

Die Palliativmedizin

....und der ambulante Notfall



Dr. Katinka Rockmann

ärztliche Leitung

SAPV PALLIAMO, Regensburg

conflict of interest

keine

Worum geht's heute?

Palliativmedizin

meets

Notfallmedizin

SAPV

112

Was ist SAPV

- **spezialisierte ambulante Palliativversorgung**
- Spezialisiertes, multiprofessionelles Team (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Seelsorger....)
- ausschließlich Hausbesuche (auch in Heimen)
- „mobile Palliativstation“
- **zusätzlich** zu Hausarzt und Pflegedienst
- Leistung der gesetzlichen Krankenkassen
- In Bayern flächendeckend (Landkreise)

Was macht die SAPV

- Palliativteam kommt nach Hause (je nach Bedarf)
- 24h Rufbereitschaft, falls erforderlich
- **Medizinische** Unterstützung:
 - Symptomkontrolle (Medikamente, Interventionen, Verschreibungen...)
- **Pflegerische** Unterstützung:
 - Besondere Palliativpflege
- **Seelsorgerischer** Beistand, Unterstützung bei **ethischen** Entscheidungen, **sozialrechtliche** Unterstützung.....

Ziel: Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze vermeiden. Sterben zuhause ermöglichen, falls gewünscht!

SAPV- wann?

1. „Weit fortgeschrittene, progrediente Erkrankung“
2. „komplexes Symptomgeschehen“
3. „Bezug zum Lebensende“

Durchschnittliche Betreuungsdauer: 21 Tage, Median: 11 Tage

www.sapv-bayern.de

www.palliamo.de

Wer ist ein „Palliativpatient“ ?

Diagnose

Prognose

**Wunsch
des
Patienten**

SAPV

112

Welche Szenarien sind für Sie praktisch relevant?

- Notarzt braucht SAPV
- SAPV braucht Notarzt

Notarzt braucht SAPV

Sie werden als Notarzt zu einem Patienten gerufen, der:

- an einem akuten Symptom leidet **und**
 - sich in der Sterbephase befindet **oder**
 - nicht mehr transportfähig ist **oder**
 - nicht (mehr) ins Krankenhaus möchte
- **SIE** müssen zuhause handeln!





Fall 1 : Frau M., 79 Jahre....

Wochenende, Anruf von Tochter (112)

„Bekommt keine Luft, brodeln, „weggetreten““

„heute Nachmittag thorakale Schmerzen“



Frau M.

- Ossär metastasiertes Mamma Ca, keine Therapie mehr
- Bekannte KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz
- Zuletzt im Haus rollatormobil
- Heimplatz organisiert, da keine Versorgung zuhause möglich; ambulanter PD 1x täglich (Tabletten richten, Grundpflege)
- Verwitwet, 1 Tochter (wohnt im Haus)



Frau M.

- liegt auf Sofa, nicht kontaktierbar, kaltschweißig, deutliches Brodeln über beiden Lungen, SaO₂ 82%, RR 90/69mmHg, HF 122/min
- Klinischer Verdacht: Myokardinfarkt
- keine Patientenverfügung, Tochter bevollmächtigt,
- „Sie wollte nicht mehr“, „will zu Ihrem Mann“, „bloß kein KH“



Frau M.

- i.v. Zugang, Morphin i.v. / Midazolam, Lasix -> Patientin entspannt
- Info SAPV: s.c. Pumpe mit Morphin, Midazolam, Robinul, Bedarf: Tavor expidet, 24 Rufbereitschaft
- Hospizbegleitung organisiert
- Verstirbt innerhalb von 2 Tagen zuhause im Beisein der Tochter (einmaliges Absaugen und Dosisanpassung erforderlich)

Leitthema

Notfall Rettungsmed 2011 · 14:448–458
DOI 10.1007/s10049-011-1527-8
Online publiziert: 6. Oktober 2011
© Springer-Verlag 2011

Redaktion

U. Kreimeier, München
C. Waydhas, Essen

J. in der Schmitt¹ · **S. Rixen**² · **G. Marckmann**³

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

² Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht,
Universität Bayreuth

³ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1)

Geklärte und offene Fragen
nach Verabschiedung
des Patientenverfügungsgesetzes

SAPV braucht Notarzt



Fall 2: Herr H., 74 Jahre

- Weit fortgeschrittenes, metastasiertes Bronchialkarzinom
- SAPV (24h Rufbereitschaft), aber 35 km entfernt
- Schmerzen, Atemnot, AZ-Verschlechterung
- Morphin (Retardtabletten, Tropfen und Effentora), O2 und Tavor vor Ort



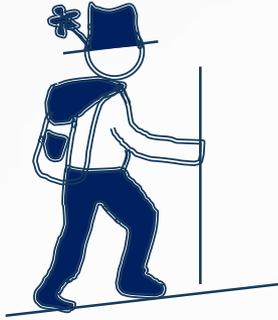
Herr H.

- Über Tage hinweg zunehmende AZ Verschlechterung, bettlägerig, kann Medikamente noch schlucken
- Nachts: Plötzliche heftige Schmerzattacke und Vigilanzminderung, Panik der Ehefrau
- Ehefrau verständigt erst 112, dann SAPV, dann alle Nachbarn und Freunde
- Notarzt trifft ein (Hubschrauber!!!), findet kreislaufinstabilen, sterbenden Patienten, massives Stöhnen, Schmerzen
- SAPV Mappe mit Notfallplan: Keine Rea, keine KH Einweisung.



Herr H.

- NA versucht Zugang zu legen -> Versuch ZVK (frustran)
- SAPV trifft ein
- Morphin und Midazolam s.c.
- s.c. Pumpe mit Morphin und Midazolam; Stabilisierung Ehefrau
- Patient verstirbt am nächsten Tag



Take home message:

- 1. Palliativmedizin ist individuell**
- 2. Pragmatische Herangehensweise vorteilhaft**
- 3. Es gibt ein SAPV Team auch in Ihrer Nähe !**

www.sapv-bayern.de

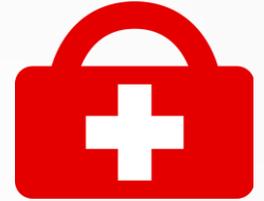
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



k.rockmann@gmx.net

www.palliamo.de

„Notfall“ bei Palliativpatienten



- I. **unabhängig** von der Grunderkrankung (z.B. Apoplex)
- II. aufgrund **therapiespezifischer** NW (z.B. Übelkeit nach Chemo)
- III. mit neu aufgetretenen oder zunehmenden **krankheitsassoziierten** Symptomen (Schmerzen / Atemnot bei Metastasen)
- IV. oder aber:
 - Notfall bei einem (bislang nicht „palliativen“) Patienten, der hierfür keine kurative Therapie mehr wünscht.
 - (unruhiger) Sterbeprozess