Spirituelle Aspekte, S. 121-141*
-

Angehörige:

Angehörige sind in dieser Situation eigenen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Ihre Betreuung nimmt daher in der Sterbephase und nach dem Tod eine wichtige Rolle ein. Oft fühlen Angehörige sich allein gelassen und nicht genügend informiert.

Folgende Aspekte sind für die Kommunikation mit Angehörigen relevant:

- Nach dem Befinden des Angehörigen fragen, ebenso nach Informations- und Unterstützungsbedarf (z.B. Seelsorge, Palliativdienst)
- Aktive Ermutigung, Fragen und Belastungen offen anzusprechen
- Gefühle normalisieren: jede*r verarbeitet Extremsituationen unterschiedlich; Ambivalenzgefühle sind normal (Mensch nicht verlieren vs. Leid ersparen)
- Begleitung durch die Angehörigen wertschätzen (z.B. Einsatz loben)
- Darauf achten, dass Angehörige sich auch um sich selbst kümmern

Geklärt, wer über den Sterbeprozess und nach dem Tod informiert werden soll?

Bei Aufnahme kann eine Person als erste Kontaktperson festgelegt werden und soll schriftlich dokumentiert werden. Wichtig ist auch festzuhalten, ob die Person nachts angerufen werden möchte.

Eventuell von Patient*innen vorab festgelegte Kontaktsperren sollen auch nach dem Tod beachtet werden.

4. Medikation und Anordnungen

Die Entscheidung für oder gegen laufende und geplante Maßnahmen wird durch das kritische Prüfen der medizinischen Indikation gefällt und ist ärztliche Aufgabe. Maßnahmen, die medizinisch nicht indiziert sind und deshalb nicht mehr durchgeführt werden, können der*dem Patient*in erläutert werden, müssen aber nicht. Das Absetzen oder Nicht-Einsetzen von Maßnahmen auf Basis einer fehlenden medizinischen Indikation benötigt **nicht** der Zustimmung von Patient*innen/Angehörigen, sondern ist eine rein ärztliche Entscheidung. Die Therapieentscheidungen sollen für das gesamte Team nachvollziehbar dokumentiert und kontinuierlich re-evaluiert werden.

Aktuelle Medikation überprüft: absetzen – umsetzen – ansetzen (AUA)?

Alle Medikamente werden bzgl. Nutzen und Belastung kritisch überprüft und benötigen eine Indikation für eine akute Verbesserung bzw. Erhalt der Lebensqualität in der Sterbephase, also Symptomlinderung. Sollte sich kein Nutzen oder gar eine Belastung ergeben, so werden diese ab- bzw. nicht angesetzt. Die Sterbephase an sich ist **keine** Indikation für die Gabe von Medikamenten (z. B. Morphin) – viele Sterbende benötigen keine Medikamente, da sie keine therapiebedürftigen Symptome zeigen.

Absetzen: Medikamente, die nicht auf akute Symptomlinderung ausgerichtet sind, sollen beendet werden. Folgende Medikamente sollen kritisch geprüft und können in der Regel abgesetzt werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Antibiotika
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Mittel
- Chemotherapeutika oder andere tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen
- Diuretika (außer bei Lungenödem)
- Insuline
- Kardiologische Medikamente
- Kortikosteroide
- Laxantien
- Blutprodukte
- Sauerstoffapplikation

Umsetzen: Am Lebensende können viel Patient*innen Medikamente nicht mehr oral einnehmen, was eine Umsetzung der peroralen Gabe auf eine Gabe s.c./i.v. notwendig macht:

- Alternative Applikationsformen:
 - Parenteral: subkutan oder intravenös
 - Seltener: transmucosal wie nasal, buccal, sublingual – oder rektal
- Zu beachten ist, dass man viele Arzneimittel anders dosieren muss.
- Bei Opioiden sind Angaben zu Äquivalenzdosen grundsätzlich Näherungswerte. Entscheidend ist, die Dosis patientenindividuell anzupassen.
 - *Empfehlung von Umrechnungsverhältnissen p.o zu s.c/i.v.: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, Kapitel 6 – Analgetika, Tabelle 6.36 (Seite 720) [5]*
- *Weitergehende Informationen zu Arzneimittelapplikationen am Lebensende: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, Kapitel 15 – Arzneimittelapplikationen (S. 1019-1070) [5]*

