

Guideline

Palliative Care

Erstellt von: Adrian Glarner, Andreas Weber, Corinne Chmiel

Zuletzt revidiert: 11/2021 / **Letzte Änderung:** 04/2022

PDF erstellt am: 17.05.2024

Link: <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/palliative-care/>

Index

1. Einleitung
2. Interprofessionelle Kollaboration: Unit of Care
3. SPICT: Welche Patienten haben einen palliativen Versorgungsbedarf?
4. Entscheidungsfindung
 1. Patientenorientierte Begleitung
 2. Advance Care Planning: Patientenverfügung/Vorsorgeplanung
5. Symptom-Management: Medikamentöse Therapie/Notfallplan
6. Dos and Don'ts
7. Gesund bleiben in der Palliative Care
8. Sterbebegleitungsorganisationen
9. Literatur
10. Anhang (Notfallplan, Massnahmen zur Symptomkontrolle)
11. Impressum

1. Einleitung

„The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease“. **Sir William Osler** (12. Juli 1849 Ontario, CAN – 29. Dezember 1919 Oxford, GB)

WHO Definition (2002)

„Palliative Care (PC) ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und Ihren Angehörigen, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, exakte Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Art.“

Das Wort „palliare“ aus dem Lateinischen meint verdecken, einhüllen und umsorgen sowie das Nicht-Alleinlassen. Palliative Care ist eine ganzheitliche, umfassende, fürsorgliche Begleitung von Schwerkranken und deren Bezugspersonen (= **Unit of Care**, s. a. Kapitel 2).

Das Hauptproblem ist das Erkennen, dass sich ein Patient in einer palliativen Situation befindet, damit rechtzeitig entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können

- Die Frage „**Lebt mein Patient in 12 Monaten noch**“, kann helfen sich bewusst zu werden, dass eine palliative Phase in der Patientenbetreuung eingetreten ist. Dabei kann der frühe Einbezug eines spezialisierten Palliative Care Teams hilfreich und entlastend sein. Es geht um die möglichst umfassende Begleitung der Unit of Care
- Das zweite Problem ist die **rechtzeitige und spezifische Vorausplanung**, damit ungewollte und unnötige Hospitalisationen und/oder Notfallübungen betreffend Symptomkontrolle vermieden werden. Deshalb ist es essentiell, frühzeitig sowohl ein Advance Care Planning als auch eine Notfallplanung bei palliativen Patienten zu machen
- Nicht zu vernachlässigen ist auch die Aufgabe der Betreuung der Angehörigen, welche für die Beteiligten ebenfalls zeitlich und emotional belastend sein kann. Auch diesbezüglich ist es essentiell, die Aufgaben in der Unit of Care zu verteilen und zu koordinieren.

Aufgaben der Palliative Care

Palliative Care umfasst folgende Aspekte, die als SENS zusammengefasst werden

S – Symptommanagement (→ Kap. 5)

E – Entscheidungsfindung ermöglichen (→ Kap. 4)

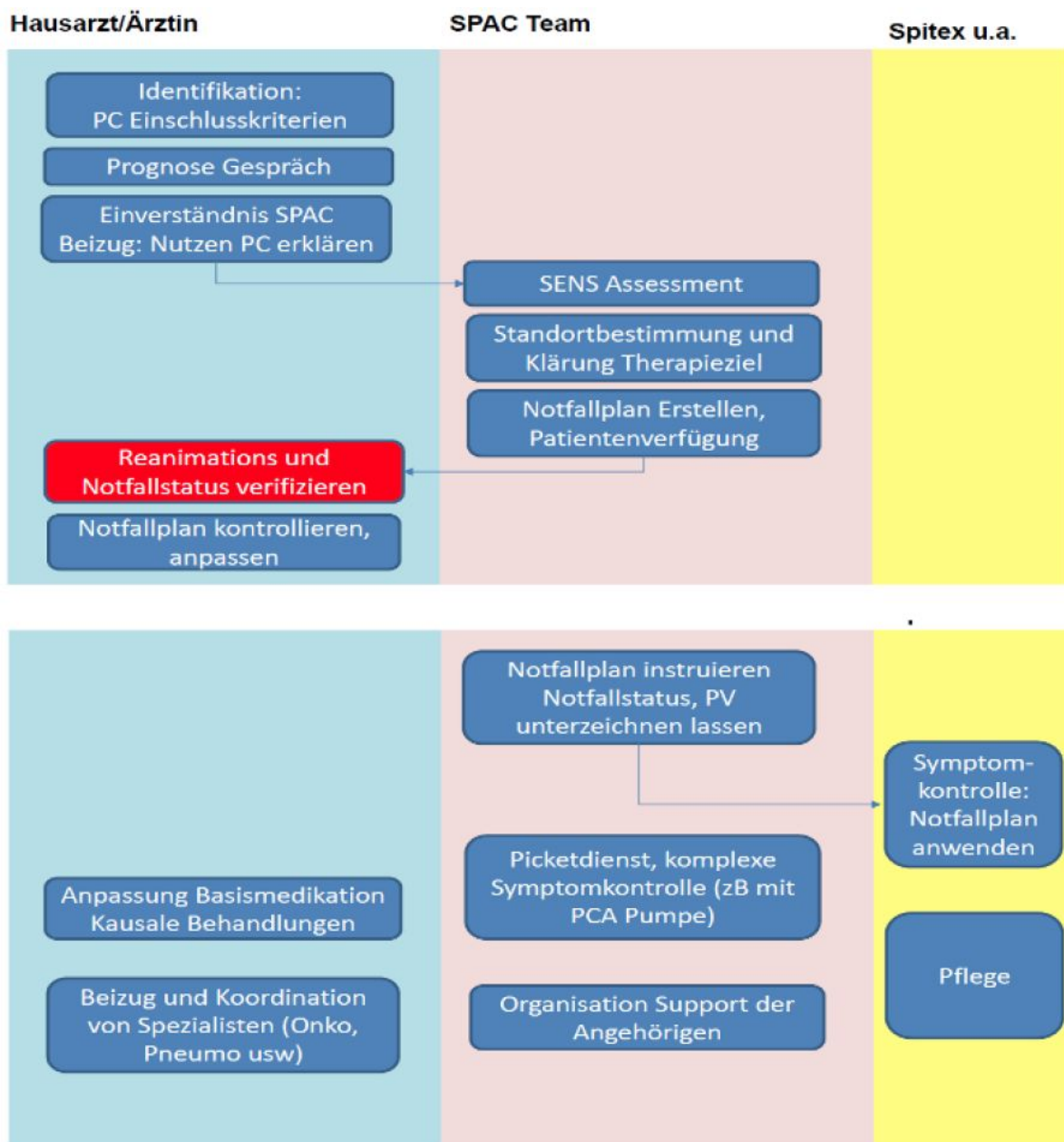
N – Netzwerk von Fachleuten aufbauen, koordinieren (→ Kap. 2)

