

Symptomkontrolle

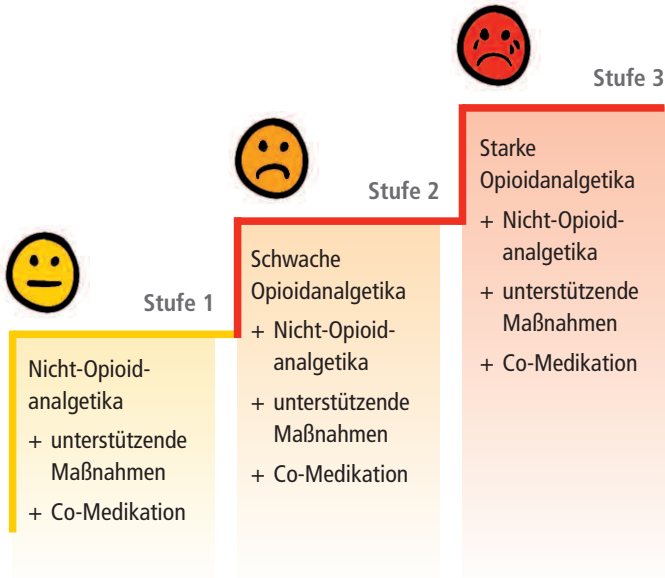
bei schwerkranken oder sterbenden Menschen

Praktische Tipps für Hausärzte

Dr. med. Claudia Levin

www.dr-levin-muenchen.de | 7. Auflage Februar 2019

WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie	3	Nahrungszufuhr in der Terminalphase	23
Stufe I - Analgetika	4	s.c.-Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr	24
Sinnvolle Begleitmedikation	5	Subcutan applizierbare Medikamente	25
Co-Analgetika	6	Erprobte Medikamentenkombinationen	26
Äquivalenzdosen	7	Checkliste: Medikamente in der Finalphase	27
Bedarfsmedikation	8	Die wichtigsten Medikamente in der Finalphase	28
Durchbruchschmerzen	9	Der Liverpool Care Pathway (LPC)	29
Prophylaxe der Opiat-Nebenwirkungen	10	Ziele des Liverpool Care Pathway (LPC)	30
Übelkeit und Erbrechen	11	Palliativer Behandlungsplan (KVB)	31
Medikamente gegen Übelkeit u. Schluckauf	12	Literaturhinweise	32
Juckreiz · Durchfall	13	Wichtiger Hinweis: Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrung. Die Autorin dieses Booklets hat große Sorgfalt darauf verwandt, dass die hier gemachten Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschten Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Nutzer aber nicht von der Verpflichtung, anhand der Beipackzettel zu verschreibender Präparate zu überprüfen, ob die hier gemachten Angaben zutreffen und seine Verordnung in eigener Verantwortung zu treffen. Vorschläge zur Verbesserung bitte an claudia.levin@tum.de	
Hautpflege bei Juckreiz	14		
Spezielle Medikamente bei Juckreiz	15		
Angst und Luftnot	16		
Medikamente bei Angst und Luftnot	17		
Medikamente bei Unruhe und Aggression	18		
Mundpflege bei Somnolenz oder Koma	19		
Diagnostik und Prophylaxe beenden	19		
Rasselatmung	20		
Terminale Unruhe	21		
Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase	22		



● Grundregeln

1. regelmäßige Gaben
2. oral oder subcutan
3. noch bevor der Schmerz wieder auftritt

● Immer Prophylaxe der Opiat-Obstipation

● Häufig Koanalgetika

Dexamethason, Amitriptylin, Antiepileptika, Sedativa, Bisphosphonate

- **Metamizol**

gute Analgesie und Spasmolyse. Schneller Wirkungseintritt, subcutan, oral, rektal. Im palliativen Setting bis auf gelegentliches Schwitzen nebenwirkungsfrei.

Dosierung: 4 bis 5 mal 1 g = 4 bis 5 mal 40 Tropfen.

In palliativen Situationen meistverwandtes Analgetikum

- **Paracetamol**

Oral und rektal (i. v. sehr teuer!) 1g / 4 h.

Besonders bei Kopfschmerzen infolge Metastasen oder Hirntumoren, sonst weniger potent.

