



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. Bossaert<sup>1</sup> · G.D. Perkins<sup>2,3</sup> · H. Askitopoulou<sup>4</sup> · V.I. Raffay<sup>5</sup> · R. Greiff<sup>6</sup> ·  
K.L. Haywood<sup>7</sup> · S.D. Mentzelopoulos<sup>8</sup> · J.P. Nolan<sup>9</sup> · P. Van de Voorde<sup>10</sup> ·  
T.T. Xanthos<sup>8,11</sup>

<sup>1</sup> University of Antwerp, Antwerp, Belgien

<sup>2</sup> Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

<sup>3</sup> Critical Care Unit, Heart of England NHS Foundation Trust, Birmingham, UK

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

<sup>5</sup> Municipal Institute for Emergency Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbien

<sup>6</sup> Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital,  
University Hospital Bern and University of Bern, Bern, Schweiz

<sup>7</sup> Royal College of Nursing Research Institute, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

<sup>8</sup> Medical School, University of Athens, Athens, Griechenland

<sup>9</sup> Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Bath, UK

<sup>10</sup> Federal Department Health, University Hospital and University Ghent, Ghent, Belgien

<sup>11</sup> 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 abubre-  
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 Vorausverfügung 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 =  $\frac{1}{6}$  –  $\frac{1}{3}$  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](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Leichenschau_2013-01.pdf)

