



Dr. Eva Katharina Masel
 Klinische Abteilung für Palliativmedizin
 Universitätsklinik für Innere Medizin I
 Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
 E-Mail: eva.masel@meduniwien.ac.at

Palliatives Management in der Notfallaufnahme

Die Palliativmedizin gewinnt sowohl gesellschaftlich als auch medizinisch an Bedeutung. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick, was in der Therapie von Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen zu beachten ist. Die Darstellung von drei der häufigsten belastenden Symptome – Schmerzen, Dyspnoe und Übelkeit – sowie ein kurzer Einblick in die rechtliche Situation sollen die Behandlung der betroffenen Patienten im Setting der Akutmedizin erleichtern.

Die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen in der Notaufnahme ist von palliativmedizinischen Notfällen zu unterscheiden. Zu palliativen Erkrankungen zählen nicht nur fortgeschrittene onkologische Erkrankungen, sondern auch zahlreiche internistische Erkrankungen wie chronisch renale Insuffizienz, COPD, Demenz, Lebererkrankungen, Lungenfibrose oder Herzinsuffizienz. Als palliative Notfälle können Schmerzexazerbationen, Dyspnoe, Fatigue, Ileus, Inappetenz, maligner Querschnitt, psychisches Leiden, therapierefraktäre Übelkeit, Tumorblutungen oder Wesensveränderungen bezeichnet werden.

Das Vorliegen eines Notfalls ist hier mitunter das, was die Patienten als Notfall empfinden. Eine palliativmedizinische Betreuung hängt primär nicht von der Diagnose und Prognose ab, sondern von den Bedürfnissen und Symptomen, mit denen sich die Patienten präsentieren. Ob eine Verschlechterung, Exazerbation oder eine Dekompensation vorliegt, ist auf den ersten Blick nicht einfach zu differenzieren, vor allem da man die Krankengeschichte von Patienten, die eine Notfallaufnahme aufsuchen, zumeist nicht im Detail kennt. Um Lebensqualität erhalten zu können, ist neben der medizinischen Betreuung auch zu berücksichtigen, dass unheilbar erkrankte Patienten mit Einschränkungen, Hoffnungsverlust und radikalen Lebensveränderungen konfrontiert sind. Nicht die Patienten sind „schwierig“, sondern deren Situation. Somit stellt eine emotionale Zuwendung zu den Patienten oft die erste Hilfe dar. Sowohl Notfallaufnahmen

als auch Palliativstationen leiden an einem Ressourcenmangel, was das Management erschwert und einen unmittelbaren Transfer von der Notaufnahme auf eine Palliativstation selten möglich macht. Aufgabe der Politik ist es, entsprechende Rahmenbedingungen zur Palliativversorgung in Krankenhäusern zu schaffen und die Notaufnahmen zu entlasten. Bei Vorliegen von unheilbaren Erkrankungen ändert sich das Therapieziel, was nicht mit einem therapeutischen Rückzug zu verwechseln ist. Das Bild der „passiven Palliativmedizin“ muss endgültig aus den Köpfen verschwinden. Im Gegenteil, um Lebensqualität in komplexen Situationen optimieren zu können, bedarf es einer gezielten Anamnese und einer entsprechenden Expertise.

Schmerzen

Die Schmerzbehandlung (Tab. 1) richtet sich nach dem WHO-Stufenschema „by the mouth,

by the clock, by the ladder“. Primär ist die orale Route zu bevorzugen, weiters eine regelmäßige Analgesie (Retardpräparate), um Blutspiegel aufrechtzuerhalten und das Verlangen nach Bedarfsmedikation zu reduzieren. Die Analgesie hat je nach Schmerzgrad (WHO-Leiter Stufe I–III) zu erfolgen. Man kann sich hierbei nach der NRS (= Numerische Rating Skala) richten. Leichte Schmerzen, NRS 1–3: Nicht-Opioide (Stufe I); mittelstarke Schmerzen, NRS 4–6: schwache Opioide (Stufe II); starke Schmerzen, NRS 7–10: starke Opioide (Stufe III). Stufe III sollte mit Stufe I kombiniert werden, da so eine verstärkte Opioidwirkung erzielt werden kann. Für den klinischen Alltag hat sich die Kombination mit Metamizol als dem stärksten Analgetikum der Stufe I bewährt. Paracetamol wird peroral 50 % schlechter resorbiert als intravenös. Die Umstellung von Stufe II auf Stufe III wird oft – gerade bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen – zu zögerlich vollzogen.