- **Diclofenac**

Oral und rektal. Cave Magen, Herz, Blutdruck-UAWs! Bis 150 mg pro Tag.

Bei Knochenschmerzen gute Wirkung.

- **Naproxen**

500 mg oral. Cave Magen. Etwas weniger Kreislauf UAW. Abschwellend.

1 bis 2 mal täglich. Tagesdosis 500-1250 mg.

Bei Übergang auf Stufe II oder III sollte ein Medikament der Stufe I beibehalten werden.

- **Stufe I**
 - Magenschutz
 - Kortikosteroide (als Co-Analgetikum, Antiemetikum, abschwellend, appetitfördernd)
 - Sedativa
 - Antidepressiva und Antiepileptika als Co-Analgetika

- **Stufe II und III**
 - Antiemetika
 - Laxantien
 - Sedativa
 - Kortikosteroide
 - Antikonvulsiva

- **jede Stufe**
 - bei Knochenschmerzen Bisphosphonate

- **Cortikosteroide**
bevorzugt Dexamethason
 - bei jeder Schmerzart lohnend
- **Antikonvulsiva**
bevorzugt Gabapentin oder Pregabalin
 - bei neuropathischen Schmerzen
- **Antidepressiva**
bevorzugt Amitryptilin oder Duloxetin
 - bei neuropathischen Schmerzen
 - bei chronischen Schmerzen



● Oral

Morphium 60 mg = 25 yg/h Fentanyl t. d. (Durogesic®)

Morphium 60 mg = 0,8 mg Buprenorphin (Temgesic®)

Morphium 60 mg = 30 mg Oxycodon (Oxygesic®)

Morphium 70 mg = 10 mg Hydromorphon (Palladon®)

Morphium 30-90 mg = L-Polamidon® 15-45 mg

90-300 mg = L-Polamidon® 22-74 mg

> 300 mg = L-Polamidon® 6 : 1

oral: i. v./ s. c. bei Morphium = 3 : 1

Kennzeichnung mit **A**, wenn Höchstmenge überschritten.

Höchstmenge in 30 Tagen

500 mg

800 mg

15.000 mg

5.000 mg

1800 mg

Verordnungshöchstmenge

für Morphium

24.000 mg pro 30 Tage

Bevorzugte Opiate in der palliativen Versorgung wegen guter Kombinationsmöglichkeit: Morphium, Hydromorphon, Fentanyl, Levomethadon

* die ursprünglich 1804 Morphium genannte Substanz wurde später in Morphin umbenannt

**Behandlung von erfahrungsgemäß längeren
Schmerzsitzen bei sonst guter Schmerzkontrolle
mit jeweils 1/4 bis 1/6 der Tagesmenge**

z.B.: bei 2 x 30 mg MST retard täglich,
bei akutem Schmerz 10 mg MST zusätzlich alle 4 Stunden.

Wirkung bei oraler Gabe nach 30 min, Dauer 4 Stunden.

**Sind häufiger Bedarfsgaben nötig,
muss die Basisedikation erhöht werden.**

- **Charakteristisch**

Schneller Beginn, Schmerzmaximum nach 3-5 Minuten, spontanes Abklingen nach 30-60 Minuten

- **Behandlung mit transmukosidalen Fentanylen wie:**

- **PecFent®** als Nasenspray wirkt nach 2-5 Minuten, Dauer 2 Stunden, aufrechte Applikation, kindergesichert
- **Effentora®** als Buccaltablette mit 100, 200, 400, 600 und 800 µg
- **Abstral®** als Sublingualtablette mit 100, 200, 300, 400, 600 und 800 µg

