



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



5. Internistischer
Notfallmedizinkongress Heidelberg

Palliativmedizin im Rettungsdienst

Heidelberg, den 30. November 2019

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin

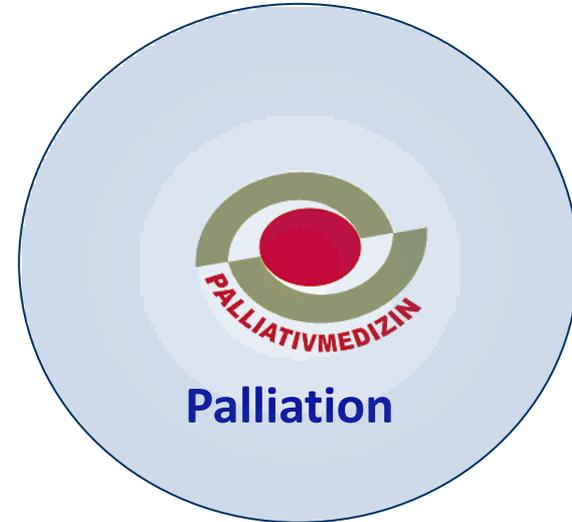
Universitätsklinikum Heidelberg

..ein Widerspruch?



Ziele:

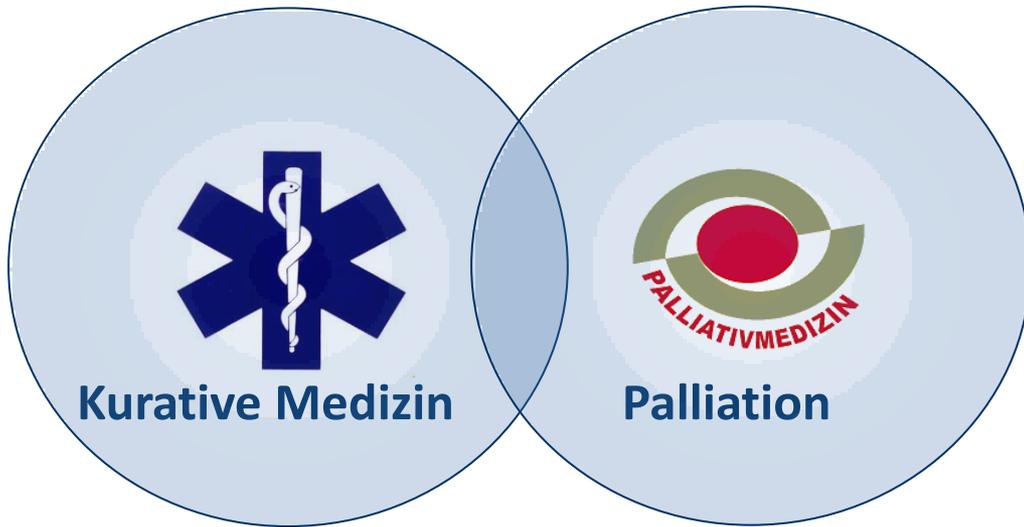
- Leben erhalten
- Komplikationen vermeiden



Ziele:

- Linderung von Symptomen
- Verlängerung des Lebens
untergeordnet
- Lebensqualität entscheidend

Die Schnittmenge



- Indikationen
- Demographische Entwicklung
- Alter bzw. Multimorbidität
- gesellschaftliche Ansprüche
- Versorgungslücke

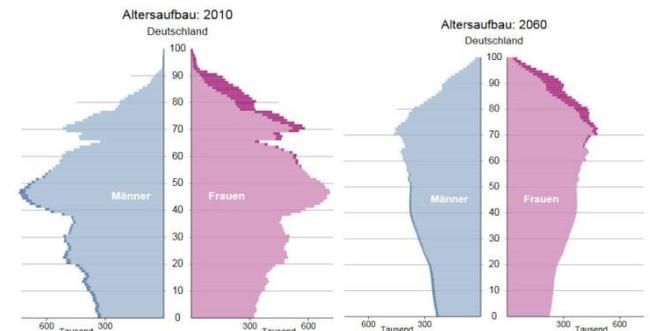
RNK/ Heidelberg

Trauma
Gesamteinsätze
Durchschnittsalter

	1984	2004	2014
Trauma	40%	18%	18%
Gesamteinsätze	957	3825	6755
Durchschnittsalter	43 a	58 a	62 a
.....

