

Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive

(für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Delis S, Nehls W, Maier BO, Bausewein C)

Stand 17.03.2020

Präambel:

Die COVID-19-Pandemie berührt die palliativmedizinische Versorgung an verschiedenen Punkten.

Es gilt auf eine Häufung von Sterbefällen mit den Leitsymptomen Luftnot und Angst im Bereich der Akutmedizin vorbereitet zu sein und die akutmedizinischen Strukturen in ihrer Kompetenz mittels klarer Handlungsempfehlungen und Beratung durch palliativmedizinische Spezialist*innen entsprechend zu stärken (Handlungsempfehlung 1).

Zudem muss die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Sektor trotz erschwelter Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden (Handlungsempfehlung 2).

Teil 1: Stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus

Vorbemerkung

Bei dem aktuellen COVID-19-Ausbruchsgeschehen handelt es sich um eine sich sehr dynamisch entwickelnde Situation. Zu den Personengruppen, die nach bisherigen Erkenntnissen ein höheres Risiko für einen schwereren Erkrankungsverlauf haben, gehören ältere Patient*innen mit erheblicher Komorbidität wie zum Beispiel chronischen Herz- und Lungenerkrankungen oder Krebserkrankungen.

Unabhängig von der aktuell besonderen Gesundheitslage sollte bei jeder stationären Aufnahme vor Einleitung einer Maßnahme das Ausmaß der Therapieintensivierung festgelegt werden.

Der/die aufnehmende Arzt/Ärztin soll eine Festlegung zur Therapieeskalation vornehmen (siehe Grundsätze zur Therapieeskalation und zur Therapielimitation).

Konkret müssen folgende **Fragestellungen durch ärztliche Anordnung immer bei Beginn der Behandlung gut sichtbar** beantwortet werden:

Reanimation: ja / nein
Intubation: ja / nein
NIV: ja / nein
High-Flow: ja / nein

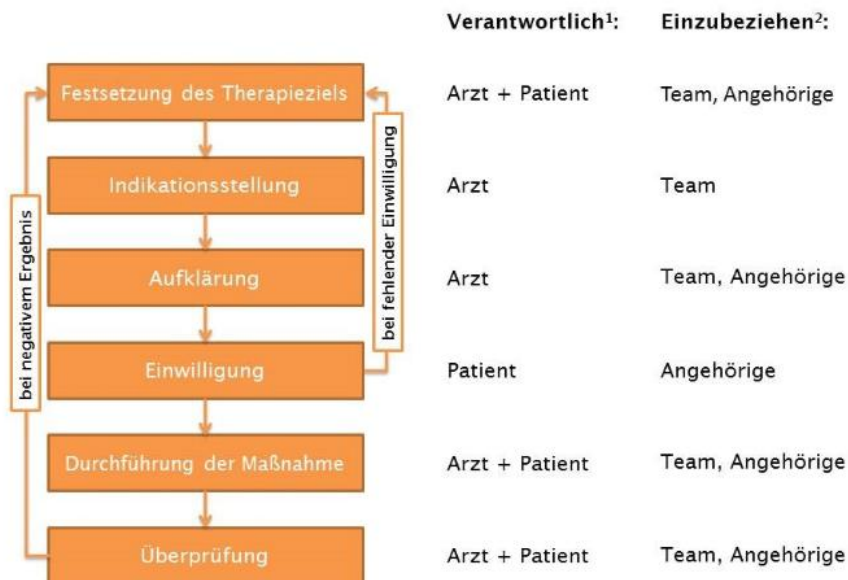
Diese Festlegung kann Patient*innen vor Therapiemaßnahmen bewahren, die vor dem Hintergrund einer schweren Komorbidität/Grunderkrankung nicht zielführend sind, hilft erkrankten Palliativpatient*innen in ihrem Betreuungskontext zu verbleiben und unterstützt die sinnvolle Verteilung von medizinischen Ressourcen.

Grundsätze der Entscheidung zur Therapieeskalation und zur Therapielimitation

Im Rahmen der Behandlung einer akuten COVID-19-Infektion mit akuter respiratorischer Insuffizienz muss ein Bewusstsein dafür bestehen, dass diese akute Erkrankung das terminale Ereignis einer schweren Komorbidität darstellen kann. Der Palliativversorgung mit dem Ziel der optimalen Linderung von belastenden Symptomen kommt in diesen Situationen eine besondere Bedeutung zu.

