

Dr. med. Andreas Weber
Ärztlicher Leiter Palliative Care
Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland
Co-Präsident palliative.zh+sh

Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

1



Herr Walter, 67 jährig, mit schwerer COPD

Diagnose

1. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung GOLD IV, Erstdiagnose 01/2005

- Panlobuläres, bullöses Lungenemphysem
- Minithorakotomie und offene Wedge-Resektion apikaler Unterlappen links 09/2010
- Massive Lungenüberblähung mit Pseudorestriktion und schwerste Diffusionsstörung
- Nächtliche Heimsauerstofftherapie mit ½ Liter
- Pulmonale Hypertonie (RV/RA-50 mmHg, 10/2014)
- Aktuell: Infekt-Exazerbation am 30.10.2014
 - Intubation und maschinelle Beatmung vom 30.10.2014-03.11.2014
 - Erneute nicht-invasive Beatmung, 08.11.2014

2. Verdacht auf Cor pulmonale, Erstdiagnose 30.10.2014

- Dilatierter rechter Ventrikel, pulmonale Drucksteigerung (RV-RA 50 mmHg), LVEF 60-70%, 09.10.2014
- Am ehesten im Rahmen Diagnose 1
- Aktuell: Verdacht auf Herzinsuffizienz, 30.10.2014

3. Transaminasenerhöhung, Erstdiagnose 30.10.2014

- Am ehesten im Rahmen Rechtsherzinsuffizienz
- Differentialdiagnose: Medikamentös, im Rahmen Sepsis

Herr Walter, 67 jährig, mit schwerer COPD

Jetziges Leiden

Notfallmässige Zuweisung durch die Ambulanz. Die Sanitäter berichten, dass sie durch die Ehefrau avisiert wurden. Gemäss der Ehefrau war der Patient schon in den vergangenen Wochen nicht mehr "der Alte" und habe heute seine Ehefrau angerufen, wobei sie gemerkt habe, dass etwas nicht in Ordnung sei. Sie sei zu ihm gefahren und habe ihn ohne Heimsauerstoff vorgefunden, leicht verwirrt, was sie auf die Antidepressiva zurückführe. Es erfolgte der Anruf bei der Sanität. Bei Eintreffen dieser war die periphere Sauerstoff-Sättigung unter 50%,

Beurteilung - Therapie - Verlauf

Initial erfolgte der notfallmässige Eintritt des Patienten über den Schockraum mit respiratorischem Versagen und notfallmässiger Intubation. Man ging bei bekannter schwerer COPD von einer Exazerbation aus und begann eine Therapie mit Spiricort sowie Ceftriaxon und Klacid. In den Blutkulturen zeigte sich im Verlauf kein Wachstum, das Legionellen-Antigen blieb negativ. Bei bekanntem Cor pulmonale mit deutlich dilatiertem rechten Ventrikel und möglichen Lungenembolien wurde eine Therapie mit therapeutischer Heparinmedikation gestartet. Im weiteren Verlauf kam es respiratorisch zu einer zunehmenden Verbesserung der Situation, so dass der Patient nach 4 Tagen extubiert werden konnte. Im Verlauf persistierte intermittierend eine Hypoxie sowie

Prozedere

- Verlegung zur pulmonalen Rehabilitation in die Zürcher Höhenklinik Davos am 22.11.2014.
- Langsames Ausschleichen der Steroidtherapie mittels Reduktion der Spiricort-Dosis um 5 mg pro Woche, c letzte Dosisreduktion erfolgte am 21.11.2014 auf 20 mg/Tag.

Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

3



Was sind palliative PatientInnen?

- Menschen mit einer unheilbaren, voranschreitenden, fortgeschrittenen, lebensbegrenzenden Krankheit
- Surprise Frage: würde es mich als Hausarzt überraschen, wenn dieser Patient innerhalb eines Jahres sterben würde?
Nein, spricht für palliative care
- Der Lebenswille ist äusserst heterogen
- Ob krankheitsbezogene, kausale Therapien noch zum Einsatz kommen, hängt vom Behandlungsziel ab
- Auch ein Grossteil der PatientInnen unter Chemotherapie oder HerzpatientInnen mit ICD sind palliative PatientInnen

Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

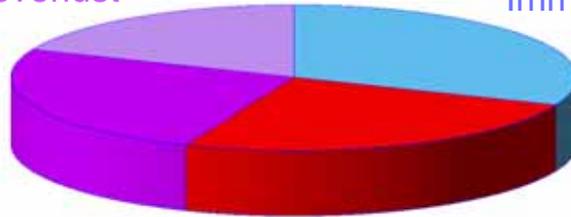
4



Probleme der palliativen PatientInnen?

Verzweiflung
Sinnfragen
Was kommt nachher
Was wird aus meinen
Angehörigen?
Autonomieverlust

Schmerzen
Atemnot
Übelkeit, Erbrechen
Schwäche
Müdigkeit
Immobilität



Alleinstehend
Überlastung der
Angehörigen
Finanzielle Not
Wollen nicht ins
Pflegeheim

Angst
Unruhe
Depression
Verwirrung
Schlafstörungen

■ Physisch
■ Psychisch
■ Sozial
■ Spirituell

Ziele der Palliative Care

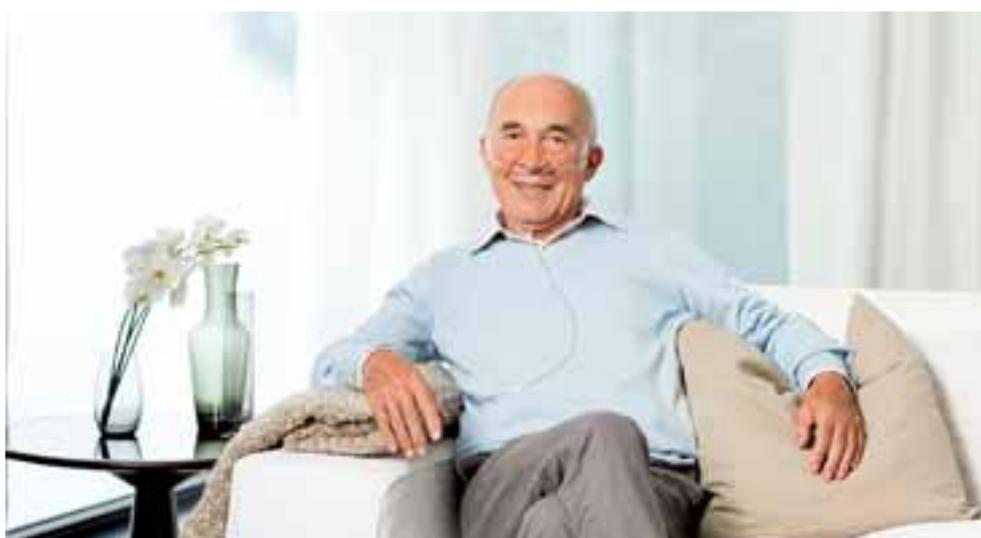
- Trotz unheilbarer Krankheit noch so gut – und falls erwünscht, so lange – wie möglich leben
- Und schlussendlich gut sterben



Patient zeitnahe sehen



Herr Walter



- Sauerstofftherapie 2 L/min
- VAS 3 in Ruhe, VAS 8 nach 10 m laufen
- Atemnot NYHA III

