

## Palliative Symptomkontrolle bei Covid-19-Patienten im stationären Bereich

# Therapeutische Massnahmen bei Patienten mit COVID-19 mit zu erwartender ungünstiger Prognose

Dr. med. Gudrun Theile<sup>a\*</sup>, Dr. med. Sandra Eckstein<sup>b\*</sup>, Dr. med. Claudia Gamondi<sup>c</sup>,  
Dr. med. Tanja Fusi-Schmidhauser<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Palliative Care, Klinik Susenberg, Zürich; <sup>b</sup> Palliative Care, Universitätsspital Basel; <sup>c</sup> Palliative and Supportive Care Clinic, IOSI-EOC, Bellinzona

\* Die beiden Autorinnen haben zu gleichen Teilen zum Artikel beigetragen.

Dieser Artikel wurde zuerst auf [palliative.ch](http://palliative.ch) publiziert (Stand 30. März 2020) und erscheint im SMF in Absprache mit [palliative.ch](http://palliative.ch) und den Autorinnen. Für Aktualisierungen verweisen wir Sie auf [palliative.ch](http://palliative.ch).

Die Erkenntnisse und Therapieansätze im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie entwickeln sich täglich weiter. Bei der Verwendung dieses Dokuments passen Sie bitte die Empfehlungen an das Betreuungsumfeld, die Verfügbarkeit von Medikamenten und den regionalen Kontext an [1]. Die Autorinnen bemühen sich, dieses Dokument auf dem neuesten Stand zu halten, indem sie bei Bedarf Anpassungen vornehmen. Dieses Dokument dient als Empfehlung für Patient(inn)en, die keine lebenserhaltenden Behandlungen wie Intubation und Reanimation erhalten werden. Bitte denken Sie bei urteilsunfähigen Personen daran, die Patientenverfügung zu berücksichtigen.

### Empfehlungen zur Symptomkontrolle

#### Fieber

Behandlung:

- Paracetamol (Perfalgan®) 1 g p.o./i.v. max. 4×/Tag. Oder, bei Kontraindikation oder Nichtverfügbarkeit der Substanz:
- Metamizol (Novalgin®) 4 g/24 h i.v. kontinuierlich oder 4 × 1 g p.o./s.c./i.v. als Kurzinfusion (2. Wahl wegen Nebenwirkungen).
- Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) nicht empfohlen [2].

#### Kontinuierliche Dyspnoe

Behandlung:

- Morphin 10–20 mg/24 h s.c./i.v. kontinuierlich mit Anpassung an die Bedürfnisse und den klinischen Verlauf der Patientin / des Patienten.
- Bei Patient(inn)en, bei denen eine Opioid-Behandlung bereits läuft: die Dosis anpassen.
- Bei Opioid-naiven Patient(inn)en: Antiemese mit 40 mg Metoclopramid p.o./s.c./i.v.

Bei Persistenz und Angstsymptomatik: Midazolam 5–10 mg/24 h i.v. (0,5 mg/h i.v. kontinuierlich). Wenn

kein Perfusor zur Verfügung steht, bitte Bolusverfahren wählen wie weiter unten angegeben.

Reserven/Anpassungen:

- Morphin-Reserve: Mindestens 10% der 24-Stunden-Dosis, kann stündlich gegeben werden, bei unzureichender Kontrolle bis zu alle 20 Minuten. Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der kontinuierlichen Tagesdosis mindestens zweimal täglich oder wie klinisch indiziert.
  - Midazolam-Reserve (zusätzlich zu Morphin-Reserve): Bolus von 1–2 mg s.c./i.v., Wiederholung bis zu stündlich, bei unzureichender Symptomkontrolle bis zu alle 20 Minuten, wie klinisch indiziert.
  - Alternativ: Midazolam Nasenspray 2 Hübe.
- Cave:* Kaletra® und andere antivirale Substanzen erhöhen die Plasmaspiegel von Midazolam relevant! Gemäss der Schweizer Arzneimittelinformation ist die Kombination kontraindiziert.