- **Dosierung**

Auftitrieren unabhängig von Dauermedikation

- **Probleme**

Durch schnelles Anfluten hohes Abusus und Abhängigkeitspotential

Beginn parallel zur ersten Opiat-Gabe

● Prophylaxe der Opiatübelkeit für 2-3 Tage

1. Haloperidol 1-3 x 0,5 mg s.c./ i.v.
2. Metoclopramid 3 x 10 mg
3. Dexamethason 1 x 2 mg p.o./s.c./i.v.

● Stufenschema bei Obstipation

- ① Macrogol oder Bisocodyl oder Natriumpicosulfat
- ② Macrogol / Lactulose und Natriumpicosulfat
- ③ Macrogol oder Lactulose oder Paraffin und Natriumpicosulfat oder Prucaloprid (prokinetisch, cave Stenosen!)) oder γ -Rezeptor-Antagonist Naloxegol
- ④ Stufe 3 ergänzt durch Suppositorien (Dulcolax® plus Lecicarbon®), Klistiere / Einläufe (z. B. warmer Milch-Honig-Einlauf)

● Mögliche Ursachen für Erbrechen und Übelkeit

gastrointestinal – metabolisch-toxisch – Hirndruck – Panik – Depression – starker Husten

● Allgemeine Maßnahmen

- Medikamente weitgehend absetzen
- nach Erbrechen Mund spülen
- frische Luft, an Aromaöfläschen riechen lassen
- für Ruhe und angenehme Ablenkung sorgen
- Akupressur von Perikard 6
- Fußmassage mit Zitronen- oder Lavendelöl
- leichte Hoch/Seitlagerung
- kleine appetitliche leichte Mahlzeiten

● Übelkeit

- **Dimenhydrinat** (Vomex) 4 x 50-100 mg/d oral, rectal, s.c.
- **Haloperidol** 1-3 x 0,5 mg/d s.c./i.v. – alle Arten Übelkeit, besonders Opiatübelkeit
- **Levomepromazin** 1-2 x 1-5 mg/d lingual
- **Metoclopramid** 3 x 10 mg/d für maximal 5 Tage. Cave: bei komplettem Ileus wegen prokinetischer Wirkung. Cave: bei M. Parkinson da extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen.
- **Dexamethason** 2-4 mg/d oral/ s.c.
- **Scopolamin** Pflaster 1 mg / 72 h, trocknet sehr aus
- **Ondansetron** 1-2 x 8 mg/d, besonders bei Chemotherapiefolgen
- **Lorazepam** 0,5-1 mg/4-8 h bei Panik sublingual
- **Cannabinoide** 2 x 2,5-40 mg (Ultima ratio, GKV Kostenübernahme klären!)

● Singultus

- gleichzeitige Magenbeschwerden:
Wärmepackung Oberbauch, Versuch mit MCP, Antacida und/oder Säureblocker, Pfefferminztee
- **Haloperidol** 3 x 5 Trp oder 2x3 Trp Levomepromacin, MCP 3 x 30 Trp,
wenn unwirksam: Versuch mit Nifedipin oder Baclofen oder Dexamethason

- **Durchfall** – Neben oraler/subcutaner/intravenöser Rehydratation nach WHO: medikamentös mit Loperamid Anfangsdosis 2 Kps á 2mg bis maximal 16 mg/d oder: Tct Opil simplex (BTM) 20 gtt = 0,5 ml = 5 mg Morphinbase.
- **Juckreiz** stärker bei Langeweile, Angst, Nervosität, deshalb auch Ablenkung oder nächtliche Sedierung überlegen.

Schwitzen verhindern: kühler Raum, Kleidung aus Baumwolle oder Seide

Bei **Hautreinigung** auf Seife und Syndets verzichten.

Dem **Waschwasser** als Emulgator Sahne oder Honig (1EBl/5l) zusetzen.

Bei starkem Geruch oder Schweiß zusätzlich Obstessig verwenden.

Haut nach dem Waschen nur abtupfen.

Schwarz- oder Stiefmütterchenteewaschungen wirken juckreizstillend

- **W/O-Cremes** mit oder ohne Harnstoff und Feuchtigkeitscremes sind geeignet
- kurzzeitig auch 0,5 % bis 1 % **Hydrokortison-Creme** oder 2 Ampullen **Fenistil®** in 250 ml Panthenol-Lotion
- bei lokalem Juckreiz helfen **Gurkenwickel**:
Gurke zermusen, auf Gaze auftragen, 1 Stunde wirken lassen
- **Juckreizöl**
Melisse 100% 2gtt + Rose 1gtt + Lavendel 5gtt + Teebaum 5gtt
+ röm. Kamille 3gtt in 40 ml Johanniskrautöl + 30 ml Jojobaöl + 30 ml Nachtkerzenöl
- ungeeignet sind Melkfett oder Vaseline, weil sie die Haut nur oberflächlich abdichten.

