

COVID-19 im Pflegeheim: mehr Delire und Sterben an der Pneumonie



SARS-Covid-19 ist offenbar gekommen, um erst einmal zu bleiben 😞

Auswirkungen auf Palliativpatienten:

Demente (=Palliativpatienten) verlieren weitgehend ihre gewohnten Kontakte. Das triggert delirante Zustände.

Viele Palliativpatienten wollen auch bei einer Covid-19-Pneumonie nicht mehr ins Krankenhaus, sondern in ihrer gewohnten Umgebung sterben.

September 2020

BPSD

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome bei Demenz (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)

Rund **70 %** der Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind davon betroffen.

Zu den Symptomen von BPSD zählen:

Apathie, Agitiertheit, Angst, Depressivität, Halluzinationen (in der Regel visuell) und Wahnvorstellungen sowie Verhaltensstörungen in Form von motorischer Unruhe, unangemessenem Verhalten, Enthemmung und verbaler oder körperlicher Aggression

BPSD sind für die Angehörigen und Pflegenden oft außergewöhnlich belastend und erhöhen bei ihnen das Risiko für psychische und somatische Folgeerkrankungen. Verhaltenssymptome und Schwierigkeiten der Angehörigen im Umgang mit diesen Symptomen sind Prädiktoren für die Aufnahme des Betroffenen in eine Pflegeeinrichtung.

An erster Stelle steht die Behandlung oder Beseitigung möglicher Ursachen und Auslöser...

...wie Schmerzen, Harnverhalt, Obstipation, vermindertes Hör- und Sehvermögen,

ungünstige Umgebungsfaktoren einschließlich einer Anpassung des Kommunikationsverhaltens Angehöriger und Pflegender.

Psychosoziale und stimulierende Maßnahmen wie validierendes Verhalten, Erinnerungspflege, basale Stimulation oder das Schaffen einer angenehmen Atmosphäre bei den Mahlzeiten stehen an erster Stelle der Therapie und Prävention von BPSD.

- verbale Deeskalation „Talking down“
 - Zuhören.
 - Interesse an der Situation des Patienten und Verständnis signalisieren.
- Gespräche mit anderen anbieten, z.B.:
 - Heimleitung
 - Chefarzt
 - Seelsorger
 - Patientenfürsprecher
 - Freunde
 - Verwandte
 - andere Vertrauenspersonen.
- Verbal Grenzen setzen.
 - Verhalten, das unerwünscht und nicht tolerabel ist, eindeutig benennen.
- Ein Getränk anbieten oder
 - Essen
 - eine Süßigkeit
 - eine Zigarette
 - gemeinsam einen Kaffee trinken
 - eine Zigarette rauchen.
- Ein Medikament anbieten.
- „Time out“ im eigenen Zimmer anbieten, im Garten, in der Klinikkapelle o. Ä.
- Ein warmes Bad anbieten.
- Die Patienten in eine Tätigkeit einbinden, auf Station oder im Garten.
- Bewegung anbieten (Tischtennis, Laufen o. Ä.).

Besondere BPSD bei verschiedenen Demenzarten

BPSD kommt bei allen Demenzarten vor, doch die Verteilung der einzelnen Symptome kann variieren.

Lewy-Körperchen-Demenz¹ 20% der Demenzen

- besonders häufig visuelle Halluzinationen
- Diese Patienten reagieren auf Neuroleptika häufig mit einer starken Verschlechterung der motorischen und kognitiven Funktionen.

Frontotemporale Demenz (M. Pick), selten

- In frühen Stadien dominieren häufig Verhaltensauffälligkeiten das Symptombild, z.B.:
 - Enthemmung
 - unangemessenes Sozialverhalten
 - Apathie
 - Aggressivität.

Die Lewy-Körper-Demenz

macht zirka 20 % aller Demenzen aus.

Es müssen mindestens zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sein:

- fluktuierende kognitive Defizite (besonders Aufmerksamkeit)
- wiederholte detaillierte visuelle Halluzinationen
- extrapyramidalmotorische Störungen (unwillkürliche motorische Störungen)

Obligates Merkmal: Zunehmende kognitive Störungen, die mit Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Umfeld einhergehen.