Zur Entscheidungsfindung über eine eskalierende Therapiemaßnahme sind folgende Grundsätze zu beachten. **Voraussetzung für eine therapeutische Maßnahme ist die medizinische Indikation**, die durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin vor dem Hintergrund der aktuellen Kenntnisse über Vorerkrankungen gestellt wird. Kann durch eine therapeutische Maßnahme ein Therapieziel nicht erreicht werden, ist diese Maßnahme nicht sinnvoll und soll der Patient*in nicht angeboten werden. Zu Behandlungsbeginn bedeutet dieses in der praktischen Umsetzung, dass Inhalte von Voraussetzungen zu erfragen und zu berücksichtigen sind. Die Festlegung über die Therapielimitierung muss bereits zu Beginn erfolgen und sollte mit der Patient*in und den Angehörigen – soweit möglich – besprochen werden.

Quelle S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“:



¹ Bei begründeten Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten ist zusätzlich dessen Stellvertreter (Bevollmächtigter/Betreuer) hinzuzuziehen. Dieser hat die Aufgabe, den Patienten im Prozess der Entscheidungsfindung zu unterstützen und bei Bedarf zu vertreten.

² Sofern medizinisch sinnvoll bzw. vom Patienten gewünscht.

Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Festlegung und Durchführung einer medizinischen Maßnahme

Krankheitsbild und führende Beschwerden

Die Infektion mit COVID-19 ist bei Patient*innen mit stationärem Behandlungsbedarf ein akutes Krankheitsbild mit dem klinischen Bild einer Pneumonie und begleitender respiratorischer Insuffizienz. Typische Symptome sind daher Dyspnoe, Husten, Schwäche und Fieber.

Symptomatische Therapie von Dyspnoe

Wenn Atemnot trotz optimaler Therapie der Akuterkrankung besteht, sollen nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen zur Symptomkontrolle eingesetzt werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin).

Zu den **medikamentösen** Maßnahmen mit guter Evidenz zählt die Gabe von oralen oder parenteralen Opioiden. Retardierte Opioide mit einem kontinuierlichen Wirkspiegel zeigen eine bessere Linderung der Atemnot als nicht-retardierte Formen.

Wir empfehlen bei **opioid-naiven Patient*innen mit der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme** folgende Therapieansetzung:

Dauermedikation

Morphin retardiert	10 – 0 – 10 mg
oder: Morphin Tropfen	2 – 5 mg alle 4 h
Magrocol Btl.	1 – 0 – 0

Bei Bedarf

Morphin Tropfen bei Bedarf	3 – 5 mg alle 2 h
----------------------------	-------------------

Titration nach Effekt um 30-50%

Oder Opioide mit entsprechenden Äquivalenzdosierungen

Bei **opioid-vorbehandelten Patient*innen mit Luftnot und der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme** wird eine Dosiserhöhung der Opioide um 20% empfohlen. Die Dosis der Bedarfsmedikation muss ebenfalls angepasst werden (1/10 bis 1/6 der Tagesdosis).

Bei **therapierefraktärer Dyspnoe oder bei fehlender Fähigkeit zur oralen Medikamenteneinnahme muss der Applikationsweg auf parenterale Gabe (s.c. oder i.v.) umgestellt werden**. Aufgrund des mildereren Nebenwirkungsprofils ist die s.c.-Gabe zu priorisieren. Antizipatorisch sollten Morphinsulfat-Perfusoren bei Patient*innen mit progredientem respiratorischen Versagen und Therapielimitation hinsichtlich einer Intubation frühzeitig angesetzt werden.

Dauermedikation

Morphin kontinuierlich	5-10 mg/ 24 h
------------------------	---------------

Bei Bedarf

Morphin s.c.	1 – 3 mg alle 2 h
--------------	-------------------

Titration nach Effekt um 30-50%

Oder Opioide mit entsprechenden Äquivalenzdosierungen

Symptomatische Therapie von Unruhe/Angst

Häufig ist Atemnot mit Unruhe und Angstsymptomen verbunden. Bei anhaltender Angst- und Unruhesymptomatik können medikamentöse Maßnahmen zur Symptomlinderung beitragen. Bei Patient*innen mit akuter COVID-19 Infektion, respiratorischer Insuffizienz und Therapie-limitation hinsichtlich invasiver Beatmung sollten Luftnot und Angstsymptomatik erfasst und grundsätzlich behandelt werden.

Wir empfehlen zur **medikamentösen Linderung von Angst und Unruhe bei Patient*innen mit der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme:**

Lorazepam 1 mg s.l.	bei Bedarf alle 4 h
Midazolam 2,5 - 5 mg s.c.	alle 4 h alternativ zur Lorazepam-Gabe möglich, wenn Lorazepam nicht ausreichend wirksam

Bei **therapierefraktärer Angst und Unruhe oder bei fehlender Fähigkeit zur oralen Medikamenteneinnahme muss der Applikationsweg auf parenterale Gabe (s.c. oder i.v.) verändert werden.** Aufgrund des mildereren Nebenwirkungsprofils ist die s.c.-Gabe zu priorisieren. Antizipatorisch sollten Midazolam-Perfusoren (in Kombination mit Morphin) bei Patient*innen mit progredienter Unruhesymptomatik und Therapielimitation hinsichtlich einer Intubation frühzeitig angesetzt werden.