Spezielle Medikamente bei Juckreiz bei ungenügender Wirkung von Antihistaminika:

- **Ikterus** **Promethacin** z. B. 3 x 20gtt
 Paroxetin 5-20 mg/d

- **Urämie** **Mirtazapin** 7,5-30 mg bes. abends

- **paraneoplastisch** **Paroxetin** 5-20 mg
 Mirtazapin 7,5-30 mg bes.abends

- **alle Arten** Versuch mit
 Levomepromacin 1-2 x 2-5 mg lingual/ s.c.
 oder
 Haloperidol 3 x 0,5 mg/d oral/s.c./i.v.

● Mögliche Ursachen für Angst/ Luftnot

Psychisch, Panikattacke – Verlegung der Atemwege – Ermüdung der Atemmuskulatur
Begleitsymptom bei Lungenödem, Pneumonie ...

● Allgemeine Maßnahmen

- beruhigen durch Anwesenheit
- beruhigen durch bevorzugte Tätigkeit (Musik hören...)
- Lagerung / Körperhaltung
- Atemtherapie
- Atemübungen / Entspannungstherapie
- Aromatherapie
- Fußmassage
- Sauerstoff (oft eher für die Psyche)

- **Opiate** Mittel erster Wahl bei Atemnot
Wirken sedierend, vermindern den Atemantrieb und damit den Sauerstoffbedarf
 - **Morphium** 2,5-5 mg / 4 Stunden (Titration b. opiatnaiven Pat.),
vorbehandelt: 1/6 bis 1/4 der Tagesdosis als ED
- **Sedativa**
 - **Lorazepam** sublingual (Expedit) 1,0-2,5 mg / 4 Stunden (wirksamstes Anxiolytikum)
 - **Diazepam** oral / i.v. 2,5 – 5,0 mg / 8 Stunden
 - **Midazolam** i. v. / s.c. 2,5 – 5 mg / 4 Stunden, sedierend und amnestisch
 - **Promethazin** oral / i. v. / s. c. 25 mg / 8 Stunden, bei muskulärer Ermüdung, nicht bei Dementen!
- **Antidepressiva** eher weniger wirksam!
- **Zusätzlich bei:**
 - **Pneumonie** – O₂, Dexamethason, Codein und/oder Morphium bei Schmerzen
 - **Bronchospasmus** – β_2 -Mimetika (Salbutamol inhalativ / Terbutalin sc) und/oder Prednisolon i.v.
 - **Lymphangiosis carcinomatosa** – Dexamethason, Beginn mit 3 x 4 mg pro Tag,
Lagerung, Lymphdrainage
 - **Lungenödem** – Infusionen abstellen, Lagerung, Furosemid, Morphine, Sedativa

● **Delir, Halluzinationen, Agitation**

Immer Ursache suchen: Medikamente, Hör-/Sehstörung, Fixierung, Exsikkose; Schmerz, Harnverhalt, Infektion. Probatorische Analgesie (z. B. Paracetamol 3 g/d) erwägen. Medikamentös nur bei schwerem Delir. Alle Medikamente haben erhebliche UAW.

Bei Wahn und Denkstörungen, Halluzinationen bei 65-: kurzfristig Haloperidol 0,5-2 mg. . Alternativ Risperidon 0,5-2,0 mg/d. Bei schwerer Agitiertheit 5-10 mg Haloperidol oral, s.c.. Evt. zusammen mit Lorazepam. Wenn Wut vorherrscht Levomepromazin 20 mg.

65+: Haloperidol 0,25-2,0 mg/d, Risperidon 0,5-2,0 mg/d (KI mit Furosemid)

Bei starker motorischer Unruhe auch bei Dementen: Melperon 12,5-25 mg/d (max 200 mg/d)

● **Bei Parkinson-Symptomatik**

- **Clozapin** 12,5 mg bis maximal 100 mg/d. Cave: wirkt stark anticholinerg!