Kernmerkmale: Kognitive Fluktuationen, vor allem der Aufmerksamkeit, wiederkehrende, meist detailreiche visuelle Halluzinationen, motorische Parkinson-Symptome

Hinweisende Merkmale: Stürze, Synkopen, vorübergehende Störungen des Bewusstseins, Halluzinationen in anderen Sinnesmodalitäten, Wahn, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, Neuroleptika-Sensitivität, mittels SPECT- oder PET-Bildgebung erfasste, verminderte Dopamin-Transporter-Aufnahme im Striatum

Differentialdiagnose zum Morbus Alzheimer (AD):

Visuelle Halluzinationen haben eine hohe Spezifität zur Unterscheidung zwischen DLB und AD (99 %), die visuokonstruktiven Einschränkungen eine hohe Sensitivität (74 %). Auch kognitive Fluktuationen sprechen für DLB und gegen AD

Symptomatische Therapie der DLB

Da davon ausgegangen wird, dass bei dementiellen Erkrankungen pathophysiologisch ein Mangel an Acetylcholin besteht, wird therapeutisch dagegen angegangen, indem man das Enzym hemmt, das Acetylcholin abbaut.

Diese Acetylcholinesterase-Hemmstoffe wie Rivastigmin, Donepezil oder Galantamin, die in Deutschland allerdings nur für die Alzheimer-Demenz zugelassen sind, stellen eine mögliche Therapieform dar. Die Therapie sollte im Allgemeinen früh begonnen werden, da sie den Verlauf nur bremsen, aber nicht rückgängig machen kann

Neuroleptika sind eher ungeeignet, da die Patienten meist verstärkt mit Nebenwirkungen darauf reagieren. Wenn dennoch Neuroleptika indiziert sind, können sogenannte atypische Neuroleptika versucht werden, die aber prinzipiell keine Vorteile aufweisen.

Teilweise werden auch nicht-pharmakologische Interventionen bei Verhaltensstörungen von Demenzkranken favorisiert. Erst wenn diese nicht ausreichen, soll auf medikamentöse Hilfe zurückgegriffen werden.

- Bei Patienten mit Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und verwandten Erkrankungen sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert, weil sie Parkinsonsymptome verstärken und Somnolenzattacken auslösen können.
- Bei diesen Erkrankungen können Clozapin und – weniger gut durch Studien belegt – Quetiapin eingesetzt werden.

Rund **60%** aller **Pflegeheimbewohner** nehmen täglich Psychopharmaka ein. Angesichts der begrenzten Wirksamkeitsbelege aus Studien erscheint eine solche breite Verwendung nicht gerechtfertigt.

Neuroleptika (Antipsychotika)

Führen bei Patienten mit Demenz wahrscheinlich zu einem erhöhten Risiko für Mortalität und für zerebro-vaskuläre Ereignisse.

Es besteht wahrscheinlich ein differenzielles Risiko, wobei Haloperidol das höchste und Quetiapin das geringste Risiko hat.

- Risperidon sollte bevorzugt werden, wenn zur Behandlung von agitiertem und aggressivem Verhalten Antipsychotika erforderlich sind (Ia/B).
- So bei schwerer psychomotorischer Unruhe, Wahn und Halluzinationen, die zu deutlicher Beeinträchtigung des Betroffenen und/oder der Pflegenden führen. Hier kann ein zeitlich begrenzter Therapieversuch mit Risperidon 0,5-2 mg im Rahmen einer Off-label-Anwendung empfohlen werden (II/C).
- Besonders zu beachtende Risiken:²⁸
 - orthostatische Hypotonie
 - supraventrikuläre Tachykardien.

Medikamente bei Unruhe und Aggression

agitierte Demente:

akut: nur Risperidon, Zuclopenthixol (Ciatyl®) und Pipamperon (Dipiperon®) zugelassen. Eventuell zusammen mit Lorazepam oder Midazolam.

bei längerer Behandlung: besonders bei motorischer Unruhe: Melperon (Eunerpan®)

! Achtung: bei Dementen nicht (mehr) zugelassen: Promethacin, Levomepromazin, Olanzapin!

agitiert verwirrter Parkinson-Patient:

