Refresher-Kurs Palliativmedizin in der Hausarztpraxis

AEKBV

2021

Handlungsanweisungen und Sicherheit in der Medikamentengabe bei schwerkranken und sterbenden Menschen vermittelt und Sicherheit in rechtlichen Grundlagen verstärkt

10. 11. 2021, 17:30 – 21:00 Uhr

ÄKBV-Geschäftsstelle, Elsenheimerstr. 63

Dr. Petra-Dietz-Laukemann & Dr. Claudia Levin

Programm

17:30-17:45	Vorstellung
17:45-18:00	Rechtliche Gesichtspunkte
18:00-18:30	Gruppenarbeit
18:30-18:50	Übelkeit / GIT
19:00-19:45	Schmerz
19:45-20:15	Atemnot
20:15-20:30	neuropsychiatrische Symptome
20:30-21:00	Lernerfolg / Bescheinigungen

Fortbildungsinhalte
als interaktive Fallbesprechung

- Rechtliche Voraussetzungen
- Symptomkontrolle bei schwerkranken und sterbenden Patienten
- Grundlagen der WHO-Schmerztherapie
- Medikamentengabe, Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in der Sterbephase
- Möglichkeiten parenteraler Medikamenten-Zufuhr

Ärztlich assistierter Suizid

Strafrechtlich zwar keine Relevanz, aber berufsrechtlich (mit unterschiedlichen Weisungen der LÄK):

Die (Muster-)Berufsordnung schlägt vor, den ärztlich assistierten Suizid in den verbindlichen Regelungen auf Ebene der Landesärztekammern **zu untersagen**

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen **verboten**, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die Berufsordnung der **Landesärztekammer Bayerns** hingegen schreibt lediglich fest: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“

Suizid

Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Akt der vorsätzlichen Selbst-tötung.

Der Bundesgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung von der **Straflosigkeit** der Selbsttötung aus, wenn sie **frei und eigen-verantwortlich gewollt** und **verwirklicht** ist

(Bei-) Hilfe zum Suizid

Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet (z.B. jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen).

In Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“ kommt es darauf an, dass der **Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand** hält.

Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen

Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland straflos.

Therapiezieländerung, -verzicht, -abbruch

Sterben zulassen (früher passive oder indirekte Sterbehilfe)

Nicht strafbar ist das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht.

Dazu zählt insbesondere der **Verzicht** auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse, Reanimation bzw. deren Abbruch vor Eintritt des Hirntodes.

Der Begriff „**Therapiezieländerung**“ fokussiert darauf, dass nicht grundsätzlich auf alle therapeutischen Maßnahmen verzichtet wird (wie beim Behandlungsabbruchs), sondern Korrektur hinsichtlich des Einsatzes einer spezifischen einzelnen Therapie (zB. Chemotherapie), während gleichzeitig Symptom- und Leidenslinderung im Vordergrund steht.

Behandlung im Voraus planen (BVP) - § 132g SGB V

Im neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde in § 132 g SGB V das Angebot einer „Gesundheitlichen Vorsorgeplanung“ in Pflegeeinrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe verankert. Den Bewohnern und ihren gesetzlichen Betreuern/Angehörigen kann eine Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung angeboten werden, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird.
Inhaltlich beruht eine derartige Vorausplanung auf dem international etablierten Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP), in der deutschen Adaption „Behandlung im Voraus planen“. Die Vorausplanung wird dabei als mehrzeitiger kommunikativer Prozess verstanden, innerhalb dessen die Wünsche der Bewohner an ihre zukünftige medizinische Behandlung ermittelt, anwendungs-tauglich dokumentiert und bei Bedarf aktualisiert werden. Qualifizierte Gesprächsbegleiter bieten die Gespräche an.

Ziel ist es, dass die Bewohner auch dann entsprechend ihren individuellen Wünschen behandelt werden, wenn sie sich selber nicht (mehr) zu ihrer medizinischen Behandlung äußern können.

Gesprächsbegleiter erhalten eine 7,5-tägige Präsenzschulung

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine **mögliche Alternative** sein.

Auf diese Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter- bzw. abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein **selbstbestimmtes Leben und Sterben**

Therapeutische Sedierung

Palliative Sedierung ist der **überwachte Einsatz von Medikamenten** mit der Absicht, das **Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten**, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch **keine anderen Mittel** beherrschbares **Leiden zu lindern**, in einer für Patienten, Familie und Behandler **ethisch** akzeptablen Weise.

Die Palliative Sedierung kann **intermittierend oder kontinuierlich** erfolgen und eine **oberflächliche** (mit reduziertem Bewusstsein) oder eher **tiefe** Sedierung (mit Verlust des Bewusstseins) zum Ziel haben.

Die Intention besteht eindeutig in der **Symptomlinderung**, nicht in einer Beschleunigung des Todeseintrittes.

Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen PalliativStiftung (Thomas Sitte) zur Diskussion um ein Gesetz zur Sterbebegleitung (September 2015)

Von den PCTs (2013 und 2014) bis zum Tod multiprofessionell versorgt und begleitet: 17.772 Patienten.

Der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen (Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen) für diese Patienten wurde in dieser Zeit geäußert.

Gesamtzahl der durch die PCTs begleiteten Patienten	**17.772**
Suizidwunsch geäußert von Patienten (meist zu Beginn)	1.147
Suizidwunsch zusätzlich geäußert von Angehörigen:	305
Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Patienten	326
Suizidwunsch geäußert wiederholt und nachdrücklich von Angehörigen	164
Durch Suizid – ohne Beihilfe des Palliativteams(!) – Verstorbene	17
Durch Suizid wegen nicht behandelbaren Leidens Verstorbene	**0**
Durch Tötung auf Verlangen Verstorbene	**0**

Gruppe 1

1. Übelkeit und Erbrechen:
- welche nicht medikamentösen Maßnahmen haben sich bei Ihnen bewährt?
- welche Medikamente setzen Sie gern ein?

2. Juckreiz:
- medikamentöse Maßnahmen
- nicht medikamentöse Maßnahmen

3. Obstipation
welches Vorgehen hat sich bei Ihnen bewährt?

Nicht medikamentöse Maßnahmen

- Medikamente weitgehend absetzen
- nach Erbrechen Mund spülen
- frische Luft
- an Aroma-Öl-Fläschchen riechen lassen
- für Ruhe und angenehme Ablenkung sorgen
- Perikard 6
- Fußmassage mit Zitronen- oder Lavendelöl
- leichte Hoch/ Seitlagerung
- kleine appetitliche leichte Mahlzeiten
- Ingwer

Medikamente generell gegen Übelkeit und Erbrechen

Haloperidol 3 x 0,5 mg/d alle Arten Übelkeit, besonders Opiatübelkeit (seit 2017 für diese Indikation nur parenteral zugelassen – Verfügung der EMA)

Levomepromazin (Neurocil®) 1-2x1-5 mg/d, z. B. 2x2 gtt/d lingual

MCP 3x10-20 mg (cave: kompletter Ileus, Morbus Parkinson)

Dimenhydrinat (Vomex®) 4x50-100 mg/d oral / rectal / s.c.

Dexamethason 2 – 4 mg/d oral / s.c.

