



SCIENTIFIC DIALOG

14. FORUM PALLIATIVMEDIZIN

–Das Lebensende gestalten–

12. – 13.11.2021 | Berlin

Herausforderung in Zeiten von Covid-19 Infektionen

Vorsitz: Gesine Benze & Manfred Gaspar

15:30 Uhr Intensivmedizin oder Palliativmedizin bei Covid-19 Erkrankung - Erfahrungen und Wissenswertes

Uwe Janssens, Eschweiler

16:00 Uhr Symptomlinderung bei Patienten mit Covid-Erkrankungen

Wiebke Nehls, Berlin

16:30 Uhr Diskussion & Fragerunde aller Teilnehmer (Präsenz & Digital)

Herausforderung in Zeiten von COVID-19 Infektionen

Intensivmedizin UND Palliativmedizin bei COVID-19 Erkrankung - Erfahrungen und Wissenswertes

Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Eschweiler

CONFLICT
OF INTEREST

Keine



Agenda



1.

- COVID-19: Bedeutung für Intensivmedizin und Palliativmedizin

2.

- BVP / PM zur Einschätzung

3.

- PM in der Behandlung / Besuch / Mitarbeitende

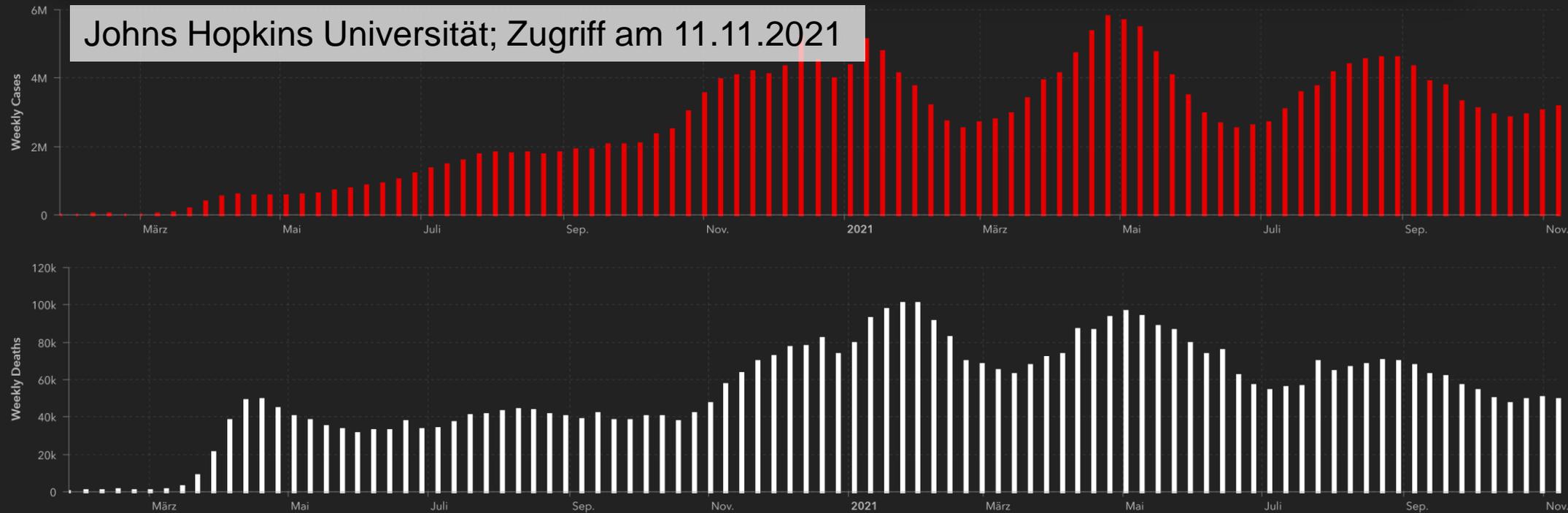
Bilder einer maximalen Überlastung von Gesundheitssystemen



THE
HART
ISLAND
PROJECT

SARS-CoV-2 weltweite Entwicklung

Johns Hopkins Universität; Zugriff am 11.11.2021



11.11.2021, 17:48

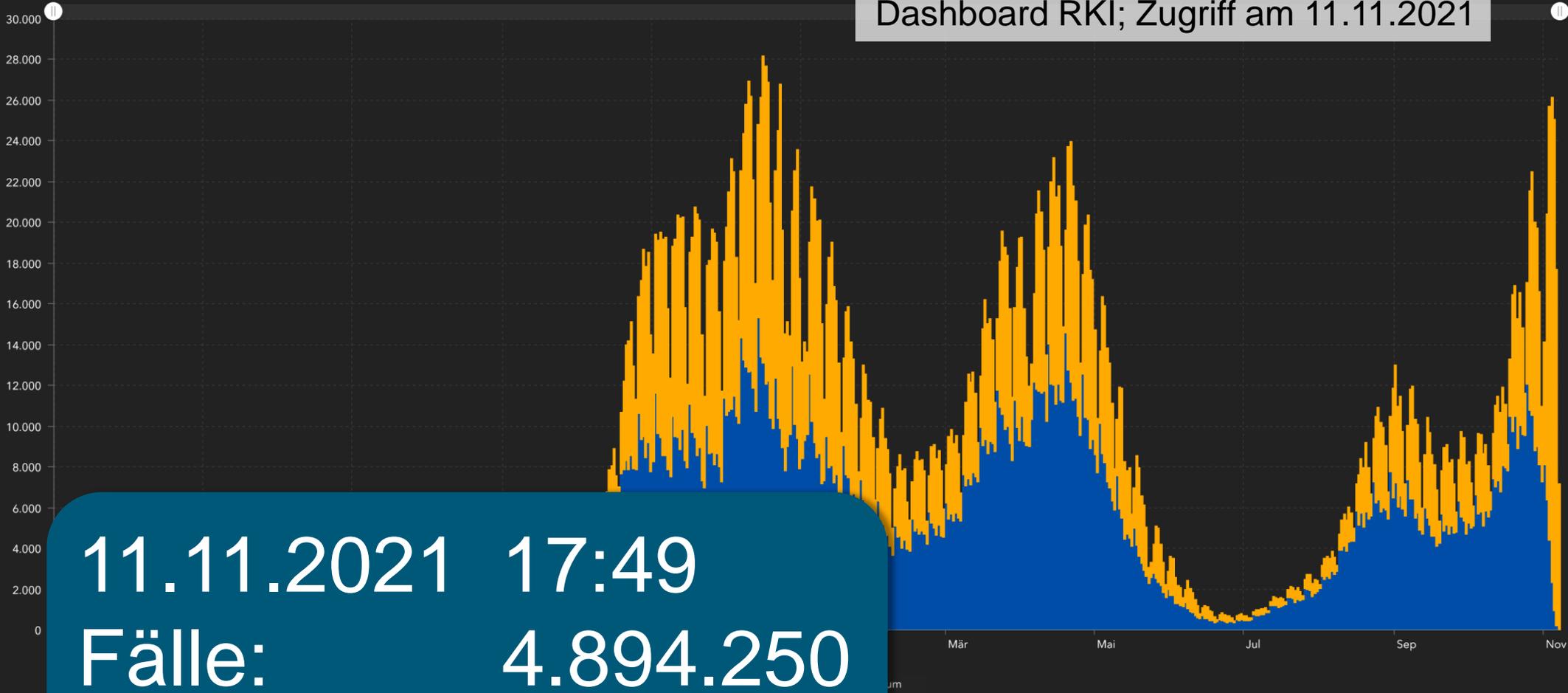
Fälle: 251.656.566

Todesfälle: 5.076.863

SARS-CoV-2 Deutschland

COVID-19-Fälle/Tag nach Erkrankungs-/Meldedatum (siehe Erläuterung)

Dashboard RKI; Zugriff am 11.11.2021



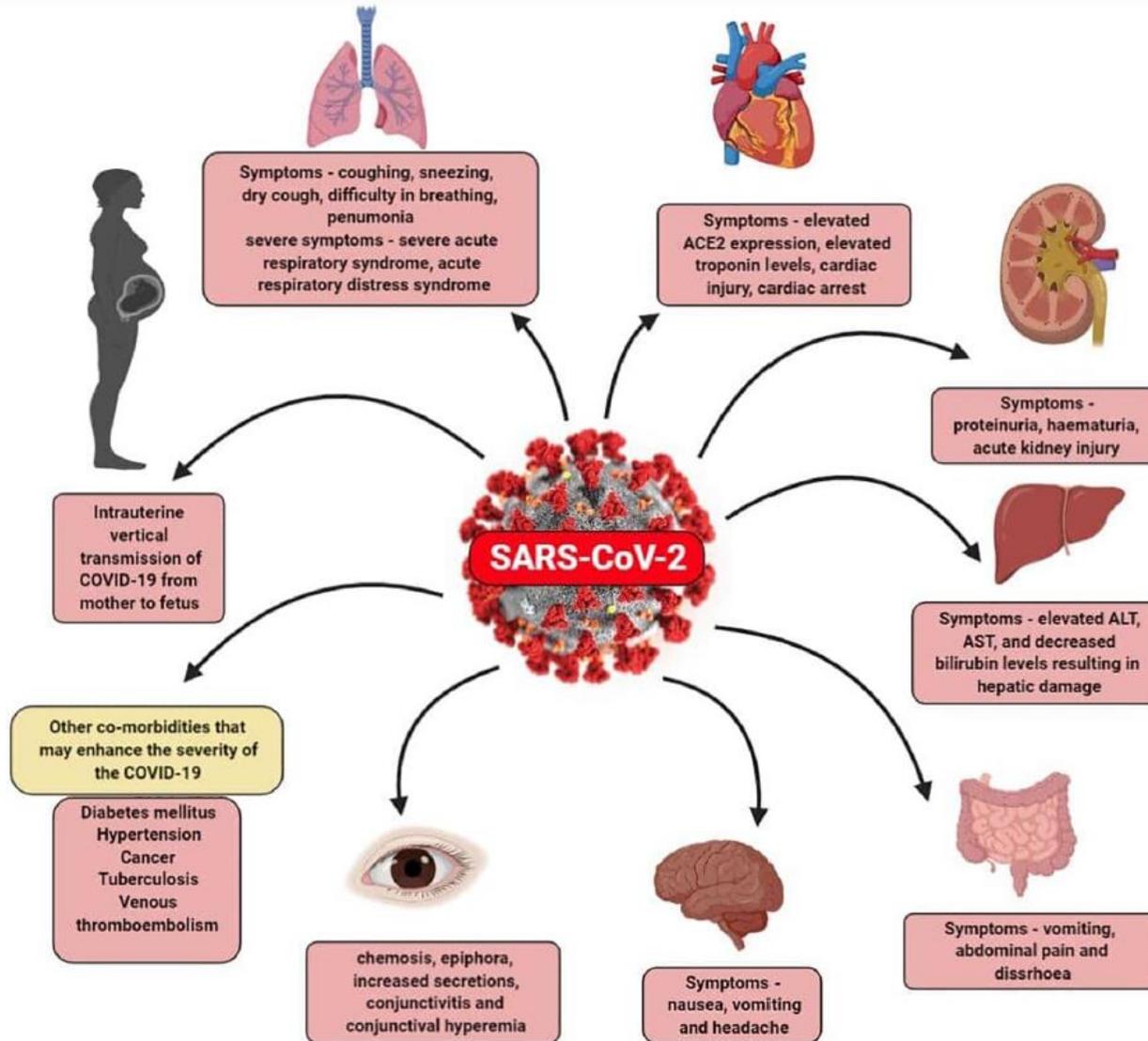
11.11.2021 17:49
Fälle: 4.894.250
Todesfälle: 97.198

Große Epidemien und Pandemien nach Zahl der Todesopfer

Ran k	Epidemics/ Pandemics	Agent	Date	Death toll	Global population lost	Regional population lost	Location
1	Black Death	Yersinia pestis	1346–1353	75-200 Mill	17-54%.	30%-60% European	Europe, Asia, and North Africa
2	Spanish flu	H1N1 Influenza A	1918-1920	17-100 Mill.	1-5,4%		Worldwide
3	Plague of Justinian	Yersinia pestis	541-549	15-100 Mill	7-56%	25%-60% European	Europe and West Asia
4	HIV/AIDS	HI Virus	1981-present	36,3 Mill			Worldwide
5	Third plague pandemic	Yersinia pestis	1855-1960	12-15 Mill	n.a.	n.a.	Worldwide
6	COVID-19	SARS-CoV-2	2019-present	5,0-19,0Mill (24.10.21)	0.07–0,25%		Worldwide
7	Cocoliztli Epidemic	Salmonella enterica Paratyphi C	1545-1548	5-15 Mill	1-3%	27%-80% Mexican	Mexico
8	Antonine Plague	Yersinia pestis	165-190	5-10 Mill	3%-6%	25%-3% Roman	Roman empire
9	Mexico smallpox	Variola major	1519-1520	5-8 Mill	n.a.	23%-37% Mexican	Mexico
10	Russia typhus	Rickettsia prowazekii	1918-1922	2-3 Mill	0,1%- 0,16%	1%-1,6% Russian	Russia

Source: en.wikipedia.org/wiki/List_of_epidemics

COVID-19: Multiorganbeteiligung



Prävalenz und Prädiktoren schwerer COVID-19/Tod

Systematisches Review und Metaanalyse: 77 Studie / 38.000 Patienten

Alter \geq 60 Jahre

• 3.6 (95% KI 3.0–4.4)