Clozapin (Leponex®) 10 bis maximal 100mg/d

! cave: wirkt stark anticholinerg! kein Haldol oder andere Neuroleptika

Agitiert verwirrte nicht hochaltrige Palliativpatienten:

65-: Haloperidol 0,5-2mg plus Lorazepam 1-2 mg oder Risperidon 0,5-2,0 mg (KI furosemid), schwerstes Delir 5-10 mg Haloperidol plus Lorazepam 1-2 mg

Schlafstörung bei Dementen:

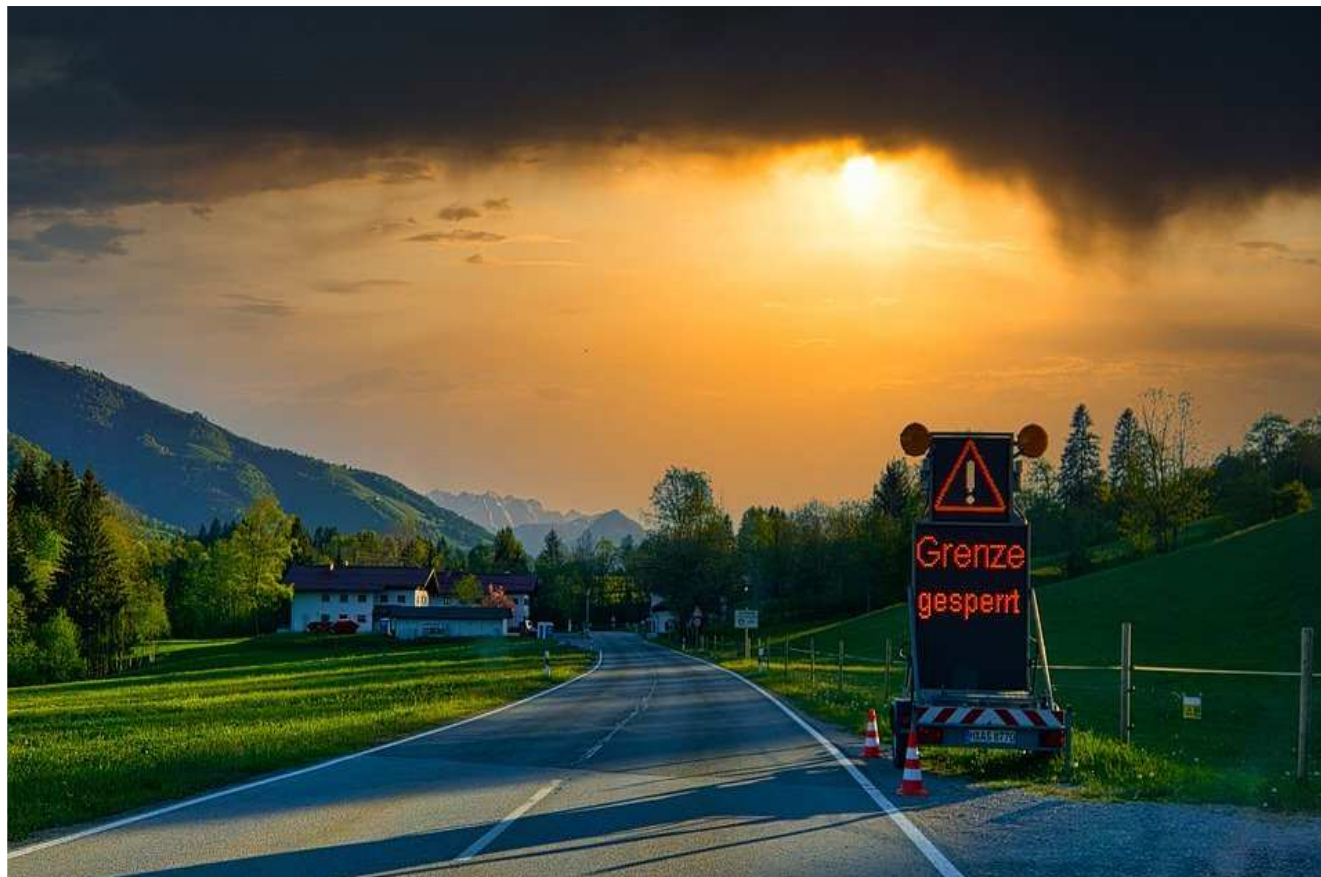
Zolpidem, Mirtazepin, Melperon (Eunerpan®)

