

Schmerz 2021 · 35:439–448
<https://doi.org/10.1007/s00482-021-00601-1>
Online publiziert: 29. Oktober 2021
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Wissenschaftliche Leitung
Stefanie Förderreuther, München
Rainer Sabatowski, Dresden



CME



Zertifizierte Fortbildung

Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin

Friedemann Nauck · Birgit Jaspers

Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland

Zusammenfassung

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden
Sie im CME-Fragebogen am Ende des
Beitrags.

Palliativmedizin richtet sich an Patienten mit inkurablen onkologischen und nichtonkologischen Erkrankungen sowie deren Angehörige mit dem Ziel, die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Zur Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin wird die Palliative-Care-Fort- bzw. Weiterbildungen einiger ärztlicher und pflegerischer Mitarbeiter empfohlen. Für die Ermittlung und Umsetzung des bisher unzureichend erhobenen palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs in Notfallsituationen sollten geeignete Screeningtools und „standard operating procedures“ implementiert werden. Für die Palliativversorgung können die zur Verfügung stehenden spezialisierten palliativmedizinischen Dienste zur Beratung und/oder Mitbehandlung hinzugezogen werden. Symptomkontrolle, Versorgung maligner Wunden, schwierige ethische Entscheidungsfindungen und Kommunikationsschwierigkeiten mit Patienten, deren rechtlichen Stellvertretern oder Angehörigen sind Aufgabenbereiche palliativmedizinischer Experten.

Schlüsselwörter

Lebensqualität · Notfälle · Screening · SOP · Schmerzen

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- können Sie den palliativmedizinischen Bedarf in der Notfallsituation erkennen;
- können Sie benennen, welche palliativmedizinischen Dienste, Einrichtungen und Strukturen der Akutmedizin zur Beratung, (Mit-)Behandlung und Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen;
- können Sie einordnen, was palliativmedizinische bzw. -pflegerische Spezialisten bei schwer zu beherrschenden Symptomen unterstützend anbieten können;
- beurteilen Sie, ob in Ihrem Arbeitsumfeld Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die Identifizierung des palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs Ihrer Patienten besteht.

Dieser Beitrag erschien ursprünglich in der Zeitschrift „Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin“ (2021) 116:267–276. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00792-6>. Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist nur einmal möglich.

Hintergrund

Palliativmedizin hat das Ziel, die **Lebensqualität** von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, zu verbessern [1]. Die allgemeine Palliativversorgung kann von Leistungserbringern der **Primärversorgung** mit palliativmedizinischer Basisqualifikation (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) erbracht werden. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Bei besonders **komplexer Symptomlage** und großer Unterstützungsbedürftigkeit bei vielschichtiger Belastung ist die Einbindung der **spezialisierten Palliativversorgung** mit multiprofessionellen Teams, vielfältigen Diensten und Einrichtungen angezeigt.

Jedoch können bei Patienten mit inkurablen Erkrankungen in außerklinischen Settings Situationen auftreten, die die Patienten, (pflegende) Angehörige, Behandler oder Pflegeteams dazu veranlassen, den Notarzt oder einen Rettungsdienst zu rufen, oder die Patienten stellen sich selbst in einer **Notaufnahme** vor. Als krisenhafte Situationen sind häufig außergewöhnliche Belastungen durch folgende Symptome beschrieben: **Schmerzexazerbationen**, Durchbruchschmerz, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, Schluckstörungen, Obstipation, Verwirrtheit, Agitation, Unruhe, Probleme mit Harnkathetern, akute Paralysis, Blutungen, Krampfanfälle und andere neurologische Symptome [2]. Da als Grund für diese Aktionen zunächst die aktuell geklagten Symptome im Vordergrund stehen, ist es für Behandler im Rettungsdienst oder der Notaufnahme nicht immer einfach erkennbar, inwiefern es sich um einen Patienten in einer palliativen Situation handelt.

Zu bedenken ist auch, dass **psychosoziale Komponenten** die Einsatzindikationen für notfallmedizinisches Personal bei Palliativpatienten bedingen können, z.B. Angst, Panik – oder auch Überforderung der Angehörigen [3].

Identifizierung des palliativen Bedarfs

In den palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland leidet der weitaus größte Teil der behandelten Patienten an **fortgeschrittenen Krebserkrankungen**. Diese geben im Vergleich zu Patienten mit nichtonkologischen Grunderkrankungen einen deutlich höheren kontinuierlichen palliativmedizinischen Unterstützungsbedarf an. Gründe hierfür sind u. a. neben einer hohen **Symptombelastung** häufig tumorassoziierte Notfälle und Krisen, aber auch die bei dieser Patientengruppe im Vergleich deutlicher abgrenzbare Sterbephase im engeren Sinne. Palliativmedizinische Behandlungsstrategien stehen dabei in erster Linie unter dem Vorzeichen von Optimierung der **Symptomlinderung**, Unterstützung bei der Planung des Therapieziels oder der Therapiezieländerung, der Krisenbewältigung sowie der psychosozialen Unterstützung von Patienten und Angehörigen [4].

Demgegenüber überwiegen in der Akutmedizin – einschließlich der intensivmedizinischen und notfallmedizinischen Betreuung – überwiegend **ältere Patienten** mit nichtonkologischen, akuten oder chronisch-progredienten lebenslimitierenden Erkrankungen. Zu letzteren gehören u. a. Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktive

Integration of palliative care into acute care medicine

Palliative care is aimed at patients with incurable oncological and non-oncological diseases and their relatives with the aim of maintaining or improving their quality of life. In order to integrate palliative care into acute care medicine, palliative care training and continuing education for medical and nursing staff is recommended. Appropriate screening tools and standard operating procedures should be implemented to identify and address palliative care needs in emergency situations. For palliative care, established specialist palliative care services can be called upon for advice and/or cotreatment. Symptom control, treatment of malignant wounds, difficult ethical decision-making, and communication difficulties with patients, their legal representatives or relatives are the tasks of palliative care experts.

