



KLINIKEN
im Naturpark Altmühltal

Ein Unternehmen der Klinikallianz Mittelbayern

WS 6: Notfälle bei Palliativpatienten

1. Eichstätter Hospiz- und
Palliativtag – 20.10.2017

Dr. med. Hubert Grienberger



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Technischen Universität München - Fakultät für Medizin

Palliativpatienten

Patienten mit

- einer schwerwiegenden, zu Tode führenden Erkrankung
- einer begrenzten Prognose
- dem Willen zur rein symptomlindernden Therapie; Priorität hat die Linderung von Symptomen und nicht die Behandlung der Erkrankung
- (spezialisierte palliative Versorgung: Symptomlinderung durch allgemeine Maßnahmen nicht möglich)

Notfall

Laut BSI:

„...ein Schadensereignis, bei dem Prozesse nicht wie vorgesehen funktionieren und nicht mehr im allgemeinen Tagesgeschäft abgehandelt werden können, sondern eine gesonderte Notfallorganisation erfordern.“

Medizinisch:

Ein Ereignis, das unvermittelt, plötzlich, unerwartet auftritt und durch eine lebensbedrohliche Störung der Vitalfunktionen gekennzeichnet ist.

3-10% der Notarzteinsätze betreffen Palliativpatienten.

Notfallkategorien

Allgemeine Notfallsituation

- unabhängig von der Grunderkrankung, Schlaganfall/Unfall..

Mit der Grunderkrankung assoziiert, aber unerwartet/neu:

- Ileus bei Ovarial-Ca, Blutsturz bei Bronchial-Ca
- Neurologie: Lähmung/Querschnitt bei WK-Metastasen, Krampfanfall, akute Verwirrtheit

Behandlungsassoziiert:

- Fieber bei Neutropenie -> akute AZ-Verschlechterung
- Erbrechen/Schmerz bei Mucositis nach Bestrahlung

Akute Verschlechterung bekannter Symptome

Dimensionen palliativer Notfälle

oder: was steht eigentlich im Vordergrund?

Medizinisch/pflegerisch:

- Körperliche Symptome, pflegerische Maßnahmen

Psycho-sozial:

- Überlastung des Umfelds (Angehörige!!), häusliches Umfeld überfordert, „ungünstige Bedingungen“

Ethisch-rechtlich:

- Differenzen bzgl. Therapie -> Patientenverfügung, unterschiedliche Vorstellungen

Spirituell:

- auch in Notfallsituationen häufig ein be(un)günstigender Faktor

Ethische Prinzipien ärztlichen Handelns

Nach Beauchamp und Childress:

- Patientenautonomie
- Benefizienz
- Non-Malefizienz
- Gerechtigkeit

Notfallmedizin ist traditionell von Paternalismus geprägt.

Patientenautonomie ist maßgebend!

Entscheidende Fragen in der Notfallsituation

Abzielend auf die Patientenautonomie:

- *Gibt es ein vernünftiges Therapieziel?*
- *Ist dieses Ziel realistisch?*
- *Stimmt dieses Therapieziel mit dem (mutmaßlichen) Patientenwillen überein?*

Notfallmanagement

VORBEUGEN von Notfällen!

- Offenes Ansprechen von möglichen Symptomen
- Bestmögliche sozialdienstliche Betreuung
- Bestmögliche medizinisch/pflegerische Betreuung

-> „Advanced-care-plan“ (ACP), Notfallplanung für Palliativpatienten

Notfallplanung für Palliativpatienten

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

Wesentliche Diagnosen / Grundkrankheit:

1. _____

2. _____

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer)

Hausarzt (Telefonnummer) / Stationsarzt (Telefonnummer)

Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell
geäußerten Willen des Patienten

Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung

Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen
Patientenwillen

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

Reanimation (Wiederbelebung) Intubation ja nein

(maschinelle Beatmung) ja nein

Transfusionsbehandlung bei Blutung Diagnostik ja nein

+ Antibiotika bei Fieber ja nein

PEG (Magensonde durch Bauchdecke) bei
Schluckstörungen ja nein

Einweisung in die Chirurgie bei Darmverschluss ja nein

Einweisung auf Intensivstation ja nein

Klinikeinweisung nur im Rahmen eines Unfallgeschehens

Symptomkontrolle soll vorrangig im Pflegeheim/zu Hause erfolgen, nur
bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen.

Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst, nicht der Notarzt
hinzugezogen werden. Dieser soll unter palliativmedizinischen
Gesichtspunkten handeln

Der Patient darf in der nächsten Krise versterben.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum, Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt

Ort Datum, Unterschrift Pflegekraft im Heim

Ort, Datum, Unterschrift Stationsarzt

Notfallplanung für Palliativpatienten

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Bedarfsmedikation:

Schmerzen:

Atemnot:

Unruhe/Angst:

Erregungszustand:

Fieber:

Krampfanfall:

Obstipation:

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt

Ort, Datum, Unterschrift Stationsarzt

Notfallsituationen

Allgemeine Grundsätze:

RUHE BEWAHREN!

PATIENTEN NICHT ALLEINE LASSEN!

Medikamentenmanagement

Zugang (i.v./s.c./Port/p.o./p.ES.....)

-> Hands-on-Training (pfmmedical)

Spezielle Notfallsituationen

Reanimationspflichtiger Patient

ERC Leitlinien

Notfall Rettungsmed 2015 · 18:1035–1047
DOI 10.1007/s10049-015-0083-z
Online publiziert: 14. Oktober 2015
© European Resuscitation Council (ERC),
German Resuscitation Council (GRC), Austrian
Resuscitation Council (ARC) 2015



L.L. Bossaert¹ · G.D. Perkins^{2,3} · H. Askitopoulou⁴ · V.I. Raffay⁵ · R. Greiff⁶ ·
K.L. Haywood⁷ · S.D. Mentzelopoulos⁸ · J.P. Nolan⁹ · P. Van de Voorde¹⁰ ·
T.T. Xanthos^{8,11}

¹ University of Antwerp, Antwerp, Belgien

² Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

³ Critical Care Unit, Heart of England NHS Foundation Trust, Birmingham, UK

⁴ Medical School, Ethics Committee of the European Society for Emergency
Medicine (EuSEM), University of Crete, Heraklion, Griechenland

⁵ Municipal Institute for Emergency Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbien

⁶ Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital,
University Hospital Bern and University of Bern, Bern, Schweiz

⁷ Royal College of Nursing Research Institute, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

⁸ Medical School, University of Athens, Athens, Griechenland

⁹ Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Bath, UK

¹⁰ Federal Department Health, University Hospital and University Ghent, Ghent, Belgien

¹¹ Midwestern University, Chicago, USA

Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende

Kapitel 11 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council

Zusammenfassung der Veränderungen gegenüber den Leitlinien von 2010

als aktive Partner beim Verständnis und
der Umsetzung der ethischen Prinzipien.

Inhalt und Umsetzung der traditionel-
len ethischen Prinzipien stehen im Kon-

DNACPR-Anweisungen, wann been
det oder nicht begonnen werden soll
sowie Beteiligung des Patienten oder
seines Vertreters.

Nichteinleiten oder Abbruch der Reanimation – Transport unter Fortführung der Reanimation

Professionelle Helfer sollen erwägen, bei
Kindern und Erwachsenen eine Reani-
mation nicht zu beginnen oder abzubre-
chen, wenn:

- die Sicherheit des Helfers nicht länger gewährleistet ist,
- eine offensichtlich tödliche Verletzung vorliegt oder der irreversible Tod eingetreten ist,
- eine gültige und zutreffende Voraussetzung vorliegt,
- es einen anderen starken Hinweis darauf gibt, dass weitere Reanimationsmaßnahmen gegen die Wertvorstellungen und Präferenzen des Patienten verstoßen würden oder die Maßnahmen als aussichtslos betrachtet werden,
- trotz laufender erweiterter Maßnahmen und ohne reversible Ursache eine Asystolie länger als 20 min besteht.

Nach Abbruch einer Reanimation soll mit Blick auf eine Organspende die Möglichkeit geprüft werden, den Kreislauf weiterhin zu unterstützen und den Patienten in ein geeignetes Zentrum zu transportieren.