Aufgaben der Palliative Care

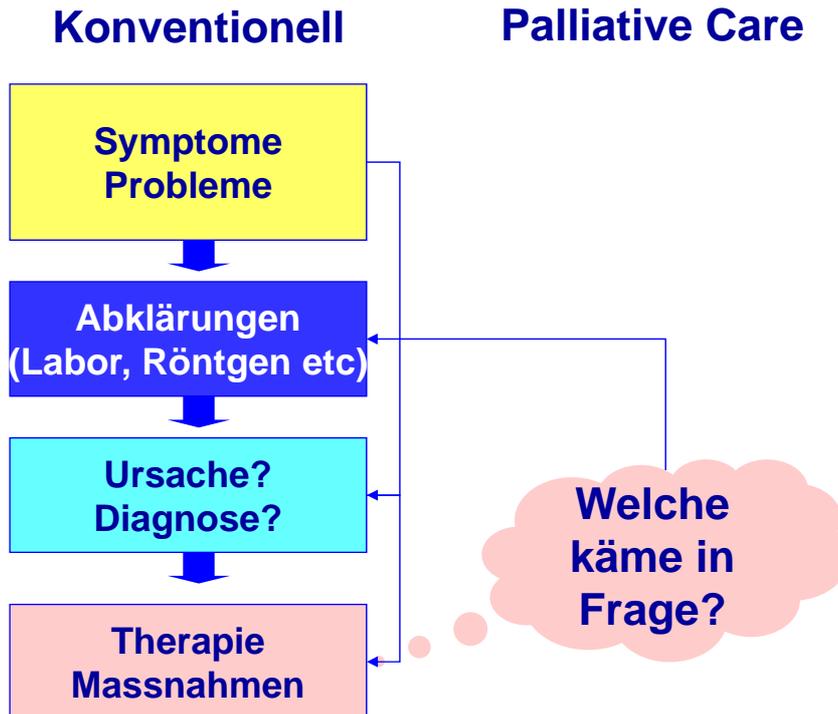
S	Symptomkontrolle	Sind die akutellen Leiden auf bio-psycho-spirito-sozialer Ebene gut unter Kontrolle?
M	Entscheidungsfindung	Ist PatientIn über Prognose, Chancen und Risiken der Therapieoptionen informiert? Ist klar, wie man in zu erwartenden Krisensituationen vorgehen soll? Patientenverfügung, Notfallplan vorhanden?
Z	Netzwerk von Fachleuten	Welche Fachleute sind für die Betreuung nötig? Sind die Fachleute als Team organisiert? Ist klar, wer für ärztliche Fragen primär zuständig ist?
S	Support der Angehörigen	Sind genügend Angehörige vorhanden? Wie geht es ihnen? Kann ein Betreuungsnetz für 24 h Betreuung innerhalb von 1 h aufgebaut werden?

9

Symptome im letzten Lebensjahr

- Schmerzen 84%
- Anorexie 71%
- Übelkeit und Erbrechen 51%
- Schlaflosigkeit 51%
- **Dyspnoe 47%**
- Obstipation 47%
- Depression 38%
- Verwirrtheit 33%
- Sorgen/ Ängste Familie 33%
- Sorgen/ Ängste Patient 25%

Symptomkontrolle



Ursachen der Dyspnoe



1. Lunge
2. Herz
3. Muskeln
4. Anämie

Kausale Behandlung

- Lungeninfekt: → Antibiotika
- Lungenembolie: Antikoagulation
- Pleuraerguss: Drainage, Pleurodese
- Perikarderguss, Aszites: Drainage
- Bronchiale Tumorobstruktion: Kortikoide, endo-bronchialer Stent, Laser, Tracheostomie
- Lymphangiosis carcinomatosa: Kortikoide
- COPD: Bronchodilatoren, ev. Kortikosteroide, Antibiotika bei Exacerbation, Bullektomie
- Kardiale Dekompensation: b-Blocker, ACE Hemmer, Diuretika, CRT, Pacer usw.
- Syndrom der oberen Einfluss-Stauung: Kortikosteroide, Stent, Anti-Tumor-Therapie erwägen (Radiatio)
- Anämie: Transfusion diskutieren

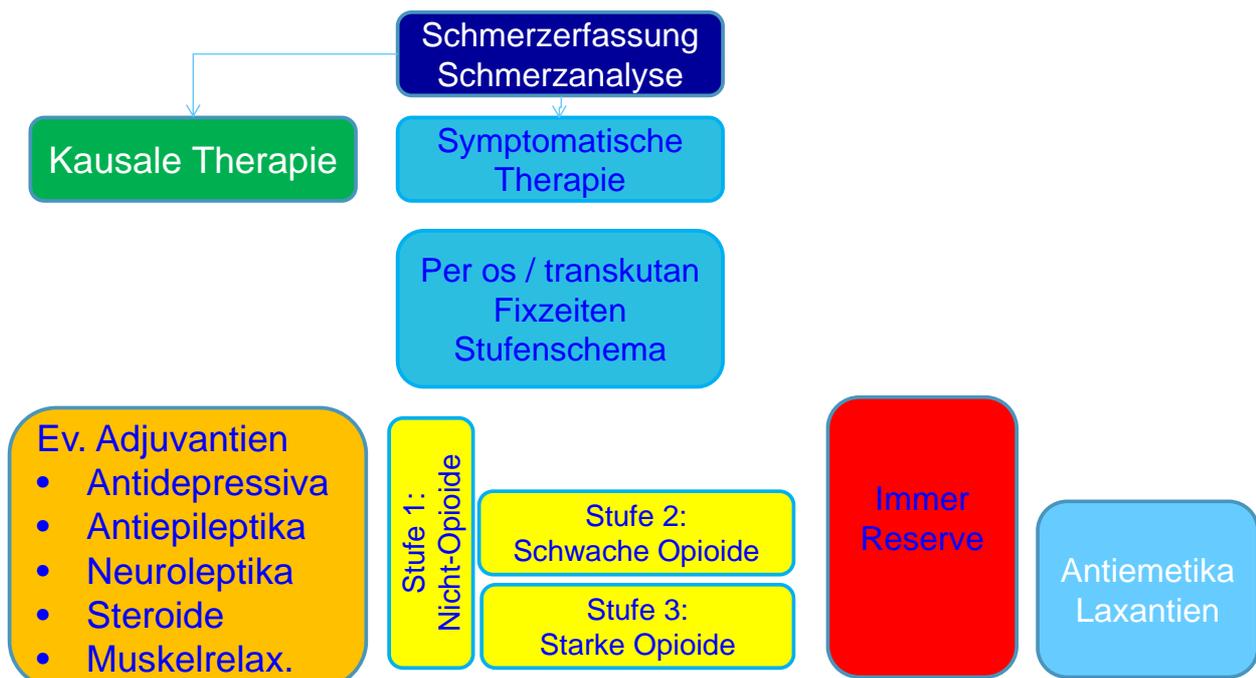
Symptomatische Behandlung

- Sauerstoff, falls O₂ Sättigung unter 92 %
- Opiate:
 - 1. Wahl Morphin (am besten untersucht)
 - Alle starken Opiate lindern Atemnot
 - Dosistitration wie bei Schmerztherapie
 - Start mit 3 Trpf Morphin 2 %, bis stündlich wiederholbar
 - Basistherapie starten oder erhöhen, falls > 6 Reserven täglich nötig sind
 - Falls bereits ein Opiat gegen die Schmerzen im Einsatz ist, kann dieses auch gegen Atemnot verwendet werden.

Symptome im letzten Lebensjahr

- **Schmerzen 84%**
- Anorexie 71%
- Übelkeit und Erbrechen 51%
- Schlaflosigkeit 51%
- Dyspnoe 47%
- Obstipation 47%
- Depression 38%
- Verwirrtheit 33%
- Sorgen/ Ängste Familie 33%
- Sorgen/ Ängste Patient 25%

Schmerztherapie: WHO Schmerzkonzept



Reserve bei Schmerztherapie

Schnell und nicht lange wirksam
Mindestens aus der gleichen Stufe wie die Basis Therapie

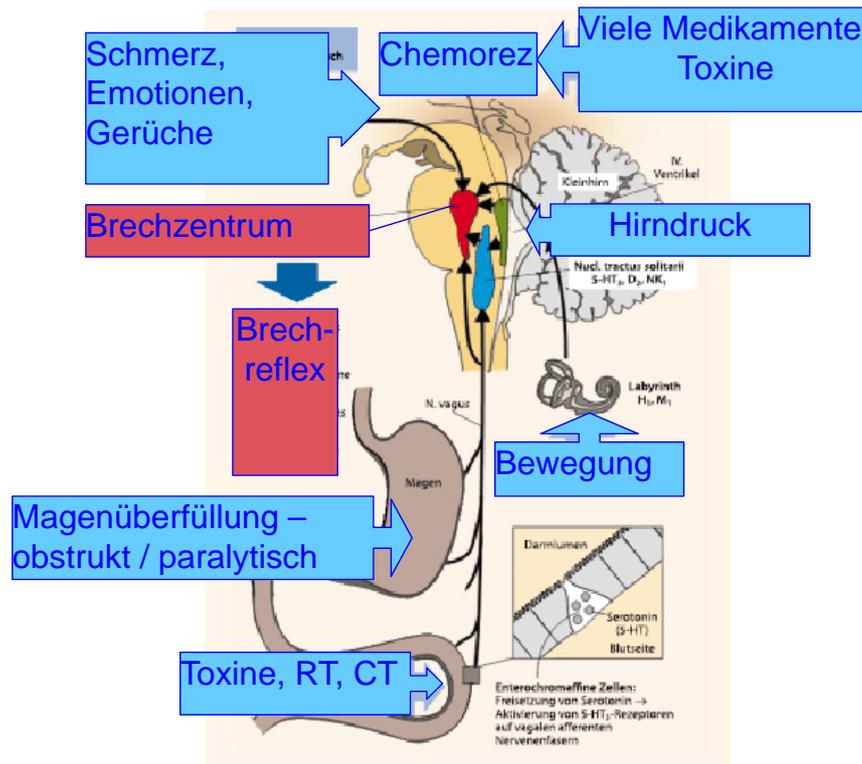
Opiat als Reserve:

- Wenn möglich gleicher Wirkstoff wie Basis
- 10 – 15 % der täglichen Basistherapie
- Per os bis stündlich wiederholbar (Wirkungsmaximum abwarten)
- s.c. bis halbstündlich wiederholbar (10-15 % der **parenteralen** 24 h Basistherapie)
- i.v. bis alle 10 Min wiederholbar; 5 % der Basistherapie
- lieber zu tiefe Reserve – aber häufig wiederholbar
- Falls mehr als 6 x täglich nötig → Basis erhöhen
- Reserve verwenden, um Basisanpassung zu berechnen

Symptome im letzten Lebensjahr

- Schmerzen 84%
- Anorexie 71%
- **Übelkeit und Erbrechen 51%**
- Schlaflosigkeit 51%
- Dyspnoe 47%
- Obstipation 47%
- Depression 38%
- Verwirrtheit 33%
- Sorgen/ Ängste Familie 33%
- Sorgen/ Ängste Patient 25%

Ursachen für Erbrechen



Therapie: so kausal wie möglich

- **Gastrointestinale Ursachen**
 - Obstipation → Laxantien, Einlauf
 - Obstruktion (mechanischer Ileus) → Operation oder konservative Ileustherapie (Buscopan, Steroide, Sandostatin, Magensonde)
 - Gastro-enteroparese (autonomes Nervensystem, Peritonealkarzinose, Anticholinergica) (paralytischer Ileus) → Prokinetika s.c. (!) oder auch Magensonde
 - Magenausgangsstenose (Leber, Pankreastumoren) → Stent, Steroide
 - Ascites → Ascites Drainage
 - Ulcus, Gastritis → PPI
- **Metabolische Ursachen**
 - Leber-, Niereninsuffizienz,
 - **Hyperkalzämie, Hyponatriämie → Elektrolytkorrektur**

Ursachen

- Medikamentöse Ursachen → Medikamente stoppen oder rotieren
 - Opiate
 - Chemotherapie
 - NSAID
 - Antibiotika
 - Antidepressiva
- Zerebral: erhöhter Hirndruck → Operation, RT, Steroide, Diamox
- Psychogen: → Angst, Depression behandeln
- Dehydratation → Rehydrierung, ev. s.c.
- Schmerzen → Schmerzbehandlung
- Infekte, Soorstomatitis → Infektbehandlung

Symptome im letzten Lebensjahr

- Schmerzen 84%
- Anorexie 71%
- Übelkeit und Erbrechen 51%
- Schlaflosigkeit 51%
- Dyspnoe 47%
- Obstipation 47%
- Depression 38%
- **Verwirrung, Delir 33%**
- Sorgen/ Ängste Familie 33%
- Sorgen/ Ängste Patient 25%

Warum ist das Delir ein Problem?

- In der terminalen Phase kommen sie bei 85 % der Patienten vor (?)
- Für Patient extrem unangenehm
- Sofortiger Autonomieverlust: delirante PatientInnen kann man nicht mehr allein lassen!
- Urteilsunfähigkeit!
- Macht den Angehörigen Angst
- Ungünstiger, prognostischer Faktor

Risikofaktoren

- Alter: > 65 Jahre
- früheres Delir, Demenz oder kognitive Beeinträchtigung
- schwere Erkrankung, Intensivpatienten



Umgebung

- Soziale Isolation
- Reizüberflutung
- Sehschwäche
- Hörschwäche
- Immobilität
- Neue Umgebung
- Stress
- Fixierung

Medizinisch

- Schwere der Begleiterkrankungen
- Verbrennungen
- HIV/AIDS
- Organversagen
- Infektionen (HVI)
- Hypoxämie
- Fraktur
- Hypothermie / Fieber
- Elektrolytstörungen
- Dehydratation
- Geringes Serumalbumin
- Nikotinentzug
- Unkontrollierte Schmerzen

Medikamente

- Polypharmazie
- Drogen- & Alkoholabhängigkeit
- Psychoaktive Medikamente
- Anticholinerge Medikamente

Prozeduren

- Perioperativ
- Art des Eingriffs
- Notfalleintritt
- Operationsdauer
- Blasenkatheter

Opiate, Buscopan, gew. Antidepressiva

(Richtlinien Delirmanagement USZ 2011; Steiner 2011, Trepacz 2008, Innouye 2006)

Confusion Assessment Method (CAM)

Einschätzung von Verwirrheitszuständen Confusion Assessment Method (CAM)	ja	nein	nicht beurteilbar
1a) Akuter Beginn	✘		
1b) Fluktuierender Verlauf			
2) Aufmerksamkeitsstörung	✘		
3) Formale Denkstörung			
4) Veränderte Bewusstseinslage	✘		
Kein Delirium			
Delirium möglich - wahrscheinlich [1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]			
Delirium wahrscheinlich - sicher [1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]			

2) war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?

3) desorganisierte oder zusammenhanglose Gedanken, Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?
(Wahrnehmungsstörungen)

4) hyperalert, somnolent, soporös, Koma

25

Confusion Assessment Method (CAM)

Einschätzung von Verwirrheitszuständen Confusion Assessment Method (CAM)	ja	nein	nicht beurteilbar
1a) Akuter Beginn	✘		
1b) Fluktuierender Verlauf	✘		
2) Aufmerksamkeitsstörung	✘		
3) Formale Denkstörung	✘		
4) Veränderte Bewusstseinslage			
Kein Delirium			
Delirium möglich - wahrscheinlich [1a oder 1b] und 2 und [3 oder 4]			
Delirium wahrscheinlich - sicher [1a und 1b] und 2 und [3 oder 4]			

2) war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen?

3) desorganisierte oder zusammenhanglose Gedanken, Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge?
(Wahrnehmungsstörungen)

4) hyperalert, somnolent, soporös, Koma

26

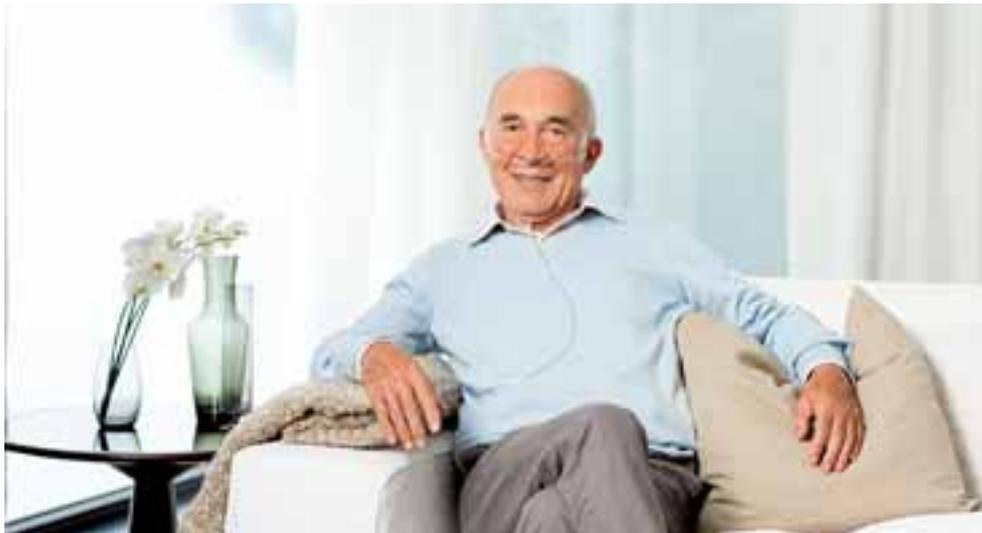
Therapie

- Kausal – wo möglich und wo erwünscht: Infekt behandeln, Rehydrierung, «schuldige» Medikamente stoppen oder rotieren, Entzug vermeiden oder behandeln usw.
- Geduld und Ruhe, Sicherheit vermitteln, vertraute Umgebung schaffen
- Nicht auf Inhalte des Deliriums eingehen, ev. auf Traumwelt hinweisen, validieren, in Realität zurückholen
- Umfeld einbeziehen: Äusserungen nicht persönlich nehmen, ruhige Atmosphäre, Besuche einteilen
- Pflegerische Massnahmen
- Medikamentöse Behandlung oft wenig erfolgreich (Haldol, Dipiperon, Dormicum)
- Psychiatrisches Konsilium

