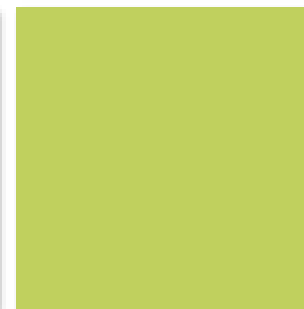


HALTEN UND AUSHALTEN MACHT UND OHNMACHT

Dr. Johannes Rosenbruch

17. Hospizenquete **“Grenzen(los)”** am 03.10.2018 in St. Pölten



...

Aber plötzlich ist hinter den Tagen
Noch Zukunft ohne Pflicht.

Und frei von Furcht und Hoffen,
Und also frei von Zeit.
Und alle Wege sind offen.
Und alle Wege gehen weit.

Und alles kann ich noch werden,
Was ich nicht geworden bin.
Und zwischen Himmeln und Erden
Ist wieder Anbeginn.



Eva Strittmatter, Anbeginn

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN

EIN PATIENT...

- 64 jähriger Mann, bricht mit **Kammerflimmern** zusammen!
- Laienreanimation, Kein AED-Verfügbar, wenig Fachexpertise
- Lange Reanimation durch Notarzt und Rettungsdienst
- Alarmierung eines Lucas II

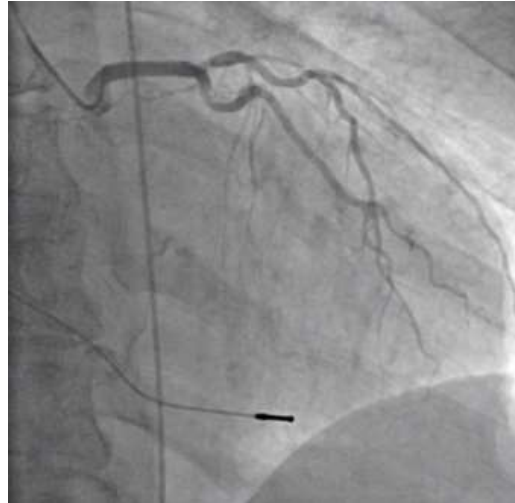


<http://www.kentrescuesquad.com>

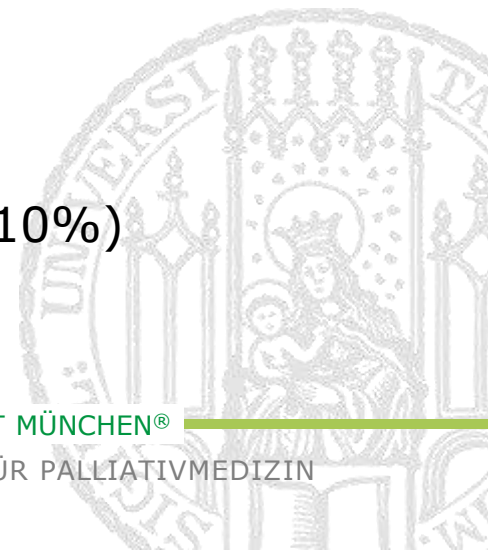
- **Entscheidungen nicht mehr Vorort,
Verlagerung ins Krankenhaus!**

EIN PATIENT...

- Im Notfall-Herzkatheter:
Wiedereröffnung einer Hauptstammstenose gelingt



- Ein Kreislauf kann wieder etabliert werden!
- Aber:
 - Schwere ischämische Kardiomyopathie (LV-EF ca. 10%)
 - Pat. weiter bewusstlos, Ursache unklar...



WEITERER VERLAUF

- Ein Kreislauf kann wieder etabliert werden!
- Aber keine Stabilisierung der Pumpfunktion (LV-EF ca. 15%)
- Schwere ischämische Kardiomyopathie
- Indikation zur Herztransplantation?
- Pat. weiter bewusstlos
- Unklarer neurologischer Zustand



WER ENTSCHEIDET ÜBER DAS WEITERE VORGEHEN IN DER AKUT-SITUATION?

- Patienten- /Angehörigen-Wille?
- Keine Patientenverfügung vorhanden...
- Unklarer neurologischer Zustand?
- Hypoxischer Hirnschaden?
- Weitere Behandlungsmöglichkeiten?



WER ENTSCHEIDET ÜBER DAS WEITERE VORGEHEN IN DER AKUT-SITUATION?

⚠ Gefahr eines Automatismus! ⚠

Kardiologie



Neurologie

Pat. /Angehörige



**Überforderung, alleingelassen,
keine klaren Aussagen zu Prognose**



EIN PATIENT...