Scopolamin (Scopoderm®) Pflaster 1 mg / 72 h (Wirkung nach 6h)

Ondansetron (Zofran®) 1-2x8mg/d, besonders bei Chemotherapie

Lorazepam (Tavor®) 0,5 – 1 mg/4-8h bei Panik sublingual

Cannabinoide (Dronabinol®)2-3x2,5 – 40 mg (Kostenübernahme vor Verordnung beantragen)

Rezeptoraffinitäten

	D_2-Ant.	H_1-Ant.	Ach_m-Ant.	$5HT_2$-Ant.	$5HT_3$-Ant.	$5HT_4$-Agonist
Metoclopramid	++	0	0	0	+	++
Ondansetron	0	0	0	0	+++	0
Dimenhydrinat	+	+++	++	0	0	0
Haloperidol	+++	0	0	0	0	0
Levomepromazin	++	+++	++	+++	0	0

Juckreiz

- **kühle** Räume - Schwitzen möglichst verhindern - leichte Kleidung aus Baumwolle oder Seide - höhere Luftfeuchtigkeit
- **Gurkenwickel bei lokalem Juckreiz:**

  Gurke zermusen, Saft abtropfen lassen oder zum Waschen verwenden, Brei auf Gaze auftragen,

  1 Stunde wirken lassen. Wirkt sehr nachhaltig!
- **Waschung gegen Juckreiz**:

  Obstessigwaschung zusätzlich auch Schweiß- und Geruchsbindung: 3 Eßl Obstessig / 5l Waschwasser

  - Intimbereich aussparen –

  Schwarzer oder Stiefmütterchen-**Tee** vor Verwendung 15 min ziehen lassen
- **2 Ampullen Fenstil® oder Tavegil® in 250 ml Panthenol-Lotio**

Juckreiz

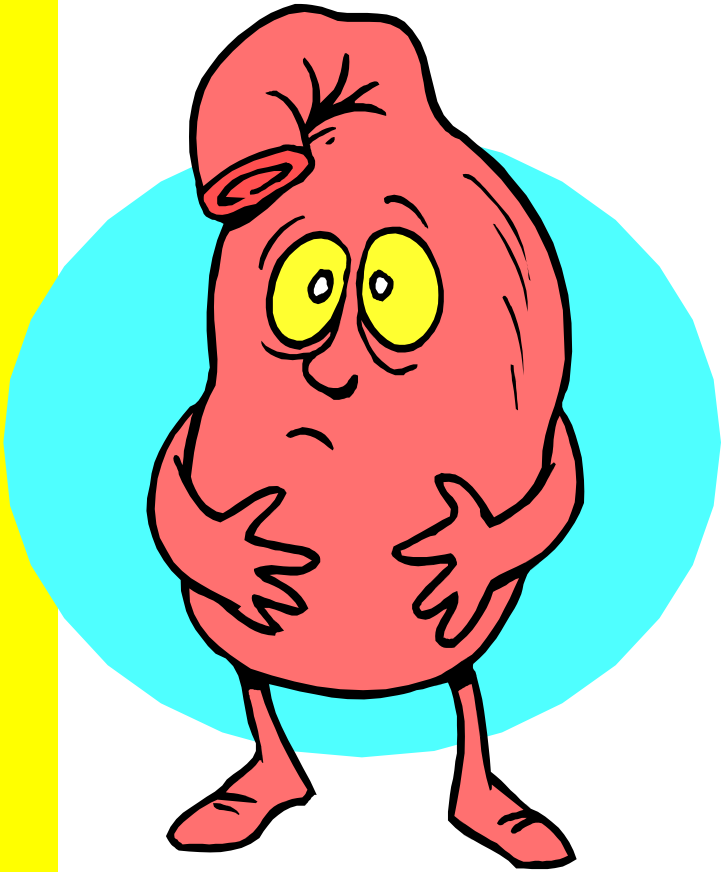
- Jede Form des Juckreizes kann durch psychische Belastung wie Langeweile oder Angst erheblich verstärkt werden. Deshalb ist besonders auch nachts ein Sedativum wie **Diazepam** 5 mg oder **Lorazepam** (Tavor®) 2,5 mg eine gute Option.
- Medikamentös kommen **Antihistaminika** wie Fenistil®/Tavegil® oder niedrig dosierte **Neuroleptika** wie Levomepromacin 2x2mg (je nach Hersteller 2x 1-2gtt), Haloperidol 3x5 gtt oder Promethacin (Atosil®) 3x20 gtt in Frage.

Obstipation

Stuhl: selten, gering, hart, unangenehm

Weitere Symptome

- abdominelle Schmerzen
- Blähungen
- Völlegefühl
- Übelkeit/Erbrechen
- Appetitlosigkeit

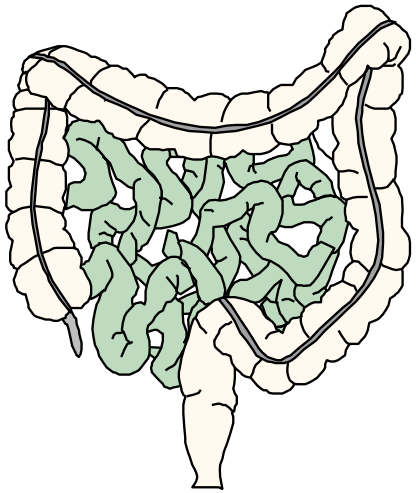


Obstipation

Intestinale Motilität

große migrierende Kontraktilitätskomplexe ↓

segmentale Motilität ↑



Transmuraler Flüssigkeitstransport

Sekretion ↓: Pankreas, Galle, Darm

Resorption ↑: Wasser, Elektrolyte

Passage ↓

Volumen ↓

Obstipation

90% der opioidpflichtigen Patienten haben weitere obstipierende Faktoren

Obstipation Stufenschema

Gastrographin®

Hoher Einlauf (z.B. Milch/Honig)

zusätzlich Suppositorien (Lecicarbon®+Dulcolax®)

Weichmacher+Stimulanz (z.B. Macrogol/Paraffin/Lactulose+ Senna/Laxoberal) und/oder y-Rezeptor-Antagonist Naloxegol

Weichmacher: Macrogol (Movicol®) oder Lactulose (Bifiteral) oder Prucaloprid (prokinetisch, cave Stenosen!)