M. Bernhard et al, Anaesthesist 2006 · 55:1157–1165

SQR BW



Statistisches Landesamt 2015

Schnittstelle?

DRK
Friedhof



Deutsches
Rotes
Kreuz

NOTARZT

Kreisverband
Rhein-Neckar/Heidelberg e.V.

Einsatzrealität im Notarztdienst

- 3% aller Notarzteinsätze
- soviel wie pädiatrische Einsätze
- insgesamt zunehmend
- „entscheidende“ Bedeutung
- primär nicht *Aufgabe* des RD
- 80% nachts und Wochenende



Was ist Palliativmedizin?



„Die **Palliativmedizin** ist die **aktive, ganzheitliche** Behandlung von Patienten mit einer **progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung** und einer **begrenzten Lebenserwartung** sowie ihrer **An- und Zugehörigen.**“

DGP/ WHO

- „ganzheitliche“ **Linderung**
- multiprofessionelle **Symptomkontrolle**
- international gebräuchliche Begriff **„palliative care“**
- primär dennoch **keine Sterbemedizin**

Krankheitsspektrum:

- **Tumorerkrankungen**

- AIDS
- neurologische Erkrankungen (Insult, ALS, Demenz)
- kardiovaskuläre Erkrankungen
- pulmonale Erkrankungen
- chronisch progredientes Leberversagen
- terminale Niereninsuffizienz
- schwere Traumata mit infauster Prognose
- Multimorbidität, „Alter“