Eine ausreichend wirksame transdermale Therapie kann auch in der Sterbephase weitergeführt werden

Ansetzen: Zur Kontrolle von Symptomen in der Sterbephase soll eine vorausschauende Verordnung von Medikamenten für die Bedarfsgabe festgelegt werden. Vier Medikamentengruppen sind für die Behandlung in der Sterbephase essenziell:

- Opioide (z.B. Morphin) > Linderung von Schmerzen und/oder Atemnot
- Benzodiazepine (z.B. Midazolam) > Linderung von Angst, Anspannung oder Unruhe
- Antiemetika (z.B. haldol oder MCP) > Linderung von Übelkeit
- Ggf. muskarinerge Anticholinergika (z.B. Butylscopolamin) > Reduktion einer Rasselatmung
- *Siehe HES Pocketcard [1] für weitergehende Informationen zu den Medikamenten und konkreten Dosierempfehlungen*

In seltenen Fällen ist weder durch eine ursächliche noch durch eine symptomatische Therapie, bzw. durch das Weglassen von Maßnahmen, eine zufriedenstellende Linderung des Leidens bei Sterbenden zu erreichen. Als Ultima Ratio ist in solchen Situationen eine „**palliative Sedierung**“ (z.B. mittels Midazolam) zu erwägen. Hierzu dann bitte **Rücksprache** mit **Palliativdienst**.

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen überprüft?

Diagnostik ohne mögliche therapeutische Konsequenz ist nicht indiziert. Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollen in ihrer Häufigkeit und Ausprägung den Bedürfnissen des Sterbenden angepasst werden.

Folgende diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind kritisch zu prüfen und sollen beendet werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Laborkontrollen:
 - kein Routinelabor
 - keine Blutgase
- Diagnostik: z.B. bildgebende Verfahren
- Dialyse/Hämofiltration
- Kardiopulmonale Reanimation
- Implantierter Kardioverter-Defibrillator (ICD): Defibrillationsfunktion (Schockfunktion) sollte in der Sterbephase deaktiviert werden
- Intubation bzw. maschinelle Beatmung

Bedarf für parenterale Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr überprüft?

Nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst) sollten künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden nicht fortgeführt bzw. begonnen werden.

- Hat die Patient*in Hunger/Durst? Was will die Patient*in?
- Welche Symptome sollen durch eine Ernährung/Flüssigkeitsgabe gelindert werden?

Solange Patient*innen oral noch kleine Mengen von Ernährung oder Flüssigkeit zu sich nehmen können, sollen angemessene Angebote gemacht werden (kleinste Mengen, Zeit zum Essen, nach Vorlieben und Geschmack).

Das Thema Ernährung ist oft sehr emotional belegt – sowohl bei Patient*innen/Angehörigen als auch bei den Behandelnden. In der Entscheidungsfindung ist eine sensible Kommunikation mit Patient*innen und/oder Angehörigen notwendig mit ausreichender Aufklärung und Informationsvermittlung.

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zum Thema Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 2 – Tipps für die tägliche Arbeit, 2.1.1 Ernährung & 2.1.2 Flüssigkeitsgabe S.22-28 [4]*

5. Pflegerische Maßnahmen

Beenden von Maßnahmen überprüft?

Folgende pflegerische Maßnahmen sind kritisch zu prüfen und können beendet werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur
- Flüssigkeitsbilanz
- Lagerung zur Dekubitus- und/oder Pneumonieprophylaxe
- Zugänge wechseln
- Monitoring
 - End-of-life Modus beachten
 - Alarme ausschalten oder ggf. Grenzen großzügig einstellen
- Sauerstoffapplikation

Bedarf für pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase überprüft?

