

PALLIATIVPFLEGE IN REPUBLIK MOLDAU



**Consolidarea serviciilor
de îngrijiri paliative
în Republica Moldova**

PROJEKTDOKUMENTATION:



**Palliativ-
Netzwerk**

in der Republik Moldau

Projektdokumentation
Projekt „Aufbau des Palliativpflege Netzwerkes in der Republik Moldau“



**Palliativ-
Netzwerk**

in der Republik Moldau

Herausgeber:
Moldova-Institut Leipzig e.V.

In Kooperation mit:
Dr. med. Dörte Schotte
(Palliativstation, Universitätsklinikum Leipzig)

Redaktion:
Dr. Vasile Dumbrava

Titelbild:
<https://www.123rf.com>



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung



Else
Kröner
Fresenius
Stiftung

CUPRINS

Introducere	4
Instituții implicate în proiect	5
AO „Gloria”, or. Ceadâr-Lunga, r. Ceadâr-Lunga	5
Hospice „Carolina de Nord”, s. Zubrești, r. Strășeni	5
Hospice „Casa Angelus”, s. Isacova, r. Orhei	6
Fundatia Hospice Angelus Moldova, mun. Chișinău, mun. Bălți	6
Context	7
Definiție și scop	8
Ce este și ce presupune îngrijirea paliativă?	8
Concepția și modele de organizare a serviciilor	10
Formarea profesională	11
Politica Națională de Sănătate în domeniul dezvoltării îngrijirilor paliative	11
Referințe	14
Anexe	16
Abordări moderne în terapia durerii (<i>Dr. Dörte Schotte</i>)	16
Îngrijirea paliativă și asistența de tip hospice în Germania (<i>Dr. Dörte Schotte</i>)	127

INTRODUCERE

În perioada 5 decembrie 2017 – 29 februarie 2020 am desfășurat proiectul „Aufbau des Palliativpflege Netzwerkes in der Republik Moldau”, proiect finanțat de Ministerul Federal pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (BMZ) și fundația Else Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS) din Germania în cadrul programului „Klinikpartnerschaften – Partner stärken Gesundheit”. În cadrul acestui proiect am organizat două seminare în Republica Moldova și un sejur la clinica universitară din Leipzig (departamentul îngrijirea paliativă) pentru personalul medical de la instituții de tip hospice, care lucrează în domeniul îngrijirii paliative în Republica Moldova.

Scopul măsurilor organizate în cadrul proiectului „Aufbau des Palliativpflege Netzwerkes in der Republik Moldau” a fost transferul de cunoștințe, schimbul de experiență și crearea unei rețele de persoane și instituții implicate în domeniul îngrijirii paliative. Experții din Germania (Dr. med. Dörte Schotte (Leipzig), Dr. Annett Neisser-Schön (Leipzig), Nicole Wegner (Leipzig), Maria Herzog (Dortmund), Beate Zoremba-Braun (Düsseldorf)), au contribuit esențial la transferul de cunoștințe.

Această broșură conține linkuri utile, precum și informații și prezenări obținute de la experții din Germania care au participat în acest proiect.

INSTITUȚII IMPLICATE ÎN PROIECT

AO „Gloria”, or. Ceadâr-Lunga, r. Ceadâr-Lunga

Hospice-ul a fost deschis în anul 2013 cu suportul financiar al Asociației „Wort und Tat” din Germania și are o capacitate de 19 paturi pentru maturi, care sunt în rulaj permanent. Resursele umane care asigură activitatea hospice-ului constau în mediu 24 persoane, dintre care 6 asistente medicale, 6 infirmiere și 1 medic cu profil terapeutic. Personalul medical este permanent instruit de către curatorul lor din Germania. Odată cu deschiderea acestuia au realizat activități de promovare activă în rândurile Centrelor de Sănătate și a IMSP-ilor din întreg teritoriul Republicii Moldova. În acest hospice predomină pacienții oncologici „deoarece cea mai mare suferință este durerea oncologică”. Celelalte categorii de pacienți constituie circa 3-4 %. Managementul durerii este efectuat de medicul terapeutic din cadrul hospice-lui. Perioada de internare în hospice se decide individual pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile acestuia. Cheltuielile pentru asigurarea activității sunt suportate de fondatorul din Germania și doar pentru o mică parte (vizite la domiciliu) din FAOM.

<http://ceadir-lunga.md/>

Hospice „Carolina de Nord”, s. Zubrești, r. Strășeni

Asociația Obstească „Prosperare” Zubrești și-a început activitatea în 2006 cu suportul financiar al statului american Carolina de Nord. Hospice-ul furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și îngrijire în unități cu paturi, având capacitatea de 15 paturi. În cadrul instituției activează 5 asistente medicale și 2 medici. Din spusele angajaților instituției pacienții oncologici predomină, însă mai au și beneficiari non-oncologici (cu AVC și ciroză hepatică). La moment, majoritatea cheltuielilor pentru serviciile prestate de instituție, inclusiv remunerarea personalului sunt acoperite din contractarea cu CNAM. Limita per pacient constituie 30 zile pe an, iar costul unei zile-pat constituia 331 lei. Managementul durerii nu se face în cadrul instituției. Doza de opioide este stabilită doar de către oncolog și pacientul este internat deja cu această doză stabilită.

Hospice „Casa Angelus”, s. Isacova, r. Orhei

„Casa Angelus”, reprezintă primul Centru de Îngrijiri paliative Pediatrie, deschis în vara anului 2017, în satul Isacova, raionul Orhei, de către Fundația Hospice Angelus Moldova. Misiunea Centrului „Casa Angelus” este de a oferi asistență medico-socială, pe o perioadă de 14 zile, copiilor cu maladii incurabile progresive și avansate, cu posibilitatea reinternării. Casa Angelus are capacitatea să interneze până la 18 copii. Serviciile oferite de Centrul „Casa Angelus” sunt în totalitate gratuite, destinate copiilor din întreaga republică. Au început activitatea cu 3 copii, luați din îngrijiri la domiciliu din Chișinău. În cadrul instituției activează un medic; un psiholog-pedagog; un kine-toterapeut; 5 asistente medicale și 5 infirmiere. În anul 2018 au beneficiat de serviciile instituției 110 copii. Predomină pacienți non-oncologici (cu paralizie cerebrală și sindrom Rett).

Fundația Hospice Angelus Moldova

Hospice Angelus Moldova este o organizație nonguvernamentală, care are ca scop principal din anul 2000, de când a fost înființată, să creeze un sistem de îngrijiri paliative pentru pacienții cu maladii incurabile, progresive, avansate, cu pronostic limitat de viață până la 12 luni. Hospice Angelus s-a implicat, a inițiat și a asistat la elaborarea multor documente legislative și modificări de legi organice, ca să creeze și să asigure accesul al pacienților la îngrijirea paliativă.

Echipa medicală Hospice Angelus prestează servicii de îngrijire paliativă copiilor și adulților care suferă de boli incurabile, inclusiv de cancer în stadii progresive sau avansate, în raza municipiilor Chișinău și Bălți. Anual de serviciile echipelor de la fundația Hospice Angelus Moldova beneficiază peste 2500 de pacienți. Majoritatea resurselor Fundației Hospice Angelus provin din donații. Statul acoperă doar 50% din cheltuieli. Echipa de la Hospice Angelus a introdus serviciile de îngrijiri paliative și în stânga Nistrului.

<https://hospice.md/>

CONTEXT

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, la nivel global cca 40 mln. de persoane au nevoie de îngrijiri paliative în fiecare an și doar 14% din ele beneficiază de acestea.

<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care>

Rezoluția Asambleei Mondiale a Sănătății din 2014 a chemat statele membre să elaboreze și să implementeze politici publice pentru dezvoltarea îngrijirilor paliative, eficiente din punct de vedere economic și prestate în mod echitabil, cu scop de integrare a acestora în procesul de prestare a serviciilor de sănătate de la toate nivelurile. Îngrijirea paliativă este un serviciu de sănătate necesar pentru adulți și copii.

http://www.thewhpca.org/images/resources/publications-reports/Universal_health_coverage_report_final_2014.pdf

Asistența paliativă în Republica Moldova este insuficient dezvoltată, iar pacienții au acces limitat și fragmentar la aceste servicii. Numărul persoanelor care suferă de boli incurabile și avansate, care nu mai răspund la tratament și din această cauză necesită îngrijiri paliative, se estimează la circa 25 de mii. Doar 8 la sută dintre acești pacienți beneficiază de îngrijiri paliative ce ușurează

suferința persoanelor ajunse în faza terminală a vieții. Acestea sunt doar câteva dintre constatările autorilor unui raport cu privire la implementarea prevederilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) în acest domeniu, raport elaborat cu suportul Departamentului Sănătate Publică al Fundației Soros Moldova

https://www.soros.md/files/publications/documents/RAPORT_PALIATIVE_compressed.pdf

Deși Republica Moldova a semnat în 2014 un acord cu Organizația Mondială a Sănătății, unde se angaja să implementeze servicii paliative de calitate a înregistrat însă progrese modeste ori, pe alocuri, chiar a bătut pasul pe loc

DEFINIȚIE ȘI SCOP

Ce este și ce presupune îngrijirea paliativă?

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), „îngrijirea paliativă reprezintă îngrijirea activă și totală a pacienților a căror boală nu mai răspunde la tratament curativ. OMS definește îngrijirea paliativă ca fiind „o abordare menită să amelioreze calitatea vieții pacienților (adulți și copii) și familiilor acestora, atunci când se confruntă cu probleme asociate bolilor amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea și tratamentul corect al durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale sau spirituale. Îngrijirea paliativă respectă dreptul pacientului la liberă alegere și sprijină familia să facă față problemelor practice, inclusiv celor legate de pierdere și suferință pe parcursul bolii persoanei apropiate și în cazul decesului acesteia”

http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Rezolutia-OMS-2014_RO.pdf



Îngrijirea paliativă modernă, care s-a dezvoltat original din munca de pionierat a doamnei Cicely Saunders, și mișcarea Hospice în îngrijirea pacienților cu cancer avansat, sunt acum recunoscute ca model de îngrijire care se aplică în condițiile mai multor boli cronice amenințătoare de viață. Această poziție s-a consolidat recent la nivel internațional printr-o rezoluție a Consiliului Mondial al Sănătății (WHA) care a recomandat accesul echitabil la îngrijirea paliativă indiferent de boala cronică cu care se confruntă pacientul.

Îngrijirea paliativă se concentrează asupra anticipării, prevenției, diagnosticului și tratamentul simptomelor care apar la pacienții în fază terminală și contribuie la sprijinul familiilor care trebuie să ia decizii dificile pentru persoanele dragi lor.

„Este îngrijirea oamenilor care au o boală foarte avansată și o durată limitată de viață. Terapia paliativă ameliorează simptomele, iar noi trebuie să acceptăm că boala nu mai poate fi vindecată. „Palliative Care“ sau îngrijirea paliativă semnifică întotdeauna un tratament integral. Niciodată nu este orientată doar pe partea terapiei propriu-zise, ci este foarte cuprinzătoare. Pe lângă asistență, îngrijire, îngrijire medicală, multe alte grupuri profesionale contribuie echidistant pentru a asigura un tratament adecvat. Aici se include terapia durerii, nutriția și medicamentele suportate. Este importantă reducerea dificultăților respiratorii, a senzației de greață, vomă. Dar și consilierea și asistența emoțională, îngrijirea psiho-socială, doliul, supravegherea și multe altele. Palliative Care înseamnă a acorda atenție asupra calității timpului rămas din viață. Se poate face încă atât de mult în acest sens, chiar dacă împotriva evoluției bolii nu se mai poate face nimic.” (Sursa: *Din caietul Sfaturi de îngrijire. Îngrijirea paliativă, editat de Thomas Sitte. Ediția a 16-a*).

Scopul îngrijirii paliative este asigurarea unei cât mai bune calități a vieții pentru bolnavi și pentru familiile acestora.” În contextul îngrijirilor paliative, Robert Twycross a definit calitatea vieții ca fiind „satisfacția subiectivă resimțită sau exprimată de un individ” (Sursa: *Twycross si Wilcock, Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung*, 2003).

Abordarea paliativă vizează includerea în practica clinică a întregului personal medical a principiilor esențiale ale îngrijirii paliative. Această abordare se dobândește prin instruirea de bază sau prin cursuri introductive de îngrijire paliativă.

Îngrijirea paliativă:

- Oferă controlul durerii și al altor simptome neplăcute;
- Susține viața și consideră moartea ca pe un proces firesc;
- intends neither to hasten or postpone death;
- Integrează în îngrijirea pacientului aspectele psiho-emoționale, sociale, spirituale și culturale;
- Oferă un sistem de suport care să permită pacientului să ducă o viață cât mai activă posibil de-a lungul evoluției bolii, pînă la final;
- Oferă sprijin familiei pentru a face față problemelor pe parcursul bolii pacientului și după decesul acestuia;
- Asigură o abordare în echipă interdisciplinară a nevoilor complexe ale pacientului și familiei, inclusiv consiliere în perioada de doliu, dacă e cazul;
- Îmbunătățește calitatea vieții și implicit cursul și evoluția bolii;
- Este aplicabilă încă din primele stadii ale bolii, în corelație cu alte terapii de prelungire a vieții (chimioterapia sau radioterapia) și include investigații necesare înțelegerii și controlului complicațiilor clinice în evoluția bolii.

Sursa: *Organizația Mondială a Sănătății (2002)*

CONCEPȚIA ȘI MODELE DE ORGANIZARE A SERVICIILOR

Concepția de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova a fost aprobată de Ministerul Sănătății prin ordinul nr.234 din 09.06.2008. Această concepție prevedea și acțiunea de elaborare și aprobare a formularelor statistice de evidență și raportare a activității prestatorilor de îngrijiri paliative care nu a fost pe deplin realizată până în prezent.

http://ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._234_din_09.06.2008.pdf

Modele de organizare a îngrijirii paliative sunt:

- unitate cu paturi tip hospice;
- paturi de îngrijire paliativă în spital;
- echipa de îngrijire paliativă la domiciliu;
- echipe mobile de îngrijire paliativă.

Prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.1570 din 27.12.2013 „Cu privire la organizarea asistenței medicale paliative, conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice raionale”, începând cu 01.01.2014 au fost obligați să desfășoare paturi de îngrijiri paliative, reieșind din numărul populației deservite, cu asigurarea condițiilor necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative. În anul 2015 a fost aprobat un nou Nomenclator al instituțiilor medico-sanitare spitalicești. Conform acestuia, 30 paturi de îngrijiri paliative sunt prevă-

zute în Spitalul Clinic Municipal nr.4 din Chișinău (spital specializat în îngrijiri paliative) și 30 de paturi în Spitalul de Psihiatrie mun.Bălți. Celelalte instituții medico-sanitare spitalicești au prevăzute paturi pentru îngrijiri cronice și acute. Standardele de evaluare și acreditare pentru prestatorii de îngrijiri paliative au fost stabilite de Consiliul Național de Acreditate în anul 2015.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/activitate_evaluare_acreditare/ingrij_paliative1.pdf

Aceste unități presupun existența unei echipe multidisciplinare, specializată în îngrijire paliativă, care asistă pacienți și familii cu nevoi complexe de îngrijire fizică, psiho-socială și spirituală. Echipa de îngrijiri paliative la domiciliu asigură asistență specializată pacienților eligibili. Locul de desfășurare a activității este la domiciliul pacienților. Aceste echipe asigură servicii complexe de tip medical, nursing, îngrijiri de bază, asistență socială, asistență psiho-emoțională și spirituală adresate pacientului și familiei acestuia. Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu constituie modelul de baza pentru organizarea și dezvoltarea serviciilor paliative în Republica Moldova, deoarece permit pacientului să fie în mediul său de viață, păstrează unitatea familiei.

În Republica Moldova pacienții paliativi sunt în grija și responsabilitatea medicilor de familie. Sectorul privat este unicul prestator ce oferă atât servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, cât și de tip hospice, în timp ce sectorul public prestează doar servicii spitalicești-paturi pentru îngrijiri paliative. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS) deține responsabilitatea deplină pentru organizarea și reglementarea serviciilor de îngrijiri paliative, iar Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) este responsabilă pentru evaluarea și acreditarea serviciilor de îngrijiri paliative. CNAM poartă răspunderea de încheiere cu prestatorii de servicii a contractelor de acordare a îngrijirilor paliative persoanelor asigurate. MSMPS aprobă regulamentele și nomenclatorul prestatorilor de servicii, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, precum și lista serviciilor prestate de către aceștia. De asemenea, MSMPS elaborează și aprobă întreaga politică în domeniul îngrijirilor paliative, care include standardele, protocoalele clinice și toate reglementările în domeniul prestării serviciilor de îngrijiri paliative. Majoritatea prestatorilor de îngrijiri paliative din sectorul public aparțin autorităților administrației publice locale (AAPL), deoarece acestea sunt fondatorii unui număr mai mare de IMSP.

Formarea profesională

Educația specialiștilor în sfera îngrijirii paliative este o componentă de bază în cadrul sistemului de sănătate. „Putem avea politici foarte bine dezvoltate, putem avea acces la medicamentele necesare,

dar în momentul în care medicii nu au cunoștințe suficiente ca să poată să ofere serviciile necesare pacientului, atunci aceste eforturi sunt zadarnice“, spun specialiștii.

Începând cu anul de studii 2016 – 2017 în curricula Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” a fost inclusă disciplina – Medicina Paliativă. Acest fapt s-a realizat în cadrul Proiectului „Fortificarea resurselor umane în domeniul Îngrijirii Paliative în Republica Moldova”, susținut de Fundația Soros-Moldova. Implementarea și coordonarea acestei discipline, etapa universitară a fost atribuită Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală. Scopul cursului este familiarizarea studenților cu principiile de bază în asistența paliativă; managementul durerii acute și cronice în paliatie; managementul simptomelor în medicina paliativă; managementul echipei multidisciplinare în asistența paliativă; aspecte psiho-sociale, cultură, religie și spiritualitate în asistența paliativă și etica aplicată sau comunicarea în asistența paliativă.

În Republica Moldova, instruirile în domeniul paliatiei au fost inițiate, în special, începând cu anul 2013, fiind organizate din surse ale donatorilor, însă fiind sporadice. Cursurile au fost oferite atât medicilor de familie, cât și medicilor-oncologi și asistentelor medicale. În perioada 2015-2016 cu suportul Fundației Soros Moldova a fost dezvoltat un proiect de fortificare a capacităților de instruire a USMF „Nicolae Testemițanu”. Au fost dezvoltate curricule la nivel universitar (anul 5 de studii), rezidențiat Medicina de Familie și curs de formare continuă pentru medicii de familie.

Politica Națională de Sănătate în domeniul dezvoltării îngrijirilor paliative

Politica Națională de Sănătate adoptată de Guvern în anul 2007 este unicul document în vigoare care stabilește viziunea dezvoltării îngrijirilor paliative până în anul 2021. În conformitate cu acest document, accesul la îngrijiri paliative se bazează pe principiul respectării demnității și necesităților specifice ale bolnavului în fază terminală și include obligatoriu controlul durerii și al altor simptome, suportul psiho-emoțional și spiritual, sprijinul familiei, inclusiv în perioada de doliu. Documentul mai prevede că statul facilitează accesul la medicamentele necesare (inclusiv analgezicele opioide), în forme și doze adecvate pentru uz medical, prin ajustarea cadrului normativ la standardele și recomandările Consiliului Europei și OMS. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 a trasat acțiuni pentru perfecționarea mecanismelor de plată pentru îngrijiri paliative, crearea serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul asistenței medicale spitalicești.

În anul 2008 MS a aprobat Concepția de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative în RM și Planul de măsuri privind dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative pentru anul 2008. Acest document de politici a contribuit ponderal la dezvoltarea cadrului de reglementare pentru îngrijiri paliative, dar nu a reușit să asigure un mecanism intersectorial de prestare a serviciilor în funcție de nivelul și intervențiile de îngrijiri paliative. Concepția din anul 2008 estima că anual până la 60% din persoanele decedate¹⁸ (total - 25830

pacienți, inclusiv 17642 din mediul rural și 8188 din mediul urban) ar necesita îngrijiri paliative, însă după 10 ani de implementare, în anul 2018, au beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu cca 37-38%, iar în unitățile cu paturi/hospice - cca 21-25% din cei care au necesitat îngrijiri paliative în anul 2018.

După șase ani de la aprobarea Concepției de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova a fost elaborat proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018. Acest proiect de document de politici, de asemenea, estima că anual 23235 pacienți necesită servicii de îngrijiri paliative, cu toate acestea, în anul 2013 doar 2 mii de pacienți au beneficiat de serviciile de îngrijiri paliative. Printre obstacolele principale legate de prestarea serviciilor de îngrijiri paliative proiectul Programului național din 2014 a evidențiat insuficiența prestatorilor de servicii la nivel național, imposibilitatea pacientului cu boală incurabilă de a alege unde să-și petreacă ultimele momente din viață și insuficiența de protocoale clinice și de standarde de calitate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative. Printre probleme s-a mai menționat că IMSP de asistență medicală primară și spitalicească nu prestează servicii specializate de îngrijiri paliative, ignoră criteriile de selectare a beneficiarilor și nu implementează pe deplin Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”.

Proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018 avea identificate patru obiective care să redreseze situația: i) Eficientizarea dirijării serviciilor de îngrijiri paliative; ii) Îmbunătățirea finanțării serviciilor de îngrijire paliativă; iii) Prestarea cost-eficientă a serviciilor de îngrijiri paliative; iv) Optimizarea sistemului de generare a resurselor.

Cu toate că proiectul Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative pentru anii 2014-2018 a fost acceptat de Ministerul Sănătății, acesta nu a fost promovat spre aprobarea Guvernului. Totodată, Guvernul a aprobat Programul național de control al cancerului pentru anii 2016-2025. Programul național de control al cancerului (PNCC), reieșind din situația epidemiologică creată prin cancer, a stabilit că în serviciile de îngrijiri paliative trebuie să activeze 143 de medici și 684 de asistenți medicali, de vreme ce în anul 2016 în țară erau angajați doar circa 20 de profesioniști cu competențe în acest domeniu. Dar nici cei 20 de profesioniști cu competențe în îngrijiri paliative nu erau certificați în țară, iar îngrijirea paliativă nu era recunoscută ca specialitate sau subspecialitate. Îngrijitorii și pacienții cu cancer nu dispun în mod gratuit de utilajul de bază necesar pentru îngrijire (WC-uri mobile, scaune cu roțile, echipamente de fixare pentru fracturi, pansamente pentru escare etc.). PNCC pentru anii 2016-2025 și-a trasat obiectivul prin care urmează să se asigure dezvoltarea serviciilor paliative, a celor de reabilitare și accesul efectiv al pacienților cu cancer la aceste servicii.

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) a venit în februarie 2020 cu o inițiativă pentru soluționarea problemelor legate de absența datelor statistice obiective și relevante despre activitatea prestatorilor de îngrijiri paliative.

<https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Download/153>

Lipsa unor asemenea date și necesitatea unui formular statistic e evidență și a fost identificată și în cadrul raportului „Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019”.

<http://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/144>

REFERINȚE

1. Bătrânii din Moldova mor în condiții mizereabile. De ce îngrijirile paliative nu funcționează

<http://sanatateinfo.md/News/Item/8914>

2. Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții,

http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Rezolutia-OMS-2014_RO.pdf

3. Ghid în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie), Chișinău 2017

<http://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Download/87>

4. Global Atlas Identifies Unmet Need for Palliative Care, January 28, 2014

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/>

5. Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019 (23.12.2019)

<https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/144>

6. Îngrijirile paliative în Republica Moldova – Realitate și perspectivă,

https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/24-29_1.pdf

7. Medicina paliativă

<https://www.cusim.md/files/img/site/1.%20Introducere%20%C3%AEn%20medicina%20paliativ%C4%83.pdf>

8. Moldova nu are un Program național în îngrijiri paliative și duce lipsă de specialiști instruiți (17.06.2014)

<http://e-sanatate.md/News/2771/moldova-nu-are-un-program-national-in-ingrijiri-paliative-si-duce-lipsa-de-specialisti-instruiti-tara-insa-a-semnat-rezolutia-privind-ingrijirile-paliative-si-s-a-angajat-sa-dezvolte-aceste-servicii>

9. PALIAȚIA – Revista de Îngrijiri Paliative

<https://www.paliatia.eu/new/ro/despre-paliatia/>

10. Îngrijirea paliativă, un domeniu neglijat. Viața are prioritate și în ultima clipă (2019),

<https://sputnik.md/analytics/20191012/27837290/ingrijirea-paliativa-domeniu-neglijat-Viata-are-prioritate.html>

11. Standard național de îngrijiri paliative (2010)

http://89.32.227.76/_files/15098-Standardi%2520Na%25C5%25A3ional%2520de%2520%25C3%258Engrijiri%2520Paliative.pdf

12. Studiu: „Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019” (autori: Ghenadie Țurcanu, coordonator de programe, Centrul PAS Rita Seicaș, coordonator de programe, Centrul PAS),

http://www.soros.md/files/publications/documents/Ingrijiri%20Paliative%202019%20%20Print_compressed.pdf

13. WHO Definition of Palliative Care

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

14. WHO Factsheet on Palliative Care, August 2017

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

ANEXE



Moderne Ansätze der Schmerztherapie

Abordări moderne în terapia durerii



Dr. Dörte Schotte

Universitätsklinikum Leipzig AöR

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Palliativstation

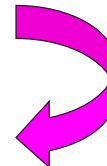


**„ Ich habe keine Angst vor dem Tod,
nur unendliche Angst vor dem
Sterben, dem Leiden und vor allem
vor den starken Schmerzen.“**

How people die in hospital general wards

Toscani F. J Pain Symptom Mang 2005;30;33-40

- ☞ Inzidenz un-/ unterbehandelter quälender Symptome: 72%
- ☞ Schmerz: 75%
- ☞ Stärkste Schmerzen: 42%
- ☞ Schwere Atemnot: 45%
- ☞ Routinepflege bis zum letzten Lebenstag
- ☞ Routineblutabnahmen: 67%
- ☞ Anforderung eines PC-Experten: 7%



**-> WENN SIE ZUM STERBEN IN EIN KRANKENHAUS KOMMEN;
ERHALTEN SIE EHER EINE BLUTENTNAHME ALS EIN SCHMERZMITTEL**

Der Opiatmythos

- ☞ Opiate machen süchtig.
- ☞ Opiate verursachen bei chronischen Schmerzpatienten eine gefährliche Atemdepression
- ☞ Opiate sedieren und behindern soziale Kontakte
- ☞ Wenn man mit Morphin beginnt, ist alle Hoffnung aufgegeben.
- ☞ Opiate haben hohe Nebenwirkungen und man stirbt schneller...

Fakten

- ☞ Kein höheres Suchtrisiko unter Schmerzpatienten als unter der Gesamtbevölkerung
- ☞ Schmerz ist ein physiologischer Antagonist gegen opioidbedingte Atemdepression. Morphin wird sogar bei Dyspnoe eingesetzt!
- ☞ Müdigkeit eher ein Problem in der Einstellungsphase
- ☞ Morphin wird bereits frühzeitig angewendet, nicht erst in Sterbephase
- ☞ Nebenwirkungen sind berechenbar und können präventiv behandelt werden

Komplexe Symptome in der letzten Lebensphase

Symptom	% leichte Ausprägung	% mittlere/ schwere Ausprägung	Gesamt %
Schwäche	11	83,7	94,7
Müdigkeit	21,6	67,6	89,2
Appetitmangel	18,8	64,2	83
Schmerzen	21,5	55,8	77,3
Obstipation	24,4	33,2	55,6
Dyspnoe	22,6	33,2	55,8
Übelkeit	23,8	27	50,8
Erbrechen	11,9	18,1	30
Depressivität	28,7	32,9	61,6
Angst	28,3	38,5	66,8



*HOPE - Symptomausprägung bei Aufnahme Palliativeinheit (n=1390)

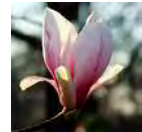
Im Verlauf einer Tumorerkrankung treten Schmerzen auf

(Schmerz unabhängig vom Stadium der Tumorerkrankung! Angst vieler Patienten, dass starker Schmerz = naher Tod bzw. Fortschreiten der Erkrankung!!!)

50% im Anfangsstadium

80% im Finalstadium

90% **könnten** erfolgreich therapiert werden



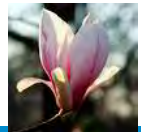
Tumorbedingte Schmerzursachen

- ☞ 60%-80%
- ☞ Knochenmetastasen und Weichteilinfiltration
- ☞ Kompression, Verschluß von Blutgefäßen, Nervenstrukturen, Lymphgefäßen
- ☞ Tumornekrosen
- ☞ Verlegung eines Hohlorganes (Darm, Blase)
- ☞ Schwellung von Organen (Leberkapselschmerz)



Therapiebedingte Schmerzen

- ☞ 10-25%
- ☞ Operation (Wund-, Narbenschmerzen)
- ☞ Radiatio (Haut, Schleimhäute)
- ☞ Chemotherapie (Injektionsschmerz, Neuropathie)
- ☞ Schmerztherapie (opioidbedingte Verstopfung)



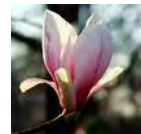
Tumor- und Therapiessoziierte Schmerzen

-  Zosterneuralgie (Gürtelrose)
-  Pilzinfektionen
-  Venenthrombose, Thrombophlebitis
-  Mukositis (Schleimhautentzündungen)

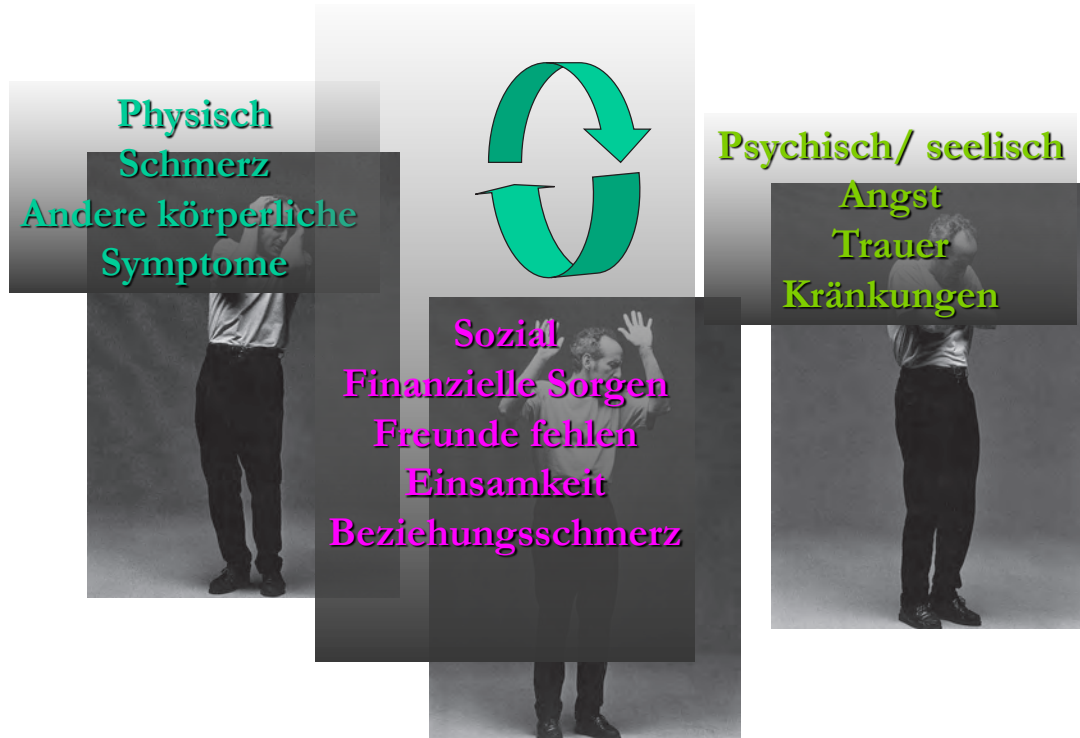


Tumorumabhängige Schmerzen

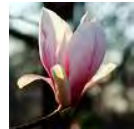
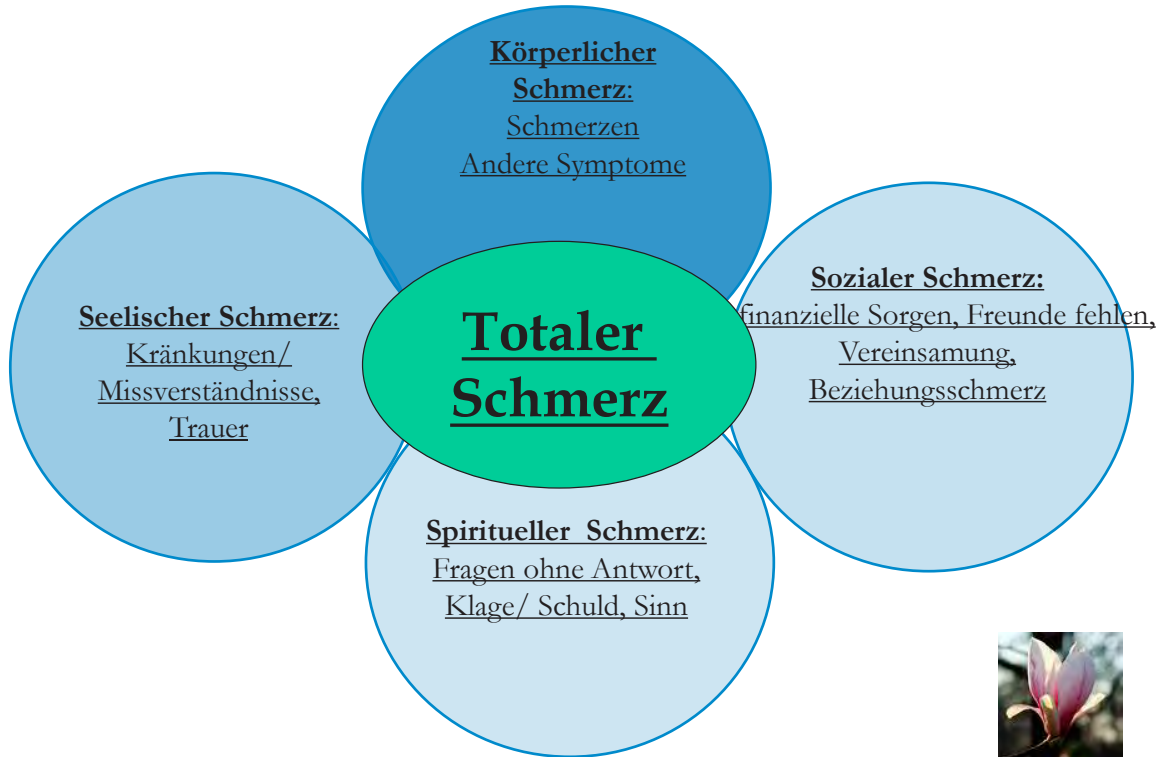
- ☞ 3-10%
- ☞ Vorbestehende Erkrankungen
- ☞ Arthrose (Gelenkerkrankungen)
- ☞ Rheumatoide Arthritis
- ☞ Rückenschmerz
- ☞ Kopfschmerz, Migräne



...und auch das kann Schmerzen machen oder verstärken

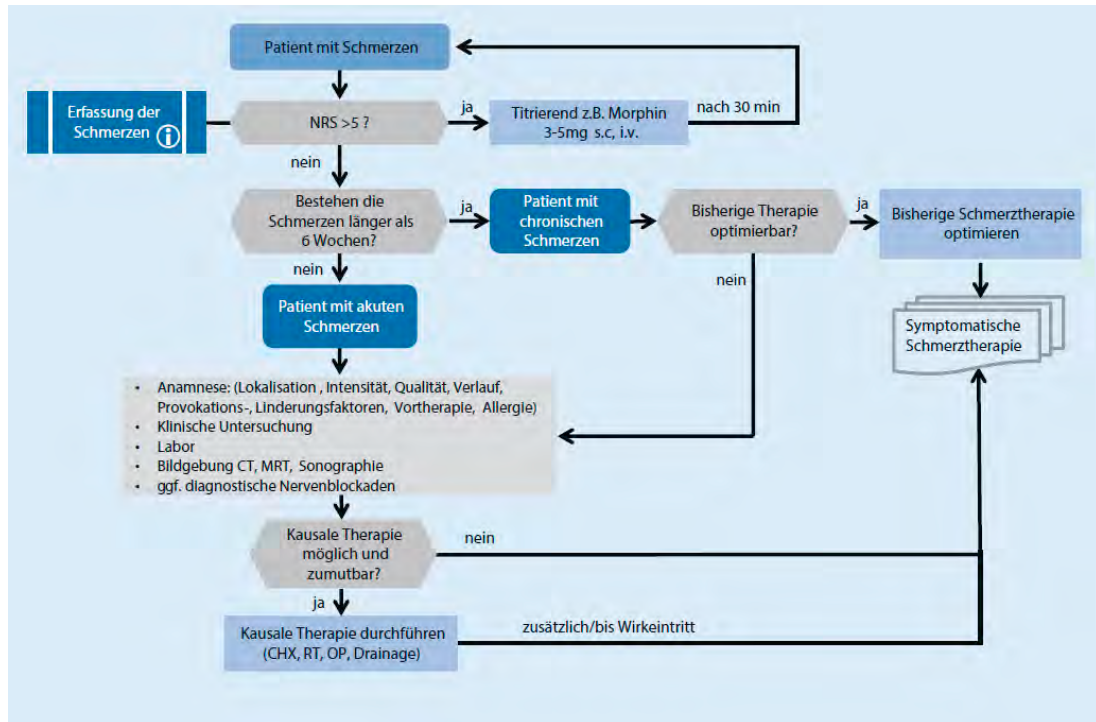


„Total Pain“ - Konzept nach C. Saunders



nach Cicely Saunders

SOP – CCC Schmerztherapie bei Palliativpatienten



WHO Analgesie-Stufenkonzept



**Antiemetika (temporär) und Laxantien
zur besseren Therapie-Akzeptanz!**

Nichtopioide:

- Metamizol/Dipyrone
- Paracetamol
- NSAR:
 - Ibuprofen
 - Diclofenac
 - Lornoxicam
 - Naproxen
 - Coxibe

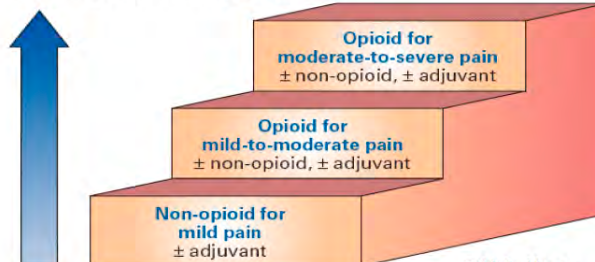
“Schwache” Opioide:

- Tramadol
- Dihydrocodein

“Starke” Opioide:

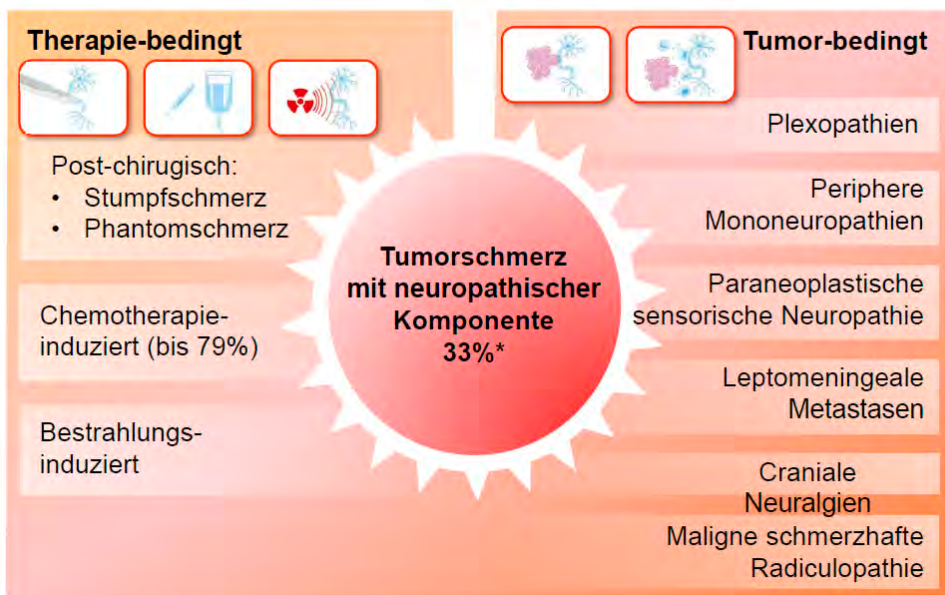
- Morphin
- Hydromorphon
- Oxycodon
- Tapentadol
- Buprenorphin TTS
- Fentanyl TTS

Increasing or persisting pain



© H.G. Kress

Neuropathische Schmerzen bei Tumorpatienten



*Epidemiological multicenter study in 2567 patients with cancer pain.