S – Support der Angehörigen.

2. Interprofessionelle Kollaboration: Unit of Care

Da heutzutage die wenigsten Hausärzte die Kapazität haben oder Bereitschaft zeigen, 24 h für einen Patienten da zu sein, ist die Koordination dieser Unit of Care essentiell. Der Einbezug einer spezialisierten Palliative Care Organisation (SPaC) in diese Unit bedeutet eine Erleichterung und Professionalisierung der Betreuung von palliativen Patienten und sollte immer und rechtzeitig in Erwägung gezogen werden. Die folgende Abbildung zeigt, wie die Aufgabenverteilung zwischen Hausärzt*innen, SPaC und anderen Organisationen z. B. der Spitex optimal geregelt werden kann.

Abbildung 1: Aufgabenverteilung Hausärzt*innen, SPaC-Team und Spitex



Für interessierte (Haus-)Ärzt*innen gibt es einen 2-tägigen Kurs in Advance Care Planning und Notfallplanung, welcher ermöglicht, den Notfallplan direkt auf einer Internetplattform zu erstellen oder zu überarbeiten. In der Regel wird jedoch der Notfallplan durch die spezialisierte Palliativpflege erstellt

- Kurs-Anmeldung: <https://www.acp-swiss.ch/deutsch/ausbildung-kurse/>.

3. SPICT: Welche Patienten haben einen palliativen Versorgungsbedarf?

SPICTM ist ein Tool zur Identifikation von Patient*innen, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basis-Assessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hindeuten können

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen
- Reduzierter Allgemeinzustand (z. B. Patient*in verbringt mehr als den halben Tag liegend)
- Progredienter Gewichtsverlust; persistierendes Untergewicht; geringe Muskelmasse
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en)
- Patient*in/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/Therapiezieländerung.

Spezifische Indikatoren

- Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast
- Schwere Demenz (MMS < 10, bei den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen), Schluckstörungen, wiederholte Stürze, Infekte
- Progrediente neurologische Erkrankungen mit Schluckstörungen
- Herzinsuffizienz mit Atemnot in Ruhe
- Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie, nach Lungenversagen
- Nierenerkrankung mit deutlicher AZ-Verschlechterung
- Beendigung oder Verzicht auf Dialyse
- Leberzirrhose mit Aszites, hepatische Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung.

4. Entscheidungsfindung

4.1. Patientenorientierte Begleitung

Ein **Zielgespräch** mit dem Betroffenen und seinem Umfeld zu führen ist entscheidend für ein patientenorientiertes Begleiten

- Die Hilflosigkeit der Angehörigen sollte nicht dazu führen, dass diese für den Betroffenen entscheiden. Zeit, Trost und Verständnis für die schwere und für alle belastende Situation ist sehr wichtig. Zentral ist auch das vertrauensvolle **Ansprechen von offenen Fragen, Schuldgefühlen, Zielen und Wünschen** beim Patienten wie auch bei den Angehörigen
- Krankheitszeit ist auch Lebenszeit: Neben der Krankheitsbegleitung ist es auch wichtig, gesunde Aspekte, Partner, Familie, Freunde wie auch den Beruf, Hobbies oder sonstige Lebensfreuden zu thematisieren
- Nicht einfach ist das **Ansprechen von Ängsten und Sorgen** oder auch die Körperlichkeit. Diese kann krankheitsbedingt dazu führen, dass der Betroffene oder sein Umfeld sich schämt oder ekelt. Körperliche Nähe oder Sexualität darf auch in einer palliativen Situation gelebt werden. Die Bedürfnisse dazu werden zu wenig angesprochen
- Das Erfassen der **Sterbephase**, die ca. 4–7 Tage vor dem Tod eintritt, ist richtungsweisend, da nochmals Klärungen stattfinden könnten. Die Sterbephase zeigt sich mit Veränderung der Atmung, Bettlägerigkeit, vermindertem Bewusstsein, Unfähigkeit der Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme.

Für eine **gelungene Kommunikation** können die folgenden Grundregeln helfen

- „Sit down and listen“
- „Keep it short and simple“
- Gefühle an-/aussprechen: „Ich erlebe Sie entspannt“, „Ich erlebe die Stimmung gespannt“
- Langsame Sprache, einfache Sätze, geschlossene Fragen können sinnvoll sein
- Nonverbales ist bei Schwerkranken zu beachten (Kopf wegrehen, Augenwandern)
- Wichtig ist zu wissen, dass scheinbar Bewusstseinsgetrübte viele Äusserungen wahrnehmen.

