

Intensivmedizin und Palliativmedizin Ein Spannungsfeld ?



Dr. Randolf Forkert
Innere Medizin, Hämatologie/intern. Onkologie/ Intensivmedizin
Johanniter-Krankenhaus Bonn

DKG  **Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum**
KREBSGESELLSCHAFT

 CLINICAL CANCER CENTER
Onkologisches Zentrum
Bonn/Rhein-Sieg & Partner

**DIE
JOHANNITER.** 
Aus Liebe zum Leben

Welche Patienten sind auf einer Intensivstation (ITS) ?

- Patienten mit dem **Ausfall** eines lebenswichtigen Organs
- ... mit **lebensbedrohlicher Funktionsstörung** eines lebenswichtigen Organs
- ... mit **drohendem Ausfall** eines Organs

- Atemversagen
- Herzversagen
- Nierenversagen
- Leberversagen
- Schwerste Infektionen
- Lebensbedrohliche Blutungen
- Vergiftungen / Intoxikationen / Stoffwechselstörungen
- Funktionsstörung des zentralen Nervensystems

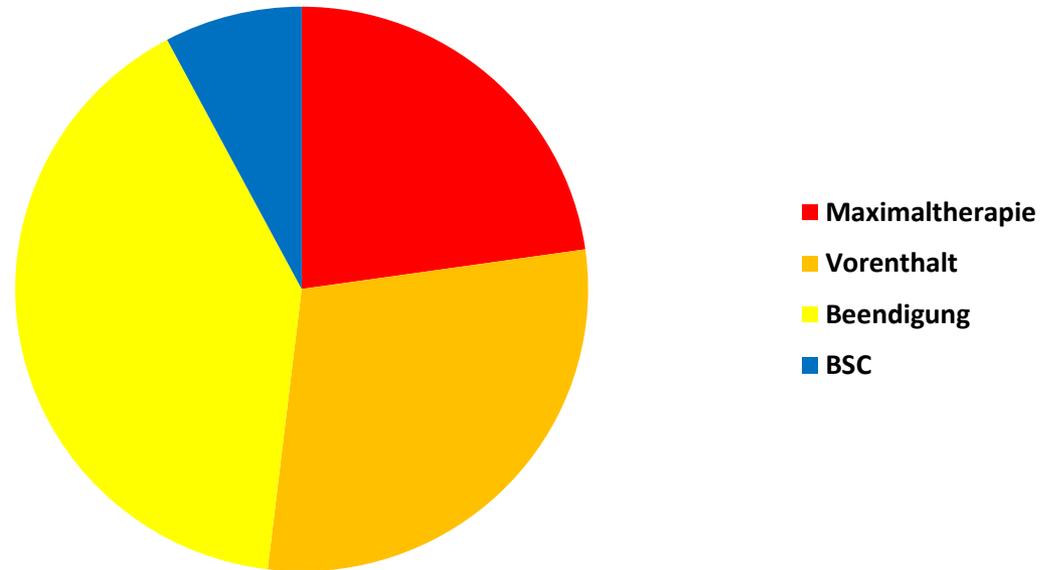
➤ Intensivpatient sind auf einer ITS, weil sie vital bedroht sind.
Somit sind Sterben und Tod zentrale Aspekte.

Clash of Cultures ?

| | Intensiv | Palliativ |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Grundziel | Leben erhalten ggf. mit Organersatzverfahren | Schwere Erkrankung und Sterben erträglich machen |
| Art der Behandlung | Maschinelle und invasive Verfahren, wo erforderlich und sinnvoll. | So wenig invasiv wie möglich. |
| Privatsphäre | So wenig wie möglich, da für minimal | So viel wie möglich |
| Stress | Hoch (so gering wie möglich): Gerätealarme, Überwachungs- und Infusionskabel, Beatmungshilfsmittel | So gering wie möglich |
| Schmerzen | So gering wie möglich | So gering wie möglich |
| Luftnot | So gering wie möglich | So gering wie möglich |
| Personalschlüssel | Hoch | Hoch |
| Zentrale Person | Der Patient | Der Patient |

End-of-Life-Policy bei den verstorbenen Patienten:

EoL-Policy Tod auf ITS



- 20 % der Patienten sterben auf der Intensivstation
- 23 % der auf ITS Verstorbenen: Maximaltherapie (inkl. Verstorben unter Reanimation)
- 77 % der auf ITS Verstorbenen erhalten ein palliatives Therapiekonzept mit Therapiebegrenzung, Maßnahmenbeendigung oder reine Best Supportive Care

Problem 1: Wer soll nicht auf die ITS ?

➤ **Sterbende Patienten**

- Meist erst kurz vor dem Tod als solche zu Erkennen !
- Einige müssen jedoch reanimiert werden!

➤ **Patienten, die eine Intensivtherapie ablehnen.**

- Ausnahme: z.B. mit dem Patienten vereinbarte Kurzmaßnahme

➤ **Patienten mit nicht behandelbarer Ursache der Beschwerden.**

- Z.B. Bewußtseinstrübung bei Patient mit nicht mehr behandelbaren Hirnmetastasen
- Z.B. niedriger Blutdruck bei Patienten mit terminalem Herzversagen

➤ **Patienten mit sehr schlechtem Ausgangszustand ohne Aussicht auf Besserung**

- Z.B. bettlägeriger Demenzpatient mit Sepsis

Beispiel 1: 80-jährige bettlägrige demente Frau

- **Einweisung auf die ITS durch den Notarzt wg. Somnolenz und Zucker**
 - Im Pflegeheim ist kein Patientenwunsch dokumentiert.
- **Das ITS-Team legt bei Aufnahme fest:**
 - Minimale Diagnostik (Labor, Ultraschall, Röntgen)
 - Kontakt mit Familie: Festlegung eines palliativ-supportiven Procederes
- **Diagnosen:**
 - Pyelonephritis
 - Entgleister Diabetes mit Exsikkose
 - Somnolenz durch o.g. und Psychopharmakaüberdosierung (4 Präparate!)
- **Rehydratation, Antibiose, Insulin, Karenz der Psychopharmaka**
 - Nach 10h: Freundlich zugewandte, bettlägrige Patientin
 - Verlegung auf die Normalstation
 - Vermerk: Keine Intensivtherapie gewünscht.



