

# Palliativmedizin aus der Sicht des Arztes(Intensivmediziner)

**Univ. Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc**

**Vorstand Abt. für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

**Lehrabteilung der Medizinischen Universität Graz**

**ZISOP – Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin**

**LKH- Klagenfurt**

## 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.**

# 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.**

**„Beim unheilbar Krebskranken, dessen Dasein von chronischen Schmerzen überschattet ist, geht es nicht mehr darum, dem begrenzten Leben Zeit hinzuzugeben, sondern alles daran zu setzen, der begrenzten Zeit Leben zu geben.“**

**in Anlehnung an C. Saunders**

# 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,AND)

## ➤ **Therapiereduktion**

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



## ➤ 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 Ärztegesetz normierten ärztlichen Berufspflicht. Das Wohl des Kranken zu wahren.

Unsere Ergebnisse unterstützen eine Änderung der Begriffe von DNR („*Do not resuscitate*“ = *nicht reanimieren*) auf AND („*allow natural death*“ = *erlaube den natürlichen Tod*), um die Wahrscheinlichkeit einer Erfüllung eines Auftrags zu erhöhen, dessen Bedeutung eigentlich klar ist. Diese Folgerung stimmt überein mit dem Ruf nach einem aktiv- ausgerichteten Denkansatz über das Lebensende, der den Inhalt eines Pflegeplans in einer positiven Art beschreibt, statt auf negative „nicht“-Befehle zu konzentrieren. Wir unterstützen die Empfehlungen von Lipton, die eine Einführung dieser Änderungen als Teil eines umfangreichen Patienten-Pflegeplans sehen, um eine Reduzierung der Pflege – in welcher Form auch immer - entgegenzusteuern.

**Wenn Mitglieder der medizinischen Versorge- und Gesundheitspflegebereiche glauben, dass eine semantische Änderung von DNR (= „nicht reanimieren“) auf AND (= „erlaube den natürlichen Tod“) eine verbesserte Pflege am Lebensende bewirken, sollten wir es nicht auch versuchen?**

## ➤ **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*

## ➤ **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. (**Ausnahme Vorsorgevollmacht**)
- **Das soziale Umfeld des Patienten soll in den Entscheidungsprozess involviert werden.**
- Verantwortung für Entscheidungen nicht in unzulässiger Weise an die Angehörigen delegieren.



## **Gemeinsam ist beiden Bereichen die Arbeit im interdisziplinären Team aus Spezialisten.**

- **Abbau hierarchischer Strukturen**
- **Teamgeist**
- **bewusste Auseinandersetzung mit Grenzsituationen**
- **Erkennen von Grenzen und Setzen realistischer Ziele**
- **Respektvoller und würdevoller Umgang mit Patienten und Angehörigen**
- **offene Kommunikation**
- **Arbeiten an gemeinsamen Aufgaben und für gleiche Ziele**

# Aufgabenbereiche überschneiden sich

- Schmerztherapie und Kontrolle anderer Symptome
- Leidenslinderung
- intensive Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie
- Auseinandersetzung mit Grenzbereichen des Lebens und der Medizin

*Truog RD, Campell MI, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC, American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College (corrected) of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008; 36:953-63*

*Lautrette A, Darmon M, Megarbane B et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007; 356:469-478*

## **Bedürfnisse der Angehörigen: vertrauensvolle Kommunikation**

- Schaffen einer ungestörten, ruhigen Umgebung
- Klare und offene Kommunikation (wenn es ums Sterben geht, auch das Wort „Sterben“ benutzen)
- Verständliches Erläutern der Handlungsoptionen
- Zusichern guter Leidenslinderung und Symptomenkontrolle
- Benennen der verantwortlichen Ansprechpartner
- ein klares Signal, dass das Team für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung steht

# Kommunikation im Team, ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Team muss

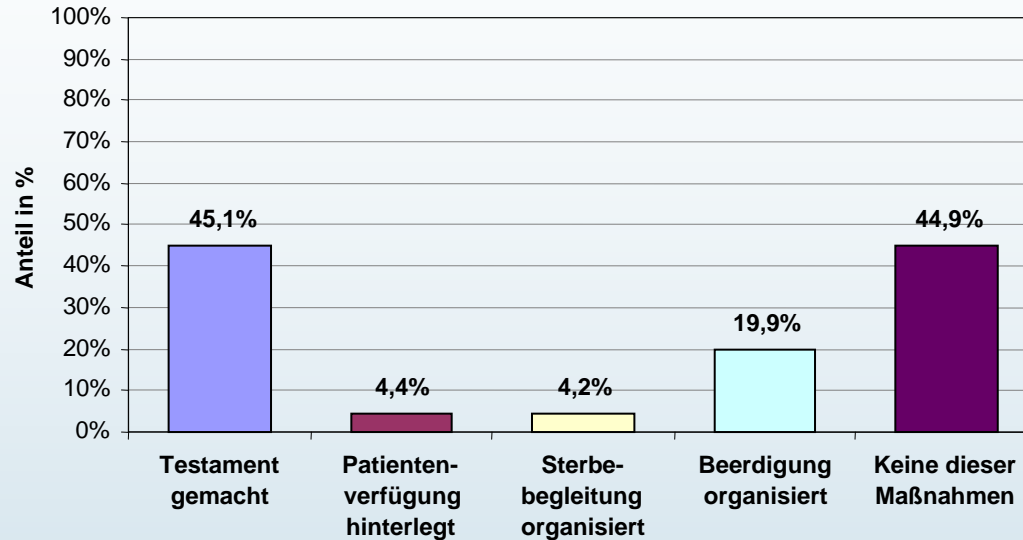
- Kooperationsfähig sein und
- über gute Kommunikationsstrategien verfügen

*Rady MJ, Johnson DJ, Admission to intensive care unit at the end-of-life. Is it an informed decision? Palliative Medicine 2004; 18: 705-711*

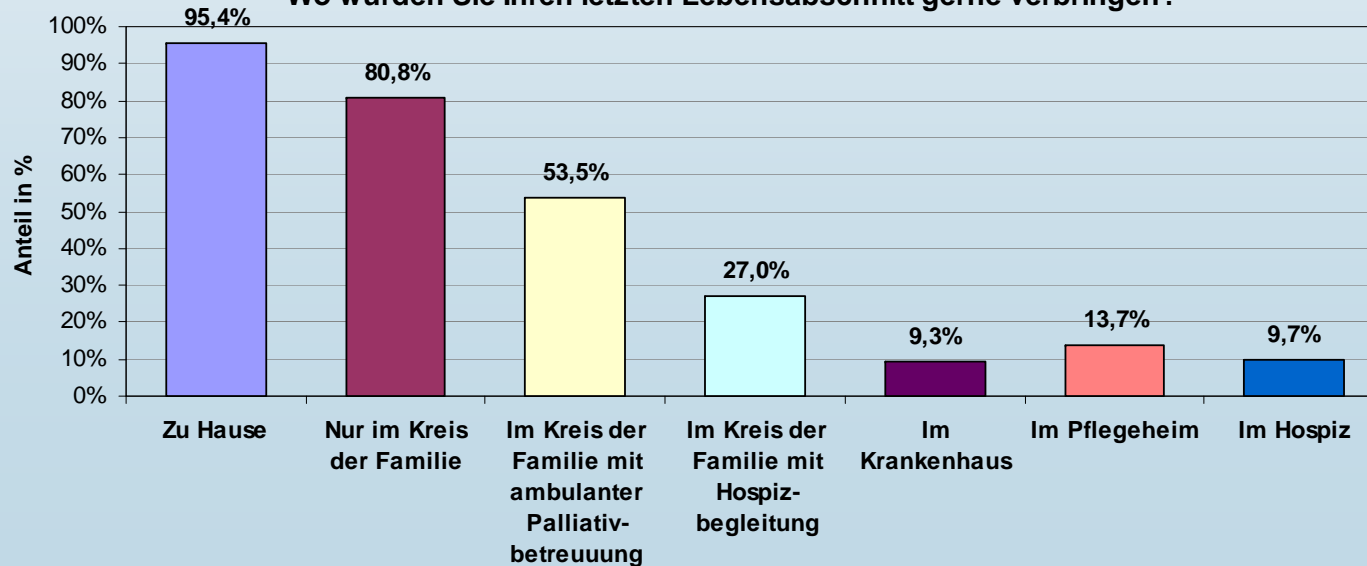
*Ferrand E, Lemaire F, Regnier B et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 1310-1315*

*Oberle K, Hughes D. Doctor's and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. J Adv Nurs 2001; 33: 707-715*

## Umgang mit dem Tod

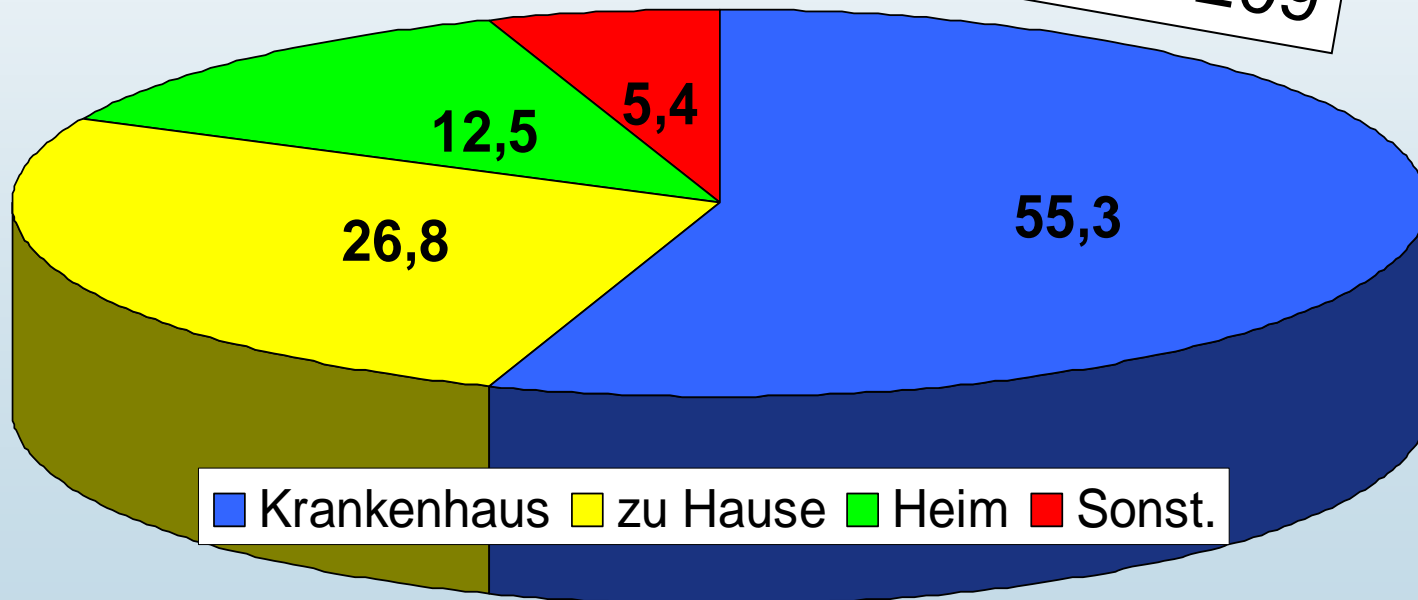


### Wo würden Sie Ihren letzten Lebensabschnitt gerne verbringen?



## Sterbeorte in Österreich in % (2003)

n=77.209



## Diskussion um aktive Sterbehilfe

- wird weiter geführt werden, weil ihre Argumente bei vielen Menschen offene Ohren finden:
  - Selbstbestimmung
  - Angst vor „Apparatemedizin“
  - Alterspyramide in Mitteleuropa
  - Unfinanzierbarkeit der Sozialleistungen
- **Hospizidee und Palliative Care als DIE Alternative muss sich in das gesamte Gesundheits- u. Sozialwesen integrieren.**

# Würdevolles Sterben

## „Den Tod wieder ins Leben zurückbringen“





## Ihre Botschaft damals und heute = UNSER AUFTRAG:



**„Du bist wichtig,  
einfach weil du DU bist.**

**Du bist bis zum letzten  
Augenblick deines Lebens  
wichtig und wir werden alles  
tun, damit du nicht nur in  
Frieden sterben, sondern auch  
leben kannst bis zuletzt“.**

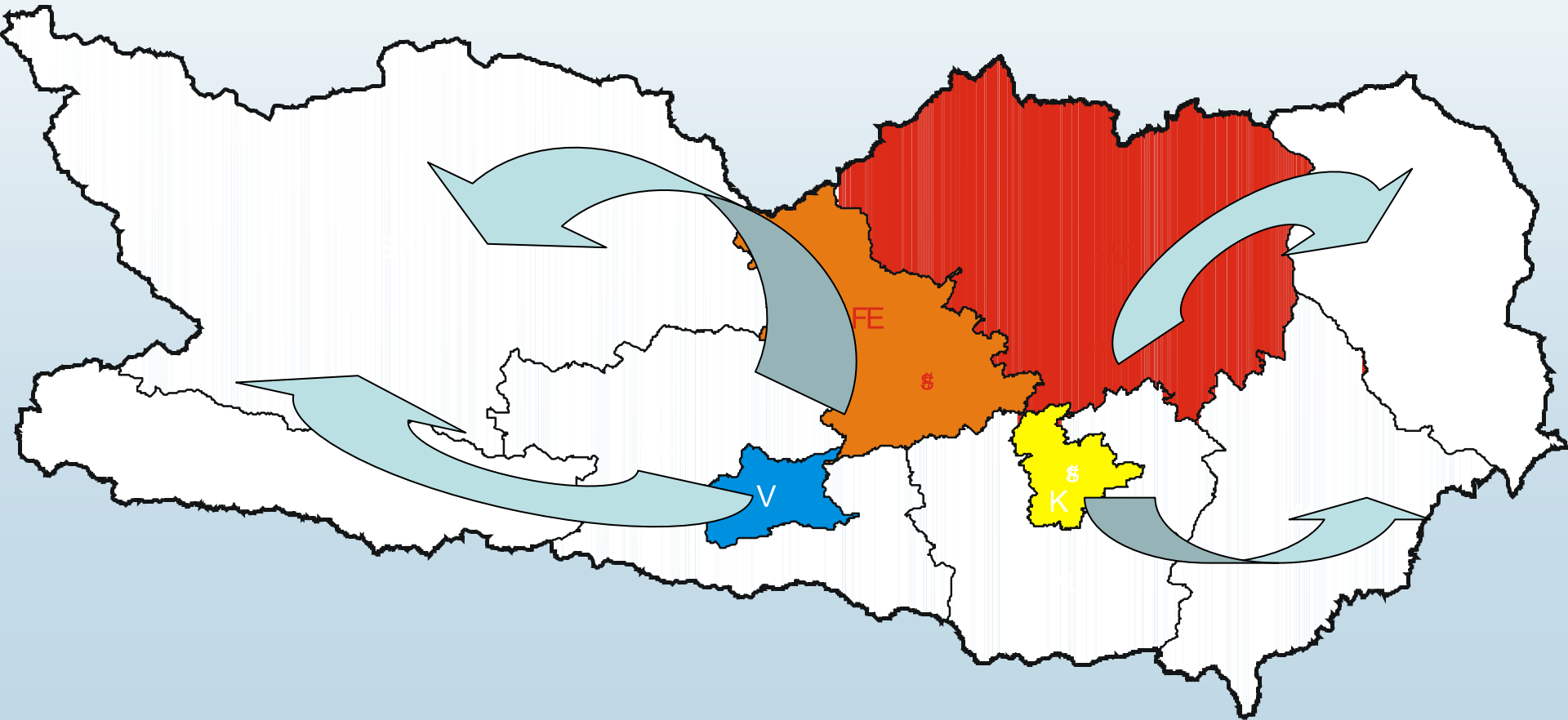
(Dame Cicely Saunders)

## Organisationsformen in der Palliativmedizin

- **Palliativstationen (Klagenfurt, Villach, St. Veit)**
- **Mobile Palliativteams (3 Teams-ArztIn, Pflegekraft, -zentrale Koordinationsstelle LKH Klagenfurt)**
- **Hospizstationen**
- **ambulante Hospize, Tageshospize**
- **Niedergelassenen Ärzt/Innen und Hauskrankenpflege**
- **ehrenamtliche Helfer**

## Palliativversorgung in Kärnten

**3 mobile Palliativteams (Arzt, diplomiertes Pflegepersonal)  
Für vorerst 5 Jahre/nun Konzept vom Land Kärnten verlängert  
Hilfestellung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Hauskrankenpflege**

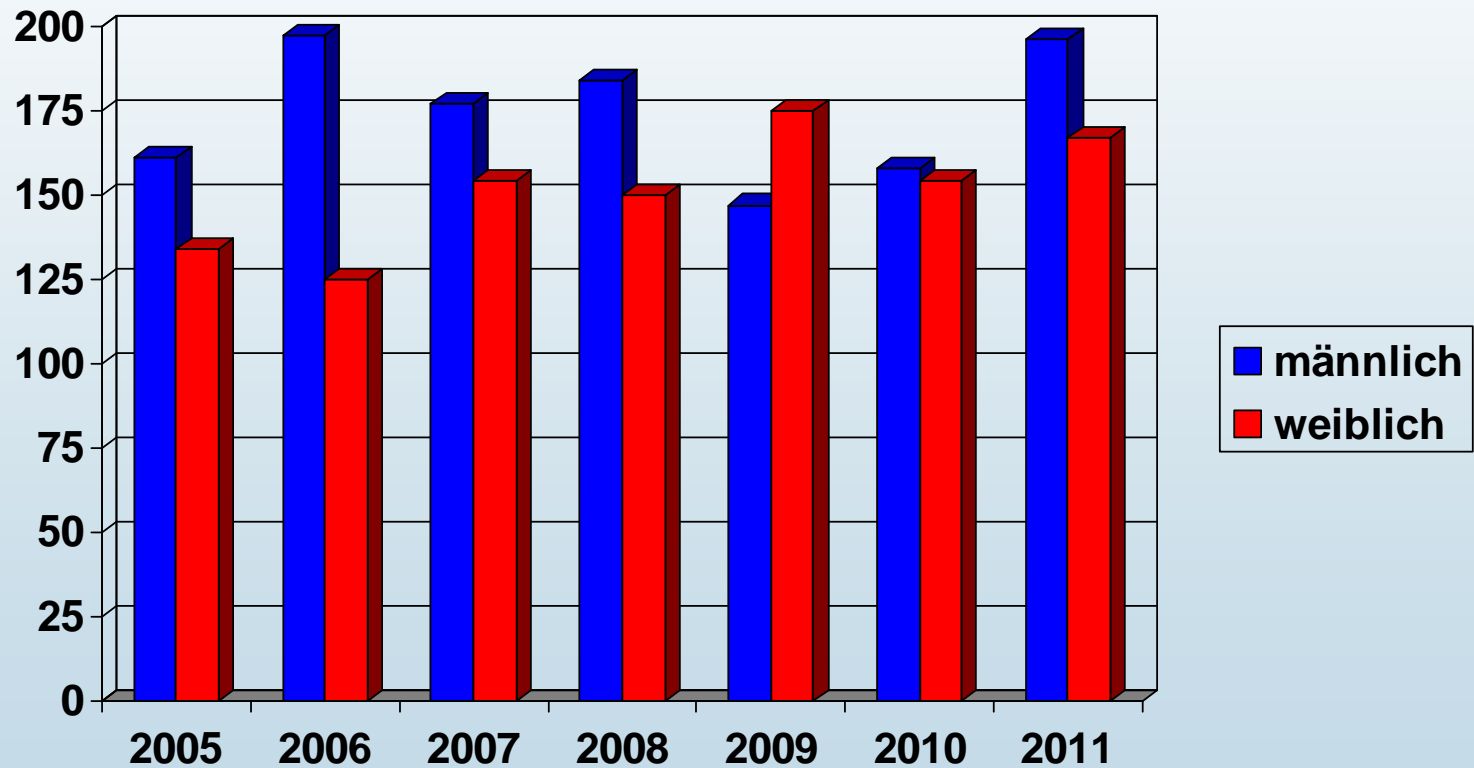






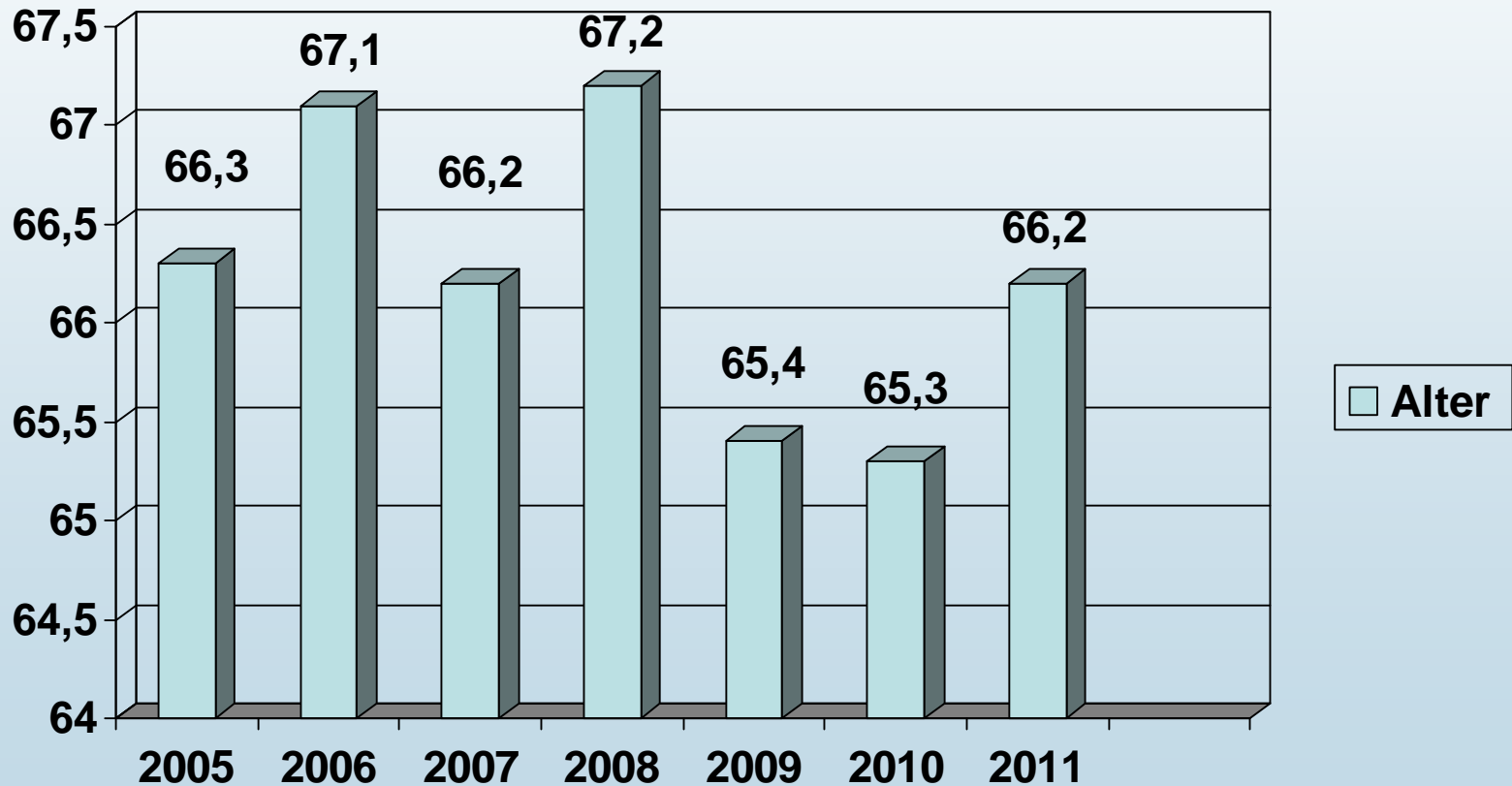


## Anzahl der Patienten

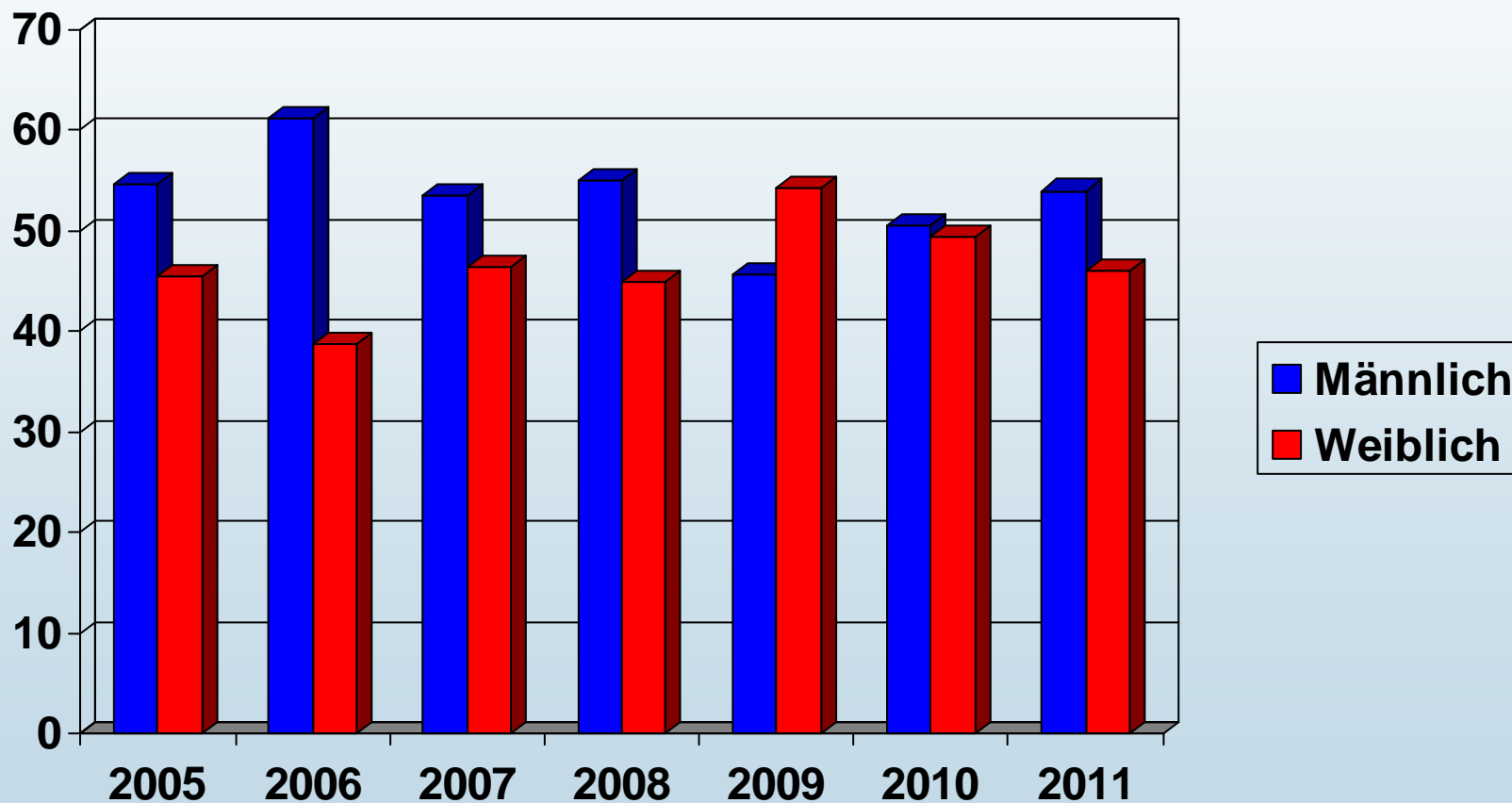


ges. 295, 322, 321, 334, 322, 312, 363

## Durchschnittsalter der Patienten

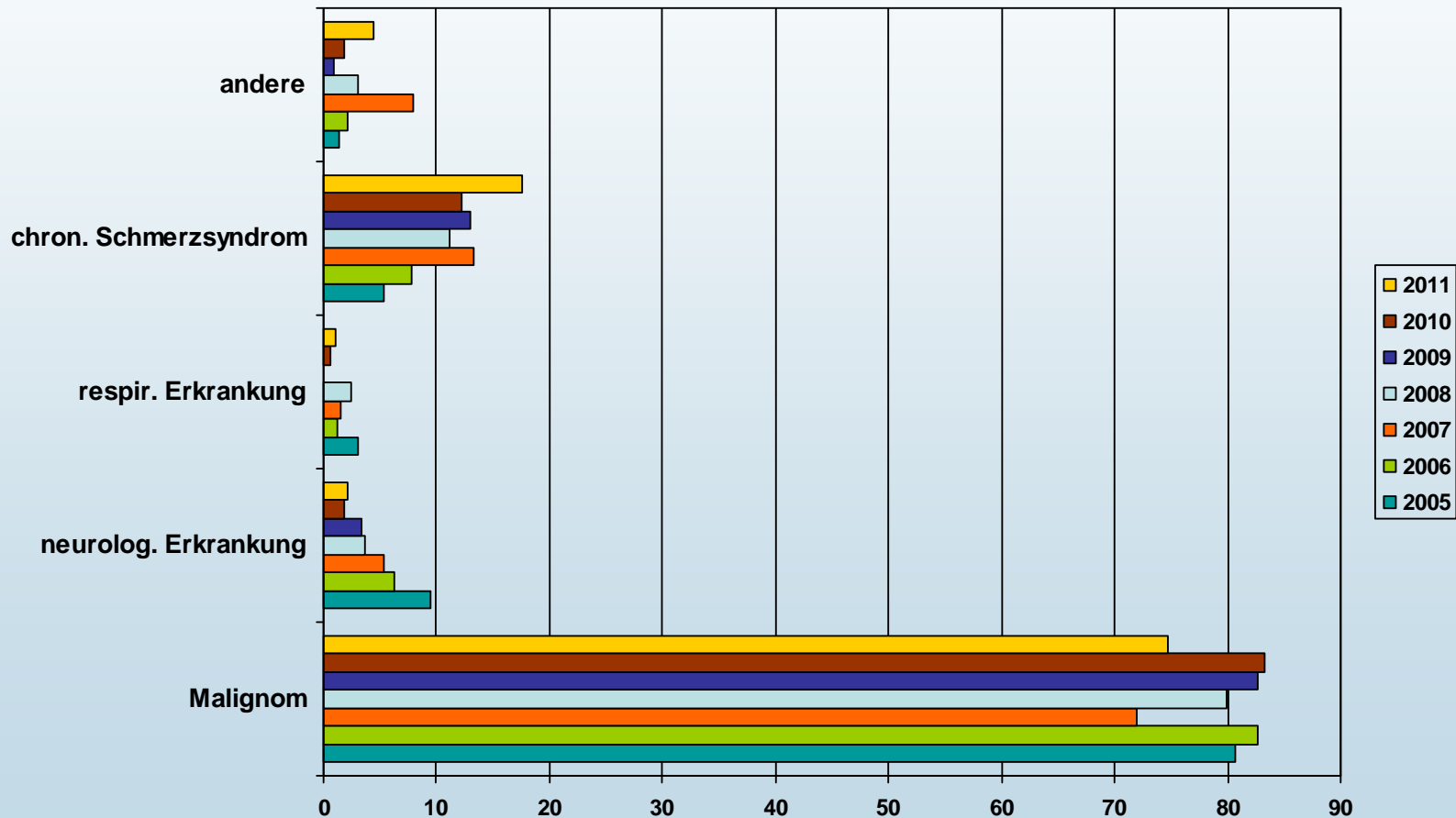


## Geschlecht (Angaben in %)

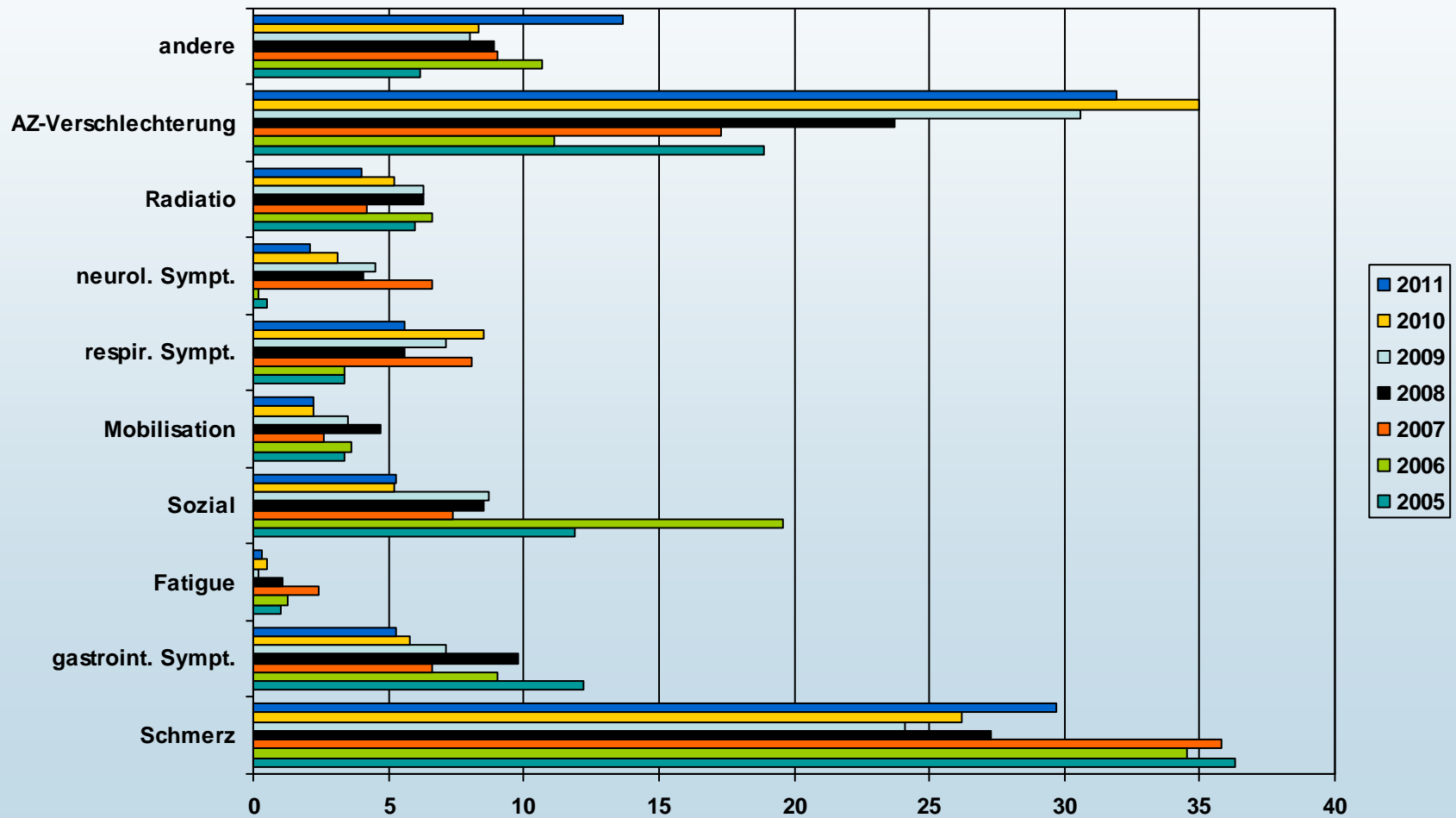




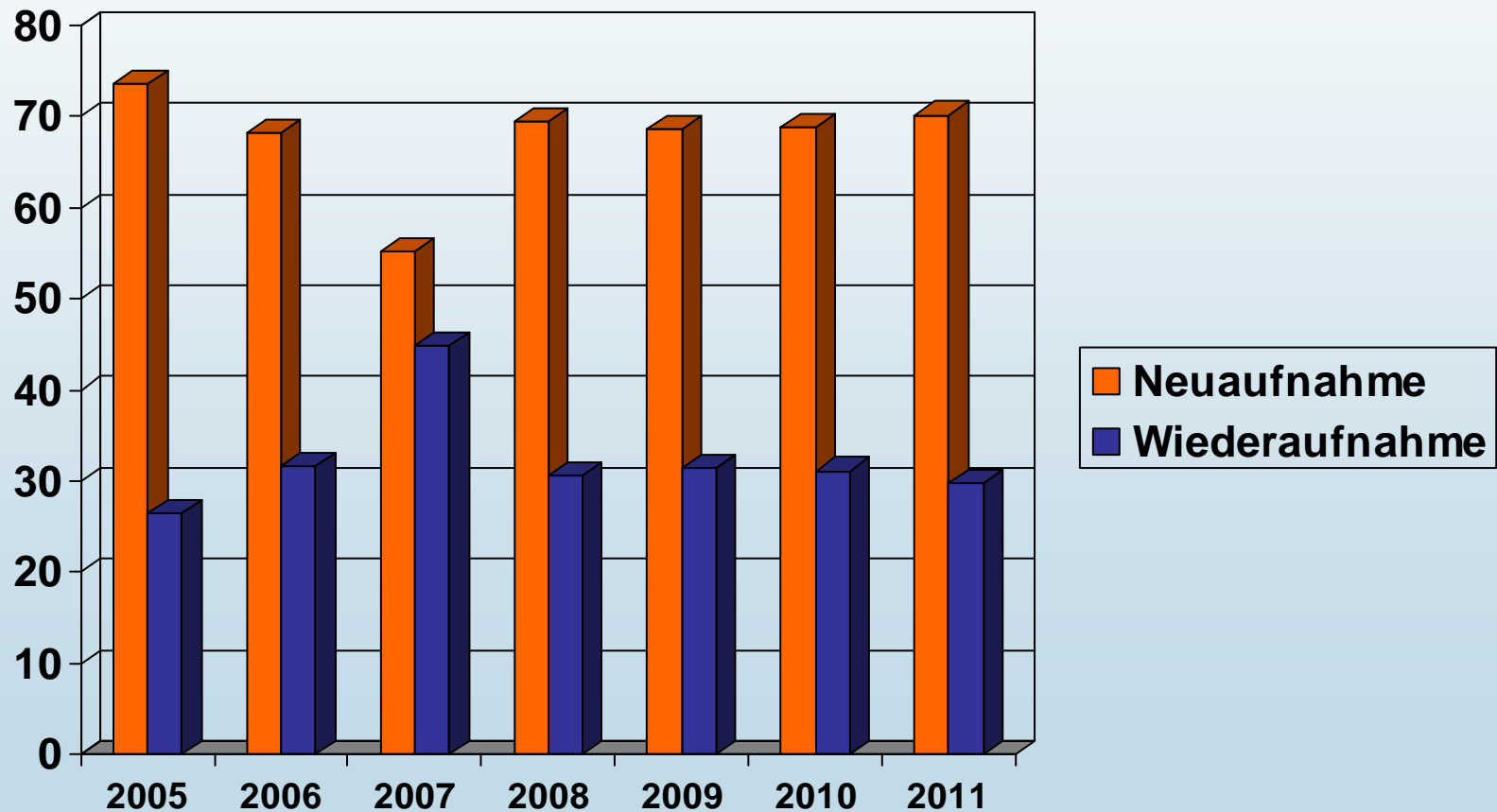
## Diagnosen (Angaben in %)



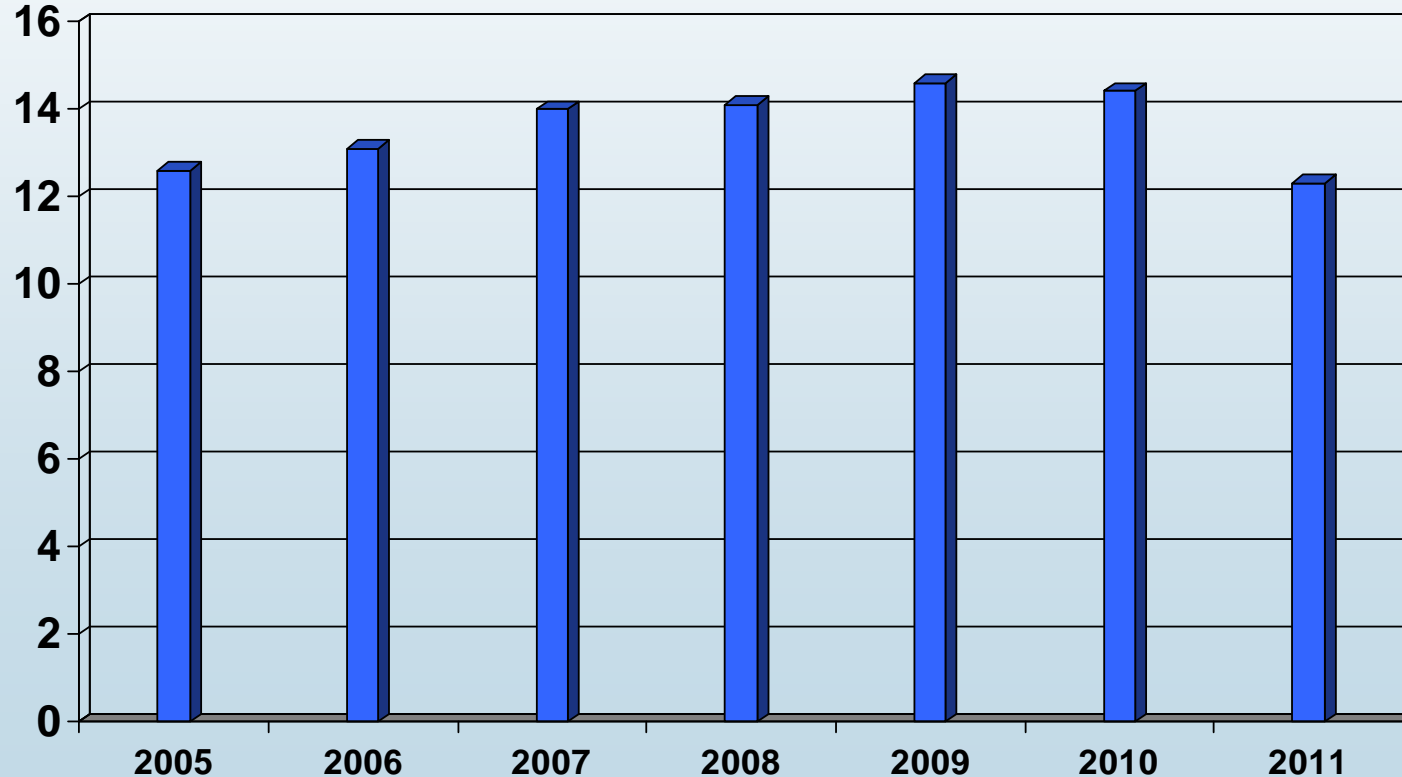
# Grund der Aufnahme (Angaben in %)



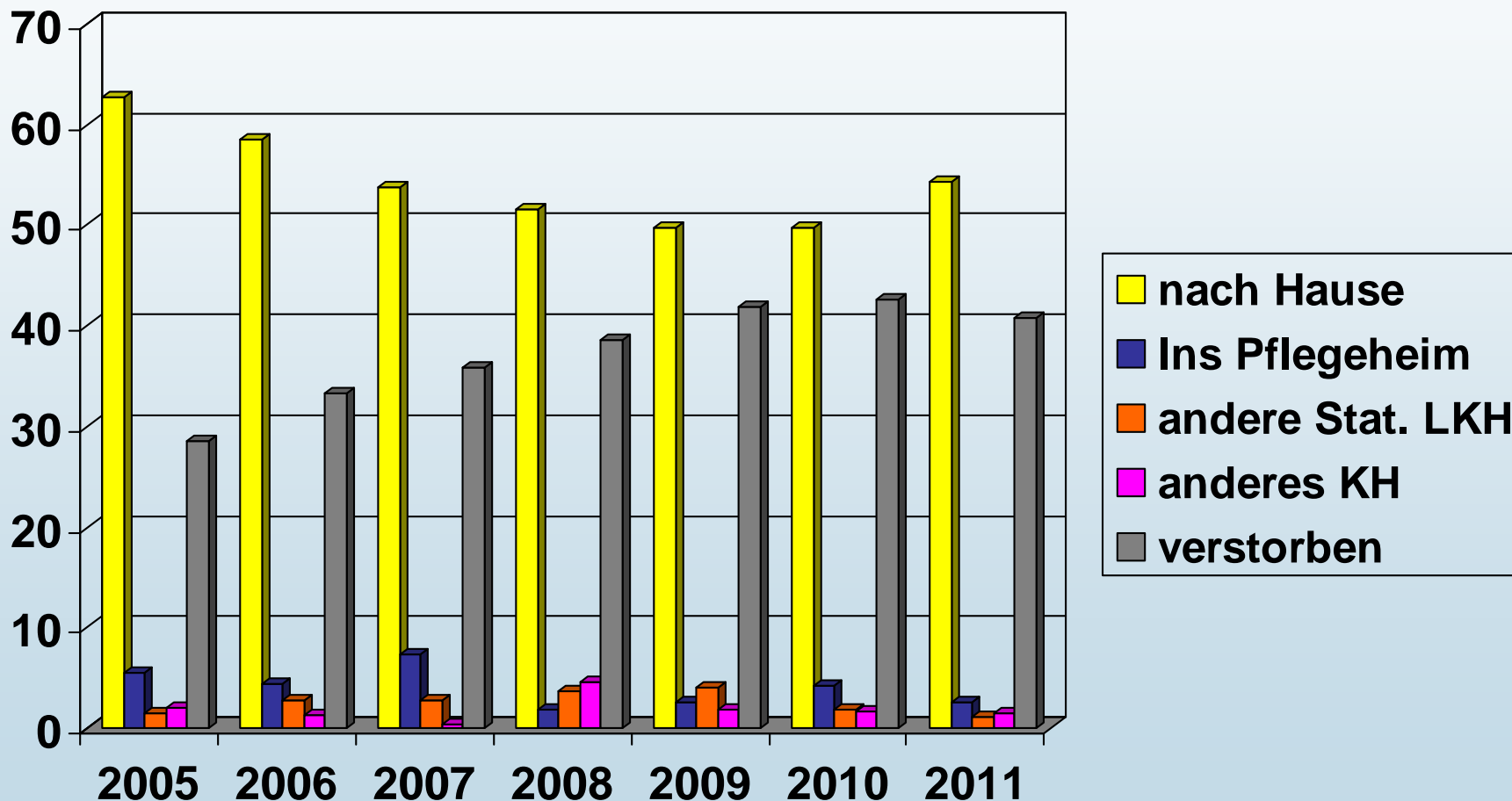
## Art der Aufnahme (Angaben in %)



# Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen



## Entlassungsart (Angaben in %)



## PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ **WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:**  
 Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Nächster Angehöriger: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Bevollmächtigter:  Ja  Nein  
 Name/Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Diagnosen: \_\_\_\_\_  
 (o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)  
 Aktuelle Probleme: \_\_\_\_\_  
 ( ) Palliativteam: \_\_\_\_\_  
 ( ) Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 ( ) Pflegedienst: \_\_\_\_\_  
 ( ) Kassenärztl. Notdienst: \_\_\_\_\_  
 ( ) Notarzt: \_\_\_\_\_  
 ( ) Seelsorge: \_\_\_\_\_  
 ( ) Hospiz: \_\_\_\_\_

**Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?**

Ja  Nein

**Krankenhauselnewelung gewünscht?**

Ja (Erläuterung Rückseite)  Nein

**Aufklärung Prognose/Diagnose?**

Patient:  Ja  Nein

Angehörige:  Ja  Nein

Patentenverfügung:  Ja  Nein

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein

Hinterlegung der Dokumente: \_\_\_\_\_

Datum	Name	Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

**Ablehnung weiterer Maßnahmen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letzter Klinikaufenthalt: \_\_\_\_\_

Klinik/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum	Name des Arztes	Unterschrift

(mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert; die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)

## ➤ 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.**



# Intensivmedizin und Palliativmedizin

## Wichtige Schnittstellen

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

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit

