

Palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin

Dr. med. Martin Groß

Chefarzt

Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
und Interdisziplinäres Palliativzentrum
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Gesundheit

Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen

WHO 1948



Krankheit



Versuche einer Definition des medizinischen Krankheitsbegriffs seit Jahrhunderten

Breinersdorf S, Versuch über den gegenwärtigen Standpunkt der Theorien der Medizin, 1804

Scharfe Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit nicht möglich

Krankheit, Albrecht, 1907

Politisierung des Krankheitsbegriffs:



Funktionale Gesundheit



Möglichst kompetente Teilhabe an möglichst normalisierten Lebensbereichen in einem möglichst gesunden Körper

WHO 2002

Palliative Care



Ansatz zur Verbesserung der **Lebensqualität** von Patienten und deren Familien angesichts lebensbedrohlicher Krankheit durch Prävention und Linderung von Leid mittels früher Diagnose sowie sorgfältiger Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen

WHO 2002

Überwachung und/oder Behandlung von Patienten mit gefährdeten bzw. gestörten Vitalfunktionen

Opderbecke und Weißbauer (1985) Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen, Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie

Unauflösbarer Widerspruch?

Palliative Care

bzw.

Lebensqualität



Intensivmedizin

bzw.

Überleben

Rahmenbedingungen



- I. Zunehmende Zahl chronisch kritisch-kranker Menschen mit dauerhafter Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien

DIGAB (2015)

- II. Rapide Ausweitung der Bettenkapazitäten der Intensivmedizin

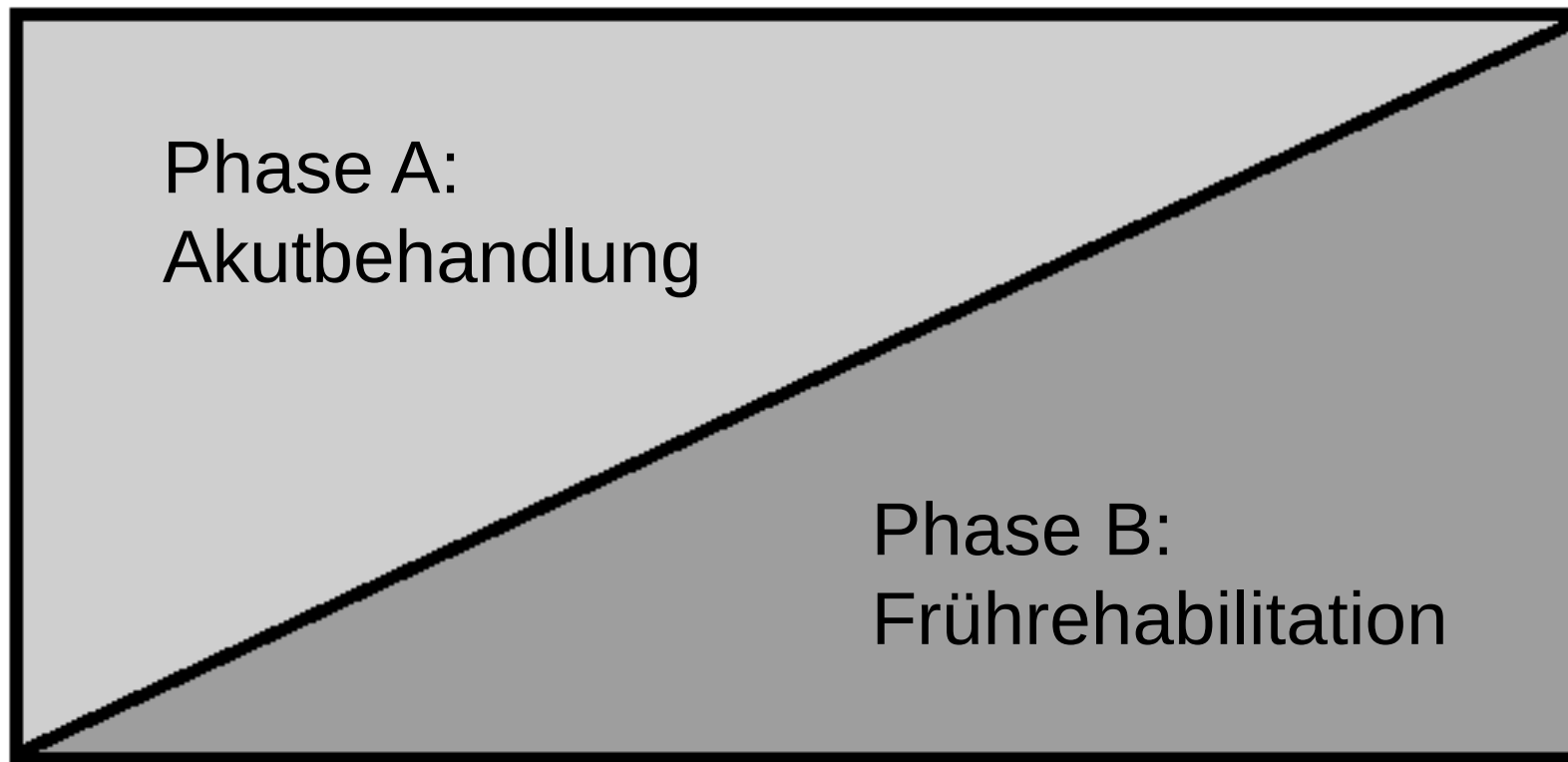
Thattil et al. (2012) Intensive care capacities in Germany: provision and usage between 1991 and 2009