Tab. 1: Schmerztherapie

- NRS 1–3: Stufe I (Nicht-Opioide); NRS 3–6: Stufe II (Opioid-Agonisten); NRS 7–10: Stufe III (Opioide)
- Stufe I (Metamizol, NSAR, Paracetamol) mit Stufe III (Opioide) kombinieren
- Bei Opioidgabe Laxantien nicht vergessen (keine Toleranzentwicklung)
- Neuropathische Schmerzkomponente anamnestizieren
- Bei Kachexie keine transdermale Therapie (Resorptionsproblematik)
- Bei gastrointestinaler Resorptionsstörung transdermale Therapie
- Bei Kachexie und gastrointestinaler Resorptionsstörung Schmerzpumpe

Präsentiert sich ein Patient mit ausgeprägten Schmerzen in der Notaufnahme, wird eine intravenöse Schmerztherapie zielführend sein, die Analgesie kann danach adaptiert und entsprechend gesteigert werden. Sollte ein intravenöser Zugang nicht möglich sein, steht bukkales/sublinguales Fentanyl zur Verfügung. Die Schmerzlinderung tritt zehn Minuten nach Einnahme ein, die Wirkdauer liegt bei bis zu zwei Stunden. Laut Zulassungstext dient es der Behandlung von Durchbruchsschmerzen bei erwachsenen Krebspatienten, die bereits eine Opioid-Basistherapie aufgrund von chronischen Tumorschmerzen erhalten. Eine Anwendung bei Opioid-naiven Patienten wäre ein Off-Label-Use. Bei Kachexie sollte kein Schmerzpflaster zur Anwendung kommen, da aufgrund der Lipophilie des Präparates bei nicht vorhandenem subkutanem Fettgewebe eine Resorption nicht gewährleistet ist. Bei Schluckstörung hingegen bietet sich die Anwendung eines Schmerzpflasters an. Alternativ steht Fentanyl-Nasenspray zur Verfügung. In der Entscheidung für eine orale oder transdermale Schmerztherapie sind auch Kurzdarmsyndrome oder gastrointestinale Resorptionsstörungen (Hydromorphon z. B. wird im Dünndarm resorbiert) zu bedenken. Falls eine orale oder transdermale Analgesie nicht mehr ausreichend ist (z. B. im Falle von Kachexie und gastrointestinaler Resorptionsstörung), ist die Anwendung einer Schmerzpumpe indiziert. Ein Großteil der Patienten leidet an einem sogenannten „mixed pain“, einer Mischung aus nozizeptiver und neuropathischer Schmerzkomponente. Das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes wird häufig nicht erkannt, eine gezielte Anamnese (z. B. mit dem painDETECT-Fragebogen) erweist sich als hilfreich. Therapeutisch wirksam sind Antineuropathika wie Carbamazepin (CAVE: Interaktionen), Gabapentin oder Pregabalin. Eine sehr gute Wirkung zeigt das duale Antidepressivum Duloxetine. Bei Verwendung des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin ist bei Patienten in einer palliativen Situation aufgrund von anticholinergen Nebenwirkungen sowie möglichen Interaktionen Vorsicht geboten.