Midazolam kontinuierlich	5 – 10 mg/24 h
Midazolam 2,5 - 5 mg s.c.	alle 4 h alternativ zur Lorazepam-Gabe möglich, wenn Lorazepam nicht ausreichend wirksam
Titration nach Effekt	

Herausforderungen der professionellen Begleiter*innen

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen und der Pandemie-Lage kommen auf die Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen erhebliche Herausforderungen zu. Der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Patient*innen wird eine große Solidarität unter den Handelnden erfordern. Es sollte geklärt werden, welche weiteren Ressourcen, z.B. aus der Psychoonkologie und Seelsorge, unterstützend für die Beschäftigten, Angehörigen und Patient*innen zur Seite stehen können.

Die etablierten Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung sind aktuell sowohl stationär als auch ambulant ggf. nicht in dem bekannten Maße verfügbar, da das Personal in der Pandemielage möglicherweise mit in der Akutversorgung eingesetzt wird. Versorgungsplanungen müssen entsprechend angepasst werden. Die Mitarbeiter*innen des Palliativdienstes stehen in der Therapiezielfindung und Fragen zur Symptomlinderung zur Verfügung.

Teil 2: Sicherstellung der Palliativversorgung

Vorbemerkung

Durch das COVID-19 Ausbruchsgeschehens ergeben sich zwei Aufträge an die Palliativversorgung:

- Trotz aller sinnvollen und angebrachten Priorisierungen schulden wir unseren Patient*innen die Fortsetzung einer bereits begonnenen und indizierten Palliativversorgung im ambulanten und stationären Kontext.
- Die Palliativversorgung muss ihre Rolle zur Unterstützung der Akutmedizin definieren und ausfüllen.

Maßnahmen zur Sicherstellung der Unterstützung der akutmedizinischen Behandlung bei der Betreuung von COVID-19 Patient*innen durch Palliativteams:

- Mitwirkung an der Erstellung von Triage-Konzepten
- Mitwirkung an patientenindividueller Therapiezielfindung durch konsiliarische Präsenz in den akutmedizinischen Triage/Behandlungsbereichen
- Übernahme der Behandlungsführung in palliativmedizinischen Einrichtungen, bei COVID-Patienten, die nicht intensivmedizinisch betreut werden, wenn organisatorisch möglich (SAPV/Palliativstation) und indiziert
- Übernahme der symptombezogenen Behandlungsführung und Angehörigenbegleitung durch Palliativdienst, wenn organisatorisch möglich und indiziert.
- Anleitung und kollegiale Beratung der akutmedizinischen Kolleg*innen in Fragen der Therapiezielklärung, Symptombehandlung und End of life care.

Bestehende Palliativversorgung muss auch unter COVID-19 Bedingungen ambulant und stationär aufrechterhalten werden.

Maßnahmen zur Anpassung bzgl, Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Teams:

- Regelmäßige Anpassung des Hygienefahrplans nach RKI
- Vermeidung der Versammlung des Teams in engen Räumen, Nutzung von Telemedizin, Telefon.
- Bei ambulanten Teams Dezentralisierung der Arbeit, Arbeit von zu Hause aus mit direkter Anfahrt Betroffener
- Einrichtung spezifischer Telefonsprechstunden für Angehörige, die aufgrund von Isolations- und Quarantänemaßnahmen nicht bei Besuchen/Kontakten präsent sein können
- Reduktion auf eine Begleitperson bei Visiten/Kontakten und einen Repräsentanten bei Familienkonferenzen/Angehörigengesprächen
- Regelung der Besuchszeiten auf Palliativstation entsprechend den Vorgaben bzw. Klärung, welche Ausnahmeregeln es geben kann

Der inhaltliche Behandlungsplan wird um COVID-19 spezifischen Aspekte erweitert:

- Überprüfung der Therapiezieldefinitionen
- Klärung der Indikationen und des Einverständnisses für spezifische Maßnahmen
- Festlegung des geeigneten/gewünschten Behandlungsorts
- Anleitung zur Umsetzung des Behandlungsplans/vorausschauende Verschreibung für zu erwartende Symptome
- Absprachen mit Angehörigen zu telefonischer Beratung und Auskunft als Kompensation für nicht stattfindende persönliche Kontakte

Flowchart zum Umgang mit Palliativpatient*innen bei COVID-19