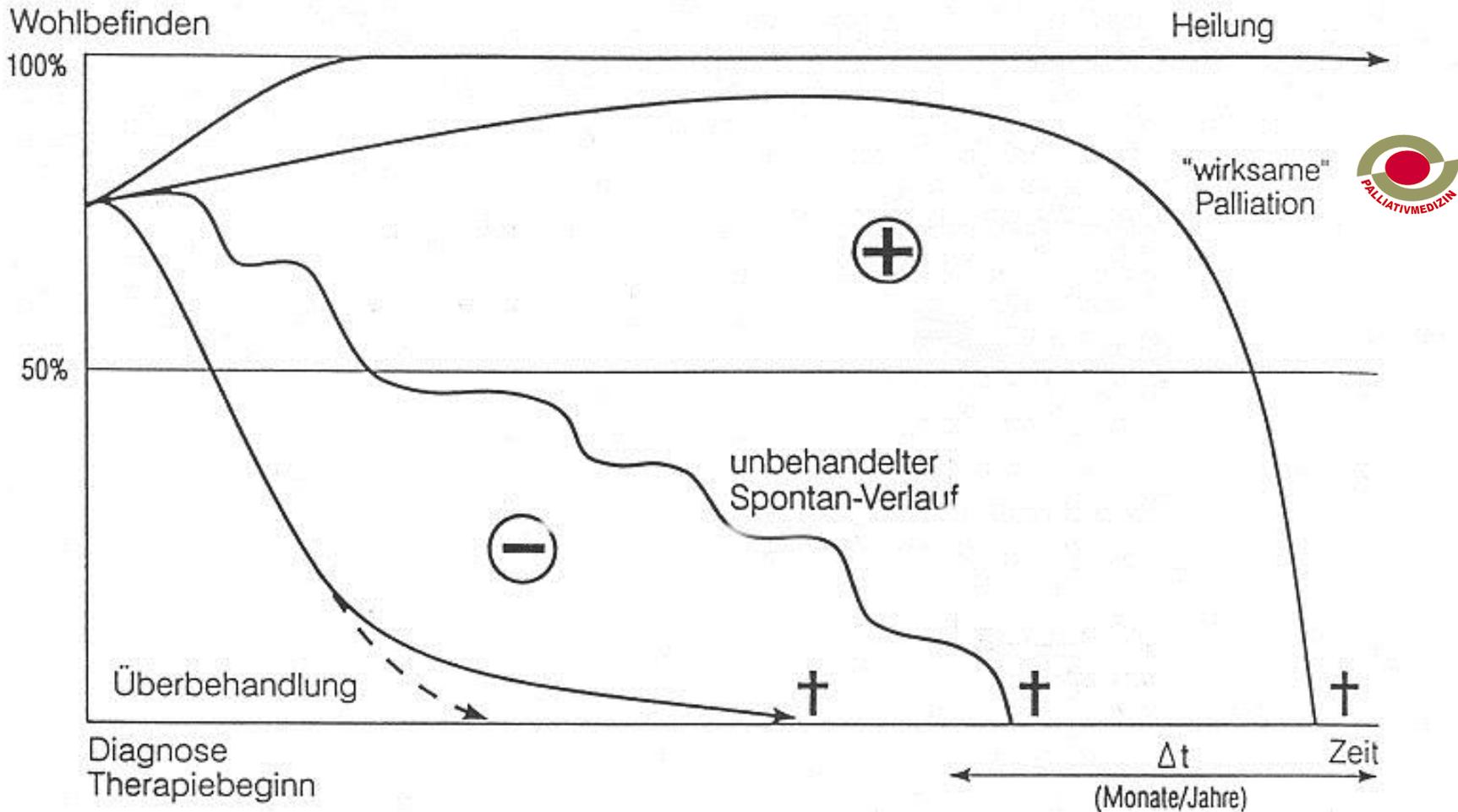


Quelle: www

„Der Palliativpatient“?

- mitunter sehr **heterogenes** Kollektiv
- unterschiedliches Niveau der **Lebensqualität**
- Dauer der **palliativen Krankheitsphase** (Wochen - Jahre)
- **in extremis: Sterbephase** (Tage bzw. Stunden)
- dennoch: „*der Palliativpatient*“ allgemein gebräuchlich
- auch hier **mit Einschränkungen** verwendet
- i.d. Praxis: Missverständnisse auf dem Boden dieser
Begriffsunschärfe → **klare inhaltliche Beschreibung**

Intention Palliativmedizin



Zielsetzung moderner Palliativmedizin

- bestmögliche Symptomkontrolle
- Vermeidung stationärer Einweisungen
- **Sterben zuhause** ermöglichen



[J Palliat Med.](#) 2013 May;16(5):502-8. doi: 10.1089/jpm.2012.0262. Epub 2013 Feb 19.

The preferred place of last days: results of a representative population-based public survey.

[Wilson DM](#)¹, [Cohen J](#), [Deliens L](#), [Hewitt JA](#), [Houttekier D](#).

ORIGINALARBEIT

Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts

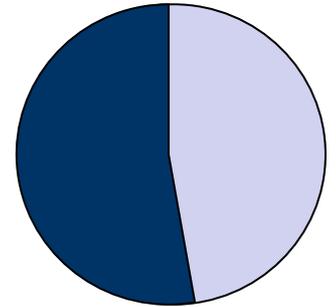
Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011
Burkhard Doesch, Klaus Blum, Philipp Gude, Claudia Bauserwein

- 80% der Bevölkerung *würden gerne* zuhause sterben
- 20% versterben in Einrichtungen (Hosp, Pall, Pflege)
- 60% versterben im Krankenhaus/ Bereich der Notaufnahmestationen



Versorgung von Patienten in palliativer Krankheitsphase

- KV-System mit klassisch sektoraler Trennung:
→ *ambulant vs stationär*
- Palliativmedizin arbeitet sektorenübergreifend
- **SAPV**, *spezialisierte ambulante Palliativversorgung*, § 37 SGB V, **2007**
- Leistungserbr.: **Palliative Care Team, PallMediziner**, amb. Pflegedienste, u.a.
- Umsetzung zögerlich (*Verträgen mit KV, Strukturen, Interessen...*)
- teilweise **uneinheitliche Leistungen** der SAPV-Systeme
- **flächendeckende** Umsetzung unzureichend, **zeitlich** sehr struktur-abhängig



Symptomkontrolle in der Palliativmedizin

- Dyspnoe
- Schmerzexazerbation
- Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit
- Angst, Unruhe, Verwirrtheit
- Fatigue/ Adynamie
- Übelkeit/ Erbrechen
- Ausscheidung
- Ernährung (parenteral, Sonde)
- Blutungen
-

Symptomkontrolle in der Palliativmedizin

- Dyspnoe
- Schmerzexazerbation
- Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit

zeitkritische Notfallsituationen

(trotz *optimaler* Vorbereitung!)

- Blutungen
-



....der Wunsch zu leben....

Per Olov Enquist, schwedischer Schriftsteller und Journalist

Der Notfallpatient?

- plötzliche, unvorhergesehene Situation
- akute Bedrohung der **körperlichen Unversehrtheit** - bisweilen der **Existenz** (*Störung der Vitalfunktionen – früher zumindest*)!
- i.w. Sinne psychische Notfälle
- Fehlen einfacher Lösungen → **externe Hilfe:**

a.



Palliativer Notfall – eine *Notarztindikation*?