Für folgende pflegerische Maßnahmen soll der Bedarf geprüft und die Maßnahme ggf. zusätzlich zu den üblichen Maßnahmen durchgeführt werden:

- Mundpflege:
 - mindestens einmal pro Stunde und zusätzlich nach Bedarf
 - Mit Mundpflegestäbchen und Mundöl, Wasser, Lieblingsgetränk (z.B. Cola)
 - Angehörige können angeleitet werden, Mundpflege durchzuführen
- Atemstimulierende Einreibung
- Für vertraute Gerüche sorgen: z.B. Parfüm
- Massagen
 - v.a. Handmassagen
 - weitere Möglichkeiten: Fersen halten, Fußreflexzonen- /Bauchmassage, Handauflegen an Schulter/Kopf/Nacken
- Lagerung
 - Ziel: Wohlbefinden oder Symptomkontrolle statt Prophylaxe
- Körperpflege
- Ggf. Wundversorgung
- Abführmaßnahmen (i.d.R. nicht indiziert)
- Angehörige anleiten
 - Viele Angehörige wollen etwas für Sterbenden tun: z.B. Mundpflege, sanfte Massage, Vorlesen, Lagerung

- Sensibilität für die Gesamtsituation und erhöhte Aufmerksamkeit für die kleinen aber ebenso wichtigen Dinge (z.B. nach dem Umbetten Kuscheltier wieder in den Arm oder Kreuz wieder in der Hand legen)

6. Symptom- und Comfort-Assessment

Symptom- und Comfort-Assessment durchgeführt und regelmäßig re-evaluiert?

Die Entscheidungen bezüglich der Behandlung in der Sterbephase richten sich ausschließlich auf Symptomlinderung und darauf, die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu steigern oder zu erhalten. (sogenannte Comfort Measures Only).

Symptom-Assessment:

- Im Vordergrund stehen: Schmerzen, Atemnot, Angst, Anspannung, Unruhe, Halluzinationen, Übelkeit.
- Routinemäßig, mindestens alle vier Stunden
- auch nach Belastung von Angehörigen fragen
- Assessment dokumentieren

Wenn Patient*innen sich nicht mehr verbal ausdrücken können, dann soll der nonverbale Ausdruck beachtet werden:

- Sieht er*sie entspannt aus? Bei entspannt wirkenden Patienten*innen kann man in der Regel von Symptommfreiheit ausgehen
- Wirkt er*sie gestresst oder angespannt? Hier ist v.a. der Gesichtsausdruck entscheidend, u.a. die Stirnpartie
- Ist er*sie angespannt bei der Lagerung? Anspannung ist ein möglicher Hinweis auf Schmerzen
- Hat er*sie eine Tachypnoe? Das kann ein Hinweis auf Atemnot sein

Comfort-Assessment:

- kulturelle, spirituelle, religiöse Bedürfnisse
- Mentale und emotionale Bedürfnisse
- Wünsche und Rituale bezüglich Sterbephase und nach dem Tod

7. Beatmung

Palliative Extubation überprüft?

Beatmungsmodus angepasst?

- Falls palliative Extubation nicht möglich:
 - Sauerstoffkonzentration auf 21%
 - PEEP auf 0 reduzieren
 - Beatmungsmodus BIPAP/CPAP patientenorientiert wählen
- Bei spontanatmenden Patient*innen ist in der Regel keine O₂-Unterstützung notwendig

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zum Thema Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 2 – Tipps für die tägliche Arbeit, 2.1.8 Abbruch einer Beatmung, S.37 [4]*
-

8. Nach dem Tod

Angehörige sowie alle Beteiligte über Versterben und weiteren formalen Ablauf informiert?

Information:

- Im Team klären, wer die Überbringung der Todesnachricht an die Angehörige übernimmt
- Angehörigen, die beim Sterben ihres Familienmitgliedes nicht anwesend sein konnten, Todesnachricht so zeitnah wie möglich überbringen
- Alle an der Behandlung Beteiligte sowie alle, die Raum betreten über Tod informieren: Versorgende, Patientenservice, Reinigungskräfte, Palliativdienst, Seelsorge, Hospizdienst, Ehrenamtliche Hausärzt*in, Pflegeheim, etc.
- Fragen zum weiteren Verlauf in ruhiger Atmosphäre klären und ggf. Flyer aushändigen

Formaler Ablauf & Administration:

- Zeitpunkt des Versterbens mit Ausdruck der Nulllinie dokumentieren und in Akte legen
- Pflegende stellen alle Perfusoren/Infusomaten, Respirator, etc. aus
- Pflegende entfernen alle Zu- und Ableitungen (außer bei unklarer Todesursache)
- Körperpflege, frisches Hemd anziehen, etc.
 - Angehörige wenn möglich und gewünscht, in die Körperpflege einbeziehen
- Ggf. Umlagern von Wechseldruckmatratze auf Normalstationsbett
- Umgebung aufräumen/säubern
- IST-Bogen in Orbis schließen (an Beatmungsbogen denken!) und Patient*in zügig in Orbis entlassen (Entlasszeit=Todeszeitpunkt)
- Übergabezettel aktualisieren
- Verstorbene Patient*in erhält handschriftlich ausgefüllte Personalkarte je für Hand und Fuß, sowie weitere Karte für Tür des Kühlfaches in Prosektur
- Ggf. Wertsachen den Angehörigen oder verstorbener Patient*in mitgeben
- Nach zweiter Leichenschau verstorbene Patient*in in Prosektur bringen
- Durchschlag des Totenscheins in Akte legen
- Patientenservice informieren, dass Bettplatz aufgerüstet werden kann oder selbst aufrüsten
- Medikamentenkiste leeren und säubern, Mörser reinigen, Kiste mit Pflegematerialien säubern, Beatmungsgerät säubern und aufrüsten

Angehörigen Möglichkeit des Abschiednehmens und weitere Unterstützung angeboten?

- Pflegende begleiten Angehörige in das Zimmer, sofern sie dieses nach dem Versterben noch nicht betreten haben
- Abschied von verstorbener Person im Zimmer oder separaten Abschiedszimmer ermöglichen
 - Emotionen zulassen und Angehörige unterstützen, wenn gewünscht
 - Wenn gewünscht, Abschied mit Unterstützung der Seelsorge als Ritual durchführen (z.B. Aussegnung)
 - Angehörigen können klingeln, wenn sie sich verabschiedet haben oder Fragen klären möchten
- Angehörige ggf. über Angebote der Trauerbegleitung unterrichten (siehe Kontaktliste S.12-14)
- Vermittlung fachärztlicher Unterstützung, falls Hinweise auf schwerwiegende akute Belastungsreaktion

Kulturelle/glaubensbedingte Besonderheiten beachtet?

Persönliche Wünsche und Willenserklärungen der verstorbenen Person bezüglich seines Körpers sind zu eruieren (aus schriftlichen Voraussetzungen, Erzählung von Angehörigen) und – wenn möglich – zu befolgen:

- Persönliche Wünsche: z.B. Obduktion, Organ-/Gewebspende, Bekleidung
- Religiöse/kulturelle Besonderheiten: z.B. rituelle Waschungen, Distanzgebote, Kleidungsvorschriften, geschlechterspezifische Betreuung

Kulturelle und glaubensbedingte Wünsche der Angehörigen sollen erfragt und befolgt werden (z.B. Bett nach Mekka ausrichten)

Nachbesprechung / Supervision notwendig?

Bei der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase kann es im Team zu offenen Fragen, Unstimmigkeiten, Herausforderungen oder Belastungen kommen. Während die genannten Aspekte immer möglichst zeitnah angesprochen werden sollen, ist es auch wichtig, nach Versterben Zeit und Raum zur gemeinsamen Besprechung zu haben. Auf der Station stehen dafür folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Fragen, Belastungen oder Herausforderungen im Team ansprechen, z.B.:
 - bei unerwarteten Sterbefällen: Pflegende besprechen gemeinsam mit der betreuenden Ärzt*in, woran die Patient*in verstorben ist.
 - kurze, gemeinsame Absprache, ob die Versorgung gut funktioniert hat bzw. ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt.
- Zusätzlich haben Pflegende die Möglichkeit, offene Themen in der einmal monatlich stattfindenden **Supervision** anzusprechen.

9. Rahmenbedingungen

Räumlichkeiten und Atmosphäre überprüft?

In der Sterbephase

In der Sterbephase besteht in der Regel ein Wunsch nach Ruhe und Intimität sowohl seitens der Patient*innen als auch der Angehörigen.

Folgende Aspekte sind hierfür relevant: Wenn möglich...