Männer

• 1.3 (95% KI 1.2–1.4)

Raucher

• 1.3 (95% KI 1.1–1.6)

COPD

• 1.7 (95% KI 1.4–2.0)

Hypertonie

• 1.8 (95% KI 1.6–2.0)

Diabetes

• 1.5 (95% KI 1.4–1.7)

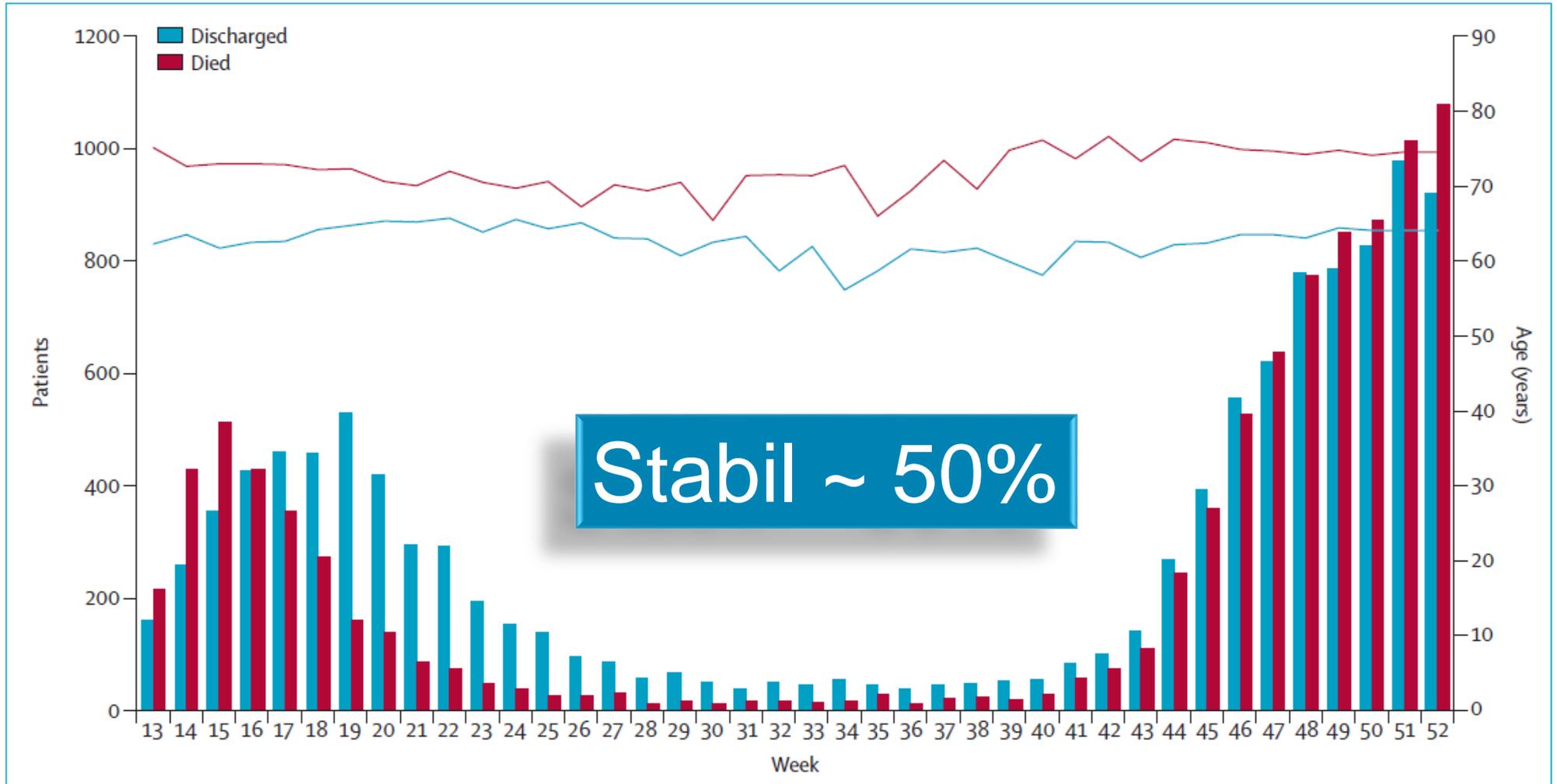
Herzkrankheit

• 2.1 (95% KI 1.8–2.4)

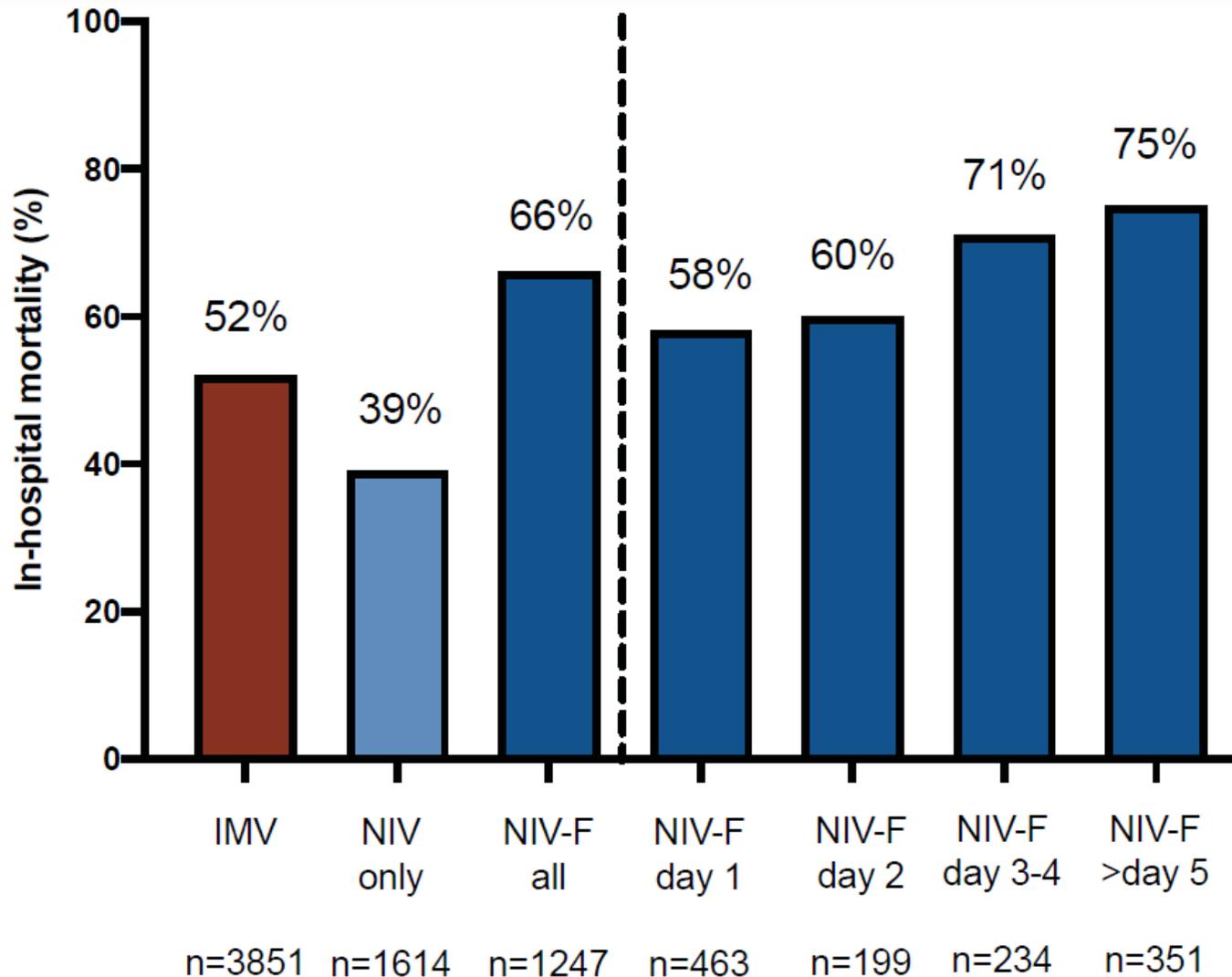
Niereninsuffizienz

• 2.5 (95% KI 2.1–3.0)

Sterblichkeit beatmeter Patienten

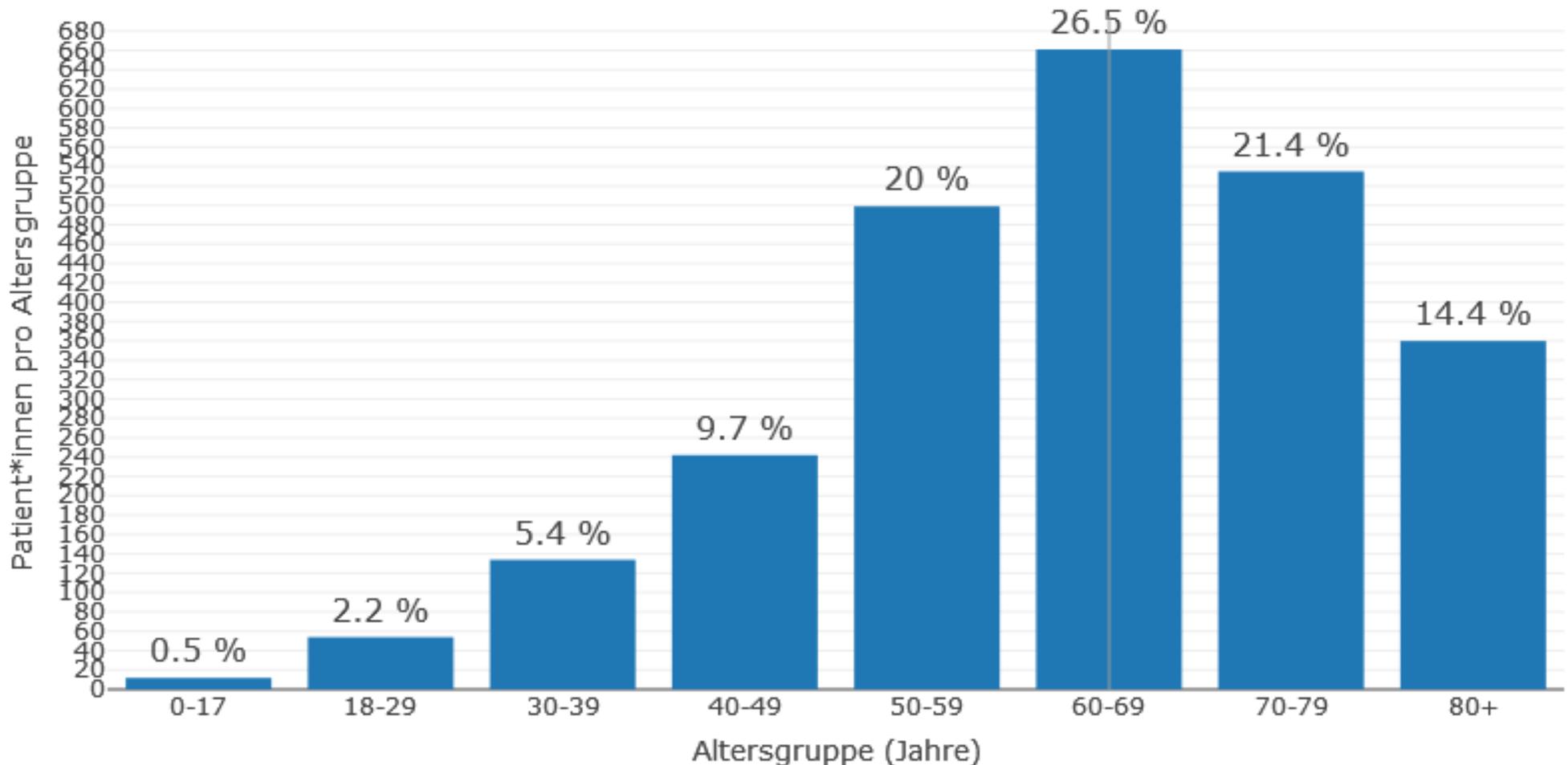


Sterblichkeit invasive Beatmung versus nicht-invasive Beatmung und bei Versagen nicht-invasiver Beatmung