*Ripamonti CI, et al. Ann Oncol. 2012.
Urch CE, Dickenson AH. Eur J Cancer. 2008.
Fallon MT. BJA. 2013.

Fallbeispiel Frau M., 53 Jahre

- ☞ verheiratet, 1 Tochter
- ☞ Bürokauffrau in leitender Stellung
- ☞ **Mamma-CA bds.**
- ☞ Multipel metastasiert; ossär, pulmonal
- ☞ **ED April 2014**, damals bereits exulceriert
- ☞ Patientin hat bis Ende 2014 trotz Therapie noch gearbeitet
- ☞ Z.n. Chemotherapie, im Verlauf pausiert bei AZ-Verschlechterung
- ☞ Mai 2015 Aufnahme Palliativstation mit hoher Symptomlast

Probleme

- ☞ Blutende, exulcerierende Wunden am Brustkorb
- ☞ Schmerzen bei Knochenmetastasen
- ☞ Starke Dauerschmerzen thorakal, brennend, z.T. einschließend in den linken Arm
- ☞ Verbandswechsel mehrfach täglich notwendig, mit stärksten Schmerzen verbunden
- ☞ Bewegungsschmerzen beide Arme, besonders linker Arm bei Lymphoedem linker Arm
- ☞ rezidivierende Luftnotattacken
- ☞ Angst, Schlaflosigkeit
- ☞ Spannungen in der Ehe (Krankheitsverarbeitung)
- ☞ Schwäche, Immobilität zunehmend
- ☞ Übelkeit, Erbrechen, Obstipation
- ☞ Appetitlosigkeit
- ☞ Starke Geruchsbelästigung, sozialer Rückzug und Isolation



Bisherige Schmerztherapie Frau M.

- ☞ Fentanyl-Pflaster 125µg/h
- ☞ Novaminsulfon 500mg 1-1-1
- ☞ Omeprazol 40mg 1-0-0
- ☞ Keine Bedarfsmedikation

- ☞ Bei Aufnahme NRS 10 (+)



Schmerzdiagnose Frau M.



Mixed Pain

Nozizeptorschmerz

Schmerzen exulcerierter Tumor,
Lokalisiert am Brustkorb, beide Arme

Neuropathischer Schmerz

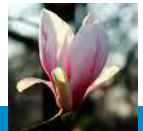
Einschießender, elektrisierender
Schmerz im
linken Arm

Behandlungsplan

- ☞ **Schmerztherapie, Schmerztherapie, Schmerztherapie**
- ☞ Symptomkontrolle Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit
- ☞ Symptomkontrolle Angst, Schlaflosigkeit
- ☞ Palliativpflege mit spezialisierter Wundpflege (Metronidazol lokal, spezielle Saugkompressen, geruchsbindende Auflagen)
- ☞ Physiotherapie (Lymphdrainage, Bewegungsübungen)
- ☞ Psychoonkologische Betreuung Patientin und Ehemann
- ☞ Sozialarbeit (Organisation der weiteren Versorgung)

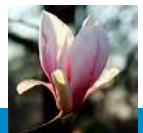
Schmerzdiagnose Frau M.: mixed pain

- ☞ Fentanyl erhöht auf 175 µg/h t.d.
- ☞ Pregabalin 150mg-0- 300mg (einschleichend)
- ☞ Dexamethason 8 mg (Neuropathischer Schmerz, Ü/E)
- ☞ Novaminsulfon 4 x 1g/die i.v. (später p.o.)
- ☞ MCP 3 x 10mg i.v., später p.o.
- ☞ Nexium 40 1-0-0 i.v., später p.o.
- ☞ Haldol 0,5 mg s.c.1-1-1, dann abgesetzt
- ☞ Bedarfsmedikation 60mg Oramorph p.o. oder 30mg MSI s.c. (zeitgerecht z.B. vor Verbandswechsel), ggf auch Abstral o.ä. mgl
- ☞ Laxantien



Herr K., M., 52 Jahre

- ☞ 08/2011 progrediente Schwellung der cervikalen Lymphknoten links
- ☞ Therapieversuch mit oralem Antibiotikum
- ☞ 10/2011 Vorstellung HNO
- ☞ 24.10.2011 Panendoskopie, Biopsie Zungengrund links und chirurgische Tracheotomie bei zunehmender Luftnot



Diagnose

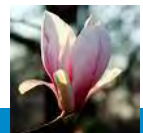
- 📌 **cervical lymphatisch ausgedehnt metastasiertes Zungengrundkarzinom links, ED 10/2011**
- 📌 TNM-Klassifikation cT 4b cN3 cM0
- 📌 Histologie: mäßig differenziertes verhornendes Plattenepithelkarzinom

Therapieplanung

- ☞ Keine operative Therapieoption
 - ☞ 01.11.2011 Vorstellung Klinik für Strahlentherapie
 - ☞ 02.11.2011 Anlage PEG
 - ☞ 11/2011 Beginn Radiochemotherapie geplant
-
- ☞ Patient entzieht sich der Therapie
 - ☞ **Warum?**

Januar 2012

- ☞ Notaufnahme; Not –Tracheotomie HNO, Intensivstation
- ☞ Aufnahme Palliativstation zur Symptomkontrolle
- ☞ Patient klagt über
 - Akute Atemwegsinfektion
 - Immobilität
 - Starke Schmerzen
 - exulcerierten Tumor mit Blutungsneigung
 - Geruchsbelästigung, Isolation
 - keine Nahrungsaufnahme oral möglich



Was will Herr K.?

- ☞ Schmerzreduktion, Symptomkontrolle
- ☞ Vertrauen fassen
- ☞ Leben - aber nicht um jeden Preis
- ☞ Wieder nach Hause



Behandlungskonzept

- ☞ Schmerztherapie
- ☞ Palliative Wundversorgung und Geruchskontrolle
- ☞ Kostaufbau/ Ernährung oral/ via PEG
- ☞ Physiotherapie
- ☞ Psychoonkologische Begleitung
- ☞ Ggf. Vorstellung Strahlentherapie/ Planung der Radiotherapie
- ☞ Planung der weiteren Versorgung/ Entlassungsplanung/ SAPV



Schmerztherapie Herr K.

☞ Opiatnaiv

☞ 1. Tag

- ☞ Beginn 5 mg Morphin s.c. alle 4 Stunden, Einzeldosis angepasst bei unzureichender Wirkung auf 10mg, Summe in 24h 35mg Morphin
- ☞ Beginn Lyrica 75mg 1-0-1
- ☞ Novaminsulfon 1g 1-1-1-1

☞ 2. Tag

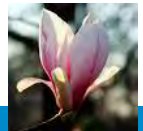
- Durogesic (Fentanyl) 25µg t.d.

☞ Verlauf

- Anpassen Durogesic 75µg/h, Wechsel alle 3 Tage
- Lyrica 150mg 1-0-1
- Novaminsulfon 1g 1-1-1-1
- Bei Bedarf bei Schmerzen/ Luftnot 30mg Oramorph (Morphinsulfat), max. 4 stdl.
- Bei Bedarf bei Unruhe/ Angst 1mg Tavor expidet s.l., max. 4 stdl.

Verlauf Januar 2012

- ☞ **Gute Symptomkontrolle** und Schmerztherapie
- ☞ Geruchsbildung gut eingegrenzt
- ☞ **Orale Nahrungsaufnahme möglich**, zusätzlich Ernährung über PEG
- ☞ **Verbesserung des Allgemeinzustandes erreicht**
- ☞ Vorstellung in HNO-Tumorsprechstunde zur Re-Evaluation einer palliativen Chemotherapie
- ☞ Portanlage zur Vorbereitung der Chemotherapie
- ☞ **Entlassung in die Häuslichkeit** mit SAPV und Pflegedienst
- ☞ **Planung einer Palliativen Chemotherapie** (CeFCiD Protokoll Arm B)



März 2012

-  AZ-Verschlechterung unter Chemotherapie,
Pneumonie
-  Neu: Multiple ossäre Metastasen im Sternum,
BWK 5, 9.Rippe, Becken, rechter Femur
-  Wiederaufnahme Palliativstation Ende März



Behandlungsplan

Schmerztherapie, Symptomkontrolle

- Durogesic angepasst 150µg/h, Lyrica 150mg-0-300mg
- Novaminsulfon 1g 1-1-1-1
- Bedarfsmedikation Schmerz: 60mg Oramorph (Morphinsulfat), max. 4 stdl.

Physiotherapie

Psychoonkologische Begleitung

Planung der weiteren Behandlung und Versorgung



Verlauf

- ☞ Patient wünscht keine weitere Chemotherapie, sehr reflektierte Entscheidung nach mehreren Gesprächen
- ☞ Kontaktaufnahme und Kommunikation mit bisher behandelndem Onkologen
- ☞ Entlassung in die Häuslichkeit mit Pflegedienst und SAPV-Betreuung
- ☞ Antrag Hospiz gestellt



Herr K. verstirbt am 13.04.2012 zu Hause.

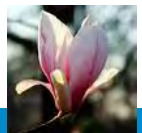


Frau H., 44 Jahre

☞ Tubenkarzinom mit Leber- und Milzmetastasen, ED 07/2010

☞ **23.07.2010 maximales Tumordebulking**

- Hintere Exenteration mit Hysterektomie, Adnexexstirpation bds., Exstirpation des Rektosigmoids,
- partielle Zwerchfellresektion rechts mit kompletter Deperitonealisierung
- Atypische Leberresektion
- Infragastrische Omentektomie
- pelvine und paraaortale Lymphknotenentfernung



04.12.2014 Onkologische Ambulanz, C5 Topotecan geplant, Eintrag in der Ambulanzkarte

- „Patientin bittet um Gespräch, da sie **psychisch „am Ende“** sei und **keine Kraft** mehr habe. Sie habe **Schmerzen** im Abdomen, besonders im rechten Unterbauch nach Nahrungsaufnahme, zudem Schmerzen im Brustkorb bei der Einatmung und Dauerschmerz im Bereich des unteren Rippenbogens. Sie fühle sich zunehmend müde und kraftlos. Alltagstätigkeiten fallen ihr schwer. Sie könne **kaum mehr essen**, da sie dadurch **erhebliche Verdauungsbeschwerden** bekomme- weitere **Einschränkung der Lebensqualität**. Die **familiäre Situation** sei zur Zeit etwas **schwierig**. Sie habe insgesamt keine Kraft mehr zu kämpfen, **grübele viel** über ihre Situation und den **Tod**“
- Procedere: stationäre Aufnahme angeboten, BB-Kontrolle, Patientin wünscht ggf. Chemoapplikation, Vorstellung Schmerzambulanz, ggf. Aufnahme GYN oder Palliativstation

Aufnahmegespräch Palliativstation am nächsten Tag (Ärztin, Psychologin)

- ☞ Aktuelle Medikation: Valoron (Tilidin) 200 1-0-1, Novaminsulfon b.B., Chemo pausiert bei schlechtem Allgemeinzustand
- ☞ **Probleme:**
- ☞ **Schmerzen** abdominal, hauptsächlich im Oberbauch, NRS 8-10
- ☞ Schmerzen i.S. des Fortschreitens der Erkrankung, nahender Tod?
- ☞ Kann seit Tagen **nicht essen, kein Appetit**
- ☞ Schlafstörungen, Angst, Trauer, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein
- ☞ Körperliche Symptome machen Rückzug aus dem Familienalltag notwendig
- ☞ „Probleme“ mit den Kindern
- ☞ Körperliche Schwäche nimmt zu
- ☞ Lymphoedeme der Beine aktuell sehr ausgeprägt, macht immobil

Was will Frau H.?

- ☞ Lebensqualität
- ☞ Besserung der Ernährungssituation (Essen als verbindendes Element)
- ☞ „Auszeit“
- ☞ Wieder sehr schnell nach Hause



Multiprofessionelles Behandlungskonzept

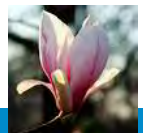
- ☞ Schmerztherapie/ Symptomkontrolle
- ☞ Kostaufbau/ ggf. **Parenterale Ernährung einleiten**
- ☞ Physiotherapie/ Lymphdrainage
- ☞ Psychoonkologische Begleitung
- ☞ Begleitung bei Entscheidungsfindung zu weiteren Therapiemaßnahmen, ggf. Vorstellung Onkologie
- ☞ Planung der weiteren Versorgung/ Entlassungsplanung



Verlauf 05.12.-10.12.2014

Schmerztherapie angepasst

- Jurnista (Hydomorphon retard) 8mg 1-0-0
- Novaminsulfon 1g 1-1-1-1
- Saroten (Amitryptilin) 12,5mg 0-0-0-1
- Palladon (Hydromorphon) b.B. 1,3mg, max. 4 stdl.



 **Appetitlosigkeit,
Übelkeit eingegrenzt**

 **Dronabinol Tropfen
(THC)**

- 5mg 1-1-1, zu den Mahlzeiten



- ☞ Fühlt sich psychisch stabiler durch Symptomkontrolle und stattgehabtes Familiengespräch (Rollenveränderung, Hilfeannahme)
- ☞ Orale Nahrungsaufnahme wieder möglich, **keine PEN aktuell gewünscht**
- ☞ Verbesserung des subjektiven Allgemeinzustandes erreicht
- ☞ Entlassung in die Häuslichkeit

Weiterer Verlauf

- 🏥 14.12.2014 bis 25.12.2014 Universitätsfrauenklinik bei
 - Subileussyptomatik zur konservativen Therapie
 - Hydronephrose beidseitig, Einlage von DJ-Kathetern bds.
- 🏥 05.01.2015 bis 09.01.2015 Universitätsfrauenklinik bei
 - Subileussyptomatik zur konservativen Therapie
 - Ernährungsberatung, orale Zusatznahrung
 - Palliative A.p.-Anlage zur Entlastung thematisiert
 - SAPV eingebunden, Entlassung nach Hause

Weiterer Verlauf

-  Mitte 01/ 2015 Planung der weiteren palliativen Chemotherapie, Patientin lehnt ab
-  Ende 02/2015 stationär Universitätsfrauenklinik bei
 - Fieber
 - Subileus
 - Pleuraerguss
 - Beginn der parenteralen Ernährung
 - Anschlussheilbehandlung empfohlen und eingeleitet
 - 05.03.2015 erneute Verlegung Palliativstation



Palliativstation März 2015

- ☞ Deutliche AZ-Verschlechterung seit erstem Aufenthalt 12/2014
- ☞ **Probleme:**
- ☞ **Übelkeit, rezidivierendes Erbrechen, Inappetenz**
- ☞ Schmerzen abdominal
- ☞ Schwäche
- ☞ Luftnot
- ☞ Lymphoedeme deutlich progredient
- ☞ Psychisch sehr belastet, Traurigkeit, Angst/ Überforderungsgefühl vor Entlassung nach Hause
- ☞ Familie sehr belastet durch Progress der Erkrankung
- ☞ ??? Anschlussheilbehandlung in Graal- Müritz???



Multiprofessioneller Behandlungsplan März 2015

- ☞ Schmerztherapie/ Symptomkontrolle
- ☞ Ernährungstherapie
- ☞ Psychoonkologische Begleitung Patientin/ Paar/ Kinder
- ☞ Physiotherapie/ Lymphdrainage
- ☞ Planung der weiteren Behandlung und Versorgung



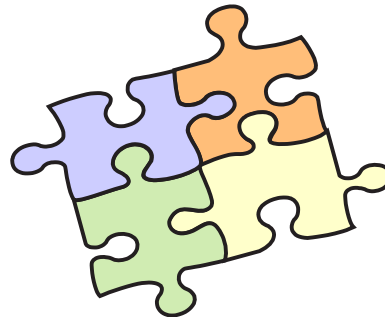
Verlauf 05.03.2015 bis 19.03.2015



- ☞ **Anpassung der Schmerztherapie (transdermal, intravenös)**
 - **Durogesic 75µg/h, Wechsel aller 3 Tage**
 - **Novaminsulfon 4g/d über Pumpe**
 - **Mirtazapin 15mg s.l. 0-0-0-1**
 - **Morphin 20mg s.c. bei Bedarf, max. 4 stdl.**
 - **Tavor (Lorazepam) 1mg s.l. bei Unruhe, Angst, max. 4 stdl.**
- ☞ **Konservative Therapie Subileus, keine Magensonde**
- ☞ **Fortführen der Parenteralen Ernährung, Beratung „zum Genuss“**
- ☞ **Kalkulierte Antibiotikatherapie bei Sepsis unklarer Genese**
- ☞ **Pleurapunktion**
- ☞ **Abdomensonographie mit deutlichem Progress der Metastasen Leber, Milz, Asites, große Tumorbulks**
- ☞ **Psychoonkologische Betreuung Patientin/ Ehemann, Familiengespräch zu Progress, Entscheidungen, Erstellung einer Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht**
- ☞ **Organisation Unterstützung für jüngeren Sohn, Kontaktaufnahme zur Psychosozialen Sprechstunde für Kinder krebskranker Eltern**
- ☞ **Organisation der ambulanten Versorgung mit Ernährungsteam, Brückenteam**

Verlauf 05.03.2015 bis 19.03.2015

- ☞ AHB abgesagt.
- ☞ Patientenwunsch Ostseereise mit Familie, am besten Nähe Rostock...
- ☞ Kontaktaufnahme SAPV Team Palliativnetz Landkreis Rostock, Betreuung vor Ort möglich, ggf. Ernährungsteam ebenfalls vor Ort verfügbar
- ☞ Kontakt ambulantes Ernährungsteam in Leipzig, organisiert ausreichend parenterale Ernährung für eine Woche
- ☞ Kinder schulbefreit...
- ☞ Familie fährt an die Ostsee...