Hirnmetastasen:

Dexamethason Beginn mit 3 x 8 mg

bei Verdacht auf nicht konvulsiven Status Lorazepam od. Midazolam (Dormicum®)

Blick über die Landesgrenzen



Suche nach Alternativen zu Neuroleptika

An der Universitätsklinik **Genf** untersuchte Prof. Sophie Pautex den Effekt von Cannabisöl mit einem Verhältnis von 1,35 mg THC und 1,25 mg CBD/Tropfen=0,05 ml. Mittlere Dosis nach Auftitrieren 3x2 Trp an 10 Patienten auf Verhaltensauffälligkeiten.

Gemessen wurden in einer prospektiven Untersuchung: Parkinson rating scale, Cohn-Mansfield-Agitations Inventory, Skala für störendste Verhaltensauffälligkeit, Barthel-Index, RR, Gewicht.

Nach 4 Wochen Rückgang von Rigidität, Verhaltensauffälligkeiten, Patienten waren kommunikationsfähiger und wacher. Exzellente Verträglichkeit. Eine große randomisierte Studie ist in Planung.

Demente und Gebrechliche in UK

- 2040 werden in UK 54 % aller Einwohner älter als 85 Jahre sein
- 2018 lebten in UK 39 % der 85+ allein
- 2018 waren sie für 43 % aller Notfallkontakte verantwortlich (Kings Kollege of London)
- 2018 war Atemnot der häufigste Anlass bei Notfallkontakten
- 2018 litten 30-52 % der Gebrechlichen unter Schmerzen, 24 % litten emotional

Initiative aus Australien:

ELDAC = End of Life Directions for Aged Care

Finanziert vom australischen Gesundheitsministerium, wird international genutzt, besonders in Nordamerika und Europa.

Kostenlose Helpline zum Management von 85+.

Soll die Versorgung von 85+ verbessern, die in Australien zu 20 % in den ersten 7 Monaten nach Aufnahme in Altenheimen versterben. 50 % sind nach 14 Monaten tot. Trotzdem lebt die überwiegende Anzahl alter Menschen in Australien in Altersheimen.

ELDAC stellt einen „Werkzeugkasten“ mit unterschiedlichsten Informationen für Hauspflege, allgemeine ambulante Palliativversorgung, stationäre Altenpflege zur Verfügung.

Zum Beispiel mit Anleitungen zu „Behandlung im voraus planen“, oder Indikatoren für Zeichen des Lebensendes, Notfallmedikamente u. ä..

Ein Tool „Demenz“ ist in Vorbereitung.

Zwei Hauptprobleme Dementer und ihrer Angehörigen

**Atemnot, die Notfalleinweisungen verursacht
(43 % aller Notfallkontakte 2018 in UK durch dyspnoische Demente)**

Mittlere Überlebenszeit nach Diagnose Demenz 4,5 a (irische Untersuchung), deshalb BVP möglichst schnell.

Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Art entwickeln fünf von sechs Dementen

Wie wären Notfallkontakte zu vermeiden?

Bei komplexen Erkrankungen und/oder niedriger Angschwelle reduzierte sich die Anzahl der Notaufnahmen, wenn eine kompetente Person, zu der der Patient und seine Zugehörigen Vertrauen hatten, das Gesamtmanagement übernahm.

Eine weitere Reduktion war festzustellen, wenn der Patient seine Einstellung zu Tod und Sterben kommuniziert hatte.

Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Atemnot

Befähigung der Betroffenen und ihrer Zugehörigen, sich selbst zu helfen (Resilienz) durch 4-6 multidisziplinäre Kontakte in 4-6 Wochen (Kings College London):

- 1. Atmung:** Technik, Ventilator, Position, Abklopftechniken
- 2. Denken:** Verhaltenstherapie, Notfallplan, Entspannung, Achtsamkeit, Aufklärung
- 3. Funktionsverbesserung:** Aktivitätsanreize, Gehhilfen, „Flutter“, pulmonale Rehabilitation