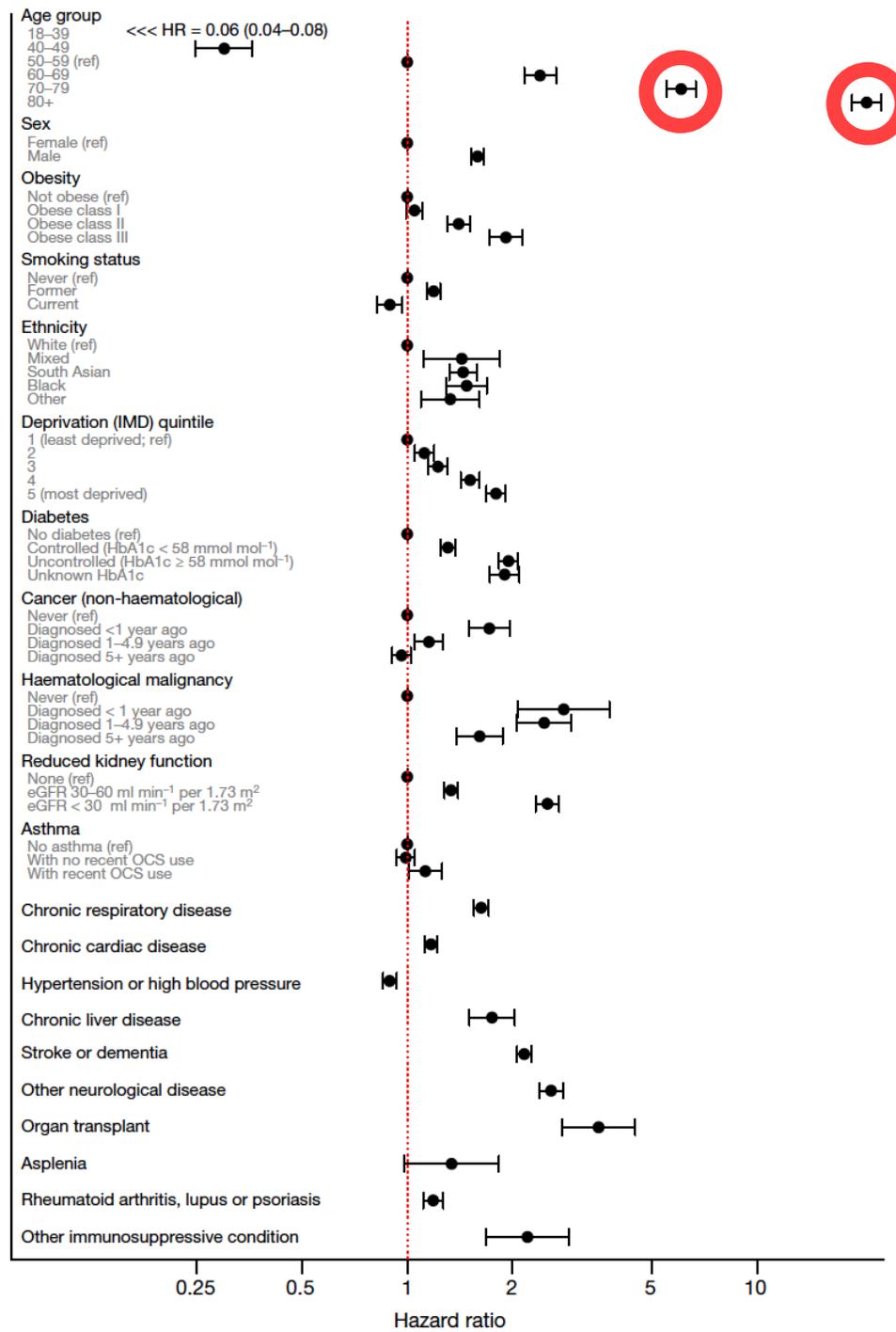
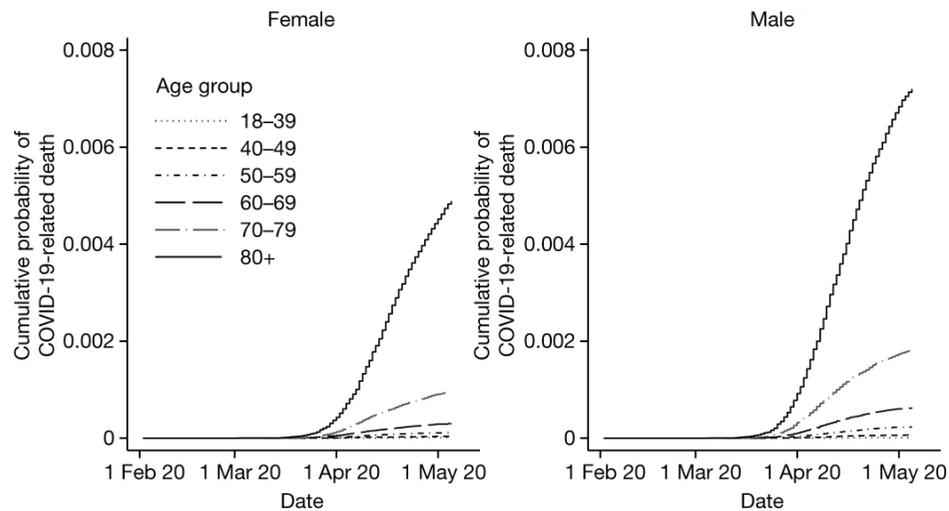


DIVI Intensivregister Altersstruktur 8.11.21

Aktuelle Altersstruktur der ITS-Belegung durch COVID-19-Fälle
(95.5 % aller gemeldeten COVID-19-Fälle)



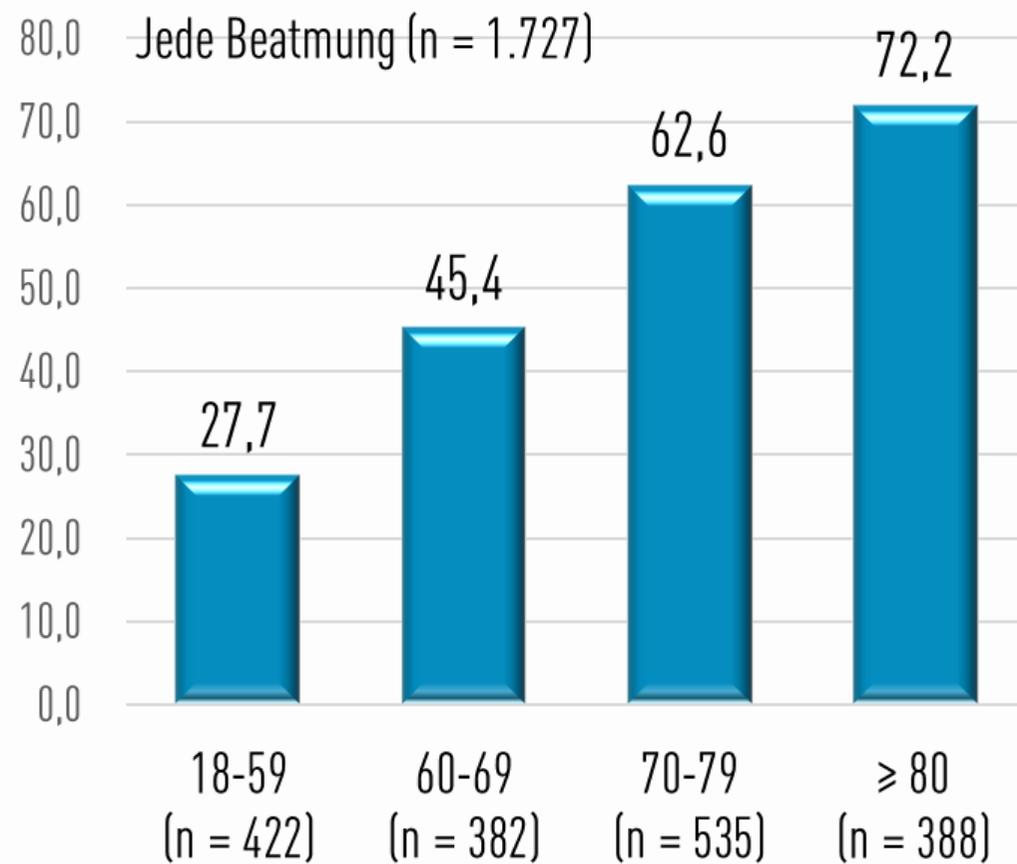
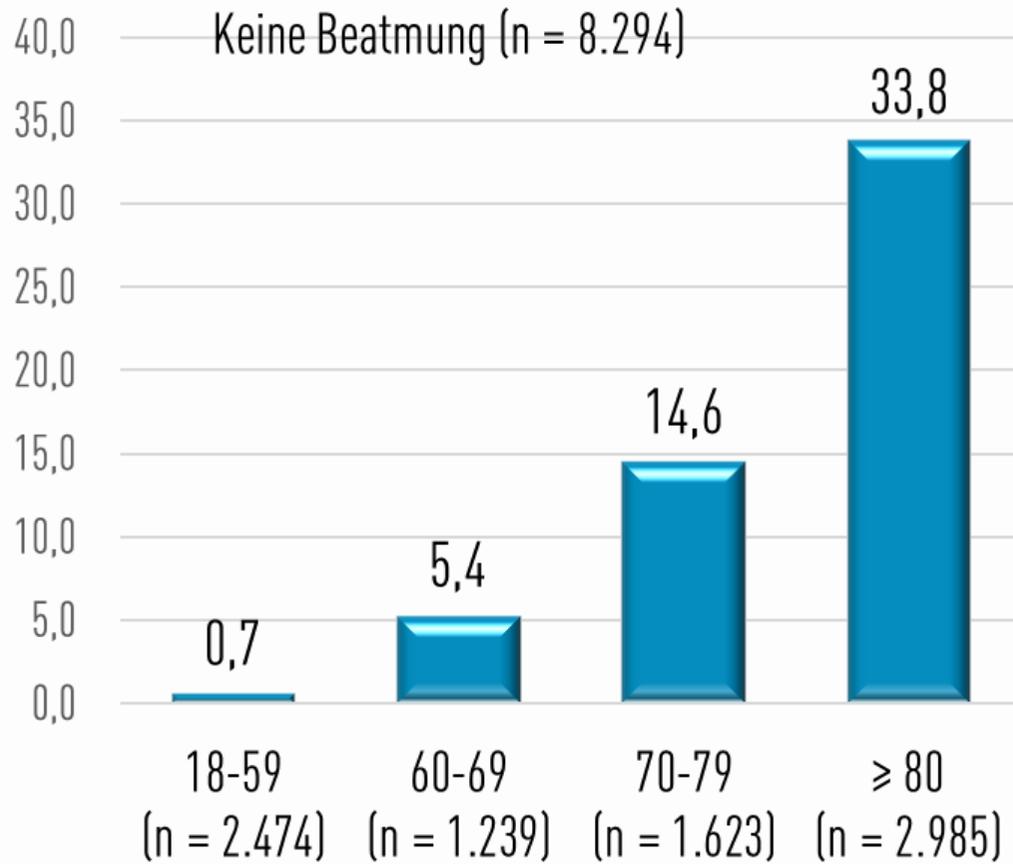
Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY



Dauer der Beatmung / Krankenhausliegedauer n = 7.490 COVID-19 Patienten

	Nur invasive Beatmung (n = 3851)	Nur nichtinvasive Beatmung (n = 1614)	Nichtinvasive Beatmung Versagen (n = 1247)
Dauer der Beatmung Tage Median (IQR)	13.7 (6.9, 25.3)	2.5 (1.1, 5.2)	16.3 (9.6, 27.6)
Krankenhausliegedauer Tage Median (IQR)	29.0 (16.0, 52.0)	17.0 (11.0, 27.0)	28.0 (17.0, 46.5)

Sterblichkeit Alter / Beatmung



1. Kernaussage(n)

COVID-19 Pandemie weiterhin „on the road“

Weltweit hohe Sterblichkeit – 6. Platz in der Menschheitsgeschichte der Pandemien

Alter erhebliche prognostische Bedeutung

Lange Beatmungs-, ITS- und KH-Liegedauer

Agenda



1.

- COVID-19: Bedeutung für Intensivmedizin und Palliativmedizin

2.

- BVP / PM zur Einschätzung

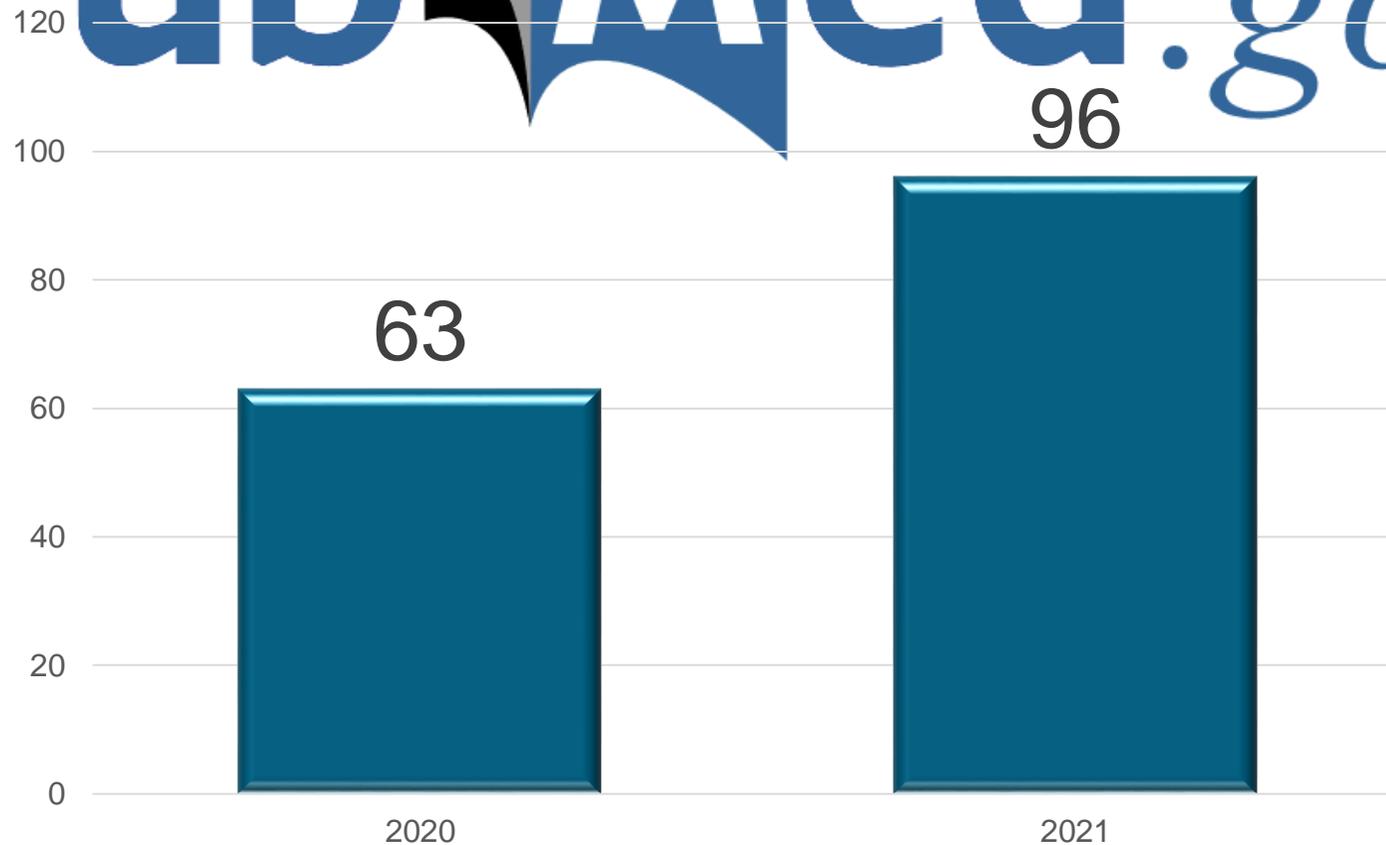
3.

- PM in der Behandlung / Besuch / Mitarbeitende

PubMed Publikationen

„COVID-19“ AND „Palliative Care“ AND „Intensive Care Medicine“

PubMed.gov



■ Anzahl Publikationen

Handlungsempfehlungen der DGP

8.4.20

Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive

Autor*innen: Urs Münch, Heidi Müller, Teresa Deffner, Andrea von Schmude, Martina Kern, Susanne Kiepke-Ziemes, Lukas Radbruch

Empfehlungen

der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP),  DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),



des Bundesverbandes Trauerbegleitung (BVT),



der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft,



der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)



der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST)



Einleitung

Die mit dem SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 einhergehenden Einschränkungen, Beschränkungen und Verbote sorgen auf vielen Ebenen für psychische, soziale und spirituelle Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit. Das gilt insbesondere für die an dem neuartigen Virus schwer Erkrankten und deren Zugehörige¹. Patient*innen mit COVID-19 werden auf der Isolierstation, Intensivstation oder anderen isolierten Bereichen behandelt und dürfen nicht von ihren Zugehörigen besucht werden. Andere Begleitungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel durch ehrenamtliche Helfer*innen oder Seelsorger*innen) sind aufgrund der Corona Pandemie in Folge des Besuchsverbots verringert oder ganz eingestellt worden. Die Aufgabe der psychosozialen Unterstützung dieser Menschen mit ihrer Not und Angst in dieser existentiellen (Krisen-) Situation lastet somit größtenteils und zusätzlich zu allen anderen Aufgaben auf den Schultern der Pflegekräfte und

¹ Bei dem Begriff Zugehörige sind Familienmitglieder, Partner*innen und Nahestehende mitgedacht und einbezogen

9.4.20

Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie

der Deutschen interprofessionellen Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP)
der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 09.04.2020

INHALT

1 Zusammenfassung.....	2
2 Vorbemerkung.....	2
3 Therapiezielklärung.....	4
4 Prognose und Indikation.....	5
4.1 Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung.....	6
4.2 Intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und Reanimation.....	7
4.2.1 Infauste Prognose.....	7
4.2.2 Eingeschränkte Prognose.....	7
5 Patientenwille / (mutmaßlicher) Wille der nicht einwilligungsfähigen Person.....	8
5.1 Patient ist aktuell einwilligungsfähig.....	9
5.2 Patient ist aktuell nicht einwilligungsfähig.....	9
6 Exkurs: Ambulante Behandlungsentscheidungen bei Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen.....	9
7 Literatur.....	10

29.6.21

publiziert bei:



AWMF-Register-Nr. 128-002



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive

Autoren: W. Nehls¹, S. Delis¹, B. Haberland², C. Rémi², B.O. Maier³, K. Sänger¹, G. Tessmer⁴, L. Radbruch⁵, C. Bausewein²

1. Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Palliativmedizin und Geriatrie, Berlin
2. LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München
3. Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
4. Klinik für Pneumologie, Evangelische Lungenklinik, Berlin
5. Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Stand 29.06.2021

Erstellt durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.)

Präambel

Bei der COVID-19-Pandemie handelt es sich um eine sich sehr dynamisch entwickelnde Situation, die die palliativmedizinische Versorgung an verschiedenen Punkten berührt.

Es gilt auf eine Häufung von Sterbefällen mit den Leitsymptomen Atemnot und Angst im Bereich der Akutmedizin vorbereitet zu sein und die akutmedizinischen Strukturen in ihrer Kompetenz mittels klarer Handlungsempfehlungen und Beratung durch palliativmedizinische Spezialist:innen entsprechend zu stärken.

Zudem muss die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Sektor trotz erschwelter Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden.

In der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie müssen viele Fragen der Therapieziel-findung, Indikationsstellung und Eruiierung des Patientenwillens bei Patient:innen mit COVID-19-Erkrankung beantwortet werden. Empfehlungen zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ wurden von der Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Medizin in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften (darunter der DGPal) formuliert.(1)

Die Herausforderung von Triage-Konzepten vor dem Hintergrund eingeschränkter intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten auch mit der möglichen Konsequenz der Beendigung einer bereits begonnenen Intensivbehandlung aufgrund fehlender Erfolgsaussichten wird

Krankenhausbasierte Akutversorgung in den letzten 30 Lebenstagen bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen: Bedeutung der Palliativversorgung

Retrospektive
Kohortenstudie
(Kanada)

Patient*Innen ≥ 18
1/2007-12/2016
Chron.
Erkrankungen

Malignome,
Herzerkrankungen/Herzinsuffizienz,
Demenz, Insult, COPD,
Lebererkrankungen,
neurodegenerative Erkrankungen und
Nierenerkrankung/Nierenversagen

Endpunkt: Anzahl der Verstorbenen
mit relevanter stationärer
Akutversorgung in den letzten 30
Lebenstagen

Exposition:
palliativmed.
Versorgung (früh,
spät, sehr spät)

Frühe PC: ≥ 90 Tage vor Tod; Späte PC: ≥ 8 aber < 90 Tage vor Tod, sehr
späte PC < 8 Tage vor Tod

Krankenhausbasierte Akutversorgung in den letzten 30 Lebenstagen bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen: Bedeutung der Palliativversorgung

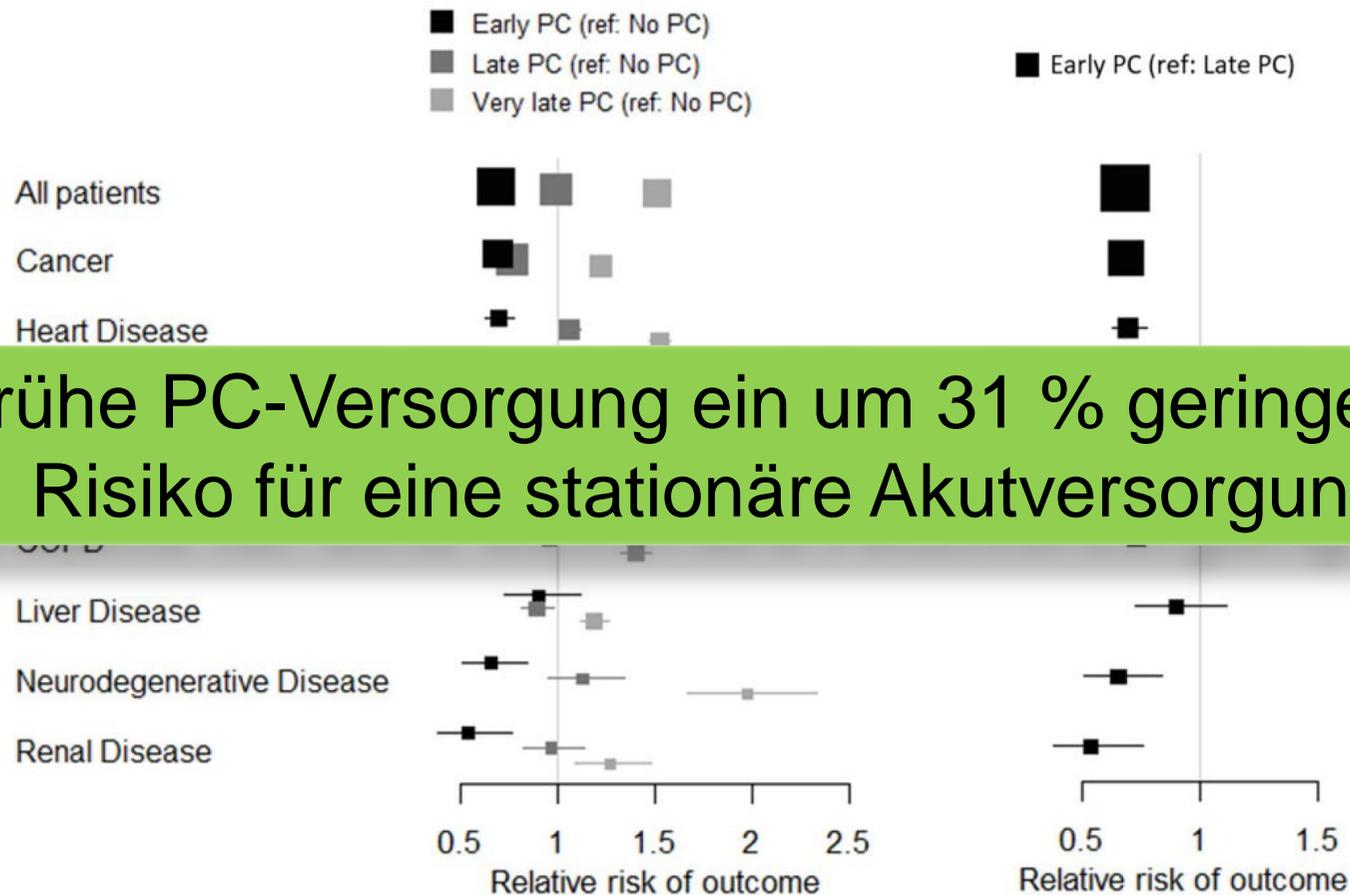
47.169
Verstorbene
Malignome 39%
Herzleiden 32%

51% Frauen
49% 1 oder
mehrere
palliativmed.
Versorgung

Frühe PC 16%
Späte PC 24%
Sehr späte PC 9%

Erste PC Versorgung bis Tod 43 Tage
42% Tod in Akut-KH
21% in den letzten 30 Lebenstagen >14 Tage im KH

Krankenhausbasierte Akutversorgung in den letzten 30 Lebenstagen bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen: Bedeutung der Palliativversorgung



Frühe PC-Versorgung ein um 31 % geringeres Risiko für eine stationäre Akutversorgung

Ambulante E intensiv



Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall - Überblick -

© DiV-BVP e.V. | 2020-2 Ärzte

Knappheit en

Nur diejenigen Patie
denen die Intensivthe
vom Betroffenen aus

gewiesen, bei
ssicht hat und

Mögliche Entscheidungen
Intensivstation aufgrund
sollten nicht im ambulante
Krankenhaus erfolgen, u
Versorgungskapazitäten

ten auf die
Entscheidungen)
Einweisungs-
erregionaler

Eine pauschale Nich
Lebensalter aus Kna
noch ethisch begrün

em bestimmten
medizinisch

I. Patient Adresse / ggf. Einrichtungsstempel

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter, Betreuer)

Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Zustand VOR Eintreten der akuten Beeinträchtigung

Allgemeinzustand Clinical Frailty Scale (CFS) = ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨ (abrufbar unter www.dggeriatrie.de)
Barthel-Index: ____ Pkt Pflegegrad = ①②③④⑤
Einschränkung Kognition: nicht leicht mittel schwer

II. Prognose und Indikation

Besteht die **Indikation** zu einer **Krankenhauseinweisung**? Ja Nein
(siehe Formular: „Einschätzung der Prognose“)

wenn ja:

Intensivmedizinische Maßnahmen sind wegen fehlender Erfolgsaussicht **nicht indiziert**

Die **Erfolgsaussichten intensivmedizinischer** Maßnahmen sind aufgrund bestimmter Kriterien **gering**

III. Patientenwille

Ist der Patient zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung **einwilligungsfähig**? (wenn ja, dann Entscheidung) Ja Nein

Patientenverfügung (nur falls Patient nicht einwilligungsfähig)
Eine auf diese Situation **zutreffende Patientenverfügung** ist vorhanden, Inhalt wurde überprüft und in die Dokumentation der Entscheidung (IV) überführt. Ja Nein

Falls **keine** zutreffende **Patientenverfügung**
Der (**mutmaßliche**) **Wille** des Patienten wurde mit dem **rechtlichen Vertreter** ermittelt. Ja Nein

IV. Entscheidung
(anhand der Indikation, aktuellem, vorausverfügbem oder mutmaßlichem Willen)

Dokumentation siehe Ärztlicher Notfallbogen (ÄNo) der DiV-BVP www.div-bvp.de

Ort, Datum Unterschrift (Haus-) Arzt / Ärztin (Stempel)