Keywords

Quality of life · Emergencies · Screening · SOP · Pain

ve Lungenerkrankung (COPD), fortgeschrittene Niereninsuffizienz oder neurologische Erkrankungen wie z. B. die amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Aufgrund der oftmals schwierigeren Einschätzung der Prognose bei nichtonkologischen Erkrankungen ist die Erarbeitung des Therapieziels oder die Diskussion einer Therapiezieländerung unter Umständen eine Herausforderung.

► Merke

Bei Patienten mit nichtonkologischen Erkrankungen ist die Einschätzung der Prognose und damit die Festlegung eines Therapieziels oft herausfordernd.

Eine frühe Integration von Palliativmedizin bei Patienten mit inkurablen Erkrankungen wird von medizinischen Fachgesellschaften und in Leitlinien aufgrund des in Studien nachgewiesenen Benefits empfohlen [5, 6, 7]. Auch die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.) betont in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung im Februar 2020: „Die Bedürfnisse besonders **vulnerabler Patientengruppen** müssen spezifisch berücksichtigt werden. Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, kognitiver Einschränkung, mit körperlichen Einschränkungen, Patienten mit psychischen Erkrankungen, intoxikierte Patienten und Patienten mit Sprachbarriere sowie Patienten mit Migrationshintergrund müssen, orientiert an den individuellen Bedürfnissen, triagiert, diagnostiziert und behandelt werden.“ [8]. Zu den vulnerablen Patientengruppen gehören auch Palliativpatienten.

In der Literatur wird der Anteil von Patienten mit einer palliativen Grunderkrankung bei Einsätzen der Rettungsdienste mit 3–10% beschrieben, wovon sich 1% in der Terminalphase befindet [9]. In einer Kärntner Studie zeigte sich, dass >1 von 10 diesbezüglich gescreenten Patienten in der Notaufnahme palliativen Behandlungsbedarf hatte [10].

Vorstellungen in der Notaufnahme oder Rettungseinsätze geschehen häufig außerhalb der normalen Dienstzeiten und bei nichtonkologisch Erkrankten im Besonderen, wenn eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bisher nicht eingebunden wurde oder gerade im häuslichen Bereich Ängste und Unsicherheiten bei familiären oder nichtspezialisierten pflegerischen und ärztlichen Versorgern bestehen [11].

Palliative Notfallsituationen, Screeningtools und SOP

In der Akutsituation müssen Behandler in kurzer Zeit Entscheidungen treffen, das gilt auch für Notfallsituationen bei Palliativpatienten. Für den Rettungsdienst hat Wiese [3] diese in folgende Kategorien eingeteilt:

- Kategorie 1: palliative Notfallsituation, die unabhängig von der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt;
- Kategorie 2: palliative Notfallsituation, die in Zusammenhang mit der Therapie der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt;
- Kategorie 3: palliative Notfallsituation, die aufgrund einer erstmaligen Symptomexazerbation der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt;
- Kategorie 4: palliative Notfallsituation aufgrund der wiederholten Exazerbation bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind.

Diese Kategorien können im Rahmen der Akutbehandlung, insbesondere bei der Optimierung der notfall- und palliativmedizinischen Zusammenarbeit hilfreich sein. Zur Einschätzung der Kategorie der Notfallsituation im außerklinischen Setting bedarf es zumindest einer patientennahen Behandlungs- und **Pflegedokumentation** oder eines telefonisch erreichbaren (Mit-)Behandlers. Dies ist in der Regel aber nur bei vorheriger Einbindung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gegeben.

► Merke

Eine bedarfsorientierte, frühzeitige Integration der spezialisierten Palliativversorgung auch bei nichtonkologisch Erkrankten kann Notfallereignisse und/oder unnötige Krankenaufweisungen reduzieren.

Allerdings kann es sein, dass Patienten sich ihrer palliativen Situation nicht bewusst sind, z. B. aufgrund bisher fehlender Diagnose oder nicht gelungener Kommunikation über das Stadium der Erkrankung. Behandler in der Akutmedizin haben dann möglicherweise kaum oder gar keine Hinweise auf die vorliegende Erkrankung oder deren Stadium [12]. Wenn hingegen Behandlern in einer Notfallsituation Diagnose und Prognose bekannt sind, kann trotzdem unklar sein, inwieweit der Patient über beides aufgeklärt ist. Auf Intensivstationen und in Notfallsituationen findet die Interaktion meist mit **Familienmitgliedern** statt, die nicht nur mit der Verantwortung, für ihre Angehörigen Entscheidungen treffen zu müssen, sondern auch mit ihren eigenen Belastungen und Ängsten belastet sind. Nachweislich können durch eine **gute Kommunikation** die Krankheitsbearbeitung der Patienten und ihre Compliance sowie die Entscheidungsfähigkeit Angehöriger von Schwerkranken verbessert werden. Trotz meist ungenügender zeitlicher Ressourcen soll ein **Vertrauensverhältnis** aufgebaut werden, um gemeinsam Therapieentscheidungen zu treffen [13].