Betreffend **Entscheidungsfindung** (Verfügung, Vorsorgeauftrag und Notfallplan) sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden

- Religiöse und/oder Sinn-Fragen ansprechen
- Ambivalenz des*r Patient*in ansprechen
- Finanzen innerfamiliär transparent machen
- Erbe klären
- Unfinished business: Beziehungen/Arbeiten wieder aufnehmen oder loslassen
- Testament finalisieren.

End of life

- Rituale ansprechen, planen
- Sterbe-Vorbereitungen treffen
- Bestattungswünsche klären (siehe auch Verfügung)
- Autopsie, Organspende, Körper der Wissenschaft vermachen (siehe auch Verfügung)
- Todesfallbescheinigung

4.2. Advance Care Planning:

Patientenverfügung/Vorsorgeplanung

Folgende Frage kann helfen, die Zukunftsplanung zu kanalisieren

„Was steht im Vordergrund, Leben verlängern um jeden Preis oder Lebensqualität erhalten?“

Der Notfallstatus ist Grundvoraussetzung für die Erstellung eines Notfallplanes/Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) (mehr dazu in Kapitel 6).

Patientenverfügung

mediX empfiehlt folgende Vorlagen für das Erstellen einer Patientenverfügung

- <https://www.acp-swiss.ch/deutsch/aktuelles/covid-19/>

Basierend auf einem Gespräch über die aktuell empfundene Lebensqualität, den Lebenswillen und die Sterbebereitschaft sollten mit Patient*in und/oder Angehörigen die nachfolgenden Entscheide so weit als möglich gefällt werden.

- mediX Patientenverfügung

Weitere

- <https://www.dialog-ethik.ch/medien/alle-downloads/patientenverfuegung/deutsch/13-patientenverfuegung/file>
- <https://www.fmh.ch/dienstleistungen/recht/patientenverfuegung.cfm>
- <https://www.pallnetz.ch/entscheidungshilfen.htm>
- <https://vorsorge.redcross.ch/patientenverfuegung/>

Vorsorgeauftrag

Eine **handlungsfähige Person** kann mit einem **Vorsorgeauftrag** für den Fall ihrer eigenen Urteilsunfähigkeit eine oder mehrere natürliche oder juristische Personen mit der Erledigung gewisser Angelegenheiten beauftragen (Art. 360 ZGB).

Der Vorsorgeauftrag kann für Teile oder für die gesamte Personen- und Vermögenssorge sowie die Vertretung im Rechtsverkehr erteilt werden.

Auch eine Patientenverfügung kann Teil eines Vorsorgeauftrages sein. Absolut höchstpersönliche Rechte, zum Beispiel die Errichtung eines Testamentes, können allerdings nicht delegiert werden

- **Informationen zum Vorsorgeauftrag:** <https://kesb-zh.ch/vorsorgeauftrag/>.

5. Symptom-Management: Medikamentöse Therapie/Notfallplan

Grundsätze

- Wenige, gute bekannte Medikamente einsetzen
- Medikationsliste immer wieder überdenken
- Starre Therapieschemata hinterfragen, z. B. fix Paracetamol oder fix Protonenpumper reduzieren/absetzen
- Vorgehen gemäss WHO Stufenschema.

Zur Erstellung eines **Notfallplanes** ist es sinnvoll eine **spezialisierte Palliativpflege** einzubinden, welche anhand der hausärztlichen Vorinformationen eine konkrete Verordnung erstellt und diesbezüglich Rücksprache nehmen wird. Siehe dazu auch Abbildung 1

- ACP-NOPA. In diesem speziell konzipierten Online Tool wird von der Palliativpflege der Reanimations- und Notfallstatus, ein Notfallplan und bei Bedarf eine Patientenverfügung generiert
- Ein Beispiel für einen **Notfallplan** sowie **Massnahmen zur Symptomkontrolle** finden sich im Anhang.

6. Dos and Don'ts

Dos

Austrittsbericht Spital

- Bei Erhalt eines Austrittsberichts soll direkt mit dem*r Patienten*in/Angehörigen Kontakt für das weitere Procedere aufgenommen werden. Viele Patient*innen sind reaktiv depressiv oder genieren sich unmittelbar mit dem Hausarzt/der Hausärztin wieder Kontakt aufzunehmen nach einem Spitalaufenthalt.

Einbettung

- Arzt/Ärztin erkundigt sich regelmässig bei Patienten- und Angehörigen, besonders geschätzt wird dies auch während eines Spitalaufenthalts.

Kontakt halten

- Abgeben der persönlichen Natelnummer „Notfallnummer“ für die Erreichbarkeit (an Betroffene, an Palliative Care Team).

Abmachung im Todesfall

- Wenn der Patient nachts stirbt, darf das Melde-Telefonat morgens um 7 h stattfinden, und beim natürlichen Todesfall darf der Patient bereits durch Angehörige oder Pflegende gerichtet werden.

Todeseintritt

- Oft stirbt der Patient, wenn die Angehörigen nicht anwesend sind. Das hinterlässt Schuldgefühle. Es ist wichtig mitzuteilen, dass genau dieser Fall oft eintritt, vielleicht um seine Liebsten zu entlasten? Dieser Gedankenanstoss stimmt die Angehörigen in den meisten Fällen versöhnlich mit sich selbst.

Wochenenden

- Klären, wer macht wann, was und wie? Durch ein SPAC-Team wird der 24 h Pikettdienst auch am Wochenende angeboten.

