

7. Bremer Kongress für Palliativmedizin 25.03.2011



SAPV meets emergency medicine

M. Thöns¹, T. Sitte²

¹Praxis für Palliativmedizin, Bochum, ²Deutsche PalliativStiftung, Fulda

Notfall- und Palliativmedizin verfolgen unterschiedliche Behandlungsziele: Die Palliativmedizin versucht die Lebensqualität durch eine gute symptomkontrollierende Behandlung zu verbessern. In der Notfallmedizin dagegen soll primär Leben bewahrt und mittels meist invasiver intensivmedizinischer Methoden die Gesundheit wieder hergestellt werden. Anschaulich heißt es in der Palliativmedizin: low tech – high touch. In der Notfallmedizin ist es genau andersherum.

Insgesamt beträgt der Anteil palliativmedizinischer Notfallversorgungen ca. 3-10% am Gesamteinsatzaufkommen eines Notarztstandortes¹.

Haupteinsatzindikationen betreffen psychosoziale Überlastungssituationen sowie Dyspnoe, Krampfanfälle, Schmerzexazerbation und Vigilanzstörungen.

Gerade aufgrund psychosozialer Überlastung der Angehörigen resultiert oft die Notarztalarmierung, obwohl oft nur ein Ansprechpartner in einer persönlich nicht mehr überschaubaren Situation gesucht wird: Der Leitstellendisponent ist durch Stichworte wie Bewusstseinsstörung, Atemnot oder Schmerzkrise verpflichtet, entsprechend der Ausrückordnung Notarzteinsatzfahrzeug und Rettungswagen einzusetzen. Der Notarzt steht in der Einsatzsituation anschließend im Konflikt zwischen einer zeit- und zueinander intensiven sinnhaften Behandlung und seiner Garantspflicht in Bezug auf eine schnelle Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit. Dieser Konflikt wird dann oftmals durch eine zügige Klinikeinweisung gelöst. Aber genau dies möchten 90% der Menschen am Lebensende nicht – sie wollen daheim bleiben².

Durch die Anwendung einer „Checkliste Palliativpatient“ wurde die durchschnittliche Einweisungsrate von 71% bei Palliativpatienten auf 31% gesenkt werden³. Die Untersuchung zeigte aber auch:

Weniger als die Hälfte der Patienten konnten dem Notarzt einen Arztbrief zeigen, ein Notfallplan war in keinem Fall verfügbar. Nur etwa jeder 4. Patient hatte eine Patientenverfügung, diese war dann auch noch zu 1/3 nicht hilfreich. Die Versorgungszeit bei

Palliativpatienten war fast doppelt so lang (43 vs. 23 min.). Überzufällig häufig fanden die Einsätze außerhalb der regulären Erreichbarkeit des Hausarztes statt.

Weitere Probleme betreffen die Ausrüstung der Rettungsmittel: In Göttingen oder dem EN-Kreis sind gerade einmal 40 mg Morphinsulfat im Notfall verfügbar. Dies ist 1/5 der durchschnittlichen Morphintagesdosis eines Palliativpatienten, dürfte also für einen großen Anteil nicht einmal für eine Durchbruchschmerzattacke ausreichen. Notärzte gaben im Schnitt einem Sterbenden 7,5 mg Morphin i.v. So verwundert nicht, dass in dieser Untersuchung nur 20% der Patienten eine zufriedenstellende Schmerzreduktion erfuhren⁴. Eine Befragung angehender Notfallmediziner ermittelte zudem: Das WHO-Stufenschema kannten nur 63%, die psychische Unterstützung der Angehörigen nach dem Tode fand nur jeder 2. wichtig, mehrheitlich wurde ein Test mit 24 einfachen Wissensfragen zur Palliativ- und Schmerztherapie nicht bestanden: Nur 8% wussten etwa, dass es bei Opioiden zu einer physischen Abhängigkeit kommen kann⁵.

Pointiert könnte man feststellen: Bei der Behandlung eines Palliativpatienten führt der Notarzt für die gegebene Indikation eine fachfremde Behandlung aus. Ein Notarzteinsatzfahrzeug ist das falsche Einsatzmittel für Palliativpatienten.

Dies zu verbessern formulierte jüngst eine Konsensuskonferenz folgende Empfehlungen⁶:

1. Aufbau und Förderung von Strukturen allgemeiner (AAPV) und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV).
2. Kooperation notfall- und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, Prävention von Notfallsituationen, gemeinsame Fortbildungen
3. Berücksichtigung psychosozialer Aspekte, etwa durch das Kriseninterventionskonzept BELLA⁷.
4. Notfallpläne mit Therapiehinweisen und Notfallmedikamentenboxen zur Vorhaltung notwendiger Medikamente sollten patientennah verfügbar sein.
5. Thematisierung von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Notfallbögen
6. Klassifizierung der zu versorgenden Patientengruppe – insbesondere durch vorbehandelnde Ärzte aber auch durch Checklisten⁸.
7. Planung von Versorgungsketten, z.B. grundsätzliche Einweisung auf die Palliativstation

Der bundesweit erste Kooperationsvertrag zwischen dem Palliativnetz Osthessen und dem Rettungsdienst des Landkreis Fulda hatte wesentliche Aspekte dieser Empfehlungen umgesetzt. Er sieht beispielhaft eine Alarmierung des SAPV Teams in folgenden Situationen vor: Zur Sterbebegleitung des Patienten und seiner Angehörigen, zur adäquaten spezialisierten Symptomkontrolle aber auch zur Klärung von die allgemeine Patientenversorgung betreffenden Problemen⁹. Anhand von Patientenbeispielen werden im Vortrag weitere Projekte vorgestellt.

Für die Verfasser:

Dr. med. Matthias Thöns

Praxis für Palliativmedizin

Unterfeldstr. 9

44797 Bochum

www.palliativnetz-witten.de

email@sapv.de

7. Bremer Kongress für Palliativmedizin 24. 3. 2011 bis 26. 3. 2011

¹ Wiese CHR et al: Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. *Anästhesist* 60 (2011) 161

² Schäfer T, Zenz M, Thöns M: Spezialisierte palliativärztliche Patientenversorgung durch das Palliativnetz Bochum e.V. *Der Schmerz* 23 (2009) 518-522

³ Laufenberg-Feldmann R et al: Leben retten – sterben zulassen. Erfassung notärztlicher Einsätze bei Patienten in der Terminalphase. *Schmerz* 25 (2011) 69-76

⁴ Wiese CHR et al: Notärztliche Behandlung akuter Schmerzexazerbationen bei ambulanten Palliativpatienten in Deutschland. *Notfall Rettungsmed* 13 (2010) 781 - 788

⁵⁵ Wiese CHR et al: Kenntnisse angehender Notfallmediziner über die Tumorschmerztherapie bei Palliativpatienten. Prospektive fragebogenbasierte Untersuchung. *Schmerz* 24 (2010) 508

⁶ Wiese CHR et al: Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. *Anästhesist* 60 (2011) 161

⁷ Sonneck G: *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas Wien (2000)

⁸ Laufenberg-Feldmann R et al: Leben retten – sterben zulassen. Erfassung notärztlicher Einsätze bei Patienten in der Terminalphase. *Schmerz* 25 (2011) 69-76

⁹ Sitte T, Thöns M, Stepan R: Vernetzung von Rettungsdienst und Palliativversorgung – innovativ, verbindlich, effektiv? Abstract 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Dresden 10.09.2010