Beispiel 2: 78-jähriger Diplomat mit COPD

- **Bekanntes Endstadium der Erkrankung mit SAPV.**
 - Akute Luftnotattacke führt zur Notarztverständigung
- **Notarzt verbringt Patienten auf die Intensivstation:**
 - Patient hält rotes Schild mit Unterschrift:
 - Kontakt mit Ehefrau: Festlegung palliativ-supportives Procedere
- **Vorgehen:**
 - Morphin und inhalative Therapie sowie kurze Maskenbeatmung
 - Nach 2 Stunden kann der Patient mit etwas Sauerstoff stressfrei atmen
 - Das Ehepaar will nach Hause.
 - Wir koordinieren mit der ambulanten Versorgung
- **12h später ist der Patient wieder da (Normalstation)**
 - Versorgungsproblem bei Alkoholproblem der Ehefrau
 - Rücksprache mit prim. Notarzt

*Ich will nicht
ins Krankenhaus!
Unterschrift
x.1.2017*



Problem 2: Will der Patient Intensivtherapie ?

- **„Der Patient möchte noch alles.“**
 - Die Formulierung deutet in der Regel auf ein unzureichendes
- **Patienten, die als Notfall auf die ITS kommen, können oft kein**
Gespräch über Wünsche zur Therapiebegrenzung nicht sein.
 - Patientenverfügung
 - Angehörige
- **Mit dem Patienten können seine Ansichten und Wünsche besprochen**
werden.
 - Dem Patientenwunsch zuhören.
 - Erläutern der Erkrankung und der Prognose.
 - Erläutern der möglichen Therapieoptionen.
 - Den Patientenwunsch zweifelsfrei dokumentieren.



Ein Leitfaden für das vermiedene Gespräch:

Table 1. A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care

Step 1. Initiating discussion

> 50 % warten auf eine ärztliche Initiative !

- Establish a supportive relationship with patient and family.
- Appoint a surrogate decision maker.
- Elicit general thoughts about end-of-life preferences. Go beyond stock phrases with probing questions.

Step 2. Clarifying prognosis

Schaffung einer sachlichen Basis !

- Be direct, yet caring.
- Be truthful, but sustain spirit.
- Use simple everyday language.

Step 3. Identifying end-of-life goals

Wünsche, Ideale, Ziele des Patienten !

- Facilitate open discussion about desired medical care and remaining life goals.
- Recognize that as death nears, most patients share similar goals; maximizing time with family and friends, avoiding hospitalization and unnecessary procedures, maintaining functionality, and minimizing pain.

Step 4. Developing a treatment plan

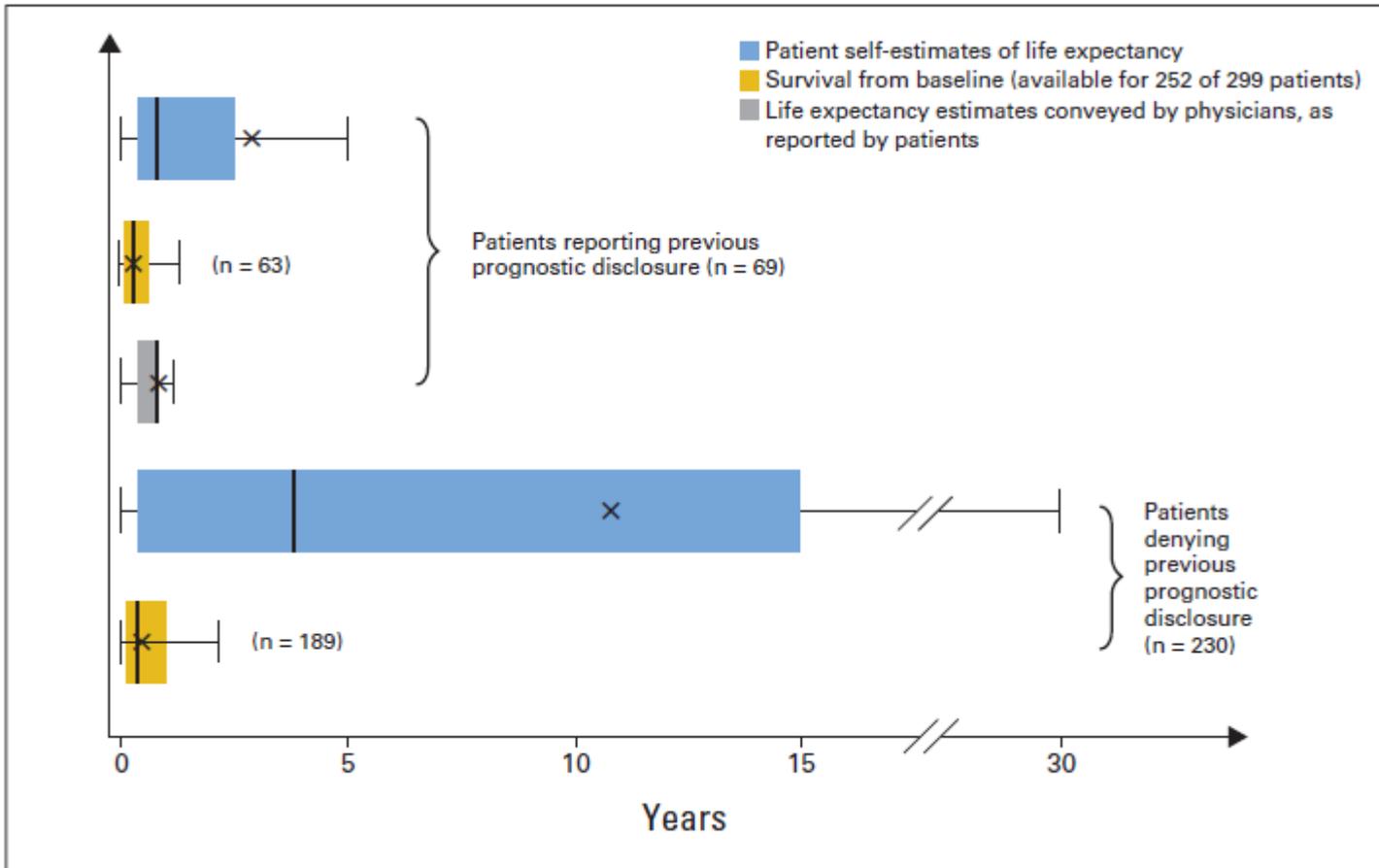
Patient an die Hand nehmen und begleiten !