Gruppe 2

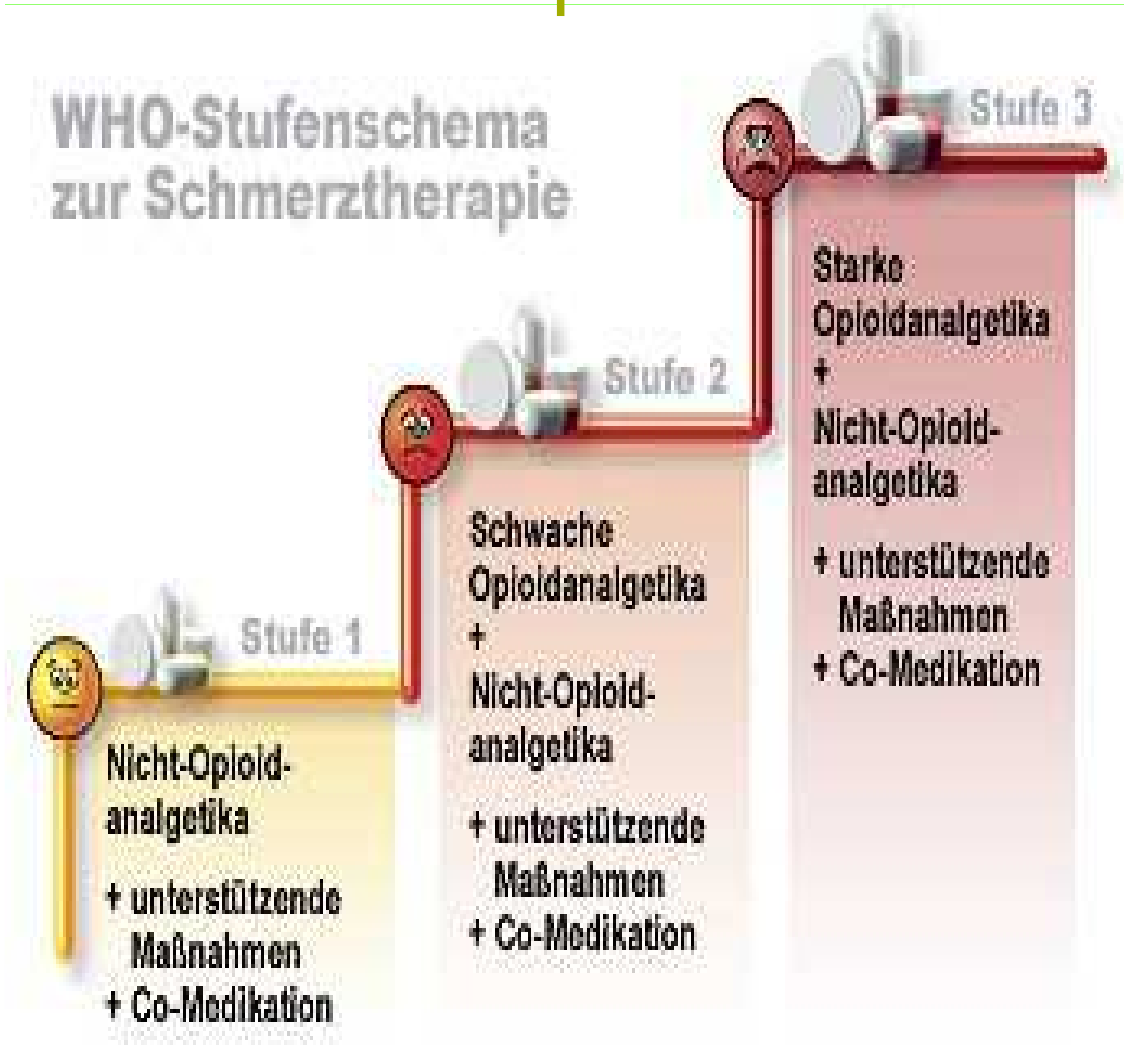
womit behandeln Sie **leichte** Schmerzen?

womit behandeln Sie **mittelstarke** Schmerzen?

womit behandeln Sie **starke** Schmerzen?

Schmerzmittel bei **Schmerzspitzen?**
Schmerzmittel bei **neuropathische Schmerzen?**

Schmerztherapie



Grundregeln:

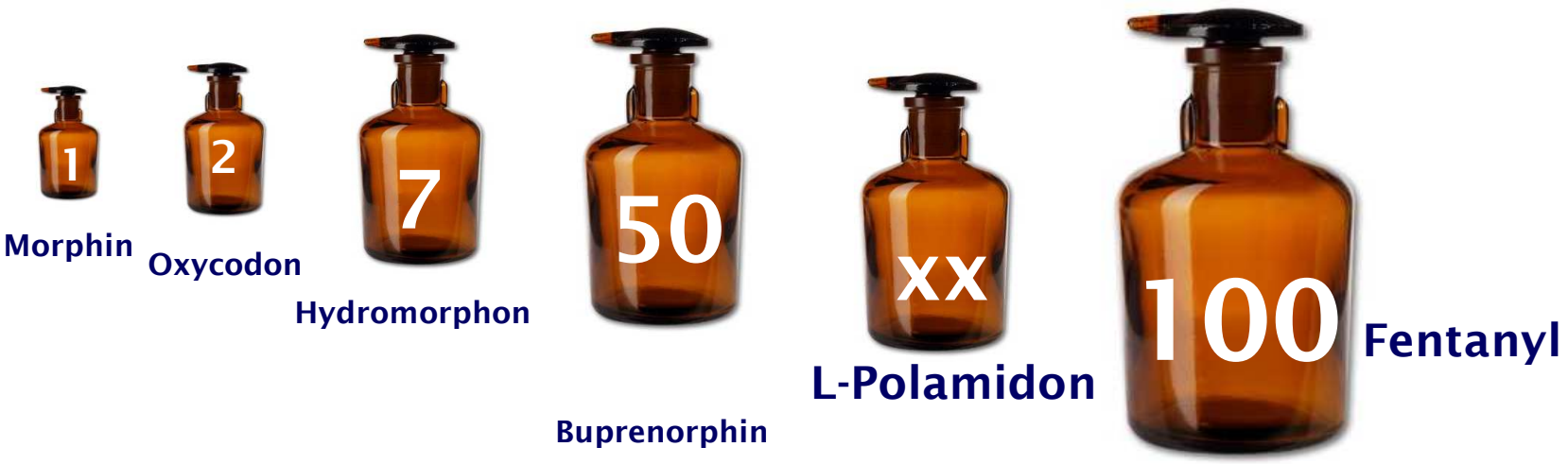
1. regelmäßige Gaben
2. oral oder subcutan
3. noch bevor Schmerz wieder auftritt

Zusätzlich:

- **Prophylaxe der Opiat-Obstipation**
- **Koanalgetika:**

  Dexamethason, Amitryptilin
  Antieptileptika, Sedativa,
  Bisphosphonate

Äquivalenzdosen



Oral	**Verordnungs-Höchstmenge in 30 Tagen**	
Morphium 60 mg = 25 yg/h Fentanyl t. d. (Durogesic)	340 mg	
Morphium 60 mg = 0,8 mg Buprenorphin (Temgesic)	800 mg	Verordnungshöchstmenge für Morphium 20.000 mg pro 30 Tage
Morphium 60 mg = 30 mg Oxycodon (Oxygesic)	15.000 mg	
Morphium 70 mg = 10 mg Hydromorphon (Palladon)	5.000 mg	
Morphium 30-90 mg = L-Polamidon 7,5-17,5 mg	1.500 mg	
90-300 mg = L-Polamidon 11-37 mg	**Bevorzugte Opiate in der palliativen Versorgung wegen guter Kombinationsmöglichkeit: Morphium, Hydromorphon, Fentanyl, L-Polamidon**	
>300 mg = L-Polamidon 12 : 1		
Morphium 10 mg = 60 mg DHC		
oral : i. v.,/ s. c. bei Morphium = 3 : 1	Kennzeichnung mit **A**, wenn Höchstmenge überschritten	

Knochenschmerzen:

Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen und/oder Bisphosphonate

Weichteilschmerzen:

Metamizol, Opioide und Opiate

Kopfschmerzen:

Metamizol, bei Hirntumoren/Metastasen auch Paracetamol und Dexamethason

Schmerzspitzen:

Bedarfsmedikation mit **1/6 – 1/10** der Opiat-Tagesdosis

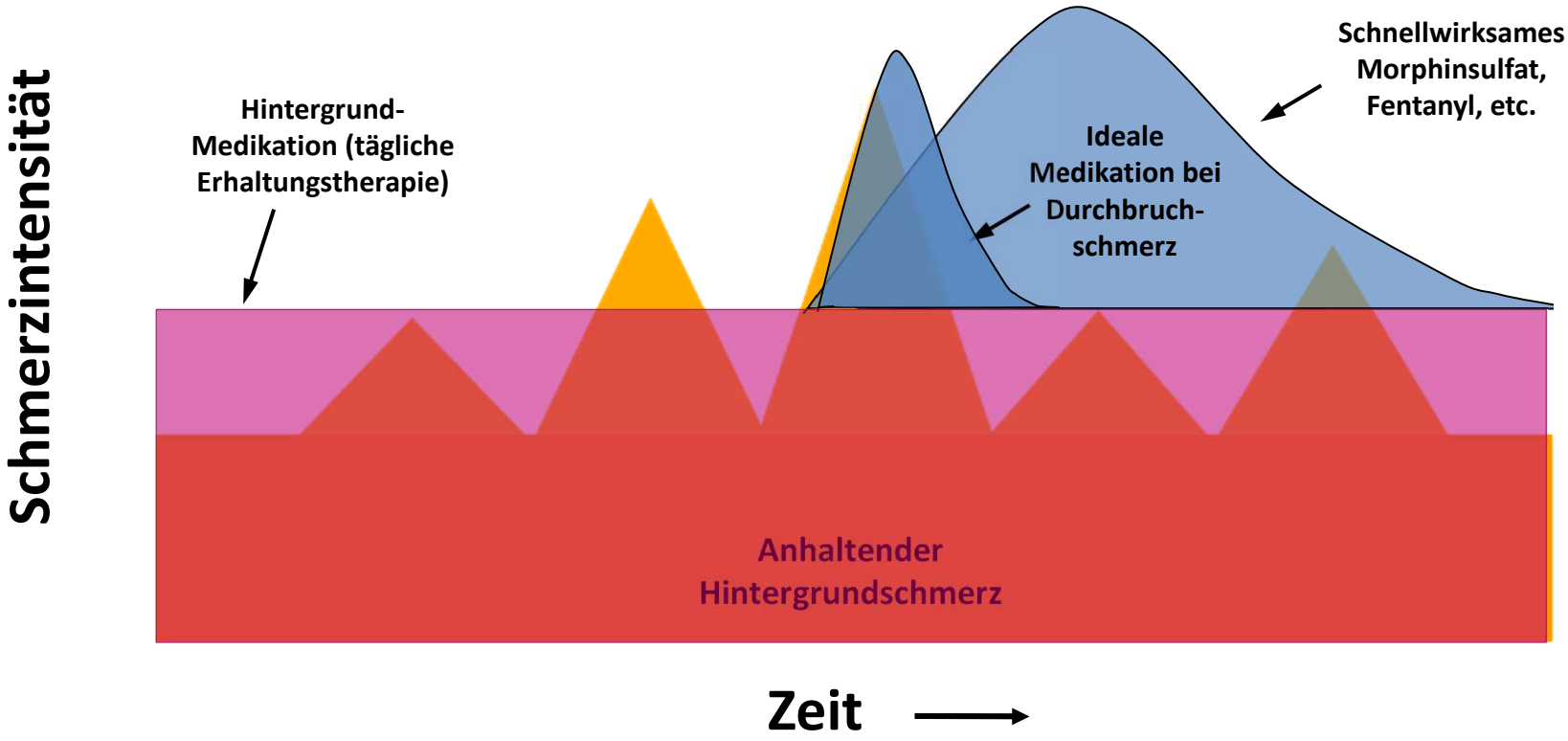
oder: kurzwirksame Fentanyle **aber unabhängig von bisheriger Tagesdosis titrieren**

Schnell wirksame Fentanyle

- **Effentora**® (100/200/400/600/800 ug) als Buccaltablette
- **Abstral**® (100/200/300/400/600/800 ug) als Sublingualtablette
- **Actiq**® (200/400/600/800/1200/1600 ug) als „Lutscher“
- **Instanyl**® (50/100/200 ug) / **Pecfent**® (100/400 ug) als Nasenspray
- **Breakyl**® (200/400/600/800/1200 ug) als Buccalfilm

→ Sehr schnell wirksame Opioide (Wirkeintritt ab 10 Minuten), va. bei **Durchbruchschmerzen, Verbandswechsel oder Lagerung.** Zu Beginn immer die niedrigste Dosis.

Wirkeintritt bei der Behandlung von Durchbruchschmerzen



Bearbeitet übernommen aus Mercadente S et al. *Cancer.* 2002;94:832-839.

Vers.Nr. V2-112010

Ko-Analgetika:

- **Kortikosteroide** bevorzugt Dexamethason
  - bei jeder Schmerzart lohnend
- **Antikonvulsiva** bevorzugt Gabapentin (Neurontin®) oder Pregabalin (Lyrica®)
  - bei neuropathischen Schmerzen
- **Antidepressiva** bevorzugt Amitriptylin (Saroten®)
  - bei neuropathischen Schmerzen
  - bei chronischen Schmerzen

Gruppe 3

- Atemnot

  Welche nicht medikamentösen Maßnahmen haben sich bei Ihnen bewährt?

  Welche Medikamente setzen Sie bei Atemnot ein?

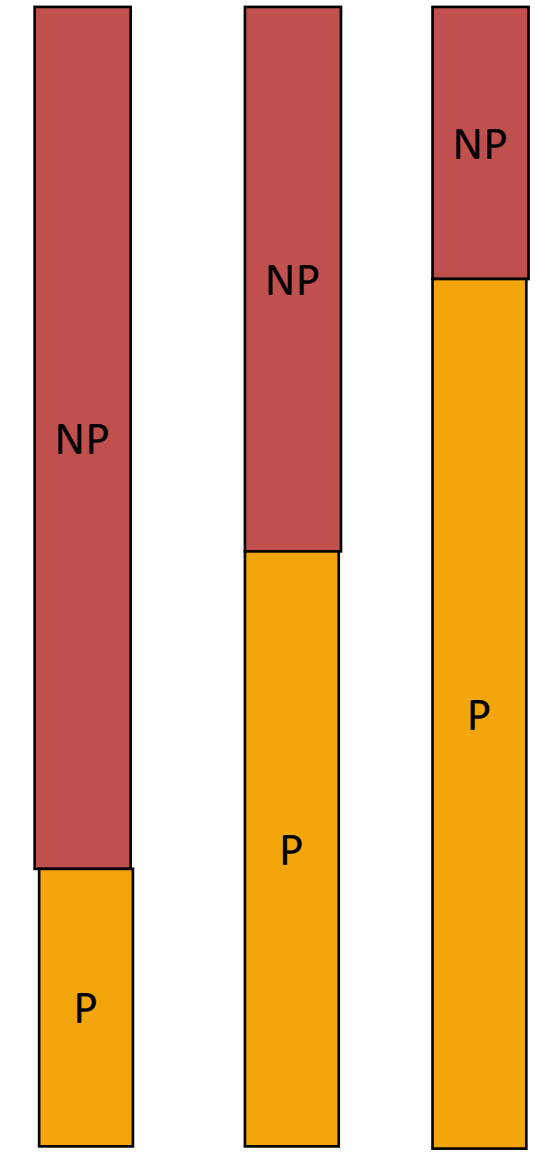
  Welche bei bronchialer Verschleimung?

