

Das Lebensende

in der Intensivmedizin

4. Alterstraumatologie Kongress Zürich

22. und 23. März 2018

Dr. med. Franziska Meier, FA Intensivmedizin

Das Lebensende

nicht nur ...



... sondern auch..



Das Lebensende

...vielleicht aber auch ...



... und ...



Wo stirbt es sich angenehmer?

- in der Intensivmedizin?

- in der Palliativmedizin?

- die Mehrheit der Ärzte und der Bevölkerung geht davon aus, dass die Palliativmedizin für die Betreuung am Lebensende kompetenter ist
- 15-30% der Todesfälle im Spital ereignen sich auf der Intensivstation
- bei Befragungen gibt die Mehrheit an, nicht auf einer Intensivstation sterben zu wollen



was sind die Gründe?



was fehlt der Intensivmedizin, was die Palliativmedizin kann?

Das Lebensende

«Wer an die Grenzen geht, muss diese auch erkennen und akzeptieren!»

- Sterben und Tod werden oft verdrängt und dank moderner Medizin als «vermeidbar» betrachtet
- keine einheitliche Definition der letzten Lebensphase, Dauer Minuten bis Wochen/Monate
- «Lebensende» : bei Auftreten von Veränderungen, die erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder Wochen zum Tode führen.
- Ein guter Tod wird mit respekt- und würdevoller Betreuung verbunden mit ausreichender Linderung belastender Symptome wie Schmerzen und Atemnot verstanden



«Fachexperten»

Generation

Familie, Angehörige

Lebensalter

Soziales Umfeld

Subjektive Gesundheit

Spiritualität

Lebensqualität

Lebensende – Tod

..... Ereignis mit 100% Auftretenswahrscheinlichkeit bei jedem Patienten

Religion

Lebensziele, Lebenssinn

Weltbild

Leidenstoleranz

Finanzielle Situation

Unterstützung-Angebote

Psyche

Autonomie-Bedürfnis



Intensivmedizin & Palliativmedizin

viele Gemeinsamkeiten – individuelle Stärken

Intensivmedizin

- Umfasst Diagnostik und Therapie **lebensbedrohlicher** Zustände und Krankheiten
- Ziel ist die Wiederherstellung der völligen **Gesundheit** oder
- Das (Wieder-)Erreichen eines **stabilen** und möglichst autonomen Zustandes des Patienten
- Lebensverlängernde Massnahmen verfolgen keinen Selbstzweck
- Auch terminale Erkrankungen können zur (vorübergehenden) Behandlung auf einer Intensivstation führen, wenn die akute Verschlechterung eine mutmasslich **behandelbare Ursache** hat
- Der Zustand kritisch kranker Patienten kann sich **akut** und schnell ändern – zum Guten wie zum Schlechten

Palliativmedizin

- Versucht bei Patienten mit einer **lebensbedrohlichen** und/oder **chronisch progredienter** Erkrankung den **Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen** und die **Lebensqualität zu verbessern**
- **Prophylaxe und Behandlung von Schmerzen und Beschwerden** aller Art (körperlich, psychosozial, spirituell)
- Unterstützung für eine möglichst **aktive Lebensgestaltung** bis zum Tod
- Ist auch in einem frühen Krankheitsstadium und **in Kombination** mit anderen Therapien sinnvoll und vorteilhaft
- Bejaht das Leben und akzeptiert dessen Endlichkeit
- Versteht den Tod als Bestandteil des Lebens und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess
- Beabsichtigt, weder den Tod zu beschleunigen, noch ihn hinauszuzögern

Palliativmedizin II

- Existiert im Grundsatz seit Anbeginn medizinischer Behandlungen
 - ✓ **«Leidenslinderung», «Verbesserung der Lebensqualität»** als Grundgedanken jeder Medizin
- Historisch meist erzwungen aufgrund fehlender kurativer Möglichkeiten
- Erst mit zunehmender Hochleistungsmedizin Entwicklung zur eigenständigen Disziplin

Intensivmedizin + Palliativmedizin : Gemeinsamkeiten

- **Grenzsituationen** des Lebens mit **hoher Hilfsbedürftigkeit** von Patient und Angehörigen
- meist viele belastende **Symptome** und hoher **Leidensdruck** mit erheblicher Einschränkung von Lebensqualität und Wohlbefinden
- Hohe emotionale **Belastung** von Patient und Angehörigen
- Hoher **Gesprächs- und Informationsbedarf** bei Patient und Angehörigen
- Notwendigkeit der **interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit** zur Abdeckung der verschiedenen Bedürfnisse
- oft **akute Zustandsänderungen** mit konsekutiv notwendiger Anpassung des Therapiezieles
- Situationen erfordern Auseinandersetzung mit Leben, Sterben und Tod
- Eine humane Intensivmedizin braucht Palliativmedizin, da palliative Elemente wie Leidenslinderung und Zuwendung auch bei kurativen Therapiezielen immer dazugehören!



Palliative Intensivmedizin

➡ «Palliative» Aspekte als allgemeingültige Regeln der Medizin!

- Positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes
- Verbesserung der Lebensqualität
- Unterstützung für aktive Lebensgestaltung
- Bejahung des Lebens und Akzeptanz des Todes
- Individuell abgestimmte, optimale Behandlung von Symptomen und Beschwerden
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlungsteams
- Regelmässige Gespräche

Fazit

Verbesserung der intensivmedizinischen Behandlungsqualität

– auch am Lebensende –

durch Einbezug palliativer Aspekte

Vorgehen am Lebensende

- **(Primärer) Therapieverzicht**
- **Therapiebegrenzung** im Verlauf (sekundärer Therapieverzicht)
- «Therapieabbruch» -> besser: **Therapiereduktion oder Therapierückzug**
 - Reduktion/Stopp von Beatmung, Herzkreislaufunterstützung, Organersatz, Medikamenten
- auch bei einem Therapierückzug muss eine umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung des Patienten weitergeführt werden!
- im Einzelfall kann auch bei sterbenden Patienten die kurzfristige Aufrechterhaltung intensivmedizinischer Behandlung gerechtfertigt und sinnvoll sein (Beispiel: Warten auf Angehörige)
- Ziel: grösstmöglicher Komfort für den Patienten bei vernünftigem therapeutischen Aufwand

- Therapie-Verzicht und – Rückzug sind gesetzlich gleichwertig
- 64% der Ärzte haben grössere Vorbehalte gegenüber einem Therapierückzug als bei primärem Therapieverzicht
- Mögliche Reversibilität einer Erkrankung/Störung oft stärker gewichtet als der Patientenwille

- Kann das Lebensende beschleunigen, kann aber auch ein **Weiterleben verbessern!**
- Palliativmedizin in der Intensivmedizin kann die IPS-Aufenthaltsdauer um 60% und die gesamte Hospitalisationszeit um 43% reduzieren, ohne Erhöhung der Mortalität => **Gewinn an Lebensqualität!**

(Boschert S et al, Oncology Practice 2014)

Mögliche Situationen beim Lebensende

- Medizinisch klare Situation , therapeutisch nicht (oder nur unwesentlich) beeinflussbarer Verlauf
 - Beispiel: schwerstes Schädel Hirn Trauma mit progredienter Einklemmung und resultierendem Hirntod
 - Procedere: durch Situation vorgegeben, i.a. kein Handlungsspielraum

- Medizinisch eindeutige Situation, zeitlich variabler Verlauf
 - Beispiel: therapierefraktäre septisch bedingte Kreislaufinstabilität mit progredientem Multiorganversagen
 - Procedere: Therapierückzug zeitlich mit Angehörigen besprechen und planen

- Medizinisch klare Situation, zeitlich und therapeutisch variabler Verlauf
 - Beispiel: Lungenfibrose mit rezidivierender respiratorischer Dekompensation
 - Procedere: Therapieplan bei nächster Dekompensation (Re-ITN ja/nein) mit Patient und Angehörigen besprechen

Mögliche Situationen beim Lebensende

➤ Medizinisch offene Situation, zeitlich variabler Verlauf

- Beispiel: anhaltender Todeswille bei multimorbidem, geriatrischen Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom
- Procedere: Ausschluss behandelbarer Depression, Unterstützung durch Palliativmedizin, allenfalls begleiteter Suizid

➤ Medizinisch offene Situation, zeitlich offener Verlauf

- Beispiel: therapierefraktäre depressive Erkrankung mit anhaltender Suizidalität/Todeswunsch
- Procedere: Therapie-Optimierung, danach erneute Besprechung des Patientenwillens, evtl. Ethikkommission

➤ Kein medizinischer Grund, unklarer Verlauf, eindeutiger Patientenwille

- Beispiel: anhaltender Todeswunsch bei gesundem, geriatrischen Patienten
- Procedere: Angebot des begleiteten Suizides

➡ Gefahr der Unter- oder Ungleichversorgung älterer Patienten

- Älteren droht auch bei identischen Krankheits- und Prognosekriterien eine schlechtere Behandlung!

-> Hochbetagte erhalten für die gleiche Erkrankung fast immer die kostengünstigere Behandlung als jüngere Patienten

Brockmann et al: Why is less money spent on health care for elderly than for the rest of population? Health care rationing in German hospitals. 2002

- Frauen noch stärker von alters-assoziierter Ungleichbehandlung betroffen als Männer

- 50% der Ärzte sind sich bewusst, dass hohes Alter Therapiewahl und damit Prognose negativ beeinflusst

Hurst SA et al: Physicians' view on resource availability and equity in four European health care systems. 2007

- im Alter erfolgt oft keine leitliniengerechte Behandlung

Schoenenberger AW et al: Age-related differences in the use of guideline-recommended medical and interventional therapies for acute coronary syndromes: a cohort study. 2008

-> nur 15% der älteren Patienten mit IPS-Indikation werden schlussendlich auf die Intensivstation aufgenommen!

Garrouste M et al: Selection of intensive-care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. 2009

-



Mögliche Situationen beim Lebensende

- Unbewusste und/oder unkritische Rationalisierung und Therapieverzicht bei geriatrischen Patienten und
Entscheid zur «Komforttherapie»

Beispiel: Verzicht auf Antibiotika, Kreislaufunterstützung etc.

Palliative Intensivmedizin

Grundsätze für die End of life Care in der (Intensiv-)Medizin: oftmals wenig sinnvoll und daher zu vermeiden

Antibiotika

-> wenn der Körper an der Entzündung versagt, nützen auch Antibiotika wenig

Chemotherapeutika

-> Verschlechterung der Lebensqualität durch NW, aber oft kein therapeutischer Vorteil

Künstliche Ernährung

-> der Patient isst nicht (mehr), weil er am Sterben ist, nicht umgekehrt!

Reanimation

-> Herz-Kreislauf-Stillstand bei chronischer Erkrankung als Ausdruck von Krankheits-Progression oder (neuer) Komplikation

-> Reanimation kann das zugrundeliegende Problem nicht lösen

Rezidivierende Hospitalisationen bei fortgeschrittenen chronischen Erkrankung wie COPD, Herzinsuffizienz

-> bei > 3 Hospitalisation in den letzten 3 Monaten

-> ambulant vor stationär (Lebensqualität!)