22.04.2015 bis 03.05.2015 Palliativstation

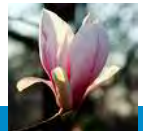
- ☞ Aufnahme über Brückenteam aus der Häuslichkeit
- ☞ **Probleme:**
- ☞ Fortschreitende Schwäche, Immobilität
- ☞ Schmerzen
- ☞ Übelkeit, massives Erbrechen
- ☞ Anämie, zunehmendes Nierenversagen, hohe Entzündungsparameter
- ☞ Sono: Harnstauung links bei liegendem DJ-Katheter, Hepatomegalie (1cm cranial des Nabels) bei multiplen Lebermetastasen, großer, zystischer Tumor Unterbauch, kaum Ascites, wenig Pleuraerguss rechts

Multiprofessioneller Behandlungsplan

- ☞ Optimierung der Schmerztherapie
- ☞ Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten
- ☞ Bei Ileussyndromatik Anlage Magensonde zur Entlastung, Ablauf-PEG diskutiert, von Patientin im Verlauf abgelehnt
- ☞ Familiengespräch bzgl. der aktuellen Situation, der fehlenden kausalen Therapieoptionen und der weiteren Versorgungsoptionen
- ☞ Psychosoziale Betreuung, Themen: Sterbeort, letzte Wünsche (Autofahrt großer Sohn, Bootstour, Grillen)
- ☞ Patientenwunsch: dringliche Entlassung in die Häuslichkeit am 03.05.2015

14.05.2015 bis 16.05.2015 Palliativstation

- ☞ 14.05.2015 Wiederaufnahme aus der Häuslichkeit auf Wunsch der Patientin
- ☞ Klinisch präfinal, Nierenversagen, Temperaturen
- ☞ Patientin spürt bevorstehendes Sterben, hat die Zeit zu Hause sehr genossen, wünscht jetzt die Sicherheit der Station
- ☞ Familie hoch belastet, Ehemann, Kinder, Schwester vor Ort
- ☞ 15.05.2015 sehr schwach, wach, bewusstseinsklar, gute Symptomkontrolle
- ☞ Gemeindepfarrer zum gemeinsamen Gebet und Abendmahl mit der Familie
- ☞ Am 16.05.2015 verstirbt Frau H. am Morgen im Beisein der Familie.



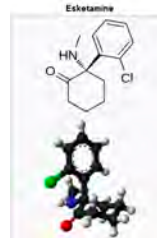
- ☞ Bei Aufnahme:
- ☞ Durogesic 125µg/h, Wechsel aller 3 Tage
- ☞ Lyrica 75mg 1-0-1
- ☞ Novaminsulfon 1g 1-1-1-1 (Tropfen)
- ☞ Bei Bedarf 40mg Morphin p.o., max. 4 stdl.

Schmerztherapie im stationären Verlauf

- ☞ Durogesic (Fentanyl) gesteigert bis 225µg/h
- ☞ Lyrica (Pregabalin) 150mg 1-0-1
- ☞ Novaminsulfon 1g 1-1-1-1
- ☞ Dexamethason 8mg 1-1-1, im Verlauf reduziert
- ☞ Bei Bedarf 100mg Oramorph; bis zu 3 x /Tag
- ☞ Bei unzureichender Wirkung von Oramorph
 - 400µg Abstral s.l., bis zu 3 x /Tag
 - **Subjektiv nicht schmerzfrei**
 - **OP LWS nicht möglich**
 - **????????????????????**

Opiatrotation Tag 1, Durogesic beendet

- 1. Tag S-Ketamin 50mg/50ml
 - Start 2mg/h (2ml/h)
 - Steigerung auf 6 mg/h (6ml/h)
 - Bolus 2mg, max. 10min.
- 1. Tag Morphinsulfat 200mg/50ml
 - Start 8mg/h (2ml/h)
 - Steigerung auf 12mg/h (3ml/h)
 - Bolus 2ml, max. 10min
- 3. Tag CADD-Pumpe, PCA, 500ml
 - Morphinsulfat 4mg/ml
 - S-Ketamin 2 mg/ml
 - 3ml/h, Bolus 2ml, max. 15min
- Lyrice beendet im Verlauf
- Gute Schmerzkontrolle



Frau K., 41 Jahre, 2 Kinder
Multipel metastasiertes Mamma-Ca (HEP, OSS, BRA, OTH) ED 08/2009

 Schmerztherapie bei Aufnahme

- Gabapentin 900mg 1-1-1
- Cipramil 40mg 1-0-0
- Hydromorphon ret. 50mg 2-0-2 (ca.600mg Morphin/d)
- Novalgin 500mg 2-2-2-2
- Dexamethason 4mg 1-0-0
- Palladon 2,6mg bis max. 6xtgl. bei Bedarf

 NRS 8-10, Schlafstörungen, Angst, Panik

Verlauf Opiattherapie

- ☞ Anpassen Hydromorphon ret. 56mg 1-0-1
- ☞ Bedarfsmedikation bis zu 5 x Tag 13mg Palladon akut
- ☞ Gabapentin 900mg 1-1-1 (Pregabalin- (Lyrica-
unverträglichkeit)
- ☞ Novaminsulfon 1g 1-1-1-1
- ☞ Schmerztherapie anhaltend nicht zufriedenstellend
- ☞ Schmerzen bei Belastung, Schlafstörungen

- Indikation zur Opiatrotation
 - veränderte Schmerzintensität/ -qualität
 - Ausschluss insuffiziente Opiatdosierung
 - Opiattoleranz ⁽¹⁾
 - intolerable Opiatnebenwirkungen
- Opiatauswahl bei Opiatrotation
 - Individuell
 - Berücksichtigung von Levomethadon ⁽²⁾
- Dosierung
 - Beginn mit etwa 50% der vorherigen Opiatdosierung

(2) Nauck F. Methadon/Levomethadon – Ein altes Medikament mit neuen Möglichkeiten. Z Palliativmed 2003; 4: 9-12

(1) Dumont H, Guntz E, Sosnowski M, Talla G. Opioid-induced hyperalgesia. Eur J Anaesthesiol 2007;24:205-7

Grundlagen der Schmerztherapie

Medikamente (L-Methadon)

Wirkung:

- **Opioidrezeptor- Agonist**
- **NMDA-Rezeptor-Antagonist**

Kinetik:

- **orale Bioverfügbarkeit 70 - 90 %**
- **WD nach einmaliger Dosis 4 - 6 Stunden**
- **WD bei Langzeittherapie 8 - 24 Stunden**
- **Eliminationshalbwertszeit: 15 - 100 Stunden**

Opiatrotation auf L-Polamidon

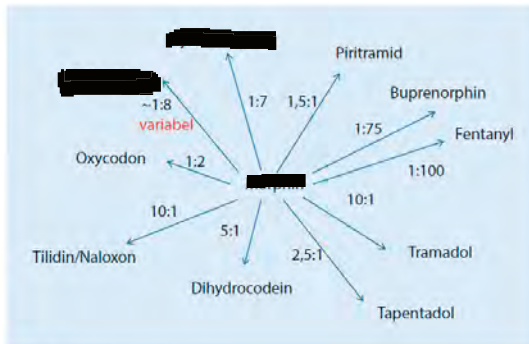


Abb. 6 ▲ Umrechnung der Opioid



Umrechnungstabelle für Methadon/Morphin

Tägl.Morphindosis in Milligramm	Umrechnungsfaktor Morphin zu Methadon	Methadondosis in % der Morphindosis
≤ 100	3 zu 1	33,3
101 bis 300	5 zu 1	20,0
301 bis 600	10 zu 1	10,0
601 bis 800	12 zu 1	8,3
801 zu 1000	15 zu 1	6,7
≥ 1001	20 zu 1	5,0

Schmerztherapie mit L-Polamidon

- Tag 1:
 - Morphin absetzen
 - Beginn Levomethadon 2,5 -5mg p.os alle 4h
 - Bedarfsmedikation analog Einzeldosis max. alle 1h
- Tag 2 -3:
 - Dosissteigerung bis 30% alle 4h
 - Bedarfsmedikation analog Einzeldosis max. alle 1h
- Tag 4:
 - Verlängerung Applikationsintervall auf 8h
 - Bedarfsmedikation analog Einzeldosis max. alle 3h
- >Tag 4:
 - Dosissteigerung bis 30%
 - Bedarfsmedikation analog Einzeldosis max. alle 3h

Nauck F. Methadon/Levomethadon – Ein altes Medikament mit neuen Möglichkeiten. Z Palliativmed 2003; 4: 9-12

Opiatrotation Frau K. (06/2018)

- ☞ Begleitmedikation unverändert belassen
- ☞ Beenden Hydromorphon
- ☞ 1.Tag 2,5mg L-Polamidon 4 stdl., b.B. 2,5mg stdl (2x/d)
- ☞ 3.Tag 5mg L-Polamidon 4 stdl., b.B. 5 mg stdl. (3x/d)
- ☞ 5. Tag 7,5mg L-Polamidon 4 stdl., b.B. 7,5mg stdl. (2-5 x /d)
- ☞ 8.Tag 10mg L-Polamidon 8 stdl., b.B. 10mg 3 stdl.

Schmerztherapie bei Entlassung

☞ L-Polamidon 10mg (2ml)	1-1-1
☞ Novaminsulfon 40 gtt	1-1-1-1
☞ Gabapentin 900mg	1-1-1
☞ Pantozol 40mg	1-0-0
☞ Citalopram 40mg	1-0-0
☞ Dexamethason 4mg	1-0-0
☞ Bedarfsmedikation	
• L-Polamidon 10mg (2ml) Schmerzen/Dyspnoe	bei Bedarf 3-stündlich bei
• Zopiclon 7.5mg Einschlafstörungen	p.o. zur Nacht bei
• Tavor exp. 1mg	s.l. bei Unruhe/Angst max. 4stdl

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLl_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf

 Leitlinienprogramm
Onkologie

S3–Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

 **DKG**
KREBSGESELLSCHAFT

 **Deutsche Krebshilfe**
HILFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

 **AWMF**

S3-LL Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung – © Leitlinienprogramm Onkologie

 **DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

63



Autor: Dr. Johannes Horlemann

Erscheinungsjahr: 2014

ISBN: 978-3-00-045520-9

[https://
dgs-praxisleitlinien.de/index.php/leitlinien/
tumorschmerz](https://dgs-praxisleitlinien.de/index.php/leitlinien/tumorschmerz)

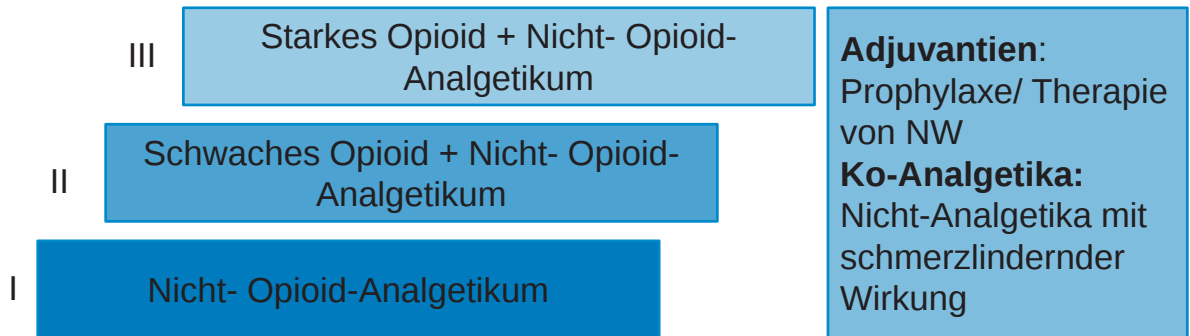
Download

[als PDF](#) (hohe Auflösung, Größe 6 MB)

[als PDF](#) (geringe Auflösung, Größe 1 MB)

[im Viewer](#) (hohe Auflösung)

WHO-Stufen- Schema



WHO, 1986/ 1997



STUFE I: Nicht-Opioid-Analgetika, z.B.

- Metamizol
- Paracetamol
- Ibuprofen
- Diclofenac
- Coxibe



Nicht-Opioide Metamizol

6.34.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Metamizol <i>kann</i> als Monotherapie bei leichten Schmerzen und als Kombinationstherapie mit Opioiden bei mittleren und starken Tumorschmerzen als Alternative zu NSAR und Paracetamol eingesetzt werden.
Level of Evidence 1 –	Quellen: Douarte-Souza et al. 2007 [238], Rodriguez et al. 1994 [239], Yalcin et al. 1997 [240], Yalcin et al. 1998 [241]

Nicht-Opioide

NSAR und Paracetamol als Ergänzung zu Stufe-III-Opioden



Leitlinienprogramm
Onkologie

6.35.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Stufe-III-Opioide <i>können</i> mit NSAR ergänzt werden, um die Analgesie zu verbessern oder um die Opioid-Dosis zu verringern, die zum Erreichen einer ausreichenden Analgesie erforderlich ist.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Nabal et al. 2011 (SysRev) [246])

6.36.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Die Verwendung von NSAR <i>sollte</i> aufgrund des Risikos schwerer Nebenwirkungen, insbesondere bei älteren Patienten und Patienten mit Nieren-, Leber- oder Herzversagen, eingeschränkt erfolgen.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Nabal et al. 2011 (SysRev) [246])
6.37.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	In Kombination mit Stufe-III-Opioiden <i>kann</i> Metamizol bzw. Paracetamol den NSAR aufgrund eines günstigeren Nebenwirkungsprofils vorgezogen werden, auch wenn die Wirksamkeit nicht gut dokumentiert ist.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Nabal 2011 et al. (SysRev) [246])

STUFE II

SCHWACHE OPIOIDE, z.B.

- Tramadol
- Tilidin/ Naloxon
- (Codein)
- (Dihydrocodein)



Anwendung verschiedener Opioid-Klassen: WHO-Stufe-II-Opioide

6.4.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen, oder Patienten, deren Schmerzen nicht adäquat durch orale ² , regelmäßige Verabreichung von Nicht-Opioid-Analgetika kontrolliert werden können, <i>sollten</i> zusätzlich orale ² Stufe-II-Opioide oder alternativ, niedrig dosierte Stufe-III-Opioide verabreicht werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Tassinari et al. 2011 a (SysRev) [163]) Update: Leppert et al. 2012 [164] [ändert die Aussage der Empfehlung nicht]

STARKE OPIOIDE, z.B.

- Morphin
- Hydromorphon
- Oxycodon
- Buprenorphin
- Fentanyl
- Levomethadon
- Tapentadol



Anwendung verschiedener Opioid-Klassen: WHO-Stufe-III-Opioide der ersten Wahl

6.5.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen <i>sollen</i> Stufe-III-Opioide verwendet werden.
6.6.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Als Stufe-III-Opioide der ersten Wahl <i>können</i> Morphin, Oxycodon und Hydromorphon verwendet werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Caraceni et al. 2011 (SysRev) [172], King et al. 2011 a (SysRev) [173], Pigni et al. 2011 (SysRev) [174]) Update: Mercadante et al. 2010 [175] [ändert die Aussage der Empfehlung nicht]

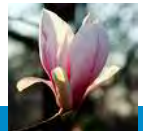
Morphin

- ☞ Referenzanalgetikum
- ☞ Starke Schmerzen, Dyspnoe, Husten
- ☞ Tabletten, Tropfen, Granulat, Ampullen
- ☞ Retardiert, unretardiert
- ☞ Wirkeintritt 5-15 min s.c., 15-30 min oral, 1-3 min i.v.
- ☞ Dosistitration oral alle 4h z.B. 5-10mg Morphin
- ☞ Dosistitration im Schmerznotfall i.v. möglich, cave!
- ☞ Retardierung nach Gesamttagesverbrauch
- ☞ Bedarfsmedikation 1/10-1/6 der Gesamttagesdosis



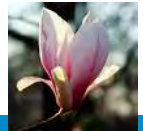
Fentanyl

- ☞ Sehr potentes Opioid, sehr lipophil
- ☞ i.v., transdermal, oral, transmukosal
- ☞ Cave: Kachexie (schlechtere Resorption), Fieber, Sauna (Wärme erhöht Resorption)
- ☞ Weniger obstipierend, weniger Übelkeit, Erbrechen
- ☞ Transdermale Systeme:
 - Applikation auf trockene, gesunde Haut
 - Zusätzliche Schutzfolie
 - Wirkeintritt 10-12h, Wirkdauer 72 (48)h, dann Wechsel



Hydromorphon (Palladon, Journista)

- ☞ μ -Agonist
- ☞ Kapseln können geöffnet werden
- ☞ Retardiert, unretardiert, i.v.-Lösung
- ☞ Alternative bei Niereninsuffizienz, geriatrischen Patienten
- ☞ (5) 7:1 zu Morphin



Methadon

- ☞ μ -Agonist, NMDA-Antagonist
- ☞ Geeignet v.a. für neuropathische Schmerzen
- ☞ Sehr variable HWZ (13-72h!)
- ☞ schwierige Titration, nur stationär
- ☞ Beginn 2 x 2,5 mg bis 5mg/die beim opiatnaiven Patienten, max. 2-3x/die
- ☞ Kumulationsgefahr
- ☞ Auch bei Niereninsuffizienz möglich



Umstellung auf Levomethadon (L-Polamidon) bei opioidvorbehandelten Patienten

1. Umrechnung der Opioid-Tagesdosis auf Morphinäquivalent, z.B. 300 mg
Das bisherige Opioid wird ohne Ausschleichen abgesetzt.
2. Umrechnung auf L-Polamidon(cave: doppelt so stark wie Methadon) mit variablem Umrechnungsfaktor entsprechend der Dosis

Morphindosis mg	L-Polamidon
30–90	4:1
90–300	8:1 entspricht 37,5 mg
>300	12:1
3. Von der umgerechneten Dosis 30% abziehen → L-Polamidon-Tagesdosis mg = 26,25 mg
4. Verteilung auf 3–4 Einzelgaben; die handelsübliche Lösung enthält 5mg/ml ≥
1 ml = 20 gtt. = 5 mg → 4-mal 6,5 mg oder 4-mal 26 gtt.
5. Bedarf = 1/6 Gesamtdosis → 4 mg = 16 gtt, max. alle 4h; L-Polamidon zeigt einen raschen Wirkeintritt nach 30 min,
6. Hat aber auch eine lange HWZ von 72h, daher Kummulationsgefahr! Als Bedarf kann daher auch unret. Morphin in der äquivalenten Dosis eingesetzt werden. Alternativ nach 7 Tagen (Steady State) Versuch der nochmaligen Gesamtdosisreduktion um 30%.
7. Bei stabiler Einstellung kann ggf. mit der Apotheke die Herstellung von Kapseln entsprechender Stärke besprochen werden (vermeidet Dosierungsfehler).