Bestärken

- Immer wieder Aufmunterung des Betroffenen und seines Umfeldes („Sie machen das beeindruckend“, „Sie machen das gut“).

Medikation

- Medikamente und Dosierungen gemäss Notfallplan vor Ort.

Pause für die Angehörigen

- Zur Vermeidung der Überlastung der Angehörigen sollten mindesten 2 Tage Pause/Ruhe eingeplant werden. Günstig sind z. B. 1 Tag und 2 Halbtage pro Woche zur Erholung
- Angehörige mit Risiko für pathologische Reaktionen wenn möglich schon im Voraus identifizieren und in der Betreuung schonen.

Klärung der Bedürfnisse

- Auch wenn der Patient zu Hause sterben möchte, muss das ganze System, v. a. die Bezugspersonen damit klar kommen. Entgegen früheren Vereinbarungen und Versprechungen muss zum Schutz des Systems ev. doch eine Hospitalisation oder der Aufenthalt in einem Hospiz bzw. Pflegeheim mit guter Palliative Care ins Auge gefasst werden. Vorheriges Anschauen eines Hospizes als Alternative für das Sterben zu Hause kann hilfreich sein. Die Selbstbestimmung ist möglichst hochzuhalten.

Abdankung selbstbestimmt mitgestalten

- Absprechen des Vorgehens bei Todeseintritt
- Ist ein Mensch zu Hause verstorben, so verständigen die Angehörigen zuerst eine Ärztin oder einen Arzt. Diese(r) bestätigt den Tod und stellt die ärztliche Todesbescheinigung aus. Erst dann darf die verstorbene Person in eine Aufbahrungshalle überführt werden
- Bestattungsamt Zürich: +41 44 412 31 78
Fahrdienst (Bestatter): +41 44 412 06 50 (24 h)
- Gewicht, Grösse und Zielfriedhof angeben
- Familie muss mit Todesschein ins Stadthaus Zürich.

Nachbesprechungsmöglichkeit

- Nach Eintritt des Todes den Angehörigen weitere Unterstützung anbieten, Möglichkeit einer Nachbesprechung in 1–2 Wochen vorschlagen.

Don'ts

Cave 2 Fälle

Fall 1

80-jähriger palliativer Patient stirbt erwartet

- Partnerin ruft Spitex an, er atme nicht mehr: Spitex: Man soll Schutz und Rettung anvisieren. Diese hat aber den absoluten Auftrag, jedes Leben zu retten. Schutz und Rettung reanimiert 30 min erfolglos, da sie alles versuchen muss, um Leben zu erhalten/retten.

Fall 2

90-jähriger palliativer Patient stirbt erwartet

- Familie ruft in der Verzweiflung die Polizei an. Der Staatsanwalt verhört den Sohn 30 Minuten bei Verdacht auf Morphin-Überdosis. Initial wird das Geschehen als aussergewöhnlicher Todesfall angesehen
- Wichtig ist also, die Kommunikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin resp. der Unit Care bis zum letzten Atemzug aufrecht zu erhalten.

Heikle Situationen

- Zerwürfnis innerfamiliär, Streitereien, Buhlen um Gunst des Sterbenden
- Erbstreit: Vertretung des Sterbenden, keine Partei ergreifung, Information
- Kulturell Sterben als Tabu: Immer alles tun, was machbar ist, auch Sterbende zu Abklärungen führen; Gesichtsverlustproblematik.

Versprechen

- Versprechen abverlangen von den Überlebenden auf dem Sterbebett („Du gehst in diese Ausbildung“, „Du heiratest wieder“, „Du führst den Betrieb weiter“)
- Die regelmässige Entlastung der Angehörigen gehört fest zum Prozess der Sterbebegleitung.

7. Gesund bleiben in der Palliative Care

Supervision

- Nachdenken über das Verhalten gegenüber Patienten/Angehörigen im Team und im Umgang mit sich selber unter Anleitung eines Supervisors.

Intervention

- Gleichgestellte suchen gemeinsam nach einer Lösung für ein von einem Kollegen geschildertes Problem.

Debriefing

- Gemeinsame Betrachtung einer konkreten Situation oder eines Falles. Was war gut, was war unschön, was kann verbessert werden?

Umgang mit belastenden Situationen/Burn-out-Prophylaxe

- Sich selber Sorge tragen ist entscheidend für einen ausgeglichenen Lebensstil und volle Schaffenskraft. Pausen, Ablenkung, Beziehungen pflegen, Hobbies nachgehen sind für eine ausgeglichene Work life balance wichtig
- Verhalte ich mich selber so, wie ich andere berate? Zum Beispiel wenn ich krank werde?
- In der Palliative Care werden die Leute nicht gesund. Erfolg ist eine Frage der Sichtweise. Dafür sind oft in kurzer Zeit Entwicklungsschritte bei den Erkrankten und Angehörigen möglich, die vorher Jahrzehnte blockiert waren
- Buchtipp: Die Australierin Bronnie Ware (15.02.1967 geboren in Sydney, AUS) arbeitete als Krankenschwester auf der Palliativstation und schrieb 2011 das Sachbuch „Top five Regrets of Dying“ (dt. Ausgabe: Bronnie Ware: 5 Dinge, die Sterbende am meisten bereuen. Goldmann, 2015).

8. Sterbebegleitungsorganisationen

mediX Zürich ist gegenüber Exit, Dignitas oder anderen Sterbebegleitungsorganisationen offen und lässt dem Patienten den freien Willen, sein Leben selbstbestimmt beenden zu können.

Behandelnde Hausarzt*innen dürfen dadurch aber nicht unter Druck kommen und sollten ganz frei darüber entscheiden dürfen, ob sie die Frageliste bzw. das Rezept für Natrium Pentobarbital ausfüllen oder sogar die Anwesenheit beim Sterben befürworten.