- Provide guidance in understanding medical options.
- Make recommendations regarding appropriate treatment.
- Clarify resuscitation orders.
- Initiate timely palliative care, when appropriate.

**DIE
JOHANNITER.** 

Aus Liebe zum Leben

Problem 2b: Mythos Aufklärungsgespräch



Enzinger, JCO 2015

Problem 2b: Der Mythos Aufklärungsgespräch

- Der über eine schlechte Prognose aufgeklärte Tumorpatient entscheidet sich signifikant seltener zur Intensivtherapie.
- Das Wissen um eine schlechte Prognose und die Entscheidung gegen Intensivtherapie oder für Palliativmedizin verschlechtert nicht die Prognose.

Impact of Patients' Prognostic Awareness on Use of ICU or Palliative Care

Patients' prognostic awareness significantly affected their use of ICU versus palliative care ($P = .019$). Patients who were aware of their

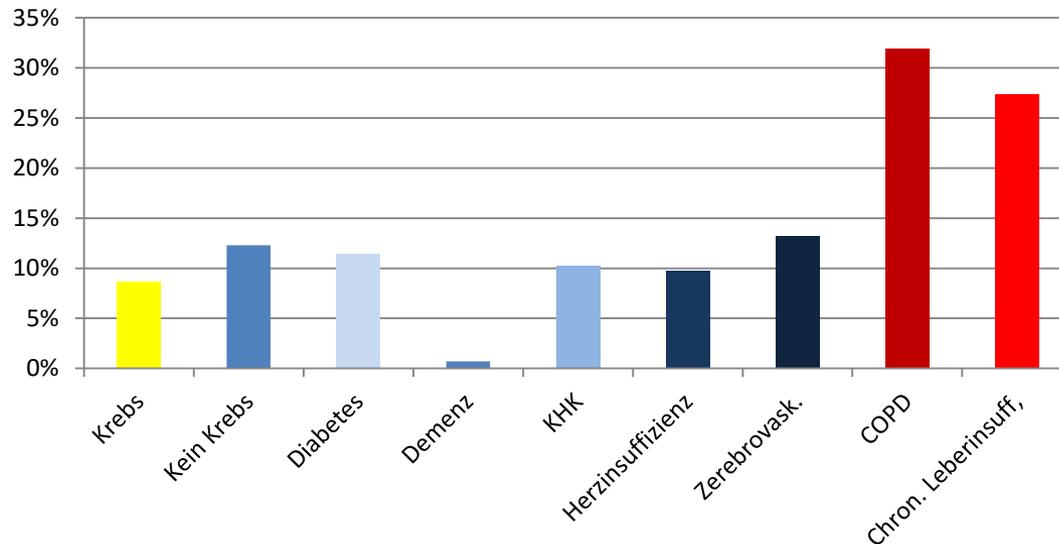
Thus, our findings can help dispel the myth that patients' awareness of terminal illness, use of palliative care, or nonuse of an ICU hastens a patient's death.¹⁹ It may even be possible to modify the

Wie sieht die Realität aus ?

➤ Nationale dänische Studie: 240.757 verstorbene Erwachsene

- Lyngaa et al., Critical Care 2015; 19:413
- 2005-2011: ITS-Behandlung in den letzten 6 Lebensmonaten
- Weniger Tumorkranke erhalten ITC als andere chronisch Kranke

% erfolgte ITC 6 Monate vor dem Tod (DK)



Das Expertenmodell für Patienten mit Krebs

| Tab. 1 Onkologische Konstellationen und intensivmedizinische Behandlungsstrategien | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Onkologische Konstellation | Strategie |
| „Full-code management“ | Kurativer Ansatz; neu diagnostizierte, therapienaive Malignome mit einer Lebenserwartung >1 Jahr; ggf. niedrigmaligne Lymphome | Zeitlich und interventionell nicht limitierte, umfassende Intensivtherapie, u. a. inklusive Organersatzverfahren |
| „ICU trial“ | Begrenzte Prognose; Patienten, die unter Therapie keine Komplettremission erreichen | Zeitlich limitierte, aber umfassende Versorgung; Reevaluation des Therapieziels nach 3–5 Tagen |
| „ICU palliative“ | Patienten mit infauster Prognose; umschriebene Komplikation, die sich durch eine definierte Intervention wahrscheinlich kontrollieren lässt, z. B. Tachyarrhythmia absoluta mit Wirkung auf Blutdruck, Spannungspneumothorax, schwerste, akute Schmerzen, Atemwegsverlegung | Zeitlich begrenzt, z. B. wenige Stunden; definierte Interventionen, z. B. Thoraxdrainage, Schmerztherapie, Absaugung, eventuell Kardioversion; keine Eskalation der Maßnahmen |
| „No ICU“ | Patienten mit systemischen Komplikationen, z. B. Sepsis, Tumorprogress, Hyperkalzämie bei infauster Prognose der Tumorerkrankung mit klaren, palliativen Vorstellungen des Patienten | Keine Intensivaufnahme |

ICU „Intensive care unit“.

Wie gut sind wir bei dieser Einordnung der Patienten ?