Abb. 7 ▲ Spezielle Schmerztherapie – Umstellung auf Levomethadon (L-Polamidon) bei opioidbehandelten Patienten. (Schema nach [2]; Schema nach [2]; Abb. 19. Es gibt auch Schemata nach Morley u. Makin [3] und nach Nauck [4], s. Bausewein et al. [1], S. 197). Nur für Erfarene

Opioide-Titration

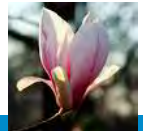
6.9.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>können</i> schnell und langsam freisetzungsfähige orale ³ Morphin-, Oxycodon- und Hydromorphon-Präparate zur Dosistitration verwendet werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Klepstad et al. 2011 (SysRev) [189])
6.10.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>sollten</i> die Titrationszeitpläne für schnell und langsam freisetzungsfähige Darreichungsformen durch die orale ³ Verabreichung von schnell freisetzungsfähigen Opioiden als Bedarfsmedikation ergänzt werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Klepstad et al. 2011 (SysRev) [189])

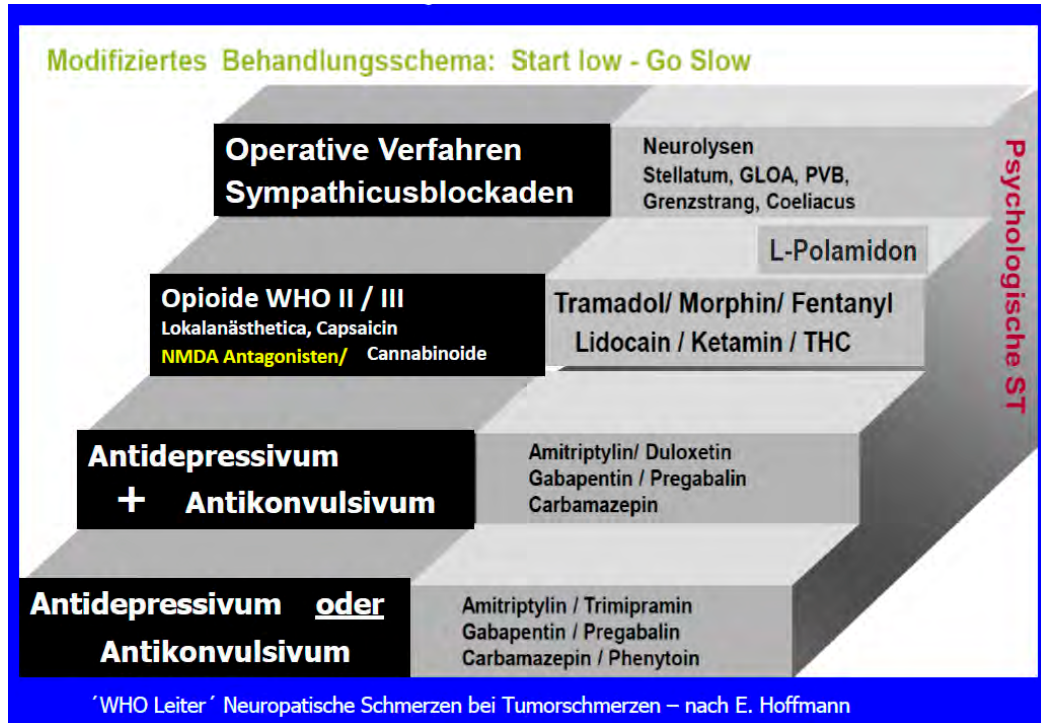
Applikationsformen

Die Rolle transdermaler Opioide

6.11.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Für einige Patienten mit Tumorschmerzen <i>können</i> transdermales Fentanyl oder transdermales Buprenorphin als Alternative zu oralen ⁴ Opioiden das bevorzugte Stufe-III-Opioid sein.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Tassinari et al. 2011b (SysRev) [195])
6.12.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Bei Patienten mit Tumorschmerzen und Schluckstörungen <i>können</i> transdermale Opioide als ein wirksames, nicht-invasives Mittel zur Opioid-Verabreichung eingesetzt werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Tassinari et al. 2011b (SysRev) [195])

- ☞ Antidepressiva (Amitryptillin, Mirtazapin)
- ☞ Antikonvulsiva (Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin)
- ☞ Kortikosteroide (Dexamethason)
- ☞ Spasmolytika (Butylscopolamin)
- ☞ Bisphosphonate
- ☞ Laxantien
- ☞ Dronabinol (Tetrahydrocannabinol)





Adjuvanzien bei neuropathischen Schmerzen (Antidepressiva und Antikonvulsiva)

6.38.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen, die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, <i>soll</i> Amitriptylin, Gabapentin oder Pregabalin in Betracht gezogen werden. Bei der Kombination eines Opioids mit Amitriptylin, Pregabalin oder Gabapentin treten häufig ZNS-Nebenwirkungen auf, sofern nicht beide Medikamente vorsichtig titriert werden.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Benett et al. 2011 (SysRev) [260]) Update: Mishra et al. 2012 [261] [ändert die Aussage der Empfehlung nicht]

Applikation der Medikamente

- ☞ 90% orale Medikation, Methode der ersten Wahl
- ☞ Transdermal
- ☞ Sublingual
- ☞ Intranasal
- ☞ rectal



Applikationsformen

Alternative systemische Applikationsformen für Opioide



Leitlinienprogramm
Onkologie

6.13.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten, denen Opioide nicht auf oralem ⁵ oder transdermale Weg verabreicht werden können, <i>soll</i> der subkutane Applikationsweg bei der Verabreichung von Morphin oder Hydromorphon die erste Alternative sein.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

6.14.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit Tumorschmerz, bei denen die subkutane Verabreichung kontraindiziert ist (z. B. aufgrund peripherer Ödeme, Gerinnungsstörungen, schlechter peripherer Durchblutung und bei Notwendigkeit von hohen Volumina und Dosen), <i>soll</i> die intravenöse Applikation in Betracht gezogen werden.
Level of Evidence 1+	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

6.15.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>soll</i> die intravenöse Verabreichung für die Opioid-Titration verwendet werden, wenn eine schnelle Schmerzkontrolle erforderlich ist.
Level of Evidence 1+	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

6.16.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Für Patienten, bei denen keine adäquate Analgesie mit oraler ⁶ und transdermaler Applikation erzielt werden kann, <i>kann</i> die kontinuierliche intravenöse oder subkutane Applikation eine Therapiealternative sein, um eine optimale Schmerzkontrolle zu erzielen.
Level of Evidence 3	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

Beispiel für Schmerzpflaster (transdermale Applikation)



Anwendungshinweise Schmerzpflaster

**Falls nötig Haare
abschneiden,
nicht rasieren**



**Verpackung
aufreissen**



**Auf trockene Haut
aufkleben, zum
Reinigen klares
Wasser verwenden,
Trocken tupfen,
nicht reiben**



**Pflaster von der
Schutzfolie
abreissen**



Invasive Applikationswege

- ☞ Subcutan
- ☞ Intravenös
- ☞ Peridural
- ☞ Spinal
- ☞ Intraventrikulär (Ausnahme)



- ☞ S.c. Dauerapplikation mit Pumpen über s.c.- Nadeln
- ☞ i.v. Dauerapplikation mit Pumpen über Portsysteme
- ☞ Nervenblockaden (Single Shot, Katheter)
- ☞ Sympathikusblockaden
- ☞ Neurodestruktive Verfahren, Neurolysen
- ☞ Rückenmarksnahe Analgesie (Katheter; Port, Bolus, kontinuierlich)
- ☞ Kausal, wenn möglich (Frakturen, akute Ereignisse)
- ☞ Radiatio bei Knochenmetastasen, pathologischen Frakturen



6.16.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Für Patienten, bei denen keine adäquate Analgesie mit oraler ⁶ und transdermaler Applikation erzielt werden kann, <i>kann</i> die kontinuierliche intravenöse oder subkutane Applikation eine Therapiealternative sein, um eine optimale Schmerzkontrolle zu erzielen.
Level of Evidence 3	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

6.17.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Der subkutane und intravenöse Zugangsweg <i>kann</i> für eine patientenkontrollierte Analgesie genutzt werden.
Level of Evidence 3	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])
6.18.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Wenn von der oralen ⁶ zur subkutanen oder intravenösen Morphin-Applikation gewechselt wird, <i>sollte</i> dies entsprechend einer relativen analgetischen Potenz zwischen 3:1 und 2:1 erfolgen.
Level of Evidence 3	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Radbruch et al. 2011 (SysRev) [200])

Nichtmedikamentöse Therapien und pflegerische Maßnahmen

- ☞ Anleitung des Patienten und seiner Angehörigen, Hilfe zur Selbstpflege geben
- ☞ Lagerung
- ☞ Lindernde Massagen, Aromaölanwendungen
- ☞ Wärmeanwendung (z.B. Kirschkernsäckchen)
- ☞ Kälteanwendung
- ☞ Wickel- und Auflagen (z.B. Quarkwickel)
- ☞ Imagination und Ablenkung

Differentialindikationen Opioide

Symptom/ Erkrankung	Mittel der Wahl
Obstipation	1. Tilidin/ Naloxon, Oxycodon/ Naloxon 2. Buprenorphin TTS
Übelkeit/ Erbrechen	Fentanyl TTS, Morphinpumpe
Dysphagie	Transdermale Systeme, sondengängige Granulate
Juckreiz	Ko-Analgetika anpassen
Verwirrtheit, Schwindel Neuropathie, Visceralschmerz	Oxycodon/ Naloxon Buprenorphin
Histaminliberation, Analgetika-Asthma Morphininduzierte Hyperalgesie	Methadon Dosisreduktion, Kombi mit Ketamin, Methadon
Niereninsuffizienz	Tilidin/ Naloxon, Hydromorphon, Buprenorphin
Leberinsuffizienz	Fentanyl TTS, Hydromorphon



Junker, U, Freynhagen R, Differentialindikationen der Opioide in der Palliativmedizin, Dt. Ärzteblatt, 22.02.2009

Opiatrotation

- ☞ Bei ungünstigem Verhältnis Wirkung/ Nebenwirkung
- ☞ Bei ungenügender Resorption
- ☞ Bei Übelkeit/ Erbrechen von oral auf t.d.
- ☞ In der Sterbephase ggf.
- ☞ Äquivalenzdosen beachten
- ☞ Mit 20-30% kleinerer Dosis starten

Opioidwechsel Äquianalgetische Opioid-Dosierungen

6.22.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die auf ein anderes Opioid umgestellt werden, <i>sollte</i> die Umstellung anhand von Umrechnungsfaktoren erfolgen.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Mercadante et al. 2011 (SysRev) [224])

Relatives analgetisches Verhältnis für den Opioid-Wechsel (EAPC/Caraceni et al., Lancet Oncol 2012)

	Relatives analgetisches Verhältnis	Stärke der Empfehlung zur Anwendung
Orales Morphin zu oralem Oxycodon	1,5:1	stark
Orales Oxycodon zu oralem Hydromorphon	4:1	stark
Orales Morphin zu oralem Hydromorphon	5:1	schwach
Orales Morphin zu Buprenorphin TTS*	75:1	schwach
Orales Morphin zu Fentanyl TTS**	100:1	stark

TTS = Transdermale Therapeutische Systeme. *Beispiel: 60 mg orales Morphin zu 35 µg / h TD Buprenorphin (gleich 0,8 mg pro 24 h). **Beispiel: 60 mg orales Morphin zu 25 µg / h TD Fentanyl (gleich 0,6 mg pro 24 Stunden).

In der Originalfassung sind die Angaben der analgetischen Verhältnisse in den ersten drei Zeilen fälschlicherweise vertauscht worden. Für diese Tabelle wurden diese Angaben korrigiert. Die hier aufgeführten Angaben der analgetischen Verhältnisse sind somit korrekt.

6.23.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die aufgrund einer unzureichenden Analgesie, und / oder übermäßigen Nebenwirkungen auf ein anderes Opioid umgestellt werden, <i>sollte</i> die Anfangsdosierung niedriger sein als die nach publizierten Äquipotenz-Tabellen berechnete. Die Dosis ist anhand des klinischen Ansprechens dann zu titrieren.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Mercadante et al. 2011 (SysRev) [224])

Durchbruchsschmerzen

- ☞ Vorübergehende Verstärkung des Dauerschmerzes unter retardierter Basismedikation (Portenoy, Hagen 1990)
- ☞ Dauer 15-30 min, mehrfach am Tag
- ☞ Rasch, spontan, anfallsartig oder langsam ansteigend oder auslösbar durch bestimmte Faktoren wie z.B.
 - Husten
 - Lachen
 - Aufstehen, bestimmte Bewegungen
 - Berührung



Charakteristika und Probleme

- ☞ Starke Schmerzen mit z.T. geringer Ansprechrate
- ☞ 40-80% aller Tumorpatienten
- ☞ Max. Schmerzstärke oft nach 3min erreicht
- ☞ Dauer ca. 30 min
- ☞ Ohnmachtsgefühle - Vertrauensverlust (Patient, Pflegende, Angehörige)
- ☞ Hohe Rate an Notfall- Klinikseinweisungen



Nauck, F, Eulitz N, Tumorschmerztherapie, Schmerz 2007/21: 359-372

6 Minimalfragen beim Durchbruchsschmerz

☞ Wo?	Lokalisation, Ausstrahlung
☞ Wie?	Qualität und Intensität
☞ Wann?	Zeitlicher Verlauf
☞ Wodurch?	Modulierende Faktoren
☞ Warum?	Kausalzusammenhänge
☞ Was sonst?	Begleitbeschwerden

Junker, U, Das WHO-Schema neu interpretiert, 1. Ausgburger Hausarztsymposium 2008



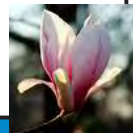
Bedarfsmedikation- ja wie denn nun?

1. Basismedikation anschauen, ggf. anpassen!
2. Max. 3-4 Schmerzdurchbrüche, sonst Pkt.1!
3. Substanz mit raschem Wirkungseintritt (je nach Charakter des Durchbruchsschmerzes)
4. IMMER nicht retardiertes Opioid in Relation zur Basismedikation
5. 1/10- 1/6 der Gesamttagesdosierung des retardierten Basisopioides
6. Ggf. Lorazepam s.l. bereitstellen/ verordnen



Auswahl geeigneter Präparate

Unretardiertes Morphin Tropfen, Tabletten s.c.-Injektion i.v.-Injektion	Wirkeintritt nach 20-30 min 10-20 min 3-5 min	Wirkmaximum nach 45 min
Unretardiertes Hydromorphon Tabletten s.c.-Injektion i.v.-Injektion	15-25 min 20 min 3-5 min	35 min
Unretardiertes Buprenorphin sublingual	10-20 min	30 min
Transmukosales Fentanyl Nasenspray, Sublingual-, Buccal-Tabletten	3-10 min	20-40 min



Opioide bei Schmerzexazerbation und Durchbruchschmerzen

6.39.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Eine Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen <i>soll</i> mit zusätzlichen Dosen schnell freisetzender, oraler ⁸ Opiode behandelt werden.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Zeppetella et al. 2011 (SysRev) [264]) Update: Zeppetella et al. 2013 (SysRev) [265] [ändert die Aussagen der Empfehlung nicht]
6.40.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei einer Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen <i>soll</i> die Dauermedikation auf eine angemessene Höhe titriert werden und nicht ausschließlich mit Bedarfsmedikation reagiert werden.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Zeppetella et al. 2011 (SysRev) [264])

6.41.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollen</i> Durchbruchschmerzen (z. B. bewegungsabhängige Schmerzen) mit oralen ⁸ , schnell freisetzenden Opioiden oder mit transmucosalen ⁹ Fentanyl-Darreichungsformen behandelt werden.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Zeppetella et al. 2011 (SysRev) [264]) Update: Zeppetella et al. 2013 (SysRev) [265] [ändert die Aussagen der Empfehlung nicht]
6.42.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	In bestimmten Fällen von Durchbruchsschmerzen <i>sollten</i> die transmucosalen Fentanyl-Darreichungsformen den schnell freisetzenden oralen ⁸ Opioiden aufgrund des schnelleren Wirkeintritts und der kürzeren Wirkdauer vorgezogen werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Zeppetella et al. 2011 (SysRev) [264]) Update: Zeppetella et al. 2013 (SysRev) [265] [ändert die Aussagen der Empfehlung nicht]

6.43.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollten</i> schnell freisetzen Opiode mit einer kurzen Halbwertszeit verwendet werden, um präventiv vorhersehbare Episoden von Durchbruchschmerzen 20 – 30 Minuten vor dem auslösenden Ereignis zu behandeln.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Zeppetella et al. 2011 (SysRev) [264]) Update: Zeppetella et al. 2013 (SysRev) [265] [ändert die Aussagen der Empfehlung nicht]

Schmerztherapie in der Sterbephase Anpassen der Applikationswege

Äquivalenzdosen

Oral	Morphin 30mg	1:1
s.c.	Morphin 15mg	1:2
i.v.	Morphin 10mg	1:3



Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen

Behandlung von opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen

 Leitlinienprogramm
Onkologie

6.24.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Bei Patienten mit opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen <i>sollten</i> Medikamente mit antidopaminergen (z. B. Haloperidol) bzw. antidopaminergen und weiteren Wirkungsmechanismen (z. B. Metoclopramid) verwendet werden.
Level of Evidence 1 –	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Laugsand et al. 2011 (SysRev) [225])

Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen

Behandlung opioidbedingter Obstipation

 Leitlinienprogramm
Onkologie

6.25.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Laxantien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation <i>sollen</i> routinemäßig verordnet werden.
Level of Evidence 1 +	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Candy et al. 2011 (SysRev) [229])
6.26.	Evidenzbasiertes Statement
Level of Evidence 1 +	Es gibt keine Evidenz, nach der ein Laxans gegenüber anderen zu bevorzugen ist.
	Leitlinienadaptation: EAPC / Caraceni et al. 2012 [81] (Candy et al. 2011 (SysRev) [229])

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

 **Deutsche Krebshilfe**
HILFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

 **AWMF**

 **DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

S3-LL Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung – © Leitlinienprogramm Onkologie

112



Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Deutschland

Îngrijirea paliativă și asistența de tip hospice în
Germania



Dr. Dörte Schotte

Universitätsklinikum Leipzig AöR

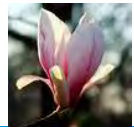
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Palliativstation



Die letzte Lebensphase-Was **jetzt** wichtig ist

-  **Physische Aspekte** (Symptomkontrolle, Physiotherapie und Rehabilitation, interventionelle Therapie...)
-  **Psychische, soziale und spirituelle Aspekte** (Sinn des Lebens, des Sterbens, des Leids, Schuld, Geborgenheit) in der Krankheits- und Sterbephase und der Trauerphase für Patient **und** seine Familie
-  **Ethische und rechtliche Fragen** der Arzt-Patientenbeziehung, Selbstbestimmung des Patienten, Behandlungsgrenzen bzw. -begrenzung, Therapielimitierung)



Cicely Saunders (1918-1995) Begründerin der modernen Hospizbewegung



- ☞ Krankenschwester im Zweiten Weltkrieg
- ☞ Ausbildung als Sozialarbeiterin
- ☞ Medizinstudium
- ☞ Gründet 1967 das 1. moderne Hospiz St. Christopher's in London



Nicht dem Leben mehr Tage
geben, sondern den Tagen mehr
Leben geben.