- Verlegung in das Universitätsklinikum
- Anlage eines linksventrikulären Unterstützungssystems (LVAD)
- Übergangslösung vor Transplantation?



www.heartware.com

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN

GRUNDSÄTZE

“Unsere technischen Errungenschaften werden immer mehr. Aber die Tatsache, dass wir etwas tun können, bedeutet nicht unbedingt, das es richtig oder gut ist, es zu tun. Nur wenn wir die Person in ihrer Ganzheit wahrnehmen, sind wir in der Lage, eine richtige Entscheidung zu treffen und die Bedürfnisse des Patienten in dieser Situation zu befriedigen.”

Dame Cicely Saunders 1970



DIMENSIONEN DES LEID

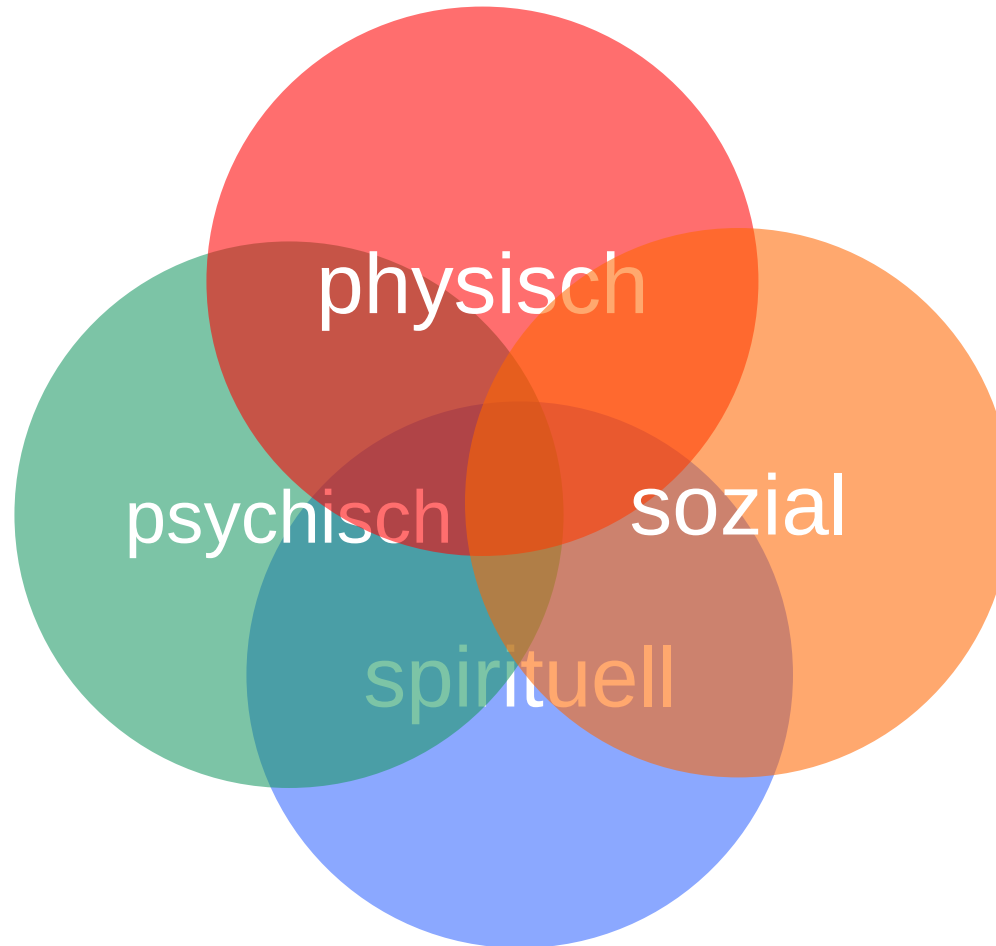


Die Versuchung, bzw. die Leiden des Heiligen Antonius

Isenheimer Altar, Matthias Grunewald
1475-1528

**"Mein Gott, mein Gott,
warum hast du mich verlassen?"
(Psalm 22,2)**

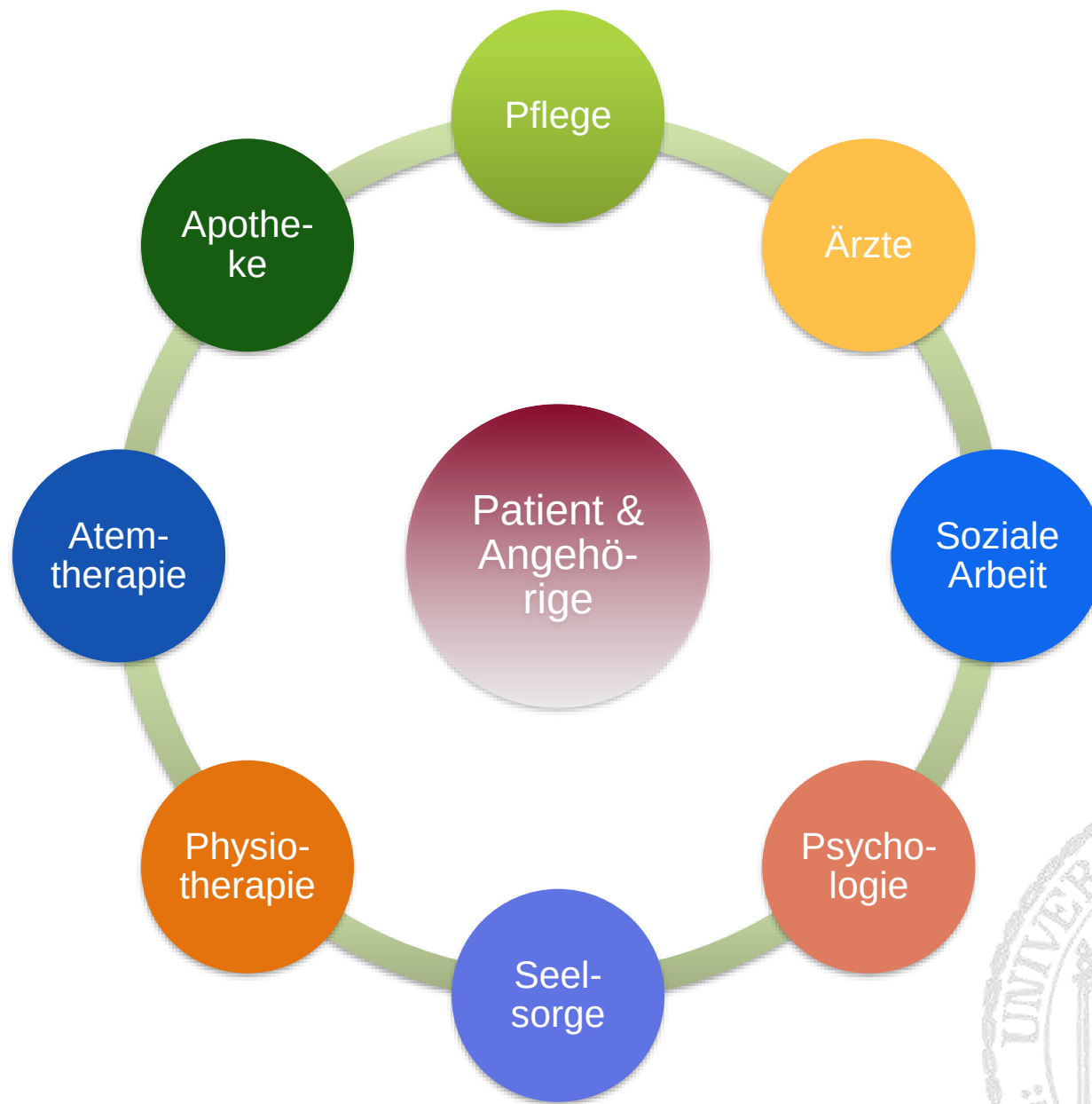
GANZHEITLICHER ANSPRUCH DER PALLIATIVMEDIZIN



Cicely Saunders 1963

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN



UNSER PATIENT

- Komplikationsreicher, protrahierter Verlauf mit Infektionen und erneuten Rhythmusstörungen über viele Wochen auf der kardiochirurgischen Intensivstation
- Verlegung zum Weaning in externes Krankenhaus
- Dort weiter Status Quo...
- Der Patient kann schließlich erfolgreich extubiert werden und atmet stabil ohne Hilfe
- Neurologisch wird endlich klar festgestellt:
**irreversibler hypoxischer hirnschaden,
kein Rehapotential!**



FALL FORTSETZUNG

- Es liegt keine Patientenverfügung vor...
- Die Ehefrau wird als Betreuerin vom Gericht bestellt!
- Im Rahmen einer Ethikberatung der Ärzte, Pflegekräfte und der Ehefrau wird entschieden, bei Komplikationen keine erneute Ausweitung der therapeutischen Maßnahmen
- Weiterversorgung?
- Die „Weaning-Klinik“ sieht sich nicht länger zuständig.
- Die Ehefrau ist verzweifelt, der Patient kann ja mit der Pumpe nicht nach hause!
- **Wohin??**



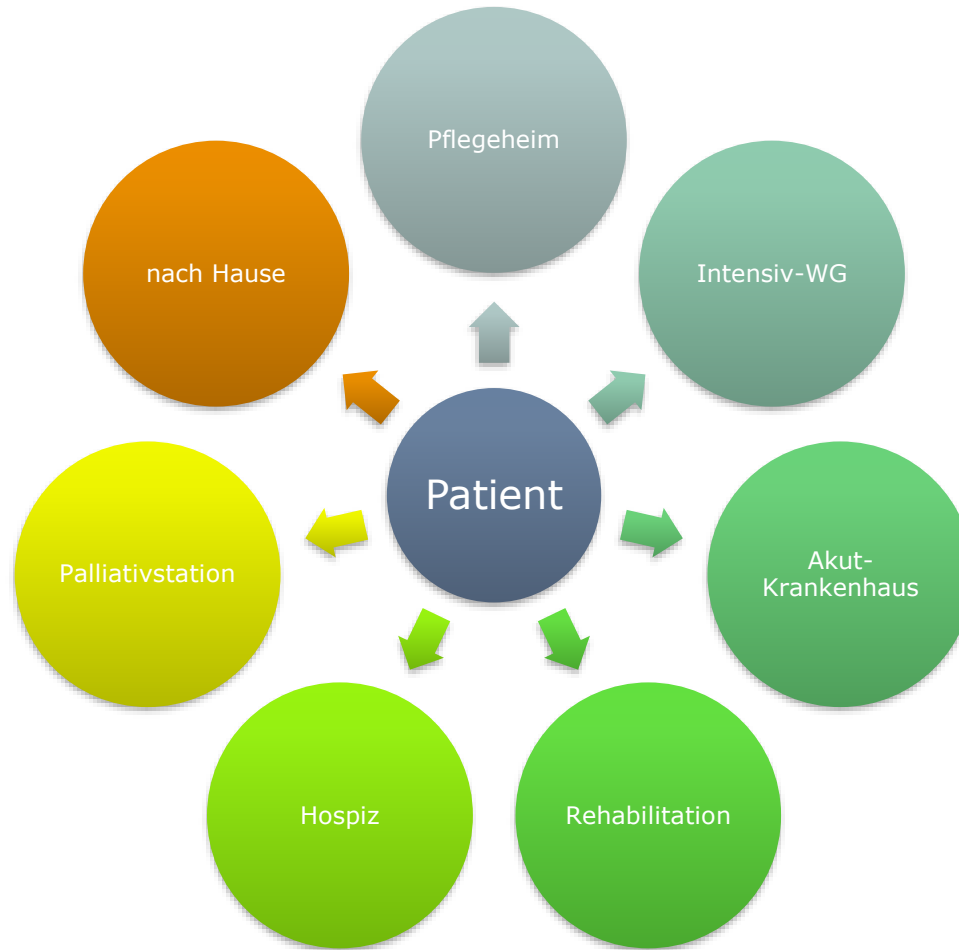
VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN

■ Probleme:

- Wiederholt Unruhezustände
- Komplikationen (Schlaganfall, Blutungen, Infektionen) jederzeit möglich
- Tgl. Kontrolle Gerinnung erforderlich
- Wartungen der Pumpe (z. B. Akkuwechsel)
- Weiterführung der Ernährung erforderlich
- Psychosoz. Betreuung der Familie notwendig
- Pat. lebt nicht in München, sondern in Schrobenhausen



VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN



AUFNAHME AUF UNSERE PALLIATIVSTATION



- Mit folgenden Absprachen:
 - Gemäß dem im Vorfeld ermittelten mutmaßlichen Patientenwillen, wurde besprochen auch hier in Großhadern keine Eskalation an medizinischen Maßnahmen durchzuführen!
 - Keine Verlegung auf eine Intensivstation bei Verschlechterung der Hämodynamik oder der respiratorischen Situation
 - Keine zusätzlichen Kreislaufunterstützen Maßnahmen
 - Keine antibiotische Therapie bei erneutem Infekt



ZIELE DER PALLIATIVVERSORGUNG



GRUNDSÄTZE



Pablo Picasso: Wissenschaft und Barmherzigkeit. 1897 Öl auf Leinwand, Picasso-Museum Barcelona, Spanien

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN

SYMPTOMKONTROLLE

- Herkömmlicher medizinischer Ansatz
 - Perspektive Erkrankung
 - Technische Untersuchungen (Labor, Röntgen, Sono, CT, NMR...)
- Palliativmedizinischer Ansatz
 - Perspektive Symptom
 - Subjektives Empfinden des Patienten; korreliert nicht unbedingt mit technischen Befunden



PALLIATIVE CARE =

**Maligne &
nicht-maligne
Erkrankungen**

**Viele
körperliche &
psychosoziale
Beschwerden**



**Frühe
Einbindung**

**Aufgabe für alle
Allgemein &
spezialisiert**

EFFEKTE DER PALLIATIVVERSORGUNG

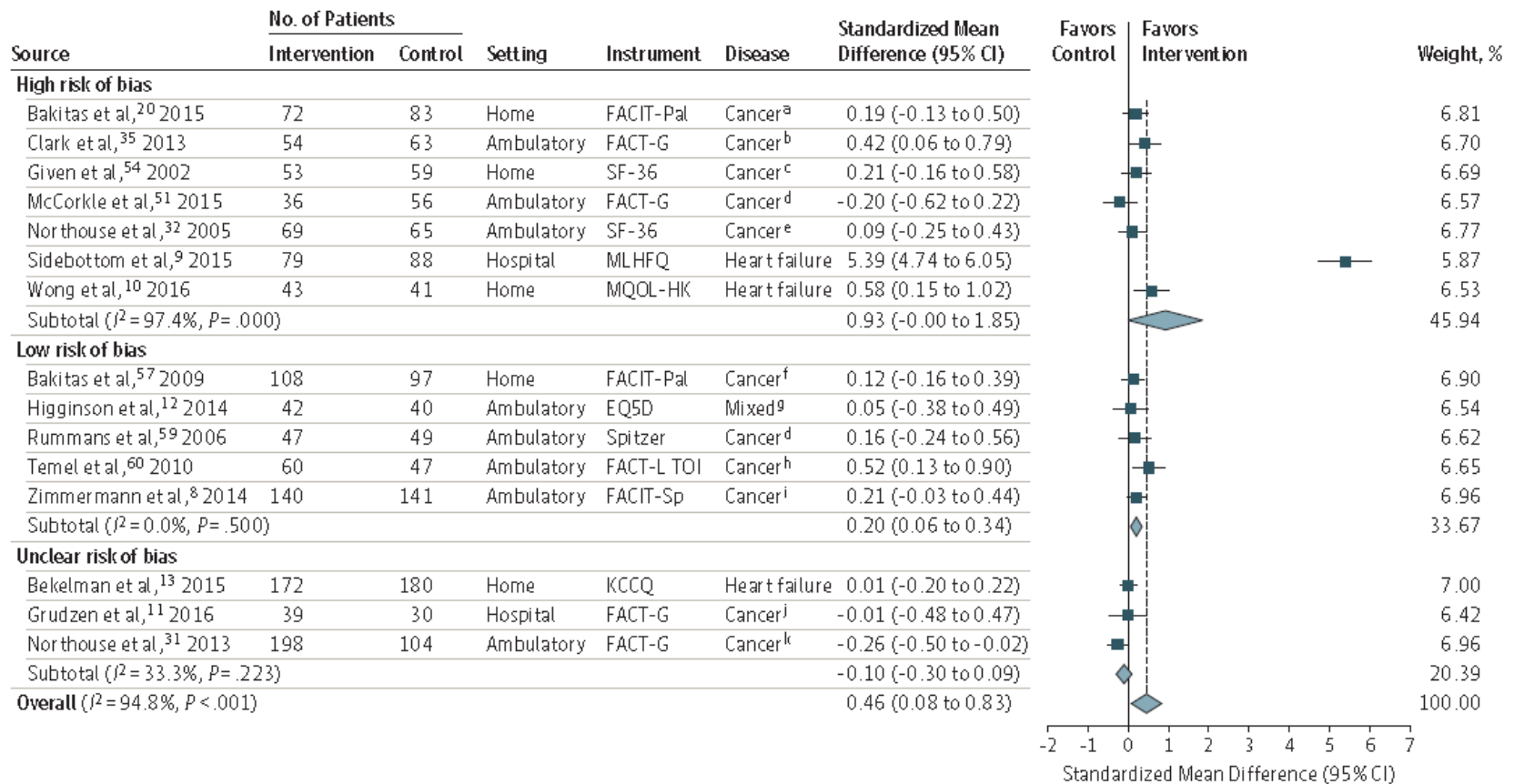
KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN



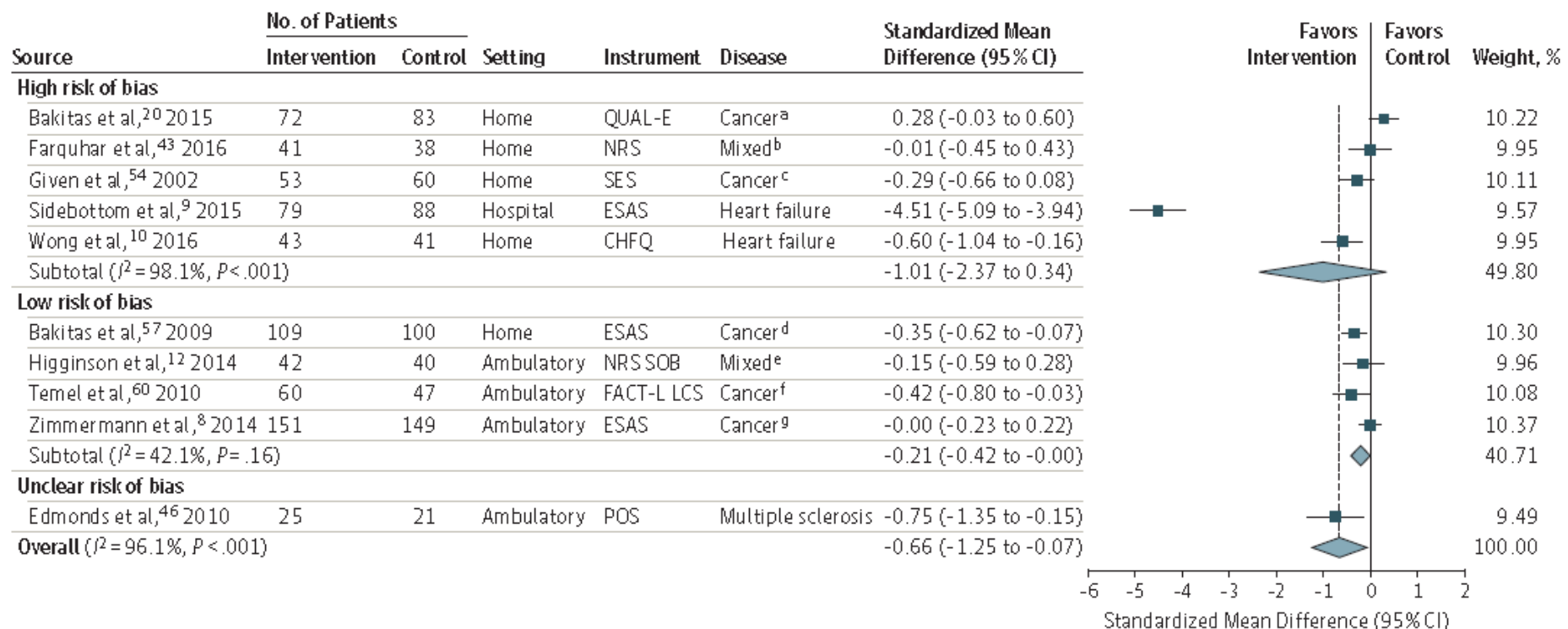
EFFEKT VON PALLIATIVVERSORGUNG AUF LEBENSQUALITÄT

Figure 2. Random-Effects Meta-analysis of Randomized Clinical Trials on the Association Between Palliative Care and Patient Quality of Life at 1- to 3-Month Follow-up



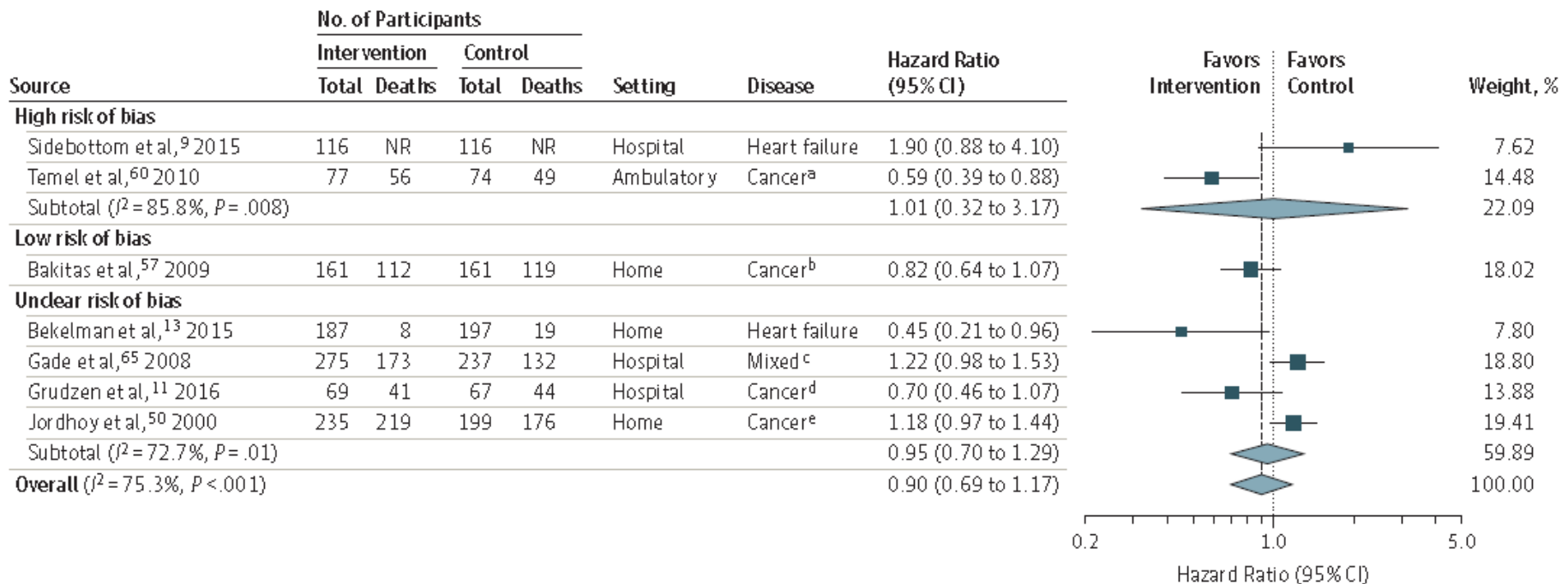
EFFEKT VON PALLIATIVVERSORGUNG AUF SYMPTOM-BELASTUNG

Figure 4. Meta-analysis of Randomized Clinical Trials on the Association Between Palliative Care and Symptom Burden at 1- to 3-Month Follow-up



EFFEKT VON PALLIATIVBETREUUNG AUF ÜBERLEBENSZEIT

Figure 6. Meta-analysis of Randomized Clinical Trials on the Association Between Palliative Care and Survival



HERAUSFORDERUNGEN IN DER PATIENTENBETREUUNG

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN



UNSER FALL - AUFNAHMEBEFUND

- Öffnet auf Ansprache die Augen, fixiert jedoch nicht...
- LV-Pumpe inliegend, stabile Kreislaufverhältnisse
- Die Ehefrau ist sehr belastet und benötigt psychologische Hilfe
- Die Ehefrau äußert sich klar zum Patientenwillen:

„Wenn er eine Tumordiagnose bekommen hätte, wäre er in den Keller gegangen und hätte als Sportschütze dafür gesorgt, dass er nicht lange leiden müsste... Können Sie ihm nichts geben...“

Sterbehilfe?



ETHISCHE KONFLIKTE

Prof. Ertl: „*Ein friedliches Sterben ist so lange nicht möglich, bis der ICD deaktiviert wird oder die Batterie leer ist. Doch das Deaktivieren eines ICD ist nicht so einfach. Denn ein Abschalten eines potentiell lebenserhaltenden Geräts ist zumindest passive Sterbehilfe. In manchen Fällen, nämlich wenn der ICD zugleich auch als Herzschrittmacher agiert, handelt es sich um **aktive** Sterbehilfe – und ist somit verboten. Das alles wirft massive ethische Probleme auf.*“

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

„Presstext DGK 04/2015“

Anlässlich der 81. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
(8. – 11. April 2015) in Mannheim.

Palliativmedizin



Kardiologie

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN

ENTWICKLUNGEN MEDIZIN

- Immer größere Lebenserwartung
- Medizinischer Fortschritt, der viele Handlungsoptionen bietet
- Gesellschaft, in der die Lebensphase des Alters einen immer längeren Zeitraum einnimmt, Krankheiten chronifizieren
- Immer größere Spezialisierung in der Medizin >> Verlust des Blicks für den ganzen Menschen
- Viele Anstrengungen, Erkrankungen zu behandeln und Sterben hinauszuzögern, wenn Sterben eigentlich absehbar



ANFRAGEN ZUR BEENDIGUNG DES LEBENS

- Immer wieder Bitte um vorzeitige Beendigung des Lebens
- Für alle Beteiligten eine große Herausforderung
- Primäre Aussage: Ich möchte **so** nicht mehr leben
- Appell, auf unerträgliches Leid aufmerksam zu machen
- Nach Linderung der Symptome und durch fürsorgliche Begleitung verschwinden Anfragen bei den meisten Patienten (*„Ich wollte nie auf die Palliativstation. Ach wäre ich schon eher gekommen.“*)



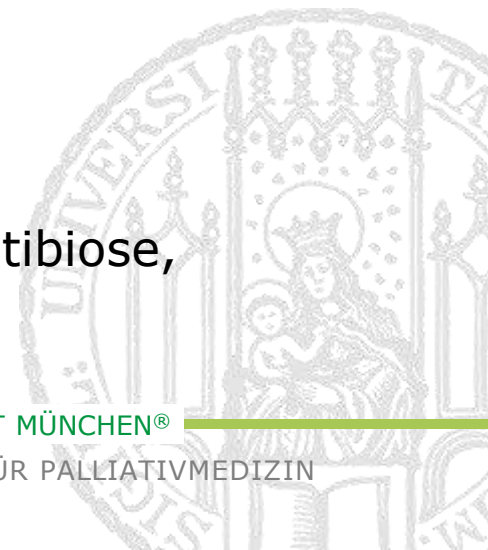
ANFRAGEN ZUR BEENDIGUNG DES LEBENS

■ Ängste

- vor Leiden: Schmerzen, Todesängsten, Luftnot
- vor Verlust der Würde und der Autonomie
- den Ärzten ausgeliefert zu sein
- vor Übertherapie/mangelndem Mut zur Therapiebegrenzung
- anderen zur Last zu fallen
- der Behandler vor Druck der Patienten und juristischen Konsequenzen

■ Große Unwissenheit

- Möglichkeiten der Palliativversorgung
- Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen (Antibiose, Ernährung, Katecholamine, Beatmung, Dialyse)



GESPRÄCHE ÜBER LEBENSENDE...

- ... sind geprägt von Unsicherheiten auf beiden Seiten
- ... verunsichern Ärzte, ob der Erwartungen an sie
- ... tragen die Angst, Hoffnungen zu zerstören
- ... lösen Angst vor den Reaktionen der Patienten aus
- ... werden daher oft vermieden
- ... isolieren dadurch den Patienten
- ... nehmen ihm die Möglichkeit, sich mit dem Lebensende auseinanderzusetzen, die verbleibende Zeit zu planen



GESPRÄCHE ÜBER DAS LEBENSENDE...

- ... sind **nicht** verbunden mit mehr Depression oder mehr Sorge
- ... sind verbunden mit
 - geringerer Beatmungshäufigkeit
 - seltener Reanimationen
 - seltener Aufnahme auf Intensivstation
 - früherer Hospizüberweisung



MEHR TUN ALS SEIN

- Medizin und Pflege stark geprägt von Handeln
- Fokus auf erlernte Fertigkeiten & Techniken
- Kompetenz
- Sicherheit
- Eigener Blickwinkel
- Gefahr des blinden Aktionismus



MEHR SEIN ALS TUN

- Dasein
- Empathie
- Zuhören
- Authentisch & wahrhaftig sein
- Behutsam sein
- Demut
- Aushalten können
- Gelassenheit



Ich glaube daran, dass das größte Geschenk, das ich von jemandem empfangen kann, ist gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden.

Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren.

Wenn das geschieht, entsteht Kontakt.

Virginia Satir



BEGLEITUNG UNSERES PATIENTEN

- Der Patient war zunächst nur somnolent
- Im Verlauf Besserung der Kontaktfähigkeit
- Kann intermittierend einfache Fragen beantworten
- Pat. kann auf einer Visite eindringlich bestätigen so nicht weiterleben zu wollen (Zunge!), leider nur Stationsärztin anwesend...
- Kann nicht reproduziert werden... scheint
- Über das Osterwochenende hat das Team und die Angehörigen durch aus das Gefühl Patient verbessert sich täglich...



WIE IST ES TATSÄCHLICH GELAUFEN?

- Am geplanten Abschalttermin (Osterdienstag) war Hr. B. wach, es kam die Frage nach einem Reha-Versuch auf.
- Zweifel beim Team
- Zweifel bei den Angehörigen



SOLL JETZT TATSÄCHLICH DIE
EHEFRAU/BETREUERIN ENTSCHEIDEN,
DASS DIE PUMPE ABGESCHALTET
WERDEN SOLL?



WIE IST ES TATSÄCHLICH GELAUFEN?

- Zeit für den Patienten
- Zeit für die Angehörigen
- Zeit für das Team
- Zeit für Zögern und Zaudern
- Zeit für Diskussion
- Zeit für Abschied
- Zeit für eine gute Entscheidung
- ...keine Minute zu lange ... keine Minute zu kurz ...



WIE IST ES TATSÄCHLICH GELAUFEN?

- Nach einer Woche jedoch vermehrt somnolent, keine weitere Verbesserung sondern wieder schlechter!
- Patient hat zwar manchmal die Augen offen, fixiert nicht mehr
- In der Recherche gab es in den vergangenen Monaten immer wieder gute und schlechte Phasen
- Daher erneuter Entschluss mit Team und Familie zu Deaktivieren!.



WIE IST ES TATSÄCHLICH GELAUFEN?

- Am Tag der geplanten Abschaltung nicht erweckbar,
- Beginn mit einem Perfusor mit Midazolam 5mg/24h zur Axiolyse und Morphin 10mg/24h bei zu erwartender Dyspnoe
- Abschaltung Pumpe
- Pat. öffnete aber nach der Abschaltung die Augen!
- Reaktion mit ausgeprägter Angst, Unruhe, Dyspnoe und Schmerzen?
- Zusätzliche Bedarfsgaben mit Morphin und Midazolam erforderlich.
- Stabilisierung durch Atemtherapie, psychologische Unterstützung der Ehefrau
- Hr. B. ist erst 48 Stunden nach Deaktivierung verstorben.
- Ein Team-Debriefing und Einzelgespräche haben stattgefunden

WIR KÖNNEN NICHTS MEHR FÜR SIE TUN...

„Was ist bloß mit den Ärzten los? Warum begreifen sie nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart? Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“

Aus: Irvin D. Yalom, Die Reise mit Paula, btb-Verlag, 2000



...

Aber plötzlich ist hinter den Tagen
Noch Zukunft ohne Pflicht.

Und frei von Furcht und Hoffen,
Und also frei von Zeit.
Und alle Wege sind offen.
Und alle Wege gehen weit.

Und alles kann ich noch werden,
Was ich nicht geworden bin.
Und zwischen Himmeln und Erden
Ist wieder Anbeginn.

Eva Strittmatter, Anbeginn