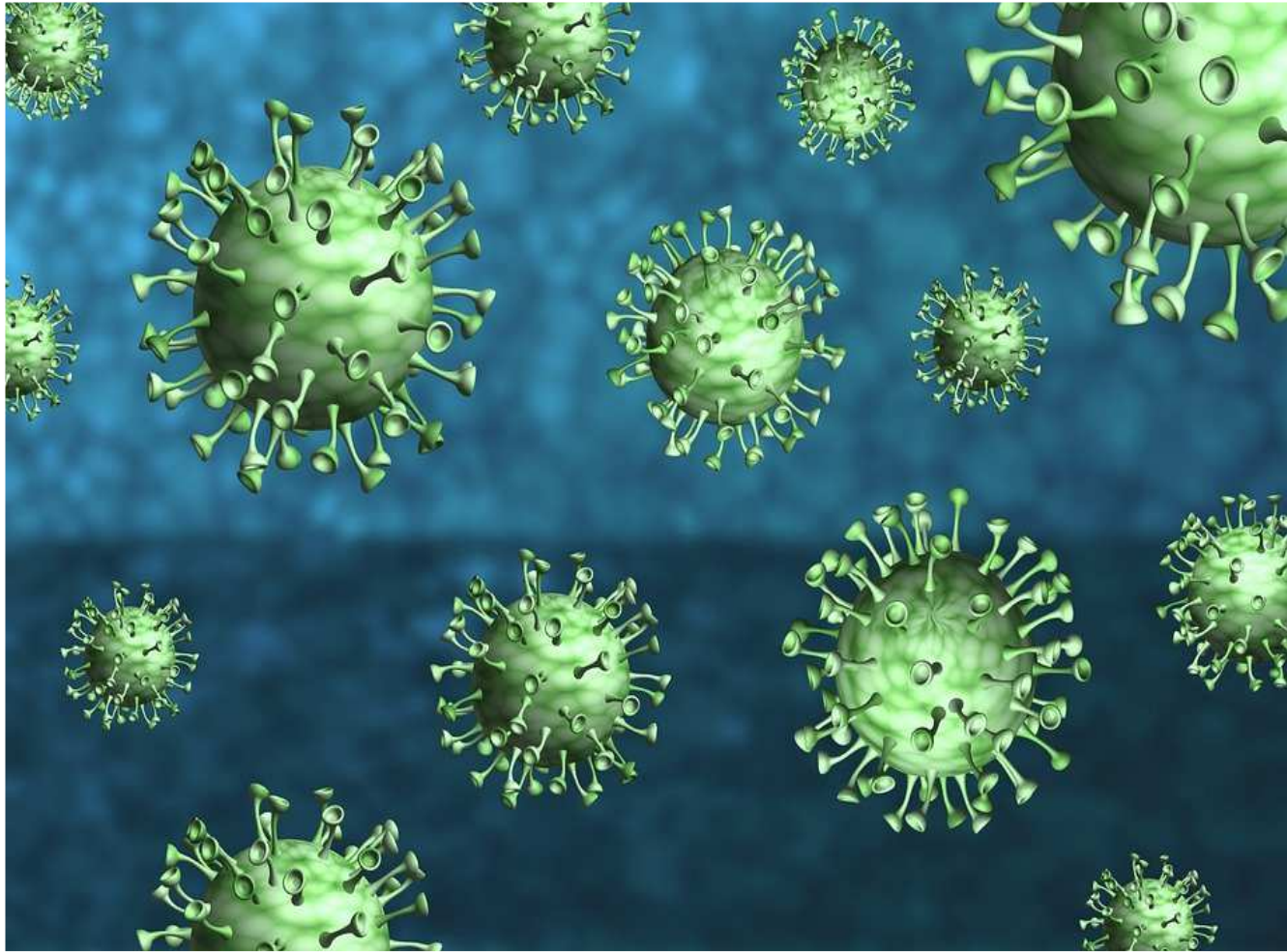
Medikamente bei Atemnot bei Herzkranken

Universität Sidney:

Effekt medikamentöser Maßnahmen auf Atemnot bei Patienten mit stabiler chronischer Herzinsuffizienz:

Placebo/Morphin/Oxycodon	kein Effekt
Sauerstoff/Raumluft	kein Effekt
Buspirone (Anxiolyticum)/Placebo	kein Effekt
Sertralin (anxiolytisches Antidepressivum/ Placebo	kein Effekt