- III. Langsamer zeitlicher Verlauf neurologischer Erkrankungen

Groß (2017) Neurologie. In: Keller, Außerklinische Intensivpflege

=> Zunehmende Bedeutung der palliativen Behandlung intensivpflichtiger Patienten

Akutbehandlung und Frührehabilitation: Ein fließender Übergang



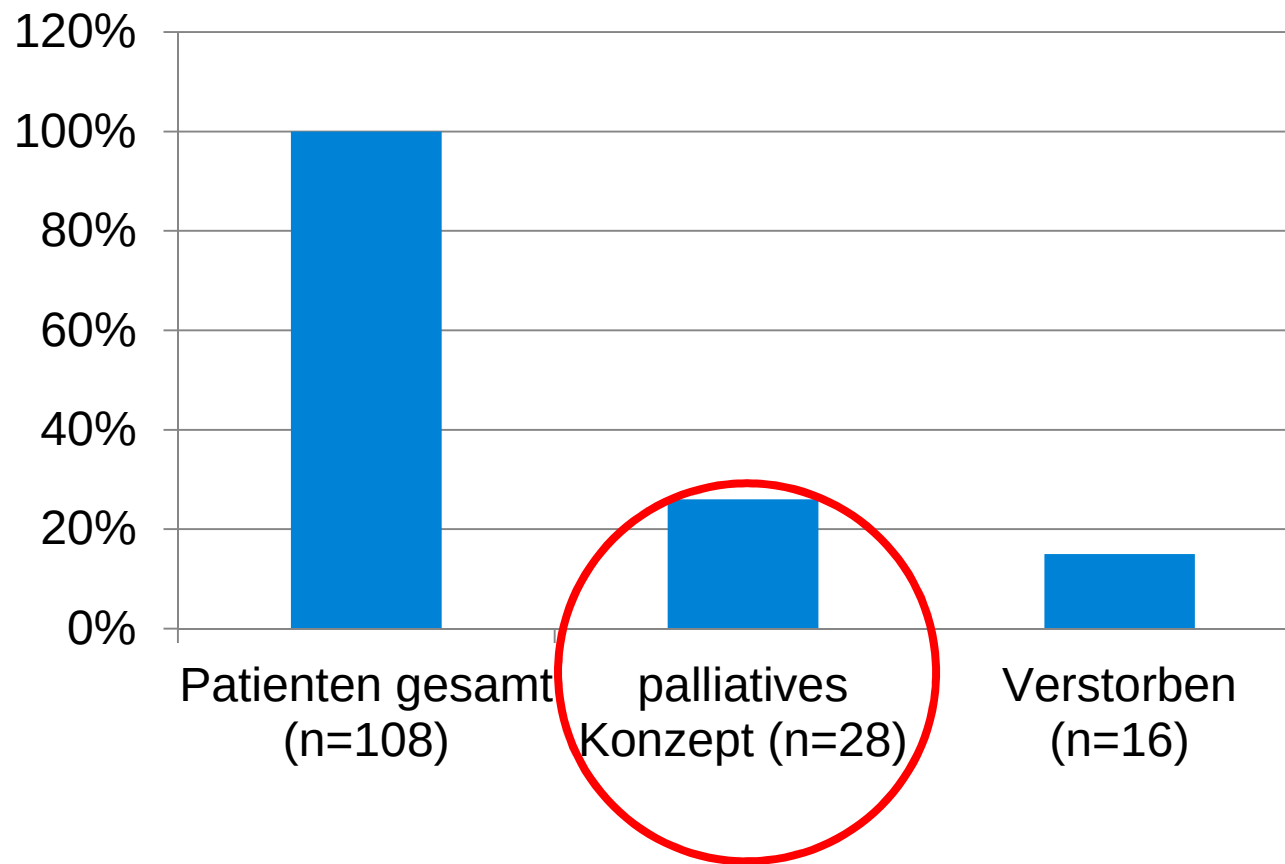
Verschiebung der Schwerstkrankenversorgung und der palliativen Intensivmedizin in die Neurologische Frührehabilitation (Beatmung, Kunstherz, Nierenersatzverfahren..)

Groß (2016) Bitte entschuldigen Sie die Wiederholung des Dias vom MAIK 2016.

Neuropalliative Care bei Intensivpatienten

Verzicht auf Maximaltherapie

Patienten Juni 2015 bis Mai 2016



Groß (2016) Bitte entschuldigen Sie noch einmal die Wiederholung eines Dias vom MAIK 2016.

Rechtlicher Hintergrund



ärztlicher Heileingriff = Körperverletzung

gleiche juristische Bewertung diagnostischer und therapeutischer Eingriffe

Wahrung von Selbstbestimmungsrecht, Autonomie und Entscheidungsfreiheit des Patienten

Patientenrechtegesetz 2013

Aufklärung immer durch einen Arzt,
aber medizinische Auffassung des Arztes
nachrangig



Der Patientenwille



- I. geäußerter Wille bei einwilligungsfähigem Patienten uneingeschränkt bindend
- II. Patientenverfügung, bindend, kein Betreuer erforderlich
- III. bei nichteinwilligungsfähigen Patienten:
 - Erklärung des gesetzlichen Vertreters maßgeblich
 - Beachtung des Willens und der Wünsche des Patienten für diesen verpflichtend
 - falls nicht bekannt: entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille)
- IV. im Notfall oder im Zweifel indizierte medizinische Behandlung einleiten (Grundsatz: im Zweifel fürs Leben)