● **Bei Hirndruckerscheinungen bei Hirntumoren/Metastasen:**

- Beginn mit 3 x 8 mg **Dexamethason**, bei Verdacht auf nicht konvulsiven status epilepticus zusätzlich Lorazepam oder Midazolam, bei Agitation Melperon 3 x 25-100 mg/d.

● **Bei Dementen nicht zugelassen:** Promethazin, Levomepromazin, Risperidon, Olanzapin.

Nicht untersucht: Quetiapin, Aripiprazol

● **Schlafstörung bei Dementen**

- **Zolpidem, Opipramol, Mirtazapin, Melperon**

! Achtung: derartige Medikamente dauernd gegeben verstärken die Demenz

● Mundpflege bei Somnolenz oder Koma

- Mundhöhle nach Bedarf befeuchten mit Leitungswasser aus kleinen Sprühfläschchen oder Pipetten (Apotheke)
- bei Fieber, solange Schlucken noch möglich ist, etwas Eis in Mullgaze wickeln, in die Mundhöhle legen und Gaze-Enden aus den Mundwinkeln hängen lassen
- um entstandene Borken schmerzlos abzulösen: **Benzocain** 1,5 mg, **Macrogolglycerolhydroxystearat** 18,5 mg, **Propylenglykol** 40 g, **Pfefferminzöl** 0,02 g, **Aqua dest.** ad 200 g

Diagnostik und Prophylaxe beenden

● Diagnostik (z.B. RR oder BZ)

- nur bei interventionsbedürftiger Symptomatik

● Fortführung einer Heparinisierung

- nur auf erklärten Wunsch

- **Absaugen**

Solange Inspiration frei ist, besteht sicher keine Luftnot

!!! meistens überflüssig, höchstens Mund und Rachen !!!

- **Infusionen abstellen**

Lediglich Medikamente gegen Schmerz, Übelkeit, Angst und Luftnot beibehalten

- **Lagerung**

Etwas angehobener Oberkörper, leichte Seitenlagerung

- **Medikamente**

Butylscopolamin, Vorteil: immer verfügbar, 40 mg/8h s.c.

Wirksamer:

Scopolamin-Augentropfen 3 x 4 Trp s.l. oder Glykopyrrolat 4 x 0,2mg s.c. (teuer)

oder **Scopoderm-Pflaster** retroaurikulär

- **Gehört häufig zum Sterbeprozess**

Nur einschreiten, wenn Sterbender gequält oder ängstlich wirkt.

- **Vor Sedierung vergewissern, dass**

- kein Schmerzzustand z. B. durch volle Blase, unangenehmes Liegen oder
- dass keine Luftnot vorliegt
- wenn nicht zu klären, Versuch mit 1/6 bis 1/4 der Opiattagesdosis oder bei opiatnaiven Patienten mit 2,5-5,0 mg Morphin s.c. oder langsam i.v.

- **Sedierung**

mit **Midazolam** 2,5 mg / 4h (Angst) oder/und Haloperidol
1,5-5 mg / 8h (Übelkeit, Verwirrung), in Kombination mit Morphin

- **Flüssigkeitsgabe**

in der Terminalphase verlängert das Leben nicht.

- **Sterbende, die sich weigern, zu trinken, verdursten nicht**

Bei zunehmendem Organversagen wird der Körper rasch überwässert, weil er Flüssigkeiten nur mangelhaft ausscheidet.

- **Durch die terminale Dehydratation entstehen**

- weniger Ödeme,
- weniger Pleuraergüsse und Aszites,
- ein Hirnödem bildet sich zurück,
- weniger Atemnot und Husten,
- weniger Übelkeit und Erbrechen,
- weniger Schmerzen.

- **Auch vollwertige Kost**
verlängert das Leben in der Terminalphase nicht.
- **Hochkalorische intravenöse Nahrung mit Fettanteilen**
verstärkt Übelkeit und Schwächegefühl.
- **Auch Sterbende sollten nur essen, wenn sie Hunger oder Appetit haben**
- **Nach Einstellen der Nahrungszufuhr**
berichten Sterbende häufig über ein Gefühl nachlassender Schwere, ähnlich wie es sich beim Fasten einstellt.