Stellungnahme der Sektion Ethik DIVI und 7 weiterer FG

25.3.2020



Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie

Klinisch-ethische Empfehlungen

der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),
der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA),
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)*¹

Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 25.03.2020

¹ Der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin unterstützt mit einem Mehrheitsvotum die genannten Empfehlungen

16.4.2020



Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie

Version 2

Klinisch-ethische Empfehlungen

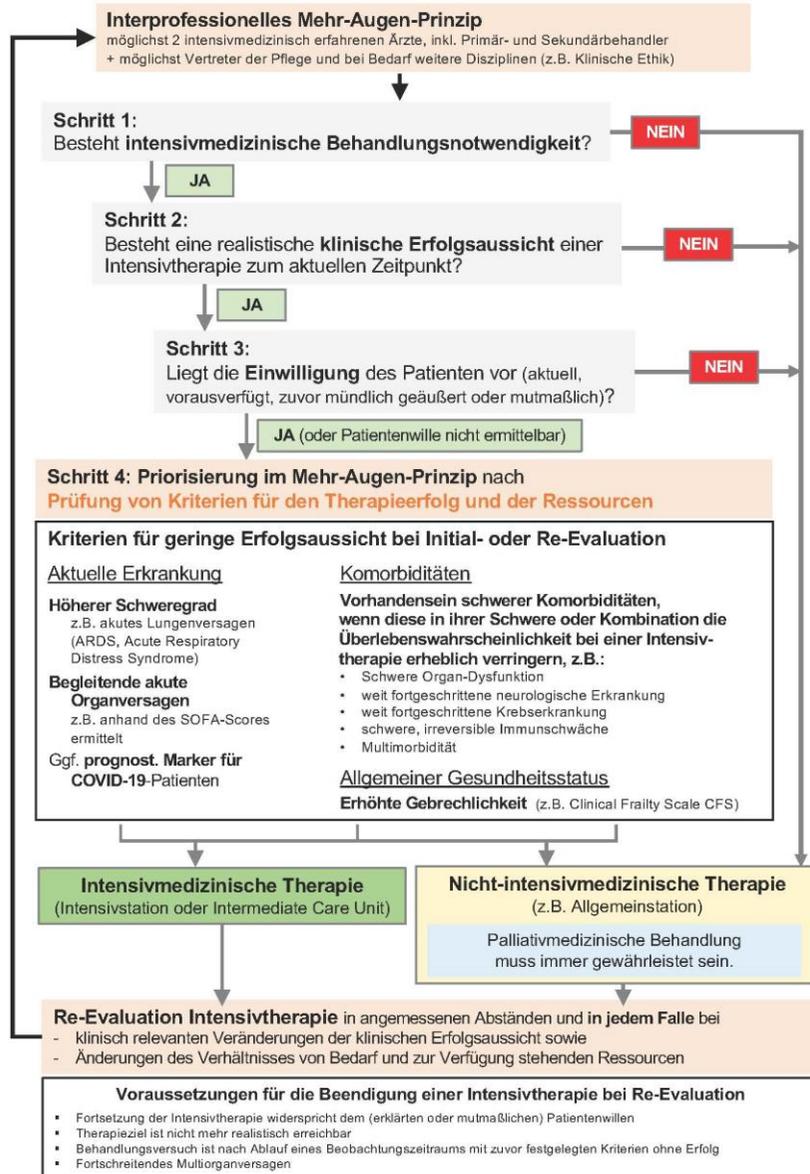
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),
der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA),
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),
der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN),
der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI),
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP),
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)¹

2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020²

¹ Der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin unterstützt mit einem Mehrheitsvotum die genannten Empfehlungen.

² Die Autoren danken allen Beteiligten für ihre zahlreichen Rückmeldungen zur ersten Version dieser Empfehlungen. Sie wurden sorgfältig geprüft und sind in die inhaltlichen Überlegungen für die 2. Fassung eingeflossen.

Entscheidungsfindung bei nicht ausreichenden Intensiv-Ressourcen



Dokumentationshilfe zur Priorisierung bei Ressourcenknappheit

Patientenetikett	Teammitglieder (Name/Funktion)
Datum/Uhrzeit	Klinische Ethik beteiligt? ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>
Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Therapie	
Evaluation klinischer Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Therapie	
<u>Aktuelle Erkrankung</u>	<u>Allg. präorbider Gesundheitsstatus</u>
Prognosescore ¹⁾	Allgemeinzustandsscore ²⁾
SCORE	SCORE
PKT.	PKT.
jeweils nach Klinikstandard; 1) z.B. SOFA, APACHE II oder CRB-65; 2) z.B. Clinical Frailty Scale CFS oder ECOG	
<u>Komorbidität</u>	<u>Patientenwille</u>
in Schwere oder Kombination die Überlebenswahrscheinlichkeit einer Intensivtherapie verringert	Im Gespräch mit Patient (aktueller Wille) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> schwere Organ-Dysfunktion	Patientenverfügung vorliegend? ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere	Vorsorgevollmacht vorliegend? ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> weit fortgeschrittene neurologische Erkrankung	<u>Gespräch mit</u>
<input type="checkbox"/> weit fortgeschrittene Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorge-Bevollmächtigtem:
<input type="checkbox"/> schwere und irreversible Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Angehörigen (wenn noch kein gesetzlicher Vertreter benannt ist)
<input type="checkbox"/> Multimorbidität	<input type="checkbox"/> Keine Einwilligung in Intensivtherapie
Kommentar:	<input type="checkbox"/> Einwilligung in die Intensivtherapie
	<input type="checkbox"/> Patientenwille nicht ermittelbar
TRIAGE-Ergebnis	
<u>Intensivmedizinische Therapie</u>	<u>Keine intensivmedizinische Therapie</u>
<input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Intermediate Care	<input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> Palliativstation
RE-EVALUATION am Datum/Uhrzeit:	
Einschätzung des klinischen Verlaufs:	
Fortsetzung oder Therapiezieländerung, weil:	

Palliativmedizinische Konsultation bei COVID-19 Patienten, die später verstorben sind

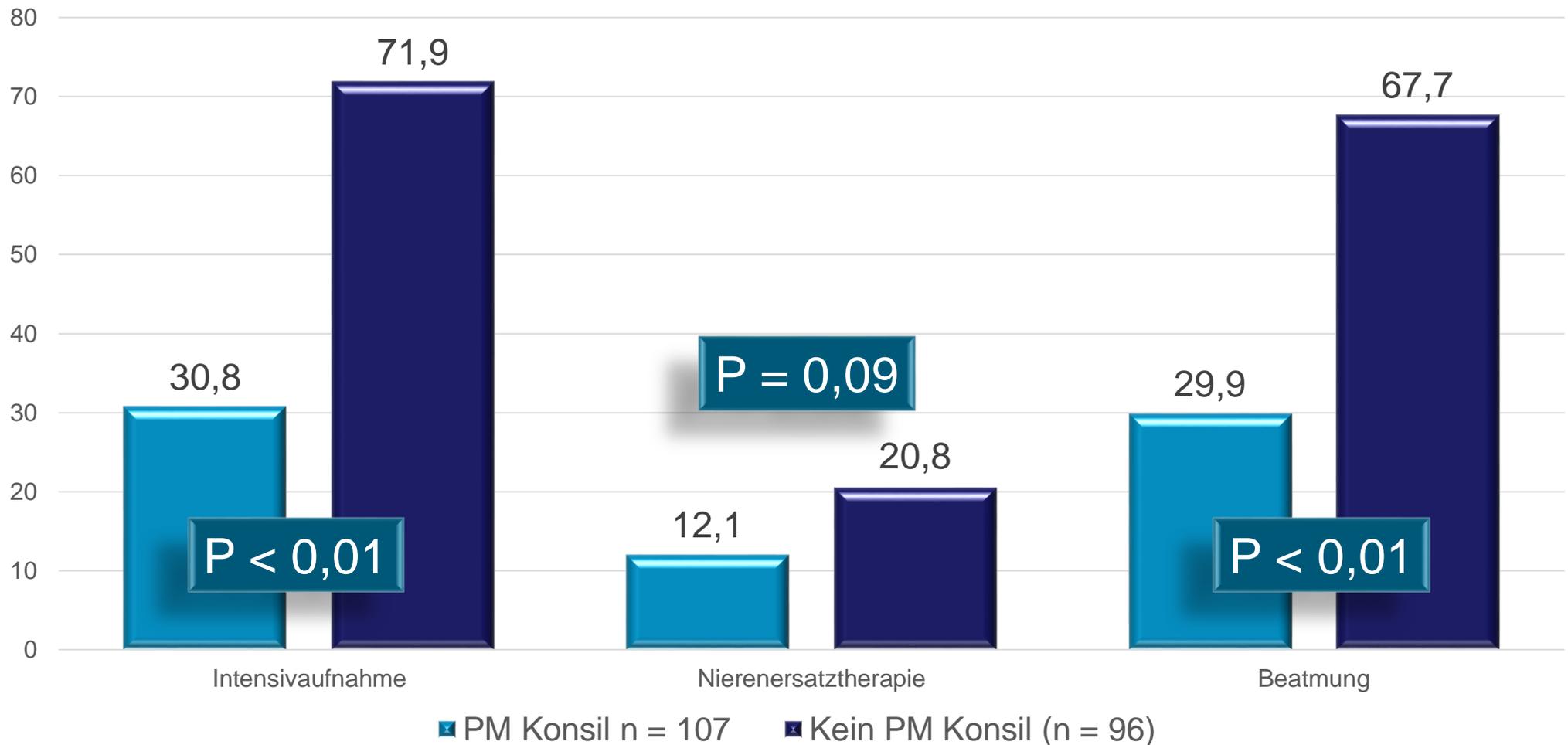
Single Center
Studie New York,
23.2.20 bis
21.4.20

Verstorbene
Patienten mit
COVID-19

N = 203
61% Männer,
Alter 76 (67-84)

Palliativ-
medizinisches
Konsil 56%
(n = 113)

Maßnahmen bei verstorbenen COVID-19 Patienten mit und ohne palliativmedizinisches Konsil/Beratung



Maßnahmen bei verstorbenen COVID-19 Patienten mit und ohne palliativmedizinisches Konsil/Beratung

Maßnahme	PM Konsil (n = 107)	Keine PM Konsil (n = 96)	P-Wert
Invasive Prozeduren, n, Median (IQB)	0 (0–2)	2 (0–3)	<0,01
ITS Liegedauer, Tage, Median (IQB)	0 (0–4)	4 (0–12)	<0,01
KH Liegedauer, Tage, Median (IQB)	8 (5–12.5)	10 (5–16.25)	0,15

2. Kernaussage(n)

BVP spielt gerade jetzt in der Corona-Pandemie eine herausragende Rolle

Klare Konzepte bei eingeschränkten Ressourcen

Palliativmedizinische Expertise und Mitbehandlung dringend geboten

Agenda



1.

- COVID-19: Bedeutung für Intensivmedizin und Palliativmedizin

2.

- BVP / PM zur Einschätzung

3.

- PM in der Behandlung / Besuch / Mitarbeitende

Symptome und Symptomlinderung bei COVID-19

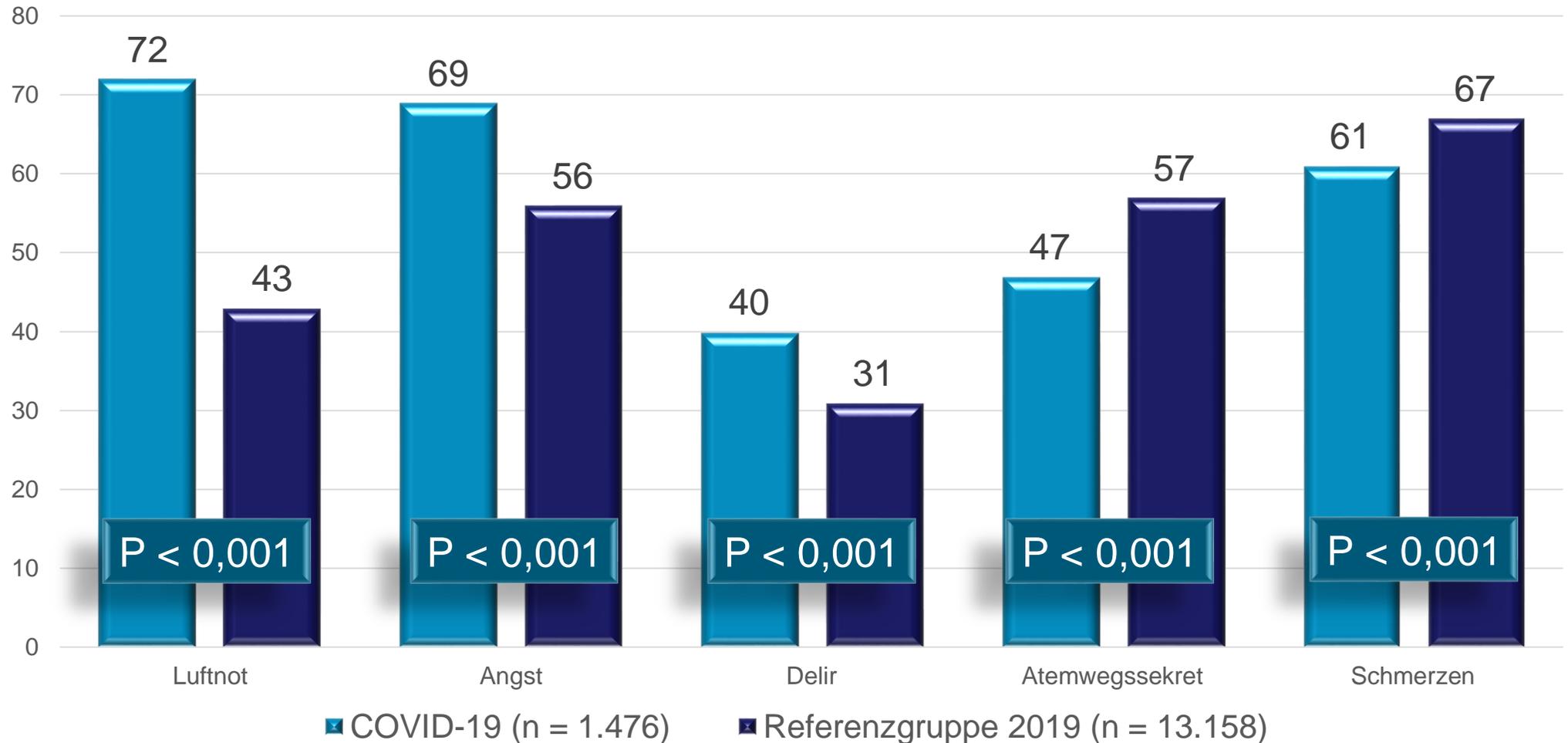
Daten des
schwedischen
Palliativregisters
Verstorbene Pat.

