

Hinweise zum Umgang mit hochbetagten, multimorbiden oder Palliativpatienten bei Verdacht auf oder bestätigter Covid-19-Infektion (Fieber, Husten, evtl. Atemnot)

Diese Hinweise richten sich an niedergelassene Ärzte in einer Situation, in der weitestgehend ein Verbleib in der bisherigen Umgebung anzustreben ist, andererseits eine gute Symptomkontrolle wichtig bleibt.

Wir beziehen uns hier in erster Linie auf die Empfehlungen der DGP

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf

und DIVI

<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

1. Zunächst stellt sich die Frage, ob eine stationäre oder intensivmedizinische Behandlung sinnvoll, erfolgversprechend (Frage: **Therapieziel?**) und damit indiziert ist.
Indikation wird von Arzt/Ärztin gestellt (möglichst Mehraugen-Prinzip) und die Behandlungsoption kann dann dem Patienten angeboten werden.
 Hinweis für geringe Erfolgsaussichten einer Intensivtherapie:
 - Hoher Schweregrad der aktuellen Erkrankung
 - Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (Frailty)
 - Schwere Komorbiditäten
2. Nächste Frage: **Patientenwille?** (Patientenverfügung, aktueller, mutmaßlicher Wille); Therapieeskalation bzw. Therapiebegrenzung? Wunsch nach Ort der Behandlung (zuhause versterben?)
3. Die Frage der Priorisierung stellt sich aktuell (noch) nicht, derzeit gibt es im Großraum genügend Kapazitäten. Die Situation kann sich jedoch schnell ändern. Überlegtes, ressourcenschonendes Handeln ist daher immer notwendig!

Im Weiteren reden wir von der ambulanten Therapie im häuslichen Umfeld oder Pflegeheim.

Immer muss eine symptomlindernde Therapie angeboten werden!!

Leitsymptome: Fieber, Schwäche, Husten, Dyspnoe

SAPV kann bei entsprechender Konstellation auf Muster 63 verordnet werden. Eine SAPV-Aufnahme hat in der Regel mindestens einen Vorlauf von 1 Werktag und ist daher nicht für Notfälle geeignet.

Vorschlag für ein Stufenschema, in Abhängigkeit vom Schweregrad und Allgemeinzustand:

1. Bei Patienten mit relativ gutem AZ, ohne Schluckstörung:
 - Versuchsweise Antibiotika, z. B. Amoxiclav für eine Woche
 - ACC als Schleimlöser für eine Woche
 - Fiebersenkung mit Novalgin (20 – 40 gtt bis 4 x tgl.) oder Paracetamol 1g bis 3 x tgl.
 - Ggf. NaCl 0,9% 500ml s.c. 1 x tgl. für 2-3Tage

2. Weitere Symptomlinderung für alle Patienten, Applikationsform je nach Vigilanz/ Schluckstörung:
 - Dyspnoe:
 - Morphin ret. 10 mg 1-0-0-1 oder (2. Wahl) Morphintropfen 2,5 – 5 mg bis 6 x tgl.
 - Morphin 2,5 – 5 mg s.c. bis 6 x tgl.
 - Fentanylpflaster 12,5µg/h alle 3 Tage; alternativ z.B. bei Schluckstörung (nicht bei Kachexie)
 - Zusätzlich bei Bedarf: Morphintropfen p.o. 2,5 – 5 mg oder 2,5 – 5 mg Morphin s.c. bis 6 x tgl.
 - je nach AZ des Patienten oder NW begleitend zur Opioidtherapie
 - Macrogol Btl. 1- 0- 0 oder Laxoberal 0–0-8 gtt
 - z. B. Haldol Tropfen 1 - 3 x 3 gtt tgl. bei Übelkeit
 - Unruhe/Angst:
 - Lorazepam (Tavor® exp.) ½ - 1mg s.l. bis 4 x tgl.
 - alternativ: Midazolam 2,5 – 5 mg s.c. bis 4 x tgl.
 - Fieber:
 - Novalgin (20 – 40 gtt bis 4 x tgl.) oder
 - Paracetamol (1g bis 4 x tgl.)
(als Tropfen, Supp oder s.c.-Gabe)

Wichtig: immer auch die ganzheitliche, menschliche Begleitung der Patienten und Angehörigen, ggf. auch telefonisch!

Kontraindikationen/ Allergien müssen selbstverständlich beachtet werden. Dosisangaben ohne Gewähr; Dosissteigerungen ggf. titrierend nach Symptomatik unter Beachtung evtl. Tagesmaximaldosen.

Weiteres siehe entsprechende Fachliteratur.