

# Arbeitskreis „Palliativmedizin“

der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern



## Handlungsempfehlung zur Symptomkontrolle bei Entlassung in die Häuslichkeit

Stand: 10.06.2015

### Autoren:

Frau Dr. med. Barbara Annweiler M.sc.	HELIOS Kliniken Schwerin
Herr Dr. med. Dietrich Bunke	Sana-Hanse-Klinikum Wismar
Frau Gesine Drewniok	Klinik Amsee GmbH Waren
Herr Dr. med. Oliver Fiebig	Bodden-Kliniken Ribnitz- Damgarten GmbH
Frau Dr. med. Iris Friesecke	Warnow-Klinik Bützow gGmbH
Herr Dr. med. Axel Goepel	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg
Herr Dr. med. Andreas Jülich	Universitätsmedizin Greifswald
Herr Prof. Dr. med. Christian Junghanß	Universitätsmedizin Rostock
Frau Dr. med. Beate Krammer- Steiner	Klinikum Südstadt Rostock
Herr Martin-Paul Kramer	Universitätsmedizin Greifswald
Frau Dipl. Med. Karsta Mehlan	DRK Krankenhaus Teterow
Frau Dr. med. Anja Pekrul	MediClin Krankenhaus am Crivitzer See
Frau Monique Salchow-Gille	Asklepios Klinik Pasewalk
Frau Dipl. Med. Ute Stier	Kreiskrankenhaus Demmin GmbH
Herr Dr. med. Christian Taut	Asklepios Klinik Parchim
Frau Dr. med. Karin Vierziger	DRK Krankenhaus Neustrelitz
Frau Lucienne Zellmer	Klinikum Südstadt Rostock

### Herausgeber:

Krankenhausgesellschaft  
Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 175  
19053 Schwerin

Tel.: 0385/ 485 29-100

Fax: 0385/ 485 29-29

E-mail: [info@kgmv.de](mailto:info@kgmv.de)

Internet: [www.kgmV.de](http://www.kgmV.de)

Die Erstellung der Empfehlung erfolgte durch die Palliativmediziner aus 15 Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns unter Moderation der KGMV.

Die KGMV übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben.

Die S3-Leitlinie vom 11.05.2015 fand aufgrund der zeitlichen Überschneidung keine Berücksichtigung.

# **Anleitung zur Erstellung eines individuellen Notfallplans**

## **Präambel**

Palliativmedizin beinhaltet die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht. Die Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund. Es geht also nicht um die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis, sondern um die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität. Dabei bezieht sie die Familie und weitere Angehörige in die Betreuung mit ein.

Der Arbeitskreis Palliativmedizin der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg- Vorpommern (KGMV) hat im Folgenden Handlungsempfehlungen zur Symptomkontrolle erarbeitet.

Ziel ist es, dass palliative Patienten mit einer Empfehlung des Krankenhauses in die Häuslichkeit/Einrichtung entlassen werden.

Damit ist eine kontinuierliche qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewährleistet. Die Umsetzung in der Häuslichkeit erfolgt über den Hausarzt bzw. bei Notwendigkeit die SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Die Empfehlung enthält:

- Angaben zum Patienten
  - Name, Geburtsdatum, Wohnort
  - Diagnose
  - Soziales (Pflegerstufe, Hilfsmittel, Pflegedienst)
  - Aussage zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht
  - Verhalten im Notfall (Reanimation, Beatmung, Krankenhauseinweisung)