KH-Patienten 2020
mit COVID-19
Vergleich mit KH-
Patienten 2019

COVID-19:
n = 1.476
Referenzgruppe
2019: n = 13.158

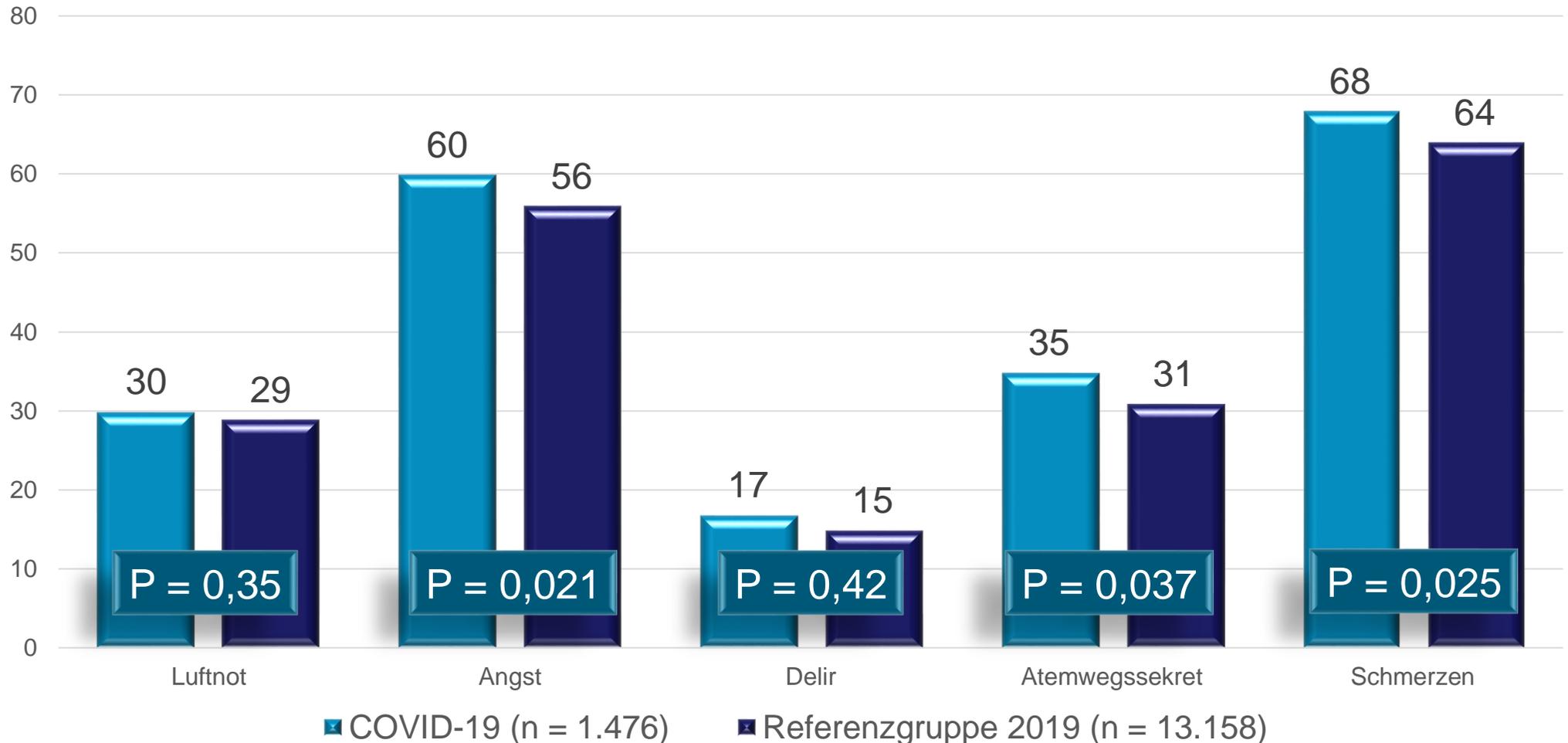
Alter: 81,8 vs. 80,6
Frauen:
42% vs. 48%

Symptome COVID-19 vs. Referenzgruppe 2019



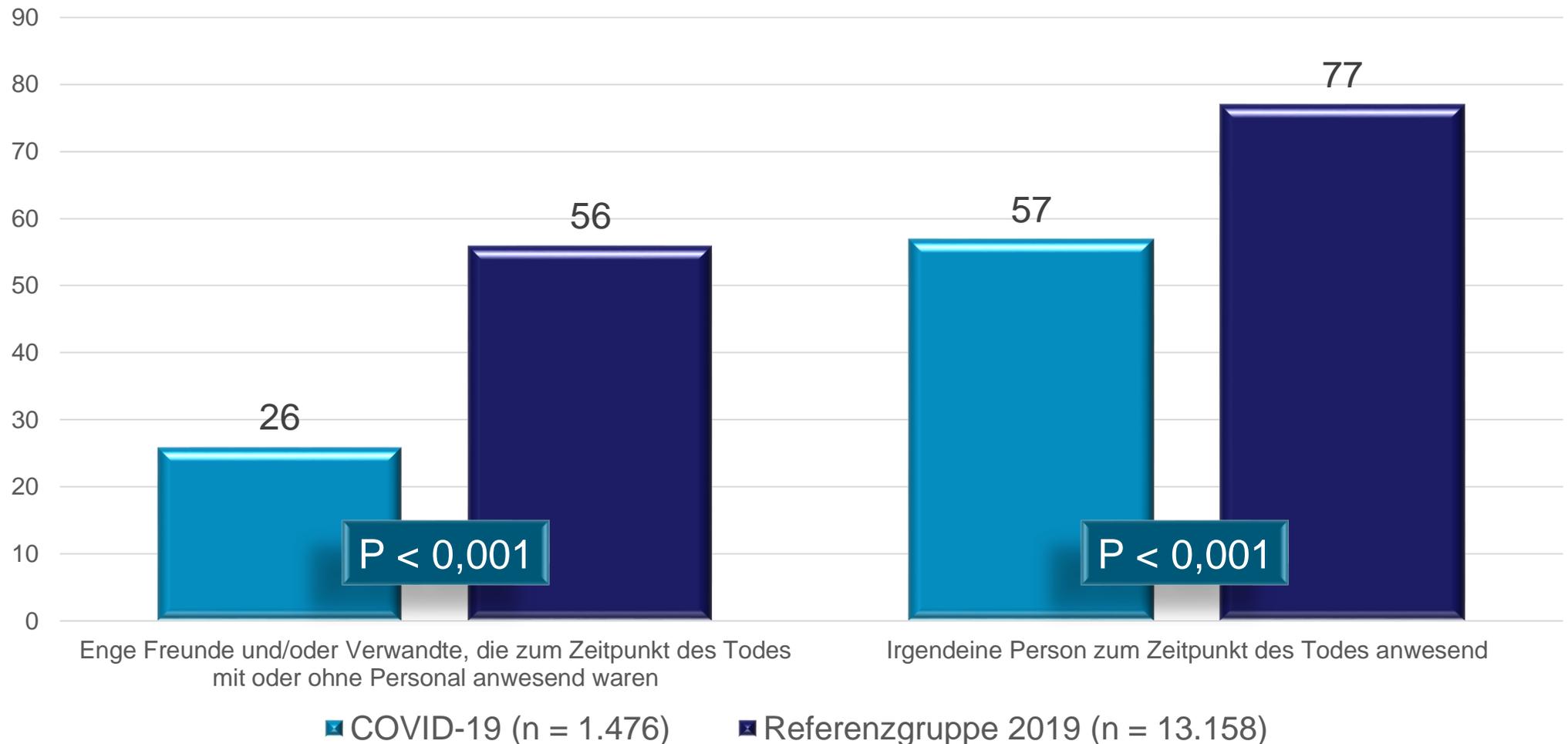
Symptome COVID-19 vs. Referenzgruppe 2019

Verbesserung Symptome



Symptome COVID-19 vs. Referenzgruppe 2019

Anwesenheit zum Zeitpunkt des Todes



Wahrnehmung zum Umgang mit Morphin/Opioiden bei COVID-19

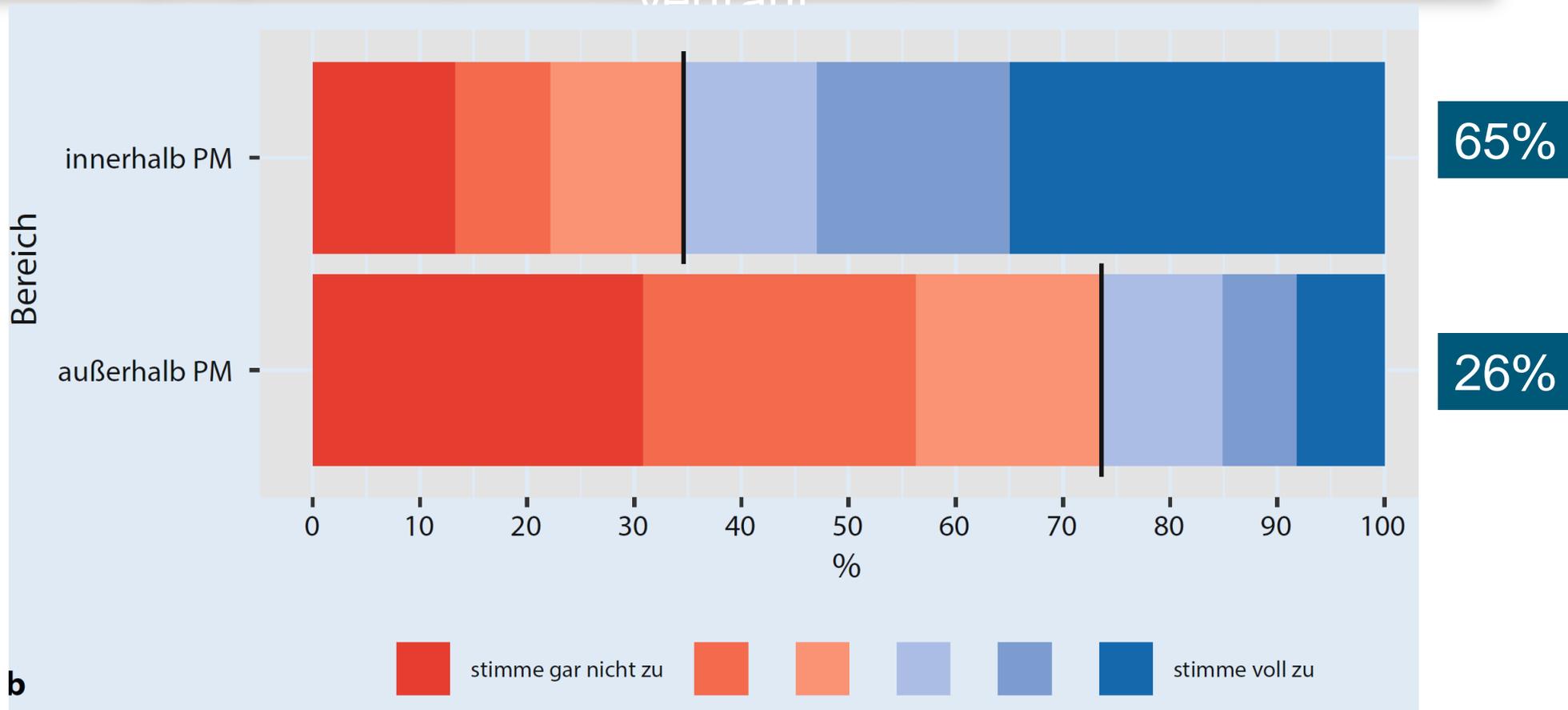
Mögliche Unsicherheiten bezgl.
Indikation und ethischer Implikation im
Umgang mit Opioiden bei COVID-19