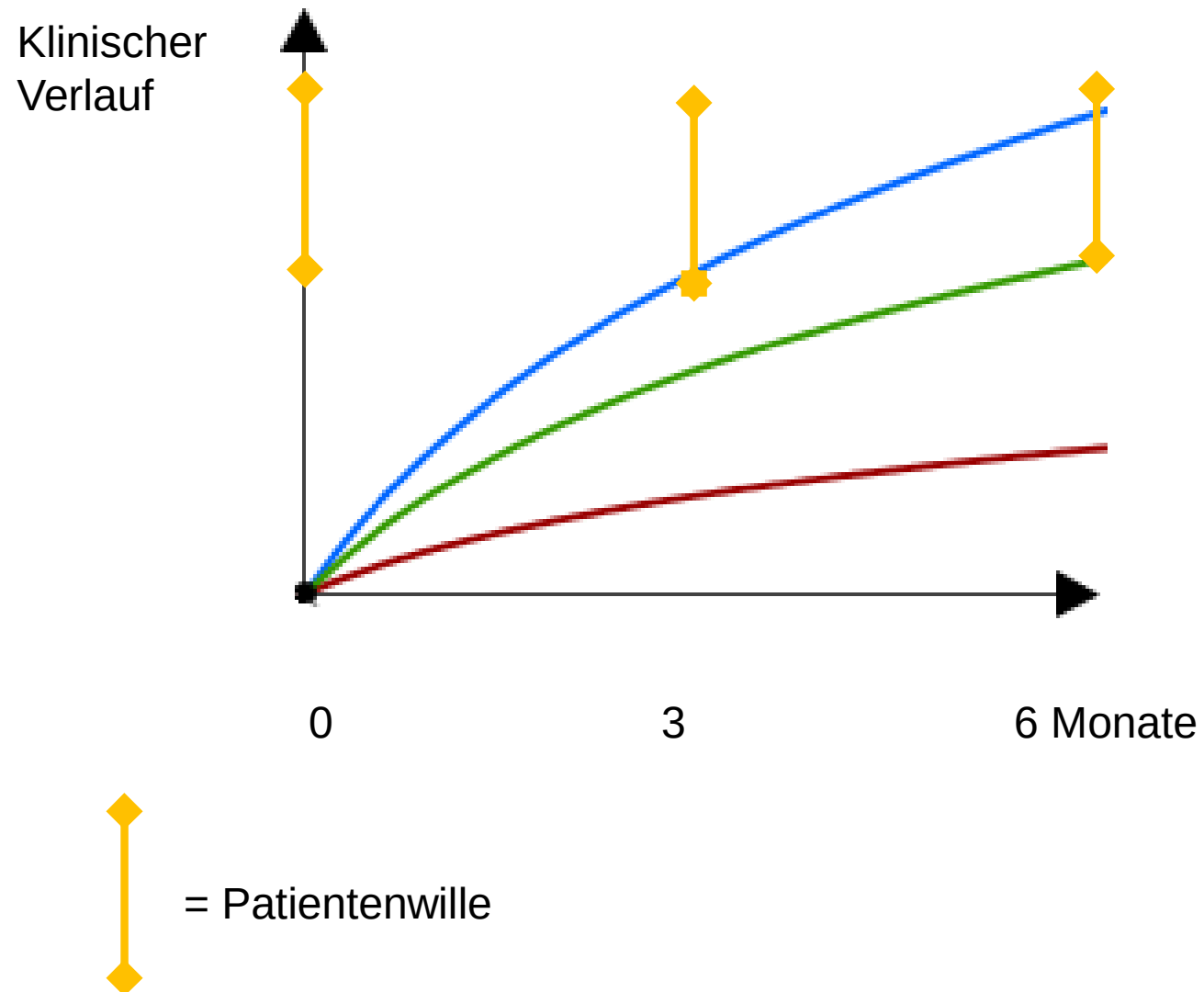
Prognose und Therapieindikation



Keine lebensverlängernden Maßnahmen bei sterbenden Patienten und, wenn bei infauster Prognose nur Leiden verlängert wird