#### Dyspnoe-Krisen

Behandlung:

- Morphin 2,5–5 mg s.c./i.v. Bolus, wie klinisch indiziert wiederholen.
- Bei Persistenz und Angst/Panik: Midazolam 1–2 mg i.v. Bolus, wie klinisch indiziert wiederholen.

#### Husten

Behandlung:

Wie Dyspnoe, Start mit Bolusgabe Morphin s.c./i.v. 2,5–5 mg, eventuell ebenfalls kontinuierliche Gabe erforderlich.

#### Schmerzen

Behandlung:

Insbesondere Thorax, Pleuritis, Entzündung.

- Paracetamol (Perfalgan®) 1 g p.o./i.v. max. 4×/Tag.
- Evtl. zusätzlich Dexamethason 4 mg p.o./s.c./i.v. morgens.
- Morphin 2 mg s.c./i.v. oder 5 mg p.o.

### In folgenden Fällen ist die Hinzuziehung einer Palliativmedizinerin empfohlen

- Refraktäre Symptome (Dyspnoe, Angst) >12 Stunden.
- End-of-Life-Care.
- Schwierige Entscheidungsfindung.
- Organinsuffizienzen → Einsatz anderer Opioides sinnvoll.

### Refraktäre Symptome am Lebensende

Bei refraktären Symptomen (z.B. Dyspnoe, akuter terminaler Verwirrheitszustand, massiver Hämoptoe) kann eine palliative Sedierung angezeigt sein.

Bitte konsultieren Sie hierzu die hauseigenen Standards und/oder ziehen Sie eine Palliativmedizinerin oder den Schmerzdienst bei.

Weitere relevante Informationen finden Sie auch in den Empfehlungen der «European Association for Palliative Care» (EAPC) [3].

### Allgemeine Massnahmen

- Das Therapieziel bei Sterbenden ist bestmögliches Wohlbefinden und Behandlung gemäss Patientenwillen und -wünschen. Angehörige sind in die Betreuung einzuschliessen.
- Wenn möglich ziehen Sie Spezialist(inn)en für Palliativmedizin hinzu.
- Beachten Sie hauseigene oder andere Protokolle für End-of-Life Care (z.B. [4]).

- Denken Sie an die Unterstützung der Angehörigen, Beiziehung von Seelsorge, Psycholog(inn)en, Care Team, klinische Ethik etc.
- Denken Sie bei der Umsetzung der Empfehlung, insbesondere bezüglich Angehörigenbesuchen, an Absprachen mit den Hygienebeauftragten/Infektio-ologen.
- Denken Sie an die Unterstützung Ihrer Behandlungsteams in komplexen und belastenden Situationen; gegebenenfalls Beiziehung eines Corona Care Teams bzw. direkt von Seelsorge, Psycholog(inn)en, Palliative Care.
- Auch beim Umgang mit der Toten sollten Vorsichtsmassnahmen wie Handschuhe und Maske eingehalten werden. Das Bestattungsunternehmen ist von der positiven Testung auf Sars-Cov-2 zu informieren.

### Literatur

- 1 Fusi-Schmidhauser T, Preston N, Keller N, Gamondi C. Conservative management of Covid-19 patients – emergency palliative care in action. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Apr 7. pii: S0885-3924(20)30183-4. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030. [Epub ahead of print].
- 2 COVID-19: Ibuprofen (Ibuhexal u.a.) meiden? *arznei-telegramm* 20.3.2020. [https://www.arznei-telegramm.de/html/2020\\_04/2004505\\_01.html](https://www.arznei-telegramm.de/html/2020_04/2004505_01.html)
- 3 Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23(7):581–93. doi: 10.1177/0269216309107024.
- 4 Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/C\\_Fachgesellschaft/Task\\_Forces/Empfehlung\\_Sterbephase\\_palliative\\_ch\\_final\\_2016\\_VS.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf)

Korrespondenz:  
Dr. med. Gudrun Theile,  
MPH  
Leitende Ärztin  
Klinik Susenberg  
Schreberweg 9  
CH-8044 Zürich  
g.theile[at]  
susenbergklinik.ch