Umfrage 506 / 6.192 Mitglieder DGP

Wahrnehmung zum Umgang mit Morphin/Opioiden bei COVID-19

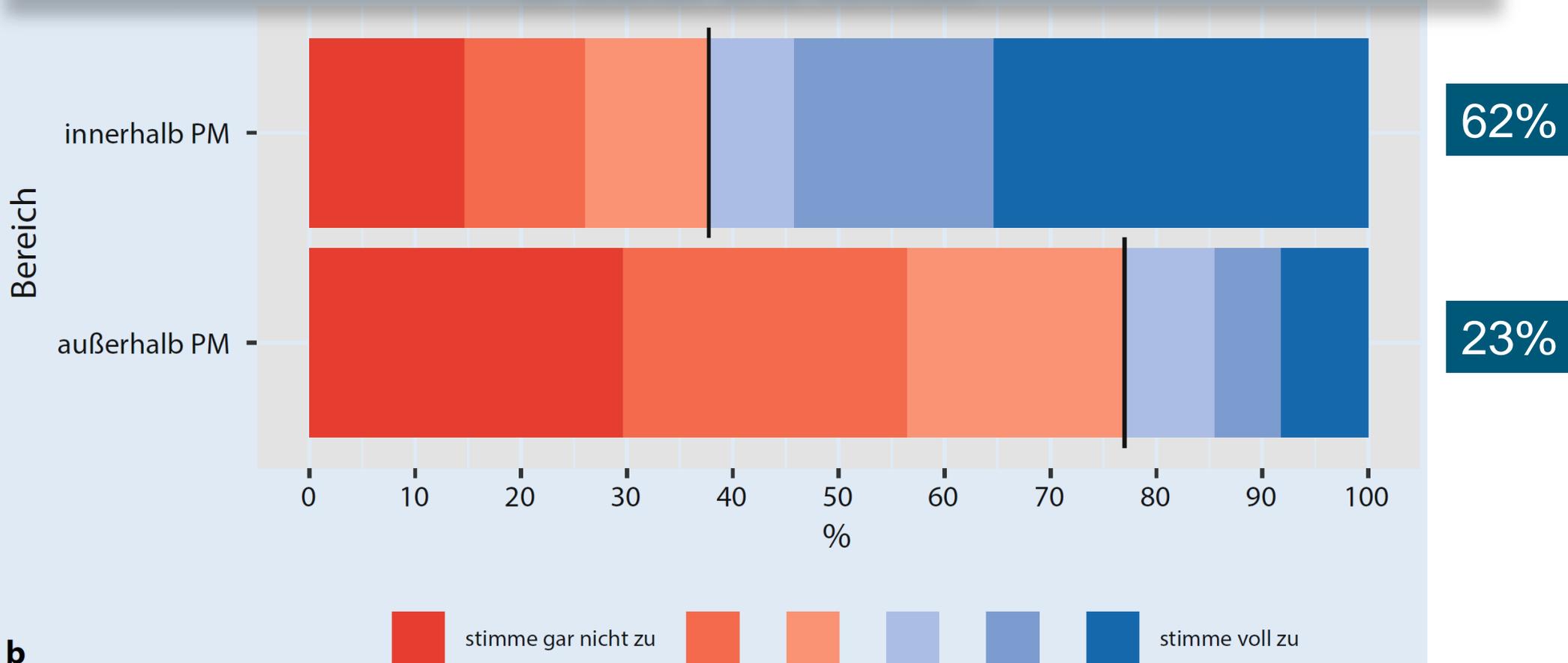
„Der Umgang mit Morphin bei COVID-19 Erkrankten ist sicher und

vertraut“



Wahrnehmung zum Umgang mit Morphin/Opioiden bei COVID-19

„Die Indikation für die Gabe von Morphin bei COVID-19 Erkrankten ist sicher und vertraut“



b

Wahrnehmung zum Umgang mit Morphin/Opioiden bei COVID-19

Hohes Maß an Unsicherheit im Umgang mit Opioiden zur Symptomkontrolle außerhalb der PM, insbesondere bezüglich des Umgangs mit M/O bei COVID-19-Erkrankten

Notwendigkeit einer stärkeren Einbindung der spezialisierten Palliativeinrichtungen in die Planungen und Organisation der Behandlung von Patienten mit Covid-19

Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive

publiziert bei:



AWMF-Register-Nr. 128-002



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive

Autoren: W. Nehls¹, S. Delis¹, B. Haberland², C. Rémi², B.O. Maier³, K. Sängler¹, G. Tessmer⁴, L. Radbruch⁵, C. Bausewein²

1. Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Palliativmedizin und Geriatrie, Berlin
2. LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München
3. Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
4. Klinik für Pneumologie, Evangelische Lungenklinik, Berlin
5. Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Stand 29.06.2021

Erstellt durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.)

Präambel

Bei der COVID-19-Pandemie handelt es sich um eine sich sehr dynamisch entwickelnde Situation, die die palliativmedizinische Versorgung an verschiedenen Punkten berührt.

Es gilt auf eine Häufung von Sterbefällen mit den Leitsymptomen Atemnot und Angst im Bereich der Akutmedizin vorbereitet zu sein und die akutmedizinischen Strukturen in ihrer Kompetenz mittels klarer Handlungsempfehlungen und Beratung durch palliativmedizinische Spezialist:innen entsprechend zu stärken.

Zudem muss die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Sektor trotz erschwelter Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden.

In der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie müssen viele Fragen der Therapieziel-findung, Indikationsstellung und Eruerung des Patientenwillens bei Patient:innen mit COVID-19-Erkrankung beantwortet werden. Empfehlungen zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ wurden von der Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Medizin in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften (darunter der DGPal) formuliert.⁽¹⁾

Die Herausforderung von Triage-Konzepten vor dem Hintergrund eingeschränkter intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten auch mit der möglichen Konsequenz der Beendigung einer bereits begonnenen Intensivbehandlung aufgrund fehlender Erfolgsaussichten wird

S3 LL zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 (5.10.2021)

publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

S3-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19, Version Oktober 2021

Stand 05.10.2021

AWMF-Register-Nr. 113/001

S3-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19

Stefan Kluge, Uwe Janssens, Tobias Welte, Steffen Weber-Carstens, Gereon Schälte, Christoph D. Spinner, Jakob J. Malin, Petra Gastmeier, Florian Langer, Martin Wepler, Michael Westhoff, Michael Pfeifer, Klaus F. Rabe, Florian Hoffmann, Bernd W. Böttiger, Julia Weinmann-Menke, Alexander Kersten, Peter Berlit, Marcin Krawczyk, Wiebke Nehls, Reiner Haase, Oliver J. Müller, Monika Nothacker, Gernot Marx, Christian Karagiannidis

Falk Fichtner, Sven Laudi, Miriam Stegemann, Stephanie Weibel und Nicole Skoetz für das Team des COVID-19 Evidenzökosystem (CEOsys) Projektes (siehe auch Kapitel 14.1.3).

Federführend:

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Unter Mitwirkung von:

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung (GTH)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Deutscher Rat für Wiederbelebung (German Resuscitation Council; GRC)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Patientenvertretung (individueller Betroffener)

AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement c/o Philipps Universität Marburg/AWMF Berlin

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Stefan Kluge, Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, skluge@uke.de

Patienten mit COVID-19 sollen zur palliativen medikamentösen Symptombehandlung bei

- Luftnot: Opioide
- Angst: Benzodiazepine
- Rasselatmung: Anticholinergika
- Delir: Neuroleptika erhalten.

Wahrnehmungen trauernde Angehöriger zur Kommunikation am Lebensende während COVID-19

COVID-19 Pandemie: Betreuung am Lebensende hat sich für Patienten und deren Angehörige schnell und dramatisch verändert

37 Veterans Affairs KH 3-6/20; nächste Angehörige von 238 verstorbenen Patienten (KH, Pflegeheime, ITS, Hospiz)

Kommunikation mit Behandlungsteam, Patient, Einsatz Kommunikationstechnologie

Wahrnehmungen trauernder Angehöriger zur Kommunikation am Lebensende während COVID-19

Männer 96%

Alter $76 \pm 11,4$

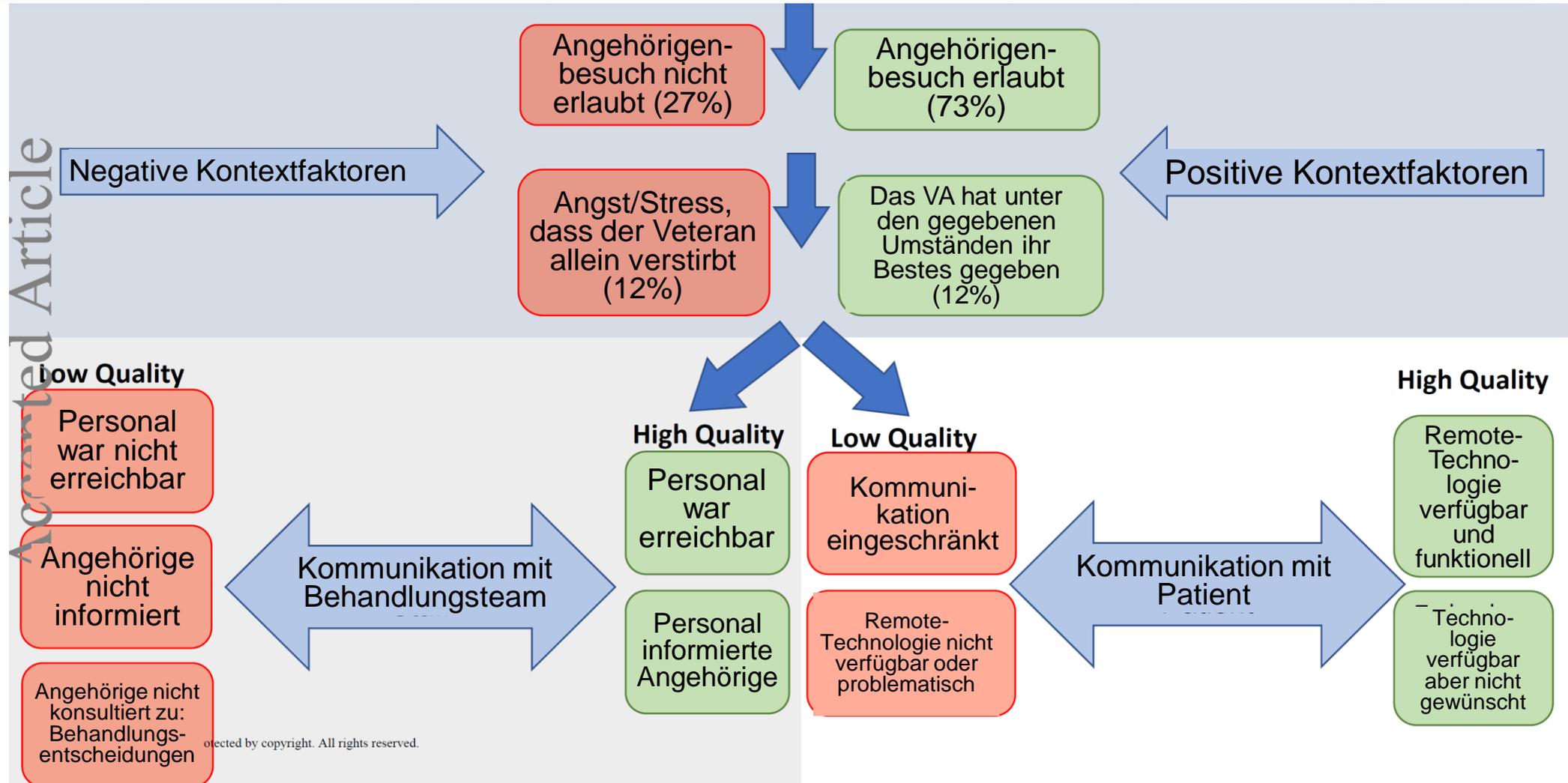
Weisse Hautfarbe
46,7%

40% COVID-19

66% auf ITS
verstorben

94%
Vorausverfügungen

Wahrnehmungen trauernde Angehöriger zur Kommunikation am Lebensende während COVID-19



Empfehlungen

W. Nehls et al.
AWMF 29.6.21

U. Münch et al.
Schmerz 2021

T. Deffner et al.
Dtsch. Ärztl. In press

publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

AWMF-Register-Nr. 128-002
 **DGP**

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive

Autoren: W. Nehls¹, S. Delis¹, B. Haberland², C. Remi², B.O. Maier³, K. Sänger¹, G. Tessmer⁴, L. Radbruch⁵, C. Bausewein²

1. Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Palliativmedizin und Geriatrie, Berlin
2. LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München
3. Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, Med. Klinik III, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
4. Klinik für Pneumologie, Evangelische Lungenklinik, Berlin
5. Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Stand 29.06.2021

Erstellt durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.)

Präambel

Bei der COVID-19-Pandemie handelt es sich um eine sich sehr dynamisch entwickelnde Situation, die die palliativmedizinische Versorgung an verschiedenen Punkten berührt.

Es gilt auf eine Häufung von Sterbefällen mit den Leitsymptomen Atemnot und Angst im Bereich der Akutmedizin vorbereitet zu sein und die akutmedizinischen Strukturen in Ihrer Kompetenz mittels klarer Handlungsempfehlungen und Beratung durch palliativmedizinische Spezialist:innen entsprechend zu stärken.

Zudem muss die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Sektor trotz erschwelter Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden.

