

Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim

Hintergrund

Die Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) bedroht die ganze Bevölkerung, am stärksten gefährdet für schwere und tödliche Verläufe sind aber ältere Menschen, die häufig multimorbid und gebrechlich sind. Weiterhin sind alle Public Health Bemühungen zu unterstützen, die dazu führen, dass hochbetagte Menschen nicht infiziert werden.

Die Erfahrungen aus Italien zeigen ein medianes Sterbealter von 79 Jahren bei Männern und 82 bei Frauen (1). Schwere Erkrankungen mit ungewissem Ausgang und Sterbesituationen erfordern gute Palliative Care für die Betroffenen. Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) setzt sich für eine Integration der Haltung und Kompetenzen der Palliative Care in die Sorge um betagte und hochbetagte Menschen ein – sowohl im stationären Setting wie zu Hause. Die aktuelle Pandemiesituation und die Veröffentlichung der Richtlinien «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit» (2) haben die FGPG veranlasst, diese praxisbezogenen Empfehlungen zu verfassen.

Vorausschauende Planung (ACP / GVP / VSD)

Schwere Verläufe der Covid-19-Erkrankungen sind vor allem bei betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten zu erwarten. Trotz Hospitalisation und Intensivmedizin ist ihre Mortalität sehr hoch, von den beatmeten hochaltrigen Patienten mit ARDS überleben aus Erfahrung der Intensivmediziner nur ganz wenige. Deshalb ist die Indikation für eine Krankenhauseinweisung von multimorbiden alten Menschen mit einer Covid-19-Erkrankung sehr sorgfältig abzuwägen und höchstens bei Komplikationen von Begleiterkrankungen gegeben. Die meisten Menschen wünschen sich, nicht auf einer Intensivstation zu sterben, sondern in ihrem gewohnten Umfeld. Aus diesen Gründen ist die vorausschauende Planung schon vor oder spätestens bei Diagnosestellung der Infektion von zentraler Wichtigkeit.

«Zur palliativen Behandlung und Betreuung gehört wesentlich der Aspekt der offenen, adäquaten und einfühlsamen Kommunikation mit dem Patienten und auf dessen Wunsch mit seinen Angehörigen. Eine verständliche und wiederholte, stufenweise Aufklärung versetzt den Patienten in die Lage, realistische Erwartungen zu entwickeln und ermöglicht eine eigenständige Willensbildung und Entscheidung.» (3). Die Aufklärung über die Ernsthaftigkeit der Infektion und die schlechte Prognose einer intensivmedizinischen Behandlung, aber auch über die Möglichkeiten der Palliative Care, ermöglicht den Betroffenen die selbstbestimmte Weichenstellung. Die individuelle Entscheidung ist mit den pflegenden Angehörigen abzusprechen und entsprechend zu dokumentieren (Patientenverfügung, ärztliche Notfallanordnung) und muss jederzeit zugänglich sein z. B. für Notärzte. Entscheidet sich ein Patient, eine Patientin gegen eine Krankenhausbehandlung, ist die palliativmedizinische Begleitung vor Ort zu planen.

Palliativmedizinische Massnahmen

Alle medikamentösen Massnahmen müssen den Möglichkeiten des jeweiligen Betreuungssettings angepasst sein. Da Verschlechterungen sehr kurzfristig auftreten können, sind die Verordnungen vorausschauend für die zu erwartenden Probleme zu treffen und in einem Notfallplan festzuhalten. Die Medikamente müssen am Betreuungsort bereitstehen und das notwendige Material zu deren Anwendung ebenfalls. Neben oralen Medikamenten ist immer auch eine alternative subcutane Verabreichungsform zu verordnen.

Behandlungs-Empfehlungen für die häufigsten zu erwartenden Symptome (zu Hause durch Spitex/Pflegedienst/Arzt/Angehörige oder im Heim durch Pflege/Arzt)

Symptom	Massnahmen	Bemerkungen
Fieber	Paracetamol: 4x500mg Tbl / Supp Metamizol: 4x500-1000mg Tbl / Trpf / Supp	Zusätzlich physikalische Mittel
Atemnot	O2 – Zufuhr sofern vorhanden Morphin 2%: 5 (-10) Trpf, bis stündlich Morphin HCL: 2.5-5mg s.c. bis halbstündlich Bei vorbestehender Opiattherapie Dosen entsprechend erhöhen.	Frische Luft zuführen Oberkörper hochlagern Sicherheit vermitteln
Atemnot-Krisen	Zusätzlich zu Morphin: Midazolam Nasenspray 0.5mg / Hub Midazolam 1-2mg s.c., bis viertelstündlich	Bei schwerer Atemnot Sedation mit regelm. 2mg Midazolam s.c.
Angst	Lorazepam 1mg Exp. bis 4x/Tag Midazolam (siehe oben)	
Husten	Morphin Trpf / s.c. wie oben beschrieben Codein 50mg Tbl bis 3x/Tag	
Schmerzen	Morphin (wie bei Atemnot)	Bei regelm. Bedarf ev. Fentanyl- oder Buprenorphin- TTS
Übelkeit	Metoclopramid 10mg Tbl / Trpf / s.c. 4x/Tag Domperidon 10mg Schmelztbl. 4x/Tag	
Delir	Haloperidol 5-10 Trpf / 1mg s.c. 6x/Tag Midazolam (wie bei Atemnot-Krisen)	Ruhiges Milieu schaffen
Trockener Mund	Regelmässige Mundpflege	Parenterale Flüssigkeit hilft nicht, ist eher belastend
Für die s.c.-Anwendung kann durch die Pflege ein Butterfly infraclaviculär (2 QF unter Clavicula) gelegt und fixiert werden. Dadurch können wiederholtes Stechen vermieden und die Angehörigen zur Injektion angelernt werden.		
Weitere nützliche Hinweise finden sich in der Broschüre «Die Begleitung Sterbender» (4) von palliative.ch.		

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Covid-19 liegen für die stationäre Behandlung im Krankenhaus separate Empfehlungen vor:

- Palliative.ch (Schweiz):
https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Force_s/Merkblatt_Therapeutische_Massnahmen_bei_Patienten_mit_Convid-19_2.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP (Deutschland):
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf

Unterstützung und Begleitung

Wenn Patientinnen und Patienten zu Hause gepflegt werden, muss unbedingt die notwendige Unterstützung durch Pflegefachpersonen und wenn möglich durch mobile Palliative Care Teams (MPCT) wie SAPV-Dienste sowie durch ambulante Hospizdienste sichergestellt werden.

Die mobilen Dienste sind bei Bedarf auch in den Alters- und Pflegeheimen beizuziehen, um eine optimale Behandlung zu garantieren. In komplexen Situationen können regionale Palliativmediziner beigezogen werden.

Trotz Besucherstopp in den Alters- und Pflegeheimen muss den Angehörigen eine Möglichkeit der Begleitung und Verabschiedung unter Wahrung der Schutzmassnahmen geboten werden. Sie sind dabei angemessen zu unterstützen.

Literatur

1) Istituto Superiore di Sanità.

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia> (Stand: XX.YY.2020)

2) SAMW und SGI. «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013)».

https://www.samw.ch/dam/jcr:b7ca3b7c-8311-4b52-ae1b-5c2b534905d2/richtlinien_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit.pdf

3) SAMW. Medizin-ethische Richtlinien Palliative Care 2006/13, S.9

<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

Alternativ Link direkt auf PDF wäre: https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf

4) palliative.ch. Die Begleitung Sterbender.

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/4_Angebote/Broschuere_Die_Begleitung_Sterbender_de_RZ_web.pdf

Weiterführende Literatur

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie FGPG (2018): Grundsatzpapier Palliative Geriatrie:

https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2019/11/20180831_FGPG_Grundsatzpapier_Palliative-Geriatrie.pdf

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie FGPG (2019). Grundsatzpapier Autonomie und

Selbstbestimmung im Blick auf die Palliative Geriatrie: [https://www.fgpg.eu/wp-](https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/01/Grundsatzpapier-FGPG_Autonomie-und-Selbstbestimmung_2019.pdf)

[content/uploads/2020/01/Grundsatzpapier-FGPG_Autonomie-und-Selbstbestimmung_2019.pdf](https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/01/Grundsatzpapier-FGPG_Autonomie-und-Selbstbestimmung_2019.pdf)

Autoren

Dr. med. Roland Kunz, Geriatrie und Palliativmedizin, Stadtspital Waid und Triemli Zürich (CH), Vorstand FGPG sowie Markus Minder, Geriatrie und Palliativmedizin, Spital Affoltern am Albis (CH)

Zürich / Berlin / Wien. Verabschiedet vom Vorstand der FGPG am 22. März 2020