Lokale Therapiemöglichkeiten sind Capsaicin-Pflaster und Lidocain-Pflaster. Auch an invasive Verfahren wie Neurolysen, Plexusblockaden, Intrathekalpumpen oder eine palliative Radiatio zur Schmerzlinderung ist zu denken. Es gilt zu beachten, dass der Erfolg einer suffizienten Schmerztherapie von einem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient mitgeprägt ist. Am Lebensende kann aufgrund der besseren Steuerbarkeit

ein Opioid-Perfusor zur Anwendung kommen, da PCA-Pumpen (Patient-controlled analgesia-Pumpen) Sperrzeiten haben. Die Obstipation stellt ein besonders belastendes Symptom dar, insbesondere da – im Gegensatz zur Opioid-induzierten Übelkeit – keine Toleranzentwicklung gegeben ist. Eine regelmäßige Laxanzienabgabe darf in der Opioidtherapie nicht vergessen werden.

Dyspnoe

Atemnot und Schmerz sind die häufigsten Befürchtungen von Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Das Bewusstsein über die Therapiemöglichkeiten (Tab. 2) und die Aufklärung darüber, dass diese oft mit „Siechtum“ gleichgesetzten Symptome behandelbar sind, sind ein wesentlicher Inhalt palliativer Betreuung. Ursachen für Dyspnoe können tumorbedingt (bronchiale Obstruktion, Lymphangiosis carcinomatosa, Pleuraerguss) oder nichttumorbedingt (Linksherzinsuffizienz, Lungenembolie, Strahlenfibrose) sein. Bronchodilatoren, Diuretika und Glukokortikoide gelangen je nach klinischem Zustandsbild zur Anwendung [5].

Eine immer noch verbreitete Fehlannahme ist die einer Atemdepression im Falle der Opioidgabe. Dyspnoe und Schmerzen antagonisieren jedoch die atemdepressive Wirkung von Opioiden. Opiode wirken auf das limbische System und erleichtern somit die emotionale und psychische Belastung, die eine Atemnot mit sich bringt. Die Wirkung auf das Atemzentrum führt zu einer Ökonomisierung der Atemarbeit, eine rasche, oberflächliche Atmung wird ruhiger, tiefer und langsamer. Weiters kommt es zu einer Wirkung auf Hustenrezeptoren in der Lunge sowie zu einer Reduktion des Widerstandes im kleinen Kreislauf und einer Entlastung des Herzens. Generell ist die Anwendung von Opioiden bei Dyspnoe ein Off-Label-Use. Mögliche Alternativen sollten vorher ausgeschöpft sein. Die Evidenzlage für Opiode in der Behandlung der Atemnot ist gut, bedrohliche Nebenwirkungen sind selten [5].

Eine Bradypnoe (Atemfrequenz < 10 Atemzüge/Minute) ist klinisch leicht erkennbar, zudem steht die Möglichkeit einer Antagonisierung mit Naloxon zur Verfügung, die jedoch im palliativmedizinischen Setting in den seltensten Fällen erforderlich ist. Bukkales/sublinguales Fentanyl kann bei Versagen aller anderen Maßnahmen auch bei sogenannter „Durchbruchsatemnot“ angewendet werden, wobei die Zulassung dafür bisher (Stand 2015) nicht gegeben ist (Off-Label-Use) und die Ergebnisse von randomisiert kontrollierten Studien noch ausständig sind. Bei normoxämischen Patienten macht eine Sauerstoffgabe keinen Sinn, hier hat sich die Verwendung eines Handventilators bewährt, um Dyspnoe zu lindern [3]. Die physikalische Therapie sowie das Andenken einer onkologischen Rehabilitation sind weitere therapeutische Ansätze.

Übelkeit/Erbrechen

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen. Speziell bei Ersteinstellung auf Opiode ist es wichtig, in den ersten fünf bis zehn Tagen ein Antiemetikum zu verabreichen. Nicht selten findet sich in der Krankengeschichte der Vermerk „Morphinunverträglichkeit“, „Tramadolunverträglichkeit“, was meist das Auftreten von Übelkeit und keine allergische Reaktion bedeutet. Therapeutische Möglichkeiten sind die Dopaminantagonisten Haloperidol oder Metoclopramid, bei Vorliegen von Morbus Parkinson kann Domperidon verabreicht werden. Die intravenöse Injektion von Haloperidol wird aufgrund einer möglichen QT-Verlängerung und potentiell schweren Herzrhythmusstörungen nicht mehr empfohlen und bleibt Ausnahmesituationen vorbehalten. Falls Patienten kachektisch und inappetent sind, ist ein Therapieversuch mit Dexamethason (4–8 mg morgens) als Roborans möglich. Weiters wirksam bei Nausea/Emesis, insbesondere bei ängstlicher Komponente, sind Benzodiazepine wie z. B. Lorazepam, das auch in sublingualer Form