In der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie müssen viele Fragen der Therapieziel-findung, Indikationsstellung und Erürerung des Patient*innen bei Patient*innen mit COVID-19-Erkrankung beantwortet werden. Empfehlungen zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ wurden von der Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Medizin in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften (darunter der DGPA) formuliert. (1)

Die Herausforderung von Triage-Konzepten vor dem Hintergrund eingeschränkter intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten auch mit der möglichen Konsequenz der Beendigung einer bereits begonnenen Intensivbehandlung aufgrund fehlender Erfolgsaussichten wird

Übersichten

Schmerz
<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>

© Der/die Autor(en) 2020



Urs Münch¹ · Heidi Müller² · Teresa Deffner³ · Andrea von Schmude⁴ · Martina Kern⁵ · Susanne Kiepke-Ziemes⁶ · Lukas Radbruch⁷

¹Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, DRK Kliniken Berlin Westend, Berlin, Deutschland; ²Trauerzentrum Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Deutschland; ³Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Kinderklinik Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland; ⁴Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland; ⁵Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA Rheinland), Bonn, Deutschland; ⁶Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V., Viersen, Deutschland; ⁷Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), des Bundesverbands Trauerbegleitung (BVT), der Arbeitsgemeinschaft für Psycho-onkologie in der Deutschen Krebs-gesellschaft, der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST)

Einleitung

Die mit dem SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 einhergehenden Einschränkungen, Beschränkungen und Verbote sorgen auf vielen Ebenen für psychische, soziale und spirituelle Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit. Das gilt insbesondere für die an dem neu-

artigen Virus schwer Erkrankten und deren Zugehörige (Familienmitglieder, Partner*innen und Nahestehende). Patient*innen mit COVID-19 werden auf der Isolierstation, Intensivstation oder anderen isolierten Bereichen behandelt und dürfen nicht von ihren Zugehörigen besucht werden. Andere Begleitungs- und Unterstützungsangebote (zum Bei-

spiel durch ehrenamtliche Helfer*innen oder Seelsorger*innen) sind aufgrund der Corona-Pandemie in Folge des Besuchsverbots zumeist verringert oder ganz eingestellt worden. Die Aufgabe der psychosozialen Unterstützung dieser Menschen mit ihrer Not und Angst in dieser existenziellen Krisensituation lastet somit größtenteils und zusätzlich auf al-

1 Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien

2
3
4 Teresa Deffner, Anke Hierundar, Kathrin Knochel, Urs Münch, Gerald Neitzke, Peter Nydahl,
5 Annette Rogge

6 für die Sektion Ethik und Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen der
7 Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

8
9 Teresa Deffner*, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena.
10 Teresa.Deffner@med.uni-jena.de

11 Anke Hierundar, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsmedizin Rostock.
12 Anke.hierundar@med.uni-rostock.de

13 Kathrin Knochel, Klinische Ethik, Klinikum rechts der Isar TU München; Kinderpalliativzentrum, Dr. von
14 Haunersches Kinderspital LMU-Klinikum München. Kathrin.Knochel@med.uni-muenchen.de

15 Urs Münch, DRK Kliniken Berlin Westend. u.muench@drk-kliniken-berlin.de

16 Gerald Neitzke, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule
17 Hannover. Neitzke.gerald@mh-hannover.de

18 Peter Nydahl, Pflegeforschung und -entwicklung; Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin,
19 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Peter.Nydahl@uksh.de

20 Annette Rogge, Institut für Experimentelle Medizin, Medizinethik, Christian-Albrechts-Universität Kiel.
21 Annette.Rogge@uksh.de

22 *Korrespondierende Autorin

23 Autoren werden in alphabetischer Reihenfolge genannt

24
25 **Rubrik:** Übersichtsarbeiten

26
27 **FINANZIERUNG:** Diese Forschung erhielt keine spezifischen Zuschüsse von Förderstellen
28 in den Bereichen öffentliche, kommerzielle oder gemeinnützige Zwecke.

29
30 **OFFENLEGUNG VON INTERESSENSKONFLIKTEN:** Die Autor:innen geben an, keine
31 Interessenskonflikte zu haben

Empfehlung zur Regelung von Angehörigenbesuchen

Pandemiebedingte, notwendige Einschränkungen von Besuchsmöglichkeiten dürfen keinesfalls zu einer völligen Isolation von Patient:innen führen

Angehörigenbesuche sind als Rechte der Patient:innen und Angehörigen auf soziale Kontakte – also als Grundrecht – zu verstehen und laut aktueller Rechtsprechung im Sinne der Persönlichkeitsentfaltung (§1 und 2 GG) grundsätzlich im Rahmen der aktuellen Verordnungen basierend auf einem Besuchskonzept zu ermöglichen

Daraus ergibt sich auch, dass Einschränkungen von Besuchen regelmäßig auf das aktuelle Infektionsrisiko abzustimmen sind

Sobald der Grund für Beschränkungen wegfällt (z.B. auch Impfungen oder hinreichend sicherer Ausschluss einer Infektion durch eine Testmethode), sind diese entsprechend unverzüglich wieder lockern

Mitarbeitende

Mitarbeitende sind großen physischen, aber v.a. psychischen und existenziellen Belastungen ausgesetzt

Pandemie als Großschadensereignis potenziell traumatisierend

Dringend präventive Maßnahmen zur Anwendung bringen

Mitarbeitende: Dringende Maßnahmen (I)

Klare Kommunikationsstrukturen
vorhalten

Schulungen zur Stärkung der
kommunikativen Kompetenzen

Schutzkleidung, Rückzugsräume,
verlässliche Pausen, Verpflegung

Mitarbeitende: Dringende Maßnahmen (II)

Klare Konzepte bei Entscheidungskonflikten

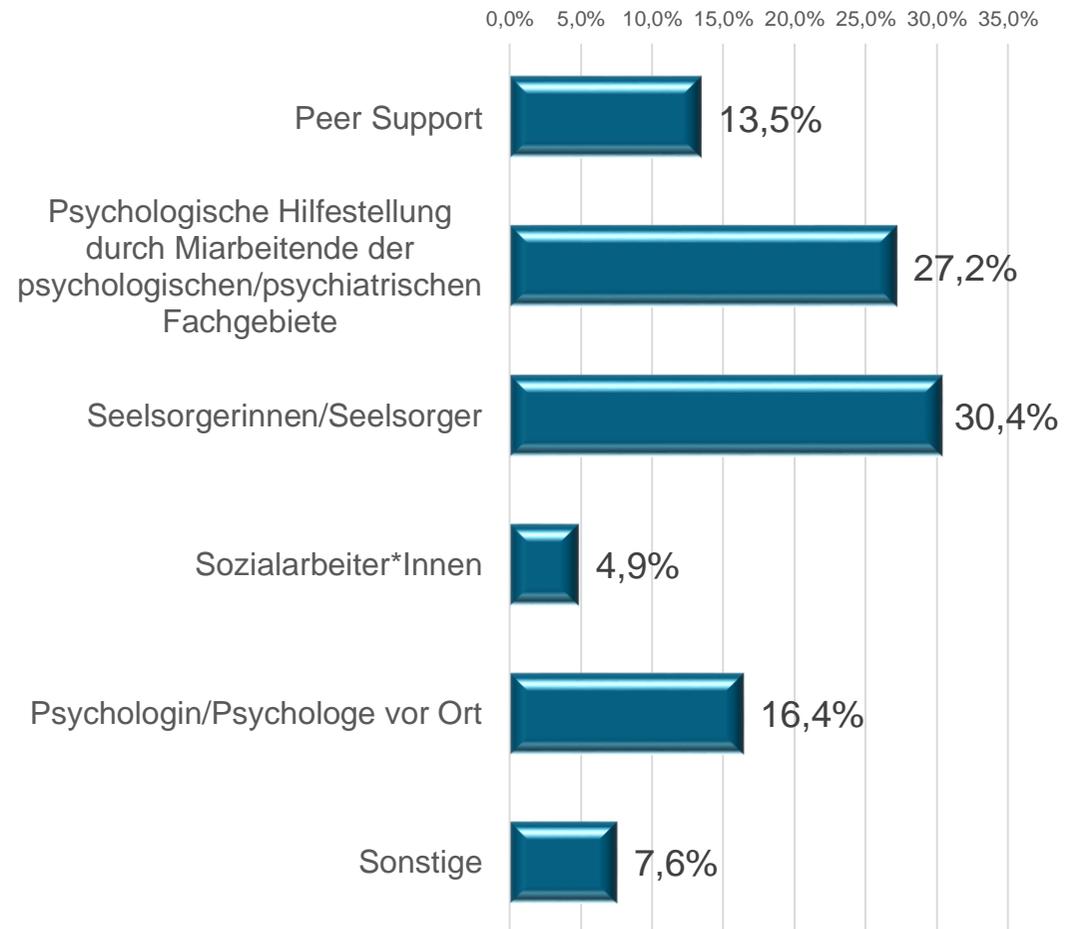
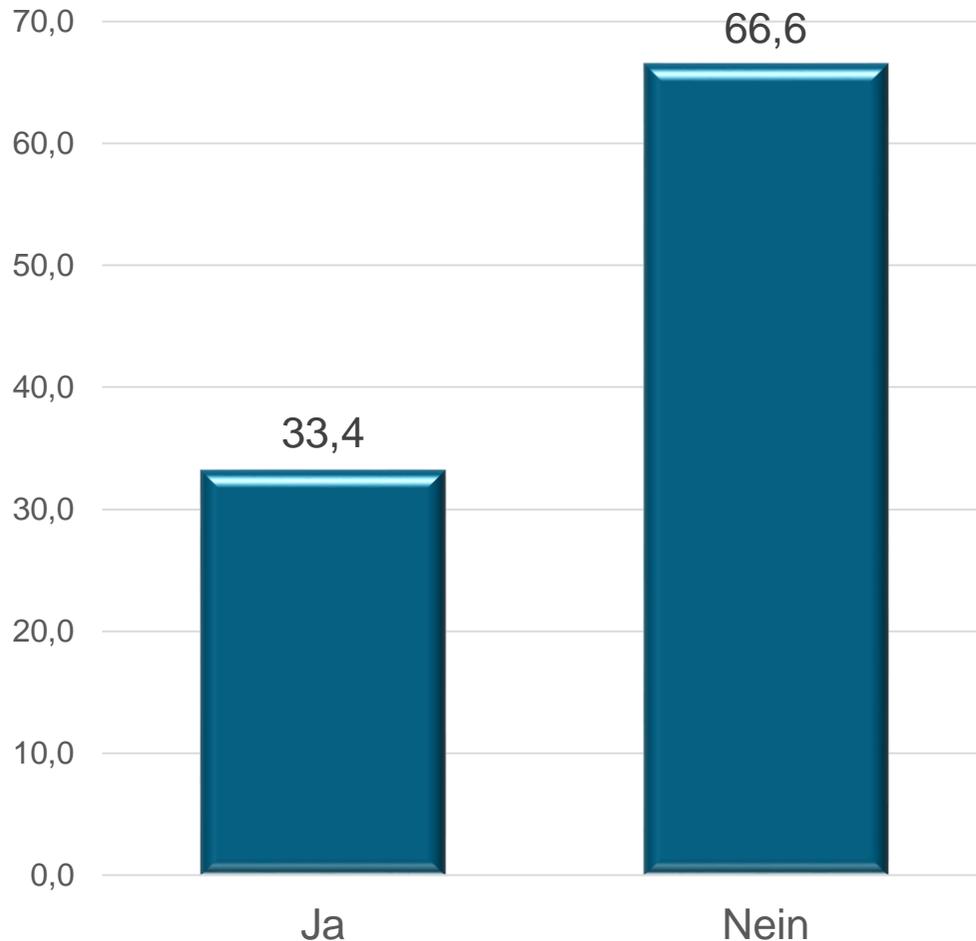
Umsetzung von spezialisierter Palliativversorgung durch professionelle Betreuung

Psychosoziale Unterstützung und Hilfestellung

Sensibilisierung und Einbeziehung der Führungskräfte

Psychosoziale Unterstützung während Pandemie

Umfrage Oktober 21; n = 643



3. Kernaussage(n)

COVID-19 Patienten: Unterschiede zu Patienten ohne COVID-19 in PM-Betreuung

Umgang mit Morphin Opioiden innerhalb und außerhalb der PM unterschiedlich - Unsicherheiten

Teilhabe der Angehörigen:
Angehörigenbesuche

Belastung der Mitarbeitenden: Unterstützung dringend erforderlich

Take home message

1. Kernaussage(n)

COVID-19 Pandemie weiterhin „on the road“

Weltweit hohe Sterblichkeit – 6. Platz in der Menschheitsgeschichte der Pandemien

Alter erhebliche prognostische Bedeutung

Lange Beatmungs-, ITS- und KH-Liegedauer

2. Kernaussage(n)

BVP spielt gerade jetzt in der Corona-Pandemie eine herausragende Rolle

Klare Konzepte bei eingeschränkten Ressourcen

Palliativmedizinische Expertise und Mitbehandlung dringend geboten

3. Kernaussage(n)

COVID-19 Patienten: Unterschiede zu Patienten ohne COVID-19 in PM-Betreuung

Umgang mit Morphin Opioiden innerhalb und außerhalb der PM unterschiedlich - Unsicherheiten

Teilhabe der Angehörigen: Angehörigenbesuche

Belastung der Mitarbeitenden: Unterstützung dringend erforderlich

Thank you