- Wann setzen Sie bei pall.Pat. Heimsauerstoff ein?

- Ihre Patientin hat weder Hunger noch Durst.

  Das macht ihr und den Angehörigen Sorgen.

  Was sagen Sie zu diesen beiden Problemen?



Atemnot bei Belastung | Atemnot In Ruhe | terminale Atemnot

Allgemeine Maßnahmen

- Patienten **nicht allein** lassen, sein Problem ernst nehmen
- **Ruhe** bewahren, selbst ruhig atmen (Übertragung)
- **Sichtweg** freihalten, Nähe/Distanz **Kleidung lockern**
- gute **Haltung,** auch im Sitzen, Fuß**massage**, **Akupunktur**
- Gesicht kühlen (**Fenster öffnen, Ventilator**)

- **gute Luft**, Aroma-Öle (Zitrone, Minze)

- Anleitung zu **ökonomischer Mobilität**

NP= nicht pharmakologische Maßnahmen
P = pharmakologische Maßnahmen

Wilcock 1998

Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Atemnot

Befähigung der Betroffenen und ihrer Zugehörigen, sich selbst zu helfen durch 4-6 multidisziplinäre Anleitungen in 4-6 Wochen (Kings College London):

1. **Atmung**: Technik, Ventilator, Position, Abklopftechniken

2. **Denken**: Verhaltenstherapie, Notfallplan, Entspannung, Achtsamkeit, Aufklärung

3. **Funktionsverbesserung**: Aktivitätsanreize, Gehhilfen, „Flutter“, pulmonale Rehabilitation

Medikamente bei Atemnot

- Opioide (Morphium=Mittel 1.Wahl)
- Benzodiazepine

Medikamente bei chronischer Atemnot bei Herzkranken

Universität Sidney:

Effekt medikamentöser Maßnahmen auf Atemnot bei Patienten mit stabiler chronischer Herzinsuffizienz:

Placebo/Morphin/Oxycodon	kein Effekt
Sauerstoff/Raumluft	kein Effekt
Buspirone (Anxiolyticum)/Placebo	kein Effekt
Sertralin (anxiolytisches Antidepressivum/ Placebo	kein Effekt

Weitere multizentrische Untersuchungen zum Thema:
www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/research/symptom/breathlessness

Wirkung von Opioiden bei Luftnot

- Atemantrieb ⇓⇓ am Atemzentrum (Hirnstamm) durch Reduktion der Empfindlichkeit für CO_2
- O_2-Verbrauch ⇓
- Wirkung auf zentrale Opioidrezeptoren
- Angst-/Schmerzreduktion
- Hemmung der Chemorezeptoren der Karotis
- Direkte Wirkung auf periphere Opioidrezeptoren?

  (μ-Rezeptoren mit geringer Affinität)

In 18 doppelblind randomisierten kontrollierten Studien Nachweis der Wirksamkeit parenteraler und oraler Opioidgabe bei Luftnot. **Jennings et al. Thorax 2002**

Morphium

- Bei Ruhedyspnoe oder Unruhe in der Terminalphase
- Oral, s.c., i.v.
- Dosistitration wie zur Analgesie
- Schnell wirksame Formen
- Opioidnaive Patienten: **2,5 – 5 mg Morphin alle 4 h**
- Nicht-opioidnaive Patienten:
  - Erhöhung der Basismedikation um 25-50 % (Allard 1999)
  - Alternativ:
    Basismedikation belassen + 25-50% der Basismedikation als schnell wirksame Formen (alle 4 h)

Bitte kräftig und deutlich schreiben.

Bundesdruckerei 03.15 — Nachdruck verboten

Gebühr frei | Gebühr pfl. | nocturn | Sonst. | Unfall | Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

(ggf. hier: Privat)

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Silvia
Musterstr. 10
99999 Musterstadt

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

15.04.2015

TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung

BVG	Spr.St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	9		

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

auf dem | auf dem | auf dem

Morphin-musterpharm, 20 mg, 20 Tabletten

gemäß schriftlicher Anweisung

N 5

Dr. med. M. Mustermann
Arzt für Onkologie
Musterstraße 6
99999 Musterstadt
Tel.: 01234/567890

555H

Abgabedatum in der Apotheke

123456789

Unterschrift des Arztes
BtM-Rp. (12.2011)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

© BfArM

Benzodiazepine

Angstkomponente ist immer dabei!!

Anxiolytisch, sedierend, muskelrelaxierend

- **Lorazepam** (Tavor® expidet) 0,5 – 2,5 mg/4h
  - buccale Resorption, schneller Wirkungseintritt
  - bes. bei Atemnotattacken, wirksamstes Anxiolytikum!
- **Midazolam** (Dormicum®) 2,5 – 5 mg/4h
  - akute Exazerbationen (Bolus)
  - kontinuierlich
  - Vorteil: retrograde Amnesie für die belastende Situation
- **Oxazepam** (Oxazepam®) 10 mg/8h

  - wenn längere Wirkung sinnvoll ist (z.B. nachts)

Steroide bei Atemnot

- Lymphangiosis carcinomatosa
- Strahlenpneumonitis
- oberer Einflussstauung
- Bronchospastik
- Obstruktion

4 -16 mg Dexamethason/ Tag

Sauerstoff bei Atemnot ?

Lancet 2010(4.Sptember);376: 784-93

Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patiente with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial

239 terminal Kranke mit pO2 > 7,3 kPa mit unterschiedlichen Grunderkrankungen und einer erwarteten Überlebenszeit von mindestens 1 Monat. 7 Tage. 2 liter/min O2 oder Raumluft.

Sauerstoffgruppe nur marginal besser. Hinsichtlich Dyspnoe und Lebensqualität kein signifikanter Unterschied.

Morgens O2-Gruppe, Abends Raumluftgruppe etwas besser.

O2–Therapie objektiv wirksam nur bei pO2 < 90 mmHg, darüber vor allem psychogene Wirkung

- **Vorteile**
  - Verbessertes Wohlbefinden mancher Patienten
  - Verfügbarkeit von Heimgeräten
  - Psychologischer Effekt bei Atemnotattacke
  - Plazeboeffekt (?)

  Ventilator hat gleichen Effekt bei

  > 90 mmHg O2

- **Nachteile**
  - Abhängigkeit!
  - Keine Gewöhnung an niedrigen O_2-Partialdruck
  - Mundtrockenheit

Luftnot durch Verschleimung

- Flüssigkeitsbilanzierung
- **Butylscopolamin** 60 – 100 mg/24h
- **Salbei**
- **Scopolamin**-Pflaster retroaurikulär

  oder als Scopolamin-Augentropfen
- Absaugen nur bei inspiratorischem grobblasigem Rasseln zu erwägen (cave: schmerzhaft), am ehesten Rachenraum
- Lagerung, Abklopfen

Linderung der Atemnot

Bereiten Sie sich, den Patienten und seine Angehörigen rechtzeitig für Notfälle vor !

bei Notfall	5-10 mg Morphium plus 5-10 mg Midazolam
bei Bronchospasmus	ß2-Mimetika wie Salbutamol®-Inhalation oder Terbutalin z.B. Bricanyl® s.c., 100 mg Prednisolon® i.v.
bei Lungenödem	Furosemid i.v.
bei akut allergischer Reaktion	Adrenalin i.m.
bei Hustenreiz	Dihydrocodein z. B. DHC® 60/90/120 mg

Sicherheit und Zuverlässigkeit ausstrahlen

Homöopathisch:	Aconitum C30	Angst, Schreck
	Arsenicum album C 30	Todesangst, Unruhe
	Veratrum album C 30	Blässe, kaltschweißig, kollaptisch

Terminale Rasselatmung

- **Absaugen:** solange Inspiration frei ist, besteht sicher keine Luftnot, **meistens überflüssig, höchstens Mund und Rachen**
- **Infusionen** abstellen, lediglich Medikamente gegen Schmerz, Übelkeit, Angst und Luftnot beibehalten
- **Lagerung**: etwas angehobener Oberkörper, leichte Seitenlagerung
- **Medikamente**: nur, wenn Rasseln für Angehörige unerträglich. **Butylscopolamin**, Vorteil: immer verfügbar, 40 mg/8h s.c. wirksamer: **Scopolamin-**/Pflaster-Augentropfen 3x4 Trp s.l. oder **Glykopyrrolat** 4 x 0,2mg s.c.

