

HANDLUNGSEMPFEHLUNG ZUR STATIONÄREN THERAPIE VON PATIENTEN MIT COVID-19 AUS PALLIATIVMEDIZINISCHER PERSPEKTIVE

Erstellt durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Unterstützung
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP e.V.)

Stand 19.03.2020

Autoren: Dr. S. Delis¹, Dr. W. Nehls¹, Dr. B.O. Maier², Prof. Dr. C. Bausewein³, Dr. K. Sänger⁴, G. Tessmer⁴.

1. Lungenklinik Heckeshorn, Klinik für Pneumologie, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin
2. Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
3. LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München
4. Klinik für Pneumologie, Evangelische Lungenklinik, Berlin

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 schweren Erkrankungsverlauf haben, gehören ältere Patient*innen mit erheblicher Komorbidität wie zum Beispiel chronischen Herz- und Lungen-erkrankungen 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 bei allen Patient*innen 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:	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Intubation:	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
NIV/High-Flow:	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Präsident
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister
Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Pastpräsident

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER

USt-IdNr.: DE190100878

Bezugnehmend auf Handlungsempfehlungen anderer Fachgesellschaften sind Patient*innen bei akuter respiratorischer Insuffizienz ohne eine vorab festgelegte Therapielimitation durch eine COVID-19-Erkrankung frühzeitig zu intubieren. Bei Patient*innen mit vorliegender Therapiebegrenzung bezüglich einer invasiven Beatmung sollten frühzeitig Wünsche zur möglichen nichtinvasiven Atemunterstützung abgesprochen werden.

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.

Entscheidungen für oder gegen eine medizinische Maßnahme müssen immer sorgfältig abgewogen werden und stellen für den verantwortlichen Arzt/ die verantwortliche Ärztin eine große ethische Herausforderung dar. Wir empfehlen allen Einrichtungen sehr kurzfristig zu überprüfen, welche Möglichkeiten standortbezogen bestehen, die Ärzte hierbei zu unterstützen. Mitarbeiter*innen, die hierbei zusätzlich an den Brennpunkten (Notaufnahme, Isolationsstationen, Intensivstationen ect.) zur Entscheidungsfindung in der Pandemie eingesetzt werden könnten, sind Mitglieder des lokalen Ethikkomitees, Palliativmediziner, Ethikberater und Psychologen. Hilfreich ist es, wenn diese Angebote möglichst kurzfristig und umfangreich für die Handelnden zur Verfügung stehen.

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 handelnden 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“:

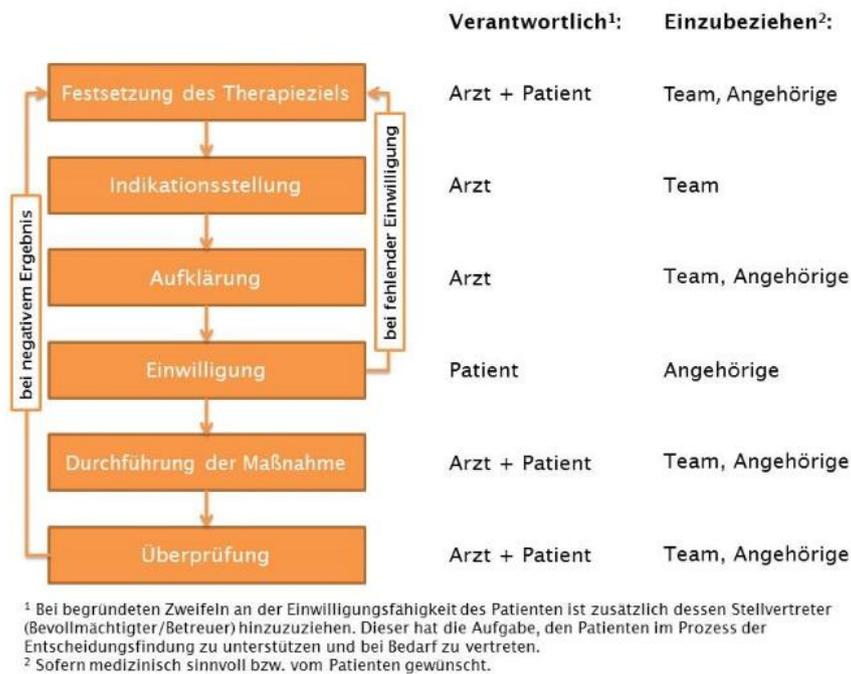


Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Festlegung und Durchführung einer medizinischen Maßnahme

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 Opiode 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: Seite 4 | 8

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 andere Opiode mit entsprechenden Äquivalenzdosierungen

Bei **opioid-vorbehandelten Patient*innen mit Luftnot und der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme** wird eine Dosiserhöhung der Opiode 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 milderen 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 andere Opiode mit entsprechenden Äquivalenzdosierungen

Symptomatische Therapie von Unruhe/Angst

Seite 5 | 8

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./p.o.	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. Für die meisten Mitarbeiter*innen sind Fragen der Triagierung, die in dieser Situation notwendig werden könnten, vollkommen ungewöhnlich. 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.

Dokumentation: Palliative Sedierung

PatientIn

Diagnose: _____

Indikation zur Sedierung: _____

Einwilligung des Patienten: ja / nein wann?
 Angehörige informiert: ja / nein wann?
 Therapieziel Sedierungsgrad: oberflächlich / tief
 Therapieziel Sedierungsart: intermittierend / kontinuierlich
 Flüssigkeitszufuhr: ja / nein _____
 Nahrungszufuhr: ja / nein _____

Medikament: _____

Ansatz: _____ mg / 50 ml NaCl

Applikationsart: s.c. / i.v.

Startdosis: _____ ml/h

Bedarfsmedikation (Bolusvolumen und Häufigkeit): _____ ml max. ___x /h

Dosiserhöhung (Volumen und Häufigkeit der Erhöhung): _____ ml max. ___x /h

Max. Laufrate: _____ ml/h (bei Erreichen der max. Laufrate **UND** unzureichener Symptomlinderung umgehende Rücksprache mit Stationsarzt/AvD)

Voraussetzung: Erfassung und Dokumentation (1x/Schicht durch Pflegekraft)

Symptomlinderung z.B. gut, befriedigend, unbefriedigend

Bewusstsein und Vigilanz

Kommunikationsfähigkeit

Vitalwerte RR / Puls / Atemfrequenz / SaO₂
(zutreffendes einkreisen)

Begleitung durch Angehörige / Pflege / Ehrenamtliche

Unterschrift Arzt/Facharzt : _____ Datum / Zeit: _____

Unterschrift Pflegekraft: _____ Datum / Zeit: _____

(Unterschrift weitere Profession _____ Datum / Zeit: _____)

Dokumentation:
kontinuierliche Opioidtherapie über Perfusor

PatientIn

Diagnose: _____

Indikation zur Opioidtherapie: _____

Grund der Umstellung von transdermal bzw. oral: _____

Einwilligung des Patienten: ja / nein wann?

Angehörige informiert: ja / nein wann?

Opioidumrechnung von oral auf s.c.- oder i.v.-Perfusor:

1. Morphin-(Äquivalenz)-Tagesdosis berechnen (z.B. Oxycodon \leftrightarrow Morphin=1 \leftrightarrow 2; Hydromorphon \leftrightarrow Morphin 1 \leftrightarrow 8)

2. Bei s.c.-Applikation: Tagesdosis durch 2 teilen / bei i.v.-Applikation: Tagesdosis durch 3 teilen.

Orientierungsgrößen:

Orale Morphin-tagesdosis	Perfusordosierung	Laufgeschwindigkeit s.c.	Laufgeschwindigkeit i.v.
100 mg	100 mg / 50 ml NaCl	1,0 ml/h	0,6 ml/h
150 mg	100 mg / 50 ml NaCl	1,3 ml/h	1,0 ml/h
200 mg	100 mg / 50 ml NaCl	1,8 ml/h	1,4 ml/h
250 mg	100 mg / 50 ml NaCl	2,2 ml/h	1,8 ml/h
300 mg	200 mg / 50 ml NaCl	1,3 ml/h	1,0 ml/h
400 mg	200 mg / 50 ml NaCl	1,8 ml/h	1,4 ml/h

Medikament: _____

Ansatz: _____ mg / 50 ml NaCl

Applikationsart: s.c. / i.v.

Startdosis: _____ ml/h

Bedarfsmedikation (Bolusvolumen und Häufigkeit): _____ ml max. ____ x /h

Dosiserhöhung (Volumen und Häufigkeit der Erhöhung): _____ ml max. ____ x /h

Max. Laufrate: _____ ml/h (bei Erreichen der max. Laufrate **UND** unzureichener Symptomlinderung umgehende Rücksprache mit Stationsarzt/AvD)

Voraussetzung: Erfassung und Dokumentation (1x/Schicht durch Pflegekraft)

Symptomlinderung z.B. gut, befriedigend, unbefriedigend

Bewusstsein und Vigilanz

Kommunikationsfähigkeit

Vitalwerte RR / Puls / Atemfrequenz / SaO₂
(zutreffendes einkreisen)

Begleitung durch Angehörige / Pflege / Ehrenamtliche

Unterschrift Arzt 1 : _____ Datum / Zeit: _____