Um die Bedürfnisse der Patienten und den Behandlungsbedarf zu identifizieren, wurden verschiedene Screeningtools entwickelt, z. B. von Experten aus Palliativ- und Notfallmedizin in den USA das „screening for palliative care needs in the emergency department“ (SPEED), und im Rahmen einer Studie mit Krebspatienten in der

Notaufnahme validiert [14]. Es handelt sich hierbei um einen an den Patienten gerichteten Fragenkatalog. Dieses **Assessmentinstrument** ist sicher geeignet, um die potenziellen palliativmedizinischen Bedürfnisse derjenigen Patienten zu eruieren, die selbst darüber Auskunft geben können, klärt aber auch bei diesen nicht direkt die Frage nach dem Setting der Weiterbehandlung [15]. Mit einem in Großbritannien entwickelten und für Deutschland validierten Assessmentbogen „supportive and palliative care indicators tool“ wurde zwar ein geeignetes Instrument zur Identifizierung von Palliativpatienten in der Notaufnahme entwickelt, jedoch werden deren Bedürfnisse darüber nicht dezidiert erhoben [16, 17, 18, 19]. Im Kliniksetting entwickelte „standard operating procedures“ (SOP) können dazu beitragen, palliative Situationen einzuschätzen und den entsprechenden Behandlungsbedarf zu eruieren. Für onkologische Patienten wurde hierzu eine Vielzahl von SOP entwickelt, die – ggf. adaptiert – auch für Akutsituationen genutzt werden können, sofern eine **nachhaltige Implementierung** im jeweiligen Setting erfolgt [20, 21]. Im stationären intensivmedizinischen Setting sollte in Akutsituationen bei Bedarf zu Fragen der Symptomkontrolle, schwierigen Entscheidungen bezüglich einer Therapiezieländerung oder -änderung oder auch psychosozialen Belastungen von Patienten und deren Angehöriger spezialisierte palliativmedizinische Unterstützung angefragt werden.

In allen Settings hat sich auch die negative Beantwortung der „**surprise question**“ (Wäre ich überrascht, wenn dieser Patient innerhalb der nächsten 12 Monate stirbt?) als hilfreich zur Einschätzung für palliativmedizinisch orientiertes Vorgehen erwiesen, wenn zugleich ein deutlich **reduzierter Allgemeinzustand** vorliegt (Eastern Cooperative of Oncology Group [ECOG] 3–4; 3: nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden; 4: völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden; [22, 23]).

► Merke

Die Implementierung von Screeningtools und SOP erleichtert eine standardisierte Eruerung des palliativen Behandlungsbedarfs.

Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin

In der Versorgungspraxis der klinischen Akutmedizin muss eine angemessene und machbare Integration der Palliativmedizin stattfinden. Empfehlenswert ist es, dass einige Mitarbeiter entweder eine Fortbildung (40-stündiger Basiskurs bzw. 160-stündiger Kurs Palliative Care) oder auch ärztliche Mitarbeiter eine **Zusatzweiterbildung** Palliativmedizin absolviert haben. Basiskurse und regelmäßige Aktualisierungen sind für ärztliches und pflegerisches Personal in Notaufnahmen von Comprehensive Cancer Centers in Deutschland explizit empfohlen worden [24]. So kann palliativmedizinisches Vorgehen unter Berücksichtigung eines möglicherweise rein palliativen Behandlungswunschs in einer Notfallsituation ggf. sowohl ohne sofortige Einbindung palliativmedizinischer Dienste sichergestellt als auch der Bedarf für spezialisierte Palliativversorgung erkannt werden. Neben der Berücksichtigung interner Fort- oder Weiterbildung bietet sich die Einbeziehung von palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Spezialisten bei

Tab. 1 Ermittlung von (palliativen) Behandlungswünschen im Rahmen der Notfallbehandlung	
Ort des Einsatzes/der Versorgung	Möglichkeiten zur Ermittlung
Stationäre Pflegeeinrichtung	Rettungsdienst/Notarzt: Behandlungswünsche/DNR/Wunsch zur Krankenhausaufnahme dokumentiert? SAPV eingebunden? Rückfragen: Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer, verantwortliche Person aus der Pflege, Hausarzt, ACP-Beauftragter (s. Abb. 1), ggf. SAPV-Team
Häusliches Setting	Rettungsdienst/Notarzt: Behandlungswünsche/DNR/Wunsch zur Krankenhausaufnahme dokumentiert? SAPV eingebunden? Stellvertreter vor Ort (Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer)? Rückfragen: Hausarzt, ggf. Stellvertreter, ggf. SAPV-Team
Notaufnahme eines Krankenhauses	Screening Palliativbedarf, Behandlungswünsche, Ablehnen bestimmter Maßnahmen, DNR, Patientenverfügung, ggf. Einbeziehen Stellvertreter (Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer), ggf. Einbeziehen palliativmedizinischer Konsildienst/
Intensivstation	Arzt Palliativstation
Andere stationäre Abteilungen eines Krankenhauses	Dokumentation Therapiebegrenzung, z. B. Bogen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [28]
ACP Advance Care Planning, DNR „do not resuscitate“, SAPV spezialisierte ambulante Palliativversorgung	

- schwer zu beherrschenden Symptomen,
- der Versorgung maligner Wunden,
- schwierigen ethischen Entscheidungsfindungen – etwa bei unklarer Prognose, unklarem Patientenwillen, Dissens zum Vorgehen im Behandler-Team – sowie bei
- Kommunikationsschwierigkeiten mit Patienten und/oder deren rechtlichen Stellvertretern oder Angehörigen

an. Auch bei Entscheidungen zum intensivmedizinischen **Behandlungsverzicht** aufgrund mangelnder Ressourcen (Triage), zur Sicherstellung einer palliativen Symptomkontrolle und zur Sterbegleitung können palliativmedizinische Experten unterstützen [25].