- **Ort**
Bauch, Oberschenkel bevorzugt
- **Volumen in 24 h**
500-1000 ml an einer Stelle, mehrere Nadeln an verschiedenen Stellen möglich
- **Infusionsnadel**
spezielle s.c.-Nadel oder „Butterfly“ oder „Babybraunüle“, Wechsel bei Lokalreaktion
- **Infusionslösung**
0,9 % NaCl-Lösung
- **Infusionsgeschwindigkeit**
Je nach Aufnahmebereitschaft des Gewebes, maximal 50-75 ml/h
- **Dosierung der Medikamente**
oral = 1
s.c. = $1/2 - 1/3$
i.v. = $1/3$

Subcutan applizierbare Medikamente

Generikum	Beispiel	Dosis für Einzelinjektion	Dosis pro24h
Morphium	MSI Mundipharma	1/3 der oralen 4-stdl. Dosis	1/3 der oralen 24h-Dosis
Hydromorphon	Palladon	1-1,5 mg	1/6 des sc nötigen Morphins
Metamizol*	Novaminsulfon	1 g	5 g
Haloperidol	Haldol	1,5-3 mg (1 Amp = 5mg)	3-15 mg
Metoclopramid*	MCP	10 mg	40-100 mg
Dimenhydrinat*	Vomex	100 mg	100-300 mg
Levomepromazin*	Neurozil	1-5 mg (gegen Übelkeit) 10-50 mg (gegen Agitation)	1-10 mg 25-200 mg
Butylscopolamin	Buscopan	40 mg	20-120 mg
Scopolamin (intern. Apotheke)		0,2-0,4 mg	1,2-3,6 mg
Ketamin	Ketanest	10-25 mg	erst 150-200 mg später 50-100 mg
Midazolam	Dormicum*	2,5-10 mg	10-60 mg r
Dexamethason	Fortecortin*	2-8 mg	2-30 mg

* Nicht zugelassen für s.c., aber von den Fachgesellschaften empfohlen

Morphium

&

Haloperidol oder
Levomepromacin
Midazolam
Butylscopolman
Dexamethason

Morphium & Butylscopolamin

&

Dexamethason
Midazolam
Haloperidol oder
Levomepromazin

- **Cave**

Midazolam nicht mit Dexamethason s.c., da zusammen Gewebereizung

Checkliste: Medikamente in der Finalphase

	Dosis anpassen	absetzen	evtl. hinzufügen
Opioide	✓		
Nicht-Opioide	✓		
Antiemetika	✓		
Laxantien		✓	
Kortikoide		✓	
Antidepressiva		✓	
Benzodiazepine			✓
Neuroleptika			✓
übrige		✓	

Die wichtigsten Medikamente in der Finalphase

Substanz	Applikation	Dosis	Indikation
Morphium	i.v. – s.c.	variable Dosis	Schmerzen, Luftnot
Midazolam	i.v. – s.c.	1 – 5 – 10 mg	Sedierung
Haloperidol	i.v. – s.c.	2,5-5 mg	Übelkeit, Sedierung
Glycopyrrolat	s.c.	0,2 mg	präfinales Lungenrasseln
Butylscopolamin	i.v. – s.c.	20-40 mg	präfinales Lungenrasseln
Scopolamin Tropfen	s.l.	3 Trp alle 3-4 h auf die Mundschleimhaut	präfinales Lungenrasseln im Handel erhältlich z.B. als Boroscopol Augentropfen (off label)

Rechtzeitiger Beginn der antisekretorischen Medikation ist entscheidend.

Absaugen ist in der Regel nicht erforderlich und für den Patienten extrem belastend.

Allenfalls vorsichtiges Absaugen von Sekret aus dem Mund- und Rachenraum.

Der Liverpool Care Pathway (LCP) ist ein Leitfaden für die Sterbebegleitung meist in Kliniken verwandt.

Er hilft, die Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen zu verbessern.

Er wurde Ende der 90er Jahre zusammen vom Palliative Care Team des Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals NHS Trust (RLBUHT) und Mitarbeitern des Marie Curie Hospice in Liverpool erarbeitet.

Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte von Mitarbeitern des Palliativzentrums im Kantonsspital St. Gallen.

Der LPC erfasst 20 Ziele:

1. Aktuelle Medikation ist erfasst und Unnötiges abgesetzt
2. Reservemedikamente sind verordnet
3. Inadäquate Planungen sind gestoppt
4. Verständliche Kommunikation ist sichergestellt
5. Selbsteinschätzung des Patienten betreffend seines Zustandes ist beurteilt
6. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse sind erfasst
7. Wie Angehörige über den bevorstehenden Tod informiert werden, ist geklärt
8. Unterstützung für die Angehörigen ist abgeklärt und in die Wege geleitet
9. Der Hausarzt ist über den Zustand des Patienten informiert
10. Vorgehensweise ist mit dem Patient und Angehörigen diskutiert
11. Die Angehörigen bestätigen, daß sie den Betreuungsplan verstanden haben

Die Ziele 12-18 beziehen sich auf die Betreuung nach dem Tode

12. Der Hausarzt ist über den Tod des Patienten informiert
13. Prozeduren für die Aufbahrung sind entsprechend den hausinternen Vorgaben durchgeführt worden
14. Prozeduren nach dem Tod sind diskutiert oder durchgeführt worden
15. Angehörige sind über hausinterne Prozeduren in Kenntnis gesetzt worden
16. Die Krankenhausrichtlinien bzgl. Wertgegenstände des Patienten sind befolgt worden
17. Die notwendigen Dokumentationen und Hinweise sind an die entsprechende Person weitergegeben worden
18. Faltblatt mit Trauerinformationen ist ausgehändigt worden
19. Dokumentation der Symptomkontrolle
20. Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____



Palliativer Behandlungsplan

Name und Adresse des Betreuers/Bevollmächtigten:

Diagnosen: _____

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte dem Patienten festgelegt:

1. **Patientenverfügung**, vorhanden: Ja Nein

weitere Vollmachten: _____

Ansprechpartner für den Ort der Aufbewahrung: _____

2. **Absprachen (z. B. Reanimation, Krankenseinweisung)**

3. **Wichtige Medikamente (evtl. Plan beifügen):**

regelmäßig:	bei Bedarf:
_____	_____
_____	_____

4. **Notfallsituationen**

Mögliche Komplikationen	Vorgehen, mit Patienten abgesprochen

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Betreuungsnetz – Telefonnummern

Angehörige/Freunde: _____

Ärzte: _____

Psychotherapeut: _____

Physiotherapeut: _____

Apothek: _____

Pflegedienst: _____

Seelsorger: _____

Hospizverein: _____

Hospizhelfer: _____

Stationäres Hospiz: _____

Palliativstation: _____

Palliativberatung: _____

Sonstiges: _____

Wichtige Telefonnummern für den Notfall: _____

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Rettungsdienst/Notarzt: 112

Einverständniserklärung Patientin/Patient:

Ich, _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum Patientin/Patient)
 erkläre mich einverstanden, dass der Palliative Behandlungsplan an oben genannte
 Behandler und Personen zum Zwecke meiner weiteren Behandlung/Versorgung sowie
 der Dokumentation übermittelt wird.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Weitere Informationen unter: www.kvb.de/palliativ

Claudia Bausewein, Roller S., Voltz R. – Leitfaden Palliative Care, 6. Auflage 2018, Urban&Fischer/Elsevier

Constanze Rémi, Bausewein C., Twycross R. – Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, 3. Auflage 2018, Urban&Fischer/Elsevier

Herbert Kaiser – Tabellen zur Symptomkontrolle
Schriftenreihe des Vereins zur Förderung des Hospizes am Städtischen Klinikum Gütersloh, Nr. 2

Angelika Feichtner – Lehrbuch der Palliativpflege
4. Auflage 2014, facultas wuv, Wien

Dietrich Wabner, Theierl, S. – Klinikhandbuch Aromatherapie
2016, Verlag Systemische Medizin, Bad Kötzing

Kvb-Dokumente – Palliativer Behandlungsplan

S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung 1.1 –
Mai 2015 AWMF-Registernummer: 128/001OL

www.dgpalliativmedizin.de

priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf