

Intensivmedizin und Palliativmedizin: Grenzen und Gemeinsamkeiten

R. Likar

**Zentrum für interdisziplinäre
Schmerztherapie und Palliativmedizin
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
LKH Klagenfurt**

Definition 1 - WHO

- **Palliativmedizin** bedeutet aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten, die an einer fortschreitenden Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung leiden. Hierbei besitzt die Beherrschung von Krankheitsbeschwerden und die psychologische, soziale und auch seelsorgerische Betreuung höchste Priorität.

Definition - WHO 2002

- **Palliativmedizin ist auch ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität vom Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden, körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.**

Definition Intensivmedizin

- **Unter intensivmedizinischer Versorgung versteht man die Überwachung und/oder Behandlung von Patienten mit gefährdeten bzw. gestörten Vitalfunktionen.**
- **Die Intensivmedizin gliedert sich in die**
 - **Intensivüberwachung und**
 - **Intensivbehandlung.**

*H.W. Opderbecke, W. Weißbauer; EntschlieBungen - Empfehlungen –
Vereinbarungen, Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie;
Anästh. Intensivmed. 26 (1985) 331*

Definition Intensivmedizin

„Intensivüberwachung“ ist bei Patienten erforderlich, deren Vitalfunktionen gefährdet sind und die daher einer intensiven Überwachung bedürfen.

„Intensivbehandlung“ ist bei Patienten notwendig, deren Vitalfunktionen gestört sind und künstlich aufrecht erhalten werden müssen.

Definition Intensivmedizin

- **Intensivmedizinisches Handeln findet zu einem großen Teil in Grenzsituationen statt, in denen die Möglichkeiten des medizinisch „Machbaren“ dem tatsächlichen Nutzen für einen Patienten gegenüber gestellt werden müssen.**
- **Es besteht Einverständnis darüber, dass es Aufgabe und Ziel der Intensivmedizin ist, Leben zu erhalten und nicht Sterben zu verlängern.**

Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und Beendigung an der Intensivstation, Wien Klin. Wochenschrift 2004, 116/21-22: 763-767

Definition Intensivmedizin

- **Darüber hinaus stellt sich aber aufgrund intensivmedizinischer Fortschritte und auch der Entwicklungen in anderen medizinischen Bereichen die Frage, ob es in einer konkreten, aussichtslos gewordenen Situation gerechtfertigt ist, eine Behandlung zu begrenzen oder zu beenden?**

Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und Beendigung an der Intensivstation, Wien Klin. Wochenschrift 2004, 116/21-22: 763-767

Definition Intensivmedizin

- **Intensivmedizinische Entscheidungen müssen den ethischen Grundprinzipien des Respekts vor der Autonomie und Würde des Patienten, des Handels zum Wohle des Patienten, der vorrangigen Vermeidung einer Schädigung sowie der Gerechtigkeit im Umgang mit den verfügbaren Mitteln folgen.**
- **Dabei handelt es sich um zutiefst ärztliche Entscheidungen, die in verantwortlicher Weise getroffen werden müssen und nicht delegiert werden können.**

Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und Beendigung an der Intensivstation, Wien Klin. Wochenschrift 2004, 116/21-22: 763-767

Definition Intensivmedizin

- **Die Anerkennung der Begrenztheit menschliches Lebens und damit auch der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen ist unabdingbar Bestandteil einer am Menschen orientierten Intensivmedizin.**

Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs, Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und Beendigung an der Intensivstation, Wien Klin. Wochenschrift 2004, 116/21-22: 763-767

Intensivmedizin/Palliativmedizin

➤ **Therapieverzicht (primärer)**

Dies bedeutet, dass ein Patient aufgrund seiner aussichtslosen Prognose nicht an die Intensivstation aufgenommen wird.

➤ **Therapiebegrenzung (sekundärer Therapieverzicht)**

Dies bedeutet, dass

- **ein bestimmtes Ausmaß organsupportiver Maßnahmen nicht überschritten werden soll,**
- **eine Therapiesteigerung nicht durchgeführt werden soll,**
- **keine zusätzlichen Maßnahmen ergriffen werden sollen.**

**Do-not-escalate (DNE), Do-not-attempt-resuscitation (DNAR),
Do-not-resuscitate (DNR)**

➤ **Therapiereduktion**

**Dies bedeutet, dass bereits
begonnene intensivmedizinische und
andere therapeutische Maßnahmen
reduziert und/oder zurückgenommen
werden.**

*Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs,
Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und Beendigung an der
Intensivstation, Wien Klin. Wochenschrift 2004, 116/21-22: 763-767*

➤ **Therapiebeendigungen (Therapieabbruch)**

- **Dies bedeutet, die uneingeschränkte Beendigung jener intensivmedizinischen Maßnahmen, die im Hinblick auf einen konkreten Krankheitsverlauf aussichtslos sind.**
- **Dies betrifft jedenfalls die Verfahren Beatmung, Katecholamin- und Vasopressorentherapie, extrakorporaler Organersatz.**
- **Der dabei angewandte Grundsatz einen irreversiblen Sterbeprozess nicht zu verlängern steht im Einklang mit der im Arztegesetz normierten ärztlichen Berufspflicht.
Das Wohl des Kranken zu wahren.**

➤ Ergebnis

- **39 %** der befragten Ärzte gaben an, dass der DNR-Vermerk immer schriftlich aufgezeichnet werde.
- Die Entscheidung zum DNR-Vermerk wird laut **63 %** der Intensivmediziner von Oberärzten getroffen.
- **29 %** antworteten, dass das Pflegepersonal und **6 %**, dass die Familie niemals in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werde.
- Die Familie wird laut **29 %** der Befragten immer von dieser Maßnahme informiert.
- **20 %** beurteilten die Qualität der Durchführung des DNR-Vermerks an ihrer Station mit „sehr gut“, **6 %** mit „sehr schlecht“.

➔ Kommunikationsdefizit

Fries D at al, Problematik des Do Not Resuscitate (DNR)-Vermerks an Intensivmedizinischen Stationen: Eine Evaluierung des Ist-Zustandes an den Intensivmedizinischen Abteilungen der Universitätskliniken Innsbruck; Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 111/4, 1999

➤ Ziel der Studie

- **Standpunkte der Kollegen, unterschiedliche Vorgangsweisen aus der intensivmedizinischen Praxis zu evaluieren**
- **64 % der Befragten gaben an, größere Vorbehalte gegenüber einem Therapieabbruch als einen Therapieverzicht zu haben.**
- **Im Rahmen der Entscheidungsfindung wurde die mögliche Reversibilität einer Erkrankung für wichtiger erachtet als der Wille des Patienten.**
- **Hämodialyse und Antibiotikatherapie waren die ersten Maßnahmen, welche die Kollegen enthalten würde. Die Respiratortherapie wurde diesbezüglich als letztes genannt.**
- **63 % der Kollegen befürworteten eine Beibehaltung der laufenden Analgosedierung.**

Therapieabbruch

Zurücknahme der Beatmung

Indikatoren:

- **Annahme der Ärzte über den Patientenwillen hinsichtlich Unterstützung der Vitalorgane**
- **Annahme der Ärzte bezüglich der Möglichkeit des Überlebens auf der Intensivstation**
- **Annahme der Ärzte über den zukünftigen kognitiven Status der Patienten**
- **Verwendung von Inotropika oder Vasopressoren**

Deborah Cook et al, Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. N Engl J Med 2003;349:1123-32

Therapieabbruch

Ursachen für eine Zunahme von Do-not Resuscitate Anordnungen

Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation

Reflektierende schrittweise Annäherung bezüglich Limitation der Unterstützung lebenswichtiger Organe

Schlechter werdende Prognose der Patienten

Deborah Cook et al, Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. N Engl J Med 2003;349:1123-32

➤ **Patientenwürde und Schmerzfreiheit bei Therapierückzug**

- **Auf jeder Ebene des Therapierückzuges muss die Würde des Patienten und seine Freiheit von Angst, Schmerz und Atemnot im Vordergrund stehen.**
- **Der Einsatz von Opiaten ist in den meisten dieser Situationen unverzichtbar um dem Patienten im Sterben medizinisch beizustehen.**
- **Die Rücknahme der Beatmung und Extubation bei einem terminalen Patienten ist denkbar, solange sichergestellt ist, dass der Patient keine Atemnot leiden oder bewusst erleben wird.**
- **Prinzipien der Palliativmedizin**

➤ **Betreuung und Pflege des Sterbenden**

- **Auch nach einem Therapierückzug muss eine umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung des Patienten aufrecht erhalten werden.**
- **Dazu gehört die Obsorge hinsichtlich, Angst, Schmerz Atemnot, Aufrechterhaltung der gesamten Grundpflege sowie abgestuften Behandlungspflege**
- **Die Bereitstellung eines Einzelzimmers oder einer abgeschirmten Bettenposition sollte angestrebt werden und das bettseitige Monitoring (Alarmer am Bett) abgeschaltet werden.**
- **In Einzelsituationen ist für das Abschiednehmen oder auch die Anreise der Angehörigen die kurzfristige Aufrechterhaltung von intensivmedizinischen Maßnahmen bei sterbenden Patienten zu rechtfertigen.**

➤ **Schlussfolgerung**

Ziel sollte es sein, dem sterbenden Patienten den größtmöglichen Komfort bei möglichst geringem therapeutischen Aufwand zu gewährleisten.

Schobersberger W. et al, Durchführung therapielimitierender Maßnahmen an Intensivmedizinischen Stationen: Therapieabbruch, Therapiereduktion und Therapieverzicht an den Intensivmedizinischen Abteilungen der Universitätskliniken Innsbruck; Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 111/ 19, 1999

➤ **Patientenwille – Patientenverfügung**

- **Patientenautonomie stellt eines der höchsten ethischen Grundprinzipien in der Medizin dar.**
- **Eine Patientenverfügung müsste sich, nach vorangegangener umfassender und detaillierter Aufklärung über einzelne intensivmedizinische Maßnahmen, auf eine konkrete Situation beziehen, um bindend zu sein.**
- **Patientenwille soll in Entscheidungsprozess einfließen.**
- **Bei Erkrankungen mit absehbarem Verlauf muss eine sorgsame ärztliche Aufklärung dem Patienten die Chance ermöglichen, rechtzeitig eine Willensentscheidung zu äußern.**

M. Strätling, P. Schmucker; Entscheidungen am Lebensende in der Intensivmedizin; Anästh. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzth 2005; 40:423-442

Barta H et al (2004), Die Patientenverfügung in Europa, Wien Klin. Wochenschrift 116 / 13:442-457

- **Der „mutmaßliche Patientenwille“ ist wesentlich schwieriger festzustellen und könnte beispielsweise durch frühere Erklärungen des Patienten gegenüber seinen Angehörigen zum Ausdruck gebracht worden sein.**

➤ **Kriterien für Notwendigkeit der Patientenverfügung**

- **Einwilligungsunfähigkeit**
- **terminale Erkrankung**

➤ **Information über Patientenverfügung**

- **Pragmatisch muss gesehen werden, dass in der klinischen Praxis nur bei 2 % der Patienten eine Patientenverfügung benötigt wird.**

Dexter PR, Wolinsky FD, Gramelspacher GP, Eckert GJ, Eckert GJ, Tierney WM. Opportunities for advance directives to influence acute medical care. J. Clin Ethics 2003; 14: 173 - 182

➤ **Gründe für Verzicht**

- **Befürchtungen der Ärzte, Patienten mit dem Thema Patientenverfügung emotional zu überfordern**
- **Zeitmangel**

Reilly BM, Magnussen CR, Ross J, Ash J, Papa L, Wagner M. Can we talk? Inpatient discussions about advance directives in a community hospital. Arch Intern Med 1994; 154: 2299-2308

➤ **Gespräche über Vorsorge finden sehr spät statt.**

Burchardi N, Rauprich O, Vollmann J. Patientenbestimmung und Patientenverfügung aus der Sicht von Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS). Eine qualitativ-empirische Studie. Ethik Med 2004; 16:7 - 21

➤ **Stellung des Intensivpflegeteams und Palliativpflegeteams**

- **Pflegepersonen sind durch ihren intensiven und ununterbrochenen Kontakt mit dem Patienten und seinem Leiden sehr sensibilisiert für die Frage nach der Sinnhaftigkeit medizinischen Handelns.**
- **Interdisziplinäre Kommunikation im Palliativteam und Intensivteam ist von entscheidender Bedeutung.**
- **Entscheidungen sind zuletzt vom verantwortlichen Arzt zu fällen.**
- **Entscheidungen sollen aber auch vom gesamten Team mitgetragen werden.**

➤ **Seelsorger**

- **Das Hinzuziehen von Seelsorgern oder deren Vertreter sollte auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten bzw. von Angehörigen erfolgen.**
- **Wichtige Rolle in der Kommunikation und Bewältigung der Situation mit den Angehörigen des Patienten.**
- **Ehrenamtliche Mitarbeiter, HOSPIZ (Mitarbeiter)**

➤ **Stellung der Angehörigen**

- **Nach österreichischem Recht kommt den Angehörigen eines Patienten keine Rechtsstellung im Hinblick auf zutreffende Behandlungsentscheidungen zu.**
- **Das soziale Umfeld des Patienten soll in den Entscheidungsprozess involviert werden.**
- **Verantwortung für Entscheidungen nicht in unzulässiger Weise an die Angehörigen delegieren.**

Barta H et al (2004), Die Patientenverfügung in Europa, Wien Klin. Wochenschrift 116 / 13:442-457

Palliativ - Intensiv

➤ **Rolle des Arztes in der Kommunikation**

- **Aufklärung**
- **Patientengespräch**
- **Angehörigengespräch**
- **Kommunikation im multidisziplinärem Team**
- **Nonverbale Kommunikation**

➤ **Gesprächsführung**

- **Selbstbestimmungsrecht des Patienten wahren**
- **Wahrheit**
- **niemals eine unwahre Information geben**
- **Ängste ansprechen**
 - **Die schlimme Angst ist die unangesprochene Angst bezüglich Therapie (Sedoanalgesie), bezüglich Beatmung, Tubus usw.**
 - **Angst des Nicht-Verstehenwerdens (Tubus, Trachealkanüle)**

Bevölkerungsprognose: alte Menschen in Kärnten 2003 bis 2030

	Gesamt	≥ 75	%≥ 75	75-79	% 75 -79	80-84	% 80- 84	≥ 85	%≥ 85
2003	558.351	44269,0 0	7,93	21102,0 0	3,78	13655,0 0	2,45	9513,00	1,70
2004	557.783	45490,0 0	8,16	21188,0 0	3,80	15042,0 0	2,70	9261,00	1,66
2010	553.675	49465,0 0	8,93	19806,0 0	3,58	16261,0 0	2,94	13398,0 0	2,42
2015	548.844	52422,0 0	9,55	21113,0 0	3,85	15379,0 0	2,80	15931,0 0	2,90
2020	542.464	58775,0 0	10,83	25378,0 0	4,68	16788,0 0	3,09	16609,0 0	3,06
2025	535.188	63170,0 0	11,80	24648,0 0	4,61	20287,0 0	3,79	18236,0 0	3,41
2030	526.797	69069,0 0	13,11	27041,0 0	5,13	20119,0 0	3,82	21909,0 0	4,16

Quelle: ÖROK/Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2004 bis zum Jahr 2030

Lebenserwartung in Kärnten

	Männer	Frauen
2002	75,5 Jahre	82,7 Jahre
2050	83 Jahre	88 Jahre

➤ **Geriatrische Patienten an der Intensivstation**

- **23 % aller in einem Krankenhaus und 31 % aller an einer Intensivstation aufgenommen Patienten waren 75 Jahre oder älter**
- **50 % der Todesfälle mit Intensivtherapie betrafen geriatrische Patienten**

A. Knopp, Geriatrische Patienten in der Intensivstation, epidemiologische Analyse des Leistungsaufkommens an geriatrischen Patienten in den KABEG Krankenanstalten Kärntens

- **Therapeutischer Aufwand** ist größer, insbesondere die Altersklasse bis 80. Lj.
- **Indikationsstellung zur ausgewählten Intensivleistung vom Alter beeinflusst**
- **Mortalität stieg in den älteren Patienten Gruppen, betrug in der älteren Patientenkohorte 35 %**

A. Knopp, Geriatrische Patienten in der Intensivstation, epidemiologische Analyse des Leistungsaufkommens an geriatrischen Patienten in den KABEG Krankenanstalten Kärntens

Wiederaufnahme bei akuter respiratorischer Insuffizienz

Lokale Infektion im Bereich des OP-Gebietes

→ **Entfernung und Reimplantation des Materials**

Schwierige Mobilisation

→ **Decubitus sacralis (Versuch der plastischen
Deckung mit nur mäßigen Erfolg)**

Schwieriger Nahrungsaufbau

→ **PEG-Sonden-Implantation**

Verzögerte Entwöhnung von der Beatmung bei wiederholten Pneumonien und Atelektasen

→ **Tracheostomie, Weaning bis zur Einstellung auf
einen Heimrespirator**

➤ **Aufnahme an der Palliativstation von 10.03. – 25.03.2005**

- **Stabilisierung des Allgemeinzustandes**
- **Anleitung der zukünftigen Pflegeperson**
- **Organisation der Heimkrankenhilfe und der Antidecubitusmatratze**
- **Organisation des Service für den Heimrespirator und der Sauerstofflieferung**
- **Einleiten der Betreuung durch das mobile Palliativteam**

U.H., weibl., 21 Jahre

Diagnose

- **Patientin leidet seit 1 ½ Jahren unter Mb. Hodgkin mit multipler Metastasierung Typ III b**
- **Z.n. mehrfacher Chemotherapie**

Zu Hause Sturz, Subduralhämatom mit anschließend cerebralen Krampfanfall, war 2 Tage auf der Intensivstation, nach Weaningphase extubiert. Patientin in massiv reduzierten Allgemeinzustand. Patientin ist ansprechbar. Für die Patientin wurde ein Palliativ-Konsiliarteam angefordert.

Patientin, weibl., 21 Jahre

Diagnose

- **Mb. Hodgkin Stadium III B**
- **Pneumonie beidseits**

**Übernahme auf der Palliativstation,
verstirbt am gleichen Tag.**

Schwerstes Kommunikationsdefizit

Übergang Intensivstation – Palliativstation

➤ **Ethik und Autonomie**

- **das Recht des Patienten Selbstentscheidungen zu treffen.**

➤ **Intensivmedizin**

- **Patient wird nach den Regeln der Schulmedizin und allgemeinethischen Normen behandelt.**

➤ **Intensivmedizin und Palliativmedizin**

- **Keine Behandlung gegen den Wunsch des Patienten.**

Die Zukunft Intensivmedizin wird in der Hand von Ärztinnen und Ärzten liegen, die befähigt und bereit sind zu rationalen, ideologiefreien, evidenzbasierten, auch riskanten Entscheidungen, befähigt und bereit zur Durchsetzung aggressiver Diagnostik und Therapie, die aber gleichzeitig Willens und in der Lage sind, die humanen und ärztlich-ethischen Aspekte in die Entscheidung einzubeziehen, Ärztinnen und Ärzte also, die auf Grundlage dieser Kriterien die Entscheidung einer Therapiebegrenzung ebenso richtig zu treffen vermögen wie die Entscheidung zur Durchführung einer maximalen Intensivtherapie, zum Wohle ihrer Patienten.

HP Schuster; Wiener Klin. Wochenschrift 2003; Intensivmedizin: Von der Fiktion der Allmacht zur Neuen Bescheidenheit

Intensivmedizin und Palliativmedizin

- **Wichtige Schnittstellen**
- **Unterschiedliche Aufnahmekriterien
/Entlassungskriterien
kurativ-palliativ**
- **Apparative Medizin – menschliche Zuwendung
Unterschiedliche Gewichtung**
- **Therapieentscheidungen/ethische
Entscheidungen
verschiedener Zeitverlauf**
- **Kommunikation
Patienten,Ärzte,Pflege,Angehörigen -
Teambesprechungen**

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Bei Fragen zu dieser
Präsentation wenden Sie
sich bitte per e-mail an
tamara.kreuter@kabeg.at