- eigenes Zimmer zur Verfügung stellen; alternativ Laken aufhängen oder Trennwände nutzen
- Blick nach draußen ermöglichen (Blick in Natur kann Stress abbauen und Schmerzen reduzieren)
- auf helle, luftige Umgebung achten
- darauf achten, dass Zimmer ruhig ist
- auf ausreichend und bequeme Sitzgelegenheiten für Angehörige achten
- medizinische Geräte entfernen oder mit Laken verdecken

Möglichkeiten für zusätzliche Ausstattung: kleiner Kühlschrank, Wasserkocher, Pflanzen, individuelle bedeutsame Gegenstände der Angehörigen (z.B. Muscheln, Steine, Talisman, Fotos, gemalte Bilder)

Nach dem Tod

Die Zeit nach dem Versterben braucht ebenfalls Raum. Da der Abschied im Patientenzimmer oft nicht möglich ist, sollte ein Abschiedsraum zur Verfügung stehen. Folgende Aspekte sind zu beachten:

- Pflegende positionieren die verstorbene Person auf den Rücken, auf Wunsch ggf. mit den Angehörigen
- Hände können übereinander auf die Brust oder eine Hand auf die Brust und eine Hand neben den Körper gelegt werden (manche Angehörige möchten noch einmal die Hand der verstorbenen Person halten)
- Wenn möglich Taschentuchbox und Tablett mit Kaffee/Tee/Wasser bereitstellen
- Stühle neben dem Bett bereitstellen

Nach dem Versterben können individuelle kleine Rituale durchgeführt werden, auf Wunsch mit den Angehörigen zusammen: LED-Kerze aufstellen (Ritualbox), Kreuz/Engel/Blume in die Hand legen (Ritualbox), Fenster öffnen

10. Externe Unterstützung und wichtige Kontakte

Externe Unterstützung beachtet?

Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase – Station H2.3		
Kontakt	Telefon/Anschrift	Anmerkung
Klinikinterne Kontakte		
Palliativmedizinischer Dienst	palliativzentrum-pmd@uk-koeln.de 0221 478-3357 Funk: 25-1329 Oder über das Leistungsstellenmanagement (LSTM) in ORBIS ("allgemeine Anforderung"/"palliativmedizinischer Konsiliardienst" als Erst- oder Folgekonsil)	Verfügbar von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 15:30 Uhr Kann durch Casemanager*innen, Ärzt*innen, Pflegekräften oder Sozialarbeiter*innen der Abteilung angefordert werden
Patienten-Informations-Zentrum (PIZ)	Lage im Erdgeschoss im Bettenhaus 0221 478-82820	Bietet generell Informationen zu verschiedenen krankheitsbezogenen Themengebieten in Form von Broschüren für Patienten und deren Angehörige
Sozialdienst	Annika Ahlbory (Dipl. Soz. Päd.) Frauenklinik, Seitentrakt 2. OG, Raum 2.102 0221 478 -7786	Bietet Unterstützung bei sozialen, psychischen und wirtschaftlichen Fragestellungen; kann bei Kinderbetreuung oder finanziellen Aspekten weiterhelfen
Seelsorge	Katholische Seelsorge: 0221 478-4952 0221 478-5961 Evangelische Seelsorge: 0221 478-5500	Zur entlastenden Gesprächsführung Hinweis auf Gottesdienste in der Uniklinik: Auf Ebene 1 im Bettenhaus Imam, Rabbiner, etc. werden i.d.R. von der Familie selbst organisiert