Weitere multizentrische Untersuchungen zum Thema:
www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/research/symptom/breathlessness





Merkmale einer SARS-CoV-2-Infektion

- Virus = „SARS-CoV-2 = Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2“
- Erkrankung = COVID-19 = „Coronavirus Disease 2019“
- Übertragung durch Tröpfchen-/ Aerosol-Infektion
(?? + Schmierinfektion??)
- Inkubationszeit im Schnitt 5-6 Tage, selten bis 2 Wo.
- **Erreger-Ausscheidung 2 Tage vor und nach Symptombeginn am höchsten**
- Basisreproduktionszahl R_0 3-4
- Manifestationsindex 55 – 85 %



COVID-19-Erkrankung in Deutschland

- M : F = 1:1
- Altersmedian 45 Jahre
- **Häufigste Symptome: Husten, Fieber, Schnupfen, Anosmie, Fatigue**
- **3,8%** der nachgewiesenen infizierten Personen sind in Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben

Atemnot bei Covid-19-Infektion

Bei schwer verlaufenden COVID-19-Fällen wird von 3 Krankheitsstadien ausgegangen:³²

- Stadium I: frühe Infektion, milde unspezifische Symptomatik
- Stadium II: pulmonale Phase, abrupte respiratorische Verschlechterung, Hypoxie bis hin zu ARDS
- Stadium III: hyperinflammatorische Phase, ARDS, disseminierte intravasale Gerinnung, Multiorganversagen.

SARS-CoV-2 dockt am ACE-2-Rezeptor in den Alveolarzellen und intestinalen Epithelzellen an. An demselben Rezeptor, den auch das SARS-Virus von 2003 verwendet hat.³³

Zytokinsturm, hyperinflammatorische Phase

Es gibt Evidenz dafür, dass manche Patient*innen auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 mit einem Zytokinsturm reagieren (mit Merkmalen einer bakteriellen [Sepsis](#) oder der überschießenden Immunreaktion bei einer hämophagozytischen Lymphohistiozytose).

Befall der Endothelien

Eine Schweizer Fallserie zeigte bei zwei an COVID-19 Verstorbenen und einer erkrankten Person mit COVID-19 und Mesenterialinfarkt eine diffuse Endotheliitis und ein Absterben von Endothelzellen.³⁵ ACE-2-Rezeptoren werden auch von Endothelzellen gebildet.

Befall verschiedener Organe

Eine deutsche Autopsiestudie weist an 22 Verstorbenen eine Virusausbreitung nicht nur in den Atemwegen und Lungen (diffuse alveolare Schädigung, inklusive hyaline Membrane) nach, sondern auch in Herz, Leber, Gehirn, Blut und ganz besonders in den Nieren.³⁶

Symptomkontrolle bei Atemnot in verschiedener Ausprägung bei Covid-19-Pneumonie

1. Atemnötiger Patient wirkt nicht schwerkrank, lebt voraussichtlich nächste Woche noch:

Beginn mit Oramorph® (=2%ige Morphiumlösung zum Schlucken) 2gtt (=2,5 mg) auf etwas Wasser alle 4-6 Stunden.

Steigerung nach Wirkung. Einzeldosis über 10 mg wirkt in der Regel nicht besser.

Bei guter Wirkung Umstellung 10 mg Morphin retard alle 12 Stunden (10 mg-0-0-10 mg).

Bei ausgeprägter Angst trotz Morphium zusätzlich Tavor Epidet® jeweils 0,5-1 mg zum Oramorph.

Bei opiatnaiven Menschen in den ersten drei Tagen zusätzlich 3x10 mg MCP als Tablette. **Immer** zusätzlich verordnen Laxoberal® ca 10 Tropfen jeden Abend (die Wahrheit liegt zwischen 8 und 20 Trp 😊) gegen Opiatobstipation oder Macrogol 1-2 Btl pro Tag

2. Opiatnaiver Patient mit schwerer Atemnot, überlebt mutmaßlich die nächsten Tage:

Erster Tag:

Initial zusammen aufziehen: Morphinum 2,5 mg + Midazolam 2,5 mg + ¼ Ampulle Haloperidol - s.c. (wirkt nach 20 Minuten) oder i.v. (wirkt sofort)

Subkutannadel legen.