Tab. 2: Therapie der Dyspnoe

- Ursachensuche – Dyspnoe tumorbedingt oder nicht tumorbedingt?
- Symptomatische Behandlung mit Bronchodilatoren, Diuretika, Glukokortikoiden
- Keine Sauerstoffgabe bei normoxämischen Patienten
- Handventilator bei Normoxämie und Dyspnoe
- Dyspnoe antagonisiert die antidepressive Wirkung von Opioiden
- Bukkales/sublinguales Fentanyl als Off-Label-Use
- Physikalische Therapie und onkologische Rehabilitation andenken

Tab. 3: Therapie von Übelkeit/Erbrechen

- Haloperidol oder Metoclopramid zur Prävention Opioid-induzierter Übelkeit
- Domperidon bei Morbus Parkinson
- Bei ängstlicher Komponente Benzodiazepingabe
- Kortikosteroide, Mirtazapin (NaSSA) und Ondansetron (5-HT₃-Antagonist) sind therapeutische Optionen
- Olanzapin bei therapierefraktärer Nausea/Emesis
- CAVE: QT-Zeit beachten
- Cannabinoide (adäquat dosieren; CAVE: delirogenes Potential bei älteren Patienten)

vorliegt. Selten (und eher bei älteren Menschen) kommt es zu paradoxen Reaktionen in Form von Verhaltensauffälligkeiten. Eine Therapie mit Cannabinoiden ist bei Versagen herkömmlicher Antiemetika möglich, allerdings ist Vorsicht vor allem bei älteren Menschen geboten, da Cannabinoide delirogen wirken können. Für eine Wirksamkeit ist eine adäquate Dosierung essentiell, die in der Praxis teilweise zu zögerlich erfolgt. Eine weitere therapeutische Option stellt Mirtazapin dar, ein Antidepressivum (NaSSA), das schlaffördernd, antidepressiv, antiemetisch und appetitanregend wirkt und somit mehrere Symptome von Patienten im palliativen Setting kontrollieren kann. Bei persistierender Emesis soll eine Magensonde gelegt und zugleich ein Ileus ausgeschlossen werden. Neuere Daten gibt es zu Olanzapin, einem Neuroleptikum, das bei therapierefraktärer Übelkeit/Erbrechen gute Wirkung gezeigt hat und sowohl als Einmalgabe als auch als Dauertherapie möglich ist. In Kombination mit dem 5-HT₃-Antagonisten Ondansetron ist auf die QT-Zeit zu achten. Sowohl Olanzapin als auch Ondansetron verlängern die QT-Zeit und können Herzrhythmusstörungen verursachen. Im Falle von Miserere stehen praktische Maßnahmen im Vordergrund: das Beruhigen der Patienten, das Lüften des Krankenzimmers bzw. das Bedenken des Geruches (nach Möglichkeit Duftlampen, Tücher mit Aromaölen), bei Hämatemesis sollten grüne oder blaue Tücher bereitgehalten werden. Besonders bei Patienten mit exulzierenden HNO-Tumoren, bei denen mit Gefäßarrosionen und Blutungen zu rechnen ist, empfiehlt sich das Vorbereiten sowie die Organisation eines Notfallprozederes (Sedierung, ggf. Analgosedierung) und die Information des gesamten Teams darüber.

Der sterbende Patient

Wird ein sterbender Patient in die Notaufnahme gebracht, richtet sich die Therapie

nach dem klinischen Gesamtbild. Das Sterben selbst ist keine Indikation für eine standardmäßige Opioidgabe oder eine Benzodiazepingabe. Reflexhandlungen („ut aliquid fiat“) sind zu vermeiden. Ein wesentlicher Punkt ist, dass ein intravenöser Zugang am Lebensende nicht erforderlich ist. Patienten in den letzten Lebenstagen einen zentralvenösen Zugang zu legen, kann unterlassen werden. Laut rezenten Guidelines [2] ist die subkutane systemische Applikation simpel und effektiv für die Administration von Morphin und Hydromorphon und sollte die Alternative erster Wahl für Patienten sein, denen Opioiden nicht über die orale oder transdermale Route verabreicht werden können. Die intravenöse systemische Applikation sollte angewendet werden, wenn die subkutane Administration kontraindiziert ist (periphere Ödeme, Koagulopathien, schwache periphere Zirkulation, hoher Flüssigkeitsbedarf bzw. hohe Dosierungen) oder falls eine schnelle Schmerzkontrolle notwendig ist. Sowohl subkutan als auch intravenös empfiehlt sich eine kontinuierliche Flussrate. Die weit verbreitete vier Mal tägliche Gabe von z. B. Morphinhydrochlorid wird aufgrund einer fraglichen kontinuierlichen Analgesie nicht empfohlen. Laut Studienlage verkürzt die Opioidgabe in der Terminalphase das Leben nicht [4].

Oftmals wird ein terminales Delir mit Schmerzen verwechselt, da Unruhe und Agitation als Schmerz interpretiert werden. Die Verwendung von Opioiden zur Sedierung beim Vorliegen eines terminalen Delirs ist kontraproduktiv. Opioiden sind nicht nur ineffektiv, sondern können neurologische Exzitationssyndrome wie Myoklonien auslösen und Agitiertheit und Delir verstärken. Die Gabe von Midazolam (ggf. als Perfusor) hat sich in dieser Indikation bewährt. Dennoch sollte stets auf eine ausreichende Analgesie geachtet und sollten bei Bedarf Opioiden mit Benzodiazepinen kombiniert werden.

Eine Flüssigkeitszufuhr sollte nicht als Routinemaßnahme bei Patienten in der Termi-

nalphase erfolgen, sondern als individuelle Behandlung in Abhängigkeit von den Problemen und Bedürfnissen. Das Durstgefühl am Lebensende korreliert mit der Trockenheit der Mundschleimhaut, nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit. Daher steht die Mundpflege (Anregung des Speichelflusses, Lösen von Belägen, Geruchshemmung, Mundbefeuchtung) im Vordergrund, diese kann auch von Angehörigen übernommen werden. Im Jahr 2013 wurde eine Doppelblindstudie [1] mit 129 Patienten, die am Lebensende entweder 1.000 ml oder 100 ml Kochsalzlösung (Placebo) als Infusion über mehrere Stunden erhielten, veröffentlicht. Die Gabe von 1.000 ml Kochsalzlösung pro Tag verbesserte weder Symptome noch Lebensqualität und verlängerte im Vergleich zu 100 ml das Überleben nicht.

Es fällt oft leichter, etwas zu tun, als etwas zu unterlassen. Nicht zu handeln ist jedoch auch eine Handlung! Eine flache Atmung am Lebensende ist eine natürliche Begleiterscheinung des Sterbens, kein Zeichen von Atemnot. Nicht selten wird aus einem Handlungsimpuls heraus Sauerstoff verabreicht, was wiederum die Schleimhäute austrocknet. So kann ein Durstgefühl entstehen, das mit Flüssigkeitsgabe behandelt wird, womit ein gewisser „Aktionismus“ im Rahmen des Sterbeprozesses in Gang gesetzt wird.