Spezielle Notfallsituationen – Schmerz

Schmerzlokalisierung, -charakter, -dauer, -intensität erfragen.

Einfache (auch invasive) Maßnahmen zur Schmerztherapie in Erwägung ziehen (z.B. DK-Anlage bei Harnverhalt).

Bedarfsmedikation ausschöpfen, sofern angeordnet.

WHO-Stufenschema Schmerztherapie

Akutschmerz:

Dosis schnellwirksames Opiat = $1/6 - 1/3$ der Tagesdosis

Repetitive Gaben, Co-Analgetika

Spezielle Notfallsituationen – Atemnot

Lagerungsmaßnahmen (Oberkörper hochlagern)

Sauerstoff

Morphin, bzw. bereits angeordnetes Opiat

Mögliche Ursachen ergründen, z.B. Pleuraerguss; eventuell nach Patientenwunsch therapieren.

Häufig zusätzlich Benzodiazepine notwendig, bis hin zu palliativer Sedierung

Spezielle Notfallsituationen – Blutung

Blutungsquelle identifizieren, prinzipiell:

Dunkle Tücher verwenden!

Bei Blutungen der Körperoberfläche: Kompression, lokale
Behandlung mit Hämostyptika (QuikClot, Tranexamsäure..)

Innere Blutung (Blutung/Blutsturz aus Körperöffnungen):

Benzodiazepine bis hin zu palliativer Sedierung, sinnvolle Therapien
häufig nicht möglich.

Spezielle Notfallsituationen – Krampfanfall

Erstereignis oder bekanntes Krampfleiden? Ursachen?

Medikamentös:

Midazolam/Lorazepam titrieren

Antikonvulsive Medikation anpassen

Bei intrazerebralen Tumoren: Dexamethason-Dosis erhöhen

Spezielle Notfallsituationen – Delir/Verwirrtheit

Auslösende Faktoren eliminieren/minimieren: Schmerz, Schlaflosigkeit, Medikamentennebenwirkungen...

Medikamentös:

Haloperidol i.v., Titration

Neuroleptika-Dauertherapie?

Bei intrazerebralen Prozessen: Dexamethason (CAVE: kann selbst Delir induzieren!)

Bei gleichzeitiger Unruhe: Benzodiazepine

Spezielle Notfallsituationen – Lähmungen

Exakte neurologische Untersuchung

Bei drohendem Querschnitt und bekannten spinalen Prozessen:

Dexamethason mind. 24mg i.v.

Abhängig von Zustand operative Versorgung anstreben (z.B. Tumorektomie)

Spezielle Notfallsituationen – Ressourcen

Klinik:

Alle Kliniken mit Palliativstation/palliativmedizinischem Dienst müssen 24/7 Palliativpatienten betreuen können.

SAPV:

Mo-Fr 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr: 0841-8857680, bei laufender SAPV:
Notfallnummer

Notfallseelsorge/KIT:

Über ILST

Angehörige, Hausarzt, örtl. Seelsorger etc.

Spezielle Notfallsituationen – Todesfall I

Angehörige nach ihren Bedürfnissen befragen. Medikamente, insbesondere Benzodiazepine, zur „Beruhigung“ der Angehörigen vermeiden. Ressourcen ausschöpfen, Angebote aktiv unterbreiten.

Leichenschau/Ausstellung der Todesbescheinigung:

- Todesursache: Natürlich/Ungeklärt/Anhaltspunkte für Nicht-Natürlich
- Wer? Arzt ist verpflichtet, Ausnahme Bayern: Notarzt kann vorläufige Todesbescheinigung ausstellen
- Wann? UNVERZÜGLICH! Kursierende Fristen wie „darf erst nach 4h gemacht werden“ sind falsch.

Spezielle Notfallsituationen – Todesfall II

Leichenschau/Ausstellung der Todesbescheinigung:

- Wie? Sorgsam, „...in der Regel ist eine Entkleidung des Leichnams unabdingbar.“
- Kurze Wiederholung Todeszeichen:
Leichenflecke: 15-30min p.m., nach 1-2h konfluierend
Leichenstarre: 2-4h p.m. (Kiefer), nach 6-8h voll ausgeprägt

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Leichenschau_2013-01.pdf