Symptomatische Therapie - USZ 2013

Pat. kooperativ		Pat. nicht kooperativ
+ psychomotorisch verlangsamt +/- Halluzinationen	+ psychomotorisch angetrieben +/- Halluzinationen	
Haldol® p.o. 0.5-2 mg möglichst abends Beginn mit Minimaldosis wenn Wirkung nach 30 Min ungenügend, Dosis verdoppeln [bis 10 mg/d] i.R. 0.5-1.0 mg	Dipiperon® p.o. 20-40 mg [bis 80 mg/d] möglichst abends Beginn mit Minimaldosis wenn Wirkung nach 30 Min ungenügend, Dosis verdoppeln [bis 80 mg/d] i.R. 20-40 mg oder Haldol 0.5 bis 1 mg max 5 mg / Tag + starke Unruhe und Angst Temesta® s.l. 0.5-2.5 mg [bis 7.5 mg/d]	Midazolamperfusor Bolus 5-10 mg i.v. durch Arzt 3-5 mg/h [bis 10 mg/h] je nach Zustand gemäss Beurteilung durch Pflegedienst Stopp um 06:00 Uhr Versuch Schema Pat. kooperativ zu implementieren

Herr Walter



- Sauerstofftherapie 2 L/min – oder mehr?
- Morphin 2 % Trpf in Reserve, bis stl ?

Aufgaben der Palliative Care

S	Symptomkontrolle	Sind die akuten Leiden auf bio-psycho-spirito-sozialer Ebene gut unter Kontrolle?
M	Entscheidungsfindung	Ist PatientIn über Prognose, Chancen und Risiken der Therapieoptionen informiert? Ist klar, wie man in zu erwartenden Krisensituationen vorgehen soll? Patientenverfügung, Notfallplan vorhanden?
N	Netzwerk von Fachleuten	Welche Fachleute sind für die Betreuung nötig? Sind die Fachleute als Team organisiert? Ist klar, wer für ärztliche Fragen primär zuständig ist?
S	Support der Angehörigen	Sind genügend Angehörige vorhanden? Wie geht es ihnen? Kann ein Betreuungsnetz für 24 h Betreuung innerhalb von 1 h aufgebaut werden?

Information über Prognose

- Was denken Sie, wie Ihre Krankheit weiter geht?
- Was haben Ihnen die Ärzte gesagt?
- Möchten Sie mehr über die Prognose wissen?

Calculator: BODE Index for COPD survival prediction in adults

FEV1 % predicted after bronchodialator

- ≥65% (0 points)
- 50 to 64% (1 point)
- 36 to 49% (2 points)
- ≤35% (3 points)

6-minute walk distance

- ≥350 meters (0 points)
- 250 to 349 meters (1 point)
- 150 to 249 meters (2 points)
- ≤149 meters (3 points)

MMRC dyspnea scale (4 is worst)

- MMRC 0: Dyspneic on strenuous exercise (0 points)
- MMRC 1: Dyspneic on walking a slight hill (0 points)
- MMRC 2: Dyspneic on walking level ground; must stop occasionally due to breathlessness (1 point)
- MMRC 3: Must stop for breathlessness after walking 100 yards [91 meters] or after a few minutes (2 points)
- MMRC 4: Cannot leave house; breathless on dressing/undressing (3 points)

Body mass index

- >21 (0 points)
- ≤21 (1 point)

Approximate 4-year survival

0 to 2 Points:80%
3 to 4 Points:67%
5 to 6 Points:57%
7 to 10 Points:18%

Kommunikation von Überlebenszeit

- Nie die durchschnittliche oder mittlere Überlebenszeit mitteilen – da diese im Einzelfall nie stimmt
- 18 von 100 oder einfacher 2 von 10 Menschen mit Ihrer Krankheit leben noch nach 4 Jahren, 8 von 10 sind dann nicht mehr da



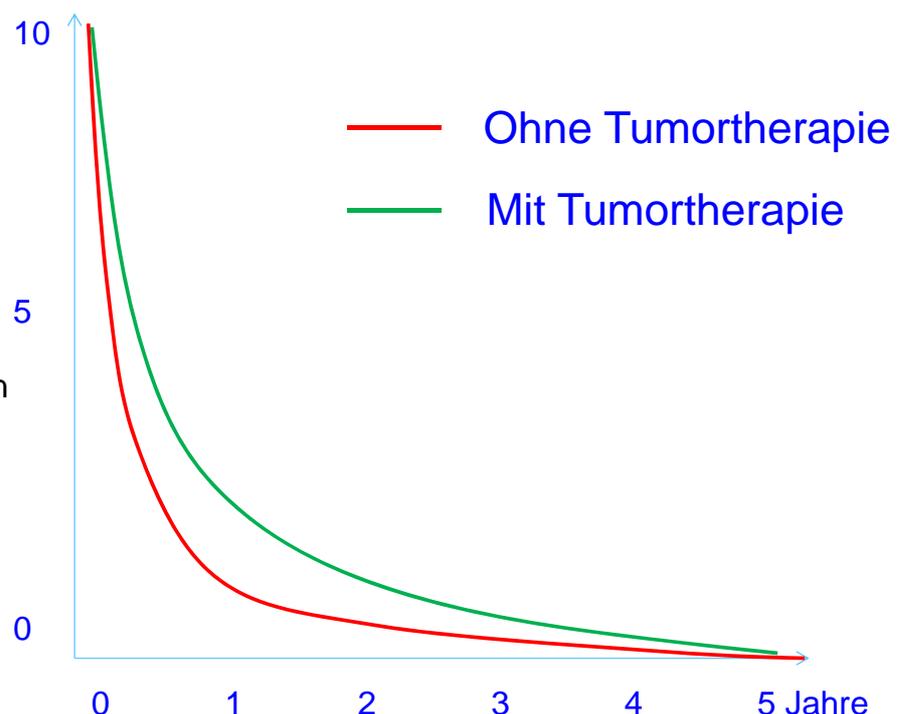
Information über Nutzen der Therapie

Bauchspeicheldrüsenkrebs mit Organableger

Nach 1 Jahr lebt ohne Chemotherapie noch 1 von 10 Patienten

Mit Chemotherapie leben nach 1 Jahr 3 von 10 Patienten

2 von 10 Patienten profitieren von der Chemotherapie



Überlebenszeit

- Entscheidend ist auch, wie man bei erneuten Krisensituationen vorgeht
 - Kausale Behandlung: Infektbehandlung, Beatmung usw
 - Symptomatische Behandlung (O2, Opiate, Benzo)

Vorgehen ist abhängig vom individuellen Behandlungsziel der PatientInnen

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
4. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medikamentöse Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben zu verlängern, Ihre Belastung zu reduzieren und Ihre Kaufkraft zu erhöhen?
4. Gibt es noch andere Aspekte, die für Sie im Zusammenhang mit dem Lebensziel wichtig sind?

ich lebe gerne, freue mich, wenn meine Freunde mich besuchen. Sie essen manchmal auch mit mir im Restaurant unten. Ich möchte auch noch ein paar Jahre leben. 72 ist ja heute kein Alter mehr.

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medikamentöse Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben zu verlängern, Ihre Belastung zu reduzieren und Ihre Kaufkraft zu erhöhen?
4. Gibt es noch andere Aspekte, die für Sie im Zusammenhang mit dem Lebensziel wichtig sind?

Wenn ich nicht mehr aufwache, dann wäre das halt so und ich würde es ja dann nicht mehr merken. Aber gut wäre das nicht. Da sind noch etliche Fragen, die ich mit meiner Ex-Frau klären muss, wegen dem Haus usw.

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

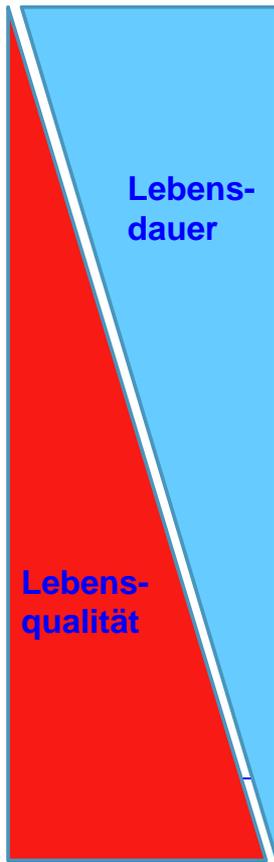
4. *Ich hatte ja schon etliche Krisen und musste mehrmals ins Spital. Aktuell geht es mir recht. Bei einer nächsten Krise soll man wieder gleich handeln. Ja, ich würde auch wieder auf die IPS gehen und mich beatmen lassen. Das Risiko, dass ich da nicht mehr raus komme, nehme ich in Kauf. Das letzte Mal hat es ja auch geklappt und ich bin wieder raus gekommen*

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
4. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Wenn ich völlig gaga wäre, dh. mich nicht mehr äussern kann und die Welt nicht mehr verstehe und keine Chance besteht, dass ich mich erhole, dann sollte man schon stoppen. Ich will auf keinen Fall ersticken - das letzte Mal hatte ich ganz schlimme Atemnot

Behandlungsziel, Reanimations- und Notfallstatus



Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B1** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

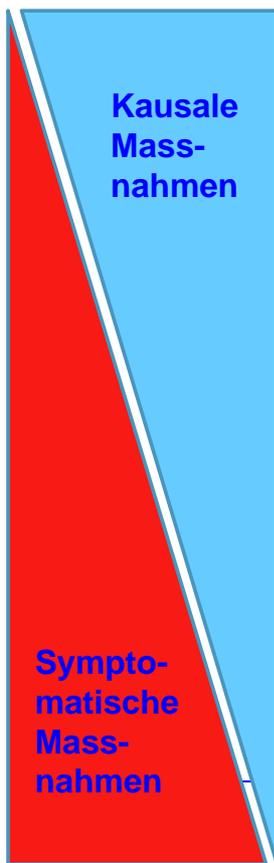
- B2** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung

- B3** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Lebensort > Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●●● **ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Massnahmen abhängig vom Behandlungsziel



Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B1** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B2** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung

- B3** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Lebensort > Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●●● **ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Notfallnummern

Falls die unten aufgeführten Massnahmen nicht rasch genug helfen, sollen diese Notfallnummer in der Reihenfolge von oben nach unten angerufen werden, bis jemand antwortet.

Hausarzt, M Edico: Tel. 044 656 34 23
Palliative Team, GZO Pall Care: Tel. 044 934 23 92
Palliative Arzt, Pall Med: Tel. 044 933 20 10

Notfall	Was machen?	Medikamente
Keine Reaktion, keine Atmung	NICHT 144 anrufen! Ruhe bewahren, Hand halten und beobachten. Notfallnummer anrufen	
mehr Atemnot, Husten, gelblich, grünlicher Auswurf	Ipramol inhalieren. Sauerstoff um 1 Liter / Min erhöhen. Notfallnummer anrufen, CRP Kontrolle, ev. Antibiotika und/oder Prednison starten. Spitaleinweisung erwägen. Patientenverfügung bei Eintritt mitnehmen	• IPRAMOL Steri-Nebs inhalieren

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich sterben, würden Sie heute Nacht aufwachen werden?
ich lebe nicht mehr gerne, ich kann ja nicht einmal mehr allein von meinem Stuhl aufstehen.
3. Darf ein Arzt Ihr Leben verlängern, wenn Sie das wünschen, Ihr Leben mit den Belastungen und Risiken, was sind Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
4. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in Kauf zu nehmen?
für mich wäre das Schönste, einfach einzuschlafen, morgen nicht mehr zu erwachen.
4. Gibt es lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Klärung des Behandlungszieles

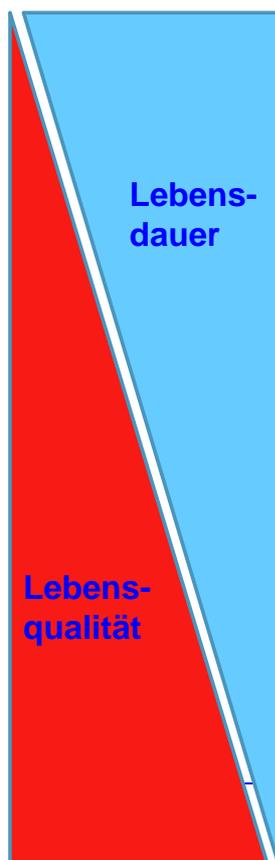
1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

nein, ich mag nicht mehr. Das letzte Mal im Spital war eine Katastrophe, da will ich nie mehr hin. Aber ich will auch nicht mehr solche Atemnot erleben. Ich überlege mir Exit, stelle mir das aber auch schwierig vor.

Klärung des Behandlungszieles

1. Wie gerne leben Sie?
2. Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das jetzt in Ihnen auslösen?
3. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
4. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollen?

Behandlungsziel, Reanimations- und Notfallstatus



Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B1** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

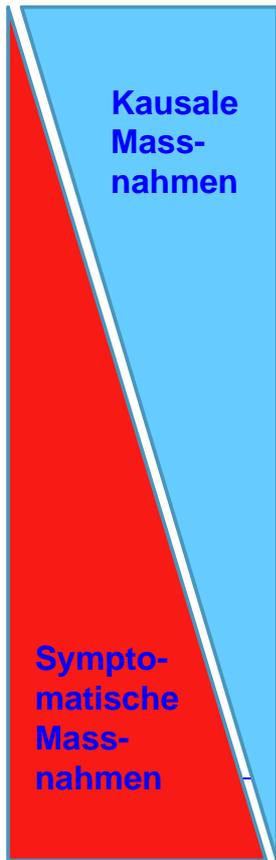
- B2** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung

- B3** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Lebensort > Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●● **ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Massnahmen abhängig vom Behandlungsziel



Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B1** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

- B2** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung

- B3** ●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfallbehandlung am aktuellen Lebensort > Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●● **ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●● **Ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Ergänzungen zum Therapieziel:

Ich wünsche gar keine lebensverlängernden Massnahmen, auch keine Antibiotika bei einem Infekt

Notfallnummern

Falls die unten aufgeführten Massnahmen nicht rasch genug helfen, sollen diese Notfallnummern in der Reihenfolge von oben nach unten angerufen werden, bis jemand antwortet.

Hausarzt, M Edico: Tel. 044 965 44 21

Palliative Team, GZO Pall Care: Tel. 044 934 23 92

Palliative Arzt, Pall Med: Tel. 044 933 77 54

Notfall	Was machen?	Medikamente
Keine Reaktion, keine Atmung	NICHT 144 anrufen! Ruhe bewahren, Hand halten und beobachten. Notfallnummer anrufen	
Atemnot	Inhalation Ipramol, max zwei mal. Fenster öffnen, Kopfende Bett erhöhen. Opiat gegen Atemnot, bis stündlich wiederholen. Bei Bedarf Reserve gegen Angst verabreichen. Bei fehlender Besserung Notfallnummer anrufen, palliative Sedation, falls gewünscht	<ul style="list-style-type: none"> • IPRAMOL Steri-Nebis • Inhal Lös • Oxynorm 10mg/ml Lsg; 0.3 ml, max stdl wiederholen • Temesta 1mg exp; 1 Tbl, max 8 tgl • Morphin 10 mg 1ml; 0.5 Amp s.c.. max halbstl

Gesundheitliche Vorausplanung (advance care planning)

Vorausplanung von medizinischen Massnahmen

- für Situationen, wo Patient nicht mehr in der Lage ist, aktiv an medizinischen Entscheiden teilzunehmen
→ **Patientenverfügung**
- für Situationen, wo man rasch handeln muss (Angst von Patient und Angehörigen, starkes Leiden, ev. lebensbedrohliche Situation)
→ **Notfallplan**

Heutige Patientenverfügungen

- Geben in der Regel keine klare Anweisung für das Vorgehen im akuten Notfall
- Subsummieren oft ein maximales Vorgehen im akuten Notfall (bei «Gesunden» ist das ok)

- Ich möchte mich spezifisch zu den nachfolgenden Situationen äussern (vgl. Auswahl I–IV).