„Verhungern“ und „Verdursten“

Hunger/Durst: subjektive Empfindungen

palliativmedizinische Erfahrung:

- in der Sterbephase i.d.R. kein Appetit, kein Hunger
- Durst: korreliert nicht mit der Flüssigkeitszufuhr
- Mundpflege, kein Sauerstoff

Wie viel Flüssigkeit braucht der Mensch?

- Palliativpatienten sind mit dem „75 kg Normal-Menschen“ nicht vergleichbar
- Flüssigkeitsnormen für Gesunde (1,3-3l) haben für sie keine Gültigkeit
- 250-500 ml in 24 Stunden erweisen sich häufig über Wochen als vollständig ausreichend
- Im Sterbeprozess wenige Milliliter zur Befeuchtung

Marina Kojer 2006

Vorteile einer verminderten Flüssigkeitszufuhr am Lebensende

- weniger Erbrechen
- weniger Husten, Verschleimung
- weniger Wassereinlagerung in Gewebe, Lunge, Bauch
- **weniger Schmerzen**
- erhöhte Endorphinausschüttung („Glückshormone“)

Austrocknen: mögliche Nachteile

- Haut und Unterhautfettgewebe weniger elastisch
- Mundtrockenheit
- Durstgefühl
- Verstopfung
- Schläfrigkeit
- Verwirrtheit, Unruhe, Delir

Mundtrockenheit: Ursachen

- Medikamente
- Pilzinfektionen
- lokale Bestrahlung
- Sauerstoffzufuhr
- Atmen durch den Mund

Mundtrockenheit: Therapie

- konsequente Mund/Lippenpflege
- Vermeidung von Zitrone/Glyzerin
- **Vermeidung von Sauerstoff**
- kleine Eiswürfel
- kleine Mengen Flüssigkeit (1-2 ml/30-60min)
- Auf Mundsoor achten

Gruppe 4

Aszitespunktion:

wo, wie, was braucht man?

subkutane Infusion:

welche Substanzen können subkutan verabreicht werden?
an welchen Stellen können Sie eine subkutane Infusion legen?
Wie viel Flüssigkeit können Sie an einer Stelle in 24h applizieren?

der palliative Notfallplan sieht welche Probleme vor?

Bewusstseinsstörungen: wann denken Sie an

Delir
nicht konvulsiver Status
Serotoninsyndrom?

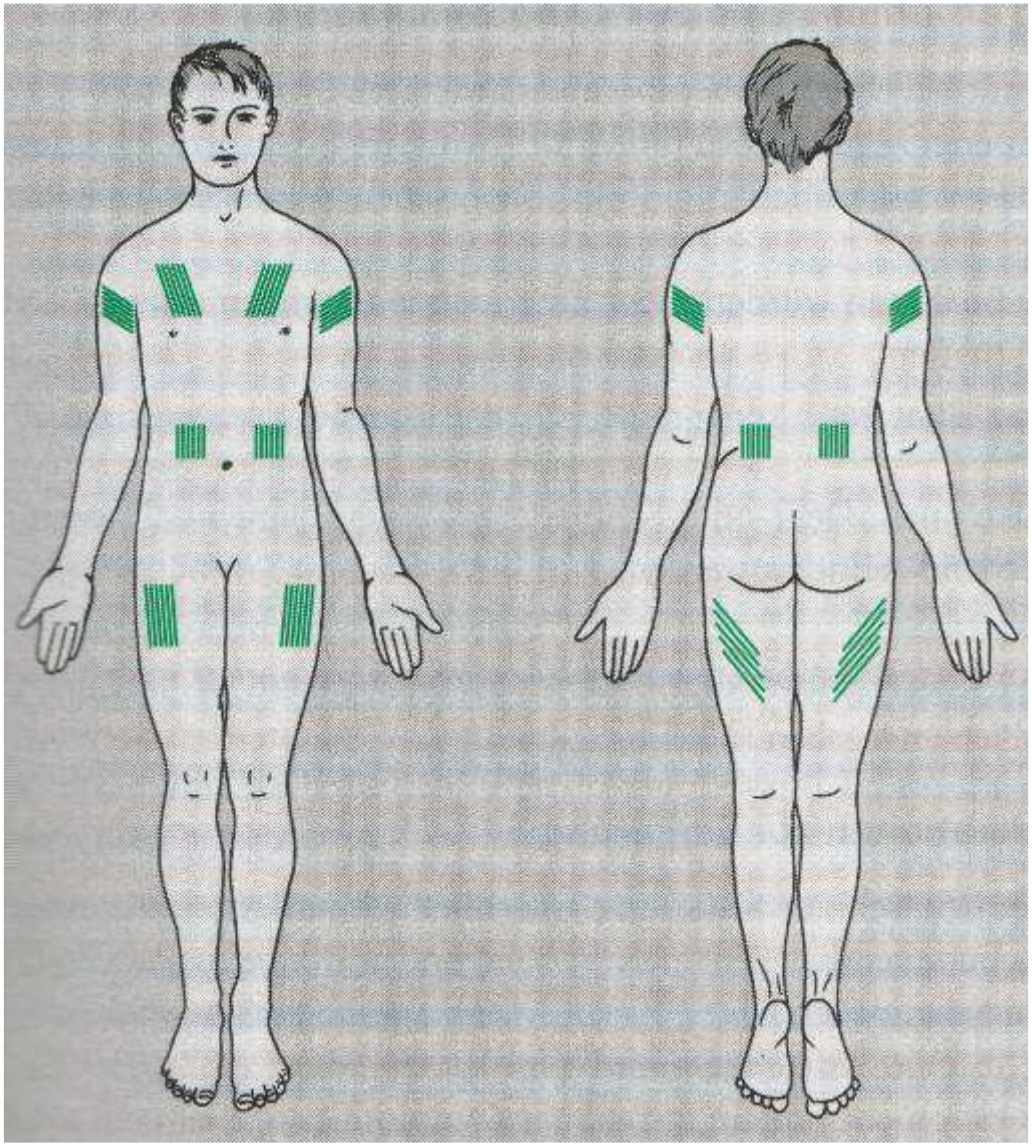
Aszitespunktion Technik:

- Übergang zwischen äußerem und mittlerem Drittel der Verbindungslinie zwischen Spina iliaca anterior superior und Nabel
- Diaphanoskopie alternativ zu sonografischer Kontrolle
- Hautdesinfektion
- sterile Abdeckung
- Lokalanästhesie von Haut, Subcutis und Peritoneum mit Nadel 22G oder 20G, Scandicain 1 -2%, bis zum Peritoneum Depot setzen.
  Bei Aspiration von Aszites Nadel zurückziehen
- Punktion des Peritonealraumes
  Vorgehen wie bei Lokalanästhesie, jedoch mit stärkerer Venenverweilkanüle (16G bis 18G Kunststoffkanüle mit Stahlmandrin oder Pleuradrainage). Bei Erreichen des Ascites Mandrin zurückziehen, Kunststoffkanüle noch wenige Millimeter vorschieben, Anschluss des Systems zur Ableitung
- Ablassen auch großer Aszitesmengen in der Regel unproblematisch

Lokalisation s.c. Infusion

- Brustkorb
- Bauch
- Oberschenkel
- Oberarm

Nicht in Geweben mit Hautausschlägen oder Schwellungen, Hautfalten oder Brustgewebe



Palliativ
24 STD

s. c. applizierbare Medikamente

Generikum	Beispiel	Dosis für Einzelinjektion	Dosis pro24h
• Morphin	MSI Mundipharma 1/3 der oralen 24h-Dosis		1/3 der oralen 4-stdl. Dosis
• Hydromorphon	Palladon®	1 – 1,5 mg	1/6 des sc. nötigen Morphins
• Metamizol*	Novalgin®	1 g	5 g
• Haloperidol	Haldol®	1,5 – 3 mg (1 Amp=5mg)	3 – 15 mg
• Metoclopamid*	MCP®	10 mg	40 – 100 mg
• Dimenhydrinat*	Vomex®	100 mg	100 – 300 mg
• Levomepromazin*	Neurocil®	1 - 5 mg (gegen Übelkeit) 10-50mg (gegen Agitation)	1 – 10 mg 25 – 200 mg
• Butylscopolamin	Buscopan®	20 mg	20 – 120 mg
• Scopolamin (intern.	Apotheke)	0,2 – 0,4 mg	1,2 – 3,6 mg
• Ketamin	Ketanest®*	10 – 25 mg	erst 150 – 200 mg später 50 – 100 mg
• Midazolam	Dormicum®*	2,5 – 10 mg	10 – 60 mg
• Dexamethason	Fortecortin®*	2 – 8 mg	2 – 30 mg
• Pantoprazol	Pantozol®*	20 – 40 mg	80 mg
• Furosemid	Lasix®*	20 – 40 mg	20 – 80 mg

* Nicht zugelassen für s.c., aber von den Fachgesellschaften empfohlen. Aufklärung der Patienten über off-Label-Gebrauch.

Notfallplan

- Schmerz
- Atemnot
- Übelkeit
- Angst
- Verwirrung
- Obstipation
- Epileptischer Anfall

Betreuer
zuständiger Arzt
zuständiges Pflege-Team
Patientenverfügung
Besonderheiten
KH-Einweisung

Delir: eine relevante Diagnose in der Palliativmedizin?

heterogene Angaben in der Literatur (unterschiedliche diagnostische Kriterien):

- Bis zu **85%** der **onkologischen** Patienten entwickeln in der Terminalphase ein delirantes Syndrom
- Delir bei Aufnahme auf **Palliativstation**: **28-42%**
- **32- 67%** aller Delire werden **nicht erkannt** oder falsch diagnostiziert

Iatrogenes Delir

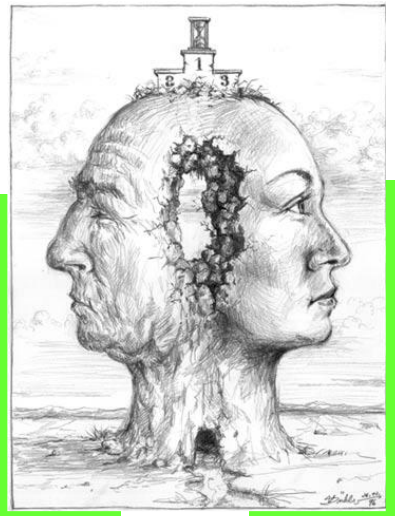
Relatives Risiko für die Entwicklung eines Delirs:

- Fixierung 3,5
- Blasenkatheter 3,1
- weniger als ein Mal täglich aus dem Bett 2,3
- mehr als 12 Stunden auf der Notfallstation 2,1

Inouye, 1996 JAMA

Delir: Störungen der Psychomotorik

Delir hat 2 Gesichter



Hypoaktive Form
(29-43%)

- Apathie, Bewegungsarmut
- Kaum Kontaktaufnahme
- Halluzinationen und Desorientiertheit erst auf Befragen
- Geringe vegetative Symptome

Hyperaktive Form
(2-21%)

- Psychomot. Unruhe bis Agitiertheit
- Irritierbarkeit
- Halluzinationen
- Angst
- Deutliche vegetative Symptome

Mischformen 43-54%

Ursachen für Verwirrtheit/Delir in der letzten Lebensphase

- Metabolisch: Infektion, Dehydratation, O_2/CO_2, Stoffwechselstörung, BZ, **Ca^{++}**, Na^{+}, Krea, Harnstoff...
- Medikamente und deren Entzug
- Physisch: Schmerz, Müdigkeit, Trauma, Apoplex
- Psychosozial: Umgebungswechsel, Angst, Depression, psychiatrische Erkrankung
- Spirituell: Todesängste
- Terminal: Organversagen, ZNS-Ausweitung der Grunderkrankung
- **ca. 4,7 Ursachen/Patient!**

Medikamente, die Verwirrtheit/Delir verursachen können

- zentral wirkende Analgetika
- Antiepileptika
- Antidepressiva
- Parkinsonmittel – Amantadin, L-Dopa, L-Dopa-Agonisten
- NSAR
- Steroide
- Scopolamin, Atropin
- Theophyllin, Ipratropium
- Chemotherapeutika
- Diuretika
- Digitalis

..... **fast alle Medikamente!**

Was sagen die Leitlinien?

- **S3 Leitlinie Demenz**, AWMF Nr. 038-013, 2016

Der Einsatz von Antipsychotika bei Dementen ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert. Bei Typika wie Haldol noch höher als bei Atypika, von denen Quetiapin am besten abschnitt.

Die 24-Monats-Überlebensrate lag in einem multizentrischen doppelblind placebokontrollierten RCT in Pflegeheimen mit Antipsychotika bei 33%, ohne bei 70%. Das Schlaganfallrisiko erhöht sich um den Faktor 3,5. Die kognitive Verschlechterung schritt schneller voran.

- DEGAM-Leitlinie Nr. 12 Demenz, 2008

Nicht mehr aktuell

Nicht-konvulsiver Status epileptikus
Symptome

Motorisch

Automatismen (Schmatzen, Fingerreiben, Zupfen an Kleidung etc.), Kopfnicken, Augendeviationen, Nystagmus, Lidzuckungen

Verhalten

Desorientiertheit, Verwirrtheit, verminderte Vigilanz, Verlangsamung, Amnesie, unmotiviertes Lachen

Andere: Inkontinenz, Schwindel

Es gibt **kein Leitsymptom für den nicht-konvulsiven Status epilepticus,**

deshalb bei Risikopatienten daran denken und EEG durchführen oder probatorisch antikonvulsiv behandeln

In Studien konnte die Wirksamkeit von Medikamenten in deliranten Zuständen nicht nachgewiesen werden!