- in der Bevölkerung bekannte, **unmittelbare Verfügbarkeit** bei zeitkritischen medizinischen Problemen
- **Fachkompetenz** bei der speziellen Behandlung **schwerwiegender medizinischer Symptome** (IntMed Erfahrung)
- Einschätzung von Organfunktionen im Hinblick auf **vitale Bedrohung** - Durchführung von **intensivmedizinischen Maßnahmen** direkt vor Ort (sofern indiziert)
- kompetente und **differenzierte Opioidtherapie** bei krisenhaft exazerbierten Schmerzzuständen (Hausarzt?)



...“Überraschungen“ im häuslichen Umfeld

- **WHO - Stufe IV** (PCA-Pumpe)
...mit entsprechenden Opioiddosen...
- Trachealkanülen (Absauggeräte)
- Port/ ZVK/ Hickman/ Broviac
- PEG/ PEJ-Sonden
- Drainagen (z.B. Denver-Drainage)/ Sekretbeutel
- Sauerstoffgeräte, Atemhilfen, Heimbeatmung
- Cardiac-assist-devices
-

Wann ist ein Patient „palliativ“?

Kurative Medizin



Palliativmedizin



- **Vielzahl von Faktoren** (Therapieoption, NW, AZ, Wunsch,..)
- patientenseitig **fließender, individueller Übergang**
- auch vom **Arzt** abhängige **Einschätzung**
- sinkende **Wahrscheinlichkeit** für kuratives Resultat

Notfallbehandlung in der Palliativmedizin

- **komplexe medizinische Situation:** fortgeschrittene Erkrankung, Multi-Organinsuffizienz, individ. Wunsch/Wille, juristische Grundlagen, strapaziertes Umfeld, ...
- hier **kein umfassender Überblick möglich**
- **lediglich ausgewählte Aspekte**
- „**grundlegender Masterplan**“
 - einzelne Handreichungen!

Stolpersteine im Realeinsatz

- **zeitintensive Befragung vs zeitnahe Sofortmaßnahmen**
- Patient/ Umfeld adäquat **aufgeklärt?** (letale Prognose, therapeut. Optionen, Ziele, Verlauf.....)
- Erwartung vom Notarzt? („*Was ist ihr Wunsch?*“)
- Reaktion des Umfeldes (soz. Interaktion, ggf. divergierend?)
- Maßnahmen → „**erheblich**“ **todkranke** Patienten
- ggf. auf niedrigstem Niveau noch grenzgradig kompensiert
- **zuhören, begleiten** und fachkompetent **beraten**
- bei schwierigen Therapieentscheidungen möglichst **Konsens** unter allen Betroffenen erreichen

Symptom kontrollierende Akutversorgung

- i.d.R. „entschleunigen“, Aktionismus vermeiden
- Abarbeiten eines **Algorithmus nicht zielführend**
- **Einzelfallentscheidung - keine Patentrezept**
- sorgfältige **Information** („*informed consent*“)
- **Arzt** entscheidet gemäß aktueller **Situation vor Ort**
- prinzipiell unnötige stationäre **Einweisung vermeiden**
- Krankenhauseinweisungen lassen sich auch bei optimaler Betreuung **nicht immer** vermeiden (~ 25%)

(Schindler 2005)

Juristische Korridor zum Erhalt/ Wiederherstellung der Lebensqualität

- **Autonomie des Patientenwilles** (vgl. GG)
- wenn Patient **ansprechbar**, in erforderlichlichem **Mindestmaß einsichts- und urteilsfähig** kommt **Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung nicht** zum Tragen
- bei **Einwilligungsunfähigkeit VV/ PV (spezifisch?)**
- **Rechtsverbindlichkeit** seit 01.09.2009 (Gesetz/ Urteil BGH)
- **kein** natürliches **Stellvertretungsrecht** durch **Angehörige**
- „**mutmaßliche**“ Patientenwille (hypothetisch)
- hinreichende Gewissheit ausreichend (keine Ermittlungsbehörde)

Vorausverfügungen (*advance directives*)

- schriftlichen „Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen“, Notfallkarten, Palliativnotfallbögen (z.B. Göttinger/ Regensburger Palliativkrisenbogen, PALMA-Formular, DNR-order, DNAR-order,...)
- **Hilfestellung, zusätzliche Sicherheit**
- i.S. der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared-decision-making*)
- Vorhandensein von Patientenverfügungen rund 12%
- Patientenverfügungen in 80% bestehend **aus 3-6 Seiten**
- **als Entscheidungsgrundlage i.d.R. ungeeignet**

s. Peters, Kern, Buschmann 2015



Palliativmedizin

„Die Palliativmedizin gehört zum Aufgabenbereich jedes Arztes“

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe mahnt die Ärzteschaft, den Menschen die Palliation als eine sinnvolle Behandlungsform für ein würdiges Sterben zu vermitteln.