100% Prognosesicherheit jedoch selten

Prognose und Patientenwille



Strukturierte Prognosegespräche

Frühestmöglich und verlaufsbegleitend



Prognosegespräch

Erstgespräch ☐ Folgegespräch ☐

Teilnehmer	Beziehung zum Patienten, Funktion, Berufsgruppe

Dauer: Minuten

Erwartungen der gesetzlichen Vertreter / Angehörigen

Vollmacht: Ja ☐ Nein ☐ Betreuung: Ja ☐ Nein ☐ Beantragt ☐

Betreuungsverfügung: Ja ☐ Nein ☐ Patientenverfügung: Ja ☐ Nein ☐

Mutmaßlicher Wille

Allgemein	
Pflegebedarf	
Kommunikation	
Bewusstseinszustand	
Mobilität	

Prognose

Neurologisch	
Intensivmedizinisch	

Palliativer Therapieansatz angesprochen Ja ☐ Nein ☐

Vereinbarungen/Therapieziele/ToDo's

Konsens vorhanden bezüglich der Behandlungsstrategie:

Innerhalb des Behandlungsteams Ja ☐ Nein ☐

Zwischen Arzt/Ärzten und gesetzlichem Vertreter/gesetzlichen Vertretern Ja ☐ Nein ☐

Kommentar/Erläuterung:

Folgegespräch wann?

Empathie



Fähigkeit und Bereitschaft, Empfindungen, Gedanken, Emotionen, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen

Therapiebegrenzung

Transparent und verbindlich

Oldenburg,

Therapierestriktionen

Therapiestufe

- ☐ A: Intensivmedizinische Maximaltherapie

Gilt ohne explizite Anordnung für alle Intensivpatienten, insbesondere - Gilt ohne explizite Anordnung für alle Intensivpatienten, insbesondere für neu aufgenommene Patienten innerhalb der ersten 24 Stunden, ausgenommen bei nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Verletzungen (z.B. Dekapitation)

- ☐ B: Organerhaltende Therapie

Entspricht A, jedoch ohne Ausdehnung auf Massivtransfusion, ECMO, ECLA und CVVH

- ☐ C: Begrenzte Intensivtherapie

Fortführung der Intensivtherapie (maximal) auf dem Stand am Tag der Festlegung dieser Behandlungsstufe. Sind Maßnahmen medizinisch nicht mehr notwendig (z.B. Antibiotikatherapie, CVVH, Beatmung, Katecholamine, etc.), werden diese dauerhaft beendet bzw. auf diesem Niveau eingefroren. Reduktion der Therapie ist möglich, eine (erneute) Eskalation nicht.

- ☐ D: Therapiebeendigung

Aktiver Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen und rein palliative Therapie (z.B. FiO₂ 0,21, keine Druckunterstützung/PEEP bei Beatmung (bzw. Extubation/Dekanülierung bei ausreichender Spontanatmung), keine Katecholamine, keine Antibiotikatherapie, Beendigung der CVVH, Beendigung parenteraler oder enteraler Ernährung, etc.). Falls möglich Verlegung auf die Palliativstation oder in eine andere gewünschte Umgebung.

Spezifische Therapierestriktionen:

- ☐ keine kardiopulmonale Reanimation
- ☐ keine Dialyse/Hämofiltration
- ☐ Extubation/Dekanülierung und keine Reintubation/Rekanülierung
- ☐ keine maschinelle Beatmung
- ☐ keine Behandlung auf der Intensivstation
- ☐ keine Katecholamine
- ☐ keine Antibiotika/Antimykotika
- ☐ keine nasogastrale Sonde
- ☐ keine enterale Ernährung
- ☐ keine enterale Flüssigkeitszufuhr
- ☐ Sonstige

Erläuterung:

Intensivmedizinische Therapiestufen



Therapiestufe

☐ A: Intensivmedizinische Maximaltherapie

Gilt ohne explizite Anordnung für alle Intensivpatienten, insbesondere – Gilt ohne explizite Anordnung für alle Intensivpatienten, insbesondere für neu aufgenommene Patienten innerhalb der ersten 24 Stunden, ausgenommen bei nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Verletzungen (z.B. Dekapitation)

☐ B: Organerhaltende Therapie

Entspricht A, jedoch ohne Ausdehnung auf Massivtransfusion, ECMO, ECLA und CVVH

☐ C: Begrenzte Intensivtherapie

Fortführung der Intensivtherapie (maximal) auf dem Stand am Tag der Festlegung dieser Behandlungsstufe. Sind Maßnahmen medizinisch nicht mehr notwendig (z.B. Antibiotikatherapie, CVVH, Beatmung, Katecholamine, etc.), werden diese dauerhaft beendet bzw. auf diesem Niveau eingefroren. Reduktion der Therapie ist möglich, eine (erneute) Eskalation nicht.

☐ D: Therapiebeendigung

Aktiver Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen und rein palliative Therapie (z.B. FiO₂ 0,21, keine Druckunterstützung/PEEP bei Beatmung (bzw. Extubation/Dekanülierung bei ausreichender Spontanatmung), keine Katecholamine, keine Antibiotikatherapie, Beendigung der CVVH, Beendigung parenteraler oder enteraler Ernährung, etc.). Falls möglich Verlegung auf die Palliativstation oder in eine andere gewünschte Umgebung.

Spannungsfelder in Bezug auf Palliative Care bei Intensivpatienten



Therapiebeschränkung versus Therapiebeendigung

Therapiebeschränkung von Ärzten und Angehörigen als weniger belastend empfunden, juristisch und ethisch jedoch kein Unterschied

Töten versus Sterben lassen

Beenden lebenserhaltender Therapien (Beatmung, Ernährung, Flüssigkeit, künstlicher Atemweg) in Einklang mit Patientenwillen => Sterben lassen

Intendierte versus lediglich vorhergesehene Therapiefolge

besondere Sorgfalt bei

- der Prüfung, ob der Patient wirklich medikamentöser Linderung bedarf
- der Dokumentation
- der Titration der Medikation
- der Prüfung der eigenen Motivation

Truog RD (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine

Ethikberatung

Strukturierte Fallbesprechung



Indiziert in komplexen klinisch-ethischen Entscheidungssituationen

Unterstützende Entscheidungsfindung

Initiative durch alle Mitglieder des Behandlungsteams möglich

Juristisch nicht bindend für die behandelnden Ärzte, aber wichtige Hilfe im Sinne des Shared-decision-making

Organisatorische Umsetzung am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg



Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Interdisziplinäres Palliativzentrum

Station 34

20 Betten

Frührehabilitation
„Kunstherz“

Station 22

20 Betten

Beatmungszentrum
Frührehabilitation

Station 29

20 Betten

Neurologische
Intensivmedizin

Station 41

8 Betten

Palliative Care
Heimbeatmung

Ambulanzen

Palliative Care
Neuropalliative Care

Palliativdienst

Patienten
im EV

Intensivmedizin auf der Palliativstation



Intensivmedizin auf der Palliativstation



Umsetzung

- Hinweis auf entfallendes apparatives Monitoring
- Einstellung auf ein Heimbeatmungsgerät und Palliativverlegung