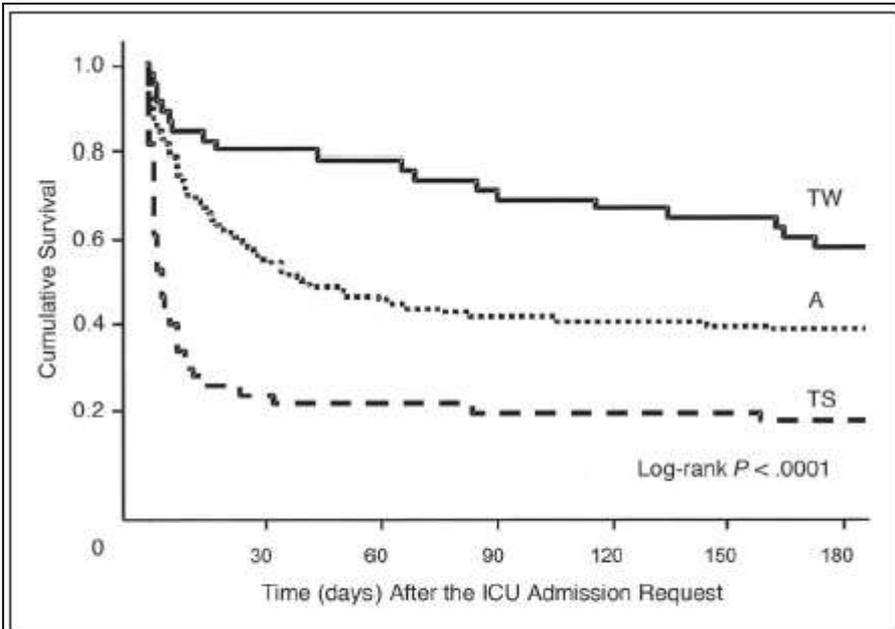
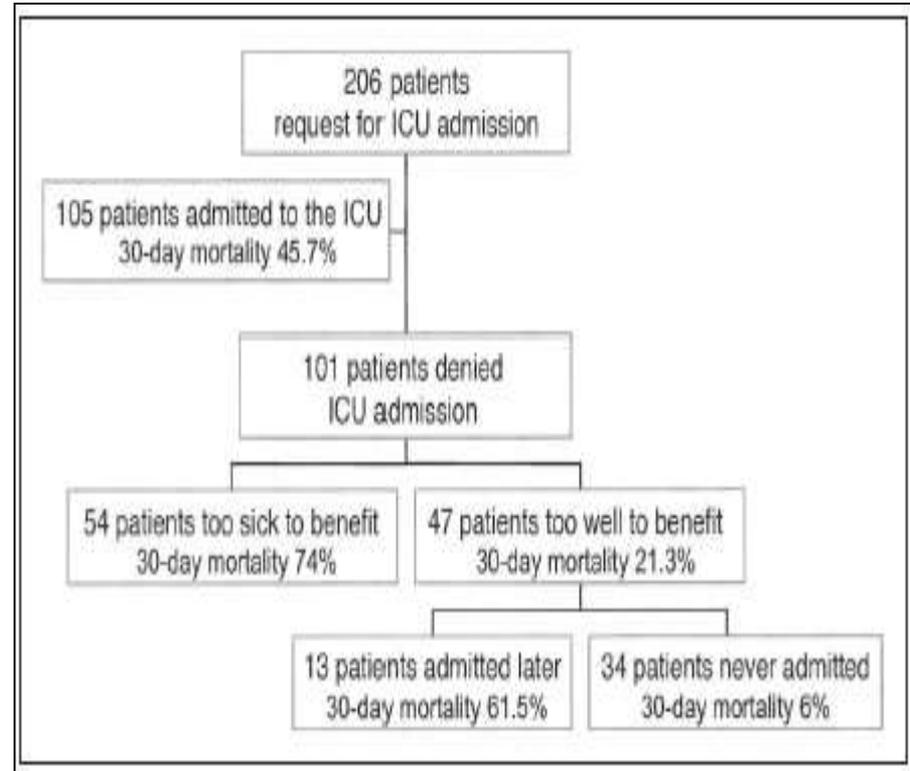


Fig 2. Survival in patients who were admitted (A; dotted line; n = 105), patients considered too sick to benefit (TS; dashed line; n = 54), and patients considered too well to benefit (TW; bolded line; n = 47). ICU, intensive care unit.



In this policy, the [3 day] trial should be offered to all patients for whom a benefit from ICU management cannot be convincingly ruled out.

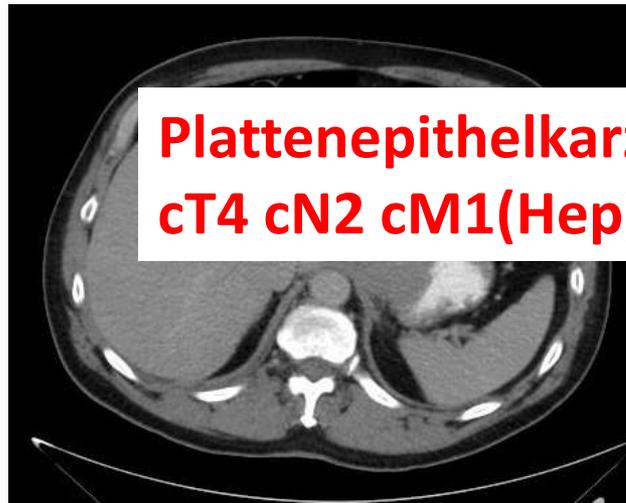
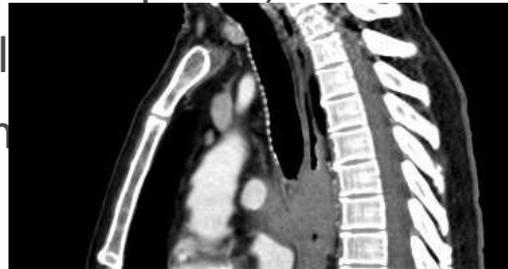
Fall 3: Ein Zufallsbefund

➤ Erstkontakt mit der Intensivstation: 08/14

- 52 Jahre alter Mann
- Seit einiger Zeit Oberbauchschmerzen
- Erstdiagnose einer Tachyarrhythmia absoluta

➤ Aufnahmediagnostik:

- Labor nicht wegweisend, kein Troponin, keine D-Dimererhöhung
- Echokardiographie unauffällig
- USA: großer Oberbauchtumor



**Plattenepithelkarzinom des Ösophagus
cT4 cN2 cM1(Hep)**



Fall 3: Die palliative Intensivaufnahme

➤ 8 Monate später: Progress unter 3 Therapielinien

- Notfallvorstellung Samstagmittag: Hämatemesis
- Pat. spuckt kontinuierlich kleine Mengen hellroten Blutes aus.
- Wünscht maximale Diagnostik, um eine Therapie zu finden.

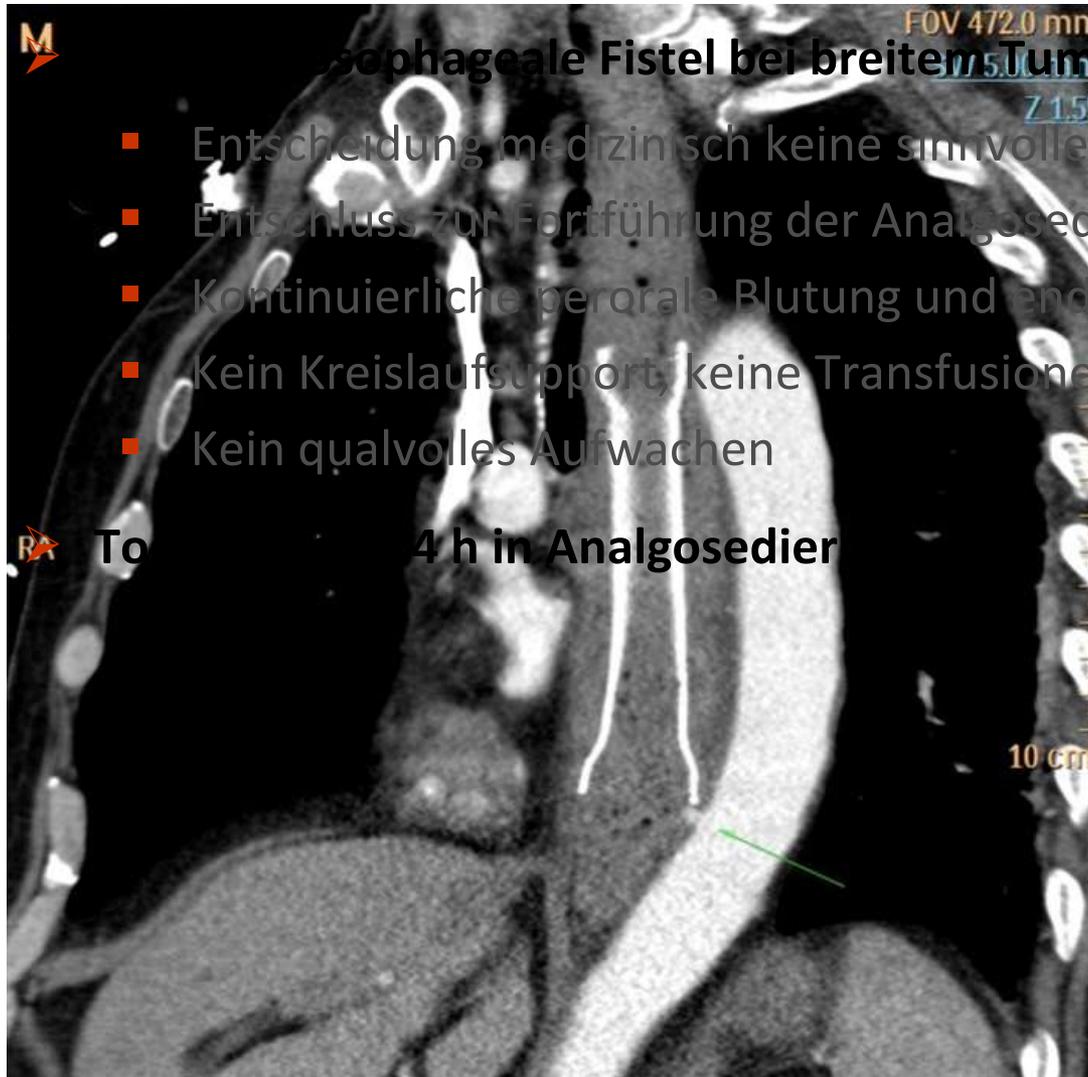
➤ Gastroskopie unter kontinuierlichem Blutfluss:

- Festes Koagel im mittleren Ösophagus

➤ Entschluß zur CT mit KM

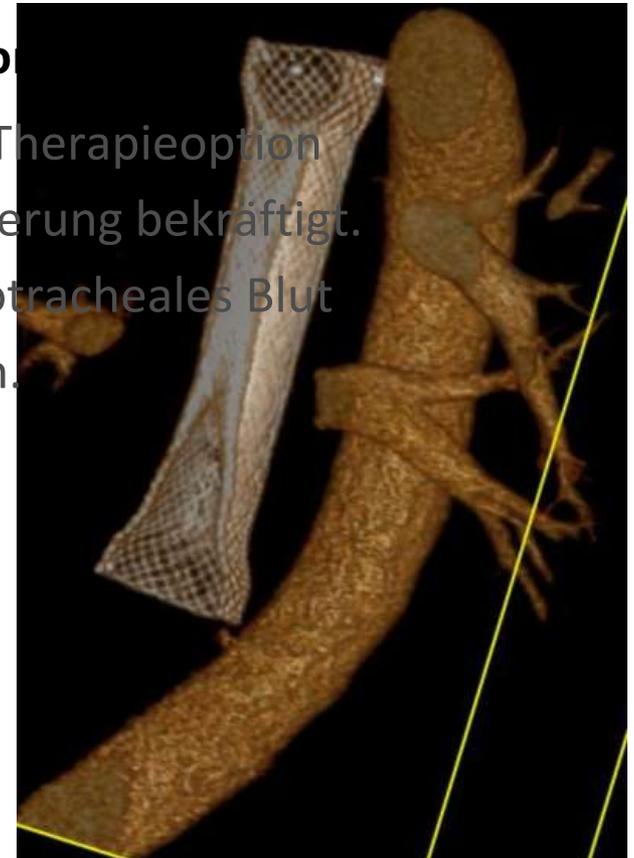
- Flachliegen und Ruhigliegen wegen Hämatemesis unmöglich.
- Aufklärung über Möglichkeiten und Konsequenzen
- Aufnahme auf die Intensivstation, Intubation
- Auch tracheal nach Block frisches Blut:
=> klinisch ösophagotracheale Fistel
- CT in Analgosedierung und Beatmung

Fall 3: Ein Extrem der Palliativtherapie



- Entscheidung medizinisch keine sinnvolle Therapieoption
- Entschluss zur Fortführung der Analgosedierung bekräftigt.
- Kontinuierliche perorale Blutung und endotracheales Blut
- Kein Kreislaufsupport, keine Transfusionen.
- Kein qualvolles Aufwachen

→ Tod 4 h in Analgosedierung



Die Voraussetzung für eine derartige Palliativtherapie:

- **Wille des Patienten befolgen.**
- **Konsens mit der gesamten Familie des Patienten.**
 - Jedoch trägt bei fehlender Patientenverfügung nicht die Familie die Entscheidungslast.
 - Das Therapeutenteam begleitet die Familie durch die Entscheidung.
- **Das gesamte Therapeutenteam muss das Konzept verstehen.**
 - Auch im Therapeutenteam muss Konsens bestehen.
 - Intensivpflegekräfte sind oft mit palliativen Therapiekonzepten wenig vertraut.
- **Es handelt sich um ein individualisiertes Therapiekonzept aus der Kategorie 3 „ICU palliative“.**

Fall 4: 59-jähriger Mann mit kleinzelligem Bronchialkarzinom

- **Ausgeprägte Luftnot durch Tumor, Pleuraergüsse und Pneumonie**
 - Staging inkomplett, histologische Diagnose gesichert
 - Pat. und Familie noch völlig überrannt
 - Pneumogene Sepsis mit akutem Nieren- und Lungenversagen
 - Stagingergebnis: Infiltration der großen Gefäße rechts zentral, drohende obere Einflußstauung

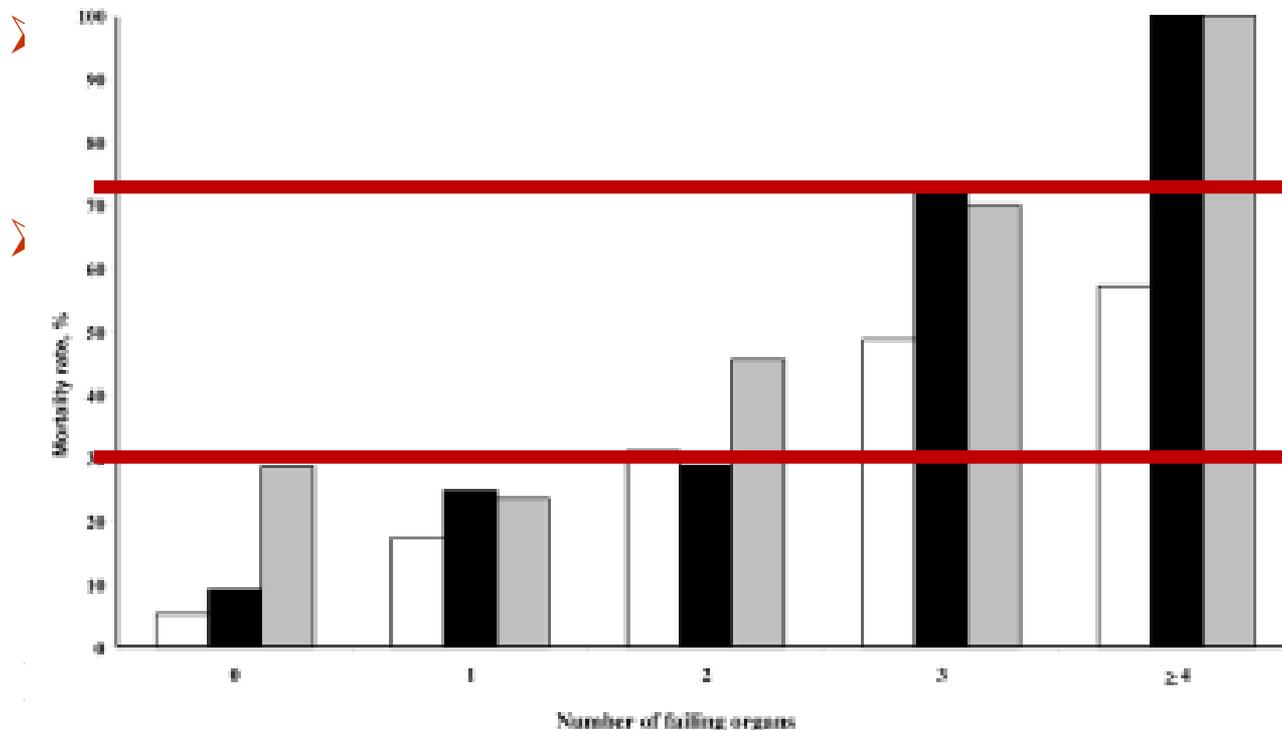
cT4 cNx cM1 (ple)



Aus Liebe zum Leben

Fall 4: Welchen Code für diesen Patienten ?