I Unerwartetes akutes Ereignis (z.B. Unfall, Schlaganfall, Herzinfarkt)

Wenn ich durch ein unerwartetes akutes Ereignis urteilsunfähig werde und es sich nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung als unmöglich oder unwahrscheinlich erweist, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben.

- ja nein

II Schmerz- und Symptombehandlung

Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot, Übelkeit. Dafür nehme ich auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinsstrübung (Sedation) in Kauf.

oder

Wachheit und Kommunikationsfähigkeit sind für mich wichtiger als eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

- A** ●●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

- B0** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung
- B1** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung
- B2** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung
- B3** ●●●●●● **keine** Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive (Tubus) Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
ansonsten Beginn uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Lebensort > Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung

- C** ●●●●●● **ausschliesslich lindernde Massnahmen**
wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Notfallplan Palliative Care (NOPA)

- Sollte von spez. Palliative Care Teams bei palliativen PatientInnen vor oder nach dem Spitalaustritt erstellt werden
- Gilt als Patientenverfügung bei Urteilsunfähigkeit, falls vom Patienten unterzeichnet
- Hilft in Krisensituationen rasch und gemäss Wunsch der PatientIn zu handeln
 - Rasche Einweisung wo sinnvoll und erwünscht (zB. Infekt unter Chemotherapie)
 - Verhindert unerwünschte Hospitalisationen, weil Medikamente vor Ort sind und instruiert wurden (zB. Morphin Ampullen)
- Ist ein zentraler Pfeiler der palliativen Betreuung zu Hause und im Pflegeheim
- kann Hospitalisation am Lebensende massiv reduzieren

55

Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

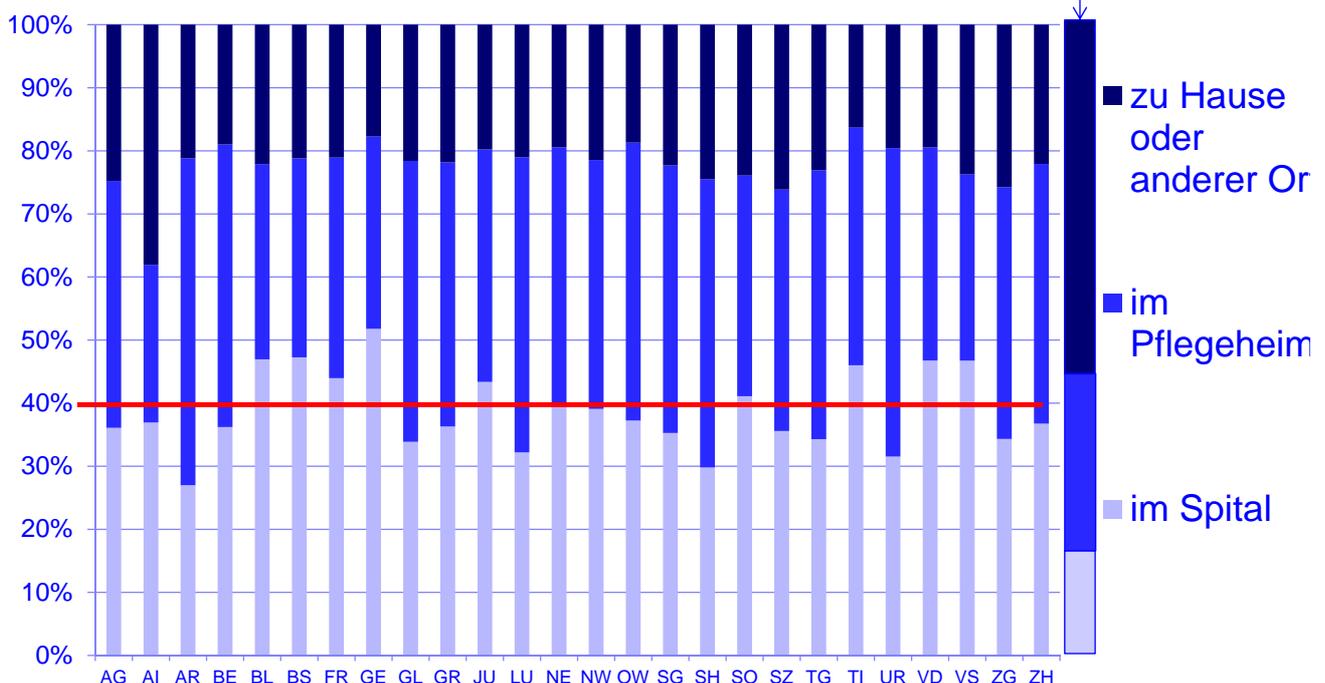
55



Weniger Blaulicht dank ACP NOPA

Bundesamt für Statistik 2006 - 2011

Daten GZO 2014, n=98: Masterarbeit Anja Kaufmann, ZHAW



Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

56



Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung



Ausschliesslich lindernde Massnahmen

wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung
> Notfallplanung erforderlich

Ergänzungen zum Therapieziel:

Ich wünsche gar keine lebensverlängernden Massnahmen, auch keine Antibiotika bei einem Infekt

Notfallnummern

Falls die unten aufgeführten Massnahmen nicht rasch genug helfen, sollen diese Notfallnummern in der Reihenfolge von oben nach unten angerufen werden, bis jemand antwortet.

- Hausarzt, M Edico: Tel. 044 965 44 21
- Palliative Team, GZO Pall Care: Tel. 044 934 23 92
- Palliative Arzt, Pall Med: Tel. 044 933 77 54

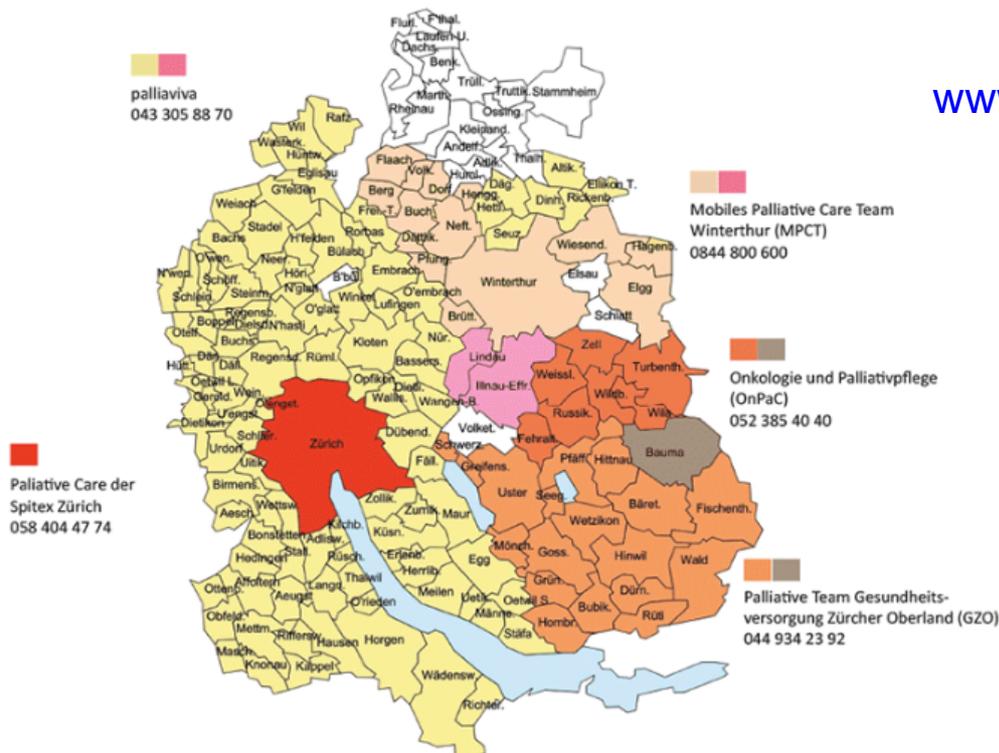
Notfall	Was machen?	Medikamente
Keine Reaktion, keine Atmung	NICHT 144 anrufen! Ruhe bewahren, Hand halten und beobachten. Notfallnummer anrufen	
Atemnot	Inhalation Ipramol, max zwei mal. Fenster öffnen, Kopfende Bett erhöhen. Opiat gegen Atemnot, bis stündlich wiederholen. Bei Bedarf Reserve gegen Angst verabreichen. Bei fehlender Besserung Notfallnummer anrufen, palliative Sedation, falls gewünscht	<ul style="list-style-type: none">• IPRAMOL Steri-Nebs Inhal Lös• Oxynorm 10mg/ml Lsg; 0.3 ml, max stdl wiederholen• Temesta 1mg exp; 1 Tbl, max 8 tgl• Morphin 10 mg 1ml; 0.5 Amp s.c.. max halbstdl



Spezialisierte Palliative Care Teams

SPaC-Tätigkeitsgebiete

(Gemeinden mit einem kostendeckenden Leistungsvertrag mit einem SPaC-Team)



www.spac.ch



Einschlusskriterien für PC Team

- Krebs mit Metastasen
 - Herzinsuffizienz NYHA IV
 - COPD GOLD 4 / CD
 - Neurologische Erkrankung mit Schluckstörungen
 - Mittel bis schwere Demenz
- +
- Geschätzte Lebenserwartung < 1 Jahr
 - Oder > 2 Hospitalisationen pro Jahr

59

Dr. Andreas Weber

Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

59



Leistungen des PC Teams

- Assessment (Probleme, Ressourcen, Behandlungsziel)
- Unterstützung bei Symptomkontrolle
- Unterstützung bei Organisation von Fachleuten, Pflegebett, Hilfsmittel, O2, Betreuungsdienste
- Notfallplan, inkl. Medikamente, Material
- Picketdienst 7 x 24 h

Dr. Andreas Weber

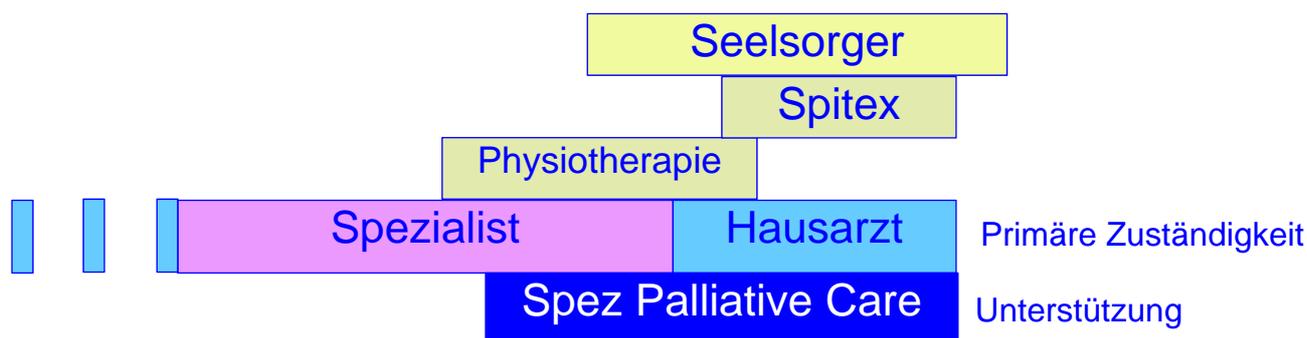
Palliative care

Engagiert. Für Mensch und Medizin.

60



Zusammenarbeit der Fachleute

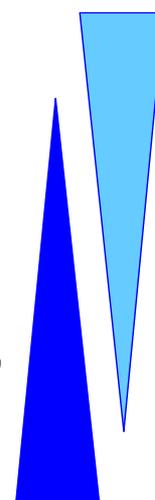


1. E-Mail Verteilerliste – mit Zustimmung PatientIn – inkl. Pat und Angehörige!
2. Jede Mit-BeteuerIn teilt Änderungen des Zustandes oder der Therapie über e-mail Verteilerliste mit

In Zukunft elektronisches Patientendossier mit Schnittstellen zur Praxis Software??

Rolle Hausarzt / Hausärztin

1. Alleinige Betreuung durch Hausarzt
2. Fallführung beim Hausarzt, Palliativ Care Team subsidiär
 - Hausarzt informiert alle Beteiligten über Änderungen Zustand oder Therapie
 - Hohe Erreichbarkeit
3. Primäre Verantwortung beim Palliative Care Team, Hausarzt steht situativ zur Verfügung
4. Betreuung ohne Hausarzt



Rolle spezialisiertes Palliative Care Team

Subsidiäre Unterstützung der palliativen Grundversorgung durch Spitex, HausärztInnen, / Pflegeheim

Komplexität



Aufgaben der Palliative Care

S	Symptomkontrolle	Sind die akuten Leiden auf bio-psycho-spirito-sozialer Ebene gut unter Kontrolle?
M	Entscheidungsfindung	Ist PatientIn über Prognose, Chancen und Risiken der Therapieoptionen informiert? Ist klar, wie man in zu erwartenden Krisensituationen vorgehen soll? Patientenverfügung, Notfallplan vorhanden?
Z	Netzwerk von Fachleuten	Welche Fachleute sind für die Betreuung nötig? Sind die Fachleute als Team organisiert? Ist klar, wer für ärztliche Fragen primär zuständig ist?
S	Support der Angehörigen	Sind genügend Angehörige vorhanden? Wie geht es ihnen? Kann ein Betreuungsnetz für 24 h Betreuung innerhalb von 1 h aufgebaut werden?