Deutsches Ärzteblatt, 1. Juni 2007

bisher unzureichende Abbildung in

- Studium
- Musterweiterbildungsordnung
- ärztliche Fortbildung

Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L (2016): **Guidelines** for the withdrawal of life-sustaining measures. Intensive Care Med 42:1003–1017

Sullivan AM, Rock LK, Gadmer NM, Norwich DE, Schwartzstein RM (2016): The impact of **resident training on communication** with families in the intensive care unit. Resident and family outcomes. Ann Am Thorac Soc 13:512–521

konkrete Tipps??
Maßnahmen??

Palliativmedizin und Wissenschaft



- Alle Empfehlungen genügen **nicht** den harten Kriterien der **evidence based medicine** (EbM)
- profundes Expertenwissen, viele sinnvolle und praktikable und Handreichungen



N Engl J Med 2015;373:2549-61.DOI: 10.1056/NEJMra1411746

Dyspnoe

bei Patienten in der Palliativmedizin

- einzige Symptom mit **ausreichender** Evidenzlage
- keine Abnahme der **subjektiven Dyspnoe** durch O₂
- Reduktion der Dyspnoe durch Opioide
- keine Atemdepression durch Opioide
- Ökonomisierung der Atemarbeit

Parshall et al., Am J Respir Crit Care Med 2012; 185: 435–52.

Jennings et al., Cochrane Database of Systematic Reviews(4): CD002066.

Abernethy et al., BMJ 2003; 327: 523–8.

Klaschik, Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 1939-1943.

Dyspnoe

- **reversible Ursachen** suchen und behandeln! (*eher Aszites, Anämie, weniger Laser/Stent,....*)
- symptomatische Therapie ist Domäne des Opioidesinsatzes
- ist ein **subjektives Symptom** → nicht alleine lassen, Lagerung, Fenster öffnen, Ventilator, Schleimhäute anfeuchten

- **Pharmakotherapie:**

cave!

komplexe medizinische Situation

Organinsuffizienzen (Resorption, Biotransformation, Elimination)

Toleranzentwicklung

Kachexie, Plasmaeiweißbindung, Umverteilung

grundsätzlich keine Universalempfehlung (*one fits all*)

→ **individuelle Titration, Beobachtung, Anpassung**

Dyspnoe

- **reversible Ursachen** suchen und behandeln! (*eher Aszites, Anämie, weniger Laser/Stent,....*)
- symptomatische Therapie ist Domäne des Opioidesinsatzes
- ist ein **subjektives Symptom** → nicht alleine lassen, Lagerung, Fenster öffnen, Ventilator, Schleimhäute anfeuchten

- **Pharmakotherapie:**

cave!

- **Opioidnaiver Patient:**

- 5 mg Morphin s.c. alle 4 h
 - 5 -10 mg unretardiertes Morphin alle 4 Stunden

- **Opioidgewöhnter Patient:**

- Steigerung der gewohnten Dosis um 25 - 50%
 - ggf. zusätzlich Benzodiazepin (bei Angst)

Schmerzexazerbation

- ganzheitlicher Ansatz, „bio-psycho-soziales Modell“ des Schmerzes
- i.d.R. keine biologische Warnfunktion mehr (vgl. ACS)
- hoher Stellenwert einer effektiven Schmerztherapie
- 90% haben Angst vor Schmerzen am Lebensende
- Aber: Schmerz ist auch Signal bzgl. Rat und Hilfe und nicht nur ein Ruf nach Erhöhung der Analgesie/ Sedierung!

- **Pharmakotherapie:**

cave!

- **Opioidnaiver Patient:**

- 5 mg Morphin s.c. alle 4 h
 - 5-10 mg unretardiertes Morphin alle 4 Stunden!