► **Merke**

Eine gute Integration von Palliativmedizin in die verschiedenen Settings der Akutmedizin gelingt durch eigenes Personal mit palliativmedizinischer bzw. -pflegerischer (Basis-)Qualifikation und die Einbeziehung von spezialisierten palliativmedizinischen Diensten.

Spezialisierte Expertise im klinischen Setting bietet der multi- und interdisziplinäre Palliativdienst. Er leistet Fachberatung für Behandelnde und Pflegende sowie Mitbehandlung von Palliativpatienten und Unterstützung von deren Familien in allen Bereichen des Krankenhauses außerhalb der Palliativstation. Ist kein solcher Dienst vor Ort etabliert, kann ggf. ärztliche oder pflegerische Unterstützung der Palliativstation oder vonseiten eines am Krankenhaus basierten Teams der SAPV hinzugezogen werden.

Strukturell – wenn nicht Gefahr im Verzug – können im außerklinischen Setting bei Nachfragen wegen einer unklaren Situation (Grunderkrankung, Status der Erkrankung, Behandlungswünsche) ggf. eingebundene SAPV-Teams, **Patientenstellvertreter** (Vorsorgebevollmächtigte für Gesundheitsangelegenheiten) oder auch Beauftragte für Advance Care Planning (ACP) Auskunft geben. ACP (oder im Deutschen Behandlung im Voraus planen, BVP) soll u. a. für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen die Etablierung valider **Patientenverfügungen** ermöglichen und beinhaltet, unterstützt durch Gesprächsbegleiter, Prozesse zur Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung von Behandlungswünschen für den

Fall, dass die Betroffenen nicht (mehr) selbst entscheiden können [26, 27].

Eine Übersicht zur Ermittlung von Behandlungswünschen in verschiedenen Settings in der Akutsituation bietet **Tab. 1**.

Fragen einer etwaigen Therapiezieländerung und -begrenzung kristallisieren sich in der Akutmedizin, im perioperativen oder intensiv- und notfallmedizinischen Bereich besonders eindrücklich (und besonders zeitkomprimiert) heraus, sodass ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und klinischer Abwägung vonnöten ist [29].

Behandlungsstrategien in der Palliativmedizin

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung enthält Behandlungsstrategien und Empfehlungen für vielfältige Symptome [30]. Da sie sich explizit auf Patienten mit einer Krebserkrankung bezieht, muss die Übertragbarkeit der Empfehlungen mit den inzwischen verfügbaren 15 Themenbereichen auf Patienten mit nichtonkologischen Erkrankungen geprüft werden. Beispielhaft werden im Folgenden kurze Übersichten zur Behandlung von starken/stärksten Schmerzen und Atemnot vorgestellt.

Schmerztherapie

Die Konzepte für die Behandlung von Schmerzen basieren auf den langjährigen Erfahrungen in der Tumorschmerztherapie. Aufgrund des sehr guten schmerzlindernden Effekts bei fehlender Organtoxizität und geringer Nebenwirkungsrate sind **Opiode** bei Palliativpatienten die wichtigste Medikamentengruppe bei starken und stärksten Schmerzen. Dies gilt auch für die Behandlung der meisten akuten Schmerzzustände. Die Dosierung wird individuell gegen den Schmerz titriert (**Infobox 1**).

Akute Dyspnoe

Atemnot ist ein häufiges Symptom bei Palliativpatienten und häufig mit Angst, Unruhe und Panik assoziiert. Sind nach Abklärung möglicher Ursachen, wie z. B. einer obstruktiven oder restriktiven

Auszufüllen von Arzt gemeinsam mit Patient/Vertreter

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
 Vorname _____
 geb. am _____

Ansprechpartner, Telefon: _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung – soweit medizinisch vertretbar

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung
 Keine Behandlung auf Intensivstation
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 Keine invasive (Tubus-) Beatmung
 Keine Behandlung auf Intensivstation
 Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen*
 Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____, den ____ . ____ . 20____

_____, den ____ . ____ . 20____

 Unterschrift des Patienten (sofern einwilligungsfähig)

 Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollmächtigter/
 Betreuer)

 Unterschrift und Stempel des **Arztes**

Ein Krisenplan wurde erstellt.

! Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht aufgrund veränderter Indikation oder Patientenwillens eine abweichende Regelung vereinbart wird. **Sie muss regelmäßig überprüft und angepasst werden!**

Weitere Informationen zur Anwendung finden Sie unter www.div-bvp.de

Abb. 1 ◀ Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo). (Mit freundlicher Genehmigung aus [33])

Ventilationsstörung oder psychischen Beeinträchtigung, kausale Behandlungsstrategien ausgeschöpft, zielt die Behandlung auf lindernde, palliative Maßnahmen ab. Ziel ist die Abnahme der **Tachypnoe** und der erhöhten Atemarbeit mit erhöhtem arteriellem Kohlendioxid(CO₂)-Partialdruck im Blut sowie die Beeinflussung der subjektiven Wahrnehmung der Atemnot. Die medikamentöse Therapie umfasst je nach zugrunde liegender Ursache die Behandlung mit **Bronchodilatoren**, Glukokortikoiden, Anxiolytika sowie gegebenenfalls Sekretolytika, Antibiotika und/oder Anticholinergika (siehe auch **Infobox 2**). Die Gabe von Sauerstoff bei Dyspnoe

ist in der Regel nur dann sinnvoll, wenn eine ausgeprägte Zyanose oder Hypoxämie vorliegt. Die Quantifizierung der Dyspnoe lässt sich nicht durch die Messung der **Sauerstoffsättigung** erreichen, sondern durch die subjektiv empfundene Intensität der Atemnot des Patienten anhand z.B. der visuellen Analogskala (VAS). Der Patient markiert dabei auf einer 10 cm langen Linie ohne numerische Unterteilungen (Startpunkt: „keine“ bis Endpunkt „stärkste vorstellbare“) seine Symptombelastung. Die Quantifizierung erfolgt durch den Befragenden entweder in Prozent (0–100) oder anhand einer Skala (von 0–10; [31]).