Rufbereitschaft Seelsorge (evangelisch und katholisch)	0221 478-5001	Erreichbar über die jeweilige Station oder Hauptpforte
Ehrenamtlicher Besuchsdienst Dagmar Overbeck	dagmar.overbeck@uk-koeln.de 0221 478-84639	Bietet Zeit für Gespräche und Austausch
Ethikkommission	https://rechtsmedizin.uk-koeln.de/institut/ethik-kommission/	Unabhängige Empfehlungen in ethisch umstrittenen Situationen des klinischen Alltags
Psychologische Unterstützung (für Angehörige)		
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	0221 478-87291 0221 478-4037	Notfallversorgung, 8:00 - 16:00 Uhr, außerhalb dieser Zeiten ist der diensthabende Arzt der Psychiatrie jederzeit über die zentrale Pforte erreichbar
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie -Konsildienst-	0221 478-39540	Nach telefonischer Rücksprache können einzelne stationär behandelte Patienten vorgestellt werden
Sozialpsychiatrischer Dienst	Gesundheitsamt (Außenstelle) Laurenzplatz 1-3 50667 Köln 0221 221-24710	Für Krisensituationen und Notfälle, die psychiatrische Hilfe erfordern, Mo bis Do von 8:00 – 16:00 Uhr und Fr von 8:00 – 12:00 Uhr
Trauerbegleitung für Angehörige		
Hospizdienst am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln	+49 221 478-3364 palliativzentrum-hospizdienst@uk-koeln.de https://palliativzentrum.uk-koeln.de/zentrum/stationaere-versorgung/hospizdienst/	Gruppentreffen in den Räumen des Palliativzentrums (feststehende Termine) Zusätzlich einmal im Monat Trauerspaziergang auf dem Friedhof Melaten
Trauergruppe MSH/Endlich e.V.	https://palliativ-hospiz-koeln.de/projekte/trauercafe-und-trauerbegleitung/	Bietet Unterstützung bei der Trauerbewältigung und Austausch mit anderen Betroffenen (wichtig: derzeit aufgrund der Pandemie nur für Angehörige von Patient*innen des MSH)
Lebenswert Café	LebensWert e.V. an der Uniklinik Köln im CIO-Gebäude (70) Kerpener Str. 62 50937 Köln 0221 478-97190 info@vereinlebenswert.de https://www.vereinlebenswert.de/psychoonkologie/lebenswert-cafe/	Gemeinsames Kaffee trinken mit anderen Betroffenen in der Regel am ersten Dienstag im Monat. Findet aktuell nicht statt wegen der Corona-Pandemie

Krisentelefone- /beratung für Angehörige		
Telefonseelsorge	0800 – 111 0 111 oder 0800 – 111 0 222	Jederzeit erreichbar, anonym, kostenlos aus ganz Deutschland
Notrufnummer für Kinder und Jugendliche/ Kinder- und Jugendtelefon	0800 111 0 33 116 111	Telefonische Beratung, montags bis samstags von 14 Uhr bis 20 Uhr. Anonym und kostenlos in ganz Deutschland
Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln c/o Der Paritätische	0221 95154216 Marsilstein 4-6 50676 Köln	Information und Beratung Interessierter über Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen in Köln
Selbsthilfegruppen UK Köln	https://www.uk-koeln.de/ patienten- besucher/unterstuetzung- training/selbsthilfe/ selbsthilfebeauftragte@uk- koeln.de	Kontaktdaten auf der Station oder in der Ambulanz erfragen. Alternativ kann auch eine Anfrage per E-Mail an selbsthilfebeauftragte@uk- koeln.de gesendet werden.

Quellen:

- [1] Universitätsmedizin Mainz (2020). Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) Symptomlinderung Kommunikationshilfen. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/HES-Pocket_Card_Handlungsempfehlung-Sterbephase.pdf
- [2] Alpha NRW. Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus - Handlungsempfehlungen. https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2021/08/hospiz_palliativversorgung_kkh-handlungsempfehlung.pdf
- [3] Vanden Bergh, H., & Wild, D. M. G. (2015). Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation. [Conversations about end-of-life in the intensive care unit]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 50(1), 56-63. DOI: 10.1055/s-0040-100298
- [4] Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (2021). *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung* (7. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- [5] Rémi, C., Bausewein, C., Charlesworth, S., Wilcock, A. & Howard, P. (2022). *Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin* (4. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Weitere Quellen für die Erstellung des Leitfadens:

[HES Version 2.1 Juli 2019 Teil1 \(unimedizin-mainz.de\)](#)

[HES Version 2.1 Juli 2019 Teil 2 \(unimedizin-mainz.de\)](#)

[S3-Leitlinie Palliativmedizin \(dgpalliativmedizin.de\)](#)

[Table 1 | SOP – Behandlung und Betreuung in der Sterbephase | SpringerLinkSOP S](#)

[SOP Behandlung und Betreuung nach dem Tod](#)

[Care of Dying Adults in the Last Days of Life - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)