Für den Hausarzt/die Hausärztin wichtig

- Ärztlicher Bericht muss nicht, kann aber für den Patienten ausgefüllt werden (die Sterbeorganisationen haben selbst Ärzte, die das übernehmen könnten)

- Das Natrium Pentobarbitalrezept kann, muss aber nicht, ausgestellt werden und soll so aussehen
2 OP Natrium Pentobarbital dosis letalis 15 g
(2 x ausgestellt, weil 1 Dosis verschüttet werden könnte, kein Betäubungsmittelrezept nötig).

EXIT

Gegründet 1982. Im Jahr 2020 ca. 130'000 Mitglieder; 45 Franken Mitgliederbeitrag beinhalten

- Beratungsleistungen
- Schutz der EXIT-Patientenverfügung
- Hilfe bei der Durchsetzung für die Angehörigen
- 4 x jährlich das Mitgliedermagazin „EXIT-Info“
- Sämtliche EXIT-Dienstleistungen und Veranstaltungen
- Am Lebensende die Möglichkeit einer EXIT-Freitodbegleitung
(bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung).

Für eine kostenlose Freitodbegleitung beträgt die minimale Mitgliedschaftsdauer drei Jahre. Für eine Begleitung von Personen, die weniger als drei Jahre EXIT-Mitglied sind, wird eine Kostenbeteiligung zwischen 1'100 und 3'700 Franken erhoben.

Voraussetzungen: Schweizer Staatsangehörigkeit und/oder Hauptwohnsitz in der Schweiz.

Dignitas

1998 gegründet; im Jahr 2020 ca. 10'000 Mitglieder. 80 Franken Mitgliederbeitrag beinhalten u.a.

- Beratungsleistungen
- Durchsetzung der Patientenverfügung und der Patientenrechte
- Suizidprävention
- Freitodbegleitung.

Weitere Informationen: <http://dignitas.ch>.

9. Literatur

1. Steffen Eychmüller: Palliativmedizin Essentials. Das 1x1 der Palliative Care Huber 2015.
2. Roland Kunz, Leiter Palliative Care Stadtspital Waid, Gespräche.

3. Hans Neuenschwander, Christoph Cina: Handbuch der Palliativmedizin Hogrefe, 4. Auflage, 2021.
4. Déruaz-Luyet et al.: BMC Family Practice (2018) 19:66
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0757-y>.

Buchempfehlung

Elisabeth Kübler-Ross, die Schweizer Pionierin der Sterbebegleitung, hat in ihrem Buch „On Death and Dying“ (1969) 5 Phasen des Sterbens 1969 beschrieben: Nicht-Wahrhaben wollen – Auflehnung mit Zorn– Verhandeln – Depression – Akzeptanz. Neuauflage 2013: <http://www.ekrfoundation.org/five-stages-of-grief/>.

10. Anhang

Anhang 1: Tipps zur Symptomkontrolle (alphabetische Anordnung)

Akute Blutung s. Notfallplan

Stop Antikoagulation, NOAK, ASS

- Siehe auch Notfallplan im Anhang 2.

Angst

Oft tritt im Rahmen einer Anpassungsstörung Angst auf und beeinträchtigt die tägliche Aktivität und interindividuelle Beziehungen. Gespräche und angstlösende Medikamente sollen eingesetzt werden

- Lorazepam (Temesta[®] p.o. oder Temesta[®] Expidet s.l.) 0,5–2 mg p.o. 3 x/d
- Alprazolam (Xanax[®]) 0,25 mg–1 mg p.o. 1–2 x/d oder retardiert 0,5–1 mg p.o. 1–2 x/d
- Dormicum: mg-weise bis max. stdl. s.c., i.v.
- Levomepromazin (Nozinan[®]) 25–50 mg p.o. (entspricht 25–50 Tropfen aus der 30ml Flasche)

Hinweis:Die Dosierungsspritze in der 125ml-Packung Nozinan ist kein Tropfenzähler, sondern dient zum Abmessen der gewünschten Wirkstoffmenge in mg.

Aszites

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Atemnot

- Morphin: Tropfen/Butterfly 2,5–5 mg s.c. infraclav. (einige d) oder 2,5 mg i.v./20 min, je nach Opiat-Basistherapie
- Benzodiazepin Temesta[®] 1,0 mg s.l. Schmelztabletten
- Dormicum s.c. oder i.v. 1 mg alle 20 min (zusammen mit Morphin) oder als Nasenspray (Klusapotheke) mit schneller Wirkung
- Temesta[®] Exp.s.l. wirkt erst nach 30 min muss gastrointestinal aufgenommen werden.

Bronchiale Sekretion „Rasselatmung“

- Die „Rasselatmung“ kommt durch tracheales Sekret, das bei muskulärer Schwäche und fehlendem Hustenstoss und -reiz nicht abgehustet wird, sowie bei fehlendem Schluckreflex und noch vorhandener Speichelproduktion zustande
- Patient*innen nehmen im komatösen Zustand die „Rasselatmung“ wahrscheinlich nicht wahr. Für die Angehörigen ist das vermeintliche „Ersticken“ ein belastendes Symptom
- Flüssigkeitsrestriktion auf 500 ml/24 h ev. nicht p.o. sondern s.c. In der Sterbephase in der Regel keine Flüssigkeitszufuhr – ist unnatürlich und kann zu Überlastung des schwächer werdenden Herzens und damit zu Atemnot und Unruhe führen
- Buscopan: 3–5 x 20 mg s.c. in 24 h

Depression

- Körperliche Ursache suchen mit Bestimmung: Calcium, TSH, Addison (Na, K, Cortisol, ACTH)
- Auslöser: Steroide, Chemotherapie, Tamoxifen, Interferon, Opioide, Methyldopa

Medikamentöse Therapie

Nachts: Analgetisch, anxiolytisch, sedierend

- Saroten[®] 25 mg–100 mg p.o.
- Surmontil[®] 10 Trpf. = 10 mg p.o. (max. 100 mg)
- Remeron[®] 15 mg max. 90 mg p.o.