C. Saunders



Palliativmedizin (WHO 2004)

- ☞ Ist ein Ansatz zur Verbesserung der **Lebensqualität** von Patienten und ihren Familien, die mit einem lebensbedrohlichen Leiden konfrontiert sind.
- ☞ Dies geschieht durch **Vorbeugung** und **Linderung** des Leidens mittels **frühzeitiger** Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.



Geschichte der Palliativmedizin

1967:

C. Saunders gründet St. Christopher's Hospice in London

Ende der 1960er Jahre:

Deutsche Ärzte und Seelsorger haben erste Kontakte zu britischen Hospizen

1971:

Dokumentarfilm über St. Chr. Hospice: „Noch 16 Tage“ von R. Iblack

1983:

Erste Palliativstation (Köln)

1985:

Erstes Hospiz (Aachen)

1992:

Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz – heute DHPV)

1994:

Gründung der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

1996:

1. Kongress der DGP (Köln)

1997:

Curricula Palliativmedizin für Studenten der Medizin, Ärzte, das Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter und Seelsorger. Lehrbuch für Palliativmedizin

1999:

Sackler-Stiftungs-Professur für Palliativmedizin an der Universität Bonn durch die Firma Mundipharma, Limburg

2004:

Eine zunehmende Zahl medizinischer Fakultäten in Deutschland macht Palliativmedizin zum verpflichtenden Lehr- und Prüfungsfach, insgesamt gibt es bereits drei Lehrstühle für Palliativmedizin, weitere werden folgen.

2004:

Fachärzte können sich in Palliativmedizin spezialisieren

2007:

Die Bundesregierung verabschiedet mit den §§ 37b und § 132d im SGB V den gesetzlich geregelten Anspruch auf ambulante spezialisierte Palliativversorgung (SAPV)

2009

Änderung der Approbationsordnung / Palliativmedizin als Pflicht- Lehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium

2010

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

2011

Einführung des nationalen Hospiz und Palliativregisters durch die DGP

S3–Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

**S3-Leitlinie
Palliativmedizin für Patienten
mit einer nicht heilbaren
Krebserkrankung**

Kurzversion 1.0 - Mai 2015
AWMF-Registernummer: 128/001OL

Leitlinienprogramm
Onkologie

**S3-Leitlinie
Prävention, Diagnostik,
Therapie und Nachsorge
des Lungenkarzinoms**

Langversion 1.0 - Februar 2018
AWMF-Registernummer: 020/007OL

**S3-Leitlinie Diagnostik,
Therapie und Nachsorge
des Melanoms**

Version 3.1 - Juli 2018
AWMF-Register-Nummer: 032/024OL

Studentische Lehre in der Palliativmedizin

Vorlesung QSB 13 „Palliativmedizin“

- Jeweils im Sommersemester
- Studienjahr von rund 320 Studierenden
- 11 Vorlesungen á 45 min (interdisziplinär und interprofessionell)
- Abschluss mit Multiple Choice-Klausur

Praktikum im Rahmen des POL-Kurses

- 14 Termine/ Mai, 90min, je 8-10 Studierende

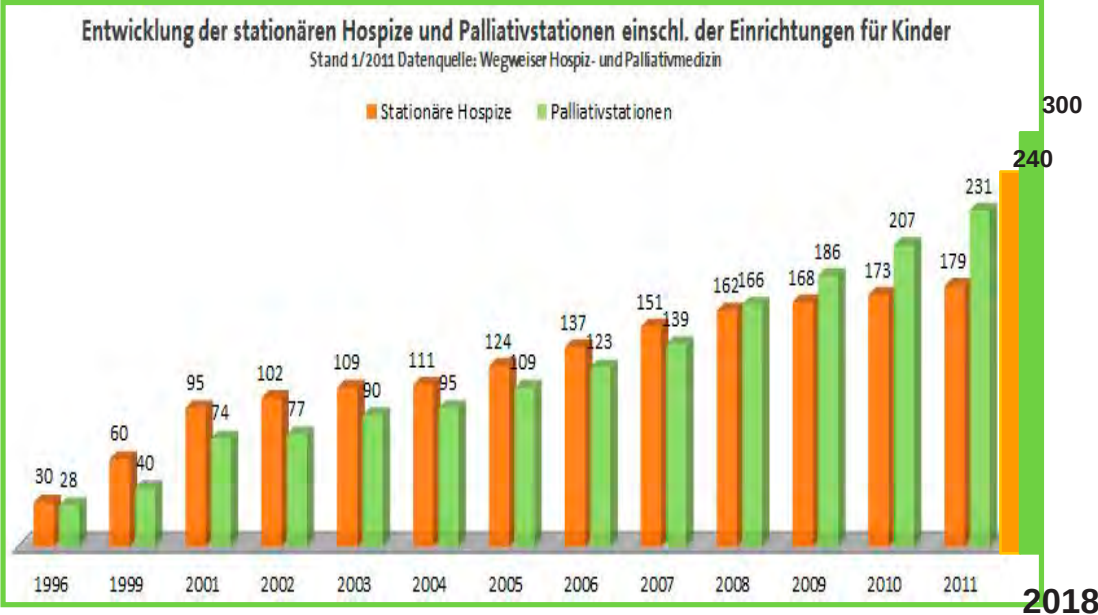
Wahlpflichtfach Palliativmedizin „Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen“

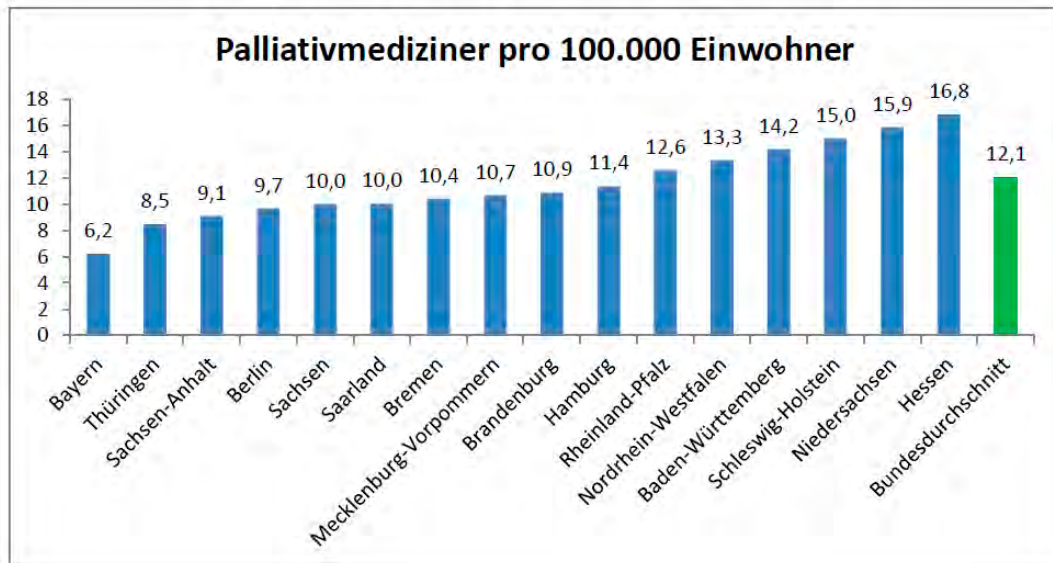
- 12 Studierende, WS, jedes Jahr

Studentenzirkel Palliativmedizin

- 1/ Monat Palliativstation

Strukturelle Entwicklung in Deutschland





Quelle: gbe-Bund, Stand: 2015

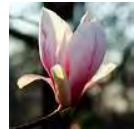
Versorgungsstrukturen

Ambulant

- Allgemeine
Ambulante
Palliativversorgung
- Spezialisierte
Ambulante
Palliativversorgung

Stationär

- Palliativstation/
Palliativdienste
(DRG, OPS,
besondere
Einrichtung)
- Hospiz (Antrag
KK, Bewilligung,
Spenden)

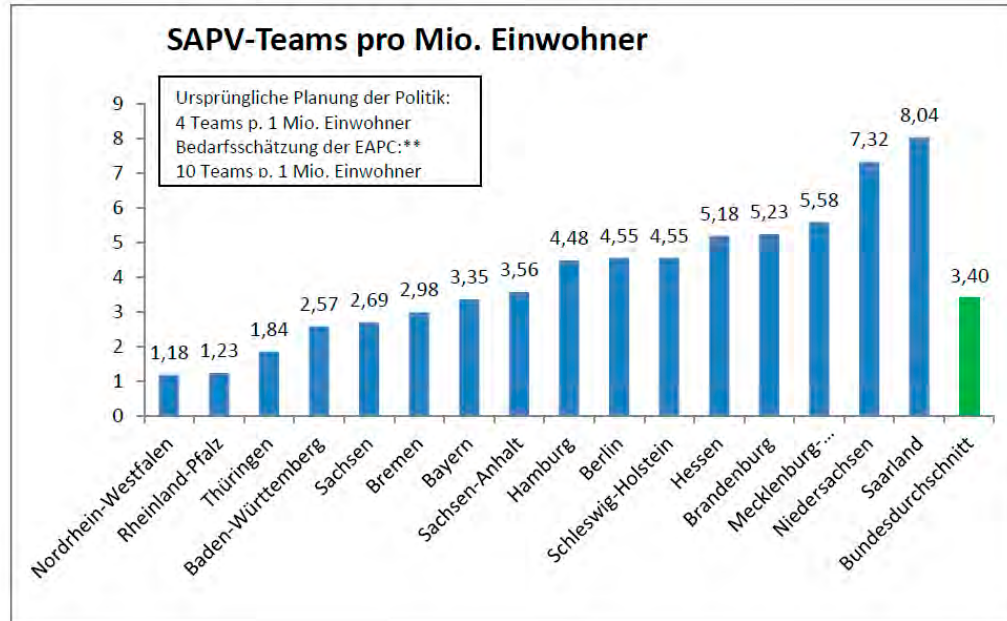


- **April 2007** Gesetz: individueller Leistungsanspruch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (Sozialgesetzbuch V)
- **Jeder Versicherte in Deutschland hat das Recht** auf diese neue Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine **Versorgung und Betreuung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung zu ermöglichen**, die einen besonders aufwändigen Betreuungsbedarf haben.
- **Erst- Verordnung** erfolgt durch Hausärzte, Klinikärzte oder auch Notärzte für zunächst **7 Tage**, dann Prüfung durch die Krankenkasse für die weitere Versorgung
- **2018:**
 - 326 Teams der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 05.06.2018),
 - 31 davon für Kinder und Jugendliche (Quelle: Deutscher Kinderhospizverein, Stand 07.08.2018).

Freiwilligkeit bzw. Zustimmung Name, Vorname des Versicherten _____ (gib an) Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Postleitzahl: _____ Straße: _____ Telefonnummer: _____	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63 ☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Unmittelbarfolgende Vom _____ bis _____ Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10, ggf. Organmanifestation): _____ Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten. Komplexes Symptombeschreiben <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte, komplexe Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptome</td> </tr> <tr> <td>☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte, komplexe Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte, komplexe Symptome</td> </tr> <tr> <td>☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte, komplexe Symptome</td> <td>☐ ausgeprägte, komplexe Symptome</td> </tr> </table> Nähere Beschreibung des komplexen Symptombeschreibens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Fatigue, Atem- / Ernährungsschwäche, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfall) _____ _____ Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM): _____ _____ _____ Folgende Maßnahmen sind notwendig ☐ Beratung ☐ a. des behandelnden Arztes ☐ Koordination der Palliativversorgung ☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft ☐ c. des Patienten / der Angehörigen mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Sorgezustand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige) _____ _____ _____ ☐ Aktiv unterstützende Versorgung ☐ Vollständige Versorgung Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV _____ _____ _____ Verordnungsstempel / Unterschrift des Arztes (Muster 01 (P-104))	☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptome	☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome
☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptome								
☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome								
☐ ausgeprägte, ungenügende Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome	☐ ausgeprägte, komplexe Symptome								

Für die Entscheidung ist die Konsultation des Arztes, für die Folgeverordnung die Konsultation des Arztes erforderlich.

Antrag des Versicherten Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird von dem behandelnden Arzt vornehmlich beantragt. Gesetzliche Grundlage: § 54a Abs. 3 SGB XI, Standesamtliche Versorgung § 54a Abs. 3 SGB XI, Standesamtliche Versorgung § 54a Abs. 3 SGB XI, Standesamtliche Versorgung § 54a Abs. 3 SGB XI Datum: _____ Unterschrift des Versicherten / Beauftragten	
Angaben des Leistungserbringers für die SAPV Die vorordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum _____ vom _____ bis _____ abbracht. Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel _____ Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel _____ Institutionskennzeichen des Leistungserbringers _____ Ansprechpartner (Name) _____ Telefonnummer _____ Fax-Nummer _____ E-Mail _____ Datum: _____ Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers	
Genehmigung der Krankenkasse Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen ☐ entsprechend der Verordnung übernommen ☐ in folgendem Umfang übernommen _____ _____ _____ Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so ist dies dem Kostenträger mitzuteilen. Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungszeitraum hinaus erforderlich sein, so ist rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen. Ausfüllen, wenn von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht Name, Vorname des Versicherten _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____ Versicherungsnummer _____ Geburtsdatum _____ Datum: _____ Stempel / Unterschrift der Krankenkasse	



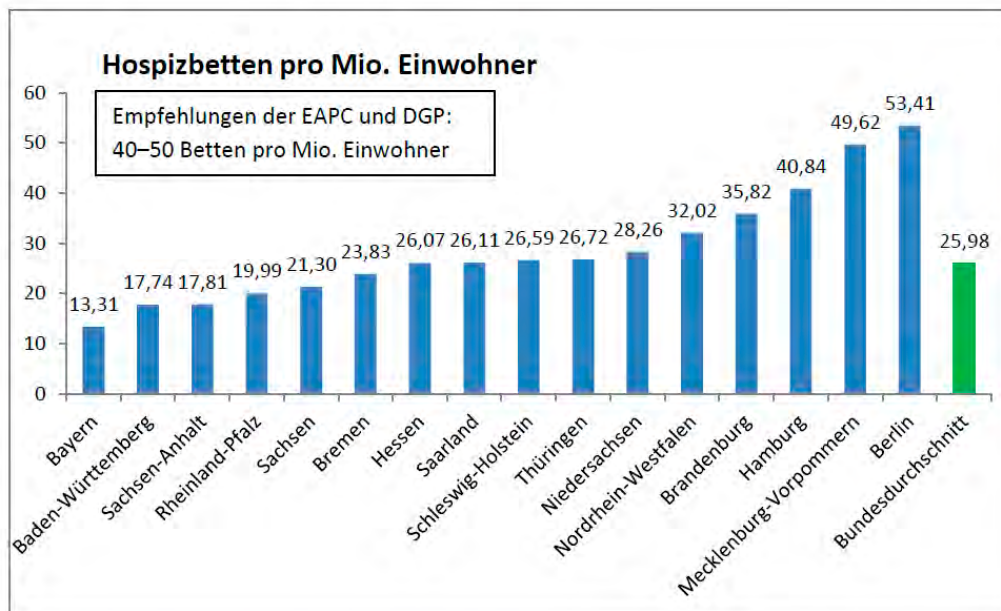
**EAPC White Paper

Quelle: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de / Stand: 31.12.2016

Hospiz

Voraussetzungen für die Hospizaufnahme

- ☞ eine schwere, unheilbare und weit fortgeschrittene Erkrankung
- ☞ kein Bedarf an kurativer Krankenhausbehandlung
- ☞ keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten, z.B. durch ambulante Hospizdienste oder durch SAPV
- ☞ ein Arzt begründet die Aufnahme aus medizinischer Sicht



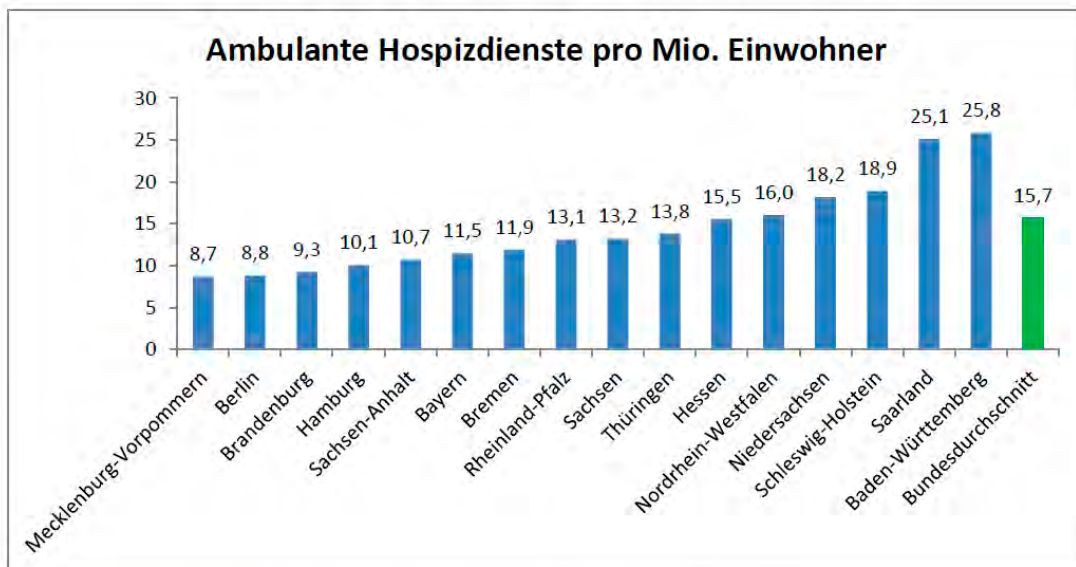
Quelle: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de / Stand: 31.12.2016

Finanzierung der Hospizversorgung

- ☞ Grundsätzlich wird der Aufenthalt in einem stationären Hospiz von der Krankenkasse, der Pflegekasse und dem Hospizträger finanziert. Patienten müssen nichts zuzahlen.
- ☞ **Die Krankenkasse**
zahlt einen Zuschuss zu den Kosten.
- ☞ **Der Anteil der Pflegekasse**
richtet sich nach dem Pflegegrad des Versicherten und wird in gleicher Höhe wie die Leistung bei vollstationärer Pflege gezahlt.
- ☞ **Der Hospizträger**
kommt für die restlichen Kosten auf.
- ☞ **Bewohner/ Angehörige** können spenden.