➤ Full code oder ICU trial 3-5 Tage?



ung über Verlauf:

gnose !

elektiv chir.)

TS.

Organ dysfunction. Maximum number of organ dysfunctions during the intensive care unit (ICU) stay (upper panel) and hospital mortality according to the number of organ dysfunctions (lower panel) in the three groups of patients. White bars = no cancer; gray bars = haematological cancer; black bars = solid tumours.

Fall 4: Beatmen? Wie Beatmen? Beatmung vorenthalten?

➤ Nichtinvasive Beatmung (BiPAP)

- Klassische Indikation: Hyperkapn. Lungenversagen, Lungenödem
- Zunehmender Einsatz auch bei hypoxischem ARF
- Früher Beginn besser als Verzögerung
- Eher nicht bei der Pneumonie außer bei zusätzlicher COPD
Intubationsrisiko mit NIV 21 % vs. 50 % (Confalonieri, 1999)
- Tumorpatienten mit ARF sterben zu 48 %, wenn NIV erforderlich
Nach NIV-Versagen 11-18 % OS (Hosp. Mortalität)
(Azoulay, Medicine 2004)



Fall 4: Vorgehen: Fast "Full Code"

➤ **Aufklärung über Erkrankung und akutes Geschehen**

- Familie noch völlig überfordert
- Patient wünscht lebenserhaltende Maßnahmen, da „noch nichts geregelt“, aber keine Reanimation.

➤ **Tumorthherapie**

- Vorphase mit Vincristin
- 1. Zyklus Carboplatin / Etoposid auf ITS

➤ **Therapie der Sepsis**

- Nach Surviving Sepsis Campaign Leitlinien
- Meropenem, Fosfomycin (eskaliert nach Piperacillin/Tazobactam)
- Nicht-invasive Beatmung
- Morphin gegen Luftnot

➤ **Nach 5 Tagen Verlegung in Onkologie**

Fall 4: Verlauf

- **Kurzfristige Verschlechterung mit neuer TAA und kardialer Dekompensation, neuem 1 cm Perikarderguss**
 - Nach Rücksprache mit Patient / Familie erneut mod. Full Code
 - Elektrische Kardioversion, Drainage großer Pleuraergüsse
 - Kardiale Rekompensation
 - Verlegung auf NST

- **8 Monate Erholung mit bester Lebensqualität**
 - Rezidiv mit Leber- und Hirnmetastase
 - Hospizbehandlung auf Patientenwunsch



Fall 5: Patient, 71 Jahre, rasche Therapiezieländerung

➤ Sonntagabendübernahme aus anderem Krankenhaus

- Lokal fortgeschrittenes Blasenkarzinom (Rezidiv)
- Aktuell: Radiochemotherapie
- Verständnis der Familie: Kurative Therapie

➤ Übernahmediagnose schwere Pneumonie

- Patient kommt ohne Unterlagen

➤ Bei Aufnahme schwerst kranker Patient

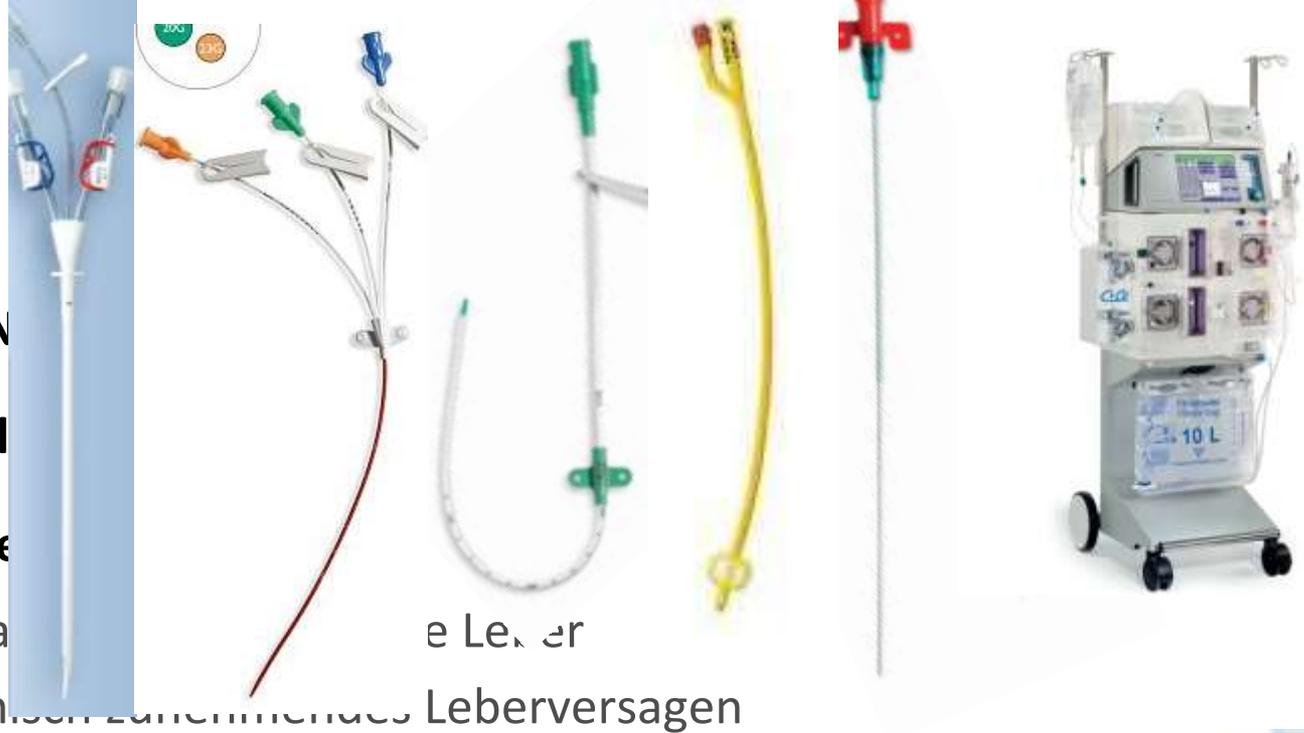
- Delirant mit klaren Phasen
- Respiratorisches Versagen
- Akutes anurisches Nierenversagen
- Gerinnungsstörung
- Zeichen des Zellzerfalls (hohe LDH)