Infobox 1

Medikamentöse Therapie von Schmerzen mit Morphin in der Notfallmedizin

- Opioidnaiver Patient mit starken Schmerzen in der Notfallmedizin:
 - Akut: Titration von Morphin intravenös in Schritten von 2 mg, bis es zu einer deutlichen Schmerzlinderung kommt oder Nebenwirkungen auftreten.
- Mit starken Opioiden vorbehandelter Patient mit Schmerzen:
 - Steigerung der bisherigen Tagesdosis des starken Opioids um 30 %.
 - Neben Morphin können auch Hydromorphon und andere starke Opiode eingesetzt werden. Die Kombination mit Nichtopioiden, wie Metamizol oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), wird nach Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation empfohlen.

► Cave

Bei akuter Atemnot muss sorgfältig in Abhängigkeit von der Ursache geprüft werden, ob eine Indikation für die Gabe von Sauerstoff (O₂), den Einsatz von starken Opioiden oder für nichtmedikamentöse Maßnahmen gegeben ist.

► Merke

Zur Symptomkontrolle der Atemnot sind Opiode und Benzodiazepine die wichtigsten Medikamente. Opiode bewirken neben einer Erhöhung der Toleranz gegenüber den erhöhten CO₂-Werten eine Ökonomisierung der Atmung durch Senkung der Atemfrequenz. Bei Panikattacken ist die Kombination mit Anxiolytika, wie Diazepam oder Lorazepam, hingegen aus klinischer Sicht indiziert.

Eine von deutschen Experten erarbeitete SOP zur Behandlung der Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten im klinischen Setting ist kostenfrei im Internet verfügbar [32].

Akutmedizin in der Pandemie

Gerade in der Situation der Pandemie durch die Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) zeigt sich, dass sich die öffentliche Aufmerksamkeit zunehmend auf die ambulante Entscheidungsfindung für den Notfall richtet, die unter dem akut gegebenen Handlungsdruck bisher häufig nach akutmedizinischen Standards abläuft. Eine vorherig implementierte Klärung von angemessenen Therapiezielen und ihrer medizinischen Indikation sowie die Einwilligung der betroffenen Person, z.B. in einem gründlichen Prozess der **Vorausplanung** (ACP/BVP), ist daher wünschenswert. Die „Empfehlungen zur ambulanten patientenzentrierten Vorausplanung für den Notfall“ enthalten einen Leitfaden und die Möglichkeiten für die Dokumentation einer ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo; [33]). In der Situation einer Pandemie wird noch einmal mehr deutlich, dass der präklinischen Entscheidungsfindung besondere Bedeutung zukommt. Eine vom Patienten nichtgewünschte oder eine nichtindizierte intensivmedizinische Behandlung darf jedoch niemals generell das Ende therapeutischer Maßnahmen bedeuten, sondern erfordert den Übergang zu „comfort care“ im Sinne der Palliativmedizin.

Infobox 2

Medikamentöse Therapie der Dyspnoe mit Morphin

- Opioidnaiver Patient mit starker Dyspnoe in der Notfallmedizin:
 - Akut: Titration von Morphin intravenös in Schritten von 2 mg, bis es zu einer Linderung der Dyspnoe kommt oder Nebenwirkungen auftreten.
- Mit starken Opioiden vorbehandelter Patient mit Dyspnoe:
 - Morphin ein Sechstel bis ein Drittel der bisherigen Tagesdosis verabreichen.
 - Neben Morphin können auch Hydromorphon und andere starke Opiode eingesetzt werden.
 - Als Anxiolytika und Sedativa eignen sich 1–2,5 mg Lorazepam sublingual sowie bei Panikattacken 2,5–10 mg Midazolam intravenös bzw. als stark sedierendes Neuroleptikum 5–15 mg Levomepromazin oral.

Benefit der Integration von Palliativmedizin

Nicht nur Patienten und Angehörige, sondern auch die Teams gewinnen von einer nachhaltigen Integration der Palliativ- in die Akutmedizin. Teams erlangen z.B. größere Sicherheit in Bezug auf Therapiezielentscheidungen und Behandlung bei komplexen Symptomlagen, im Erkennen palliativmedizinischen Bedarfs oder im Umgang mit überforderten Angehörigen. Ein positiver Einfluss auf **Burn-out-Prophylaxe** und Vermeidung von „moral distress“ (moralischer Not) wurde durch Forschungsergebnisse belegt [34, 35, 36].

Fazit für die Praxis

- Für die Identifizierung palliativer Notfallsituationen und eines palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs sollten in der Akutmedizin geeignete Screeningtools, „standard operating procedures“ (SOP) oder Verfahrensanweisungen implementiert werden.
- Auch die „surprise question“ hat sich als hilfreich zur Einschätzung des palliativmedizinisch orientierten Vorgehens erwiesen.
- (Grund-)Kenntnisse in Palliativmedizin des in der Akutmedizin tätigen Personals sind etwa für den Einsatz von Opioiden in der Schmerztherapie oder bei Dyspnoe empfehlenswert.
- Sind die im klinischen und außerklinischen Setting vorhandenen palliativmedizinischen Versorgungs- und Beratungsstrukturen bekannt, können diese in Situationen mit schwieriger Symptomkontrolle, herausfordernder Therapiezielfindung oder komplexen psychosozialen Problemen hinzugezogen werden.