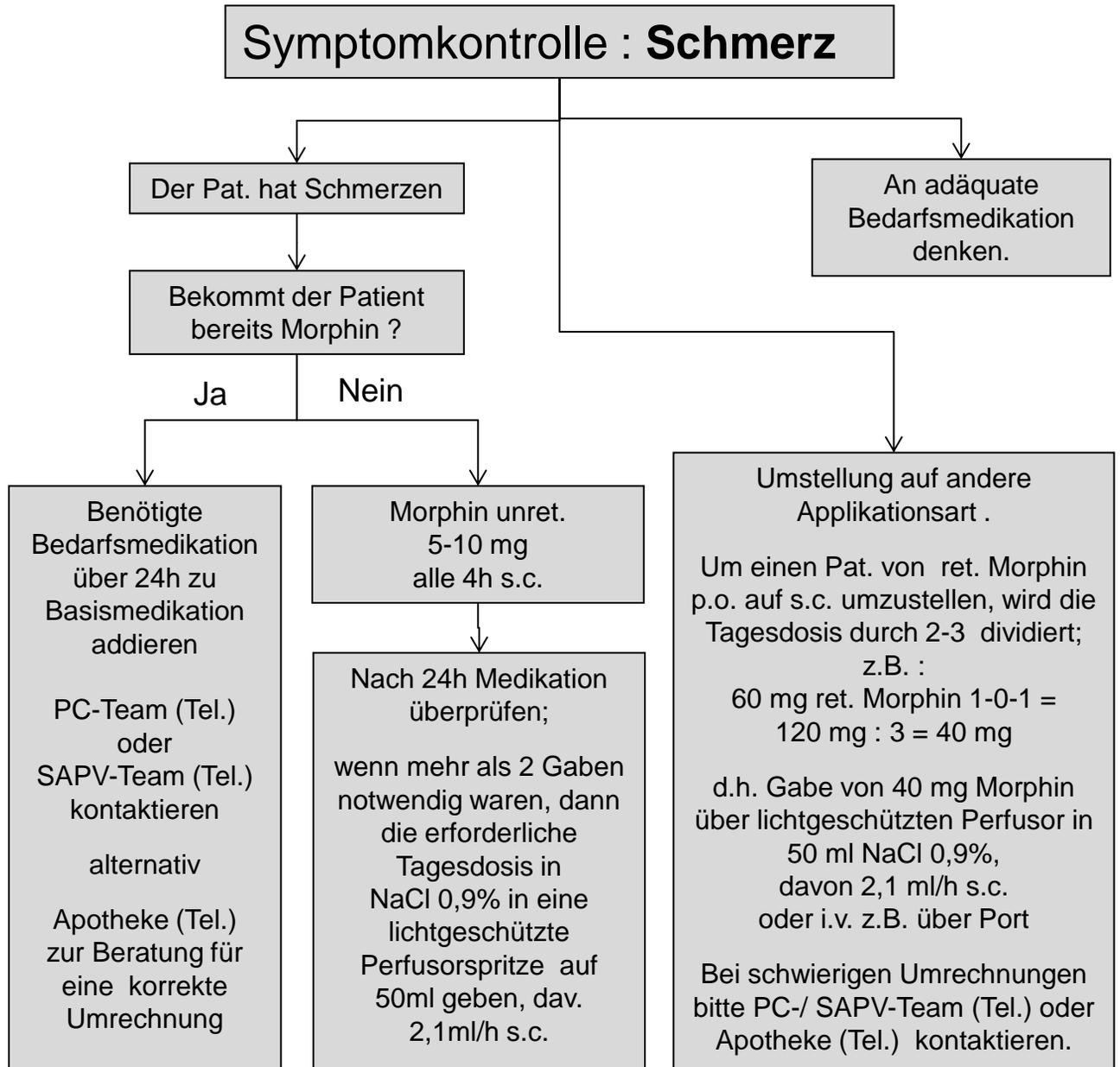
Zur ganzheitlichen Behandlung gehören

- medikamentöse Behandlung einschließlich Naturheilkundlicher und komplementärer Verfahren
- Physiotherapie,
- Ergotherapie
- Ernährungsmedizin
- Ambulanter Hospizdienst
- Seelsorge
- Psychologische Unterstützung
- Kunst- und Musiktherapie



# Anleitung

## Beispiel Morphin



Vergleichbar verfahren für Hydromorphon und Oxycodon

ggf. an Antiemese denken

# Anleitung

## Bedarfsmedikation

### Symptomkontrolle : Schmerz

- Morphinsulfat unretardiert
- Hydromorphon unretardiert
- Oxycodon unretardiert

#### Bedarfsmedikation:

= 1/10 der Basismedikation  
ret.Opioid/ 24h  
Sperrzeit 4h

#### Applikationsformen:

Enteral: p.o., Supp  
Parenteral: s.c., i.v.  
(Cave: 50 % der  
enteralen Dosis)

Fentanylcitrat unretardiert

#### Bedarfsmedikation:

#### **titrieren**

unabhängig von Höhe der  
Basismedikation ret.Opioid/ 24h  
Sperrzeit s. Fachinfo  
(ca. 15 Min. bis 2h)  
Beginn 50-100µg/ Gabe

#### Applikationsformen

nasal  
sublingual  
buccal  
(i.v. /Anästhesie,Notarzt)

Weitere mögliche Medikamente zur Bedarfsmedikation bei Schmerzen:

Tapentadol unret., Lsg., p.o.

Levomethadon, p.o.,s.c.--- cave: Kumulationsgefahr

Esketamin , p.o., s.c., i.v. --- cave off label

Buprenorphin unret.,s.l., p.o., parenteral --- cave lange Anflutungszeit

ggf. an Antiemese denken

# Anleitung

**Cave:** immer nach Übelkeit und Stuhilverhalt fragen.  
 Erbrechen sieht man, Übelkeit ist ein Gefühl.  
 Bei Stuhilverhalt parallel Symptomkontrolle Obstipation.