Morgens: Anxiolytisch, antriebssteigernd (cave akute Suizidalität)

- Cipralex[®] 10–20 mg p.o., Sertralin[®] 25 mg bis 200 mg p.o.

Versuchsweise

- Methylphenidat (Ritalin[®]) am **Tag:** 5 mg–5mg–0 mg p.o., **2. Tag:** 10 mg–10 mg–0 mg p.o.
Falls kein Nutzen → Stop nach 48 h.
Cave: Betäubungsmittel.
- Siehe auch mediX GL Demenz, mediX GL Depression.

Epileptische Anfälle

Patient darf sich nicht verletzen; nicht festhalten, nichts in den Mund schieben; Seitenlage.

Symptomkontrolle

- Dormicum[®] 0,5–1mg/h s.c., i.v., nasal (Spray)
- Rivotril[®] 1 mg s.c. stündlich
- Suchen einer kausalen Therapie (Hirnmetastasen, Entzug, Stoffwechselentgleisung)
- Dexamethason 16 mg p.o., s.c. bei Hirnmetastasen/-ödem.

Folgebehandlung

- Keppra[®] 2 x 500 mg/24 h i.v. oder s.c.
- Phenhydan[®] 750 mg/24 h i.v.
- Valproat 1 x 900 mg/24 h i.v. oder als Kurzinfusion.

Fatigue

Fatigue im Sinne einer Erschöpfung ist häufig wird aber leider oft nicht thematisiert. Die Lebensqualität ist durch die schwere Müdigkeit massiv beeinträchtigt.

3 Komponenten

- Generalisierte Schwäche: Unfähigkeit Aktivitäten zu initiieren
- Schnelle Ermüdbarkeit, keine Verbesserung durch Ruhe/Schlaf
- Mentale Müdigkeit: Konzentration vermindert, Gedächtnisstörung, emotionale Labilität, Aussichtslosigkeit, Antriebslosigkeit, Verlust der Motivation

Massnahmen

- Powernap; Spaziergang; Physiotherapie; Musik; Schlafhygiene, Ernährungsberatung, körperliches Training, Thoraxwickel oder Fussbad mit Rosmarinöl oder Ingwer.

Versuchsweise

- Prednison 10–20–50 mg p.o. 5 d, falls keine Wirkung: stoppen
- Ritalin® 5–10–20 mg p.o. 1 Woche, falls keine Wirkung: stoppen.

Differentialdiagnose

- Depression: Gelähmt, freud-, hilf-, wertlos, Schuldgefühl, überträgt sich auf das Gegenüber
- Demoralisierung, spirituelle Krise: Sinnfrage im Mittelpunkt
- Hypoaktives Delir: Rasch auftretend, cave Medikamente/Organfunktionsänderung.

Fragen zur Müdigkeit

- Sind Sie müde im Kopf? Sind die Muskeln müde? Sind Sie vom Leben müde? Haben Sie eine generelle Müdigkeit? Was bedeutet Müdigkeit für Sie? Was bringt diese mit sich?

Ursachen Müdigkeit

- Primäre Erkrankung mit Aktivierung der Entzündungskaskade und Stoffwechselveränderungen im Rahmen der Kachexie
- Dehydratation
- Infekte
- Hyperkalzämie, Anämie, Organinsuffizienz, Hypothyreose, Hypoxämie
- Schlafmittel mit langer Halbwertszeit.

Abklärung

- Blutbild, Calcium, Albumin, Leber-Nierenwerte, TSH, Natrium
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Schlecht behandelte Schmerzen/Übelkeit.

Fieber s. Notfallplan

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Gewichtszunahme bei Herzinsuffizienz

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Husten

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Hyperkalzämie

- $\text{Ca mmol/l} = \text{Ca gemessen} + 0,02 \times (40 - \text{gemessenes Albumin g/l})$
- Schlechtes prognostisches Zeichen
- Klinisch: Inappetenz, Müdigkeit, Durst, Angst, Myopathie, Obstipation, Delir, Depression
- Therapie: Rehydrierung (aber nicht in Sterbephase, den letzten 4–7 Tagen) NaCl 2–3 l/24h
- Lasix® 40 mg (erhöht Natrium- und Calciurese)
- Bisphosphonat 4 mg Zometa® über 1 h Kurzinfusion, Ibandronat 2 mg über 1 h Kurzinfusion
- Prolia® 120 mg s.c. alle 4 W. Beachte: Nur bei antineoplastischer Therapie zugelassen, teuer
- Calcium nach 3 d kontrollieren.

Inappetenz, Gewichtsverlust

- Der Patient isst nicht, weil er stirbt, nicht umgekehrt
- Inappetenz = weniger als subjektiv 75 % der normalen Nahrungszufuhr
- Kachexie = Gewichtsverlust über 5 % in 2 Monaten, reduzierte orale Nahrungsaufnahme weniger als 20 kcal/kg Körpergewicht
- Multifaktorielles Syndrom mit anhaltendem Gewichtsverlust (v. a. Skelettmuskulatur), der nicht kompensierbar ist und zu progressivem Funktionsverlust führt
- Cave: Kachexie ist in gewissen Kulturen sehr schwerwiegend, da Nicht-Essen als Aufgabe, Wert- und Ehrverlust und Versagen der Therapie angesehen wird
- Primäre Kachexie: Veränderte Kohlenhydrat-, Fett- und Proteinaufnahme durch die aktivierte Entzündungskaskade wegen der fortschreitenden Grundkrankheit
- Sekundäre Kachexie bei Geruchs-, Geschmacks-, Schluck-, Verdauungsstörung
- BMI kontrollieren, subjektive Einschätzung des Appetits, Stress „Essen müssen“ reduzieren.

Medikamentöse Möglichkeiten

- Metoclopramid (Paspertin®, Primperan®)/Domperidon (Motilium®) 4 x 10 mg p.o./24 h; dito s.c.

- Steroid als „Joker“: 20–50 mg p.o. Prednison, Wirkung beschränkt für ca. 4 Wochen – steigert Appetit.

Ernährung

- Speisen mit Butter, Rahm, Quark, geriebenem Käse, Honig, Ahornsirup anreichern

Hinweis: Nahrungsergänzungsmittel schmecken dem Patienten oft nicht und sättigen stark, sodass die Lust auf Essen noch geringer wird.

Infektbehandlung

- Antibiotika wirken auf die Ursache des Infekts, falls dieser bakteriell bedingt ist
- Ein geschwächter Körper wird aber die Entzündungsreaktion, bei maximaler Zytokinausschüttung schon durch die Grundkrankheit, nicht ausheilen können
- Grundsätzlich soll die Antibiotikagabe zurückhaltend, basierend auf den ACP-Gesprächen und i. S. einer möglichen Lebensqualitätsverbesserung angesehen werden.

Juckreiz

- Dermatogen, neuropathisch (= Läsion im NS), neurogen (= keine Läsion im NS), psychogen
- Juckreiz und Schmerz sind teils schwer auseinander zu trennen.

Therapie

- Kühlung, keine Hautreizung, fettende Salben, meiden von scharfen Gewürzen/Alkohol
- Medikamenten NW beachten, Auslöser weglassen
- Kühle Waschungen mit Pfefferminze
- Hydratation
- Lokalanästhetika, Nachtkerzenöl, Capsaicin Creme 0,02 % bis 0,05 %
- H1-Blocker: Hydroxyzin (Atarax[®]) 25 mg max. 4 x/d; Sirup 2 mg/ml
- H2-Blocker: Ranitidin (Zantic[®]) 2 x 150 mg p.o.
- Antidepressiva: Mirtazapin (Remeron[®]), Saroten s. o.
- Neuroleptikum: Nozinan[®] s.o.
- Serotoninerge Mittel: Ondansetron (Zofran[®]) 4 mg/8 mg max. 8 mg 2 x/d p.o., Inf. 4 mg/2 ml
- SSRI: Paroxetin (Deroxat[®]) 10–30 mg p.o., antipruriginöser Effekt nachlassend nach 4–6 Wochen
- Antiepileptika: Gabapentin (Neurontin[®]), Pregabalin (Lyrica[®])

- Cholestase: Rifampizin (Rimactan[®]), Cholestyramin (Quantalan[®])
- Cave: An Zinkmangel denken bei Pruritus mit perioralen, anogenitalen Hautveränderungen, weisse Querbänder Nägel, Haarausfall, Diarrhoe, Geschmacksstörung.

Mundtrockenheit/Durst

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Muskelspasmen

- Valium, Stesolid (Diazepam[®]) 5–10 mg max. 20 mg/d
- Lioresal (Baclofen[®]) 2 x 5–10 mg max. 75 mg (alle 3 Tage um 5 mg steigern)
- Midazolam (Dormicum[®]) 1 mg s.c. oder i.v. alle 20 min oder nasale Verabreichung s. u.

Palliative Sedation

- Dormicum[®] (3 x wirksamer als Valium) 7,5 mg p.o.; Ampulle 5 mg/5 ml; Probedosis 0,5 mg–1 mg i.v., i.m. oder s.c. konst.: 1 mg/h s.c. oder i.v.; Perfusor/Spritzenpumpe/PCA-Pumpe: Bolus 5–10 mg i.v.; 3–5 mg/h, max. 10 mg/h
- Atemfrequenz über 10/min
- Dauerkatheter, Mundpflege, -

Schlafstörung

- Ansprechen von körperlicher Betätigung tagsüber als Möglichkeit der Ermüdung
- 3 h vor Einschlafzeit keine stimulierende Beschäftigung, keine reichhaltige Mahlzeit, kein Kaffee, kein Alkohol, kein Rauchen. Keine Steroide
- Regelmässiges Zubettgehen und Aufstehen
- Ritual vor Einschlafen: Ums Haus spazieren, Tee trinken, Kerze anzünden.

Medikamentöse Therapie

Antidepressiva

- Mirtazapin (Remeron[®]) 15 mg p.o.
- Trazodon (Trittico[®]) 25–50 mg p.o.

Neuroleptika

- Nozinan[®] 25–50 mg p.o. oder Tropfen v. a. bei Angst und Agitiertheit
- Haldol[®] v. a. bei Halluzination und Verwirrtheit.

Benzodiazepine

- Lorazepam (Temesta[®]) 1 mg p.o. oder Oxazepam (Seresta[®]) 15 mg p.o.
- Zolpidem (Stilnox[®]) 5–10 mg p.o.

Cave: Gedächtnisstörung, Verwirrtheit, Sturzgefahr nachts.

Schmerz

- Analgetika-Therapie Krebsliga Zürich.

Singultus

- Baclofen (Lioresal[®]) 10 mg, 20 mg 3–5 x/d, max. 100 mg/d. **Cave:** Bei Epilepsie kontraindiziert.

Sturz

- Siehe Notfallplan im Anhang 2.

Übelkeit

Übelkeit Opiate: Cave Anpassung i. S. Toleranzentwicklung nach 5 d Besserung

Kurzzeitig behandeln mit Antiemetika

- Zentrale Übelkeit, Chemotherapie, Tumor-Zytokine: Primperan 10 mg s.c./i.v. bis 6 x/d, Haldol 3 x 3 Tropfen oder 1 mg s.c./i.v. 6 x/d
- Gastrointestinale Parese: Motilium.

Nausea/Erbrechen: „Friede dem Darm“, Medikation möglichst parenteral bzw. s.c., Absetzen ursächlicher Medikamente

- Frische Luft, Cola, Salzstengeli, Ingwertee, Kaubonbon
- Absetzen ursächlicher Medikamente
- Abführen, Aszitespunktion, Magensonde.

Zentral wirkende Medikamente

- Dexamethason s.c., i.v., p.o. max: 8–8–0 mg (abends nicht wg. Unruhe)
- Primperan[®] 3 x 10 mg/30 Trpf./Ampulle 2 ml = 10 mg max. 40–60 mg/24 h oder s.c./i.v.

- Haldol® Tropfen 2 %: 10 Tropfen = 1 mg; Start 0,5–1 mg s.c. alle 6–8 h v. a. bei Opiat-induzierter Nausea
- Largactil® 12,5–25 mg 2 x/d s.c. oder i.v.

Cave: Zofran® nicht zugelassen für allgemeine Übelkeit und Verstopfungsgefahr.

Übelriechende Wunden/Sekret

- Metronidazol 1–4 Tabletten zu 250 mg mörsern, über Wunde streuen oder Ampulle zu 500 mg über Wunde sprengeln
- Wundauflagen mit Kohlebasis; Gentianaviolett; Aromastoffe wie Pfefferminze und Orange
- Geruchsabsorption: Kaffeesatz, -bohnen, Rasierschaum im Zimmer
- Siehe auch mediX GL Chirurgie in der Hausarztmedizin.

Unruhe/Delir

Das Delir wird oft übersehen. Es stellt eine grosse Belastung dar.

Merke: Gedächtnisstörung/Desorientierung allein ist kein Delir

- Delir macht eine schlechtere Prognose
- 75 % der Patienten können sich an ein Delir erinnern

Hyperaktives Delir: Ca. 40 %, psychomotorische Unruhe, Gereiztheit

Hypoaktives Delir: Apathie, Depression, Schlafstörung.

CAM = Confusion Assessment Method

1a	Akute Verwirrung
1b	Fluktuierende Verwirrung
2	Aufmerksamkeit gestört (leicht ablenkbar, Gespräch folgen erschwert)
3	Formale Denkstörung (desorganisiert, zusammenhanglos, belanglos, unklar, Gedankensprünge, unlogisch)
4	Verändertes Bewusstsein (hyperalert, somnolent, soporös, Koma)

- Delir möglich bis wahrscheinlich: 1a **oder** 1b und 2 und 3 **oder** 4
- Delir wahrscheinlich bis sicher: 1a **und** 1b und 2 und 3 **oder** 4

Assessment: Wer leidet? Patient? Angehörige? Team?

Ursachen

- Hydratation, Fieber, Harnverhalt, Obstipation, Blutzucker, Sauerstoffsättigung
- Medikamente (Medikamentenentzug bei Schluckstörung)
- Hyperkalzämie

Therapiemöglichkeit

- Haldol 1 mg s.c./i.v. bis stdl., ev. Largactil 5–2,5 mg s.c./i.v.

Siehe auch mediX GL Demenz.

Verdauungsprobleme/Verstopfung

- Siehe auch Notfallplan im Anhang 2.

Ileus: Magensonde, Schmerztherapie, Übelkeit behandeln, Flüssigkeit 1–1,5 l/d

- Metoclopramid (Paspertin[®], Primperan[®]) 40 mg/24h kontin. max. 120 mg/24 h s.c. oder i.v.
- Distigmin (Ubretid[®]) 5 mg/d p.o. max. 2 x/d

Sekrethemmung

- Sandostatin (Octreotid[®]) Inj. Lösung 0,05 mg/ml: 3 x 0,1 mg s.c./24 h; auch als Infusion
- Buscopan 60 mg/24h s.c. oder i.v. bis max. 360 mg/24 h
- Ranitidin (Zantic[®]) Inj. Lösung 50 mg/5ml: 3 x 150 mg s.c., i.v. 50 mg auf 20 ml NaCl 0,9 %/Glucose 5 % verdünnt über 2 min
- Dexamethason 8 mg/d s.c., i.v. (cave Obstipation).

Anhang 2: Beispiel eines Notfallplans

Der Notfallplan muss individuell gemäss Behandlungsziel und entsprechend der Grundkrankheit angepasst werden. Es sollten jene Notfallsituationen erwähnt werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind. **mediX** hat einen beispielhaften Palliativ-Notfallplan erstellt -> **download [hier](#)**.

11. Impressum

Diese Guideline wurde im November 2021 erstellt.

© Verein mediX schweiz

Herausgeber

Dr. med. Felix Huber

Redaktion

Dr. med. Uwe Beise

PD Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Maria Huber

Autoren

Dr. med. Adrian Glarner

Dr. med. Andreas Weber

PD Dr. med. Corinne Chmiel

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX schweiz für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Der Verein mediX schweiz ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz.

Verein mediX schweiz, Sumatrastr. 10, 8006 Zürich