Korrespondenzadresse**Prof. Dr. Friedemann Nauck**

Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, Deutschland
friedemann.nauck@med.uni-goettingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. **F. Nauck:** A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: „BEVOR – Patientenrelevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: clusterrandomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen“, Projektleitung: Prof. Dr. Jürgen in der Schmittgen | Antrags-ID: VSF 1_2018-018, Förderer: Innovationsfond Gemeinsamer Bundesausschuss. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Direktor der Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Facharzt für Anästhesiologie, Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ und „Spezielle Schmerztherapie“ | Mitgliedschaften: Ärzteverein Göttingen (Vorsitzender), Zentrum für Medizinrecht der Georg-August-Universität Göttingen, Klinisches Ethikkomitee der Universitätsmedizin Göttingen (Vorstand), Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP, Vorsitzender), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2010–2014), Herausgeber der Zeitschrift für Palliativmedizin, Mitherausgeber des „Lehrbuch der Palliativmedizin“. **B. Jaspers:** A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: Honorar für Forschungspilotprojekt Belastungs- und Schutzfaktoren in der Hospiz- und Palliativversorgung (ALPHA Rheinland 2019 und 2020), Honorar für Abschlussbericht ALS-Projekt (ALPHA Rheinland 2019). – Referententätigkeiten in zertifizierten Palliative-Care-Kursen: Malteser Akademie Bonn, Malteser Akademie Ehreshoven, Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) Köln, Kongressteilnahme als Referentin, Vorsitzende, Kongresspräsidentin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Referentin, Vorsitzende: Aesculap Akademie Berlin, Referentin: 28. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege, 14.–16.02.2018 Bremen (BTZ Bremer Touristikzentrale, Tagungsbüro Intensivmedizin). – B. Nichtfinanzielle Interessen: wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Forschungskordinatorin, Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn | Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), AG Ethik und AG Forschung der DGP, Akademie für Ethik in der Medizin Göttingen, European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH), Zeitschrift für Palliativmedizin (wissenschaftlicher Beirat), DGP-Kongress 2020 (wissenschaftlicher Beirat).

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002) Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 24:91–96
2. Nauck F, Alt-Epping B (2008) Crises in palliative care—a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 9:1086–1091
3. Wiese C (2016) Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst. In: Salomon F (Hrsg) *Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin. Orientierungshilfe für kritische Entscheidungen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 175–185
4. Nauck F, Jaspers B (2015) Behandlungsstrategien in der Palliativmedizin. *Anasth Intensivmed* 56:13–22
5. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Cocquyt V, Geboes K, Deliens L (2018) Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 19:394–404
6. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Finn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ (2017) Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 35:96–112
7. Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Bausewein C, Voltz R (2020) The palliative care of patients with incurable cancer. *Dtsch Arztebl Int* 116:108–115
8. DGINA (2020) Stellungnahme der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.) zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung. Berlin, 07.02.2020. <https://www.dgina.de/webroot/uploads/News/5e47adc8d9339/5e47adc8dc935.pdf>. Zugegriffen: 09.12.2020
9. Tiesmeier J, Lehning B, Jakob T, Salomon F (2018) Palliativmedizinische Notfallpatienten Teil 1 – Handlungsoptionen und Symptomkontrolle. *retten* 7:25–36
10. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D, Pipam W, Zink M, Likar R (2019) Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr* 131:404–409
11. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A, Fiocco M, van der Linden Y (2020) Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support Care Cancer* 28:1097–1107
12. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, Phillips RS, McCarthy EP (2009) Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 54:86–93
13. Schilling G, Mehnert A (2014) Überbringen schlechter Nachrichten – eine Herausforderung für jeden Arzt. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 109:609–613. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0250-2>
14. Richards CT, Gisondi MA, Chang CH, Courtney DM, Engel KG, Emanuel L, Quest T (2011) Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *J Palliat Med* 14:757–764
15. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H, Sista P, Powell ES, McCarthy DM, Dresden SM (2019) Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. *J Palliat Med* 22:649–655
16. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K (2014) Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 4:285–290
17. Clemans L, Cooksley T, Holland M (2014) Palliative and end of life care on the Acute Medical Unit. *Acute Med* 13:12–15
18. Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G (2018) Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC Palliat Care* 17:27
19. University of Edinburgh (2019) Download SPICT-DE™ 2019. <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-de/>. Zugegriffen: 09.12.2020
20. Deutsche Krebshilfe, Netzwerk Onkologische Spitzenzentren (2021) Netzwerk-SOPs. <http://www.ccc-netzwerk.de/arbeitsgruppen/standard-operating-procedures/netzwerk-sops.html>. Zugegriffen: 09.12.2020
21. Lödel S, Ostgathe C, Heckel M, Oechsle K, Gahr S (2020) Standard operating procedures (SOPs) for palliative care in German comprehensive cancer centers—an evaluation of the implementation status. *BMC Palliat Care* 19(1):62
22. Verhoef MJ, de Nijs EJM, Fiocco M, Heringhaus C, Horeweg N, van der Linden YM (2019) Surprise question and performance status indicate urgency of palliative care needs in patients with advanced cancer at the emergency department: an observational cohort study. *J Palliat Med*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0413>
23. Oken M, Creech R, Tormey D et al (1982) Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5:649–655
24. Arbeitsgruppe Palliativmedizin im CCC Netzwerk (2017) Best Practice. Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin in ein von der Deutschen Krebshilfe gefördertes Comprehensive Cancer Center (CCC). http://www.ccc-netzwerk.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDF/Best_Practice_Handreichung.pdf. Zugegriffen: 09.12.2020
25. Ferner M, Nauck F, Laufenberg-Feldmann R (2020) Palliative care in intensive care units. *Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 55(1):41–53. <https://doi.org/10.1055/a-0862-4790>
26. Bundesregierung (2015) Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/667/66754.html>. Zugegriffen: 09.12.2020
27. Nauck F, Marckmann G, in der Schmittgen J (2018) Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. *Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 53(01):62–70
28. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie: Klinisch ethische Empfehlungen. Version 25.03.2020. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>. Zugegriffen: 09.12.2020
29. Alt-Epping B, Alt-Epping S, Quintel M, Nauck F (2009) Developments in modern oncology. Ramifications for anesthesia and intensive care medicine. *Anaesthesist* 58(8):821–826

30. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020) Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.1. AWMF-Registernummer: 128/001-OL. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.1_Langversion.pdf. Zugegriffen: 09.12.2020
31. Folstein MF, Luria RE (1973) Reliability, validity, and clinical implications of the Visual Analogue Mood Scale. *Psychol Med* 3:479–486
32. Rosenbruch J, Eschbach C, Viehrig M, Ostgathe C, Bausewein C (2017) SOP – Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten. *Onkologe* 23:381–384
33. DIV-BVP, DEGAM, DGP, DGP, DGAI, DIVI (2020) Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall – Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Von sieben Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 09.04.2020. <https://www.dgai.de/aktuelles/coronavirus-covid-19/informationen-der-verbaende.html>. Zugegriffen: 09.12.2020
34. Vincent H, Jones DJ, Engebretson J (2020) Moral distress perspectives among interprofessional intensive care unit team members. *Nurs Ethics*. <https://doi.org/10.1177/0969733020916747>
35. Wolf AT, White KR, Epstein EG, Enfield KB (2019) Palliative care and moral distress: an institutional survey of critical care nurses. *Crit Care Nurse* 39:38–49
36. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C, Costantini M, Martucci G, De Vincenzo F, Kuczynska B, Morini A, Trabucco L, Ursicelli R, Catania G, Ghirotto L (2019) Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 27:88



Corona-Webinar: Von Impf-Booster bis Therapie



Boostern, Impfquoten, Durchbruchinfektionen: Auch in der vierten Welle der Coronapandemie steht die Vakzine im Fokus, denn „Bei der Therapie sind wir noch längst nicht so weit, wie wir sein wollen.“ Prof. Bernd Salzberger blickt im Webinar auf die für den kommenden Coronawinter relevanten Studiendaten – und die Lage in den Kliniken: Wer kommt ins Krankenhaus, wer liegt auf Intensiv und wer verstirbt? Die Empfehlungen des Infektiologen für das Vorgehen in den nächsten Wochen sind klar.

Der Referent: Prof. Dr. Bernd Salzberger

- Bereichsleiter Infektiologie, Abteilung für Krankenhaushygiene und Infektiologie am Universitätsklinikum Regensburg
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI).
- Langjähriger Herausgeber der Zeitschrift *Der Internist* mit besonderem Fokus auf die Betreuung infektiologischer Themen.

Das Video und alle Empfehlungen finden Sie nach Registrierung kostenfrei hier:



<https://www.springermedizin.de/link/19836182>



Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-der-schmerz

? Welches ist das Hauptziel der Palliativmedizin?

- Die Unterstützung anderer medizinischer Disziplinen
- Die Verlängerung der verbleibenden Lebenszeit
- Die Behandlung Schwerkranker in deren letzten Tagen des Lebens
- Die Erhaltung bzw. Verbesserung der individuellen Lebensqualität
- Die Behandlung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen

? Was gibt – neben geeigneten Assessmenttools – einen Hinweis auf den palliativmedizinischen Behandlungsbedarf?

- Die Art der Erkrankung
- Das Alter der Patienten
- Die negative Beantwortung der „surprise question“ bei Eastern Cooperative of Oncology Group (ECOG) 3–4
- Die Überlagerung von Symptomen mit Angst und Panik
- Die Einbindung in Advance Care Planning (ACP)

? Was ist über den Bedarf an palliativmedizinischer Behandlung und Begleitung für die Akutmedizin und Intensivmedizin bekannt?

- Wie in den palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstrukturen betrifft dies etwa gleich viele Patienten mit

onkologischen wie nichtonkologischen Erkrankungen.

- Ist eine Therapiezieländerung im Voraus besprochen, besteht kein Bedarf an palliativmedizinischer Unterstützung.
- Bei Einsätzen der Rettungsdienste beträgt der Anteil von Patienten mit palliativmedizinischem Behandlungsbedarf 3–10%, wovon sich 1% in der Terminalphase befindet. In der Notaufnahme ist das etwa jeder 10. Patient.
- In der Akutmedizin sowie der intensivmedizinischen und notfallmedizinischen Betreuung überwiegen bei den möglichen Palliativpatienten eher die jüngeren Patienten mit onkologischen lebenslimitierenden Erkrankungen.
- Bei Patienten, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhalten, besteht in der Regel kein Bedarf an akutmedizinischer Unterstützung.

? Eine Patientin mit einem fortgeschrittenen malignen Melanom stellt sich mit stärksten Schmerzen (numerische Rating-Skala [NRS] = 9) in der Notaufnahme vor. Sie erhält bisher täglich 60 mg Morphin oral in retardierter Form und ist bisher mit dieser Medikation halbwegs gut zurechtgekommen. Wie optimieren Sie die Schmerztherapie?

- Aufgrund der Exazerbation der Schmerzen ist eine Dosissteigerung der Opiode eher nicht zielführend.

- Eine Akuttherapie der Schmerzen sollte mit retardierten Opioiden durchgeführt werden, da die Patienten bereits mit retardiertem Morphin vorbehandelt wurde.
- Vor einer weiteren Erhöhung der Analgetika ist zunächst eine ausführliche Diagnostik durchzuführen, um die Ursache der zunehmenden Schmerzen zu ergründen.
- Eine Dosissteigerung der starken Opiode um etwa 30% kann bereits zu einer deutlichen Reduktion der Schmerzen führen.
- Die Patientin sollte aufgrund der stärksten Schmerzen umgehend in eine Schmerzklinik verlegt werden, um eine rasche Behandlung einzuleiten.

? In welcher Situation ist die Einbeziehung palliativmedizinischer Expertise geboten?

- Bei schwer zu beherrschenden Symptomen in der Therapie fortgeschrittener Erkrankungen
- Bei der Versorgung von Brandwunden 2. bis 3. Grades
- Bei der Ablehnung medizinisch indizierter Maßnahmen durch den Patienten
- Bei einer Indikationsstellung für die Behandlung Hochaltriger
- Bei der Indikationsstellung für oder gegen eine Reanimation

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit 3 Punkten (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent-Abonnenten.

? Was beinhaltet Advance Care Planning (ACP) oder im Deutschen Behandlung im Voraus Planen (BVP)?

- ACP soll u. a. für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen die Etablierung und Umsetzung valider Patientenverfügungen ermöglichen.
- ACP regelt die finanziellen Angelegenheiten von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen.
- ACP dient der höheren Akzeptanz lebensverlängernder Maßnahmen.
- ACP bezieht sich auf die Umsetzung von Behandlungswünschen innerhalb von Pflegeeinrichtungen.
- ACP ist nicht für die Beachtung in Notfallsituationen geeignet.

? Weil eine an einer fortgeschrittenen Demenz leidende 85-jährige Bewohnerin eines Pflegeheims hohes Fieber entwickelt hat, wurde gegen 14.00 Uhr an einem Wochentag der Notarzt gerufen. Die Bewohnerin leidet, wie er erfährt, an verschiedenen weiteren chronischen Erkrankungen, sie ist dauerhaft bettlägerig und nimmt kaum noch Nahrung und Flüssigkeit zu sich. Was sollte der Notarzt vor Ort klären bzw. tun?

- Hohes Fieber ist bedrohlich. Daher sollte die Bewohnerin umgehend in eine nahegelegene Klinik gebracht werden.
- Die Situation erfordert die direkte Gabe eines hochdosierten Antibiotikums.
- Aufgrund der Multimorbidität und Hochaltrigkeit reicht die Empfehlung von Wadenwickeln und Flüssigkeitsgabe.
- Der Notarzt verweist an den Hausarzt.
- Vor der Einleitung von Maßnahmen muss eruiert werden, inwiefern für eine solche Situation Behandlungswünsche dokumentiert sind.

? Schmerzbehandlung ist in der Akutmedizin bei vielen Erkrankungen, wie auch in der Behandlung von Palliativpatienten Standard. Was muss im Rahmen der Schmerzbehandlung beachtet werden?

- Die Konzepte für die Behandlung von Schmerzen basieren auf den langjährigen Erfahrungen in der Rheumatologie.

- Opioide sind bei moderater Schmerzintensität das Mittel der Wahl in der Schmerztherapie.
- Opioide gehören bei Palliativpatienten aufgrund ihrer Nebenwirkungen zu den selten eingesetzten Medikamentengruppen bei starken und stärksten Schmerzen.
- Eine Kombination aus einem Opioid und einem Nichtopioid wird in der analgetischen Therapie in der Palliativmedizin nicht empfohlen.
- Opioide haben eine fehlende Organtoxizität und nur eine geringe Nebenwirkungsrate.

? Was ist grundsätzlich bei der Behandlung des Symptoms Dyspnoe zu beachten?

- Dyspnoe muss objektiv quantifiziert werden, um eine Behandlungsstrategie festzulegen.
- Die subjektive Intensität der Atemnot ist kein Indikator für die Schwere des Symptoms Dyspnoe.
- Dyspnoe lässt sich anhand der Sauerstoffsättigung quantifizieren.
- Bei akuter Atemnot muss geprüft werden, ob eine Indikation für die Gabe von Sauerstoff (O₂), von starken Opioiden oder den Einsatz nicht-medikamentöser Maßnahmen gegeben ist.
- Wenn Atemnot mit Angst, Unruhe und Panik assoziiert ist, bedarf es einer psychotherapeutischen Intervention

? Welche Aussage zur Integration von Palliativmedizin in die Akutmedizin trifft zu?

- Die regelmäßige Auseinandersetzung mit palliativer Therapie und Therapiebegrenzung führt zu einer erhöhten Rate an Burnout beim Personal.
- Die Entscheidung bezüglich eines Verzichts auf Wiederbelebung im Rahmen eines palliativmedizinischen Konzepts kann zu moralischer Not („moral distress“) beim akutmedizinischen Personal führen.
- Ist eine Ablehnung einer intensivmedizinischen Therapie durch den Patienten dokumentiert, sollten auch keine weiteren akutmedizinischen Therapien vorgenommen werden.

- Ein palliativmedizinisches Screening von akutmedizinisch behandelten Patienten ist nur möglich in Krankenhäusern, die eine Palliativstation betreiben.
- Durch eine systematische Erfassung des palliativmedizinischen Behandlungsbedarfs kann eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden.