

Palliativmedizin und Akutmedizin Wunsch und Wirklichkeit



10. Int. Sylter Palliativtage, Sylt 22. März 2022



Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin
Georg-August-Universität Göttingen

**MILDRED SCHEEL
AKADEMIE**



Potenzielle Interessenkonflikte

	Ja	Nein
Berater (Kommerzielle Vergütung oder Unterstützung des Autors in den letzten drei Jahren in Form von Beratungsverträgen, auch Mitgliedschaft in Gremien, Beiräten, Aufsichtsräten etc.)		X
Eigentümer (Eigentümerinteresse an Arzneimittel/Medizinprodukten z.B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz, etc.)		X
Investor (Finanzielles Interesse an Firmen, die eine beschriebene Ausrüstung, ein Verfahren oder Produkte liefern, z.B. Aktienbesitz, Anteilseigner etc.)		X
Mitarbeiter (Finanzielles Interesse bei der Produktvermarktung, z.B. Mitarbeiter des Produktherstellers)		X
Produkt (Finanzielles Interesse bei der Ausrüstung, dem beschriebenen Verfahren und/oder dem beschriebenen Produkt, z.B. Forschungsunterstützungen, Referentenhonorare, Reisekostenunterstützungen, Stipendien etc.)		X
Keine (Keine Interessenskonflikte; keine kommerzielle Unterstützung der vorgelegten Arbeit in irgendeiner Form)	X	

Wo sprechen wir eigentlich von Akut- / Notfall- / Rettungsmedizin ?



Zusatzbezeichnung klinische Notfall- und Akutmedizin mit dem Weiterbildungsziel:

„Erlangung der fachlichen Kompetenz in der klinischen Notfall- und Akutmedizin“ und ergänzt eine vorhandene Facharztkompetenz um „die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Notfall- und Akutpatienten im Krankenhaus.“

(WbO Ärztekammer Berlin 10. Nachtrag)

Wer braucht Akutmedizin?

Patienten in **außerklinischen Settings**
(zu Hause, in stationären Pflegeeinrichtungen,
unterwegs und nahezu überall),
wo Notarzt und Rettungsdienst aktiv werden

Patienten in der **Notaufnahme** von
Krankenhäusern

in krisenhaften Situationen



Krisenhafte Situationen in der Palliativmedizin



Bedingt durch körperliche Symptome:

Schmerzexacerbationen, Durchbruchschmerz, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, Schluckstörungen, Obstipation, Verwirrtheit, Agitation, Unruhe, Probleme mit Harnkathetern, akute Paralysis, Blutungen, Krampfanfälle und andere neurologische Symptome.

Nauck F, Alt-Epping B (2008) Crises in palliative care--a comprehensive approach. Lancet Oncol. 9:1086-1091

Krisenhafte Situationen in der Palliativmedizin



Bedingt durch psychosoziale Komponenten:

Angst, Panik, Überforderung der Angehörigen etc.

Wiese Ch (2016) Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst.
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 175-185

- Herausforderung für Behandler im Rettungsdienst oder der Notaufnahme ist, dass nicht immer einfach erkennbar ist, inwiefern es sich um einen Patienten in einer palliativen Situation handelt.

Palliativen Bedarf identifizieren

Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen

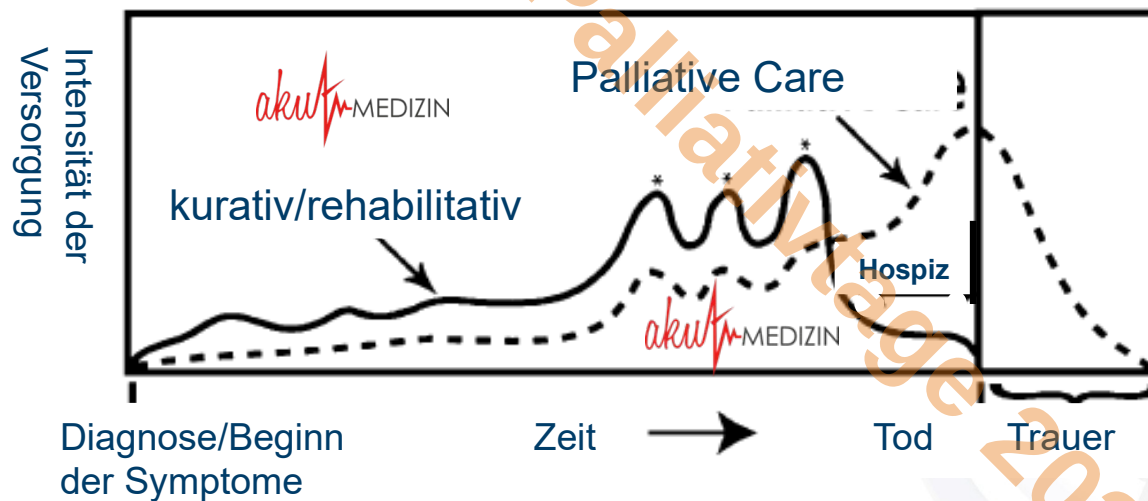
- haben aufgrund von hoher Symptombelastung, häufigeren tumorassoziierten Notfällen und Krisen einen höheren palliativmedizinischen Unterstützungsbedarf.
- Palliativmedizinische Behandlungsstrategien sind die Optimierung der Symptomlinderung, Planung des Therapieziels oder der Therapiezieländerung, der Krisenbewältigung sowie der psychosozialen Unterstützung von Patienten und Angehörigen.

Palliativen Bedarf identifizieren

Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen:

- Die Einschätzung der Prognose und Festlegung eines Therapieziels ist bei Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen herausfordernd.
- In der Akutmedizin handelt es sich überwiegend um ältere Patienten mit nicht-onkologischen, akuten oder chronisch-progredienten lebenslimitierenden Erkrankungen (u.a. Herzinsuffizienz, COPD, fortgeschrittene Niereninsuffizienz oder neurologische Erkrankungen).

Lebenslimitierende Erkrankung, frühzeitiges Erkennen, Vorbeugen, Lindern von Leid



Behandlung in der Sterbephase

Internist 2017 · 58:575–579
DOI 10.1007/s00108-017-0244-x
Online publiziert: 10. Mai 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Redaktion
U.R. Fölsch, Kiel
M. Hallek, Köln
G. Hasenfuß, Göttingen
E. Märker-Hermann, Wiesbaden
C.C. Sieber, Nürnberg

B. Alt-Epping

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

Klug entscheiden am Lebensende

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)



Tab. 2 Negativempfehlung aus der Palliativmedizin

	Thema	Empfehlung (kurz gefasst)
N1	Therapiebegrenzung in der Sterbephase	Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden

Unsicherheit bei der Therapieentscheidung

- „Infauste Prognose“ nicht zweifelsfrei zu bestimmen.
- Es gibt keine sicheren Zeichen für den bevorstehenden Tod, selbst wenige Tage vor Eintritt.
- „Infauste Prognose“ oder „im Sterben“ sind daher notwendigerweise subjektiv.
- Ein Sterben in Würde muss bereits geplant werden, wenn noch Überlebenschancen bestehen.
- Kombiniertes Vorgehen in der klinischen Praxis:
 - Behandeln und Kämpfen für das Überleben
 - Akzeptanz für das Sterben

Palliativmedizin und Akutmedizin Wunsch



Palliativ-Kompetenz in der Akutmedizin

- Qualifizierung in den Grundlagen der Palliativmedizin und Berücksichtigung der Bedürfnisse von vulnerablen Patientengruppen
- Optimierung der notfall- und palliativmedizinischen Zusammenarbeit
- Patientennahe Behandlungs- und Pflegedokumentation oder telefonische Erreichbarkeit des (Mit-)Behandlers

Wirklichkeit - Probleme bei der Umsetzung

Hindernisse für die Integration von Palliativmedizin auf Intensivstationen



Unrealistische Therapieerwartungen bei Patienten, Angehörigen, Behandlern

Missverständnis, dass Palliativmedizin und Intensivmedizin einander ausschließen

Vorstellung von Palliative Care als End-of-Life Care

Sorge, dass Palliativmedizin schneller zum Tod führt

Unzureichende Ausbildung von Behandler-Teams in Palliative Care, z.B. Kommunikation

Zusätzliche Anforderungen an Ärzte und Pflege ohne Kompensation oder Anreize

Ineffektive Umsetzung von Palliativmedizin ohne Änderung von Strukturen und Handlungsanweisungen

Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung

- Der Mangel an Verständigung führt häufig dazu, dass Entscheidungen zur Therapieintensität und Therapiebegrenzung nicht die Wünsche der Patienten am Lebensende berücksichtigt.
- Rechtfertigung für eine Therapiebegrenzung ist die fehlende medizinische Indikation.

Begründungen: die Wirkungslosigkeit oder die Sinnlosigkeit einer Behandlung

Palliativmedizin und Akutmedizin Wunsch



Palliativ-Kompetenz in der Akutmedizin

- Implementierung von Screeningtools, SOPs oder Verfahrensanweisungen zur Identifizierung palliativer Notfallsituationen
- „Suprise Question“ ist hilfreich zur Einschätzung palliativmedizinisch orientierten Vorgehens
- Kenntnisse der Symptomkontrolle zur Akut-Behandlung von u.a. Schmerzen oder Luftnot
- Kenntnisse über palliativmedizinische Versorgungsstrukturen u. Einbindung der SAPV

Palliativmedizin und Akutmedizin Wunsch

- Verbesserung der Lebensqualität von Patienten in der Akutversorgung
- Verminderung von Übertherapie am Lebensende u.a. durch Vorausplanung (ACP/BVP)
- Kritisches Hinterfragen des Einsatz lebensverlängernder Therapiemaßnahmen
- Seltenerer Krankenhausweinweisungen und kürzere Krankenhausaufenthalte, sowie weniger stationäre Wiederaufnahmen
- Kulturwandel und Veränderung der Haltung im Umgang bezüglich der Betreuung Sterbender

Palliativmedizin und Akutmedizin

Wirklichkeit



Palliativversorgung in der Akutmedizin

- Spezialisierte Palliativversorgung wird nicht, oder zu spät eingebunden
- Es fehlen Konzepte, um zwischen SAPV und der Akutmedizin (Rettungsdienst und Notarzt) besser zu kooperieren
- SPAV-Teams sind häufig zu klein, um Palliativpatienten, die bisher nicht in die SAPV eingeschlossen sind, in Krisensituationen akut zu übernehmen und zu betreuen

Palliativmedizin und Akutmedizin

Wirklichkeit



Palliativversorgung in der Akutmedizin

- Vorstellungen in Notaufnahme / Rettungseinsätze geschehen oft außerhalb der Dienstzeiten und bei nicht-onkologisch Erkrankten und
- wenn eine SAPV bisher nicht eingebunden wurde oder im häuslichen Bereich Unsicherheiten bezüglich der familiären oder nicht-spezialisierter pflegerischer und ärztlicher Versorger bestehen.

Palliativmedizin und Akutmedizin

Wunsch



Palliativversorgung in der Akutmedizin

- Durch die Covid-19-Pandemie richtet sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf die ambulante Entscheidungsfindung für den Notfall.
- Eine Vorausplanung (ACP/BVP) von Therapiezielen ist wünschenswert.
- „Empfehlungen zur ambulanten patientenzentrierten Vorausplanung für den Notfall“ enthalten Möglichkeiten für die Dokumentation einer Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo).

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

**Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten
und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag**

(Stand: 25.10.2018)

Vorwort

Ärztinnen und Ärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit die Sorgen und Nöte schwerstkranker und sterbender Menschen; sie müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen ihrer Patienten geben.

Für den Fall, dass sich Patienten selbst krankheitsbedingt nicht mehr adäquat mitteilen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten einer Vorausbestimmung der medizinischen Behandlung. In Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung hat die Bundesärztekammer insbesondere in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbegleitung“ die Bedeutung vorsorglicher Willenserklärungen hervorgehoben.

Die Vielfalt möglicher Situationen, in die ein Mensch geraten kann, macht es schwierig, eine Vorausbestimmung treffend zu artikulieren.

Angesichts des offenkundigen Bedarfs sowohl vonseiten der betroffenen Patienten als auch vonseiten der Ärzteschaft an einer praktischen Hilfestellung haben es sich die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Aufgabe gemacht, durch gemeinsame Hinweise und Empfehlungen den Beteiligten eine Orientierung im Umgang mit vorsorglichen Willensbekundungen zu geben. Die überarbeiteten Hinweise und Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die aktuelle Rechtsprechung. Die Gliederung wurde im Interesse der besseren Handhabung leicht verändert und ein Inhaltsverzeichnis vorangestellt.

Die gemeinsamen Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission mögen Patienten und Ärzten eine Hilfestellung bei der Bewältigung der komplexen Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende und dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Sterben geben.¹



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages
sowie der Ärztekammer Hamburg



Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit VV und PV im ärztlichen Alltag

„Sofern der Wille des Patienten bekannt ist, ist dieser auch in der Notfallsituation von allen Beteiligten zu beachten.

Die Bindung an den Patientenwillen gilt [...] für das gesamte in Notfallsituationen involvierte Personal (z. B. pflegerische Personal).

In der Praxis existieren Vorschläge für *ärztliche Anordnungen für Notfälle* [...].“

→ Ist der Wille nicht bekannt, müssen lebensrettende Maßnahmen eingeleitet werden!

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Dokumentation der mit dem Patienten zuvor abgestimmten Therapieziele und der daraus folgenden Behandlung in Notfallsituationen

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo®)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
 Vorname _____
 geb. am _____
 Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

☐ A  Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich des Versuchs einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

☐ B0  Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐ B1  Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐ B2  Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

☐ B3  Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

☐ C  Ausschließlich lindernde Maßnahmen*
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____, den ____ . ____ . 20____
 „Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“

☐ * Ein Krisenplan wurde erstellt.

X
 Unterschrift und Stempel des von der DiV-BVP zertifizierten Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
 „Diese ÄNo® ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

X
 Unterschrift der oben genannten Person
 „Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

X
 Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
 „Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

X
 Unterschrift und NAME des DiV-BVP-Gesprächsbegleiters

 Diese ÄNo® gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung vereinbart wird.

Kommunikation als Basis effektiver Betreuung

A word cloud centered around the word "Kommunikation". Other prominent words include "Informationen", "Austausch", "Verständigung", "Ziel", "Beziehung", "Wissen", "Gestik", "Geräten", "Lebewesen", "Nehmen", "Symbolen", "bild", "technischen", "Menschen", "Schrift", "Geben", "Kommunikationserfolg", "wechselseitigen", "wechselseitig", "Signalübertragung", "maschinellen", "Missverständnissen", "Zeichen", "Systemen", "Sprache", "Erfahrung", "Erkenntnis", "Gedanken", "Mimik", "vermittelt", "Aktivität", "kommunikativen", "Übertragung", "Ziel", "Beziehung", "Wissen", "Gestik", "Geräten", "Lebewesen", "Nehmen", "Symbolen", "bild", "technischen", "Menschen", "Schrift", "Geben", "Kommunikationserfolg", "wechselseitigen", "wechselseitig", "Signalübertragung", "maschinellen", "Missverständnissen", "Zeichen", "Systemen", "Sprache", "Erfahrung", "Erkenntnis", "Gedanken", "Mimik".



St Christopher's Hospice and UCL
Marie Curie Palliative Care Department UK

The Lancet Commissions

Report of the *Lancet* Commission on the Value of Death: bringing death back into life



*Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedzai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Guglani, Melanie Hodson, Bettina S Husebø, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Knaul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death**

Libby Sallnow et al. The Lancet 2022

Experten beklagen Übermedikalisierung des Todes

- Palliativmediziner verlangen ein radikales Umdenken und verweisen auf eine Provinz in Indien, wo es gelungen sei, das Gleichgewicht von Tod, Sterben und Trauer wiederherzustellen.
- Die Covid-19-Pandemie hat vor Augen geführt, welches Ausmaß die Medikalisierung des Todes erreicht hat.
- Zahllose Patienten seien ohne Aussicht auf ein Überleben auf Intensivstation behandelt worden, wo sie starben, ohne dass sie Kontakt zu ihren Familien hatten:
Für die Sterbenden ein einsamer Tod, für die Trauernden ein traumatisches Erlebnis.
- Menschliche Beziehungen und Netzwerke würden durch Fachleute und Behandlungsprotokolle ersetzt.

„Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben. Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen.“

„Die Palliativmedizin entlastet uns Intensivmediziner / **Akutmediziner** von dem gefühlten Zwang, immer erfolgreich sein zu müssen.“



„Die Palliativmedizin könnte das gute Gewissen der Intensivmedizin / **Akutmedizin** werden. Denn: Die Intensivstation **oder Bereiche der Akutmedizin** müssen Orte der Menschlichkeit bleiben.“