

# Palliative Care in der Hausarztmedizin

[alke.titze@kssg.ch](mailto:alke.titze@kssg.ch)  
daniel.bueche@kssg.ch

## Inhalt

- Definition
- Woher kommt der Begriff
- Symptommanagement
- Konsequenzen
  - Lebensqualität
  - Vorgehen
  - Medizinmodell
- Kompetenzen der Hausärztin, des Hausarztes

## ZU BEGINN DER PATIENT.....

### Grundhaltung

Mensch hat mind. vier Dimensionen

körperlich – seelisch – sozial – spirituell

## BEGRIFFLICHKEITEN

### Was ist das Ziel von Palliative Care?

- Lebensqualität verbessern
- Systemischer Blick
  - Patient und Familie / Nahestehende
  - über den Tod hinaus

## Wodurch will es das erreichen

- konzeptionelles Vorgehen
  - vorbeugen und lindern von Leiden
  - Symptomkontrolle und mehr S4E2NS
- problemorientiert
  - durch frühes erkennen, einschätzen und behandeln von Schmerzen und anderen Problemen
- Patientenzentriert/radikal patientenzentriert
  - Dienstleistung geht zum Patienten
  - Wahl des Betreuungs- und Sterbeortes

## DEFINITION

### Definition

WHO 2002

“Palliative Care is an approach that improves the **quality of life of patients** and their **families** facing the problem associated with **life-threatening illness**, through the **prevention** and **relief of suffering** by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, **physical, psycho - social and spiritual.**”

## WOHER KOMMT DER BEGRIFF

### Geschichte der Hospiz- & der Palliativbewegung

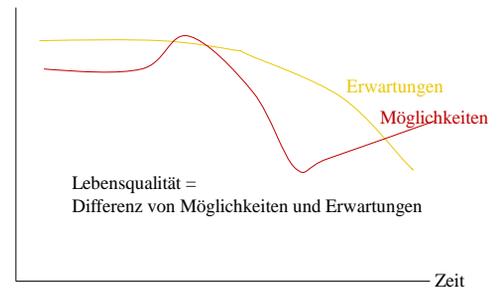
- Christliche Wurzeln
- Gesellschaftliche Wurzeln
  - Institutionalisierung und Medikalisierung des Sterbens
  - Sterbehilfediskussion (Euthanasie)
- Interprofessionelle Wurzeln
  - Cicely Saunders = Gründerin der modernen Palliativbewegung
  - Palliative Care => Zurückbringen der Hospizbewegung ins Akutspital
  - => Palliativmedizin = medizinischer Anteil der Palliative Care

## KONSEQUENZEN

## 1. Das Konstrukt «Lebensqualität»

- Lebensqualität ≠ Lebensverlängerung
- ist subjektiv und wandelbar
  - somit nicht messbar
  - es ist wie das Messen der Schönheit einer Rose oder «how to measure a sunbeam»
- nicht nur körperliche Beschwerden
  - vgl. SMILE

## 1. Lebensqualität: Calman Gap



## 2. Die Lebensbedrohung

Durch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung verändert sich das Leben – auch im hohen Alter

Wie ist das Konzept bei einer chronisch progredienten Erkrankung?

## 3. Das Vorgehen

Das Vorgehen ist kein diagnose-basiertes Vorgehen sondern ein

- => **problem-orientiertes Vorgehen**
- => Suche auch nach **Ressourcen**
- => Suche nach **Coping-Strategien**

## 3. Das Vorgehen

Steinhauer 2000

Wo liegen die Probleme, die Befürchtungen des Patienten?

- **Schmerzen und andere belastende Symptome zu haben**
- **Nichts mehr zu sagen zu haben**
- **Für die Medizin nicht mehr interessant zu sein**
- **Sich nicht mehr bewusst zu verabschieden zu können**
- **Dem anderen eine Last zu sein**
- **Einsam zu sein**
- **Ausgeliefert zu sein**

## 3. Das Vorgehen konkret:

- S** **Symptomkontrolle**
- S** **Selbst-EINSCHÄTZUNG**  
Krankheits- und Prognoseverständnis
- S** **Selbst-WERT**  
«Was muss ich wissen, um sie möglichst gut....?»
- S** **Spiritualität**  
«Sinn des Lebens, Kraftquelle in schwierigen Situationen, höhere Macht, Transzendenz?»
- E** **Entscheidungsfindung**
- E** **Ende des Lebens**  
Gibt es noch Unerledigtes? Verabschiedungen? Versöhnung? Vermächtnis?
- N** **Netzwerkaufbau**
- S** **Support von Angehörigen, Teams**

### 3. Das Vorgehen

Herausforderungen für das interprofessionelle Palliative Care Team

- Schmerz- und Symptommanagement
- Lebensqualität abschätzen
- Sterben und Tod thematisieren
- Komplexität (systemischer Ansatz)
- Prognose- und Entscheidungsfindung
- Autonomie zu gewähren
- Ereignisse vorwegzunehmen (Prognostizieren)
- Patientenorientierung (Dienstleistung zum Patienten....)
- Systemischer Blick: Angehörige mit einbeziehen
- Kontinuität (spitin, spitex, ambulant, stationär....)
- Interdisziplinarität, Interprofessionalität
- Betreuung über den Tod hinaus

### 4. Die Rolle der Ärztin, des Arztes

Kompetenzen

- Kompetenzen = **Haltung**, Fertigkeiten, Wissen
- Zuhören ≠ zuhören
- Gut leben mit «**keinen Lösungen**»
- «**Gutes Sterben**» als Ziel ist zu hinterfragen
  - Wir müssen am Ende nicht noch alles richten wollen
- Teil des **interprofessionellen Teams**
- **Verantwortung** tragen und sich nicht im Team verstecken

### 5. Es gehör auch dazu....

- Wir haben nicht alles im Griff
- Paradigma-Wechsel:
  - Lösungsorientiertes Denken => Begleitung
- Körper ist wichtig, wir sind aber auch
  - «Seelsorger»
  - «Sozialsorger»
  - «Mitmenschen»
  - «auf gemeinsamer Suche nach....»

## KONKRETISIERUNG

## SYMPTOMKONTROLLE

## ATEMNOT

## Definition: Atemnot ist...

*Am J Resp Crit Care Med. American Thoracic Society 1999*

...subjektive Erfahrung der Schwierigkeit zu atmen, die sich zusammensetzt aus qualitativ unterschiedlichen Wahrnehmungen, die in ihrer Intensität unterschiedlich auftreten. Die Erfahrung entsteht durch das Zusammenwirken zwischen multiplen körperlichen, psychologischen, sozialen und umweltbedingten Faktoren und kann sekundäre physiologische und verhaltensmässige Antworten beinhalten.

## Nicht-pharmakologische Therap

*Corner J et al. Pall Med 1996;10;299-305*

- Kühle Luft (Ventilator)
  - Stimulation von V2 des N. trigeminus
    - Liss HP et al Am Rev Respir Dis 1988;137:1285-1288
    - Burgess KR et al J Appl Physiol 1988;64:371-376
- Physiotherapie
  - Richtiges Atmen
    - Bernardi L et al. Lancet 1998, 351;1308-1311
  - Verhaltenstherapeutische Massnahmen
    - Kontrolle d. Atmung, Entspannung, Aktivit.- pacing
    - Bredin J et al. BMJ 1999;318;901-904

## Symptomatische Therapie

*Bruera E et al Lancet 1993;342.13-14/Booth S et al Am J Respir Crit Care Med 1996;153;1515-1518*

- Sauerstoff:
  - nicht sicher bei allen Pat. wirksam, auch nicht immer bei tiefer O<sub>2</sub>-Sättigung
  - gelegentlich ist Luft genau so gut
  - allenfalls nützt O<sub>2</sub> v.a. über kühlen Luftzug (Ventilator)
  - max. 4, allenfalls 6 Liter, mehr bringt nichts über Nasenbrille
  - immer Reevaluation von Nutzen

## Symptomatische Therapie

- Opiode/Morphin:
  - ohne Mo-Vorbehandlung: 5mg sc od. 10mg po
  - mit Mo-Vorbehandlung: 10-16% der Tagesdo.
    - beides bis stündlich
  - später retardierte Medikamente möglich
  - inhalative Opiode keinen gesicherten Wert
  - Ökonomischere Atmung? Tachypnoe □(nein), Schmerzen□, red. Atemantrieb durch pCO<sub>2</sub>
  - Insgesamt sehr unklar

## symptomatische Therapie

- Benzodiazepine
  - Anxiolytisch,(red. Empfinden von Atemnot?)
    - Angst und Atemnot verstärken sich gegenseitig
  - Temesta (Lorazepam): besonders anxiolytisch
    - 1 - 2,5 mg sl
  - Dormicum (Midazolam): rascher Wirk.eintritt
    - 1 - 2,5 mg sc oder langsam iv
  - Wirkung ist insges. schlecht untersucht/belegt
  - behandeln whs v.a die Angst

## STERBERASSELN

## Definition

rasselndes Geräusch bei Ein- und Ausatmung beim sterbenden, kognitiv eingeschränkten Patienten

## Ursachen

tracheale Hypersekretion  
vermindertes Abhusten durch muskuläre Schwäche

## Symptome, Zeichen

hörbares Geräusch bei Ein- und Ausatmung  
sterbende Patienten sind davon häufig nicht beeinträchtigt  
kein sicheres Zeichen des bevorstehenden Todes  
unabhängiger Risikofaktor: Hirn-, Lungentumore

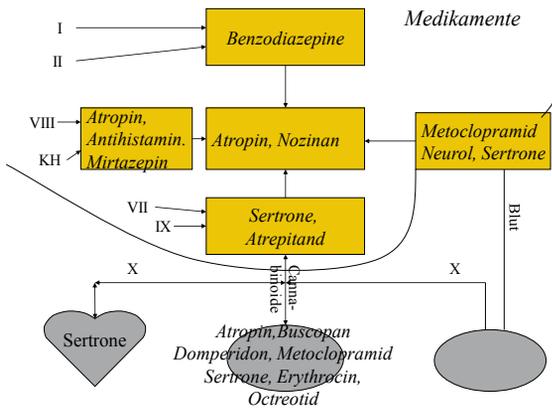
## Management

medikamentöse Therapie nur wenn:  
Zeichen des Stresses  
Information an die Angehörigen  
Lagerung  
minimale Hydratation, keine iv-Hydratation  
Sekretionsreduktion mit Buscopan  
20 mg sc alle 4 Stunden oder Buscopan 40-120 mg  
sc kontinuierlich  
(alternativ: Scopoderm TTS; Atropin 0,5 mg sc alle 4 Std)

## Management

Selten nötig:  
Lasix 20-40 mg iv  
Dormicum (0.5) 1 – 2 mg sc

## ÜBELKEIT



### Arzneimittel & ihre Rezeptorbind.

aus Caraceni A (2009) Lancet Oncology

	D1	D2	D4	α1	α2	H-1	5-HT 2a	5-HT 2c	M
Haloperidol	+	+++	++	+					+
Chlorpromazin		++		++		+++			++
Levomepromazin		++		+++	+	+++	++	++	++
Promethazin				++	+	+++			++
Risperidon	+	++	+	+	+	(+)	+++	+	
Olanzapin	+		+	+		+	++	+	+++
Quetiapin				++		++	+		

α1: Orthostase; α2: Sedation, Hypotension; 5-HT2a, 5-HT2c: antipsychotisch; M: Sedation, Mundtrockenheit, Obstipation, Herzinsuffizienz, Delir

### unterscheide

- Angst
- Delir
- andere Symptome

## UNRUHE

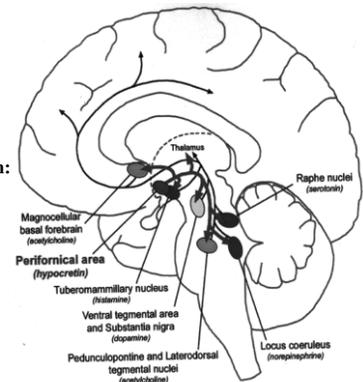
### Delir versus terminale Unruhe?

- schwierig zu unterscheiden
- Beide Patienten scheinen verwirrt zu sein
- Nicht immer muss behandelt werden
- Wesentliche Frage ist: „leidet der Patient?“

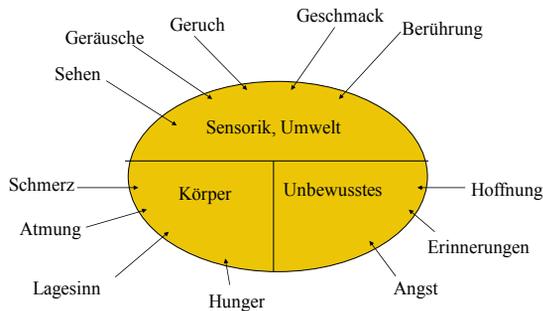
### Delir

#### Beteiligte Rezeptoren:

- Acetylcholin
- Dopamin
- Histamin
- Serotonin
- Noradrenalin



Consciousness (awareness of self and environment) as a filter controlling the quality and quantity of stimuli reaching consciousness



From Averil Stedeford in: Bates TD (Ed) Contemporary Palliation of Difficult Symptoms  
Balliere's and Tindall, London 1987, Br J Hosp Med 1978; 20 (6) : 694-698, 703-704

### Nicht medikamentöse Massnahmen

1. Kommunikation
2. Orientierungshilfen
3. Familie mit einbeziehen
4. Nicht ins System mit einsteigen
5. Nacht beachten, sedierende Neuroleptika zur Nacht
6. Sicherheit / Schutz

## Delir: medikamentöse Therapie

Haloperidol (Haldol) = Mittel der Wahl

- beginnen mit 0,5 - 1mg (po, sc, oder iv)
- wiederholen nach 30 Min (iv) oder 60 Min (sc oder po)
- Dosis verdoppeln bei nächster Gabe (jede Gabe verdoppeln)
- bei starker Unruhe/Hyperaktivität, zusätzlich Temesta mit 3. Dosis

Levomepromazin: (Nozinan)

- falls Patient agitiert oder nächtliche Unruhe
- beginnen mit 6.25 oder 12.5 mg (Dosen bis 50 mg/d)

Atypische Neuroleptika:

- Olanzapin: (Zyprexa) 2.5 – 5 auch parenteral inkl sc möglich
- Quetiapin (Seroquel) 3 x 12.5 bis 3 x 25 mg
- 1. Wahl bei Parkinsonismus oder Kontraindikation von typischem Neuroleptikum

## STATUS EPILEPTICUS

### Status epilepticus (SE)

#### Definition:

ein epileptischer Anfall > 5 Minuten bei generalisierten tonisch-klonischen Anfällen oder von 20-30 Minuten bei fokalen Anfällen oder Absenzen oder eine Serie von Anfällen in kurzen Abständen, zwischen denen klinisch oder elektroenzephalographisch keine vollständige Restitution erfolgt.

### Terminale Patienten:

- a) Kontinuierlich: über Spritzen-Pumpe oder Infusomat
  - a) s.c. Midazolam (Dormicum) 1mg/h
  - b) i.v. Clonazepam (Rivotril) 2mg/24h

Intervall:

- s.l. Temesta 1-2,5mg expidet 4x d

## Begriffe

**Anorexie** = Inappetenz = Appetitlosigkeit  
herabgesetzter Trieb zur  
Nahrungsaufnahme

**Kachexie** = Auszehrung  
griechisch kachexia = schlechter Zustand  
= schwere Form der Abmagerung

## ANOREXIE, KACHEXIE

### Definition

Fearon K (2011) Lancet Oncology

Tumorkachexie (Cancer Cachexia) ist definiert als multifaktorielles Syndrom mit anhaltendem Verlust an Skelettmuskulatur (mit oder ohne Verlust an Fettgewebsmasse), der nicht vollständig durch konventionelle Ernährung kompensierbar ist und zu einem progressiven Funktionsverlust führt. Die Pathophysiologie ist charakterisiert durch eine negative Protein- und Energiebilanz, verursacht durch eine unterschiedlich gewichtete Kombination von verminderter Nahrungszufuhr und verändertem Stoffwechsel

### Anorexie / Kachexie Korrelation

Sarhill N (2003) Support Care Cancer 11(10):652/659  
Chang VT (2005) J Support Oncol 3:377/382

- 61% der Patienten mit Gewichtsverlust > 10% haben auch eine Inappetenz (Anorexie)
- 12% der Patienten mit Inappetenz haben keinen Gewichtsverlust
- 16% der Patienten mit Inappetenz haben eine normale Nahrungszufuhr
- Ein Teil der kachektischen Patienten hat eine normale Nahrungszufuhr

## Mechanismen

Involvierte pathogenetische Mechanismen:

- Entzündung
- Neuro-hormonelle Veränderungen
- Hypermetabolismus  
(diese sind nicht gänzlich von einander zu trennen)

Führen zu:

- Inappetenz, verminderter Nahrungszufuhr
- Kataboler Stoffwechsellage
- Muskelabbau: verminderter Muskelmasse und -kraft

## Mechanismen

Entzündungssystem:

- Proinflammatorische Zytokine: TNF $\alpha$ , IL-6, Interferon, IL-1 u.a.
- Entzündungsreaktion im Hypothalamus => Inappetenz
  - regen das Hirn zur Bildung von appetithemmenden Zytokinen an
  - Peristaltik des Magen-Darmtraktes wird verlangsamt, Magenentleerungsstörung, Darm-Transitzeit erhöht
  - Muskelabbau durch Proteolyse: direkte Zytokineinwirkung & vermehrte Zytokinrezeptoren, AS-Aufnahme reduziert
  - Leber: vermehrte Eiweißbildung (CRP, Akutphasenproteine)
  - Prostaglandin-vermittelte Veränderungen
  - Oxydativer Stress (freie Radikale, NO)

## Mechanismen

Tumorgewebe produziert **neurohormonelle** Faktoren:

- Leber-Muskel-Achse:  
PIF (proteolysis inducing factor), LMF, Insulinresistenz...  
=> Hypermetabolismus mit Lipolyse, Proteolyse, pathologischer Glucosetoleranz
- Bauch-Kopf-Achse:  
autonome Dystonie, Melanocortin-System, Endocanabinoide, Ghrelin  
=> dysregulierte neuronale und hormonelle Sättigungssignale, Ghrelin: von endokrinen Zellen des Magens sezerniert, verbessert Appetit, erhöht Körpergewicht, fördert Energiemetabolismus und unterdrückt Entzündung
- Kopf-Muskel-Achse: Hypogonadismus, Angiotensinsystem

## Mechanismen

– Hypermetabolismus

- Erhöhter Grundbedarf  
bei Kachexie ist der Stoffwechsel bereits in Ruhe erhöht
- Muskelproteine werden abgebaut auch ohne Aktivität
- Lipolyse: Abbau von Fett
- Gluconeogenese angekurbelt, Insulinresistenz  
=> pathologischer Glucosetoleranz-Test  
=> keine Ketonkörper über diesen Weg

DER Mensch stirbt nicht, weil er nicht isst

sondern

DER Mensch isst nicht weil er stirbt

## Tumorkachexie: Einteilung

Fearon K (2011) Lancet Oncology

1. Primäre vs sekundäre Tumorkachexie

2. Tumorkachexie einteilbar bezüglich:

Stadium

Schweregrad

Erscheinungsbild (Phänotyp)

## Tumorkachexie: Stadieneinteilung

Fearon K (2011) Lancet Oncology

normal	Präkachexie	Kachexie	Refraktäre Kachexie	Tod
	Monitoring Präventive Interventionen	Tumorthherapie, Multimodales Management, Ernährungstherapie	Symptomkontrolle	
	Gewichtsverlust <5%	Gewichtsverlust > 5% in 6 Monaten oder BMI < 20 und Gewichtsverlust > 2%	Variabler Grad der Kachexie	
	Anorexie	Häufig reduzierte Nahrungszufuhr		
	metabolische Veränderungen: Insulinresistenz, pathologische Glucosetoleranz	Systemische Entzündung	SW katabol und Tumor non-reponsiv auf Therapie tiefer Funktionsst. WHO 3 o. 4 Erwartete Lebensdauer < 3 Mt	

## Lungenerkrankungen, COPD

- Hypoxämie
  - TNF a erhöht
  - Catecholamine erhöht
- Ungenügende Nahrungszufuhr, Malnutrition
- Chronische Entzündung
  - Proinflammatorisch Zytokine wie bei Tumor
- Hypermetabolismus
  - Vermehrte Muskelarbeit = vermehrter Energieverbrauch
  - Veränderung der Muskulatur
  - Energieverbrauch liegt ca 20% über erwartetem EG
  - Insulinresistenz, veränderter Glucose-SW
  - Proteolyse durch Stress und Betamimetische Wirkung

## Herzinsuffizienz

- Entzündung
  - TNF a: erhöht
    - Proinflammatorisches Zytokin
    - Progrediente Herzinsuffizienz und Kachexie
  - IL-6 erhöht
    - Hypertrophie der Myozyten, myokardiale Dysfkt
    - Abbau der Muskelmasse
    - Schlechte Prognose
  - IL-1 erhöht in Herzmuskelzellen bei dilatativ HI
    - Abnahme der linksventrikulären Funktion
    - Proinflammatorisches Zytokin
  - Endotoxin, aktiviert TNFa

**HYDRATATION JA - NEIN**

Wissen wenig.....

....Erfahrung einiges

- Subcutane Infusionen
- Zuletzt nicht überwässern
- Viele können noch Wasser mobilisieren
- Durst nicht mit Infusionen behandeln und schon gar nicht mit NaCl

**ILEUS = BOWL OBSTRUCTION**

## Terminologie

Unterscheide nach:		
Pathogenese	mechanisch	paralytisch
	komplett	partiell (Subileus)
	einfache Obstruktion	mehrfache Obstruktion
Ursache	maligne	benigne
Lokalisation	Dickdarm	Dünndarm

Ileus: englisch bowl obstruction

## Ileus: Ursachen

Häufig auch *nicht* maligne Ursachen!!



## Ileus-Therapie: Chirurgie

- Kein Konsens aber Leitlinien
- Keine routinemässige Chirurgie
- Perioperative Mortalität: 9 – 40%
  - (in den ersten 30 Tagen post OP)
- Keine Outcome-Studien
- Neuere Studien nicht besser als ältere
- Mache Risk-Benefit-Beurteilung

## Chirurgie: Prognostische Faktoren



≤ 45 Jahre  
 guter EZ  
 Ø Tumormassen  
 Ø Leber-/Fernmetastasen  
 Ø Aszites  
 lokalisiert (RX)  
 CT-responder  
 Ø RT

Kurzes freies Intervall  
 LEW > 2 Monate



>65 Jahre  
 Kachexie  
 Palpable Tumormassen  
 Metastasen  
 Aszites
 

- Diffus
- CT-Progression

 RT
 

- Albumin, Leberwerte, Creatinin
- Langes Freies Intervall
- Prognose <2 Monate

Gut Feeling des Chirurgen

## Kontraindikationen für Chirurgie

Absolute Kontraindikationen	Relative Kontraindikationen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Massiver Aszites, der schnell rezidiert</li> <li>▪ Diffuse palpable intraabdominale Masse</li> <li>▪ Radiologisch Hinweise auf Peritonealcarcinomatose bzw. diffuse intraabdominale Tumorausssaat</li> <li>▪ Proximaler Magenbefall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiotherapie des Abdomens</li> <li>▪ Fortgeschrittenes Alter mit Kachexie</li> <li>▪ Schlechter Ernährungszustand (Gewicht, Alb, Ly)</li> <li>▪ Schlechter Performance-Status</li> <li>▪ Keine weitere chemoth. Option</li> <li>▪ Unkontrollierbarer Tumor</li> </ul>

## Ileus-Therapie: Stents

- nur bei singulärer Stenose
- Komplikationen!
- Allenfalls präoperativ sinnvoll
- Wenig Studien bei Palliativpatienten

## Ileus-Therapie: Sonde

- Magensonde
  - Nur als vorübergehende Massnahme auch bei inoperablem Ileus
  - Selten als Dauerlösung
  - Hat Komplikationen
- PEG/PEJ
  - Indiziert, wenn Medikamente nicht genügen?
  - Wenn der Patient zu essen und trinken wünscht
  - Relative KI: Aszites, portale Hypertonie, Tumormasse
  - 25% I. Kompl., 4% schwere Kompl [Scheidbach et al., Surg. Endosc. 1999]

## Ileus-Therapie: Sonde

- Zur PEG- Indikation:
  - ohne Magensonde: wie oft wird erbrochen?
  - Mit Magensonde: Symptome besser?
  - Lieber 2x pro Tag erbrechen als Sonde?
  - Das Problem der Verstopfung
  - Der mögliche Gewinn an Lebensqualität

## Ileus Therapie: Sekrethemmung

Sekrethemmung wesentlich, da  
Hauptursache des Erbrechen und  
allenfalls der Übelkeit:

- **Buscopan:** 40 – 120 mg/24 sc, iv  
anticholinerg
- **Octreotid:** Beginn mit 3 x 0.1 mg/d sc  
steigern bis 3 x 0.3 mg/d sc  
stark antisekretorisch (Wirkung innerhalb Std)  
sehr teuer  
off-label use

## Ileus-Therapie: Nausea, Erbrechen

Wirkstoff Handelsname	Empfohlene Dosierung für Erwachsene	Bemerkungen
<i>Haloiperidol</i> <b>Haldol®</b>	2,5 – 15 mg/d sc	Bei kompletter Obstruktion und wenn Prokinetika kontraindiziert sind
<i>Metoclopramid</i> <b>Primperan®</b>	30-60 mg/d sc	Bei inkompletter Obstruktion oder funktioneller Störung (ggf. plus Dexamethason und Neostigmin) <b>Cave: kontraindiziert bei kompletter Obstruktion</b>
<i>Scopolaminbutylbromid</i> <b>Buscopan®</b>	40-120 mg/d sc	Verminderung der gastrointestinalen Sekretion Mundtrockenheit
<i>Octreotid</i> <b>Sandostatin®</b>	initial 0,05-0,1 mg/sc alle 12 h max. 0,9 mg/d sc kontinuierlich	Verminderung der gastrointestinalen Sekretion Teuer!
<i>Dexamethason</i> <b>Fortecortin®</b>	8-12 mg iv max. 36 mg/d	Ödemreduktion Antiemese Wirkt auch ko-analgetisch

## Ileus-Therapie: Steroide

- Studie Cochrane 1999 (N= 89 aus 3 RCT)
  - **Outcome:** 1. „Resolution“; 2. Tod < 1 Monat
  - **Ergebnis**
    - Outcome 1: nur Trend, n.s.: mit Dexamethason 6-16mg; NNT = 6 wenig side- effects (NNH)
    - Outcome 2: kein Effekt
- Ansatz:
  - antiödematös

## Ileus-Therapie: Ernährung, Hydratation

- **Totale parenterale Ernährung**
  - Nur sehr selten indiziert
  - Neben Nutzen auch Risiko und Mortalität
  - Selten Hungergefühl
- **Hydratation**
  - Mundtrockenheit, Durst unabhängig von oraler oder parenteraler Flüssigkeitszufuhr
  - **Cave Anticholinergika**
  - Nausea vermindert, falls 1 Liter Flüssigkeit/d
  - Nicht zu viel, da sonst vermehrte Sekretbildung
  - Adäquate Menge: 1000 – 1500 ml/24h

## OBSTIPATION

## Management der Obstipation

### Nichtmedikamentös

- Ursache behandeln (Elektrolyte korrigieren..)
- Aktivität
- Flüssigkeit
- Umgebung (Privatsphäre...)
- allenfalls Ernährung
- Allenfalls rektale Massnahmen (falls Schmerzen....)

## Management

### Unterscheide:

- Weichmacher:
  - Osmotische wirksame Laxantien: künstliche Zucker (Lactulose..), Salze (Macrogolum, Mg-hydroxid..) v.a. im Colon wirksam: Lactulose im proximalen Colon, Salze im ganzen Colon
  - Gleitmittel: Parafin  
geht in den Stuhl und macht den Stuhl gleitfähig

## Management

### Unterscheide:

- Stimulantien
  - Bisacodyl, Na- Picosulphat, Senna
  - wirken nur im Colon (Cave Koliken)  
stimulieren den Plexus myentericus  
stimulieren die Sekretion
  - erste Wahl bei Opioid-Obstipation
  - können Plexus myentericus schädigen

## Management

### Unterscheide:

- Bulk forming
  - wirken bei Obstipation und Diarrhoe
  - schwache Laxantien
  - müssen mit viel Flüssigkeit eingenommen werden
  - werden in der Palliative Care selten gebraucht
- Rektale Laxantien
  - Gibt es stimulierend, osmotisch, Gleitmittel, Volumen
  - Cave: Phosphate können zur Gangrän (Rektum) führen

## Neue Laxativa

- Lubiproston (Amitiza)
  - CIC2-Chloridkanal-Aktivator  
=>Sekretion ↗  
=> Wiederherstellung defekter Tight Junctions
  - Indikation: u.a. für die Behandlung von Opiat-induzierter Obstipation
  - Dosis: 2 x 24ug/d

## Reserve-Laxativa

### Opioidantagonisten

- Naloxegol (Moventig)
  - oraler, peripherwirksamer u-Rezeptor-Antagonist
  - Wirksamkeit 40 – knapp 50% bei Patienten, die auf Laxativa nicht ansprechen (Placebo 30%)
- Methylnaltrexon (Relistor)
  - **Indikationen:** Behandlung der Opiatinduzierten Obstipation bei Patienten in der Palliativ-Pflege, bei denen übliche laxative Behandlungen ungenügend wirken.
  - 8 – 12 mg sc, als Bedarfmedikation max. alle 48 Stunden

## Management: spezielles

Cauda equina: *anocolischer Reflex ist defekt, Sphincter schlaff, rektale Stimulation aktiviert Colon nicht!*

Spinale Kompression: *anocolischer Reflex ist intakt, Sphincter schlaff oder spastisch, rektale Stimulation führt zu Colon-Kontraktion*

bei Cauda Equina und spinaler Kompression: *regelmässige orale Laxantien und alle 2 Tage rektale Massnahmen*

## Laxantien: Weichmacher

Wirkstoff	Medikam	Beginn	W-eintritt	beachten
Lactulose Lactitol Sorbitol+Fei	Duphalac, Importal Agarol	10 ml 15 – 30ml 30 ml	1 - 2 Tage	Blähungen, teilweise Resorption
Macrogolum	Transipeg Movicol Fodtran, Klean- Prep, Cololyt	1 S (3g) 1 S (13g) 1 l (60g)	2 - 3 Tage 2 - 3 Tage	Achtung bei nephrolog. Patienten (max 1 Sachet)
Mg-hydroxid	Mg San Pellegrino	2 - 4 g; 1/4 - 1/2 ML	(2) 6 - 12 h	
Mg-sulfat	Bittersalz	10 – 20 g	2 - 4 Std	
Na-sulfat	Glaubersal	90 ml	2 - 4 Std	
Na-Dihyd-Ph	Colophos		12 Std	
Paraffin	Paragar	10 ml	1 - 3 Tage	Vitamine

## Stimulierende Laxantien

Wirkstoff	Medikam	Beginn mit	W-eintritt	beachten
Na-Pico Sulphat	Laxoberon Guttalax...	5 mg 10 Trop.	6 - 12 Std	Achtung: NI nur 5-10 Tr
Senna-Präp	X-Prep	1/2-1 Fl	5 - 8 Std	Tenesmen
Bisacodyl	Dulcolax	1 x 5mg	8 - 12 Std	Supp à 10, Drg à 5 mg
Rizinusöl	Laxopol Rizinus K	1 -2 El 4 - 6	2 - 4 Std	Bei Aspirat. Lipidpneumo

## Rektale Laxantien

Wirkprinzip	Wirkstoff	Medikament	Beginn	W-eintritt
Dehnung	Na-hydro- gen-carbon.	Lecicarbon	1 Supp	15 - 60 Min
osmotisch, salinisch	Sorbit, Nacitr	Microklist	1 Klistier	15 - 60 Min
	Na-hy-phos.	Freka-Clyss	1 Klistier	15 - 60 Min
stimulierend	Bisacodyl	Dulcolax	1 Supp 10	15 - 60 Min
Gleitmittel	Glycerin	Bulboid	1 Supp	15 - 60 Min
Volumen	hoher Einlauf			

## PALLIATIVMEDIZIN AUS DEM NOTFALLKOFFER

Arzneimittel	wofür	Off-label	Bemerkungen
Adrenalin	Blutende Wunde	ja	
Atropin	Koliken (MDT, urogenital), Rasselatmung, Ileus, Speichelfluss (ALS u.a.)	ja	Buscopan wäre von Vorteil, da weniger ZNS- NW
Haloperidol / Levomepromazin/ Olanzapin	Übelkeit/Erbrechen, Delir, Schluckauf, Levomepromazin für Schlaf	ja	Haloperidol weniger sedierend Es gehen auch ander Neuroleptika
Dexamethason / Steroid			Äquivalenzdosis zu Prednison:
Benzodiazepin: Dormicum, Temesta	Angst, Schlaflosigkeit, Muskelkrämpfe, Epilepsie	nein	Geht nicht s.c., deshalb wären Midazolam, Lorazepam, Clonazepam von Vorteil
Metoclopramid	Übelkeit/Erbrechen	nein	
Morphin	Schmerz, Atemnot	ja für Atemnot	Auch bei Nieren- insuffizienz vorübergehend möglich
Diclofenac	Schmerz	nein	Achtung bei Niereninsuff

## Notfallapotheke (parenteral) für Patienten

Arzneimittel	wofür	Dosierung
Morphin	Schmerz, Atemnot	10 -20 mg / 24 h
Metamizol	Schmerz	4 x 500 – 1000 mg/24h
Buscopan	Koliken, Rasselatmung, Sekret, Übelkeit/ileus	20 mg pro Dosis bis 6 x/d Cave Tachycardie
Haloperidol	Übelkeit, Delir	0.5 – 1.0 mg pro Dosis bis 10 mg/d
Nozinan	Übelkeit, Delir, Schlaflosigkeit	6.25 mg pro Dosis bis 50 mg/d
Dexamethason	Hirnödem,	4 mg pro Dosis bis 16 mg/d
Lorazepam od Midazolam	Angst, Schlaflosigkeit, Epilepsie	1 mg pro Dosis bis 7 (10mg) /d 1 mg pro Dosis bis.....
Hydrocodon	Husten, Schmerz	10 mg pro Dosis bis 60 mg/d
Metoclopramid	Übelkeit	10 mg pro Dosis bis 120 mg/d

## Konkretisierung

### Patientenorientierung / Problemorientierung:

- Wovon hat der Patient Angst?
- Was bedeutet Lebensqualität?
- Wie ist sein Krankheitsverständnis?
- Wie ist sein Prognoseverständnis?
- Was bedeutet Autonomie – wie sollen Entscheidungen getroffen werden?
- Was gibt dem Leben Sinn?
- Die Angehörigen!?

=> Diese Fragen müssen im Verlauf immer wieder gestellt werden, da sich das Verständnis des Patienten verändert!

## ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

## Konkretisierung

### Entscheidungsfindung

- Wann welche Art der Entscheidungsfindung?
- Informed consent
- Shared decision making
- Autonomer Entscheid

## NETZWERK

## Konkretisierung

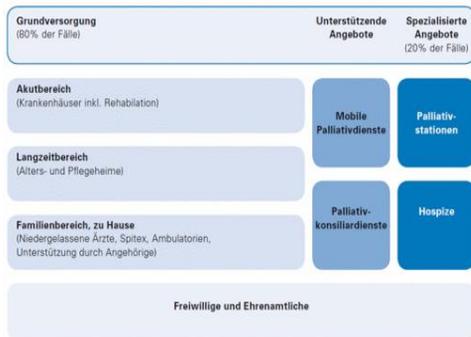
### Netzwerkaufbau

- man muss das Netzwerk kennen
- man sollte sich gegenseitig im Netzwerk kennen
- die Abstufungen sind wichtig
  - der Hausarzt ist immer dabei!
  - später kommt die Spitex dazu
  - dann allenfalls das mobile Palliative Care Team
    - im Haus: Palliative Care Konsiliar-Team
    - extern: externes mobiles Palliative Care Team
  - dann allenfalls die Palliativstation
  - dann allenfalls das Hospiz

## Konkretisierung

### Was zeichnet ein Netzwerk aus?

- Formulierung **eindeutiger Therapie-Ziele**
- Festlegung der **Regeln**, nach denen das Netzwerk funktioniert
- Förderung der **Kohärenz**
- Berücksichtigung der **Beziehungskontinuität** zwischen dem Patienten und seinen Betreuern
- Ausrichtung der Aufgabenteilung in Interesse des Patienten
- Förderung eines ganzheitlichen und regionalen Ansatzes



## Versorgungs- Strukturen Palliative Care Schweiz

(adaptiert an palliative.ch)



## Spezialisierte Pall Care-Angebote sind:

Versorgungsstruktur palliative.ch

- **Unterstützende Angebote:**
  - Palliativkonsiliardienst
  - Mobiler Palliativdienst (Brückendienst)
- **Betreuende Angebote**
  - Palliativstation
  - Stationäres Hospiz
  - Tages-/Nachthospiz, Palliativambulatorium

## Palliativstation

- **Eigenständige Station innerhalb oder in Zusammenarbeit mit Akutspital**
  - ist eigenständig bezüglich Patientenaufnahme (Triage), Behandlung und Entlassung
- **Spezialisiertes interprofessionelles Palliativ-Team**
  - ganzheitlicher Ansatz für Patient und Angehörige

## Begriff Hospiz

[www.dachverband.at/service/glossar](http://www.dachverband.at/service/glossar)

Hospiz ist die Idee, aus der Weltanschauung "Sterben bewußt als Teil des Lebens zu sehen" eine Bewegung zu machen. Die Hospizbewegung bietet Pflege und medizinische Behandlung im häuslichen und stationären Bereich für das Endstadium des Lebens an. Ziel ist es, sterbenden Menschen so zu helfen, daß sie die ihnen verbleibende Lebenszeit so inhaltsvoll wie möglich und entsprechend ihren individuellen Wünschen gestalten können.

- Ein Teil der Sterbebegleitung ist die Unterstützung und Einbeziehung von Angehörigen und Freunden in den Betreuungsprozeß.

## Palliativer Brückendienst = Mobiler Palliative Care Dienst

- interprofessionelles Team von SPC **ausserhalb** des Akutspitals
- Ziel- gruppe:
  - Betreuende der palliativen Grundversorgung (und Patienten, Angehörige)
  - Beratung und Anleitung (entsp. Palliativkonsiliardienst)
- Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege, psychosozialer Begleitung
- Aufgabe: Patienten die Möglichkeit zu geben möglichst lange zuhause zu bleiben; Schnittstellen verbessern

## Worauf die Hausärzte bauen

Wonca 2002  
KHM (Kollegium für Hausarztmedizin)

- Haltung
- Wissenschaftlicher Ansatz
- Kontext
- ⇒ Klinische Arbeit
- ⇒ Arzt-Patienten Kommunikation
- ⇒ Praxis-Management

## PALLIATIVE CARE: WELCHES IST DIE ROLLE DES HAUSARZTES?

## WARUM HAUSÄRZTE GUTE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE PALLIATIVE CARE HABEN

## Was wir können: Kompetenzen

- Ganzheitlicher Ansatz
  - Alle Dimensionen: bio-psycho-sozial
- Spezifische Problemlösungsfähigkeiten
  - Symptombehandlung (nicht primär Diagnose)
  - Leiden lindern
  - sind gewohnt zu entscheiden
  - umgehen mit Unsicherheiten
- Primärversorgung
  - Erstkontakt, offen für alle Problemstellungen
  - Begleitung bis zum Sterben

## Was wir können: Kompetenzen

- Personenbezogene Betreuung
  - Patientenzentriert
    - Arzt-Patienten Beziehung
    - Patient hat den Arzt ausgesucht!
  - auch Umfeld im Fokus
    - Beziehung auch zur Familie
    - Beziehung zur Familie auch nach dem Tod eines Patienten
  - Kontinuität (langes Wissen)
- Problemorientiertes Vorgehen
- Betreuung zuhause und im Pflegeheim
- Gesellschaftsausrichtung
  - Verantwortung für Gesundheit der Bevölkerung

## Was wir wissen

- Wissen um
  - Krankheit
  - Art der Kommunikation
  - Coping (wie werden schwere Schicksalsschläge verarbeitet)
    - frühere Äußerungen bezüglich Lebensphilosophie
  - Wissen um Familiengeschichte

## Was wir können

- Stützen der Autonomie:
  - Biographischer Hintergrund, Familiensystem, Informationsstand....
  - Autonomiefähigkeit
- Hilfe am Lebensende
  - Gutes Sterben
  - Frühere Äußerungen

## In was wir investieren wollen/sollten

- Tod und Sterben ist im Praktikeralltag nicht häufig
- wir sind Lernende bezüglich Tod und Sterben
- in unserer täglichen Arbeit müssen wir häufig Wissen schnell zu aquirieren und umzusetzen
- Teamarbeit

## ....denn das wollen die Patienten und Angehörigen von uns

- beste **Information** über palliative Angebote
- einen **Chef**, der bei schwierigen Entscheidungen mithilft - nicht mehrere Chefs
- ein **Profi**, der bei schwierigen Entscheidungen helfen kann
- **Hausarzt** bei schwerwiegenden Entscheidungen **einbeziehen**; HA über wichtige Gespräche **informieren**

## ....denn das wollen die Patienten und Angehörigen von uns

- jemand der das ganze Team und die Angehörigen unterstützt
- dass der Hausarzt die Schwerkranken in der Praxis noch sieht, nicht erst in der Sterbephase
- Übergaben im Spital
- sich gegenseitig kennen (HA, Spitex, Spital)
- dass man direkt eine Nummer wählen könnte (24 Stunden)

## ....denn das wollen die Patienten und Angehörigen von uns

- Mit den betroffenen eine Patientenverfügung machen
- bessere **psychologische Kompetenz** bei den Ärzten
- Unterstützung für die **Angehörigen**
- möglichst konstante, verfügbare Ansprechpartner
- wenig „Krieg“ zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

### ....denn das wollen die Patienten und Angehörigen von uns

- Über Symptome und deren Behandlungsmöglichkeiten, wenn der Tod näher rückt
- Offene Kommunikation über alle Aspekte des Sterbens
- Alles in einfacher, verständlicher Sprache
- Ganz einfache Grundregeln einhalten bspw. Telefonanruf beantworten...

### Was die Teammitglieder von uns wollen

- Shared Care
- Klare Verordnungen
- Offene Kommunikation
- Verfügbarkeit
  - offenes Ohr
  - Zeit

## Das Zusammenspiel

Team:

1 + 1 > 2

Man muss sich:  
kennen  
vertrauen  
unterstützen  
Wert schätzen

## Hausarzt als Koordinator

Kann sein, muss nicht sein

Hausarzt ≠ Spitalarzt

Aber es ist sowieso jeder wieder anders, wie die Patienten auch

## Literatur

[www.uq.edu.au/primarypallcare](http://www.uq.edu.au/primarypallcare)

## Literatur

- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J et al. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 302(7), 741-749
- Bruera E & Yennurajalingam S (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *Oncologist*, 17(2), 267-273.
- Quill TE, Abernethy AP (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *NEJM*
- Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM et al. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*, 30(8), 880-887.
- Steinhauser KE, Alexander SC, Byock IR, George LK, Olsen MK & Tulsky JA (2008). Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. *J Palliat Med*, 21(9), 1234-1240.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L & Tulsky JA (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482.
- Tan IB, Pang GS, Yee A, Tan SH, Tan EH & Tan MH (2012). Exploring the Benefits of Early Access to Palliative Care in Advanced Lung Cancer: Living Better, Living Longer, or Both? *J Clin Oncol*(Apr 30).
- Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ et al. (2011). Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol*, 29(17), 2319-2326.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8), 733-742.
- Walsh C, Carress A, Chew-Graha, C, & Todd C. (2008). Implementation and impact of the Gold Standards Framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts. *Palliat Med*, 22(6), 736-743.
- Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. (2009). Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med*, 169(5), 480-488.

## Literatur

- BAG: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/>
  - Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2015
  - Nationale Leitlinien Palliative Care (2010)
  - Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (2011)
  - Nationales Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung» (2012)
  - Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (2012)
  - Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz (2014)

## Literatur

- Australien: Position Statement ANZ/PM Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine 29.06.2010  
 the Royal Australasian College of Physician  
[www.racp.edu.au/public/pallimed.htm](http://www.racp.edu.au/public/pallimed.htm)
- Canada: CanMEDS (2005) Physician competency Framework [www.rcpsc.medical.org/canmeds/index.php](http://www.rcpsc.medical.org/canmeds/index.php)
- Europa: EAPC [www.eapcnet.org](http://www.eapcnet.org)
  - White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 *Europ J Palliative Care* 2009;16(6):278- 289
  - White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 *Europ J Palliative Care* 2010;17(1):22-33
  - Recommendations of the EAPC for the development of postgraduate Curricula leading to certification in Palliative Medicine (2009)
- UK: Curriculum for higher specialist training in Palliative Medicine, including Syllabus for higher specialist Training in Palliative Medicine. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland 2001  
 Joint Committee on higher medical training. Higher medical training for palliative medicine (2003)  
<http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>
- Skandinavien: Nordic Specialist Course in Palliative Medicine. DSPaM, SFPaM, NFPaM, Finnish Association for Palliative Medicine, Icelandic Association for Palliative Care 2003, [www.palliativmed.org](http://www.palliativmed.org)  
[www.medisin.ntnu.no/sib/nordisk/](http://www.medisin.ntnu.no/sib/nordisk/)
- Neuseeland: Position Statement ANZ/PM Australian & New Zealand Society of Palliative Medicine 29.06.2010
- USA: position statements: statements on credential in Hospice / Palliative Medicine April 2006  
[www.aahpm.org/positions/credentialing.html](http://www.aahpm.org/positions/credentialing.html)