Falls Spritzenpumpe vorhanden und erste Injektion Erleichterung brachte: 10 mg Morphinum + 10 mg Midazolam + 2,5 mg Haloperidol zu 48 ml 0,9% NaCl in 24 Stunden.

Haloperidol gegen Opiatübelkeit nur für die ersten drei Tage, dann weglassen.

Falls keine Spritzenpumpe vorhanden: Angehörige/Pflegepersonal anweisen, alle 4 Stunden Morphinum plus Midazolam zu spritzen. Nach Medikamenten immer 1-2 ml 0,9% NaCl hinterherspritzen.

Morphinum je nach Ansprechen am ersten Tag von 2,5 auf 5 mg als Einzeldosis steigern. Gegen Angst jeweils zusätzlich 2,5 mg Midazolam.

Am zweiten Tag

Steigerung von Morphium-Einzeldosen auf 10 mg falls nötig.

In den ersten drei Tagen morgens und abends je ¼ Ampulle Haloperidol dazumischen.

Morphium 2,5 mg + Midazolam 2,5 mg + Haliperidol 1,25 mg
zB 8 und 20 Uhr

dazwischen:

Morphium 2,5 mg + Midazolam 2,5 mg
12 – 16 – 24 – 4 Uhr

3. Opiatnaiver Patient mit terminaler Atemnot:

Morphium 5 mg plus Midazolam 5 mg alle 2-4 Stunden

Oder nach erstem Bolus zusätzlich 24-Stunden-Infusion mit 30 mg Morphin plus 30 mg Midazolam plus 2,5 mg Haloperidol entweder in Spritzenpumpe mit 48ml NaCl oder in langsam laufender 250 ml 0,9% NaCl über 24h

Bei Rasselatmung zusätzlich alle 8h 1-2 20mg-Ampullen Butylscopolamin s.c.

Mit Opiaten vorbehandelte Patienten:

Dauermedikation um $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ erhöhen.

Oder zusätzliche Einzeldosen bei Bedarf (alle 4 Stunden). Dabei entspricht eine Einzeldosis $\frac{1}{6}$ der bisherigen Opiat-Tagesdosis.

Dafür bisherige Opiatdosis mit Opiatrechner auf Morphin umrechnen und davon $\frac{1}{6}$ als Einzeldosis spritzen.

Z.B. Fentanyl-Pflaster 50 $\mu\text{g}/\text{h}$ = 120 mg Morphin oral = 40 mg Morphin i.v./ s.c.

Damit **oral** 20mg = 16 Trp Oramorph® alle 4 Stunden.

Oder **s.c.** 7,5 mg Morphin alle 4 Stunden.

Wichtig: Morphin und Midazolam können nach Klinik gesteigert werden, es gibt keine Obergrenze. Bei schwerer Atemnot sind manchmal Tagesdosen von 100 mg nötig.

Falls mehr Sedierung erwünscht, kann statt Haloperidol auch Levomepromazin 12-25 mg in 24 h gegen Übelkeit und Unruhe eingesetzt werden.

Dexamethason

- Die 28-Tage-Sterblichkeit **mechanisch beatmeter** Erkrankter wurde um 35 % gesenkt (NNT 8).
- Bei **sauerstoffpflichtigen** Patient*innen sank die Sterblichkeit um 20 % (NNT 25).
- keine Wirksamkeit bei Betroffenen ohne Unterstützung der Atmung

Aufgrund einer numerischen Zunahme der Sterblichkeit in der RECOVERY-Studie, sollten laut **arznei-telegramm Erkrankte ohne Sauerstoff- oder Beatmungspflichtigkeit nicht mit Dexamethason behandelt werden.**

Literatur

- **S1-Leitlinie: Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive**
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-002.html>
- **Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit Covid-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0**
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf
- Deximed Hausarztwissen online:
- **Respiratorische Erkrankung durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)**
<https://deximed.de/zielseiten/krankheiten/coronavirus-sars-cov-2-covid-19-respiratorische-erkrankung/>
- **Palliative Behandlung bei Delir**
<https://deximed.de/home/b/palliativmedizin/symptome/delir-palliative-behandlung/>