- **Opioidgewöhnter Patient:**

- Steigerung der gewohnten Dosis um 25 - 50%!
 - ggf. zusätzlich Benzodiazepin (bei Angst)

Neurologische Notfall

- i.d.R. Krampfanfall, ggf. Bewusstseinsstörung
- erhebliche Beeinträchtigung Lebensqualität
- Erstmanifestation?
- „wie terminal/ palliativ“ ist die Situation?
- Diagnostik überhaupt notwendig?
- Do not panic → Erklärungen, keine medik. Primärprophylaxe empfohlen

- **Pharmakotherapie:**

Midazolam 3 mg i.v., wiederholbar

Midazolam 5-10 mg s.c., ggf. nach 30 min wiederholen, ggf. nasal/ rectal

Lorazepam 2,5 mg sublingual (Tavor expidet)!

cave!

Akute Blutung

- sichtbare, massive Blutungen sehr traumatisierend für alle Beteiligten
- insbes. Hämoptysen für das Umfeld bedrohlich, erschreckender Charakter
- meist vorher Sickerblutungen
- Risikoabwägung (Blutung vs Thrombembolie)
- Abwägen der Therapie mit Aspirin, NSAR, (N)OAK!
- Notfallmanagement schon im Vorfeld absprechen!
- Pflegepersonen, Angehörige vorbereiten
- falls kausale Therapie nicht mehr sinnvoll, Sichtbarkeit der Blutung unterdrücken → dunkle Tücher

„Notärztliche Betreuung von Tumorpatienten in der finalen Krankheitsphase“

- Tendenziell längere Versorgungszeiten
- Atemnot häufigstes Symptom
- 50% tracheales Rasseln
- Transportindikation „palliativ“ 61,8% (vs 90,7 %)
- Einweisung häufiger bei unerfahrenen NA
- Reanimationen in finaler Krankheitsphase durch unerfahrene Notärzte
- Insgesamt lediglich Trends, keine statistische Relevanz

Wiese et al, 2007

Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung, Februar 2011

- Sterbe**begleitung** ist **ärztliche Aufgabe**
- Mithilfe des Arztes zur Selbsttötung keine **Ärztliche Aufgabe**
- Beihilfe zum Suizid wird nicht mehr grundsätzlich verurteilt
- dennoch keine Liberalisierung der Sterbehilfe
- Ärzte mit Erfahrung im Umgang mit Sterbenden lehnen assistierten Suizid ab



Regelungen Sterbehilfe

- gesetzliche Regelungen in Europa heterogen (nix → alles)
- innerhalb **Strafgesetzgebung, ärztliches Standesrecht**
- Debatte bzw. politischer Prozess (Initiative BGM Gröhe, 2014)
- **Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung**, 10.12.2015, §217, „*Fremdtötungsparagrafen*“
 - **Verschärfung!!**, nicht im Sinne der Betroffenen
- straffrei: nahestehende Personen, Angehörige
- **Wo steht der Arzt??? Einzelfallentscheidung??**
- „*auf Wiederholung angelegtes, organisiertes und gewinnorientiertes Handeln*“

rechtliche Situation Sterbehilfe



Aktive Sterbehilfe



Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes, auch die Tötung auf Verlangen ist ein Tatbestand der Tötung! In Deutschland nach § 216 StGB rechtswidrig und strafbar.

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) nur bei Selbsteinnahme

Passive Sterbehilfe

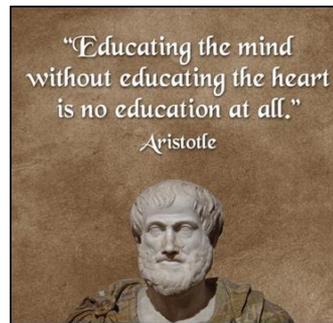
Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen (Nicht-Behandlung einer Pneumonie, Transfusion,..). Beim todkranken Patienten oder auf Wunsch des aufgeklärten Patienten nicht strafbar.

Indirekte Sterbehilfe

Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung

„Am Ende wird alles gut,
wenn es nicht gut wird, ist es
noch nicht das Ende“

Oscar Wilde



Schlussbemerkung:

5. Internistischer
Notfallmedizinkongress Heidelberg

- Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung
- Schließung der **Versorgungslücken**
- spezieller **not-ärztlicher Weiterbildung**
- steigert **Lebens-** und Versorgungsqualität
- beendet Debatte um **aktive Sterbehilfe**



"I'm at peace, everything is right"

"It's always someone else's father, mother, brother. If I lose my compassion I just won't be in the job."

"We're very fortunate we're in the role we do ... if you're sensitive to your surroundings ... when a window of opportunity opens up, take it."

"sometimes it is not the drugs/training/skills — sometimes all you need is empathy to make a difference".

