

# **Was lernen wir aus einzelnen Patientenbeispielen**

**Frühjahrstagung DGMBG 11.06.2021**

**Jörg Augustin, München**

Patientin W.P., 49 J.

**DIAGNOSEN:**

hochgradige dilatative Kardiomyopathie, EF 25%, (I42.0G)

mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz (I34.0G)

mittelgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz (I07.1G)

Chronische Stauungsleber (K76.1G)

rez. kardiale Dekompensation mit Pleuraergüssen (I50.9G)

atriale Hochfrequenzepisoden DD Vorhofflimmern, GH 06-2017 (I48.2G)

Sinusbradykardie, prophylaktische ICD-Implantation (Boston Scientific) 11-2015 (R00.1G)

Z.n. Media-Teilinfarkt re. 01-2017 (I63.9G)

Schlaffe Hemiparese li. (G81.0G)

Z.n. Erysipel li. Fuß 05-2017 (A46Z)

frühkindlicher Hirnschaden (Genese?) (P91.9G)

leicht- bis mittelgradige Intelligenzminderung mit geringfügiger Verhaltensstörung (F71.0G)

Generalisierte Angststörung (F41.1G)

Leichte depressive Episode (F32.0G)

latente Hypothyreose (E02G)

### DAUERMEDIKATION Stand 03.08.2017:

Ass ratiopharm 100mg Tah TAB N3 100 St (1-0-0-0)  
Ramipril HEXAL 1.25mg TAB N3 100 St (1-0-1-0)  
Hct Dexcel 12.5mg TAB N3 100 St (1-1-0-0)  
Spironolacton ratio 50mg TAB N3 100 St (1/2-0-0-0)  
Torasemid HEXAL 20mg Tabl TAB N3 100 St (2-1-0-0)  
BisoHEXAL 2.5mg Filmtabl FTA N3 100 St (1-0-1-0)  
L Thyrox HEXAL 150 TAB N3 100 St (1-0-0-0)  
Simvastatin ratio 40mg FTA N3 100 St (0-0-1-0)  
Pantoprazol Aristo 40mg TMR N3 100 St (1-0-0-0)  
Eliquis 5mg Filmtabletten FTA N3 200 St (1/2-0-1/2-0)  
Opipram 50mg Filmtabletten FTA N3 100 St (0-0-0-1)  
Citalopram Aristo 10mg FTA N3 100 St (1/2-0-0-0)  
-  
-  
B E D A R F S M E D I K A T I O N (ED=Einzeldosis,TD=max.  
Tagesdosis):  
-  
Tavor Expidet 1.0 TAE N3 50 St (ED 1 TD 3 --)  
....Tavor: bei Angst, Panik

### DAUERMEDIKATION Stand 26.08.2017:

Ass ratiopharm 100mg Tah TAB N3 100 St (1-0-0-0)  
Hct Dexcel 12.5mg TAB N3 100 St (2-0-0-0)  
Torasemid HEXAL 20mg Tabl TAB N3 100 St (1-1-0-0)  
Spironolacton ratio 50mg TAB N3 100 St (1/2-0-0-0)  
L Thyrox HEXAL 150 TAB N3 100 St (1/2-0-0-0)  
Pantoprazol Aristo 40mg TMR N3 100 St (1-0-0-0)  
-  
-  
PAUSE:  
-  
Ramipril HEXAL 1.25mg TAB N3 100 St (1-0-1-0)  
BisoHEXAL 2.5mg Filmtabl FTA N3 100 St (1-0-1-0)  
Eliquis 5mg Filmtabletten FTA N3 200 St (1/2-0-1/2-0)  
Simvastatin ratio 40mg FTA N3 100 St (0-0-1-0)  
Opipram 50mg Filmtabletten FTA N3 100 St (0-0-0-1)  
Citalopram Aristo 10mg FTA N3 100 St (1/2-0-0-0)

## PALLIATIV-MEDIKATION Stand 05.09.2017

ED=Einzeldosis TD=maximale Tagesdosis

Morphin Merck 10mg/ml ILO N2 10X1 ml  
ED 2,5 mg s.c. TD 15,0 mg s.c. Abstand jew. 4 Std  
10 mg Morphin mit NaCl auf 10 ml auffüllen - 1 mg Morphin = 1 ml  
Indikation: Schmerz, Atemnot

Morphin Merck Tropfen 0.5% LSE N2 50 ml  
ED 2,5 mg = 10 Tr. TD 15,0 mg = 60 Tr. Abstand jeweils 4 Std  
Indikation: Schmerz, Atemnot

Levomepromazin-Nx 25 mg/ml ILO N1 5X1 ml,  
ED 12,5 mg s.c. TD 25 mg s.c. Abstand 4 Std  
Indikation: Übelkeit bzw. Prophylaxe Übelkeit

Levomepromazin-Nx 40 mg/ml TEI N1 30 ml  
ED 4 mg = 2 Tr. TD 24 mg = 12 Tr. Abstand 2-4 Std  
Indikation: Übelkeit bzw. Prophylaxe Übelkeit

Tavor Expidet 1.0 TAE N3 50 St,  
ED 1 TD 6 Abstand 2-4 Std  
Indikation: Angst, Unruhe

Midazolam ratio 5mg/1ml AMP N3 10 St,  
ED 2,5 - 5 mg s.c. TD 20 mg s.c. Abstand 4 Std  
Indikation: starke Angst, Panik, Agitation

Dulcolax SUP N1 6 St,  
Laxoberal Abfuehr Tropfen TEI N1 15 ml,  
Obstipation bei Opiattherapie {K59.0G}, Palliativbehandlung {Z51.5G},

Versorgung 20.07.17 - 11.09.17, insgesamt 26 Hausbesuche in 53 Tagen

1 Besprechung Großteam, Eltern

Ansprechen:

evtl langen Verlauf

Abspringen der Pat

Pall-Station oder Hospiz wenn Situation in WG zu belastend

2 Gespräch mit Pat unter 4 Augen

Angst vor Atemnot, KH, Blutabnahmen bei sehr schlechtem Venenstatus, Angst vor Port-Anlage

Pat will nicht in KH, will aber noch nicht sterben

es gelingt schnell, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen

Pat freut sich immer sehr wenn ich komme

Pat sieht in mir den Helfer, der Pall-Verlauf vielleicht doch abwenden kann

3 Beginn Betreuung, 1 x KH-Einw

Tel mit Sani, kein Blaulicht !

Unruhe in WG

MA und Mitbewohner kommen teils mit Situation nicht gut zurecht

4 rez Gewichtszunahme, zunehmende Ödeme, teils Cyanose

5 Ethische Überlegung

wann Beginn der "reinen" Pall-Th ?

Wie viel Ressourcen darf Pat für sich beanspruchen ?

soz Gerechtigkeit !

klärendes Gespräch mit Pat zur Erörterung Procedere

keine KH-Einw mehr

ist aber gleichbedeutend mit Versterben in WG

6 nochmal Gespräch mit MA der WG

Erklärung, daß sich gerade bei Herzinsuff der Pall-Verlauf rel. lange gestalten kann

7 wann Beginn mit Morphin ?

8 nochmal Gespräch mit Eltern

diese wollen Pall-Th, aber auch nochmal mit Tochter in Kurzurlaub fahren

Kurzurlaub keinesfalls möglich

Eltern können schlecht loslassen

## **Lernergebnis**

sorgfältige Vorbereitung

Klärung / Abschätzung ob bzw. wann etwa Palliativ-Situation eintritt

Wann ist die Patientin eine Palliativ-Patientin ??

Zuziehung der Palliativversorgung ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit Beginn der Sterbebegleitung

## **ethischer Konflikt**

steht uns das geschilderte Vorgehen zu, können wir es bis zu Ende durchhalten ?

Bedürfnisse der WG-Mitarbeiter und -Mitbewohner

Krankenhaus-Einweisung auch bei Palliativversorgung möglich und erlaubt

mancher Weg muss sich eben erst entwickeln