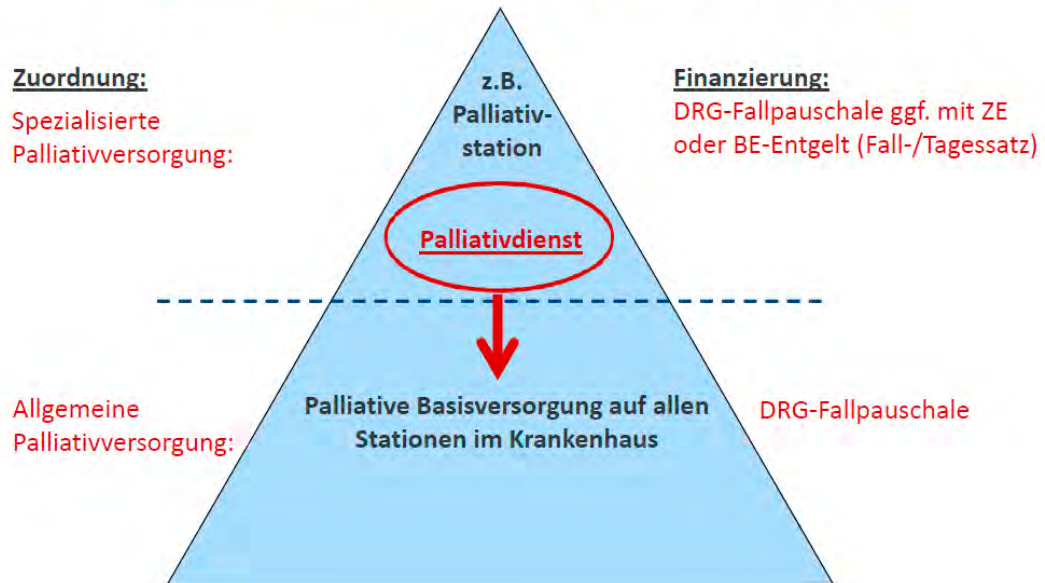
- ☞ Ambulante Hospizdienste, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, erhalten für die hauptamtlichen Koordinierungskräfte sowie für Sachkosten eine **Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 39a Abs. 2 SGB V**
- ☞ nicht gedeckte Kosten des ambulanten Hospizdienstes erbringt der Träger durch Spenden
- ☞ In der Regel sind gemeinnützige Vereine **Träger** der ambulanten Hospizdienste
- ☞ Für die Betroffenen sind die Leistungen der ambulanten Hospizdienste **kostenfrei**.
- ☞ Psychosoziale Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen, auch über den Tod hinaus

Ambulante Hospizdienste/ Ehrenamt (aktuell ca. 1500/ D)



Quelle: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de / Stand: 31.12.2016

Stärkung der palliativen Basisversorgung!



**Gesetz zu Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz- HPG)
vom 01.Dezember 2015**

- 🌀 Ergänzung des §27 SGB V: “Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“
- 🌀 Ergänzung des Artikel 4 § 17b Abs. 1 KHG: „...zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29.Februar 2016 zu entwickeln“
- 🌀 Ergänzung Artikel 4a KHG §6: „soweit für die palliativmedizinische Versorgung durch Palliativdienste noch kein Zusatzentgelt ...kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2017...ein gesondertes krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren...“

**S3-Leitlinie
Palliativmedizin für Patienten
mit einer nicht heilbaren
Krebserkrankung**

Leitlinien 1.0 - März 2015
AWiR Register Nummer: 128/2015

11.5.4.2. Palliativdienst im Krankenhaus

11.23.	Konsensbasiertes Statement
EK	Ein Palliativdienst ist eine Form der stationären, <u>spezialisierten Palliativversorgung</u> und behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit, die nicht auf einer Palliativstation behandelt werden. Ein Palliativdienst steht zur begleitenden Mitbehandlung (ein- oder mehrmalige Visiten) mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität zu Verfügung.
11.24.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, <u>soll</u> einen Palliativdienst anbieten.
Level of Evidence 4*	Quellen: -
11.25.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <u>soll</u> während eines stationären Aufenthaltes Kontakt mit einem Palliativdienst angeboten werden.
Level of Evidence 1+	Quellen: Hanks et al. 2002 [727], Jack et al. 2006 [762], Gade et al. 2008 [706]

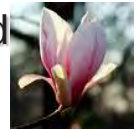
- ☞ Abteilungsübergreifend tätig und organisatorisch eigenständig
- ☞ Multiprofessionell
- ☞ Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- ☞ Pflegefachkraft mit palliativpflegerischer Zusatzqualifikation
- ☞ Psychologin mit psychoonkologischer Zusatzqualifikation
- ☞ Palliativmedizinische Mitbetreuung von Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung mit hoher Symptomlast auf der fallführenden Abteilung

- ☞ Therapieempfehlungen bei körperlichen Beschwerden (Schmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Luftnot, Unruhe, Schlafstörung)
- ☞ frühzeitige palliativmedizinische Einbindung, parallel zur aktuellen Therapie
- ☞ Beratung zu Möglichkeiten der Palliativversorgung (stationär und ambulant)
- ☞ Unterstützung bei psychischen Belastungen und sozialen Fragestellungen
- ☞ Vorausschauende Versorgungsplanung (Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht)
- ☞ Beratung zu ethischen Fragen am Lebensende
- ☞ Begleitung und Beratung von Angehörigen

Palliativstation im Krankenhaus

Aufnahmekriterien

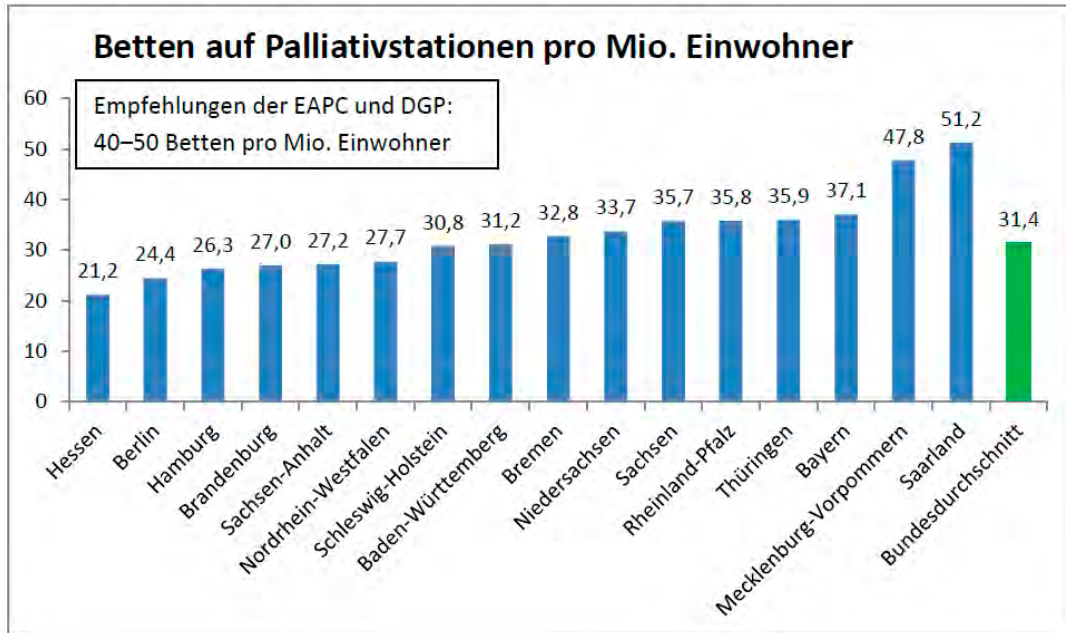
- ☞ **Unheilbare, fortgeschrittene Erkrankung** mit begrenzter Lebenserwartung
- ☞ Eine **medizinische und/ oder psychosoziale Indikation** liegt vor
- ☞ **Patient** ist über Art und Prognose der Erkrankung **aufgeklärt** und ist mit der Aufnahme auf die Palliativstation **einverstanden**.
- ☞ Patient und Angehörige sind darüber aufgeklärt, dass **keine kurative Therapie mehr möglich** ist
- ☞ Patient und Angehörige sind informiert, dass **nach Symptomkontrolle** und Stabilisierung der Situation d **Entlassung/ Verlegung angestrebt** wird



Angebote der Palliativstation

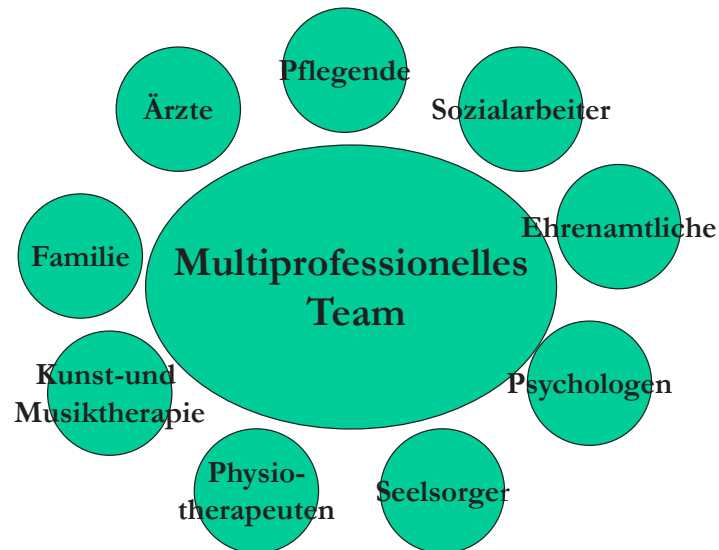
- ☞ Symptomkontrolle belastender Beschwerden
- ☞ Aktivierende oder begleitende palliative Pflege
- ☞ Psychologische und seelsorgerische Begleitung
- ☞ Physiotherapeutische Maßnahmen
- ☞ Beratung in sozialrechtlichen Fragen und zum Thema Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht
- ☞ Organisation und Koordination der weiteren Versorgung nach der Entlassung
- ☞ Psychosoziale und seelsorgerische Angebote richten sich auch an die Angehörigen der Patientinnen und Patienten und bestehen über die Entlassung oder das Versterben der Patientinnen und Patienten hinaus





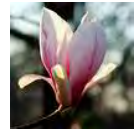
Quelle: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de / Stand: 31.12.2016

Wer tut es? (Palliative) Therapie ist Teamwork !



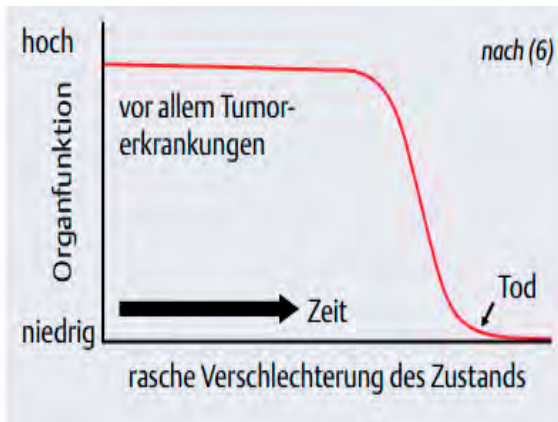
Häufige Krankheitsbilder

-  Tumorerkrankungen (80%)
-  Neurologische Erkrankungen (z.B. ALS, MS)
-  Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, Apoplex, Herzinsuffizienz)
-  Respiratorische Erkrankungen (COPD)
-  Terminale Nierenerkrankungen
-  AIDS



Onkologisch vs. Nichtonkologische Erkrankungen

Oft schwierige Prognoseabschätzung nicht onkologischer Erkrankungen



Nach Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. White Paper. RAND Health, 2003

32

Palliativmedizinische Strukturen am UKL

-  Palliativstation (12 Betten)
-  Stationärer Palliativdienst (Arzt, Palliative Care Nurse, Psychologe)
-  Palliativambulanz (UCCL)

Stationärer
Palliativdienst

Palliativstation
12 Betten

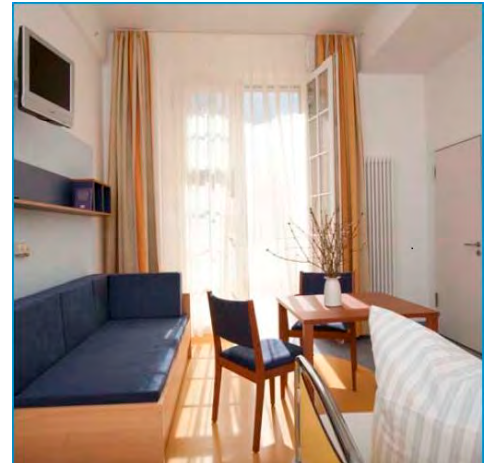
Palliativambulanz

SAPV

Hospize

Die Palliativstation am UKL

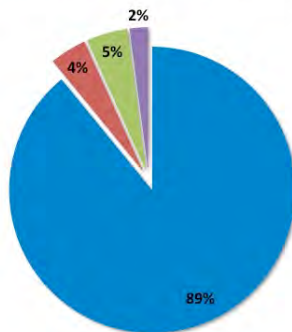
- ☞ Eröffnung 01. April 2009
- ☞ 12 Einzelzimmer, 3 Zimmer mit direktem Terrassenzugang
- ☞ Zimmer mit eigenem Bad, wohnliche Atmosphäre, Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige
- ☞ Raum der Begegnung, wohnliche Atmosphäre
- ☞ Raum der Stille



Palliativstation des Universitätsklinikums Leipzig

Grunderkrankungen UCC-1 2009 (n=192)

■ Tumorerkrankungen ■ Neurologische Erkrankungen ■ Internistische Erkrankungen ■ Sonst EK

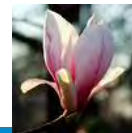
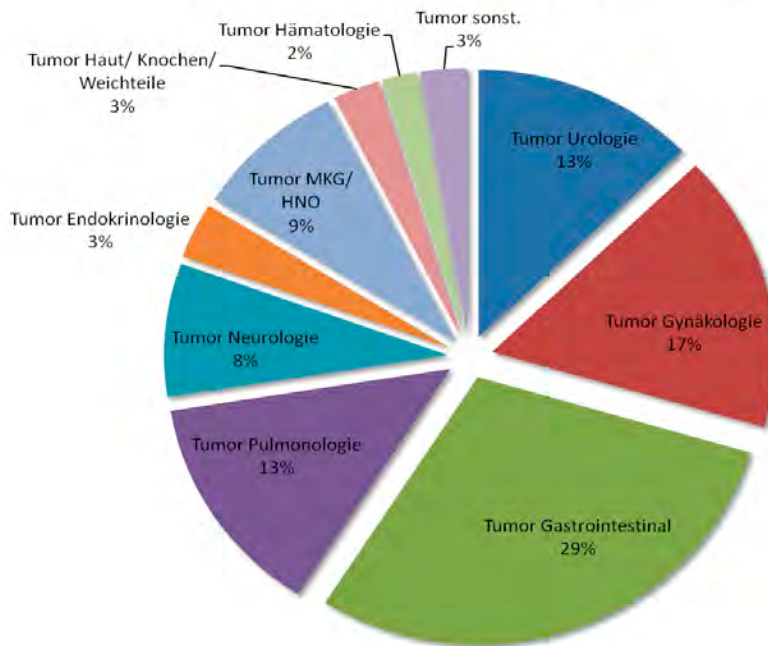


Grunderkrankungen UCC 2016

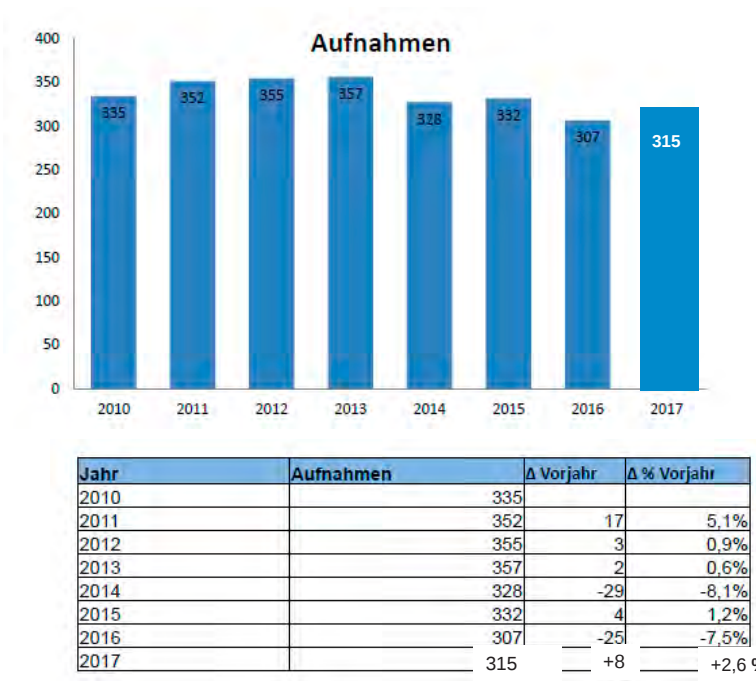
■ Tumorerkrankungen ■ Neurologische Erkrankungen ■ Internistische Erkrankungen ■ Sonst EK



Tumorerkrankungen UCC-1

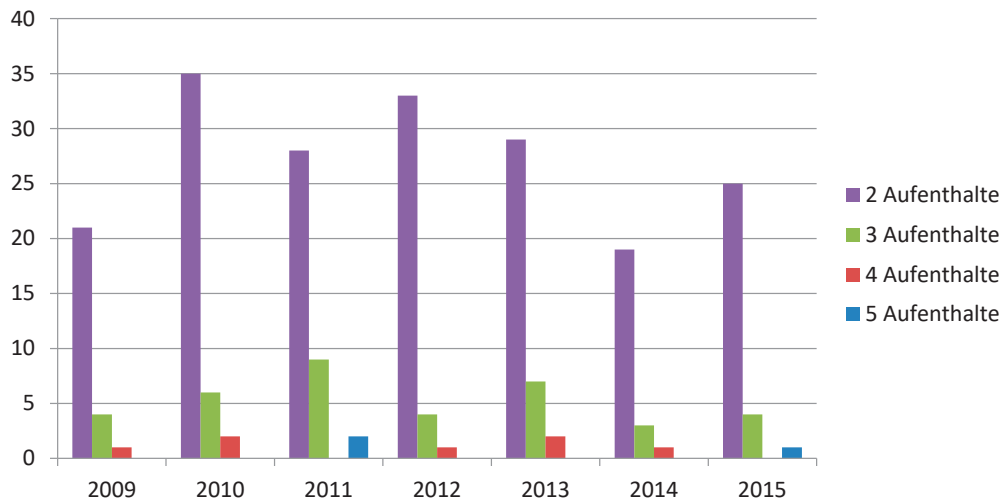


Patientenzahlen – Aufnahmen auf Palliativstation



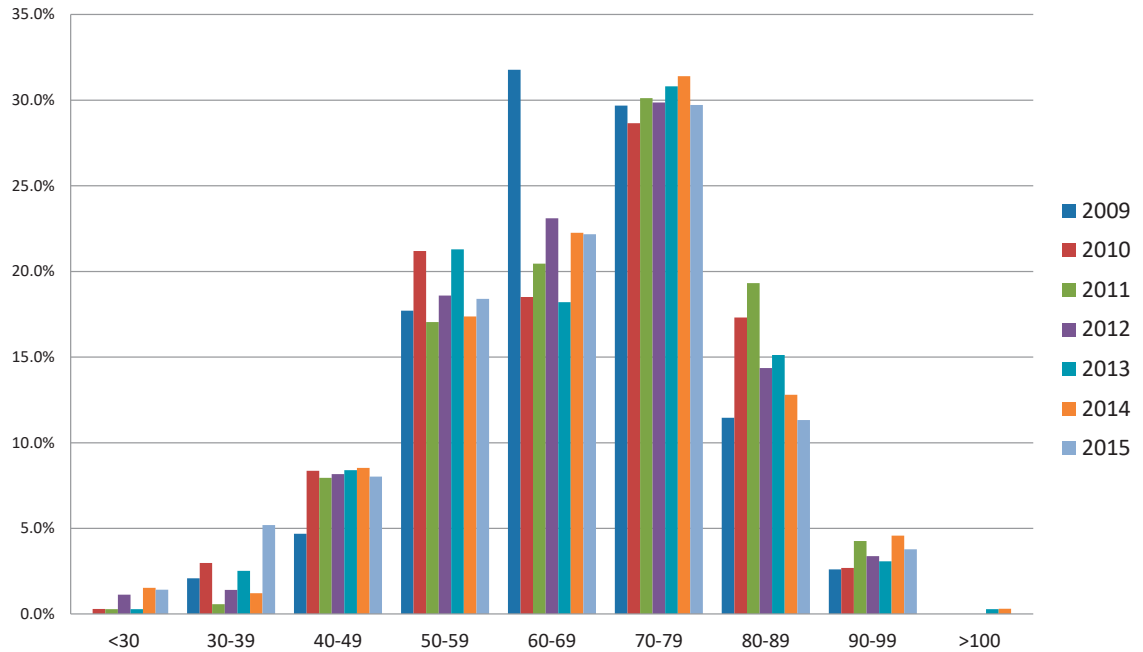
Wiederaufnahmen

Anzahl Patienten



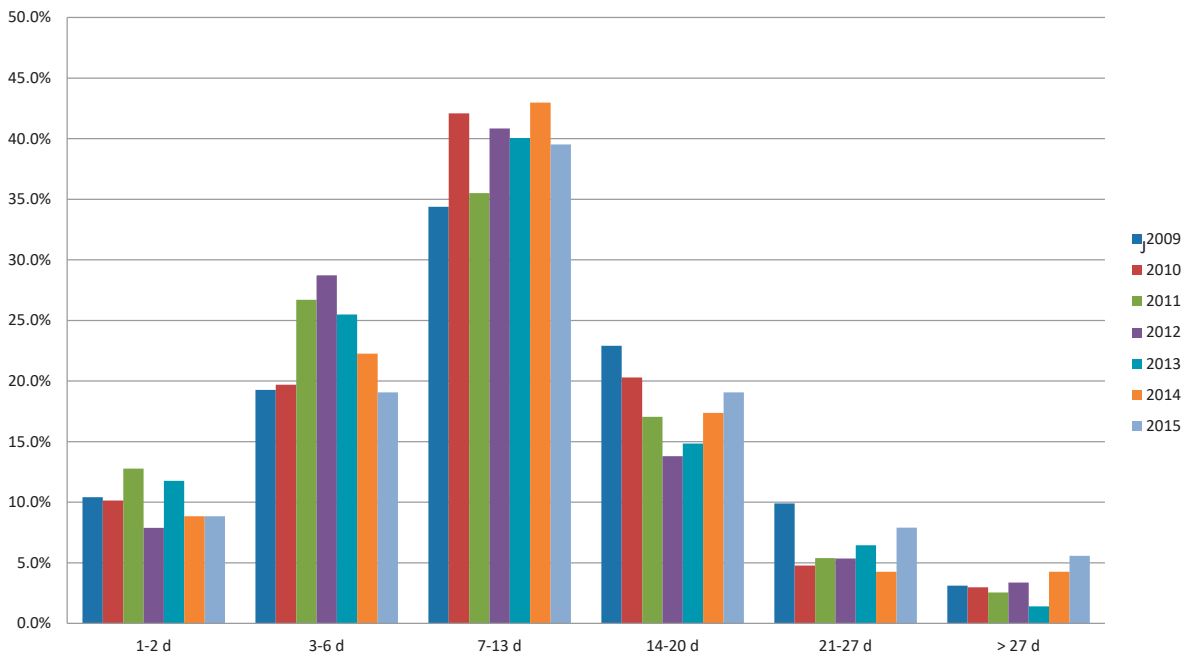
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl Wiederaufnahmen (Fälle)	32	53	54	44	49	28	37
Fälle Gesamt	192	335	352	355	357	328	215
% Anteil	17%	16%	15%	12%	14%	9%	17%

Altersverteilung



% der Fälle

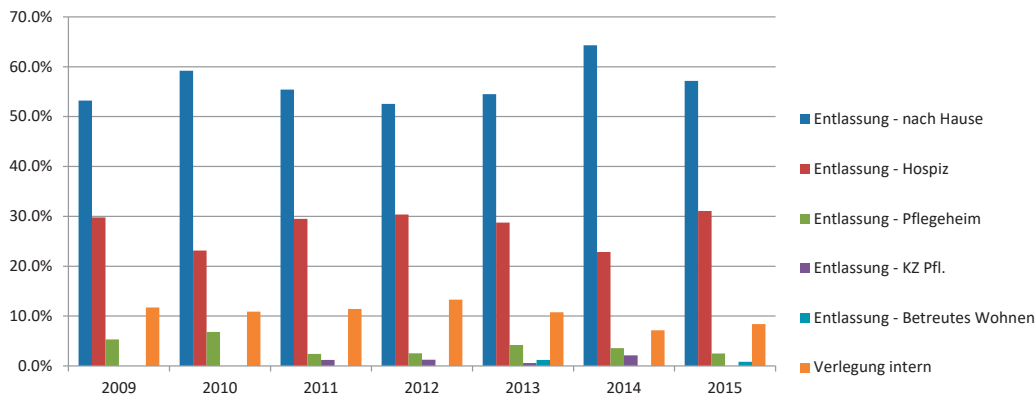
Liegedauer



© Universitätsklinikum Leipzig AöR (2015): Kennzahlen UCC-1 04/2009- 09/2015

Entlassungsorte

Anzahl von Patient	Entlassung nach Hause	Hospiz	Pflegeheim	KZ Pfl.	Betreutes Wohnen	Verlegung intern
Jahr						
2009	53,2%	29,8%	5,3%	0,0%	0,0%	11,7%
2010	59,2%	23,1%	6,8%	0,0%	0,0%	10,9%
2011	55,4%	29,5%	2,4%	1,2%	0,0%	11,4%
2012	52,5%	30,4%	2,5%	1,3%	0,0%	13,3%
2013	54,5%	28,7%	4,2%	0,6%	1,2%	10,8%
2014	64,3%	22,9%	3,6%	2,1%	0,0%	7,1%
2015	57,1%	31,1%	2,5%	0,0%	0,8%	8,4%
Gesamtergebnis	56,6%	27,9%	3,8%	0,8%	0,3%	10,6%



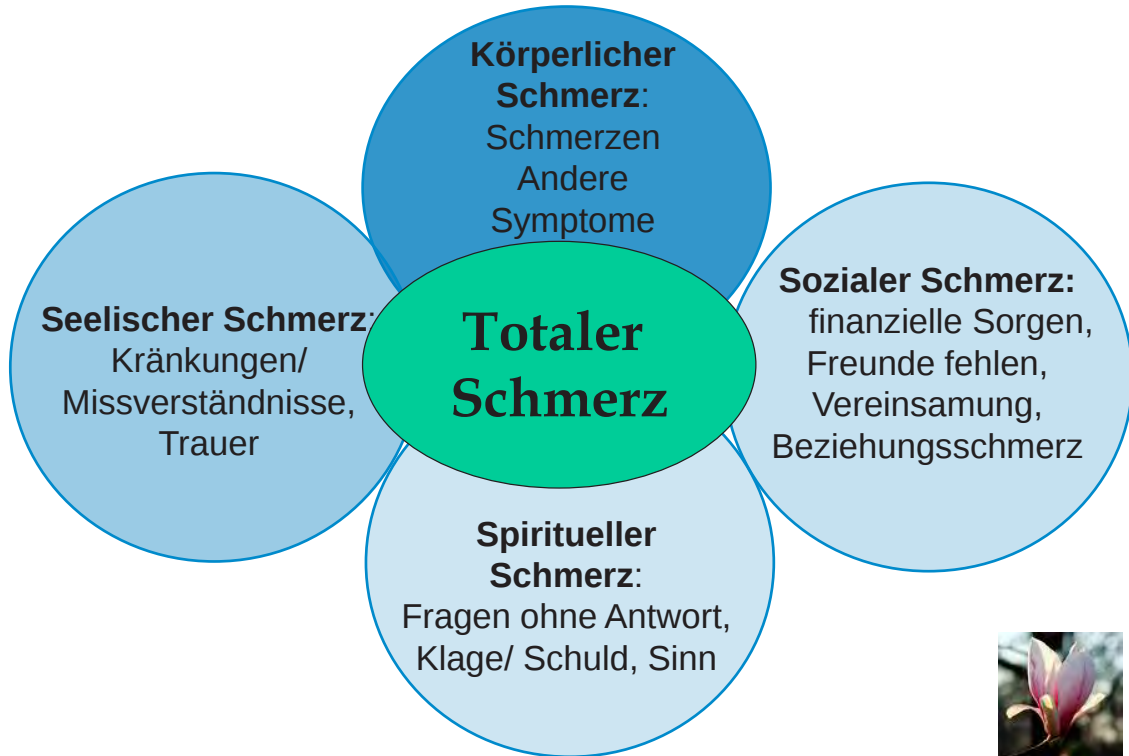
Symptome bei Aufnahme - Häufigkeit

Symptom	% leichte Ausprägung	% mittlere/ schwere Ausprägung	Gesamt %
Schwäche	11	83,7	94,7
Müdigkeit	21,6	67,6	89,2
Appetitmangel	18,8	64,2	83
Schmerzen	21,5	55,8	77,3
Obstipation	24,4	33,2	55,6
Dyspnoe	22,6	33,2	55,8
Übelkeit	23,8	27	50,8
Erbrechen	11,9	18,1	30
Depressivität	28,7	32,9	61,6
Angst	28,3	38,5	66,8



*HOPE – Erfassung 2014 - Symptomausprägung bei Aufnahme (n=1390)

„Total Pain“ - Konzept nach C. Saunders



nach Cicely Saunders

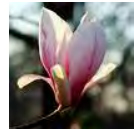
Palliative Therapie

 ***Nicht:***

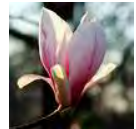
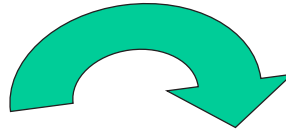
„Behandeln oder nicht behandeln?“

 ***Sondern***

**„Welche Behandlung ist die angemessene
Behandlung für diesen Patienten zu diesem
Zeitpunkt?“**



**Kausale Therapie-
optionen prüfen**



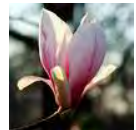
**und
Symptomatische
Therapie
einleiten**

Interventionell
Strahlentherapie
Operation
Endoskopie
...

Medikamentös
Medikament/Dosis/ Intervall
Bedarfsmedikation
Interaktionen
Organinsuffizienzen

Nichtmedikamentös
Gespräche
Psychoonkologie
Physiotherapie
Sozialarbeit

- 🏥 **Medikamentöse Schmerztherapie** (oral, t.d., i.v. peridural...)
- 🏥 **Strahlentherapie** (zur Schmerztherapie bei ossären Metastasen, palliativ bei cerebralen Metastasen)
- 🏥 **Chemotherapie** (selten)
- 🏥 **Operative Therapie** (Ileus, Darmperforation, Frakturen)
- 🏥 **Punktionen** (Pleura, Ascites)
- 🏥 **Endoskopie** (Gastro-, Kolo-, Bronchoskopie)



 Parenterale **Ernährung**, Sondenernährung

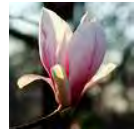
 **Transfusionen**

 **Antibiotikatherapie**

 **Dialyse**

 Verlegung auf die Intensivstation

 **Sterbebegleitung**



Körperlich-
Funktionales
Wohlbefinden

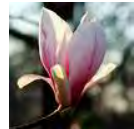
„Quality of life is whatever the patient says it is.“

Prof. Ciaran O'Boyle, Dublin

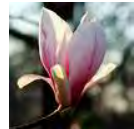
Spirituelles
Wohlbefinden



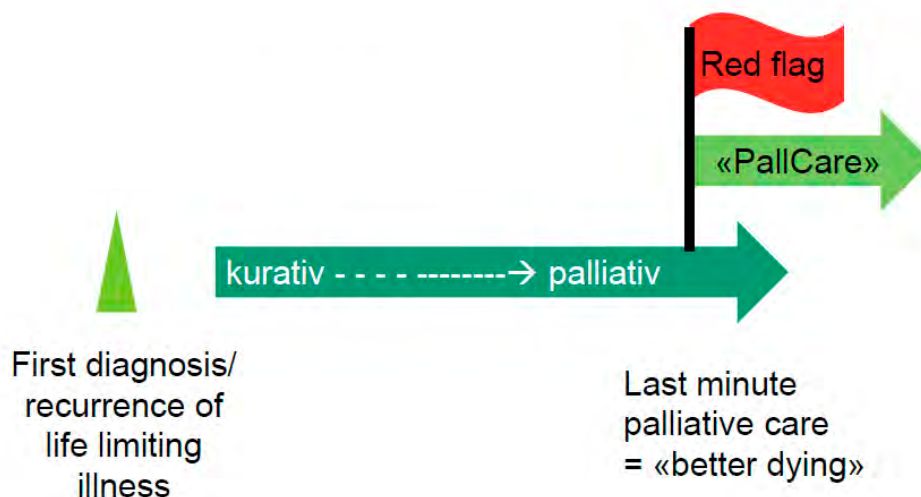
Wann beginnt die palliative Versorgung?



Häufig zu spät.



Palliativmedizin im Alltag



UCI – Zentrum für Palliative Care / M.Fliedner und A.Ebnerer

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

**Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care:
an international consensus (Delphi-Process with more than 60 Experts)**

<i>spezifische Kriterien</i> <i>Übereinstimmung (>95% Zustimmung)</i>	<i>Krankheits-Stadium</i> <i>Befürwortung (>88% Zustimmung)</i>
hohe Symptomlast	Prognose: 6-12 Monate
emotionale Belastung der Patienten	bei Diagnose: innerhalb von 3 Mon. wenn OS <1 Jahr
Todeswunsch	im Therapieverlauf: bei PD nach 1-Linien-Therapie
	ECOG-PS: 2

Hui et al., Lancet Oncol. 2016; 17: e552–e559

Surprise question

Wären Sie überrascht, wenn ihr
Patient in den nächsten 6-12
Monaten versterben würde?



*Moss et al., 2010; Murray & Boyd, 2011;
Moroni et al., 2014; Hamano et al., 2015*
S3-Leitlinie Palliativmedizin

EARLY INTEGRATION

 Multiprofessionelle und interdisziplinäre Unterstützung und Verknüpfung von Behandlungsansätzen

- (Onkologische) Therapie
- Professionelle Symptomkontrolle
- Psychosoziale und spirituelle Begleitung



Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-small-Cell Lung Cancer

Temel JS et al; N Engl J Med 2010, 363: 733-42

- ☞ Randomisiert, kontrolliert, monozentrisch
- ☞ 151 Patienten randomisiert
- ☞ Early integration (n=77) vs. Standard care (n=74) bei ambulanter Therapie
- ☞ Assessment Baseline und nach 12 Wochen bezgl.
- ☞ Lebensqualität (Functional-Assessment-of-Cancer-Therapy-Lung-Scala - FACT-L) und
- ☞ Stimmung (Hospital-Anxiety-and-Depression-Skala)



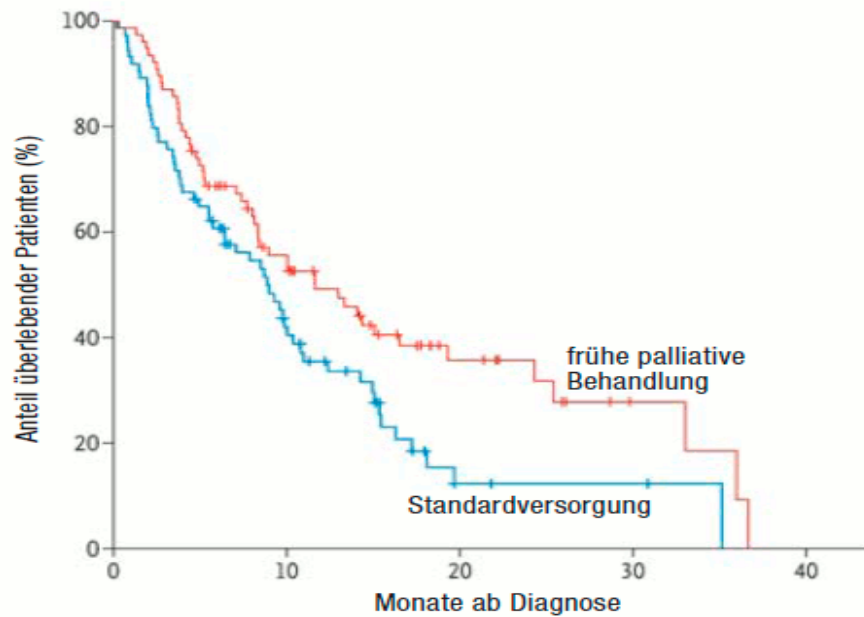
Temel JS et al; N Engl J Med 2010, 363

- ☞ Signifikant verbesserte Lebensqualität (FACT-L 98,0 vs 91,5)
- ☞ Weniger depressive Symptome (16% vs. 38%, $p=0,01$)
- ☞ Weniger aggressive Therapien (CTX) am Lebensende (33% vs. 54%)
- ☞ Häufiger Auseinandersetzung und Dokumentation hinsichtlich Wiederbelebungsmaßnahmen etc.
- ☞ Längere Überlebenszeit (11,6 vs. 8,9 Monate, $p=0,02$)



GRAFIK

Überlebensrate nach Kaplan-Meier



Quelle: N Engl J Med 2010; 363: 733-42

**American Society of Clinical Oncology
Provisional Clinical Opinion
The Integration of Palliative Care in to Standard
Oncology Care; Smith et al; J Clin Oncol 2012**

-  Expertenkonsensusartikel
-  7 randomisierte kontrollierte Studien belegen den Nutzen von integrierter Palliative Care in Bezug auf Lebensqualität und Lebenserwartung
-  **Empfehlung zur kombinierten standardonkologischen und palliativmedizinischen Betreuung**
-  Einbeziehung **zu einem frühen Zeitpunkt** im Krankheitsverlauf
-  Bei Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung
-  Und/ oder hoher Symptomlast



Early integration



WHO 2007
Ferris D. et al. JCO 2009
Smith et al JCO 2012



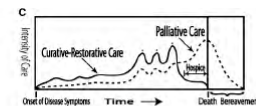
Fünf Visionen der Palliativmedizin



- alle Erkrankungen



- früherer Beginn



- alle Dimensionen



- für alle verfügbar



- in allen Settings

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**