- Primäre Hilfe: Ursache suchen (Harnverhalt, Blindheit, Fixierung, Schmerzen … uvm …)
- Zuwendung mit Worten, Berührung, Tönen
- Probatorische Schmerzmittelgabe
- Anxiolytika und Neuroleptika (Wirksamkeit s.o.)

Behandlung des Delirs mit Medikamenten

Hochpotententes Neuroleptikum

- **Haldoperidol 0,5-2 g** erprobte Wirkung = Goldstandard. Falls keine Intoxikation, evt zusammen mit Lorazepam 0,5-2g

Atypische Neuroleptika

- **Risperidon** (Risperdal®) rasche Wirkung 1-2 mg ST
- **Quetiapin** (Seroquel®) rasche Wirkung, kurze t1/2 Sedierung

Benzodiazepine: In der Regel nur als Co-Medikation, Paradoxe

Medikamente bei Unruhe und Aggression

Agitiert verwirrte nicht hochaltrige Palliativpatienten:

65-: Haloperidol 0,5-2mg plus Lorazepam 1-2 mg oder Risperidon 0,5-2,0 mg (Kl furosemid), schwerstes Delir 5-10 mg Haloperidol plus Lorazepam 1-2 mg

Hirnmetastasen:

Dexamethason Beginn mit 3 x 8 mg

bei Verdacht auf nicht konvulsiven Status Lorazepam od. Midazolam (Dormicum

agitierte Demente:

akut: nur Risperidon, Zuclopenthixol (Ciatyl®) und Pipamperon (Dipiperon®) zugelassen. Eventuell zusammen mit Lorazepam,

bei längerer Behandlung: besonders bei motorischer Unruhe: Melperon (Eunerpan®)

! Achtung: bei Dementen nicht (mehr) zugelassen: Promethacin, Levomepromazin, Olanzapin!

agitiert verwirrter Parkinson-Patient:

Clozapin (Leponex®) 10 bis maximal 100mg/d

! cave: wirkt stark anticholinerg! kein Haldol oder andere Neuroleptika

Schlafstörung bei Dementen:

Zolpidem, Mirtazepin, Melperon (Eunerpan®)

! Alle Medikamente sind bei Hochaltrigen mit zT erheblichen Nebenwirkungen verbunden und äußerst vorsichtig zu dosieren !

Serotonin-Syndrom

Serotonin-Syndrom:

Leicht: Tremor, Myoklonie, Schwitzen, Diarrhoe, Akathisie

Lebensbedrohlich: Hyperthermie, Delir, stark erhöhter Muskeltonus, -Rigidität

Verursacht durch Medikamente wie:

SSRI, Clomipramin (Anafranil®), Venlafaxin (Trevilor®), Mirtazapin (Remergil®), Methadon, Fentanyl, Pethidin (Dolantin®), Metoclopamid, Ondansetron, Johanniskraut

Wenige Medikamenteninteraktionen verursachen:

Midazolam (Dormicum®)
Lorazepam (Tavor®)
Clonazepam (Rivotril®)
Gabapentin (Neurontin®)
Pregabalin (Lyrica®)
Levetiracetam (Keppra®)

Dexamethason hingegen hat mittelmäßig viele Interaktionen

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Palliativer Behandlungsplan

Name und Adresse des Betreuers/Bevollmächtigten:

_____

Diagnosen: _____

_____

_____

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte dem Patienten festgelegt.

1. **Patientenverfügung**, vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

weitere Vollmachten: _____

Ansprechpartner für den Ort der Aufbewahrung: _____

2. **Absprachen (z. B. Reanimation, Krankenhauseinweisung)**

_____

_____

3. **Wichtige Medikamente (evtl. Plan beifügen):**

regelmäßig:	bei Bedarf:

4. **Notfallsituationen**

Mögliche Komplikationen	Vorgehen, mit Patienten abgesprochen

_____ _____

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift Arzt | Ort, Datum, Unterschrift Patient

Betreuungsnetz – Telefonnummern

Angehörige/Freunde: _____

_____

Ärzte: _____

_____

_____

_____

Psychotherapeut: _____

Physiotherapeut: _____

Apotheke: _____

Pflegedienst: _____

Seelsorger: _____

Hospizverein: _____

Hospizhelfer: _____

Stationäres Hospiz: _____

Palliativstation: _____

Palliativberatung: _____

Sonstiges: _____

Wichtige Telefonnummern für den Notfall:

_____

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Rettungsdienst/Notarzt: 112

Einverständniserklärung Patientin/Patient:

☐ **Ich,** _____,
(Name, Vorname, Geburtsdatum Patientin/Patient)
erkläre mich einverstanden, dass der Palliative Behandlungsplan an oben genannte Behandler und Personen zum Zwecke meiner weiteren Behandlung/Versorgung sowie der Dokumentation übermittelt wird.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift Patient

Weitere Informationen unter: www.kvb.de/palliativ

Liverpool Care Pathway

Der **Liverpool Care Pathway** (LCP) ist ein Leitfaden für die Sterbebegleitung. Er hilft, die Betreuung von Sterbenden und ihrer Angehörigen zu verbessern. Er wurde Ende der 90er Jahre zusammen vom Palliative Care Team des Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals NHS Trust(RLBUHT) und Mitarbeitern des Marie Curie Hospice in Liverpool erarbeitet. Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte von Mitarbeitern des Palliativzentrums im Kantonsspital St. Gallen.

Ziele

Der LCP erfasst 20 Ziele.

1. Aktuelle Medikation ist erfasst und Unnötiges abgesetzt
2. Reservemedikamente sind verordnet
3. Inadäquate Planungen sind gestoppt
4. Verständliche Kommunikation ist sichergestellt
5. Selbsteinschätzung des Patienten betreffend seines Zustandes ist beurteilt
6. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse sind erfasst
7. Wie Angehörige über den bevorstehenden Tod informiert werden, ist geklärt
8. Unterstützung für die Angehörigen ist abgeklärt und in die Wege geleitet
9. Der Hausarzt ist über den Zustand des Patienten informiert
10. Vorgehensweise ist mit dem Patient und Angehörigen diskutiert
11. Die Angehörigen bestätigen, daß sie den Betreuungsplan verstanden haben

Die Ziele 12 bis 18 beziehen sich auf die Betreuung nach dem Tode

12. Der Hausarzt ist über den Tod des Patienten informiert
13. Prozeduren für die Aufbahrung sind entsprechend den hausinternen Vorgaben durchgeführt worden
14. Prozeduren nach dem Tod sind diskutiert oder durchgeführt worden
15. Angehörige sind über hausinterne Prozeduren in Kenntnis gesetzt worden
16. Die Krankenhausrichtlinien bzgl. Wertgegenstände des Patienten sind befolgt worden
17. Die notwendigen Dokumentationen und Hinweise sind an die entsprechende Person weitergegeben worden
18. Faltblatt mit Trauerinformationen ist ausgehändigt worden
19. Dokumentation der Symptomkontrolle
20. Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen

Hilfreich im Internet

- **S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung**

- Essen und Trinken am Lebensende
  Künstliche Ernährung und
  Flüssigkeitsversorgung

  Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Herausgeber
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
Bundesärztekammer

und jetzt Ihr

Lernerfolg