Rechtliche Situation

Es kann jede medizinische – auch lebensnotwendige – Maßnahme abgelehnt werden. Es ist nicht erforderlich, dass Gründe für die Ablehnung bekannt gegeben werden. Das gilt im Übrigen auch für primär gesunde Menschen, die eine Reanimation ablehnen, da Patienten ein „Recht auf Unvernunft“ haben. Die Patienten haben ebenso ein uneingeschränktes Vetorecht und können ihre vorliegende Patientenverfügung mündlich widerrufen. Im Gegenzug dazu sollten medizinisch sinnlose Interventionen unterbleiben, auch wenn Patienten danach verlangen. Eine Patientenverfügung dient der Ablehnung und nicht dem Wunsch nach Maßnahmen. Dazu bedarf es einer entsprechenden Aufklärung der Patienten und eines Überblicks über die individuelle Situation. Im Fall drohender Lebensgefahr darf niemandem eine notwendige erste Hilfe verweigert werden. Aus diesen Bestimmungen ergibt sich die grundsätzliche Verpflichtung, alle – im Zweifelsfall auch sterbende – Patienten zu reanimieren. Ein Problem der Patientenverfügung ist, dass eine zentrale Dokumentation bisher fehlt

und die Patienten eine Art „Bringschuld“ haben. In Notfällen bleibt oft nicht die Zeit, die Voraussetzungen näher zu prüfen. Die Notfallregelung in § 12 PatVG lässt die medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet. Es gilt der Grundsatz „in dubio pro vita“. Ist die Patientenverfügung in der Notfallaufnahme bekannt, z. B. weil sie in der Krankengeschichte dokumentiert ist, muss diese beachtet werden. Umfassender können die Patienten ihre Selbstbestimmung antizipiert durch eine Vorsorgevollmacht wahrnehmen. Dazu schließen die Patienten, solange sie noch einsichts- und urteilsfähig sind, einen Bevollmächtigungsvertrag ab, in welchem sie festhalten, welche Aufgaben und Verpflichtungen der Vorsorgebevollmächtigte hat. Dieser Wille kann auch durch eine Patientenverfügung bestärkt werden.

End-of-Life-Discussion

Sollte bei Aufnahme am Lebensende keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorliegen, ist die schriftliche Dokumentation des Patientenwillens völlig ausreichend

(sogenannte End-of-Life-Discussion). Patienten, die eine Reanimation oder einen Transfer auf die Intensivstation wünschen – was aus medizinischer Sicht nicht erfolgversprechend wäre –, sind darüber aufzuklären, dass diese Maßnahmen ihr Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verlängern würden. Diskussionen über das Lebensende helfen den Patienten und deren Familien bei der Krankheitsbewältigung und in der Planung der verbleibenden Lebenszeit. Ehrliche Antworten zu geben und dennoch Hoffnung zu erhalten, stellt eine wertvolle klinische Fähigkeit dar. Ein Behandlungsplan sollte erarbeitet, eingehalten, immer wieder überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Zusammenfassung

Das palliative Management von Patienten in der Notaufnahme richtet sich nach den Symptomen der Patienten und beinhaltet die Fokussierung auf das vordergründigste Problem. Es ist mit Sicherheit unrealistisch und auch nicht zielführend, in einer Notaufnahme dem kompletten Anspruch der Palliative Care in Form einer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Erstversorgung gerecht zu werden. Man sollte stets daran

denken, dass es eine Expertise für die letzte Lebensphase gibt und nicht zögern, auf einer Palliativstation nachzufragen oder ein palliativmedizinisches Konsil einzuholen. Die Hospizbegründerin Cicely Saunders formulierte den Hospizgedanken als „Offenheit, Ganzheit, Einheit von Herz und Verstand sowie geistige Freiheit“. In Zeiten von zunehmenden medizinischen Möglichkeiten und wenig zeitlichen Ressourcen kann dieser Gedanke in allen Bereichen der Patientenbetreuung wertvoll sein. ◆

Literatur

- [1] Bruera E. et al., Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2013; 31: 111–118
- [2] Caraceni A. et al., Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: 70040–70042
- [3] Galbraith S. et al., Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of pain and symptom management* 2010; 39: 831–838
- [4] Morita T. et al., Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management* 2001; 21: 282–289
- [5] Simon S. T., Muller-Busch C., Bausewein C. [Symptom management of pain and breathlessness] *Internist* 2011; 52: 30–35