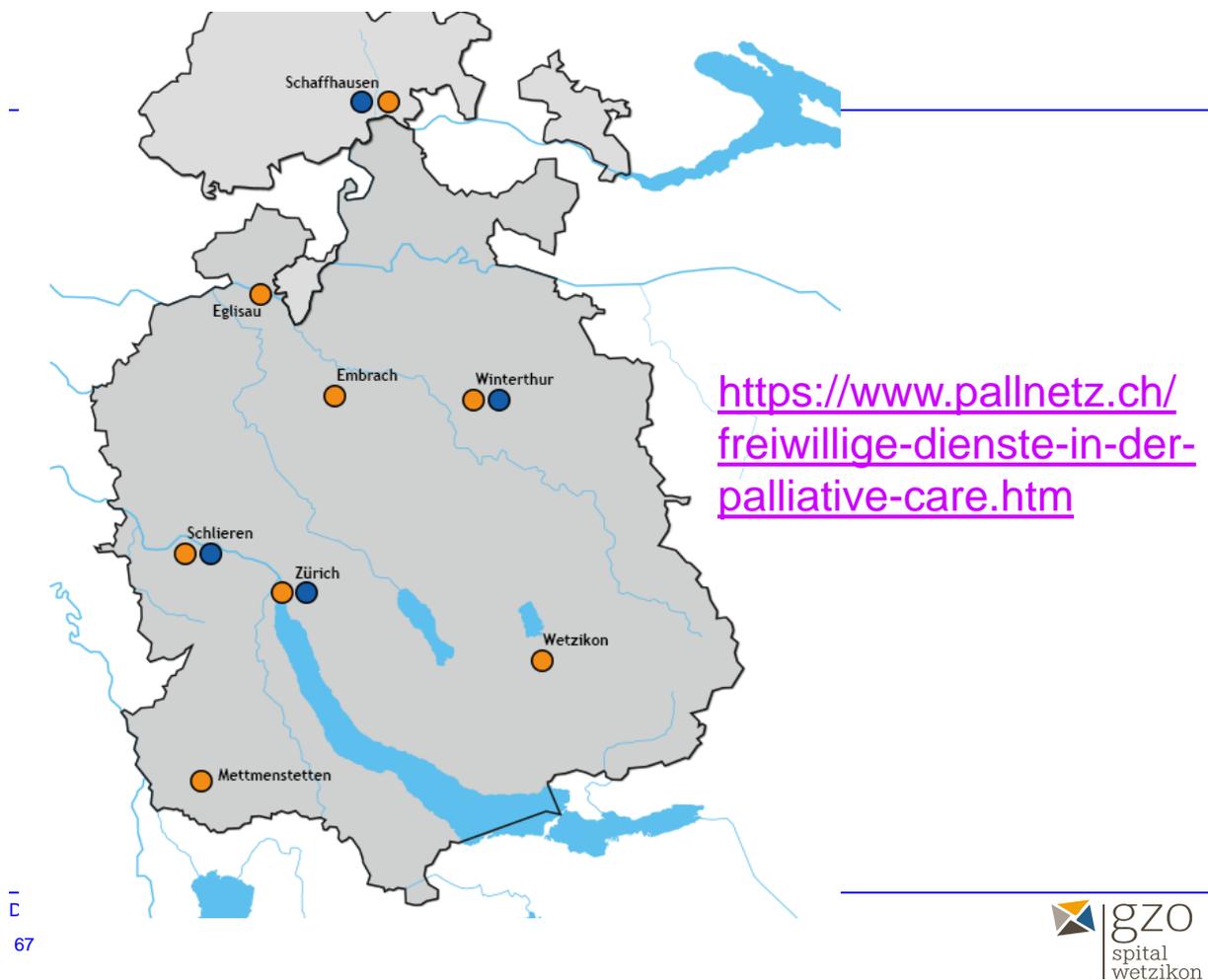
Aufgaben der Palliative Care

S	Symptomkontrolle	Sind die akutellen Leiden auf bio-psycho-spirito-sozialer Ebene gut unter Kontrolle?
M	Entscheidungsfindung	Ist PatientIn über Prognose, Chancen und Risiken der Therapieoptionen informiert? Ist klar, wie man in zu erwartenden Krisensituationen vorgehen soll? Patientenverfügung, Notfallplan vorhanden?
Z	Netzwerk von Fachleuten	Welche Fachleute sind für die Betreuung nötig? Sind die Fachleute als Team organisiert? Ist klar, wer für ärztliche Fragen primär zuständig ist?
S	Support der Angehörigen	Sind genügend Angehörige vorhanden? Wie geht es ihnen? Kann ein Betreuungsnetz für 24 h Betreuung innerhalb von 1 h aufgebaut werden?

65

Betreuungsnetz

- Familie
- Freunde
- Nachbarn
- Ehrenamtliche (ZVBS, WABE, VBSZO)
- Kostenpflichtige Betreuungsdienste («Pflegeheim zu Hause»)



Betreuungsnetz

- Familienangehörige bei jedem Besuch nach ihrem Befinden fragen
- Unsicherheit, Ängste frühzeitig erkennen
- Freiräume organisieren: 2 Halbtage und einen ganzen Tag pro Woche
- Zwei Nächte ohne Nachtwache
- Schichtplan erstellen: 7 x 3 Schichten
- Keine Besuche von Freunden oder Nachbarn, sondern Schichten übernehmen
- Ehrenamtliche oder professionelle Sitzwachen ausprobieren

Planung der Betreuung

Heute Tag **Woche** Monat

Letzte Woche **5 Februar - 11 Februar** Nächste Woche

	So, 5. Feb	Mo, 6. Feb	Di, 7. Feb	Mi, 8. Feb	Do, 9. Feb	Fr, 10. Feb	Sa, 11. Feb
8	Von Fuller here	Von Fuller here	Von Fuller here	Von Fuller here	Zoe Maling here	David Floyd here	David Floyd here
7		Zoe Maling here	Zoe Maling here	Zoe Maling here		Zoe Maling here	Peter Ghin here
4						Valerie Kunakey here	Zoe Maling here
1							Valerie Kunakey here
3							
4							
7:00AM							

Betreuungsvereinbarung

Now that we have no more friends around us 24 hours a day, I need support. I'm tied to the apartment. On the care calender you can see how we are covered with support.

Basically I need help with:

- shopping
- washing clothes
- cooking
- watching L
- everything else that makes our lives easier

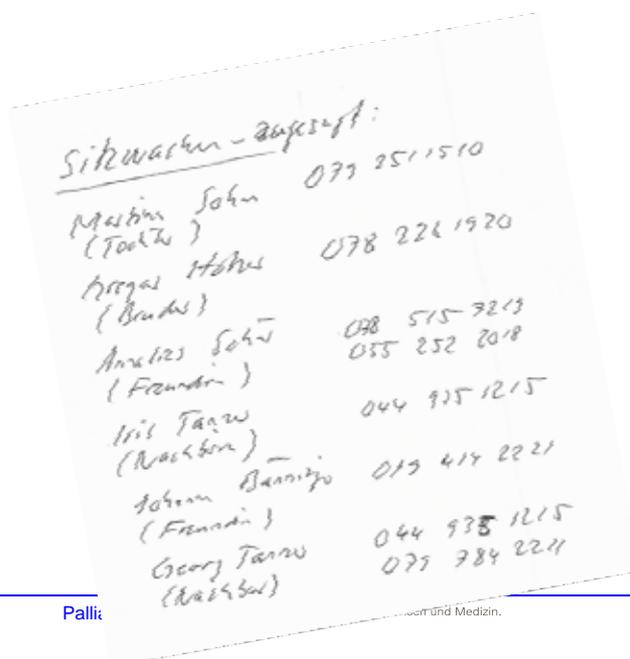
Betreuungsvereinbarung

For everybody in Switzerland and around: If and when you come for a visit - even a short one - , please do not expect me/us to entertain you. The amount of energy that is needed looking after L and managing her affairs takes everything out of me.

It can very well be that I ask you to watch L sleeping while I take a break and watch TV. Please, don't take that personal then. It wouldn't be so.

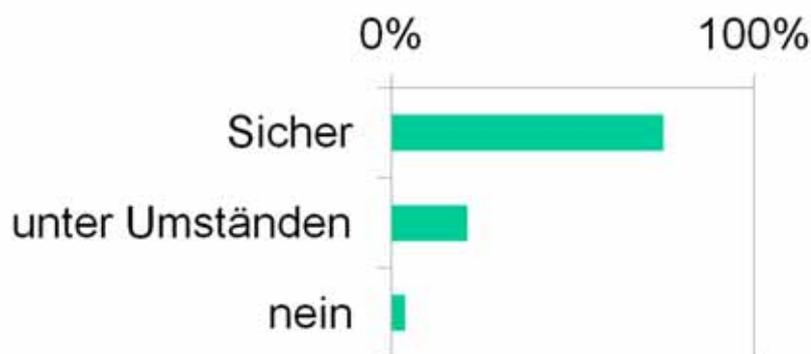
Liste von hilfsbereiten Leuten

- Wen dürfen wir für Sitzwachen anfragen, falls das mal nötig wird?
- Könnten Sie Namen und Tel Nr auf einen Zettel schreiben?



Umfrage GD Zürich 2012

Nehmen wir einmal an, eine Person, die Ihnen nahe steht, wäre unheilbar krank. Wären Sie bereit, während dem letzten Monat einmal pro Woche einen Halbtage Sitzwache zu leisten?



Zum Mitnehmen:

	Pall Pat erkennen	Einschlusskriterien bei Spitalaustrittsberichten anwenden?
S	Symptomkontrolle	Immer Schmerzreserven, Opiate bis stündlich wiederholbar – Notfallplan!
M	Entscheidungsfindung	Behandlungsziel klären. Notfallplan! Kurs besuchen?
Z	Netzwerk von Fachleuten	SPAC Team beiziehen Zusammen mit SPAC Team weitere Fachleute einbeziehen. Aktive Kommunikation!
S	Support der Angehörigen	Angehörige immer einbeziehen, fragen wie es ihnen geht. Betreuungsnetz im Voraus organisieren

Palliative Care

Weitere Informationen:

Steffen Eychmüller: Palliativmedizin Essentials

www.spac.ch

www.pallnetz.ch für Kanton Zürich und Schaffhausen

www.palliative.ch: Bigorio Guidelines