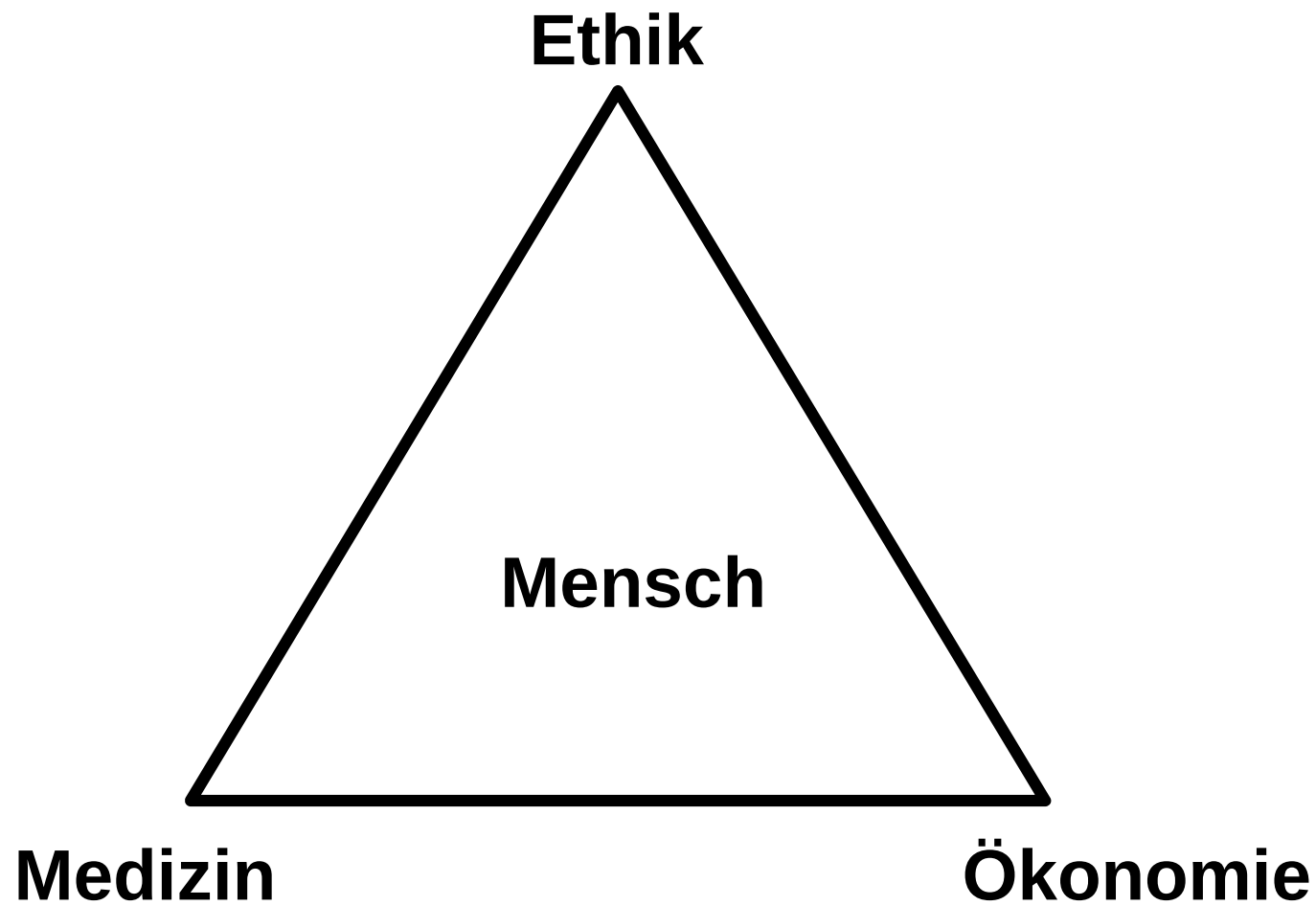
Vorteile für den Patienten

- weniger technisierte, leise und auf menschliche Zuwendung ausgerichtete Umgebung
- in der ethischen Entscheidungsfindung, der psychosozialen Begleitung in der letzten Lebensphase und der palliativen Medikation routiniertes Team

Vorteile für Personal und Krankenhaus

- Ausweitung der Kompetenzen des Teams der Palliativstation
- Intensivkapazitäten für kurativ behandelbare Patienten

Spannungsfeld und/oder Synergie?



nach: Sülberg (2014)

Menschenbild



Erkenntnis, dass chronisch kritisch-krank Menschen eine gute Lebensqualität und funktionale Gesundheit haben können

Respekt vor der Autonomie des Patienten und **Interesse** an seiner Persönlichkeit



Intensivmedizin und Palliativmedizin: kein Widerspruch, sondern notwendige Ergänzung