Full Code Therapie

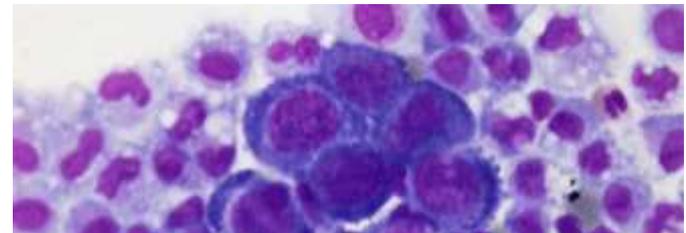


Fall 5: Tag 2

- Dialyse in der N
- Drainage der Pl
- Sonographische
 - Völlig meta
 - Laborchemisch zunehmendes Leberversagen
- Erstes Gespräch mit Familie über ausgedehnte Metastasen
 - Erste Beschränkung: keine Reanimation
 - Dialyse fortführen, ggf. Intubation (verzögert)
 - Intermittierende nicht-invasive Beatmung
- Computertomographie:
 - Metastasenleber, abd. Lymphknotenmetastasen
 - Lungenmetastasen und Pleurakarzinose bds



Fall 5: Ausgedehnt metastasiertes Blasenkarzinom



Fall 5: Tag 3: SIRS mit MOV durch die Tumorerkrankung

- Familie versteht Palliativsituation, erbittet Bedenkzeit über Nacht.
- Patient benötigt nun NIV dauerhaft, steigender Katecholaminbedarf
- Am Morgen Entscheidung zur BSC mit Familie (Schwiegertochter Hausärztin)
 - Problem: Hohe Katecholamindosis kann nicht leicht beendet werden
 - Ohne Maskenbeatmung starke Luftnot
- Verlegung in Einzelzimmer mit kontinuierlicher Familienanwesenheit
 - Beendigung der Dialyse
 - Morphinperfusor für Schmerzen und Luftnot
 - Zuordnung palliativ engagierter Pflegekräfte
 - Seelsorgerische Begleitung der Familie
 - Monitor auf „Privacy“
 - Patient verstirbt am Folgemorgen



Fazit: Palliativmedizin ist Teil und Ergänzung der Intensivmedizin

- **Wichtig ist die Vermeidung der Aufnahme auf die Intensivstation !**
 - Die Pflicht zur adäquaten Aufklärung liegt bei den Ärzten !
 - Zusammenspiel aus akuter und chronischer Erkrankung => Prognose.
 - Die Qualität der letzten Lebensphase ist auf ITS **schlechter**.
- **Nicht nur Krebs als lebenslimitierende Erkrankung wahrnehmen!**
- **Aufgrund des akuten Handlungsbedarfs bei Intensivpflichtigkeit:**
 - Mehr invasive Eingriffe
 - Rasche Eskalation der Invasivität, die dann zurückgefahren werden muss.
- **Palliativbetreuung auf ITS erfordert Schulung des Teams und Umdenken.**
 - Kein Therapieabbruch, sondern Therapiezieländerung
 - Konzept/ Grenzen individuell für jeden Patient planen
 - Ungewohnte Präsenz der Angehörigen.

Wir müssen noch mehr über unsere Patienten wissen !

➤ Arbeitsgruppen HO-Patienten in der Intensivmedizin

- DGHO und DGIIN, österreichische Schwestergesellschaften
- Teilnehmer: Uniklinika Köln, Dresden, Hannover, Wien, Hamburg, Klinikum Frankfurt/Oder, Johanniter-Krankenhaus
- Studie: iCHOP online zur Erfassung der Häufigkeit von HO-Patienten auf ITS, ihrer Erkrankungen und Prognose.

iCHOP
Intensive Care Medicine in
Hematologic and Oncologic Patients

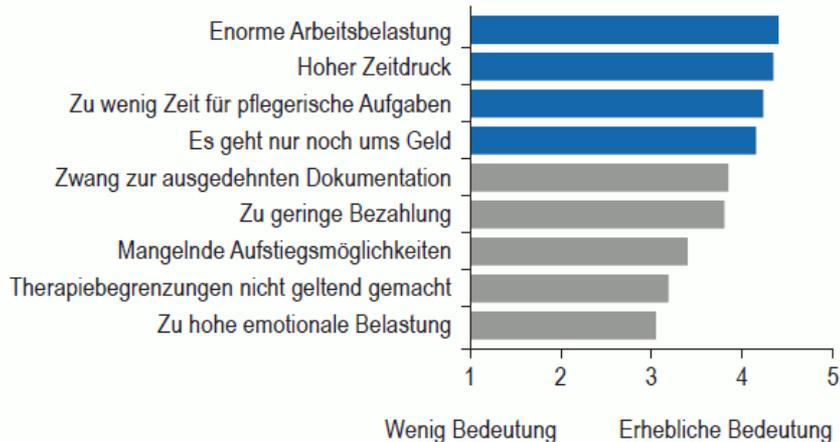
Vielen Dank ! Fragen bitte!



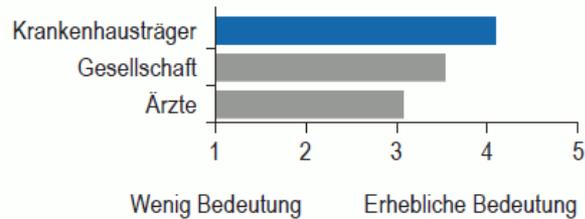
Intensivpflegende erkennen das Problem und sind belastet:

GRAFIK 3

a) Hauptgründe für die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen



b) Geringe Wertschätzung der Arbeit durch



GRAFIK 4

Lösungsmöglichkeiten der aktuellen Krisensituation