## Symptomkontrolle : **Übelkeit u. Erbrechen**

Ursache	Mittel der Wahl
allgemein	Dimenhydrinat 70/ 150 mg Supp., SZ 8h 62,5 mg i.v.,(s.c.), SZ 8h
	Cyclizin 50, p.o., s.c., i.v. (internat. Apotheke, in Mischinfusion möglich)
Opioid	Haloperidol 1-2mg,po,sc, SZ 6h
Gastroparese/ Opioid	Metoclopramid 5-10mg p.o.,s.c., i.v., rektal, SZ 8h, max.5 Tage
	Domperidon 5-10 mg p.o. Alternativ bei Kontraindikation von MCP
Singultus	Levomepromazin 5-25 mg, 1-2x/d p.o., s.c.,i.v. (Sedierung als NW erwünscht)
Niereninsuffizienz, Hirndruck, Radiatio/ Chemo	Setrone, z.B.:
	Ondansetron 4mg p.o.,s.l.,2mg s.c.,i.v., SZ 8h
	Granisetron p.o.,i.v.,TTS

Bei Bedarf eines der nebenstehenden Medikamente, max. alle 8-12h

Auswahl nach möglicher Ursache.  
 NW und Kontraindikationen beachten

Keine Neuroleptika bei z.B.

- Krampfpotential
- M. Parkinson

Setrone:  
 cave Obstipation und Arrhythmien

Domperidon:  
 cave Arrhythmien

Dexamethason i.v., p.o. regelmäßig Ansetzen bei

- Hirndruck
- Darmstenose z.B. durch Lymphknotenmetastasen

Bei persistierenden Symptomen bitte das PC-/SAPV-Team (Tel.) kontaktieren

# Anleitung

**Symptomkontrolle: nicht abhustbare Sekretbildung im Respirationstrakt / Rasselatmung (Lungenödem ausgeschlossen)**

Butylscopolaminhydrobromid  
(Buscopan)

20 mg alle 4 bis 6 h s.c./ KI  
oder

Glycopyrronium (Robinul)

400µg s.c. initial, weiter als  
kontinuierliche Gabe über Perfusor  
1400µg auf 50 ml/24h, d.h. davon 2,1  
ml/h s.c./ i.v.  
oder

Scopolaminhydrobromid  
(Scopoderm TTS)

14µg/h, Pflasterwechsel nach 72h=3tg.  
oder

Scopolamin-HBr(Boro-Scopol) AT,  
3°- 6° buccal alle 4-6h, d.i. max. ca.  
0,33mg/Tag

(zurzeit nicht verfügbar 12/2014)

## Allgemeine Hinweise:

Seitenlagerung, wenn möglich

Antidepressiva in der Vormedikation?

z.B. Amitriptylin

Weitergabe in Trpf.form mögl.?

Nebenstehende s.c. oder Trpf. als

Bedarfsmedikation

alle 4-6 h

Flüssigkeitszufuhr reduzieren

Erklärendes Gespräch mit den  
Angehörigen

Keine tiefe Absaugung

Scopolamine

Cave: Glaukom

**Frühzeitiger Einsatz ist wichtig;** bereits gebildetes Sekret lässt sich hiermit nicht entfernen. Beginn mit nachlassendem Hustenstoß. Gute Mundpflege ist dann wichtig, ebenfalls an rgm. Parotismassage bds. denken und Medikamente zur Förderung der gastrointestinalen Motilität absetzen. Möglichst Seitenlagerung versuchen.

Bei persistierenden Symptomen bitte das PC-/SAPV-Team (Tel.) kontaktieren

# Anleitung

Symptomkontrolle: **terminale Unruhe,  
Angst, Agitation**

↓

**Lorazepam** (Tavor Expidet)  
0,5 bis 1 bis 2,5 mg  
alle 6 h sublingual oder buccal, i.v.

**Midazolam** (Dormicum)  
1 bis 2,5 bis 5mg alle 2h s.c./i.v.  
auch nasal o. rektal  
(15mg Amp. --- 5mg=1ml  
5mg Amp --- 1mg=1ml)

**Diazepam** Rectiole 5-10 mg

**Gleiche Medikation ist wirksam beim akuten  
Krampfanfall !!!**

Wenn kein Krampfpotential:  
Haloperidol 2 – 5 mg p.o. / s.c. / i.v. SZ 4 – 6 h

↓

Wenn mehr als 2 Gaben in 24 h s.c. notwendig sind, dann erforderliche Tagesdosis auf 50 ml NaCl 0,9% in eine lichtgeschützte Perfusorspritze geben, davon 2,1 ml/h s.c. oder i.v.

Bei persistierenden Symptomen bitte das PC-/SAPV-Team (Tel.) kontaktieren

# Anleitung

## Symptomkontrolle: **Obstipation**

Ja

Nein

### Grundsätzliches:

1. Ernährungsberatung
2. Physiotherapie (z.B. Colonrahmenmassage und/ oder Fußreflexzonenbehandlung-Darm)
3. Flüssigkeit
4. Medikamente

Bei **Opioidgabe** immer **prophylaktische** Beratung und Verordnung auf dem Btm-Rezept oder mit Zusatz „bei Opioidtherapie“ auf einem rosa Rezept oder bei Palliativpatienten ohne Opioidtherapie: „in palliativer Situation“  
Ziel: weicher, regelmäßiger Stuhl Cave: paradoxe Diarrhoe

### • **Stuhilverhalt**

- Macrogol
- Lactulose
- Picosulfat Trpf./Tbl.
- Bisacodyl Tbl.

### • **Harter Stuhl**

- Macrogol
- Lactulose

### • **Niedrige Stuhlfrequenz**

- Picosulfat Trpf./Tbl.
- Bisacodyl Tbl.

### • **Druck im Enddarm**

- Bisacodyl Supp und Glycerin Supp
- Mikroclyss
- Klyзма
- Einlauf (z.B. mit Milch und Honig)

### • **Hohe Opioiddosen**

- Naltrexon (Relistor) alle 48h s.c.

Bei Auftreten des Symptoms

### Dokumentation z.B. mit:

#### Bristol stool chart

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces, <b>Entirely liquid</b>

Bei persistierenden Symptomen bitte das PC-/SAPV-Team (Tel.) kontaktieren

# Anleitung

## Symptomkontrolle: Luftnot

Ja

Nein

### Grundsätzliches:

1. Frische Luft angenehm?
2. Sauerstoff per Oxygenator nur wenn der Pat. subjektiv davon profitiert!  
(Erfragen oder Reaktionen beobachten)
3. Mittel der Wahl bei Luftnot sind Opioide!
4. Da aber häufig ein Teufelskreis aus Luftnot, Angst, Panik und noch mehr Luftnot besteht ist die Kombination mit angstlösenden Medikamenten wie Lorazepam Schmelztbl.(Tavor Expidet®) oder Midazolam (Dormicum®) sinnvoll (siehe dort- Empfehlungen für Angst,...)

### Kontinuierliche Verlaufskontrolle

ggf. Angehörige einbeziehen  
(Aufnahme als Begleitperson?, Sitzwache?, ambulanter Hospizdienst?)

ggf. Bedarfsmedikation ansetzen  
(siehe Kästchen links)

Bei Auftreten des Symptoms

Wurde der Pat. bereits mit Opioiden behandelt?

Ja

Nein

- 1/6 der Opioidtagesdosis wird als Bedarf gegen Schmerz angesetzt, z.B. bei 30mg **Morphin s.c.** = 5mg s.c. und 50% davon bei Luftnot = 2,5mg, Sperrzeit 4h. Vergleichbar für **Hydromorphon**.
- Alternativ **Fentanyl** nasal (z.B.PecFent®) oder sublingual (z.B.Abstral®) - dann in Rück-sprache mit Palliativteam!

Bei Luftnot 2,5-5mg Morphin oder 0,5-1mg Hydromorphon s.c. Sperrzeit 4h

falls keine ausreichende Wirkung, dann siehe Kästchen links

Medikation nach 24 Stunden überprüfen; ggf. über sub-Q-Set die Tagesdosis über Perfusor in 48ml NaCl 0,9%, VS 2ml/h

Bei persistierenden Symptomen bitte das PC-/SAPV-Team (Tel.) kontaktieren

# Anleitung

## Symptomkontrolle: **Terminale Blutung**

### **Grundsätzliches:**

1. Jede Blutung macht Angst
2. Mit Patient, Angehörigen, Pflegedienst,... eine mögliche Blutungskomplikation besprechen
3. Vorbereitet sein

1. Über mögliche Blutungsart aufklären
  - Blut spucken
  - Blutabgang rektal
  - Blut im Urin
  - akut blutende Wunde
  - ...
2. Wäre dann noch eine Krankenseinweisung sinnvoll ?  
ja                      nein
2. Dunkle Tücher bereit halten
3. Lagerung: seitlich, wenn möglich
4. Bedarfsmedikation Morphin bei Schmerz s.c./i.v.
5. Midazolam 2-5mg nasal, s.c.,i.v., b.B. wdh.
6. Arzt anrufen : (**Telefonnummer**)
7. Beim Patienten bleiben.
8. Ruhe bewahren
9. Wenn in Panik doch Notarzt gerufen wurde, bitte Brief vorhalten und über lebenslimitierende Situation informieren.

# AK Palliativmedizin der KGMV

Notfallplan Palliativmedizin: Empfehlungen für die medikamentöse Bedarfs-/Notfalltherapie		
	alle Dosisangaben betreffen Einzeldosen	Beispiele
<b>Schmerz</b>	<p><b>bisherige Morphintherapie:</b> Bedarfsmedikation auf 24 h hochrechnen und zur Basismedikation hinzufügen</p> <p><b>opiodnaiv</b> beginnen mit 5-10 mg alle 4 Stunden s.c., nach 24 h Gesamtdosis umrechnen und kontinuierlich s. c./i. v.</p> <p>vergleichbares Vorgehen für z. B. Hydromorphon, 0,5-1 mg s.c., 1,3 mg p.o. Fentanylcitrat ↳ titrieren 50-100 µg beginnen</p>	<p>Sevredol/ p.o. Capros akut p.o. Oramorph p.o. MSI s.c./i.v.</p> <p>Palladon p.o./s.c./i.v. Effentora PecFent Abstral, Breakyl, Instanyl</p>
<b>Luftnot</b>	Morphinsulfat (10 mg p. o.; 5-10 mg s.c.; 2,5 mg i.v.); ggf. zusätzlich Lorazepam (1 mg s. l.; i. v.); Anxiolyse	MSI Tavor(expidet)
<b>Übelkeit/Erbrechen</b>	<p>Haloperidol 0,5-1 mg p. o./s.c. <i>Opiod</i></p> <p>Metoclopramid 5-10 mg p. o., s.c.; i. v. <i>Gastroparese</i></p> <p>Domperidon 5-10 mg p.c.</p> <p>Levopromazin 12,5 mg p. o. <i>Singultus</i></p> <p>Ondansetron (4 mg) s. l., p. o., i.v. <i>Niereninsuffizienz</i></p> <p>Dimenhydrinat 150 mg supp.; p. o. ; 62 mg i.v.</p> <p>Dexamethason 4 mg i. v.; p. o (bis 24mg/d) <i>Hirndruck</i></p>	<p>Haldol MCP Domperidon/Motilium Neurocil Zofran Vomex A, Vomacur Dexamethason</p>
<b>Unruhe/Angst</b>	<p>Lorazepam Lyophilisat-Plättchen 1 mg buccal/s. l.</p> <p>Lorazepam 1 mg i. v.</p> <p>Midazolam 1 mg Schritte i. v. / 2,5 mg s.c.</p>	<p>Tavor expidet Tavor Midazolam/Dormicum</p>
<b>Obstipation</b>	<p>Macrogol 13,8g Btl. : 1-3 Btl./d</p> <p>Natriumpicosulfat Tropfen (7,5 mg/ml) 15°-30°</p> <p>(Mikro)Klistier Bisacodyl supp, Glycilax supp.</p>	<p>Movicol Btl. Laxoberal-Tropfen , Laxans-Tropfen Microlax/Clyssie Pyrilax, Laxans, Milax</p>
<b>Krampfanfall</b>	<p>Lorazepam (Lyophilisat) 0,5-1 mg i. v. (buccal/s. l.)</p> <p>Midazolam 5 mg-Schritte i. v.; s. c.; buccal; rectal; nasal</p> <p>Diazepam Rectiole 5-10 mg</p> <p>Wdh. nach ärztlicher Rücksprache, sofort titrieren</p>	<p>Tavor (expidet) Dormicum Diazepam Desitin</p>
<b>Lebensbedrohliche Blutung</b>	<p>dunkle Tücher</p> <p>Midazolam 1- 5 mg-Schritte i. v., s. c.</p>	Dormicum
<b>Rasselatmung (nicht abhustbare Sekretbildung)</b>	<p>Butylscopolamin 20 mg s. c. alle 4 h s.c./ KI</p> <p>Glycopyrroniumbromid 0,4 mg s. c. /1,4 mg s. c. /24h</p> <p>Scopolamin-Pflaster 1,54 mg (14 µg/h) alle 72 h</p> <p>Scopolamin-HBr Augentropfen 3-6° buccal</p>	<p>Buscopan Robinul Scopoderm-TTS Boro-Scopol-AT</p>